



Revista da Escola de Enfermagem da USP

ISSN: 0080-6234

reeusp@usp.br

Universidade de São Paulo

Brasil

Olschowsky, Agnes; Glanzner, Cecília Helena; Barreto Mielke, Fernanda; Prado Kantorski, Luciane;
Wetzel, Christine

Avaliação de um Centro de Atenção Psicossocial: a realidade em Foz do Iguaçu

Revista da Escola de Enfermagem da USP, vol. 43, núm. 4, diciembre-enero, 2009, pp. 781-787

Universidade de São Paulo

São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361033300007>

- 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

Avaliação de um Centro de Atenção Psicossocial: a realidade em Foz do Iguaçu

EVALUATION OF A PSYCHOSOCIAL CARE CENTER IN FOZ DO IGUAÇÚ, BRAZIL

EVALUACIÓN DE UN CENTRO DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL: LA REALIDAD EN FOZ DEL IGUAÇU, BRASIL

Agnes Olschowsky¹, Cecília Helena Glanzner², Fernanda Barreto Mielke³, Luciane Prado Kantorski⁴, Christine Wetzel⁵

RESUMO

Trata-se de um recorte da pesquisa Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul do Brasil. Temos o objetivo de avaliar a ambiência enquanto espaço de conforto e subjetividade em um Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS). Pesquisa qualitativa, tipo estudo de caso, que utilizou a Avaliação de Quarta Geração. Os instrumentos de coleta de dados foram: entrevistas com dez profissionais da equipe, 11 usuários e 11 familiares e 297 horas de observação de campo. A porta fechada e a equipe reduzida foram problematizadas, ocasionando repercussões no processo de trabalho do serviço. Esses nós críticos interferem diretamente na ambiência e consistem em tensão e antagonismo às proposições de um serviço como CAPS. Identificamos que as questões apresentadas são temas que demonstram o compromisso com um ambiente saudável, que considera o conforto e a subjetividade no trabalho do CAPS.

DESCRIPTORIOS

Avaliação em saúde.
Saúde mental.
Serviços de Saúde Mental.

ABSTRACT

This is an excerpt of the study An evaluation of the Psychosocial Care Centers in Southern Brazil. The objective is to evaluate the ambience of a Level II Psychosocial Care Center (CAPS, abbreviation in Portuguese) as a place for comfort. This case-study was performed using a qualitative approach and the Fourth Generation Evaluation. The following was used for data collection: interviews with 10 professionals from the health team, 11 patients, and 11 relatives, and 297 hours of field observation. The closed door and the reduced team had repercussions on the work process at the Care Center. These critical nodes have a direct effect on the ambience, producing tension and antagonism in services such as CAPS. The presented issues are themes that demonstrate the commitment to a healthy environment, which implies comfort and subjectivity in the work at CAPS.

KEY WORDS

Health evaluation.
Mental health.
Mental Health Services.

RESUMEN

Se trata de una parte de la investigación Evaluación de los Centros de Atención Psicossocial de la Región Sul del Brasil. Tenemos el objetivo de evaluar el ambiente en cuanto espacio de confort y subjetividad en un Centro de Atención Psicossocial II. Investigación cualitativa, tipo estudio de caso, que utilizó la Evaluación de Cuarta Generación. Los instrumentos de recolección de datos fueron: entrevistas con diez profesionales del equipo, 11 usuarios y 11 familiares y 297 horas de observación de campo. A puerta cerrada y con equipo reducido fueron problematizadas, ocasionando repercusiones en el proceso de trabajo del servicio. Estos nudos críticos interfieren directamente en el ambiente y consisten en tensión y antagonismo a las proposiciones de un servicio como el CAPS. Identificamos que las cuestiones presentadas son temas que demuestran el compromiso con un ambiente saludable, que considera el confort y la subjetividad en el trabajo del CAPS.

DESCRIPTORIOS

Evaluación en salud.
Salud mental.
Servicios de salud mental.

¹ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora da Escola de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Líder do Grupo de Estudo e Pesquisa em Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental (GEPESM). Porto Alegre, RS, Brasil. agnes@enf.ufrgs.br
² Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Membro do Grupo de Estudo e Pesquisa em Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental - GEPESM. Porto Alegre, RS, Brasil. ceciliaglanzner@hotmail.com
³ Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Membro do Grupo de Estudo e Pesquisa em Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental - GEPESM. Bolsista CAPES. Porto Alegre, RS, Brasil. fbmielke@gmail.com
⁴ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas. Coordenadora da Pesquisa CAPSUL. Pelotas, RS, Brasil. kantorski@uol.com.br
⁵ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Membro do Grupo de Estudo e Pesquisa em Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental - GEPESM. Porto Alegre, RS, Brasil. cwetzel@ibest.com.br

INTRODUÇÃO

O movimento de Reforma Psiquiátrica iniciado no Brasil na década de 70 possibilitou a construção de novas maneiras de cuidar em saúde mental. A implantação de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, que constituem a rede de atenção integral em saúde mental, tem transformado a assistência, objetivando a reinserção social do usuário da saúde mental e o resgate de sua autonomia.

Dentre os dispositivos que compõem essa rede de serviços substitutivos, destacamos os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), serviços abertos de atenção diária que desenvolvem atividades com a participação do usuário, sua família e a comunidade. Esses serviços têm demonstrado efetividade na substituição da internação por longos períodos, por um tratamento que não isola os usuários de sua família e comunidade, mas os envolve no atendimento com a devida atenção necessária, auxiliando na reabilitação e na reinserção social do indivíduo em sofrimento psíquico⁽¹⁾.

Por serem relativamente novos e compreenderem uma proposta transformadora no atendimento em saúde mental orientada no cuidado territorializado, os serviços substitutivos necessitam avaliar o desenvolvimento de suas atividades a partir de seus atores: usuários, familiares, profissionais, entre outros.

A avaliação é utilizada para efetivar práticas psicossociais no campo da saúde mental, compreendendo a importância de ser realizada no cotidiano do serviço, considerando a complexidade do objeto da saúde mental⁽²⁾.

Assim, estudos sobre a satisfação de usuários e familiares dos serviços de saúde mental têm sido desenvolvidos em municípios brasileiros, através do Projeto Multicêntrico de Avaliação de Qualidade de Serviços de Saúde Mental⁽³⁾. Do mesmo modo, estudos direcionados para a satisfação e a sobrecarga de profissionais nestes serviços têm estimulado pesquisas na área da avaliação em saúde, no sentido de reestruturação de processos de trabalho⁽⁴⁾.

A partir disso, desenvolveu-se a pesquisa Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul do Brasil (CAPSUL), financiada por CNPq e Ministério da Saúde, em uma parceria entre Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e Universidade do Oeste do Paraná (UNIOESTE). A proposta é avaliar, quantitativamente e qualitativamente, os CAPS dos estados do Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Paraná.

O estudo qualitativo foi realizado em cinco CAPS dos três estados a partir de seus atores: usuários, familiares e profissionais.

Entre os marcadores da análise qualitativa do processo avaliativo, destacamos a ambiência, que se refere ao trata-

mento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional, e de relações interpessoais que proporciona atenção acolhedora, resolutiva e humana⁽⁵⁾. Esse conceito propõe estratégias que buscam qualificar o processo de trabalho em saúde, facilitando a promoção da mesma.

A ambiência nos espaços de saúde configura-se para além da composição técnica, simples e formal dos ambientes, considerando as situações que são construídas. Ou seja, os serviços de saúde são construídos em determinados espaços, num determinado tempo e vivenciado por uma grupalidade de pessoas com seus valores culturais e relações sociais⁽⁵⁾.

Nos CAPS, esse conceito aparece como uma ferramenta que busca potencializar o processo de reabilitação psicossocial, pois entendemos que um ambiente que visa à confortabilidade e à produção de subjetividades pode favorecer espaços de liberdade, autonomia e cidadania.

O presente artigo apresenta resultados parciais de um estudo de caso, abordando os aspectos que envolvem a ambiência.

Os Centros de Atenção Psicossocial têm demonstrado efetividade na substituição da internação por longos períodos, por um tratamento que não isola os usuários de sua família e comunidade.

OBJETIVO

Avaliar a ambiência enquanto espaço de conforto e subjetividade em um Centro de Atenção Psicossocial II da cidade de Foz do Iguaçu.

AMBIÊNCIA

O conceito de ambiência refere-se ao espaço arquitetonicamente organizado que constitui um meio físico, estético e moral apropriado para qualquer atividade humana⁽⁶⁾.

A partir do conceito de saúde definido pela Organização Mundial de Saúde, após a Segunda Guerra Mundial, no qual saúde não é apenas ausência de doenças, o mundo foi reformulando seu entendimento sobre esse tema.

No Brasil, durante a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, elaborou-se o conceito ampliado de saúde. Este novo conceito envolve as condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terras e acesso aos serviços de saúde⁽⁷⁾. A saúde não está mais relacionada exclusivamente à assistência clínica, mas engloba aspectos psicológicos, emocionais, sociais, ambientais, econômicos, culturais e também biológicos.

A ampliação do conceito de saúde implicou na criação de outro conceito, o de promoção da saúde, entendida como o processo de capacitação da comunidade para melhorar a qualidade de vida e a saúde, participando ativamente desse processo. Em novembro de 1986, em Ottawa

(Canadá), foi realizada a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, resultando na Carta de Ottawa, que apresenta, entre outros tópicos, a criação de ambientes favoráveis à saúde. Dessa forma, justifica a importância de políticas públicas saudáveis em todos os setores e não apenas na saúde, entendendo que a constituição do ambiente físico interfere diretamente nas relações sociais e na condição de vida das pessoas⁽⁸⁾.

A Declaração de Sundsvall, resultante da Terceira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada no ano de 1991 na Suécia, definiu que o termo *ambientes favoráveis* se refere aos aspectos físicos e sociais, envolvendo as pessoas e alcançando espaços como a comunidade, as residências, o trabalho e o lazer e também estruturas que determinam o acesso aos recursos para a vida, bem como o poder de decisão⁽⁹⁾.

A partir dessas informações, pode-se afirmar que ambiente e saúde são temas indissociáveis, correlacionados e interdependentes, e, como tal, necessitam ser estruturados e organizados em paralelo. A ambiência em saúde visa a qualificar os ambientes de saúde, resultando na melhoria da qualidade de vida e de saúde das pessoas.

A ambiência apresenta três eixos principais: a confortoabilidade, a subjetividade e o processo de trabalho⁽⁵⁾.

O eixo da confortoabilidade refere-se aos componentes do ambiente como a morfologia (formas, dimensões e volumes), a luz (intensidade, natureza, incidência, qualidade e quantidade), o cheiro, o som (ruídos de máquinas, música, gritos), a sinestesia (percepção do espaço) e as cores, que podem atuar como modificadores e qualificadores do espaço. Salas arejadas, com boa luminosidade, limpas, pintadas com cores alegres e tênues são elementos que podem facilitar o desenvolvimento de uma atividade terapêutica em grupo, por exemplo.

Ainda no que tange à confortoabilidade, encontra-se a privacidade e a individualidade. Privacidade significa respeitar a intimidade do usuário do serviço de saúde, utilizando divisórias, cortinas, móveis e fechando a porta para realizar atendimentos. Individualidade consiste em compreender que cada usuário é diferente do outro, tem uma história de vida e veio de um espaço social característico e específico. Criar ambientes que possibilitem ao usuário acolher sua rede social, por exemplo, permitem preservar a identidade individual desse usuário.

O segundo eixo trata da ambiência enquanto espaço de encontro entre sujeitos, possibilitando a produção de novas subjetividades. Uma nova ambiência propicia um processo de reflexão das práticas, modos e saberes desenvolvidos naquele espaço, possibilitando a construção de novas situações, resultando na mudança desse ambiente através das ações.

A produção de sujeitos incorpora todos os que participam do cuidado em saúde, especialmente os que traba-

ham diretamente com o usuário, pois podem detalhar o que contribui e o que atrapalha no desenvolvimento das atividades. O arranjo espacial adequado é fundamental para que o processo de trabalho flua de forma agradável.

O último eixo aponta a ambiência como facilitadora de mudança no processo de trabalho, como instrumento auxiliar na construção dos espaços almejados por trabalhadores e usuários dos serviços de saúde.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa do tipo estudo de caso, uma investigação empírica que aborda um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto de vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão definidos. A investigação através do estudo de caso busca apreender uma situação tecnicamente única baseando-se em várias fontes de evidência, com os dados convergindo num triângulo e beneficiando-se do desenvolvimento prévio de proposições teóricas, que visam a conduzir a coleta e a análise dos dados. A realização de estudos de caso em pesquisas avaliativas evidencia sua potencialidade em descrever o contexto real em que se dá a intervenção e a sua capacidade em explorar situações específicas, identificando na realidade estudada inter-relações entre pressupostos e práticas concretas de serviços e programas⁽¹⁰⁾.

O estudo desenvolveu-se a partir da avaliação qualitativa da pesquisa CAPSUL, a qual utilizou a Avaliação de Quarta Geração⁽¹¹⁻¹²⁾. Esta metodologia baseia-se em uma avaliação construtivista e responsiva com abordagem hermenêutico-dialética.

Na avaliação responsiva, as demandas, preocupações e questões sobre o objeto a ser avaliado são identificadas por diferentes grupos de interesse.

O pesquisador deve identificar os diferentes grupos de interesse envolvidos no fenômeno a ser avaliado e, a partir dessa constatação, elaborar o Círculo Hermenêutico Dialético com cada grupo de interesse⁽¹¹⁾.

O Círculo Hermenêutico Dialético é utilizado na Avaliação de Quarta Geração como um caminho para alcançar o caráter construtivista e participativo. É hermenêutico porque tem caráter interpretativo e dialético porque implica em comparação e contraste de diferentes pontos de vista, objetivando um alto nível de síntese⁽¹¹⁾.

Na pesquisa CAPSUL foram identificados três grupos de interesse: trabalhadores, usuários e seus familiares.

A pesquisa CAPSUL foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas, ofício nº 068/ 2006. O campo de estudo foi o Centro de Atenção Psicossocial II Flávio Dantas de Araújo localizado na cidade de Foz do Iguaçu, no Paraná. A escolha foi intencional, tendo como critérios a disponibilidade dos grupos em aderir à proposta de avaliação, a ade-

quação à normatização definida na Portaria nº336/2002⁽¹³⁾ e por tratar-se de um CAPS do estado do Paraná em processo de consolidação.

Participaram do estudo dez profissionais da equipe, 11 usuários e 11 familiares a partir da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em concordância com a Resolução 196/1996, do Conselho Nacional de Saúde⁽¹⁴⁾.

A coleta de dados ocorreu nos meses de novembro e dezembro de 2006, com 297 horas de observação e através das entrevistas individuais, seguindo os princípios do Círculo Hermenêutico-Dialético.

A análise dos dados ocorreu concomitantemente à coleta, originando uma pré-análise, identificando eixos temáticos discutidos na negociação com os grupos de interesse. Esses dados foram transcritos e organizados em unidades temáticas centrais. A partir destas unidades foram estabelecidos marcadores, entendidos como categorias abstraídas dos dados empíricos. A categoria que emergiu no marcador *estrutura* foi ambiência, que será discutida a seguir.

RESULTADOS

O Centro de Atenção Psicossocial Flávio Dantas de Araújo (CAPS II) iniciou suas atividades em 2004, funcionando no mesmo prédio do ambulatório de saúde mental, alugado pela prefeitura.

O serviço tem uma demanda diária média de 90 pessoas, tendo 180 usuários cadastrados. O acesso ocorre por meio do ambulatório de saúde mental, a partir do agendamento de uma entrevista inicial com um dos técnicos do serviço, conforme escala. Trata-se de uma entrevista para admissão do usuário, por meio de uma anamnese, o qual a equipe define como *acolhimento*.

No CAPS Flávio Dantas de Araújo o atendimento individual não está sistematizado, ocorrendo aleatoriamente, no momento da avaliação inicial e conforme as solicitações dos usuários.

Do mesmo modo, o técnico de referência não é definido, sendo relacionado àquele profissional responsável pela coordenação dos dois grupos operativos que ocorrem todos os dias como a primeira atividade do serviço, na qual usuários e equipe abordam sentimentos, dificuldades e atividades do dia. Assim, cada profissional teria mais ou menos 14 usuários sobre sua responsabilidade de tratamento. Porém não há clareza para os usuários de quem seria seu técnico de referência, e o mesmo ocorre para a equipe do CAPS.

No CAPS ainda não existe projeto terapêutico individual (PTI), no entanto existe um campo para isso na ficha de avaliação inicial, o qual tem sido utilizado para registro de indicação de participação do usuário em determinadas oficinas.

No processo avaliativo, os três grupos de interesse trouxeram questões sobre ambiência, caracterizando o ambi-

ente como espaço limpo e agradável, mas com intenso calor, goteiras e necessidade de reformas no prédio. Evidenciaram também a necessidade de recursos humanos e materiais para o funcionamento e a realização das atividades do CAPS. A alimentação tem qualidade e a disponibilidade da medicação é avaliada como fator positivo, auxiliando no tratamento.

A porta fechada do serviço e equipe reduzida foi problematizada nos três grupos de interesse, ocasionando repercussões importantes no processo de trabalho do serviço.

O Centro de Atenção Psicossocial Flávio Dantas de Araújo (CAPS II) divide o espaço físico com o ambulatório de saúde mental. A divisória entre os dois serviços é uma porta de vidro que permanece fechada e chaveada. Somente os funcionários e os usuários do CAPS têm acesso.

A questão da porta fechada é um aspecto relevante na organização do serviço, pois causa desconforto, por um lado (para profissionais, usuários e familiares), mas, por outro, é entendida como uma forma de segurança para os usuários.

Ah nessa parte aí (porta) eu achava que seria melhor ficar aberto, porque aí pelo menos a gente chega e não precisa ficar esperando [...] F(5)8.

Eu acho que a porta do CAPS tem que ficar fechada para não fugir, para não ter problema como aconteceu na outra vez que fugiram U(5)5.

Na reunião de equipe começam a discutir a porta fechada do CAPS [...] manter chaveada ou não? Questionam considerando a liberdade de ir e vir dos usuários. [...] Questiona sobre o usuário que ontem gritava que queria sair [...]. A enfermeira acha que ele tem o direito de ir e vir, sente-se mal com a porta trancada. A assistente social coloca que frente às ocorrências tiveram que chavear para evitar problemas com os usuários mais atrapalhados O(5)5.

O CAPS é um serviço de atenção diária que preconiza um atendimento em liberdade entendendo o usuário como, prioritariamente, um cidadão com direitos e deveres⁽¹⁵⁾. Assim, as portas do serviço devem estar abertas para entradas e saídas, respeitando a subjetividade e as decisões de quem lá chega ou está. Isso implica uma mudança de postura paradigmática sobre o olhar que as equipes têm da pessoa com diagnóstico de doente mental, ou seja, vê-la como uma pessoa com capacidade para escolhas e opiniões sobre seu tratamento bem como da forma de viver sua vida.

A liberdade aparece como uma prática central na atenção psicossocial, caracterizando o trabalho no CAPS como um espaço de movimento, opondo-se à reclusão, resgatando o direito de ir, vir, passear, caminhar e fazer o trânsito dos atores em sua subjetividade e opções nos modos de andar na vida.

É claro que alguns usuários, em condições mais graves e agudas, necessitam de atendimento intensificado, em que o profissional deve estar próximo, orientando e facilitando suas ações, para proporcionar um ambiente mais protegi-

do. Essa proteção não ocorre com fechamento de portas; pelo contrário, isso trouxe o enclausuramento da loucura e sua exclusão social. No CAPS, esse acompanhamento mais próximo do usuário encontra-se prejudicado, uma vez que a equipe é reduzida e está sempre envolvida na realização das oficinas, grupos e demais atividades planejadas para o dia-dia do serviço.

Trabalhando sob a lógica da porta aberta, além de garantir a liberdade como fator terapêutico do tratamento, facilita-se o acesso da comunidade para engajar-se neste processo no qual prevê essa inclusão e parceria.

O acesso pela porta aberta deve ser aproveitado como uma estratégia facilitadora e integradora das equipes de saúde mental, aproximando-as do território. O CAPS aberto é espaço de comunicação e relação, no qual devem se constituir os mais variados percursos e fluxos de produção de cidadania para dentro e para fora do serviço, promovendo, assim, contato entre as pessoas e a cidade, gerando novos olhares sobre o *louco* e a *loucura*.

A porta aberta toma uma conotação de construção de vínculo e de responsabilidade com usuários e familiares, inserindo, acolhendo e, principalmente, rompendo com a exclusão daqueles que estão dentro e dos que devem ficar de fora. O que se quer construir são parcerias e novas subjetividades, não isolando, mas aproximando na busca de uma atenção em saúde mental responsável por caminhos menos sofridos e estigmatizantes.

O conceito de ambiência remete, também, para o espaço social, profissional e das relações entre equipe, usuários e familiares, que repercutem no processo de trabalho. Assim, o número reduzido de recursos humanos do CAPS Flávio Dantas de Araújo é apontado como outra dificuldade enfrentada na sua organização.

O serviço foi cadastrado com 23 profissionais de diferentes áreas, sendo que, destes, 18 estão lotados no ambulatório. Porém, no processo avaliativo, evidenciamos que, no cotidiano do trabalho, o CAPS Flávio Dantas de Araújo conta com uma equipe fixa, composta por cinco profissionais: uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem, duas psicólogas e uma assistente social.

O CAPS conta também com um psiquiatra que atua conjuntamente no ambulatório de saúde mental. Esse profissional não é lotado no serviço, dispendo todas as quartas-feiras para coordenação de assembléia geral, atendendo alguns usuários agendados, e, quinzenalmente, às sextas-feiras, participa da reunião de equipe. Ainda na equipe há dois estagiários – um de psicologia e um de educação física – que são remunerados e desenvolvem desde atividades administrativas até a coordenação de oficinas do serviço. Os serviços de apoio e limpeza são realizados por três auxiliares de serviços gerais que também atendem o ambulatório de saúde mental.

O número de profissionais do CAPS não está de acordo com a equipe técnica mínima para o funcionamento de

CAPS II proposto pela Portaria nº 336/02. De acordo com a legislação, a equipe do CAPS deve ser composta por: um médico psiquiatra; um enfermeiro com formação em saúde mental; quatro profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo, entre outros), que podem ser necessários ao projeto terapêutico; e seis profissionais de nível médio (técnico ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão)⁽¹³⁾.

O número de profissionais reduzido no CAPS estudado é um problema que interfere no atendimento do serviço, pois a organização das atividades diárias para a grande demanda de usuários/dia causa desconforto nos grupos de interesse. A demanda diária atendida pelo serviço concentra-se, em média, entre 80 e 90 usuários por turno, ocasionando na equipe a sensação de trabalho mal feito e, para os usuários e familiares, há a percepção da sobrecarga de trabalho dos profissionais.

É importante ressaltar que a equipe do CAPS não tinha clareza na forma de funcionamento da modalidade intensiva de atenção e da composição da equipe, o que foi esclarecido a partir da proposta formativa da avaliação de acordo com a Portaria 336/2002⁽¹³⁾. Os profissionais julgavam que os usuários inclusos nesta modalidade deveriam estar no serviço nos dois turnos diários, durante toda a semana, resultando no *inchamento* do serviço. Este fenômeno também é relacionado a outros agravantes, como estrutura fragilizada da rede de saúde mental no município e a prática da alta do serviço não ser efetivada. Sobre a equipe reduzida, foram tratadas questões da gestão interna e externa do serviço, apontando para contratação dos recursos humanos conforme prescrito na lei e, desse modo, buscando a garantia de conforto a usuários, familiares e equipe na implementação de uma proposta de trabalho acolhedora e comprometida com a atenção psicossocial.

A grande demanda e a equipe reduzida transparecem como um nó crítico do trabalho, indo além de uma simples composição técnica e formal do ambiente, mas vivenciadas como uma preocupação na construção das relações ali estabelecidas, percebidas nas falas a seguir.

Eu acho que mais profissional, cada vez mais para ajudar essas pessoas que precisam, era muito bom [...] acho que ainda é pouco, porque tem horas que eles estão meio apertados aqui na correria F(5)1.

Tem alguns pacientes que precisam de mais cuidado. Aí a gente vê que não tem funcionário disponível [...] Se tivesse mais funcionários, seria possível trabalhar melhor, porque o trabalho que a gente vem fazendo, eu acho muito interessante. Só que, se tivesse mais funcionários, o tratamento dos pacientes seria bem melhor E(5)9.

Olha, o que falta aqui é material humano, mais pessoas para trabalhar, porque a quantidade de pessoas que procuram é grande e as pessoas que trabalham aqui são pouca gente U(5)9.

A redução da equipe faz com que um mesmo profissional assuma várias funções dentro do serviço, para que mantenha suas atividades. Isto gera desgaste, implicando uma sobrecarga de trabalho e interferindo na qualidade do atendimento oferecido. A sobrecarga de trabalho pode resultar em adoecimento dos profissionais, preocupação que está presente no cotidiano desse serviço.

Uma estratégia possível para prevenir esse adoecimento, bem como a desmotivação, são as reuniões de equipe. Neste momento, os profissionais podem dividir suas preocupações e angústias e também os atendimentos e atividades bem-sucedidas⁽¹⁶⁾. É o momento de repensar e reorganizar o trabalho no serviço e o lado emocional desses cuidadores. Por esse fato, a reunião de equipe deve constituir-se uma prioridade.

A qualidade do atendimento também fica prejudicada com o número reduzido de profissionais da equipe.

[...] se tivesse mais pessoas para atender, acho que o atendimento ia ser melhor. Se tivesse mais pessoas, profissionais, seria melhor U(5)3.

[...] eu queria que tivesse mais atendimento, um funcionário mais disponível assim para, quando está tendo uma oficina, estar verificando esses que estão circulando e não estão trabalhando F(5)6.

Seria bom (mais profissionais), porque assim, não dá aquela carga, aquela pressão para atenderem todos assim ao mesmo tempo [...] Mas têm muitos pacientes que requerem mais tempo de atenção, requerem mais paciência. Então, isso ocupa bastante o profissional naquele instante F(5)2.

A questão da grande demanda *versus* equipe reduzida e suas conseqüências envolve muitos aspectos que interferem na qualidade do atendimento em saúde mental, tais como: disponibilidade de tempo e capacitação da equipe, estrutura física adequada, satisfação dos envolvidos no atendimento e condições de trabalho favoráveis. Desse modo, o processo de trabalho do CAPS é centrado em um procedimento mais técnico, voltado para o modelo biológico de atenção e prejudicando ações mais integrais de saúde, pressuposto da reabilitação psicossocial.

Essa problemática deve ser entendida como prioridade de resolução pela política de saúde mental e pelos órgãos responsáveis do município de Foz do Iguaçu.

Uma das formas de assegurar a qualidade do trabalho em saúde é a combinação adequada da autonomia profissional com a responsabilidade dos trabalhadores. Todos os processos que limitam a capacidade de resolver os problemas operam no trabalho geram alienação e descompromisso com a promoção da saúde.

Assim, as equipes do CAPS constituem-se de atores diversos que, no seu cotidiano, têm inventado outros modos de funcionar, organizar e articular a atenção em saúde mental, considerando também a construção de ambientes saudáveis.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde não está mais relacionada exclusivamente à assistência clínica, mas engloba aspectos psicológicos, emocionais, sociais, ambientais, econômicos, culturais e também biológicos.

A ambiência caracteriza-se como terapêutica, incorporando aspectos relacionados à estrutura física, aos recursos humanos e às relações sociais do trabalho na busca do conforto e da qualidade, transparecendo como algumas das preocupações centrais no trabalho do CAPS Flávio Dantas de Araújo no momento da avaliação.

A equipe reduzida é apontada como sendo o principal nó crítico, pois o serviço foi cadastrado com 23 profissionais de diferentes áreas, sendo que destes, 18 estão lotados no ambulatório. No CAPS estudado, a equipe fixa é composta por cinco profissionais, gerando o contraponto diário de enfrentamento: grande demanda *versus* equipe reduzida.

Ressalta-se que a equipe do CAPS não tinha clareza na forma de funcionamento da modalidade intensiva de atenção, o que foi esclarecido a partir da proposta formativa da avaliação.

Por outro lado, essa equipe constituída identifica que essa problemática interfere no trabalho do CAPS e sua conseqüência envolve muitos aspectos relacionados à qualidade da atenção em saúde mental, como limitação do atendimento individual, desenvolvimento do PTI, profissional assumindo várias atividades e funções, sem tempo para organizar ou ainda articular parcerias para gestão interna e externa.

Tal fato tem gerado desgaste e sobrecarga nos trabalhadores, o que repercute no atendimento oferecido, pois, em muitos momentos, esse trabalho caracteriza-se como um procedimento mais técnico, voltado para o modelo biológico de atenção. As ações mais integrais de saúde, pressupostos da reabilitação psicossocial, ficam prejudicadas.

As questões relativas aos recursos humanos representam um componente crítico para o delineamento de novos paradigmas no processo de trabalho no CAPS, devendo ser entendidas como prioridades de resolução pela política de saúde mental e pelos órgãos responsáveis do município de Foz do Iguaçu, uma vez que o desempenho de qualquer organização depende de seu pessoal.

Esse serviço desenvolve suas atividades em um prédio alugado, dividido com o ambulatório de saúde mental do município. A divisória entre os dois serviços é uma porta de vidro que permanece fechada e chaveada. Somente os funcionários e os usuários do CAPS têm acesso.

Há um questionamento sobre a porta fechada do CAPS em um serviço de atenção diária que preconiza o atendimento em liberdade. As portas devem estar abertas para entradas e saídas, o que implica e foi avaliado como uma mudança de

postura paradigmática, na qual deve ser considerada a subjetividade e as decisões de quem lá chega ou está.

Foi identificado, também, que alguns usuários necessitam de atendimento mais intenso, de modo que o profissional esteja próximo, orientando e facilitando suas ações, para proporcionar um ambiente mais protegido. Essa proteção não ocorre com fechamento das portas; pelo contrário, trouxe o enclausuramento da loucura e sua exclusão social.

No CAPS, esse acompanhamento mais próximo do usuário encontra-se prejudicado, uma vez que a equipe é reduzida e está sempre envolvida na realização de oficinas, grupos e demais atividades planejadas para o dia-dia do serviço.

Esse cotidiano não tem sido fácil, mas sempre é visto como compromisso social e político para consolidação da Reforma Psiquiátrica. O trabalho do CAPS, independente

dos múltiplos fatores que o condicionam, seus recursos humanos, materiais, espaço físico, políticas de saúde, relacionamento dos profissionais, usuários e família, vem acontecendo como uma experiência que considera a amplitude das ações ali desenvolvidas, ou seja, o trabalho que considera a vida das pessoas.

Visualiza-se as relações entre equipe, usuários e familiares como centrais no cuidado em saúde mental, podendo ou não promover mudança na evolução do adoecimento mental, pois a intervenção é construída a partir da articulação complexa dos diversos atores⁽¹⁷⁾.

Nesse sentido, identifica-se que tais questões são apontadas no processo avaliativo e demonstram o compromisso com um ambiente saudável que considera o conforto e a subjetividade no trabalho do CAPS.

REFERÊNCIAS

1. Schrank G, Olschowsky A. O Centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para a inserção da família. *Rev Esc Enferm USP*. 2008;42(1):127-34.
2. Wetzel C, Kantorski LP. Avaliação de serviços em saúde mental no contexto da Reforma Psiquiátrica. *Texto Contexto Enferm*. 2004;13(4):593-8.
3. Silva Filho JF, Cavalcanti MT, Cadilhe GM, Vilaça AT, Avancini E, Machado HO, et al. Avaliação de qualidade de serviços de saúde mental no Município de Niterói, RJ: a satisfação dos usuários como critério avaliador. *J Bras Psiquiatr*. 1996;45(7):393-402.
4. Bandeira MB, Pitta AMF, Mercier C. Escalas brasileiras de avaliação de satisfação (SATIS-BR) e da sobrecarga (IMPACTO-BR) da equipe técnica em serviços de saúde mental. *J Bras Psiquiatr*. 2000;49(4):105-15.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Ambiência*. 2ª ed. Brasília; 2007.
6. Dicionário da Língua Portuguesa [dicionário na Internet]. 2008 [citado 2008 mar. 01]. Disponível em: <http://www.priberam.pt/dicionarios.aspx>
7. Moreira LFS. O conceito ampliado de saúde como base para o estabelecimento de uma política intersetorial [texto na Internet]. São Paulo; 2007. Disponível em: <http://www.jornaldaciencia.org.br/Detail.jsp?id=47860>
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As cartas da Promoção da Saúde. Carta de Ottawa. Brasília; 2002. p.19-28.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As cartas da Promoção da Saúde. Declaração de Sundsvall. Brasília; 2002. p. 41-4.
10. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 3ª ed. Porto Alegre: Bookman; 2005.
11. Guba E, Lincoln Y. Fourth generation evaluation. Newbury Park: Sage; 1989.
12. Wetzel C. Avaliação de Serviços de Saúde Mental: a construção de um processo participativo [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2005.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 336, de 19 de fevereiro de 2002. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Brasília; 2002.
14. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Bioética*. 1996;4(2 Supl):15-25.
15. Amarante P. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1995.
16. Rosa LCS. E afinal, quem cuida dos cuidadores? In: *Caderno de Textos da 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental*; 2001; Brasília, BR. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. p.168-73.
17. Leal EM, Delgado PGG. Clínica e cotidiano: o CAPS como dispositivo de desinstitucionalização. In: Pinheiro R, Guljor AP, Silva Júnior, AG, Mattos RA, organizadores. *Desinstitucionalização da saúde mental: contribuições para estudos avaliativos*. Rio de Janeiro: IMS/ABRASCO; 2007. p.137-54.

Financiamento

Projeto de Pesquisa CAPSUL, financiado pelo Ministério da Saúde e Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) em parceria com Ministério da Saúde