



Revista Brasileira em Promoção da Saúde

ISSN: 1806-1222

rbps@unifor.br

Universidade de Fortaleza

Brasil

Bessa Jorge, Maria Salete; Almeida Sales, Fabergna Dianny de; Alves Pinto, Antonio Germane;
Coelho Sampaio, José Jackson

INTERDISCIPLINARIDADE NO PROCESSO DE TRABALHO EM CENTRO DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL

Revista Brasileira em Promoção da Saúde, vol. 23, núm. 3, julio-septiembre, 2010, pp. 221-230

Universidade de Fortaleza

Fortaleza-Ceará, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=40818208005>

- 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

INTERDISCIPLINARIDADE NO PROCESSO DE TRABALHO EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Interdisciplinarity in work process at a Psychosocial Attention Center

Artigo Original

RESUMO

Objetivo: Analisar o processo de trabalho da equipe de profissionais de saúde mental do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) a partir dos saberes e práticas operadas na produção do cuidado em saúde mental e sua interface com as demandas do usuário e a oferta de serviços. **Método:** Estudo de caso com abordagem qualitativa. Participaram 28 pessoas divididas em três grupos: I (11 trabalhadores de saúde mental), II (11 usuários) e III (6 familiares). Utilizou-se a entrevista semiestruturada e a observação sistemática em busca de dados sobre o processo de trabalho dos profissionais do Centro de Atenção Psicossocial, relacionamento entre equipe e usuário, oferta e demanda, acesso, tecnologias do cuidado, saberes e práticas, e interdisciplinaridade. A investigação pautou-se na análise de conteúdo crítica e orientou-se pelo fluxograma analisador. **Resultados:** A organização do serviço e seu processo de trabalho estão voltados para o suprimento imediato da demanda da população que retrata um cuidado baseado em práticas prescritivas. Desse modo, o fluxo de atendimento e a oferta se complementam na necessidade de um procedimento e na oferta exaustiva deste por parte do serviço, dissolvendo condutas interdisciplinares de intervenção compartilhada com o usuário. **Conclusão:** O cuidado em saúde mental ainda está permeado pela hegemonia biomédica centrada em procedimentos voltados para a prescrição medicamentosa. Apesar desta realidade, o trabalho centrado no usuário e a utilização das tecnologias leves – comunicação, vínculo, acolhimento – começam a fazer parte da oferta diária de serviços do CAPS, embora somente em atividades específicas de determinados procedimentos.

Descritores: Saúde Mental; Serviços de Saúde Mental; Atenção à Saúde.

ABSTRACT

Objective: To analyze the work process of mental health professionals from a Psychosocial Attention Center (CAPS), from the knowledge and the practices applied in the production of care and its interface with user's demands and the service offering. **Methods:** A case study with qualitative approach. Twenty-eight subjects joined in and were divided into three groups: I (eleven mental health workers), II (eleven users) e III (six family members). The semi-structured interview was used besides systematic observation, in the search for data about the work process of the professionals of the Psychosocial Attention Center, the relationship between team and user, offering and demand, access, technologies of care, knowledge and practices and interdisciplinarity. The investigation was based upon critical content analysis and was oriented by the flowchart analyzer. **Results:** The service organization and its work process are directed to the immediate supply of the population's demands, which depicts a care based on prescriptive practices. Thus, the flow of assistance and the service offering complement each other in the need of a procedure and in its exhaustive offering by the service, dissolving interdisciplinary conceptions of intervention shared with the user. **Conclusion:** Mental health care is still surrounded by biomedical hegemony centered in procedures directed to pharmacological prescription. Despite this reality, the work centered on the user and the utilization of soft technologies – communication, link, welcoming – begin to take part of the daily CAPS service offering, although it is only present in specific activities of certain procedures.

Descriptors: Mental Health; Mental Health Services; Health Care.

Maria Salete Bessa Jorge⁽¹⁾
Fabergna Dianny de Almeida
Sales⁽¹⁾
Antonio Germane Alves Pinto^(1,2)
José Jackson Coelho Sampaio⁽¹⁾

1) Universidade Estadual do Ceará - UECE
- Fortaleza (CE) - Brasil

2) Universidade Regional do Cariri - URCA
- Crato (CE) - Brasil

Recebido em: 21/08/2009

Revisado em: 05/05/2010

Aceito em: 25/05/2010

INTRODUÇÃO

Atualmente, o cuidado em saúde mental pressupõe o direcionamento da atenção psicossocial no Sistema Único de Saúde (SUS) que emerge dos princípios, diretrizes e dispositivos institucionais, relacionais e políticos para sua integralização no cotidiano dos serviços, equipes e territórios. Em âmbito nacional, o modo psicossocial originou-se do movimento de Reforma Psiquiátrica brasileiro, influenciado pela Reforma italiana, preconizada pela Lei 10.216/2001. O paradigma da atenção psicossocial baseia-se na evidência da subjetividade no projeto terapêutico. Com a desinstitucionalização, tornou-se possível delinear uma assistência para além do hospício, compondo assim um cuidado integral, resolutivo e emancipatório no campo da saúde mental⁽¹⁾.

Dessa forma, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são definidos, dentro da política de saúde mental brasileira, como estratégia de substituição ao modelo manicomial e constituem-se a partir das demandas e necessidades do território com diversas modalidades e enfoque assistencial. Caracterizam-se principalmente como serviço promotor de saúde mental e espaço para construção de autonomia do usuário, no qual o trabalho executado deve colaborar no autoconhecimento do usuário, com vistas a torná-lo conscientemente livre em sua trajetória terapêutica. Como afirma a literatura, a autonomia do usuário e tudo o que ela implica é o foco terapêutico do CAPS^(2,3).

De acordo com o proposto, o processo de trabalho operado no CAPS deve propiciar a reabilitação psicossocial em ações multi e interdisciplinares, sempre transversalizadas por elementos da subjetividade do usuário: autonomia, autoestima, autocuidado, identidade pessoal e social⁽⁴⁾.

Para a efetivação de um cuidado em saúde mental voltado para a reabilitação psicossocial do portador de transtornos mentais são necessárias mudanças nos processos de trabalho dos profissionais de saúde, sobretudo mediante (re)organização da prática da equipe multidisciplinar que atua nesses serviços⁽⁵⁾.

Para tanto, é indispensável a utilização de dispositivos e ferramentas como acolhimento, vínculo, construção de autonomia, corresponsabilização e a própria resolubilidade para a efetivação dos CAPS como serviços substitutivos, do ponto de vista da oferta de serviços, do fluxo de atendimento e sua articulação com a produção de cuidado. De modo geral, a oferta nos serviços de saúde relaciona-se à disponibilidade, ao tipo e à quantidade de serviços e recursos destinados à atenção à saúde. Demanda é a atitude do sujeito de procurar serviços de saúde, obter acesso e benefício com o atendimento recebido⁽⁶⁾.

Como mostra o dia-a-dia, o estudo da oferta e demanda e das suas relações nos serviços de saúde mental – CAPS

– é relevante para se poder, com base na análise desta categoria, apreender a prática dos profissionais do CAPS, além de estabelecer relações entre o que é ofertado e o que é demandado pelos usuários do serviço. Com isto, podem-se descrever os saberes e as práticas clínicas operadas por esses profissionais e sua relação com a produção do cuidado integral.

Neste sentido, conformam-se os questionamentos emergentes do cotidiano investigado e que orientam o desenvolvimento deste estudo: Quais os saberes e práticas operadas pelos profissionais de saúde mental na produção do cuidado no atendimento à demanda apresentada no CAPS? Qual(is) o(s) fluxograma(s) analisador(es)⁽⁷⁾ do atendimento relacionado(s) com a oferta de serviços e a demanda dos usuários no CAPS? De que forma se dá a integração entre os profissionais na equipe multidisciplinar do CAPS em busca da interdisciplinaridade?

Com base nestas indagações, estabeleceu-se o seguinte objetivo: analisar o processo de trabalho da equipe de profissionais de saúde mental do Centro de Atenção Psicossocial a partir dos saberes e práticas operadas na produção do cuidado em saúde mental e sua interface com as demandas do usuário e a oferta de serviços.

MÉTODOS

Trata-se de estudo de caso, crítico e analítico, com abordagem qualitativa dos dados. O estudo de caso enfoca um objeto específico e unitário, e o analisa profundamente. Tal mecanismo se ajusta ao conhecimento de uma realidade delimitada⁽⁸⁾. Já a abordagem qualitativa forneceu subsídios para uma análise complexa na qual amplia-se da quantificação dos dados e passa a buscar sentidos e significados emergentes⁽⁹⁾.

O estudo realizou-se no Centro de Atenção Psicossocial do município de Quixadá – CE, localizado na região do sertão central do referido estado do Nordeste do Brasil. Optou-se por desenvolvê-lo no CAPS de Quixadá, por ser uma cidade referência em saúde mental para cidades vizinhas, e por ter raízes culturais e sociais muito fortes, o que caracteriza um serviço comprometido com a saúde mental da população.

Como participantes da pesquisa contou-se com 28 pessoas que vivenciam o cotidiano do serviço de saúde mental investigado. Formaram-se grupos, divididos em três representações: grupo I (11 trabalhadores de saúde mental), grupo II (11 usuários) e grupo III (6 familiares).

O quantitativo numérico do grupo I foi estabelecido pelo total de trabalhadores do CAPS que aceitaram participar da pesquisa. Neste grupo não houve critério de exclusão. Quanto aos grupos II e III, foram escolhidos mediante seleção inicial, na qual apenas se aceitariam

usuários e/ou familiares do serviço atendidos há pelo menos doze meses. Nestes dois grupos excluíram-se os participantes que não tinham condições cognitivas, físicas e mentais para responder aos questionamentos. O número de participantes dos grupos II e III foi estabelecido por saturação teórica, interrompendo a captação de novos participantes fundamentada na redundância e convergência de sentido e significado obtido durante a coleta e análise dos dados⁽¹⁰⁾.

Como técnicas de coleta de dados incluíram-se a entrevista semiestruturada e a observação sistemática. Orientaram-se essas referidas técnicas por roteiros, cujo conteúdo buscava revelar informações acerca dos seguintes temas: processo de trabalho da equipe do CAPS; relacionamento entre equipe e usuário; oferta e demanda; acesso; tecnologias do cuidado; saberes e práticas; e interdisciplinaridade. A coleta de dados ocorreu nos meses de abril e maio de 2008.

Na aproximação do campo empírico, ocorreu a explicação dialogada da proposição investigativa junto aos possíveis participantes do estudo. Com a aceitação livre e esclarecida destes, iniciaram-se as entrevistas e a observação do cotidiano. Enquanto as entrevistas foram gravadas, transcritas e conferidas com a gravação, as observações foram registradas em um diário de campo.

Conforme mencionado, a análise dos dados foi orientada pelo fluxograma analisador. Trata-se de uma representação gráfica do processo de trabalho em unidades de saúde, elaborado na perspectiva dinâmica do movimento centrado no usuário atendido no serviço⁽⁷⁾. Após as entrevistas com profissionais e observação do cotidiano do serviço (entrada do usuário, fluxo dentro do serviço, atendimentos e encaminhamentos implementados, intervenções, terapêuticas e tratamentos realizados), iniciou-se a construção do fluxograma⁽⁷⁾, que é uma forma didática de representação do processo de trabalho dos serviços de saúde.

As entrevistas com profissionais do CAPS ofereceram o arcabouço de informações necessárias para a construção do fluxograma⁽⁷⁾, e este foi confrontado com dados da observação do cotidiano e do depoimento de usuários e familiares para conferir a veracidade das informações e fidelidade da representação da prática do serviço estudado. Todos os símbolos utilizados para a construção do fluxograma são padronizados universalmente. Por exemplo, a entrada é representada simbolicamente por uma elipse, mostra tanto o início da cadeia produtiva quanto o fim e fornece informações acerca dos usuários que procuram o serviço, de onde vêm, como chegam até ele. O retângulo representa os momentos de consumo de recursos e produção de produtos bem definidos, significa simbolicamente a recepção e o cardápio, isto é, as diversas ações terapêuticas

oferecidas pelo serviço. Na recepção registra-se de que forma estes usuários foram recebidos e/ou encaminhados. Com um losango, expressa-se o processo de decisão de caminhos a serem seguidos pelo usuário; e são momentos de decisões e de possibilidades de percursos para se atingir etapas seguintes distintas. (Figura 1).

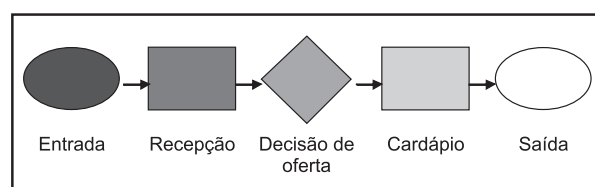


Figura 1 - Fluxograma de representação do modelo de atenção de um serviço de saúde⁽⁷⁾.

Complementarmente, a representação gráfica dos resultados encontrados neste estudo será desdobrada nas Figuras 2 e 3, construídas e dimensionadas pelas entrevistas e observações do cotidiano prático, como referido anteriormente. Para isso, a discussão analítica dos diagramas incorporou a análise de conteúdo crítica, na qual o fundamento de análise é a práxis social no cotidiano vivenciado na articulação empírica dos discursos. Com esta finalidade, as falas e depoimentos foram organizados e analisados segundo as etapas operacionais do método: ordenação, classificação e análise final⁽⁹⁾.

De acordo com o exigido, a pesquisa recebeu aprovação do Comitê de Ética da Universidade Estadual do Ceará (UECE), conforme processo nº. 07529060-0, em atendimento aos princípios éticos explicitados na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde⁽¹¹⁾.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste estudo, os resultados são apresentados em conformidade com a proposta metodológica e a expressão dos achados da investigação qualitativa está acrescida do dispositivo de análise gráfica do fluxograma. Os sentidos do fluxo emergem da interpretação das falas e das observações sobre o processo de trabalho no cotidiano do Centro de Atenção Psicossocial. Como observado, a elucidação dos denominados “nós críticos”, enfatizada pela discussão e interrogação dos processos instaurados e realizados para o funcionamento da unidade de saúde, evoca a consciência crítica e reflexiva dos sujeitos envolvidos e potencializa a resolução efetiva para uma melhor organização do atendimento e relacionamento entre equipe e usuários^(12,13).

O entrecruzamento de situações registradas e analisadas sob a ótica participativa possibilita a construção coletiva com múltiplos olhares e determinação de diversas vertentes do contexto. Ao dispor de questionamentos sobre

o funcionamento do CAPS e sua resolutividade assistencial, pressupõe-se que os sujeitos emitem opiniões e concepções capazes de fazer ou não interlocução com a prática cotidiana. Desse modo, apresenta-se uma cartográfica e processual análise situacional.

Assim, na análise do processo de trabalho da equipe de profissionais do CAPS de Quixadá-CE, converge das sínteses entrecruzadas pelas falas e observações uma procura excessiva dos usuários por atendimento médico-psiquiátrico. Apesar de dispor de uma equipe multiprofissional composta por enfermeiro, psicólogo, terapeuta ocupacional e assistente social, a principal demanda é gerada pela necessidade das ações do psiquiatra, pois este é o único a prescrever medicamentos.

A consolidação temática apresentada no gráfico vale-se da expressiva fala de um sujeito sobre a disposição inicial de procurar o CAPS como possibilidade de atendimento público. Em observação direta, percebem-se o intenso fluxo para procedimentos voltados à prática citada anteriormente:

Logo na chegada, é visível a procura pela consulta médica em psiquiatria. Frases como: “tem médico aí?” ou “hoje tem médico, se não tiver diga logo que eu tenho o que fazer em casa” são expressadas logo na recepção do CAPS. Mesmo em agendamento de retorno alguns usuários ainda revelam tal preocupação [...] (Grupo de Usuários – Observação).

A gente tenta organizar o fluxo para todos os atendimentos que existem no CAPS. Não somente para a consulta em psiquiatria. Mas às vezes não é possível, devido à insistência de alguns pacientes, nem todos são assim. [...] (Grupo de Trabalhadores)

A normalidade encontrada no meio social decorre de inúmeros modos de se interpor uma determinada coesão de estilos voltados para a manutenção de uma prática, enunciado ou lei. No cotidiano psiquiátrico, historicamente, a doença mental perpassa por esta dialética concepção entre o normal e o patológico, onde, a depender das situações conjunturais, o ser humano é classificado ou diagnosticado numa delimitada rotulação⁽¹⁴⁾. No campo psicossocial, o paradigma da atenção à saúde mental está formulado pela reprodução social do paciente, ou seja, na superação de seus rótulos e/ou diagnósticos clínico-orgânicos para a resolução da sua demanda psíquica, dando seguimento a novos caminhos e novas possibilidades construídas no seu território de vida e de relações sociais, seja no lar, no emprego, na escola ou na rua⁽¹⁾.

Tal fato fica evidente na conformação gráfica onde se visualiza, na Figura 2, em que dispositivo analítico do acesso à equipe multiprofissional ocorre, por meio de encaminhamentos oriundos da consulta psiquiátrica, quando o psiquiatra descarta a terapia medicamentosa.

De modo a entender as tensões vivenciadas na entrada ao serviço CAPS, é notável a satisfação requerida para o pronto atendimento. No entanto, tecnicamente é preciso dispor de um certo tempo delimitado pela adequada forma de ouvir o paciente em suas queixas, demandas e necessidades. Ao manter o fluxo sob a dependência prevalente da consulta médica, quase a totalidade dos atendimentos são direcionados para tal fim. Há, então, um acúmulo de pessoas à espera de seu atendimento. Sendo progressivamente atendido, mesmo assim, torna-se relevante explicitar para o usuário que a realização da consulta psiquiátrica acontece

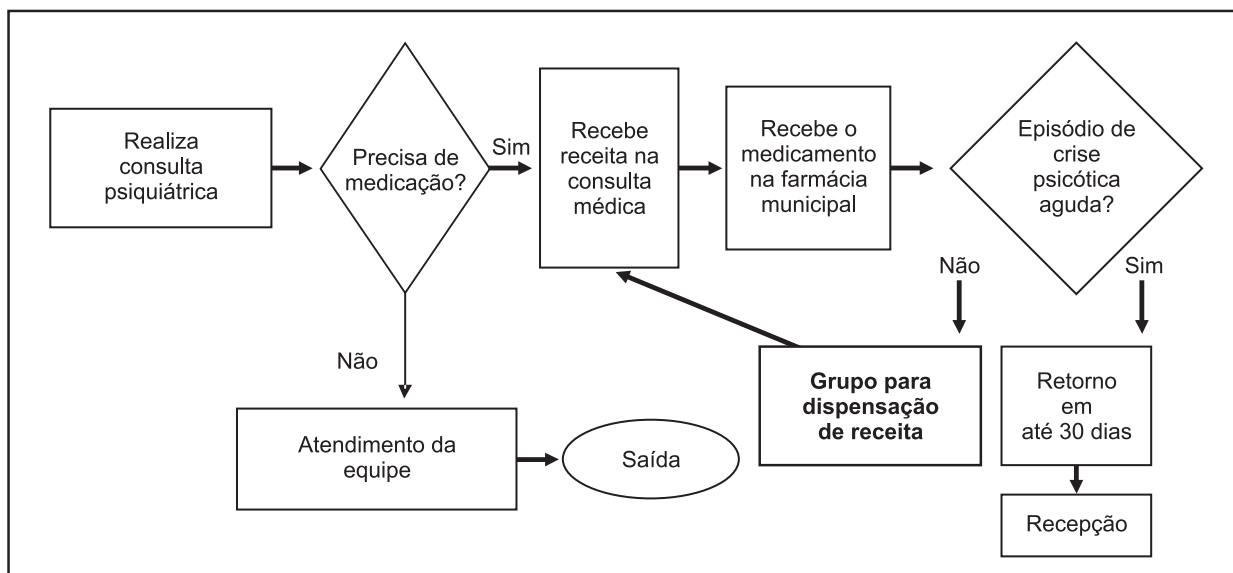


Figura 2 - Fluxograma das intervenções terapêuticas no Centro de Atenção Psicossocial de Quixadá-CE, 2008.

após um período de tempo demorado. Este intervalo de tempo, que poderá levar a manhã inteira, a depender da ordem ou posição na fila do paciente, resulta desta forma quase única de conduzir a demanda.

Superada a tensão inicial da espera, a partir daí, ele tem um novo caminho a percorrer. Neste caminho, a primeira decisão importante tomada pelo psiquiatra durante a consulta é: medicar ou não medicar? Ao decidir por medicar, o médico-psiquiatra está levando o usuário a uma série de intervenções terapêuticas, entre elas o grupo para dispensação de receita sob coordenação do serviço de enfermagem, ou o retorno, segundo a necessidade de supervisão dos efeitos medicamentosos ou a gravidade do caso. No cotidiano dos serviços de saúde mental, o tratamento de transtornos psíquicos favorece historicamente a predominância pela escolha da abordagem farmacológica, por estar consolidada como ferramenta clínica hegemônica conforme o modelo pautado na perspectiva orgânica e biológica da doença mental. As representações sobre o tratamento psiquiátrico enfatizam a ligação intensa e forte ao uso prescritivo do medicamento. Nessa situação, o médico é precursor desta terapêutica, ou seja, a esse profissional se atribui a responsabilidade de medicar⁽¹⁵⁾.

Ao não medicar, o profissional o faz por dois motivos: não é encontrada explicação psicopatológica para o caso, ou seja, os sintomas e queixas apresentados não levam a um raciocínio clínico-psiquiátrico para uma intervenção em nível biológico; ou, após discussão com equipe, é encontrado outro percurso terapêutico mais eficaz. Nesse caso, o sujeito é encaminhado para a psicoterapia com psicólogo ou para os grupos de terapia ocupacional, nos quais terá seus sintomas trabalhados na arteterapia ou oficinas terapêuticas.

De modo geral, a condução da proposta terapêutica como a disponibilidade efetiva do grupo como recurso clínico apresenta-se como uma possibilidade de escolha entre a equipe do CAPS e o próprio usuário. O andamento terapêutico proporcionado por essas trocas e intervenções na busca pela melhor adaptação de vida define qual mecanismo será adequado a esta prática, seja qual for⁽¹⁶⁾. De acordo com as observações realizadas no presente estudo, a medicação nem sempre é a primeira opção do psiquiatra, porém é a que prevalece. Daí, então, o usuário sai com uma receita para receber medicação na farmácia da secretaria municipal de saúde. Por conseguinte, em todos os casos, a conduta prescritiva das ações assistenciais do CAPS ainda é determinada por segmentos diretivos que almejam uma resolutividade voltada para o estabelecimento clínico-orgânico dos sintomas psíquicos, tomando como foco a adaptação psicossocial.

Na condução do projeto terapêutico, existe ainda uma preocupação dos trabalhadores do CAPS quanto ao retorno

do usuário ao serviço. Nos casos de crise aguda, o retorno é agendado para no máximo trinta dias e, se necessário, associam-se também visitas domiciliares multiprofissionais.

Na chegada ao CAPS, são feitas interrogações sobre o estado atual de saúde mental dos pacientes. Ao detectar-se a presença de algum caso mais grave e agudo, o paciente é encaminhado diretamente para o atendimento especial com prioridade perante os demais que aguardam a consulta (Observação).

Quanto às configurações do trabalho da equipe do CAPS, pode ser evidenciado pelos discursos a seguir um processo laboral centrado na terapia medicamentosa, mas transversalizando diálogos entre outros núcleos de saberes profissionais presentes na equipe:

[...] tem sempre essa troca {entre profissionais} de informações, apoio com o médico sobre certas patologias, que certos medicamentos estão causando, ele pode estar lento por isso, então há sempre essa troca de informações. (Grupo de Trabalhadores).

A gente tem muita parceria com a terapia ocupacional e com o serviço social, sempre que o serviço social atende alguém, assim a questão da medicação, muito é a questão da medicação, né? [...] (Grupo de Trabalhadores).

Historicamente, o modelo de atenção em saúde mental centrado na figura do psiquiatra e na terapêutica medicamentosa é uma prática hegemônica inserida num processo social de busca por respostas eficazes e rápidas para problemas complexos e dinâmicos. Ainda assim, há dificuldade dos profissionais de saúde em lidar com o sujeito em sofrimento psíquico. Para muitos, é preferível lidar com a doença, na qual a racionalidade da biomedicina estabelece referência e pontos de intervenção sobre as lesões e disfunções detectadas⁽¹⁷⁾.

Não tem como fazer saúde mental com uma demanda excessiva. Alguns casos atendidos no CAPS poderiam ser resolvidos em outros espaços de cuidado. Aqui no CAPS a gente tenta fazer o melhor, porém não é possível resolver todo o problema psíquico da população somente com consultas e medicação. (Grupo de Trabalhadores).

Conforme se percebe, a principal tensão vivenciada no momento de inserir o usuário no atendimento do CAPS caracteriza-se pela demanda crescente e heterogênea atendida. Como os transtornos mentais seguem um perfil sindrômico, somente a apresentação por parte dos pacientes de alguns sinais ou sintomas não deve ser indicativo de patologia psíquica.

Na medida em que o CAPS interpõe uma análise sobre seu modo de fazer saúde mental, concomitantemente ao atendimento tradicional, ressignifica historicamente uma prática psicossocial que ao longo do tempo poderá

fortalecer um modelo de atenção em saúde mental voltado para o sujeito em seu território. Embora urgente, a conformação dos modelos de atenção e de assistência em saúde se dá ao longo do tempo e na interação dos sujeitos em seus cotidianos, demandas e necessidades. O corpo de trabalhadores interpõe atividades voltadas também para o contingente que se apresenta na porta de entrada do serviço, o qual, muitas vezes, exige o direito de ser tratado do modo que entende ser resolutivo.

É indispensável, porém, estar atento e consciente de que a prática clínica precisa emoldurar-se também no diálogo e nos encontros subjetivos com vistas a se esclarecer a todo e qualquer momento as reais e possíveis medidas preteridas e interpostas.

Nos resultados, alguns usuários do CAPS já se acostumaram com a prática medicalizada na perspectiva farmacológica. Ou seja, eles vão ao serviço somente “pegar a receita do medicamento”. Portanto, ignoram qualquer outro recurso terapêutico oferecido no serviço de saúde mental, como mostram as falas.

[...] eu cheguei aqui, fui me consultar com o doutor [...], ele me perguntou o que é que eu queria, eu disse que queria uma injeção, aí ele passou [...], eu vim aqui hoje pedir outra injeção. (Grupo de Usuários).

[...] eu venho só tomar a medicação, aí quando eu estou pior eu venho me consultar. (Grupo de Usuários).

É muito comum a ideia de o usuário colocar no procedimento, ou seja, na prática prescritiva do

medicamento, toda a expectativa subjetiva de se considerar cuidado e protegido. A medicação é um recurso eficaz num momento de crise ou de controle dos fatores estressores que requisitam intervenções farmacológicas para atingir o equilíbrio, no entanto, os demais sintomas são multifatoriais, e requerem um cuidado multidimensional envolvendo questões familiares, socioculturais, ambientais e ético-legais⁽¹⁸⁾. Tanto a organização do serviço quanto seu processo de trabalho estão voltados para o suprimento imediato da demanda da população que pressupõe um cuidado baseado em práticas prescritivas. Desse modo, segundo se observa, o fluxo de atendimento e a oferta se complementam na necessidade de um procedimento e na oferta exaustiva deste por parte do serviço, dissolvendo condutas interdisciplinares de intervenção compartilhada com o usuário.

Passa-se, agora, à Figura 3, baseada no fluxograma analisador (Figura 2), na qual se destaca em negrito o grupo para dispensação de receita, que é um grupo “terapêutico” para dispensação de receitas a pacientes clínico-psiquicamente estáveis.

O campo psicossocial incorpora dimensões constituídas na realidade dos sujeitos inseridos no processo de vida em sociedade. Por isso, as práticas deveriam estar permeando sempre os aspectos teórico-conceituais, técnico-assistenciais; jurídico-político; e, principalmente, sociocultural⁽¹⁾.

A prática interdisciplinar poderia estar convocada para a abordagem complexa do sofrimento psíquico. No entanto, como ilustram o fluxograma e as observações, no processo de trabalho da equipe do CAPS, existem determinados

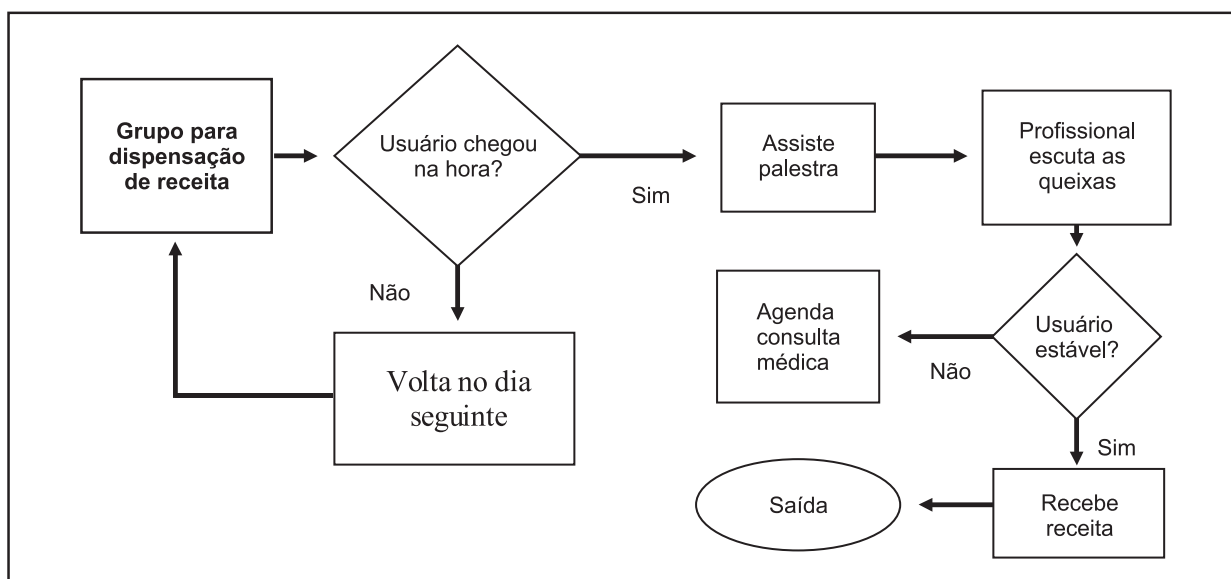


Figura 3 - Fluxograma do processo de trabalho da equipe do Centro de Atenção Psicossocial de Quixadá-CE, 2008.

momentos em que a categoria de enfermagem surge como oportunidade de atendimento imediato para a clientela.

Pela necessidade operacional do CAPS em atender os usuários de forma rápida, e sem filas, em alguns casos, é organizado um grupo para dispensação de receitas, onde a Enfermagem acaba assumindo um ato coletivo de prescrições pré-elaboradas para o respaldo legal médico. (Observação).

Para a atuação do grupo para dispensação de receita, o primeiro momento decisivo é a presença do médico-psiquiatra no CAPS; na ausência deste, o grupo não é realizado. Isso já consolida o modelo de atenção médico-centrado, no qual a oferta de serviços da equipe multiprofissional está subordinada às decisões prescritivas do médico-psiquiatra. O segundo momento decisório está relacionado ao comparecimento do usuário no grupo no horário estabelecido. Como exigido, as receitas são entregues aos usuários de acordo com a ordem de chegada, mas todos têm de chegar antes do início da palestra. Conforme observado neste estudo, esta é uma oportunidade propícia para a educação em saúde da população e de (des) construção da cultura de medicalização do sofrimento e problemas sociais. Contudo, o enfermeiro faz uma abordagem sumária, técnica e é absorvido pela rotina da “entrega de receitas”. Modifica-se, assim, o processo de trabalho, que se torna operacional.

Por motivos não explicitados nas entrevistas, a equipe de enfermagem aproxima-se da prática do grupo de receitas efetivamente. Se pela necessidade de atender um número maior de pessoas ou até mesmo pela necessidade da prescrição medicamentosa, a equipe de enfermagem detém a função de estar realizando tal prática, questiona-se a inserção também de outros sujeitos nesse processo.

A enfermagem assume a organização e realização do grupo de dispensação de receitas medicamentosas. As atividades que deveriam ser voltadas para a promoção da saúde mental são substituídas por procedimentos de cunho biológico e orgânico. (Observação).

Atualmente a enfermagem é reconhecida como uma profissão de cunho científico na qual o papel do enfermeiro é o de agente terapêutico. Nesta perspectiva, o objetivo do cuidado de enfermagem é o compromisso com a qualidade de vida cotidiana do indivíduo em sofrimento psíquico, além de práticas profissionais éticas, terapêuticas, flexíveis e comprometidas com o cuidado de subjetividades⁽¹⁹⁻²¹⁾. Esse agir autônomo do enfermeiro emerge das experiências acumuladas com as transformações na assistência em que se reconhecem a integralidade, o acolhimento, a interdisciplinaridade, a interlocução, o autoconhecimento e a existência de sofrimento do sujeito singular como elementos da nova prática⁽²²⁾. Apesar dessa autonomia

emancipadora, há uma contradição entre aquilo que se espera destes profissionais e sua prática em saúde mental. A desconstrução do saber psiquiátrico e a superação das práticas manicomialistas só se concretizarão ao apontar a realidade para atividades de relacionamento interpessoal e trabalho interdisciplinar. Por enquanto, o paradigma predominante em suas ações ainda é o modelo organicista revelado pelas práticas tradicionais de triagem e controle, principalmente medicamentoso, dos pacientes em crise⁽²³⁾.

Como observado na atual pesquisa, o processo de trabalho em equipe e as relações envolvidas no ato de cuidar enfatizam o direcionamento dado pelo modelo assistencial. A hegemonia médico-privatista diminui a autonomia dos núcleos profissionais singulares. Mas o agir em saúde, na qual o vínculo e a responsabilização estruturam a “porta de entrada” ou “acolhimento” do serviço de saúde, exige um ato autônomo de cada trabalhador de saúde no momento do atendimento assistencial. Tal fato possibilita o pleno exercício do saber-fazer interdisciplinar⁽¹²⁾.

Fundamentado nas teorias e na prática profissional, o saber da enfermagem, muitas vezes, impõe suas peculiaridades de forma direta e dura (procedimental). Ao mesmo tempo, o trabalho desenvolvido numa equipe de saúde mental exige, além do comprometimento com as atividades implementadas, uma interrelação entre os sujeitos (profissionais de saúde) na construção de um modelo assistencial voltado para a vida. No entanto, a oferta de serviço para dar conta da demanda medicamentosa não está ligada somente ao processo de trabalho da equipe de enfermagem e sim também a determinadas convergências, como mostram os discursos de outros profissionais de saúde mental que enfatizam a oferta de serviços baseada na terapia medicamentosa e sua operacionalização junto ao usuário.

[...] e também gosto de fazer a medicação, se faltar um auxiliar no momento de um paciente chegar à unidade e se o auxiliar não estiver e nem a enfermeira, eu posso fazer [...] (Grupo de Trabalhadores).

[...] é orientação sobre medicação que a gente dá ou vai pro (psiquiatra) e ele encaminha pra mim (Grupo de Trabalhadores).

Os pacientes e familiares dos serviços de saúde mental buscam alívio para suas dores e angústias. Na sociedade atual, o suprimento de demandas e necessidades perpassa por soluções, muitas vezes imediatas, que não dispõem de um *continuum* de resolubilidade. Contudo, o desejo expresso pela demanda de saúde mental pela medicação não difere dos anseios da sociedade como um todo.

Urge modificar a lógica de trabalho em saúde mental que não permite a extrapolação das práticas hegemônicas e tradicionais baseadas na perspectiva

medicalizante. Para tanto, os núcleos profissionais e os diversos saberes transversalizados na prática cotidiana da atenção psicossocial, inclusive com a participação de usuários e familiares, contribuem para o alcance do objetivo principal desta modalidade terapêutica, qual seja, aumentar as possibilidades da presença do “louco” na sociedade e minimizar o sofrimento psíquico. Neste sentido, a tarefa do cuidar é compartilhada e a dependência em relação à instituição é progressivamente diminuída enquanto os laços sociais são aumentados⁽²⁴⁾. Pelo visto, faz-se indispensável construir um caminho determinado pela necessidade de saúde da população atendida e não somente em seus agravos e patologias. A política nacional de saúde mental tem como diretriz a desinstitucionalização das ações de saúde mental, disponibilizando a possibilidade de efetivação de uma rede de cuidados em saúde mental onde o CAPS não seja o único dispositivo de atendimento ao usuário^(1,2,4). Mas este caminho coletivo se faz em um processo histórico e cabe aos sujeitos questionar, propor, requerer e transformar pensamentos, atitudes e pessoas para a verdadeira reforma do atendimento psiquiátrico.

As atividades de promoção da saúde mental e da própria reabilitação psicossocial caracterizam-se pela diversidade de pensamentos, atitudes, ideologias e ações. Nessa realidade, o fazer interdisciplinar pode deixar em evidência pedaços de um todo para construção do único. Esta intersecção é requisitada diante de obstáculos, objetivos e metas complexas. Ainda assim o agir coletivo e interdisciplinar promove a eficácia das ações, pois envolve de forma ampla os diversos problemas e necessidades enfrentados no campo da saúde^(4,23).

Entretanto, alguns trabalhadores tentam, no seu espaço micropolítico, ofertar serviços que fujam à regra da medicalização. Há no discurso verbalizado e na prática observada uma subjetividade intrínseca, uma vontade individual própria destes profissionais de mudar a realidade do consumo de remédios pela população com base na escuta e no aconselhamento/conscientização desta. Como evidenciado, o fazer dos profissionais de saúde do CAPS participantes desta pesquisa, apesar de ter evoluído para uma conformação interdisciplinar, de ajuda mútua, complementaridade e construção coletiva dos projetos terapêuticos, ainda está atravessado pela abordagem da psiquiatria tradicional.

[...] Aquela cultura de medicalizar a dor, medicalizar o sofrimento, é tentar resgatar a possibilidade de você descobrir que o sofrimento pode trazer crescimento, não que eu faça uma apologia ao sofrimento, mas não resolver o sofrimento com remédio, né... [...] (Grupo de Trabalhadores).
{O trabalho} É mais com criança agora, o de queixa difusa, era o motivo a queixa difusa, mas hoje é

mais a medicação, conscientização sobre o uso da medicação, uma busca pra diminuir o consumo de benzodiazepínicos. (Grupo de Trabalhadores).

A subjetividade se produz a partir de vivências e dos registros acumulados pelas pessoas em suas experiências de vida. Ela é socialmente determinada⁽¹⁸⁾. Ainda, a subjetividade de cada profissional reflete o seu desejo e o seu modo de atuar no mundo. Isto determina seu comportamento e sua atitude em relação ao usuário e aos outros profissionais do serviço. Nesse processo existem tensões oriundas da divergência entre a construção imaginária da demanda dos usuários por procedimentos e a percepção da urgência de suprir a necessidade de saúde destes pelo profissional, mediante uma escuta qualificada e a responsabilização pelo seu problema de saúde⁽¹⁸⁾.

Ademais, a procura pelos serviços de saúde também está determinada pela lógica do consumo. Neste caso, o cuidado passa a ser um produto requerido e que ao depender do modo de processar o trabalho no CAPS, pode ser indisponibilizado por aqueles que se propõem a atender a população.

Lembra-se, porém, que algumas tensões envolvem um modo diferente de olhar determinado espaço, objeto ou procedimento. Os CAPS compõem uma rede de serviços substitutivos à lógica manicomial e asilar, e sugerem um novo modo de cuidar voltado para as relações sociais. Deste modo, o foco principal é o sujeito, não a doença. É a vida, não a sobrevivência. É o equilíbrio, não a cura. Portanto, a oferta de serviço voltada para a demanda por cuidado não acontece sem tensões. A conjuntura do SUS no Brasil apresenta ainda problemas de cobertura assistencial e não somente o bom funcionamento dará conta de toda uma leva de situações para as quais se requer atendimento imediato.

Quando um trabalhador está dentro de um serviço de saúde mental cujas ações de saúde buscam atender uma demanda, não por cuidado, mas por procedimento – consulta, receita, medicação – e a qualidade da atenção está associada ao consumo deste último pelo usuário, produzem-se tensões entre usuário e profissional. O contrabalanço desta dialética produtiva é a inserção do usuário não mais como um objeto de intervenção das práticas profissionais, mas sim como a resignificação do seu papel no seu próprio projeto terapêutico, juntamente com seus familiares, na busca de uma resolutividade compartilhada por responsabilidades, acolhimentos e vínculos produzidos no limiar de autonomia equânime e justo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base na realidade investigada, o cuidado em saúde mental ainda está permeado predominantemente pela hegemonia biomédica focada em procedimentos

voltados para a prescrição medicamentosa. A despeito desta realidade, o trabalho centrado no usuário e a utilização das tecnologias leves – comunicação, vínculo, acolhimento – começam a fazer parte da oferta diária de serviços do CAPS investigado, embora somente em atividades específicas de determinados procedimentos.

Segundo evidenciou a análise da oferta de serviços expostos no fluxograma dos processos de trabalhos operados pelos trabalhadores do CAPS avaliado, o serviço se organiza para dar conta da demanda dos usuários por consulta psiquiátrica e por medicamentos.

Há um querer-fazer por parte dos trabalhadores do CAPS, refletido na disposição pessoal e afetiva de cada trabalhador, na disponibilidade para a escuta ativa, mas eles são capturados pelo modelo médico-centrado, impresso pela própria cultura da população, que vê no médico e na medicação a resposta a toda a sua dor e sofrimento.

Um modelo que remete à resolubilidade assistencial no campo da saúde mental deve dispor de tempo para que os sujeitos se coloquem em suas singularidades na prática voltada para a mudança paradigmática das atitudes manicomialis e institucionalizantes. Tal disposição se faz na contínua supervisão de serviços, na abertura de espaços e momentos de diálogos e na participação social ativa.

Usuários, familiares e trabalhadores de saúde mental produzem imaginariamente uma subjetiva e necessária demanda por medicamentos de forma que a entrada no serviço é representada pela ação do médico-psiquiatra. Como observado, o ato médico ainda é responsável pelos encaminhamentos aos demais trabalhadores da equipe multiprofissional, ou seja, a demanda por esses profissionais é determinada pelo médico, caracterizando um modelo de atenção médico-centrado.

Essa organização do serviço para atendimento a essa demanda causa longa espera por atendimento no CAPS de Quixadá – CE, superlotação da agenda de apenas um trabalhador e subaproveitamento da competência dos demais trabalhadores. Diante da situação, estes acabam por direcionar seu processo de trabalho pelo processo de trabalho médico e terapêutica medicamentosa, circunscrevendo-os.

A prática clínica do campo da saúde mental é formatada pelas singularidades e subjetividades de cada paciente/usuário. Com base em cada caso, em cada modo de vida, é que se pode construir um caminho terapêutico. O devir da saúde mental ocorre a partir do encontro e no diálogo efetivado por tais sujeitos. Emitir caminhos fechados e compactados por determinada lógica, seja biológica ou até mesmo psicossocial, é dirimir as possibilidades de atender integralmente cada usuário.

Com esse estudo, vislumbra-se a possibilidade de repensar a oferta de serviços no CAPS, na qual se construam cotidianamente formas de intervenção que superem o ciclo “médico-medicalização-cronicidade”. Com vistas à melhor eficácia, a oferta de serviços deve ser direcionada para a gênese do problema motivador do adoecimento mental e não apenas para as suas consequências, como proporcionado pelo ciclo descrito.

Por fim, para a organização da oferta de serviços multiprofissionais, sugerem-se dispositivos como o acolhimento, no intuito de dar maior resolatividade e autonomia aos profissionais não médicos, em especial, o enfermeiro. Sugere-se, também, amplo trabalho de educação em saúde à população, para a efetiva desmedicalização do sofrimento mental por meio dos novos saberes e práticas dos profissionais, já ofertadas no serviço, porém subutilizadas.

AGRADECIMENTOS

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).
Fundação Cearense de Apoio à Pesquisa (FUNCAP).

Fonte financiadora:

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Recorte do Projeto de Pesquisa financiado “Organização das práticas de saúde mental no Ceará na produção do cuidado integral: dilemas e desafios”.

REFERÊNCIAS

1. Amarante P. Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.
2. Ministério da Saúde (BR), Secretaria-Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde. Legislação em saúde mental: 1990-2004. 5ª ed. ampl. Brasília; 2004.
3. Garcia MLP, Jorge MSB. Vivência de trabalhadores de um centro de atenção psicossocial: um estudo à luz do pensamento de Martin Heidegger e Hans-Georg Gadamer. Ciênc Saúde Coletiva. 2006;11(3):765-74.
4. Jorge MSB, Randemark NFR, Queiroz MVO, Ruiz EM. Reabilitação psicossocial: visão da equipe de saúde mental. Rev Bras Enferm. 2006;59(6):734-9.
5. Pereira MLA, Machado MP, Nascimento SABG. Inserção da saúde mental no programa saúde da família com oficinas de sensibilização: relato de experiência. Ciênc Cuid Saúde. 2008;7(1):59-64.

6. Pinheiro R, Luz MT. Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2003. p.7-34.
7. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: HUCITEC; 2002. p. 71-112.
8. Trivinos ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas; 1992.
9. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11ª. ed. São Paulo: HUCITEC; 2008.
10. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. Cad Saúde Pública. 2008;24(1):17-27.
11. Ministério da Saúde (BR), Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (BR). Normas para pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília; 2000.
12. Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. Cad Saúde Pública. 1999;15(2):345-53.
13. Franco TB. Fluxograma descritor e projetos terapêuticos para análise de serviços de saúde, em apoio ao planejamento: o caso de Luz (MG). In: Merhy EE, Magalhães JR. HM, Rimolo J, Franco TB, Bueno WS, organizadores. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec; 2003. p.161-98.
14. Canguilem G, Barrocas MTRC, Leite LOFB, tradutores. O normal e o patológico. 4ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1995.
15. Mostazo RR, Kirschbaum DIR. Usuários de um Centro de Atenção Psicossocial: um estudo de suas representações sociais acerca de tratamento psiquiátrico. Rev Latinoam Enferm. 2003;11(6):786-91.
16. Sousa DLM, Pinto AGA, Jorge MSB. Tecnologia das relações e o cuidado do outro nas abordagens terapêuticas grupais do centro de atenção psicossocial de Fortaleza- Ceará. Texto & Contexto Enferm. 2010;19(1):147-54.
17. Silva Junior AG, Merhy EE, Carvalho LC. Refletindo sobre o ato de cuidar da saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2003. p. 113-28.
18. Franco TB, Merhy EE. A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA. Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/ABRASCO; 2005. p. 181-94.
19. Machado AL, Covero LA. Unidades de internação psiquiátrica em hospital geral: espaços de cuidados e a atuação da equipe de enfermagem. Rev Latinoam Enferm. 2003;11(5):672-7.
20. Andrade RLP, Pedrão LJ. Algumas considerações sobre a utilização de modalidades terapêuticas não tradicionais pelo enfermeiro na assistência de enfermagem psiquiátrica. Rev Latinoam Enferm. 2005;13(5):737-42.
21. Lopes CHAF, Jorge MSB. Interacionismo simbólico e a possibilidade para o cuidar interativo na Enfermagem. Rev Esc Enferm USP. 2005;39(1):103-8.
22. Olschowsky A, Duarte MLCD. Saberes dos enfermeiros em uma unidade de internação psiquiátrica de um hospital universitário. Rev Latinoam Enferm. 2007;15(4):689-91.
23. Oliveira AGB, Alessi, NP. O trabalho de enfermagem em saúde mental: contradições e potencialidades atuais. Rev Latinoam Enferm. 2003;11(3):333-40.
24. Silva MBB. Atenção psicossocial e gestão de populações: sobre os discursos e as práticas em torno da responsabilidade no campo da saúde mental. Physis. 2005;1(15):127-50.

Endereço para correspondência:

Maria Salete Bessa Jorge
Rua Dr. José Lourenço, 2835/301
Bairro Aldeota
CEP: 60115-282 - Fortaleza-CE - Brasil
E-mail: masabejo@uece.br