



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva
Brasil

Onocko Campos, Rosana; Preto Baccari, Ivana
A intersubjetividade no cuidado à Saúde Mental: narrativas de técnicos e auxiliares de enfermagem de
um Centro de Atenção Psicossocial
Ciência & Saúde Coletiva, vol. 16, núm. 4, abril, 2011, pp. 2051-2058
Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63018472004>

- 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

A intersubjetividade no cuidado à Saúde Mental: narrativas de técnicos e auxiliares de enfermagem de um Centro de Atenção Psicossocial

Intersubjectivity in Mental Health care: narratives of nursing technicians at a Psychosocial Care Center

Rosana Onocko Campos¹

Ivana Preto Baccari¹

Abstract *Psychosocial Care Centers (Caps) were established as a result of the demand for Mental Health care and were an attempt to update psychiatric treatment for those afflicted with severe mental disorders. This article seeks to analyze subjective repercussions of work conducted in Caps on mid-level professionals and to contribute to healthcare planning. Two focal groups were conducted with workers of a Caps III. The methodology applied to the analysis was based on the critical hermeneutical approach proposed by Ricoeur and espoused by Gadamerian philosophy. Lack of appreciation in the workplace was revealed as being the main cause of suffering. Several themes stood out including the difficulty of obtaining the cooperation of users' relatives, the tenuous interconnection between Caps and the health network, the attribution of responsibility for the night shift, controversies regarding overnight-stay patients and an excessive workload. Adequate structural planning and institutional organization is proposed when opening new Caps in order to reduce the workload of technicians and improve the clinical performance of the team.*

Key words *Evaluative research, Mental health, Health policies, Health planning, Narrative, Hermeneutics*

Resumo *Diante da demanda por atenção em Saúde Mental e na tentativa de se renovar o tratamento psiquiátrico destinado a portadores de transtornos mentais severos, surgiram os Centros de Atenção Psicossocial (Caps). Este artigo visa à análise de repercussões subjetivas do trabalho nos Caps nos profissionais de nível médio, buscando-se contribuir para o planejamento em saúde. Realizaram-se dois grupos focais com trabalhadores de um Caps III. A metodologia utilizada para análise alicerça-se na abordagem hermenêutico-crítica proposta por Ricoeur e na filosofia gadameriana. Revelou-se como principal desencadeante de sofrimento a desvalorização do trabalho. Destacaram-se temas como dificuldade de cooperação com familiares de usuários, a fraca interligação do Caps com a rede de saúde, a responsabilização pelo plantão noturno, controvérsias sobre a liberação de pacientes em leito-noite e excesso de carga horária. Propõe-se adequado planejamento de estrutura e de organização institucional quando da abertura de novos Caps, visando diminuir impacto de trabalho nos técnicos e melhorar o desempenho clínico da equipe.*

Palavras-chave *Pesquisa avaliativa, Saúde Mental, Políticas de saúde, Planejamento em saúde, Narrativa, Hermenêutica*

¹ Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Rua Tessália Vieira de Camargo 126. 13083-970 Campinas SP. rosanaoc@mpc.com.br

Introdução

Apesar de significativa a prevalência de transtornos mentais – no Brasil, 3% severos e persistentes, 6% de dependência química –, a relevância dada à Saúde Mental está muito aquém daquela concedida à saúde física¹. No Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, a reconstrução dos modelos de assistência, desencadeada pela Reforma Psiquiátrica desde os anos 80, vincula-se mais recentemente à emergência dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps), comprometidos em consolidar práticas e saberes condizentes com um tratamento terapêutico renovado. Nesse sentido, por meio da gradativa substituição dos leitos em hospitais psiquiátricos por serviços oferecidos pelo Caps, busca-se o deslocamento de uma lógica baseada na exclusão para uma outra, apoiada na busca de recursos para que o sujeito seja reintegrado à sociedade e recupere, na medida do possível, sua autonomia.

A Portaria nº 224/92² do Ministério da Saúde estabeleceu critérios para os novos serviços de responsabilidade do Sistema Único de Saúde, permitindo o suporte necessário à expansão da rede – que se ampliou consideravelmente, chegando a cerca de 1.400 unidades em 2008³.

A preocupação com um compromisso inadmissível de mudança de paradigma torna necessário que sejam rompidos pelo menos quatro referenciais: o método epistêmico da psiquiatria; o conceito de doença mental como taxativo de erro ou desrazão e sua arbitrária correlação com a periculosidade; o princípio pineliano de isolamento terapêutico; e o tratamento moral que permeia os métodos de cuidado hegemônicos⁴. Soma-se a essas negações a afirmação da prática de uma clínica ampliada, que priorize o sujeito e que o destaque^{5,6}.

Tais considerações situam-se em uma área em que se entrelaçam práticas e saberes relacionados à Saúde Mental e à Saúde Coletiva⁷, o que eleva o patamar de complexidade das discussões e análises. Essa interface viabilizaria a resolução de problemas e favoreceria medidas que visassem à evolução de um modelo de atenção consistente e de fato comprometido com o bem-estar de todos os agentes envolvidos. Precisa-se superar a distância artificialmente construída entre esses campos do conhecimento⁸. Estudos recentes apontam como, no cenário europeu, a constituição de serviços comunitários e alternativos obedece a singularidades próprias de cada sistema nacional de saúde⁹, e a singular conformação da rede brasileira e a importância dos Caps nela¹⁰.

No presente estudo, considerou-se fonte adequada de informação as histórias de profissionais diariamente envolvidos na prática da atenção – auxiliares e técnicos de enfermagem – para trazer à tona problemáticas, reflexões e soluções apropriadas a circunstâncias similares às encontradas na assistência nos Caps III. Espera-se contribuir para a resolução de entraves identificáveis na estrutura do Caps, com o intuito de estimular os benefícios que a expansão do sistema configura¹⁰.

A categoria profissional de nível médio foi escolhida por se constituir maioria dentro dos serviços e devido às características de sua rotina, em geral exaustiva, o que implicaria suscetibilidade aos impactos provenientes do contato emocional envolvido em suas práticas. Realizamos esta investigação no marco de uma pesquisa avaliativa maior na qual outras categorias de trabalhadores dos Caps foram escutadas. Tratando-se de um campo numa cidade que conta com numerosos Caps III (acolhimento diuturno), a categoria de técnicos e auxiliares de enfermagem se destacou também por serem esses profissionais a maioria dos que trabalham no período da noite, quando a falta de outros profissionais os torna responsáveis pelos pacientes em leito-noite.

Efetuiu-se assim, nesta investigação, uma aposta naquilo que um grupo homogêneo de profissionais de nível médio teria a dizer sobre a prática dos serviços, sem a inibição supostamente causada pela presença de pessoas de outros núcleos funcionais e pelas relações de poder. Optou-se por uma equipe pertencente ao único Caps da cidade que prevê em sua organização institucional o rodízio de auxiliares e técnicos durante todos os turnos, de maneira que cada profissional sempre participa da atenção em todos os horários, o que – em tese – permitiria uma abordagem mais integral dos pacientes, mas também submete os trabalhadores a variações frequentes de seu horário de trabalho. Mostrou-se inviável, do ponto de vista logístico, a realização de grupos em todos os Caps da cidade.

Este projeto teve por objetivo geral a análise de repercussões subjetivas do trabalho no Caps no profissional de nível médio, buscando-se contribuir com as políticas de planejamento em saúde. Foram objetivos específicos:

- Permitir a expressão de experiências, dificuldades e motivações particulares à rotina de auxiliares e técnicos de enfermagem;
- Identificar perspectivas e abordagens emergentes do processo de atendimento diário e que, embora fundamentais, passem despercebidas.

Materiais e métodos

Escolheu-se a pesquisa avaliativa como instrumento detector de conceitos envolvidos na implementação desta rede e de entraves que a dificultariam¹¹. A pesquisa realizou-se numa cidade de grande porte, cuja rede de Caps III distingue-se por sua complexidade e natureza pioneira no universo dos serviços substitutivos de saúde mental implementados a partir dos alicerces estabelecidos pela Reforma Psiquiátrica.

As informações foram obtidas por meio da técnica de grupos focais, caracterizada por sessões previamente planejadas entre pessoas que compartilham um traço comum e durante as quais se discutem assuntos pertinentes aos interesses tanto do pesquisador quanto dos participantes¹²⁻¹⁴. Durante seu desenvolvimento, a moderadora propôs os temas de interesse de maneira a adequar-se à imprevisibilidade das respostas e cuidando para que a discussão não fugisse dos propósitos do trabalho. Tal dinâmica flexível não comprometeu o cumprimento dos objetivos e sim facilitou a construção de um diálogo verdadeiramente recíproco¹².

O primeiro grupo reunido contou com seis trabalhadores, a moderadora, uma observadora e uma anotadora. Foi moderado, gravado em áudio, transcrito e transformado em narrativa pela moderadora. Embora construído pelo pesquisador, este texto teve por alicerce as opiniões discutidas pelos sujeitos da pesquisa e retornou a eles, reforçando a ideia de que um sentido maior e mais abrangente pode ser resgatado por meio de uma postura pautada na bilateralidade e efetivada no laço social¹⁵.

Visando à aproximação ao preceito hermenêutico de passar várias vezes pelo mesmo lugar¹⁶, optou-se pela realização de uma segunda etapa de campo, em que a primeira narrativa foi lida a um grupo de quatro auxiliares e técnicos do mesmo serviço, momento no qual a narrativa pôde ser validada, mas também corrigida e completada por novas reflexões e aprofundamentos.

O segundo grupo foi conduzido pela mesma moderadora e contou com uma observadora. Seguiram-se nova transcrição e construção de narrativa, com aprofundamento de questões e desdobramento de outras.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da instituição, e cada um dos sujeitos envolvidos autorizou o uso das informações gravadas, desde que mantido o sigilo de suas identidades por meio de um termo de consentimento livre e esclarecido. Foram critérios de inclusão nos grupos focais:

- Exercer função de auxiliar ou de técnico em enfermagem no Caps escolhido;
- Trabalhar no serviço há pelo menos seis meses;
- Ter interesse em colaborar com a pesquisa.

A metodologia utilizada para interpretação sustenta-se na abordagem hermenêutico-crítica, proposta por Ricoeur, segundo a qual as narrativas (construídas a partir do material coletado em campo) são propícias para o estudo de conceitos, de práticas e para a elaboração de linhas interpretativas. Para Ricoeur¹⁷, as narrativas nada mais são do que “histórias não (ainda) narradas”, cuja vinda à tona explicitaria e tornaria públicas práticas que já estão inseridas no social. A distância necessária entre fato e interpretações seria propiciada pela fixação textual pela escrita. Dessa forma, se de algo se fala, é porque o fato não mais está situado em sua circunstância de ocorrência, mas em algum lugar do passado. É por meio de um tempo (distância efetual), portanto, que se revela, e sua vinda à tona faz parte de um movimento de instância interpretativa^{17,18}.

A partir de uma revisão do modelo aristotélico de *mimese*, Ricoeur define três estágios, sucessivos e contínuos, em que pode se basear o movimento reconstrutivo da experiência por meio da mediação do texto. Do emaranhado de intrigas em que está mergulhada a vida real, no senso comum (*mimese I*) emergem narrativas, cuja construção em forma de tessitura (*mimese II*) pode ser entendida como intermediária entre a linguagem e a ação. Depois, no ato da leitura a narrativa é devolvida ao tempo da ação (*mimese III*)¹⁷. Nesse sentido, os textos são processos miméticos que permitem ao pesquisador a aproximação a versões de mundo presentes nas experiências cotidianas¹⁷. A leitura da primeira narrativa permitiu que os sujeitos da pesquisa reconhecessem seu discurso e refletissem sobre suas ações, de maneira que o círculo metodológico não se tornasse vicioso, já que passou pelo mesmo ponto sempre em uma altitude diferente em termos de entendimento^{11,16}.

Ainda apoiando-se na filosofia de Gadamer, em cujo fundamento se prevê iluminar os preconceitos no movimento analítico¹⁶, o grupo focal surgiu a partir da iniciativa do pesquisador, porém permitiu que houvesse natural convergência de conveniências múltiplas. Nesse sentido, a aplicação está sempre pressuposta pelo próprio ato de pesquisar, uma vez que o questionamento levantado pelo pesquisador e a predisposição dos sujeitos a participarem da pesquisa apontam a pertinência do tema.

O objeto do estudo emana no bojo da confluência entre os programas de saúde coletiva e mental. Para Gadamer, o destaque do objeto só é possível pelo seu contraste com aquilo de que é destacado¹⁶. Ao ser eleito, ele se projeta à maneira de uma escultura em alto-relevo, isto é, seu plano de fundo é parte integrante e fundamental da obra. Utilizando-se dessa concepção, torna-se possível supor que aquilo que foi narrado é uma representação qualitativa de uma realidade subjacente. As histórias estão inseridas no contexto dos Caps de Campinas (SP), que por sua vez incluem-se nos serviços de saúde pública brasileiros, no contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Resultados

A desvalorização do trabalho pelos colegas da equipe, decorrente da ausência de reconhecimento de sua competência, foi apontada como principal desencadeante de sofrimento. Conflitos relacionados à hierarquia levam estes profissionais a acreditarem que sua experiência – advinda de amplo contato diário com os doentes – seja descartada, pelo fato de eles não terem nível superior de estudo. Afirmam que esse fator os desestimula a compartilhar seus saberes e provoca uma queda em sua autoestima.

Outra repercussão é descrita como uma resistência da equipe a considerar o encaminhamento de pacientes para o hospital geral ou mesmo conseguir uma reavaliação pelo psiquiatra responsável de um ponto de vista clínico ampliado. Tal dificuldade faz com que muitos pacientes sofram por problemas não psiquiátricos e posterga diagnóstico e tratamento adequados. Essa postura favorece a medicalização, pois eles referem que às vezes são testados numerosos psicotrópicos a fim de que se excluam todos os diagnósticos relativos à Saúde Mental antes que se faça uma internação no hospital geral – dado que faz vislumbrar um verdadeiro paradoxo produzido pela Reforma Psiquiátrica. Relataram-se casos variados: pneumonia avançada, neoplasia de medula, crises desencadeadas por medicamentos – problemas clínicos que, na análise dos auxiliares e técnicos, foram subestimados e seus sintomas considerados alucinações.

Conflito com a equipe também é estabelecido quanto ao fato de os auxiliares e técnicos discordarem da liberação de pacientes em leito-noite para projetos externos. Consideram que se o paciente está no leito de acolhimento noturno

está internado, e isso porque está em risco; se ele estivesse apto para sair sozinho, também estaria para ir para casa. No entanto, é comum que seja dada essa permissão pela equipe graduada, o que os técnicos de enfermagem consideram particularmente problemático nos casos de usuários de drogas. Esses pacientes, medicados e sob responsabilidade da enfermagem para acompanhamento mais rigoroso, estão ausentes quando procurados para controle no leito, sendo recorrentes casos em que usam outras drogas antes de retornarem ao Caps.

O fato de o trabalho noturno ser restrito a esses profissionais trouxe à tona a discussão de a responsabilidade pelo paciente recair integralmente sobre eles durante esse turno. Verificaram-se progressos no período entre a realização dos dois grupos (quatro meses): duas enfermeiras foram contratadas e trabalham em algumas noites, embora auxiliares e técnicos continuem sozinhos na maioria das vezes.

É pertinente ainda a questão de a estrutura física dos Caps favorecer riscos a acidentes, já que há muitos vidros em janelas e portas, sendo narrados casos em que funcionários tenham se cortado na tentativa de socorrer pacientes que os quebraram.

Destaque foi dado à dificuldade de cooperação com familiares, o que causa dor aos profissionais na medida em que impede ou dificulta o progresso do tratamento, por conseguinte, provocando uma sensação de inutilidade das ações implementadas. Quanto a esse aspecto, sugeriu-se o desenvolvimento de um projeto que incentive e apoie mudanças jurídicas no sentido de dar maior autonomia aos pacientes para decidirem sobre a utilização do benefício financeiro, que tende a ficar com familiares que não o assistem. No segundo encontro realizado, ponderou-se que a forma de organização do trabalho nos Caps não é favorável para um adequado acompanhamento familiar: seria necessário um programa institucional que estabelecesse a divisão de responsabilidades de forma a integrar à rotina a visita domiciliar, sem que se prejudiquem os serviços de atendimento à demanda e à emergência.

Todos os participantes afirmam trabalhar na atividade por inclinação e livre escolha, mostrando-se confortáveis quanto a seu papel profissional, embora relatem formação deficiente, compensada pela rica experiência adquirida no dia a dia. Narraram-se episódios geradores de desgaste e sofrimento – a maioria situada na época em que eles começaram a trabalhar no Caps – e cuja angústia foi superada sem ajuda terapêutica, pois

afirmam que a classe não possui condições financeiras para tal. Essas situações foram consideradas determinantes de amadurecimento pessoal; outras fazem parte da rotina, e foram descritos casos que geraram sensibilização ao trabalhador. Fazem-se pertinentes os temas do excesso de carga horária a que estão sujeitos e do salário incondizente com a atuação profissional: cumprem uma jornada de trinta e seis horas semanais, enquanto a dos graduados é de vinte a trinta horas.

As narrativas também tornaram públicas formas afirmativas postas em prática no manejo das experiências. Apesar de o trabalho em Saúde Mental ser considerado maior do que em outras áreas, é visto como uma lição de vida. Os profissionais contam que nele aprenderam a valorizar as pequenas coisas e a mudar seus valores, além de preferirem o Caps ao hospital. Quanto a isso, é de extrema importância esclarecer que consideram os problemas de trabalho nos Caps menos acentuados do que em outros locais nos quais já trabalharam – centros de saúde, hospitais gerais, hospitais psiquiátricos. Reconhecem que o trabalho é exercido de maneira muito mais horizontal no Caps. Exceção é dada às questões do melhor acesso aos familiares e domicílios, cujo progresso percebem maior nos centros de saúde pela implantação da Estratégia Saúde da Família. No entanto, pelo avanço que os Caps representam para a atenção, creem que muitos dos entraves poderiam ser superados. Afirmam que nas suas práticas no Caps sofrem, sentem tristeza, angústia, impotência; mas também amadurecem, aprendem que não podem fazer tudo, e descobrem que há limites para o alcance de suas intervenções.

Discussão

Sobre os efeitos do método

Dos sujeitos da pesquisa à intersubjetividade

A escolha das experiências narradas as evidenciou como significativas para o grupo, e as repercussões de sua exposição durante os grupos focais não se descolaram do sujeito que as vivenciou, obrigado que foi a refletir sobre elas. Também a fixação pela escrita operada permitiu destacar os principais núcleos argumentais sustentados durante a discussão e não a mera reprodução das fitas gravadas. Isto, além de dar leveza ao encontro, teve efeitos de narratividade¹⁹, produzido na apresentação de uma história que “se deixa seguir” na construção narrativa¹⁷.

Foi notável o efeito causado pelo confronto entre os grupos e seu discurso transformado em narrativa. A leitura da primeira narrativa provocou a reconstrução de muitos diálogos no segundo encontro: as palavras tornaram-se por vezes mais suaves, embora as ideias quase sempre se mantivessem; desabafos transformaram-se em análise de problemas e sugestões para que a realidade pudesse ser modificada. Nesse percurso, os agentes perceberam a possibilidade de se deslocar da posição de queixosos à de agentes ativos na proposição de mudanças, um ganho secundário não pouco interessante desse tipo de pesquisa²⁰.

Do subjetivo ao objeto do planejamento

As narrativas de fenômenos vivenciados não são, todavia, isentas, pois das inúmeras experiências diárias algumas foram escolhidas pelos sujeitos da pesquisa para serem narradas. Por sua vez, estava também presente o pesquisador, levando consigo sua visão e a discussão que foi por ele provocada e moderada. Assim, o ato de contar uma história torna-se também, e sobretudo, a eleição de pontos de vista a serem evidenciados, por estarem enovelados à história priorizada. Surge com isso uma travessia da existência inexorável à outra, suscetível de intervenção.

A reflexão sobre a ação narrada é mediada pelo conhecimento de efeitos da prática em situações análogas e, portanto, já não pode ser imparcial, torna-se encarnada. Somam-se estratégias construídas a partir de eventos anteriores, e o nível de reflexão e conseqüentemente a amplitude da abordagem tendem a se elevar – assim como o conjunto dos conhecimentos disponíveis para que se planejem formas de agir em cada conjuntura. Dessa forma, o resultado é o apontamento de saídas ou a compreensão da possibilidade de buscá-las. À situação impõem-se novas verdades e métodos. “A narrativa torna-se ela mesma ação”²¹, na medida em que a pesquisa torna-se também texto passível de ser compartilhado¹⁷.

Sobre as relações dos achados com a conjuntura das políticas públicas

A dificuldade decorrente da hierarquia mostrou-se o principal obstáculo para que potenciais contribuições de trabalhadores da mesma equipe pudessem ser aproveitadas de forma útil na solução dos problemas. Há necessidade de incentivar maior escuta entre os profissionais e favorecer o respeito às opiniões de auxiliares e técnicos de enfermagem sobre seu campo, ainda

que permaneçam questões cuja decisão final caiba a profissionais de nível superior – por ser este seu núcleo de trabalho. A queixa dos auxiliares e técnicos reflete a dimensão da divisão social do trabalho e ecoa a imensa desigualdade brasileira, cuja pirâmide salarial não tem par nos sistemas de saúde do mundo desenvolvido. São esses técnicos os mesmos que moram no bairro, ao qual os outros profissionais só vão para trabalhar. Eles se sentem discriminados negativamente pela falta de estudo universitário e apontam a não valorização da experiência pela equipe. Esses achados salientam a importância de estudos que deem voz aos próprios trabalhadores de saúde²² e da instituição de modalidades democráticas e participativas de gestão como recurso promotor de saúde mental nas equipes de nível médio⁵.

Levanta-se também a problemática da responsabilidade pelo plantão noturno como algo que precisa ser reavaliado, tanto porque a qualidade da assistência nesse período mostra-se comprometida quanto pelo fato de que, em circunstâncias de emergência, auxiliares e técnicos são chamados a executar procedimentos que eles consideram fugir de sua capacitação – evidenciando-se a carência de uma contratação mínima para que seja garantido o atendimento integral em todos os turnos. Essa característica escancara uma das fragilidades do sistema de saúde brasileiro: a de travestir de interdisciplinaridade e de desmedicalização o “abaratamento” dos serviços, como se o cuidado de pacientes graves pudesse prescindir de contar com os recursos qualificados necessários.

Ademais, o dilema acerca de se o paciente em leito e sob a responsabilidade da equipe deve permanecer no serviço ou sair, acompanhado ou não de um funcionário, está no âmago da concepção de Caps. O serviço substitutivo prevê o uso de leito noturno como recurso que não se equipara à internação integral, podendo ser utilizado ainda que o paciente não se encontre em risco, como recurso terapêutico para determinados casos. Quanto a isso, ressalta-se que cada paciente precisa ser tomado em sua individualidade e de forma integrada pela equipe. Significa, portanto, que um profissional universitário pode em determinadas circunstâncias autorizar a saída do paciente; contudo, deveria fazê-lo considerando sua situação – se foi medicado, quão grande pode ser o risco de deixá-lo sair –, e para tal precisará ao menos informar-se com a equipe de enfermagem a respeito dos medicamentos que foram administrados. Entretanto, vale destacar que esse equívoco de identificar leito-noite com a internação

clássica foi uma exceção no discurso dos auxiliares e técnicos, que se mostraram bastante engajados aos preceitos da Reforma Psiquiátrica.

O modelo de trabalho em centros de saúde que implantaram a Estratégia Saúde da Família é uma deixa para se constatar que, apesar da demanda e do atendimento dispensado às emergências, é possível que se realizem visitas domiciliares de forma sistemática. Os técnicos avaliam que o tratamento psiquiátrico de pacientes com apoio familiar evolui de forma consideravelmente melhor; no entanto, a dificuldade de trazer o familiar para o Caps é grande. Salientam-se assim as vantagens de os trabalhadores estarem inseridos na rede social e familiar para que esses laços sejam resgatados. Com relação à estrutura física do Caps, um equipamento que tem por objetivo a reinserção social deve caracterizar-se como uma parte habitual da sociedade, de forma que não seria recomendada a retirada dos objetos de vidro e sim sua substituição por vidros temperados, por exemplo.

Merece destaque a necessidade de que auxiliares e técnicos recebam melhores salários, além de que seja criado algum tipo de auxílio institucional no sentido de se amenizarem as dificuldades subjetivas próprias do trabalho em Saúde Mental. Assim, chama a atenção eles não se referirem à supervisão clínico-institucional existente no Caps no momento do estudo.

Enfim – porém não menos importante –, torna-se urgente refletir sobre a forma como o avanço da Reforma Psiquiátrica tem sido avaliado, a saber, medindo sua efetividade por meio da quantificação do número de internações ou de encaminhamentos para serviços de saúde externos. Cumpre lembrar que reduzir esses números à custa de se abdicar de um tratamento eficaz apenas disfarçaria limites clínicos, embaçando os reais méritos da reforma. Parece essencial que se estabeleçam novos parâmetros e/ou indicadores que reflitam a evolução da Reforma sem que o processo avaliativo se converta em empecilho para seu progresso²³⁻²⁵. Apontar as dificuldades do grupo de trabalhadores de nível médio implica apostar que seu conhecimento facilitará sua resolução.

Retoma-se aqui o fato de o campo ter sido realizado em apenas um Caps, de forma que é inegável que haja limites. No entanto, prefere-se denominar “limite” em vez de “viés” à constatação de que talvez haja fatores diferentes – e até importantes – nas “histórias não (ainda) narradas”¹⁷ dos profissionais de outros Caps. A diferença de terminologia justifica-se pelo fato de que

se é verdade que muito ainda poderia ser dito, é também incontestável que as questões valorizadas neste trabalho – por apontarem problemas superáveis pelo planejamento – servem como norte para se aprimorarem os equipamentos de forma geral e que nossa abordagem qualitativa mostrou-se potente para aprimorar a nossa compreensão do processo subjetivo dos técnicos de enfermagem.

À guisa de conclusão

Os Caps do tipo III constituem-se equipamentos de saúde ímpares e requerem um planejamento estrutural condizente com sua complexidade. Devem ser tomados como pré-requisitos quando de sua abertura:

- Organização institucional que favoreça horizontalidade de poder;
- Distribuição de tarefas que propicie integração da equipe;
- Discernimento da pertença do equipamento Caps à rede – cuja acepção da palavra já deveria pressupor-lhe um caráter interligado;
- Composição da equipe profissional de forma que efetivamente se realize assistência integral em todos os turnos;
- Estrutura física apropriada para que se minimizem riscos;
- Suporte clínico para seus profissionais, na forma de supervisões clínico-institucionais ou outras;
- Salários adequados.

Os dois primeiros critérios e, em parte, o terceiro resvalam ainda na concepção do pessoal especializado acerca do núcleo de suas funções e dependem, portanto, do quão disposto cada um estará para aceitar/desejar mudanças em nome

do desenvolvimento conjunto. Concernem, portanto, ao perfil do trabalhador a ser contratado e ao modelo de sua formação profissional. Recomenda-se que se priorizem funcionários com a clareza da extensão de suas responsabilidades técnicas. Torna-se importante também, então, propiciar instâncias em que um processo formativo contínuo se apoie nas experiências cotidianas e nas quais se crie a confiança necessária para que sugestões pertinentes sejam consideradas. Os dispositivos de gestão participativa e de supervisão clínico-institucional poderiam ser considerados.

Conclui-se acertada a escolha pelos sujeitos da pesquisa, já que as questões foram abordadas de forma original e diferenciada pela categoria de profissionais. As cerca de quatro horas de discussões gravadas, 51 páginas transcritas e posteriormente compiladas em nove páginas de narrativas evidenciaram, de forma inequívoca, que a grande maioria do que foi dito não o seria se estivessem presentes outros atores durante as sessões. Além disso, a liberdade da forma como foram abordados os problemas estaria comprometida de forma integral.

Os relatos trazem à tona aspectos individuais do relacionamento humano, cuja singularidade não exclui questões universais do fenômeno social envolvido na relação subjacente da assistência nos Caps, como já constatarem outras investigações²². Assim também, entraves emblemáticos do SUS e da Reforma Psiquiátrica podem ser reconhecidos – a sensação de exclusão, a marcada desigualdade salarial etc. As narrativas constituíram a vinda à linguagem de uma porção de mundo composta por práticas “não (ainda) narradas”, no dizer de Ricoeur, e a pesquisa tornou-se dispositivo para destacar vozes que nem sempre são ouvidas.

Colaboradores

RO Campos e IP Baccari participaram igualmente de todas as etapas da elaboração do artigo.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica. **Saúde Mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários**. Brasília: Ministério da Saúde; 2003. (Mimeo).
2. Brasil. Portaria nº 224/92. Estabelece diretrizes e normas para o atendimento em Saúde Mental. **Diário Oficial da União** 1992; 2 set.
3. Brasil. Ministério da Saúde. **Programa mais saúde – direito de todos 2008-2011**. [documento na Internet]. [acessado 2008 set 28]; [cerca de 20p.]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/mais_saude_direito_todos_2ed.pdf
4. Amarante P, Torres EHG. A constituição de novas práticas no campo da Atenção Psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Saúde em Debate** 2001; 25(58):26-34.
5. Campos GWS. **Gestión en salud, en defensa de la vida**. Buenos Aires: Lugar; 2001.
6. Garcia C. **Psicanálise, psicologia, psiquiatria e Saúde Mental: interfaces**. Belo Horizonte: Oficina de Arte & Prosa; 2002.
7. Onocko CRT, Amaral M. Cândido Ferreira: experimentando uma mudança institucional. In: Merhy EE, Onocko Campos RT, organizadores. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec; 1997.
8. Onocko CRT. Análise do planejamento como dispositivo mediador de mudanças institucionais com base em um estudo de caso. **Cad Saude Publica** 2000; 16(4):1021-1030.
9. World Health Organization (WHO). **Policies and practices for mental health in Europe: meeting the challenges**. Genebra: WHO; 2008.
10. Mateus MD, Mari JJ, Delgado PGG, Almeida-Filho N, Barrett T, Gerolin J, Gohman S, Razzouk D, Rodriguez J, Weber R, Andreol SB, Saxena S. The Mental Health System in Brazil: policies and future challenges. **International Journal of Mental Health Systems** 2008; 2(1):12.
11. Campos RO, Furtado JP. Entre a Saúde Coletiva e a Saúde Mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (Caps) do Sistema Único de Saúde. **Cad Saude Publica** 2006; 22(5):1053-1062.
12. Westphal MF, Bógus CM, Faria MM. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. **Boletim da Oficina Sanitária do Panamá** 1996; 120(6):472-482.
13. Gatti BA. **Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas**. Brasília: Líber Livro; 2005. (Série **Pesquisa em Educação**, 10)
14. Wiggins GS. The analysis of focus groups in published research articles. **The Canadian Journal of Program Evaluation** 2004; 19(2):143-164.
15. Campos RO. Pesquisa qualitativa em políticas, planejamento e gestão em saúde coletiva. In: Barros NF, Cecatti JG, Turato ER, organizadores. **Pesquisa qualitativa em saúde: múltiplos olhares**. Campinas: Editora Unicamp; 2005. p. 235-246.
16. Gadamer HG. **Verdade e método: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica**. Petrópolis: Vozes; 1997.
17. Ricoeur P. **Tempo e narrativa**. Tomo I. Campinas: Papirus; 1994.
18. Flick U. A construção e a compreensão de textos. In: Flick U. **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Bookman; 2004. p. 45-53.
19. Campos RO, Furtado JP. Narrativas: utilização na pesquisa qualitativa em saúde. **Rev Saude Publica** 2008; 42(6):1090-1096.
20. Furtado JP, Campos RO. Participação, produção de conhecimento e pesquisa avaliativa: a inserção de diferentes atores em uma investigação em saúde mental. **Cad Saude Publica** 2007; 23(11):105-114.
21. Kristeva J. **O gênio feminino: a vida, a loucura, as palavras** v. 1. Rio de Janeiro: Rocco; 2002.
22. Sivalli Campos CM, Baldini Soares C. A produção de serviços de Saúde Mental: a concepção de trabalhadores. **Cien Saude Colet** 2003; 8(2):621-628.
23. Tanaka OU, Lauridsen-Ribeiro E. Desafio para a atenção básica: incorporação da assistência em Saúde Mental. **Cad Saude Publica** 2006; 22(9):1845-1853.
24. Nunes M, Jucá VJ, Valentim CPB. Ações de Saúde Mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. **Cad Saude Publica** 2007; 23(10):2375-2384.
25. World Health Organization (WHO). World Organization of Family Doctors (WONCA). **Integrating mental health into primary care: a global perspective**. Geneva: WHO; 2008.

Artigo apresentado em 15/10/2008

Aprovado em 24/06/2009

Versão final apresentada em 25/07/2009