

## TRABALHO E CUIDADO NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: ALGUMAS REFLEXÕES

Work and Care in the Psychosocial  
Attention Context: Some Reflections

Trabajo y Cuidado en el Contexto de la  
Atención Psicosocial: Algunas Reflexiones

Alice Guimarães Bottaro de Oliveira

### Resumo

Partindo de dados de um estudo local, apresentamos uma reflexão sobre o trabalho e as práticas de cuidado realizadas por duas equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), à luz dos pressupostos teóricos, administrativos e técnico-assistenciais da Reforma Psiquiátrica, e da historicidade, materialidade e contradições do trabalho das equipes no contexto matogrossense. Na realidade estudada, o modo de gestão em saúde mental condiciona o modelo de atenção e, em grande medida, reduz o potencial criativo individual e coletivo de trabalhadores e usuários. Destaca-se a potencialidade inovadora e criativa dessa nova tecnologia que, entretanto, ao ser padronizada nacionalmente, simultaneamente garante recursos e institucionaliza o cuidado e imobiliza práticas terapêuticas. Trabalhar/cuidar é um processo dinâmico que inclui trabalhadores e pacientes numa dialética. A ampliação da capacitação técnico-política dos trabalhadores e o enfrentamento das contradições desse trabalho pode permitir a construção, sempre provisória, da atenção psicossocial.

**Palavras-chave:** Saúde Mental. Serviços de Saúde Mental. Cuidados de Saúde. Trabalho.

### Abstract

Based on the data of a local study, we present a reflection about the care work and practices carried out by the two teams of the Psychosocial Attention Centers (CAPS), in light of the theoretical, administrative and technical-assistance presuppositions of the Psychiatric Reform and the historicity, materiality and contradictions of the teamwork within the matogrossense context. In the reality studied, the kind of management in mental health conditions the model of attention and, in great measure, reduces the collective and individual creative potential of the workers and the users. We emphasize the innovative and creative potential of this new technology, which, however, when being nationally standardized, simultaneously warrants resources and institutionalizes the care and mobilizes the therapeutic practices. Work and care is a dynamical process including workers and patients into a dialectic. The enlargement of the technical-political habilitation of the workers and the act of facing the contradictions inherent to this work allows to construct the – always provisional – psychosocial attention.

### Keywords:

Mental Health. Mental Health Services. Health Care. Work

### Resumen

Partiendo de datos de un estudio local, presentamos una reflexión sobre el trabajo y las prácticas de cuidado realizadas por dos equipos de los Centros de Atención Psicosocial (CAPS), de acuerdo a los presupuestos teóricos administrativos y técnico-asistenciales de la Reforma Psiquiátrica, de la historia, materialidad y de contradicciones de trabajo de los equipos en el contexto del estado del Mato Grosso – Brasil. En la realidad estudiada, el modo de gestión en salud mental condiciona el modelo de atención y, en gran medida, reduce el potencial creativo individual y colectivo de trabajadores y usuarios. Destacándose la potencialidad innovadora y creativa de esa nueva tecnología que mientras al ser estandarizada nacionalmente, simultáneamente garante recursos, institucionaliza el cuidado e inmoviliza prácticas terapéuticas. Trabajar/cuidar es un proceso dinámico que incluye a trabajadores y pacientes en una dialéctica. La ampliación de capacitación técnico-político de los trabajadores y los enfrentamientos de las contradicciones de ese trabajo puede permitir la construcción, siempre provisional, de la atención psicossocial.

**Palabras clave:** Salud Mental. Servicios de Salud Mental. Atención de Salud. Trabajo.

## INTRODUÇÃO

Neste artigo apresentamos uma reflexão sobre o trabalho e as práticas de cuidado realizadas por equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), à luz dos pressupostos teóricos, normativos e técnico-assistenciais da Reforma Psiquiátrica e do estudo dos processos de trabalho de duas dessas equipes no contexto matogrossense.

No Brasil, passou-se a utilizar o termo atenção psicossocial a partir da II Conferência Nacional de Saúde Mental (1992) quando se definiu que a atenção integral e a cidadania eram conceitos norteadores da atenção à saúde mental e, assim, nos marcos dessa Conferência e de todo o movimento que ela desencadeou, compreende-se que a condição de saúde e doença mental presente em uma determinada pessoa é resultante de um conjunto complexo e indissociável de determinações e condicionamentos biológicos, psicológicos e sociais. Essa denominação remete à noção de saúde mental que, diferente da psiquiatria, uma disciplina da área médica, é, estruturalmente, interdisciplinar. O campo da saúde mental só é possível a partir da pluralidade de olhares disciplinares (teorias) sobre a “loucura” – acepção mais ampliada de “doença” ou sofrimento mental<sup>1</sup>.

Definem-se, assim, algumas balizas teóricas para a compreensão inicial das práticas de atenção psicossocial: são ações de cuidado pautadas por uma compreensão ampliada do processo saúde-doença (mental), que remetem à uma realidade bio-psico-social histórica e concreta e que se constituem a partir da integralidade e da cidadania.

Desse modo, compreendemos que a atenção psicossocial localiza-se no campo interdisciplinar da saúde mental, não é uma extensão ou uma atualização das práticas psiquiátricas (médicas), nem se organiza a partir da centralidade dessas<sup>1</sup>.

Normatizando o processo de criação dos CAPS, no Brasil, em 2004, o Ministério da Saúde (MS)<sup>2:13</sup>, definiu-os como:

*[...] um serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS). Um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, [...] cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida.*

O objetivo dos CAPS é:

*[...] oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo*

*acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. [...] criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos<sup>2:13</sup>.*

Ressaltamos o caráter inovador e arrojado previsto na definição dos CAPS. Trata-se de um dispositivo de atenção situado no campo da saúde e no SUS, entretanto, pretende uma organização de práticas de cuidado de alcance intersetorial, além de ser voltado para o atendimento de pessoas em situações graves de sofrimento mental, com o objetivo de substituir a assistência ofertada nos hospitais psiquiátricos.

Essas premissas organizacionais dos CAPS - intersetorialidade e resolutividade - também demarcam o campo da atenção psicossocial, ou seja, a atenção psicossocial, além de ter como conceito fundante a indissociabilidade bio-psico-social do processo saúde-doença (mental), de guiar suas práticas pelos marcos da integralidade e da cidadania, a partir de concepções interdisciplinares que superam as práticas psiquiátricas, necessitam organizar-se de modo intersetorial e serem resolutivas para as situações de sofrimento mental grave demandadas pelos “pacientes”.

Fazemos essa introdução para que possamos analisar alguns aspectos da construção da atenção psicossocial a partir de dados sobre o funcionamento desses dispositivos (CAPS). Pautamos essa reflexão em alguns conceitos da dialética marxista - materialismo, historicidade, contradições - e buscamos analisar dados do contexto regional do qual somos participantes e, portanto, do qual não pressupomos a neutralidade, buscando inserir esses dados locais e regionais no movimento atual de organização nacional das práticas da Reforma Psiquiátrica.

## SOBRE A CONSTRUÇÃO MATERIAL, ADMINISTRATIVA E FINANCEIRA DOS DISPOSITIVOS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Em consonância com as diretrizes do MS, o governo do Estado de Mato Grosso (MT), em convênio com Prefeituras, vem desenvolvendo uma política de implantação de CAPS em todo o Estado, que resultam na existência atual 33 deles, sendo sete na grande Cuiabá (Municípios de Cuiabá e Várzea Grande). Esse movimento acompanha a evolução que vem ocorrendo no Brasil: em 2001 havia 295 e em agosto de 2005, 650 CAPS<sup>3</sup>.

Os dados disponíveis no MS permitem também afirmar que Mato Grosso vem ocupando um lugar destacado no panorama nacional de instalação de CAPS: ocupava a terceira posição no ranking “indicador CAPS/100.000 habitantes” quando, em agosto de 2005,

havia 17 cadastrados (apenas a metade dos atuais trinta e três) e 0,653 CAPS/100.000 habitantes, índice menor apenas que Sergipe e Rio Grande do Sul<sup>2</sup>.

Em Mato Grosso, o incentivo para a implantação de CAPS nos Municípios com mais de 20.000 habitantes foi normatizado<sup>4,5,6</sup> a partir de 2001 e, por meio dos instrumentos de gestão constituídos, garantiu-se financiamento e agilidade na implantação e custeio de CAPS nos Municípios.

Em decorrência das diretrizes administrativo-financeiras dispostas nesses instrumentos de gestão, ocorreu um processo de mobilização dos gestores municipais para a criação de serviços extra-hospitalares de saúde mental, na modalidade exclusiva de CAPS. Esses instrumentos alteraram o panorama de assistência à saúde mental em MT que, até o início do século XXI, era caracteristicamente hospitalocêntrica<sup>7</sup>.

Observamos que esses instrumentos influenciaram um movimento de organização de rede de atenção em saúde mental, entendida como sinônimo de criação de CAPS, até mesmo em locais onde a demanda de internação psiquiátrica era muito reduzida ou sequer existia – caso dos Municípios de Confresa e Vila Rica que, durante um ano, 1998-1999, não apresentou nenhuma demanda para internação psiquiátrica e que passaram a contar, a partir de 2004, com CAPS<sup>8</sup>.

Compreendemos, portanto, esse expressivo avanço na dimensão administrativa da organização da rede de atenção psicossocial em MT, determinado, principalmente, pelo predomínio de uma lógica de gestão financeira: garantia de aumento de receita para os Municípios. Essa afirmação, entretanto, requer maior detalhamento analítico e, para isto, é necessário apresentar alguns dados que permitem a compreensão das especificidades regionais.

O Estado de MT localiza-se na região central do Brasil, distante dos grandes centros urbanos e, conseqüentemente, sofre com as dificuldades decorrentes do difícil acesso e intercâmbio com os centros de poder político, econômico e acadêmico. Disso resulta, entre outras dificuldades, uma precariedade de formação especializada em saúde mental, o que resulta na instalação dos CAPS, em sua quase totalidade, com profissionais – enfermeiros, médicos, psicólogos, assistentes sociais, e outros - que possuem somente formação generalista. Disso decorre também o pouco acúmulo crítico ao modelo hospitalocêntrico psiquiátrico, a inexistência de movimentos sociais em saúde mental e a incorporação da Reforma Psiquiátrica apreendida como desospitalização.

Outras características regionais - diversidades etnoculturais, grande contingente populacional indígena e diversas influências culturais decorrentes

dos fluxos migratórios colonizadores recentes (baianos, gaúchos), o estágio de desenvolvimento social e econômico marcado ainda por uma economia extrativista (madeira e garimpo) e de setor primário (agricultura e pecuária) – definem de um modo peculiar o processo de construção da rede de atenção psicossocial no Estado. Essa peculiaridade conforma uma organização de serviços e dispositivos de cuidado que são muito frágeis sob o ponto de vista da participação social e de referenciais teórico-críticos e apontam para uma supervalorização das estratégias de gestão administrativa e financeira na definição do modelo assistencial e da racionalidade médico-psiquiátrica nos processos terapêuticos.

Assim, a rede de atenção psicossocial (ou de CAPS) existente é numericamente significativa, tanto para os padrões regionais quanto no contexto nacional, entretanto, a análise da racionalidade que orienta o trabalho/cuidado, realizado ou não segundo a lógica do modelo de atenção psicossocial, requer uma maior aproximação.

O estudo de dois dos sete CAPS da grande Cuiabá aponta alguns subsídios para a análise dessa racionalidade do processo de trabalho/cuidado aí realizado. Apresentaremos alguns dados sobre essas duas equipes, com o objetivo de refletir sobre as possibilidades e limites dessa estrutura para a construção da atenção psicossocial.

Em cada um dos dois CAPS estudados, o número de profissionais de nível universitário era seis e, portanto, ambos atendem ao mínimo estabelecido pelo MS<sup>2</sup> tanto na quantidade como também quanto à formação (médico, enfermeiro e demais profissionais). Quanto ao vínculo institucional, observamos que, do total de profissionais desses dois CAPS, apenas 16% eram efetivos, enquanto 84% eram contratados temporariamente.

Consideramos que essa condição de trabalho, presente em grande parte da força de trabalho em saúde atualmente<sup>9</sup>, é um fator de grande dificuldade para a realização de atenção psicossocial, uma vez que, ao não dispor de segurança de permanência e de ascensão na carreira profissional, o trabalhador tem pouco poder de contratualidade para o exercício de práticas emancipatórias no processo de trabalho/cuidado. Ou seja, se o seu contrato de trabalho não é garantido por capacitação técnica, mas está na dependência de injunções pessoais ou clientelistas decididas pelo gestor local, como é o caso dos contratos temporários de trabalho em nossa região, esse trabalhador terá muitas limitações para se posicionar de modo profissionalmente autônomo nas discussões e práticas de cuidado realizadas nos CAPS. Exemplificando essa limitação, podemos citar situações

onde os profissionais não dispunham de opções minimamente adequadas para o implemento de terapia psicofarmacológica (falta de medicamentos básicos), ou de telefone, ou de transporte para o atendimento dos pacientes, mas isso não era abordado explicitamente em reuniões de equipe, discussão de casos ou, menos ainda, no processo terapêutico com o paciente, pois poderia repercutir em demissões.

É importante também assinalar que, nesses CAPS, o cargo de gerente era acumulado com o do exercício profissional, assim, o assistente social em um e o psicólogo em outro, além de ser responsável pelo atendimento de sua área, respondia também pelo cargo de gerência, que não previa nenhum tipo de gratificação salarial.

Quanto à carga horária semanal, observou-se que todos os profissionais (exceto os médicos) realizavam uma carga horária de 30 horas, o que repercute no fato de que o enfermeiro, por exemplo, cumpria sua jornada de trabalho no período matutino e os pacientes atendidos no período vespertino sequer o conheciam, e isso se repetia com os demais profissionais. Os médicos psiquiatras cumpriam uma jornada de um único período (manhã ou tarde) de aproximadamente três horas semanais.

Consideramos que essas características do trabalho incidem diretamente na possibilidade ou não de construção da atenção psicossocial – objetivo dos CAPS. Na realidade estudada, o cuidado inovador e arrojado, previsto para acontecer nesse dispositivo, tinha que acontecer em condições reais e concretas de trabalho reduzidas para menos do mínimo estabelecido legalmente, pois, se o que foi estabelecido como condição mínima para o trabalho das equipes é respeitado somente para efeitos formais, ou seja, contrata-se um profissional para que ele seja simultaneamente técnico e gerente e, a partir de uma única jornada de trabalho (manhã ou tarde) responda tecnicamente pela assistência profissional dos pacientes atendidos em todos os períodos, estamos, na prática, nos limitando a uma disposição formal de contar com esse profissional na equipe, sem condição de incluí-lo, de fato, na dinâmica do processo de trabalho diário.

Ao abordarmos essa inclusão formal dos profissionais nas equipes, é necessário também analisarmos o modo peculiar de participação, nessa equipe, dos médicos psiquiatras. A escassez desse profissional no mercado de trabalho local, as condições precárias de trabalho que não permitem modificar esse panorama com a migração de profissionais de outras regiões e a força que essa categoria ainda detém no jogo político das relações de trabalho/emprego determinam que os gestores negociem e legitimem condições privilegiadas para essa categoria profissional

nas equipes. É necessário refletir sobre as diferentes inserções profissionais no mundo do trabalho atualmente<sup>10</sup> e as repercussões dos arranjos das diferentes categorias profissionais na construção da atenção psicossocial.

A atenção psicossocial em MT, compreendida como aquela prioritariamente realizada nos CAPS, insere-se num processo nacional que, em outras regiões brasileiras, surgiu a partir de uma crítica sociocultural e técnica ao modelo hospitalocêntrico de assistência psiquiátrica, entretanto, aqui foi possibilitada por uma diretriz política-administrativa-financeira percebida como externa à realidade e às práticas das instituições psiquiátricas locais<sup>11</sup>. Assim, foram prioritariamente os mecanismos de gestão que determinaram a criação dos CAPS que, atualmente, compõem de modo hegemônico o modelo de atenção à saúde mental no Estado. Além de suficientes para determinar o modelo de atenção, esses instrumentos de gestão também impõem as formas de contrato e trabalho das equipes desses CAPS no âmbito municipal, marcado pela baixa remuneração e outras condições precárias de inserção dos trabalhadores no mundo do trabalho.

Quisemos até aqui apontar algumas definições nacionais e características regionais que incidem na conformação dos processos de trabalho realizados nos CAPS com o objetivo de, numa análise que busca a historicidade, a dinamicidade e a totalidade, abordar as práticas de atenção psicossocial possíveis nesse contexto e os seus limites, para nos instrumentalizar e superá-los.

## O PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES

Ao processo de trabalho corresponde um objeto, que é a quem (ou para o que) se dirige o nosso cuidado, instrumentos ou meios que incluem métodos, técnicas, equipamentos e/ou recursos para realizar um determinado trabalho, e a finalidade ou o que se quer alcançar com esse trabalho. Essas três dimensões se conformam mutuamente, não existem separadamente, são interdependentes e somente existem numa relação histórico-dialética com os determinantes gerais do modo de produção capitalista, que, por sua vez, condiciona a existência de uma sociedade de classes, de alto nível competitivo e excludente.

Na tecnologia alienista, ou seja, no modelo assistencial dos primórdios da psiquiatria, o objeto de trabalho era a “doença mental” abstraída de sua realidade de surgimento, numa perspectiva teórica de explicação individual, orgânica ou moral, e os meios estavam relacionados à organização do hospício e das práticas de “tratamento” que se mantiveram ao longo

da história centralizadas no hospital psiquiátrico e que têm o isolamento como princípio<sup>12</sup>. Nesse modelo, a cura – finalidade do processo – era compreendida como o retorno a um padrão ideal de normalidade. Essa é a racionalidade que orienta o processo de trabalho ainda hoje no que denominamos modelo médico-psiquiátrico.

Compreendemos a Reforma Psiquiátrica como um importante movimento que possibilita a construção de um novo modelo de atenção em saúde mental. Adotamos aqui a definição de modelo de atenção como uma racionalidade que determina uma organização de saberes e instrumentos nos processos de trabalho em saúde. Não é um padrão, nem uma determinada organização burocrática e administrativa das práticas, trata-se de “uma lógica que orienta a ação”, um “modo de combinar técnicas e tecnologias para intervir sobre problemas de saúde e atender necessidades individuais e coletivas”<sup>13:165</sup>.

No modelo de atenção psicossocial, o objeto é definido na confluência dos aspectos biológicos, psicológicos, sociais, políticos e culturais. O sofrimento mental não é um fenômeno exclusivamente individual, mas ocorre numa pessoa “em-relação”, portanto, o adoecimento e o tratamento necessitam dessa perspectiva sociocultural e política, além da biológica e psicológica. O alvo das ações é uma pessoa em todas essas dimensões, com seus vínculos familiares e sociais, e ela é o sujeito principal de todo o processo de tratamento, com direito a voz e participação nas decisões da sua vida e tratamento<sup>14</sup>.

Nesse modelo, a equipe trabalha interdisciplinarmente buscando novas formas de sociabilidade para além das relações hierárquicas, além de comportar outros membros que extrapolam a constituição tradicional das equipes terapêuticas (como artesãos, músicos, artistas plásticos e outros)<sup>14</sup>.

Admitindo que o sofrimento mental não é externo ao sujeito, mas se dá a partir de uma determinada maneira em que ele se posiciona em relação a seus conflitos e contradições, então, a finalidade no modelo psicossocial “é um reposicionamento do sujeito de tal modo que ele, em vez de apenas sofrer os efeitos desses conflitos, passe a se reconhecer como um dos agentes implicados nesse “sofrimento” e como um agente de possibilidade de mudança”<sup>14:155</sup>.

Nesse modelo psicossocial de atenção, ao objeto de trabalho redesenhado, ampliado e complexificado, não mais reduzido à dimensão corporal e moral da “doença mental”, apresenta-se a necessidade de novos instrumentos – nova conformação de equipes, relações de poder horizontalizadas, abordagem clínica que incorpore o campo social e o político, além da mobilização para a participação e o controle social, por meio de

associações de usuários e familiares, de trabalhadores, assembleias de usuários e trabalhadores entre outros. É nesse processo que são “inventados” os novos dispositivos de cuidado, como os CAPS, onde a instituição, em si, é um espaço de interlocução: o sujeito fala, participa de um diálogo, não inquerito, nem monólogo, e a organização institucional pressupõe a integralidade – em relação ao território e ao ato terapêutico<sup>14</sup>.

Apresentamos essas premissas do modelo de atenção psicossocial para novamente voltar aos elementos do processo de trabalho realizado/analizado, buscando compreender as suas contradições e possibilidades de superação.

Inicialmente nos deparamos com uma dificuldade: como é possível que equipes tão mínimas como as encontradas em nosso meio, trabalhando sob condições tão precárias, possam operacionalizar uma delimitação de objeto de trabalho/cuidado tão ampliada, que, conforme descrito no modelo psicossocial, busca superar a clínica tradicional e compromissarem-se com uma prática clínica baseada no diálogo entre racionalidades científicas, discursos socioculturais e meios de trabalho?<sup>15</sup>.

Quando se busca essa dimensão da clínica, temos que admitir que “os profissionais compõem, numa relação de trabalho/terapêutica, com seus clientes/‘pacientes’, uma dialética de papéis simultâneos de trabalhador/cuidador” e, se isso não for considerado no plano do trabalho assistencial e centrar-se a atenção apenas no pólo “terapêutico”, que teria a pretensão de responder a todas as demandas, restaria uma clínica que, mesmo com toda a competência técnica, não garante uma atenção compromissada com a cidadania<sup>15: 26</sup>.

Desse modo, se o desafio é, como já afirmamos, tão inovador quanto o trabalho da atenção psicossocial preconizado, como alcançá-lo partindo-se de equipes tão minimalistas? Como articular as dimensões de trabalho/cuidado indissociáveis nesse projeto terapêutico que visa a cidadania (de todos) tendo-se como fundamentos os vínculos de trabalho tão precários dos trabalhadores? De que maneira os meios de trabalho podem ser viabilizados para o alcance dos objetivos, sem que possam ocorrer diálogos democráticos nas equipes e na gestão? Em síntese, indagamos se é possível a existência de atenção psicossocial em decorrência somente de uma ordenação administrativo-financeira, sem que seja acompanhada de mecanismos de participação democrática da gestão e dos processos de trabalho?

Analisando-se o sistema de financiamento dos CAPS, percebe-se também uma grande dificuldade na consecução dos objetivos da atenção psicossocial, pois a lógica da remuneração via Autorização de

Procedimento de Alta Complexidade (APAC) vincula-se principalmente à doença, na sua delimitação clínico-diagnóstica tradicional e compromete a possibilidade de atenção psicossocial<sup>16</sup>.

O médico psiquiatra é o profissional responsável pela assinatura do documento que garante o financiamento dos CAPS (APAC) e, em nosso meio, como já apresentamos, ele é o profissional menos presente nas equipes. Portanto, observam-se aqui algumas contradições importantes: o CAPS organiza-se legal e normativamente em torno da atenção psicossocial e, ao mesmo tempo, exige que a inscrição do paciente em uma modalidade de tratamento (Intensiva, Semi-intensiva, Não-intensiva) deve ser indicada legalmente (na APAC, para garantir o financiamento) pelo médico mediante um diagnóstico médico-psiquiátrico. Esse profissional, sendo o mais ausente na equipe, é o que detém maior autoridade no processo terapêutico. Em relação a isto se observou, nos CAPS estudados, que os profissionais de nível médio, principalmente técnicos de enfermagem e também alguns de nível superior, não médico, preenchem os dados das APAC's deixando-os prontos para que o médico somente inclua os dados dos campos de diagnóstico, modalidade de tratamento e assinatura, ou, em outras situações, o médico discute na equipe somente a inclusão de pacientes novos e os formulários de APAC's de renovação são assinados em branco por ele, para que a equipe proceda ao preenchimento posterior. Observa-se uma clara demonstração de que, muitas vezes, a equipe funciona na dinâmica da instrumentalização do trabalho médico, que detém autonomia e autoridade sobre todo o processo terapêutico, mesmo em contexto de atenção psicossocial.

Outro aspecto a se destacar são as características do que é denominado acolhimento nos CAPS. Esse procedimento era realizado, nas situações observadas, pelo técnico de enfermagem, técnico administrativo ou outro profissional da equipe que estivesse disponível. Resume-se a uma entrevista de aproximadamente trinta minutos, na qual se segue um roteiro de dados de identificação pessoal, familiar e social, seguido de agendamento para consultas com os demais profissionais da equipe. Depois desses atendimentos, o paciente é incluído ou não em uma modalidade de tratamento.

Admitindo o sentido de que "acolher um paciente pela primeira vez, não é estar do outro lado de uma mesa, observando o comportamento, mas estar disposto a recebê-lo e estar com ele *na* situação, participando e tentando apreender um código desconhecido"<sup>17:41</sup>, indagamo-nos sobre o procedimento realizado: é acolhimento ou triagem? E,

novamente, reportamo-nos às dimensões internas de organização do serviço: os profissionais que realizam esse procedimento têm qualificação necessária para compreender a importância e agir nesse primeiro encontro? E também aos determinantes externos: de que maneira pode-se construir atenção psicossocial com equipes tão precarizadas técnica e numericamente?

De acordo com o MS, os CAPS funcionam segundo a lógica do território e buscam organizar uma rede de atenção às pessoas com transtornos mentais, suas famílias e comunidade. Os CAPS estudados atendem portadores de transtornos mentais que o procuram por demanda espontânea ou encaminhados: pela justiça, pelas unidades básicas de saúde e egressos de internação psiquiátrica. Observou-se uma insuficiência numérica de serviços: apenas sete CAPS para uma população de aproximadamente 700.000 habitantes, sendo dois infanto-juvenis, dois para dependentes de álcool e drogas e apenas três para transtornos mentais, sendo que, desses, dois são CAPS I e um CAPS II. Conseqüentemente, a localização dos CAPS atende mais a uma organização geográfica do que ao planejamento e atendimento de uma demanda territorial.

Em ambos os CAPS estudados, o número de pacientes inscritos era menor do que o número de vagas disponíveis. Isso remete a duas possibilidades: desconhecimento da população sobre o serviço ou ainda que esteja pouco incorporado à cultura local e/ou por apresentar pequena resolutividade, o que faz com que a população encontre respostas para suas demandas em serviços tradicionais da rede (ambulatório de referência e pronto atendimento psiquiátrico). É necessário que esse dispositivo se consolide na rede assistencial, se constitua como disponível e resolutivo para demandas de qualquer dia e horário, para que possam ser melhor analisadas suas características de inserção territorial.

Sobre a dinâmica do trabalho realizado, observou-se o predomínio de atendimentos grupais, tanto do tipo *grupo operativo*, previstos num cronograma semanal e sob a coordenação de um profissional de nível universitário, nos quais se realizavam discussões acerca de "cidadania", "convívio familiar", "planejamento e retorno do final de semana", como do tipo *oficina terapêutica*, caracterizadas pela realização de uma atividade, seja educativa, como exibição e discussão de filmes ou sobre programas ministeriais de educação em saúde (hipertensão, doenças sexualmente transmissíveis e outros), ou ainda de confecção de trabalhos manuais e canto.

A valorização de atividades grupais, que propõem e facilitam a interação social, é fundamental para os

propósitos da atenção psicossocial, entretanto, muitas vezes, as atividades eram reduzidas ao “fazer” o trabalho manual, ou cantar, ou, nos casos de grupos operativos, a uma exposição coletiva de problemas pessoais e familiares que mereciam cuidado mais individualizado. Compreendemos as oficinas terapêuticas nos CAPS como espaços coletivos de construção material - realização de um determinado produto (pintura, bordado, cerâmica, e muitos outros) -, e subjetiva – o encontro, a possibilidade de conviver e dialogar – duas características básicas do cuidado<sup>18</sup>.

Nesse sentido, para que se trabalhem essas duas dimensões, é necessário não reduzir essas oficinas a espaços de confecção de determinados produtos. Saraceno<sup>19:16</sup> afirma que o objetivo mais importante das práticas de reabilitação é a ampliação das habilidades das pessoas para efetuar suas trocas, tanto nos espaços pessoais, da família, como nos espaços sociais e institucionais. Admitimos que a recuperação das habilidades da pessoa para efetuar trocas, dialogar e conviver passe por fazer atividades artesanais ou cantar, mas não termine na realização dessas atividades. É importante refletir sobre essa forma de cuidar para que não façamos a redução desses espaços potencialmente ricos de convivência a espaços de fazer para não pensar, ou de manutenção da ordem institucional, e, nesse processo, também reduzir a nós mesmos como agenciadores da alienação.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

É necessário destacar, principalmente, a potencialidade inovadora e criativa dessa nova tecnologia que, embora regida por normatização oficial, é construída cotidianamente por meio das relações concretas entre trabalhadores e usuários, nos espaços reais e possíveis de existência dos CAPS.

Para apreendermos a realidade, na perspectiva teórico-metodológica assumida, é necessário identificar as contradições constituintes dessa realidade e a primeira nos parece: a implantação dos CAPS no vasto território nacional, sua definição e garantias jurídico-administrativas, que visam a uma macro mobilização rumo à atenção psicossocial, simultaneamente garante direitos/recursos e institucionaliza padrões de atendimento. E, na medida em que institucionaliza, fixa e imobiliza práticas terapêuticas que, por definição “psicossocial”, necessitam ser móveis, mobilizáveis, dinâmicas e criativas. Parece-nos que a possibilidade da atenção psicossocial é intrinsecamente instável, em construção, um vir a ser.

Há que se resgatar, neste processo de construção da atenção psicossocial, a potencialidade humana, individual e coletiva. A humanidade de todos os atores

mobilizada em todas as suas dimensões dá a medida do avanço possível. A construção de práticas terapêuticas que buscam incrementar a potencialidade (e, conseqüentemente o protagonismo) de todos os atores envolvidos – profissionais, usuários e familiares/comunidade – é tarefa contínua a ser implementada no processo de construção da atenção psicossocial. Implica crítica e autocrítica cotidiana para não ser aprisionada numa psiquiatria renovada. Na realidade estudada, o modo de gestão condiciona o modelo de atenção e, em grande medida, imobiliza o potencial criativo individual e coletivo de trabalhadores e usuários.

A formação dos profissionais da área da saúde, fortemente influenciada pelo paradigma médico-biológico em detrimento de formação humanista, é um fator limitante. Ao se buscar a superação do modelo médico-psiquiátrico e a participação na construção de modelo de atenção psicossocial, exige-se dos profissionais novas habilidades e competências que não estão postas no exercício cotidiano da formação ou são inseridas de forma aleatória e precária nos currículos.

Admitem-se diferentes recortes de objeto de trabalho/intervenção que permeiam varias profissões e práticas profissionais que interagem, de modo mais ou menos conflituoso, nas equipes de saúde mental. Essa interação é marcada por outros aspectos, além desses fundamentos teórico-práticos. A valoração social atribuída aos diferentes trabalhos, profissões e profissionais vai também marcar significativamente essas relações das equipes.

Aos trabalhadores de saúde mental nos CAPS, além do domínio de técnicas, é requisitado ter a capacidade, competência e a coragem de ajudar o outro a se perceber de maneira diferente daquela que os outros dizem que ele tem que ser. A finalidade é também ser mais autônomo, mas sempre tomando com muito cuidado esta palavra –autonomia. A autonomia é sempre provisória, nunca definitiva. A autonomia humana é dada pela busca da liberdade e da emancipação. Essa busca (o movimento neste sentido e não a coisa em si) é o que nos iguala humanamente, o que nos faz autônomos. Somos iguais, não porque nascemos iguais, mas porque decidimos que somos iguais<sup>20</sup>. E isto só vale enquanto tivermos coragem para manter esta afirmativa. Nada mais do que isso nos garante como iguais. É dessa autonomia e liberdade que estamos falando como finalidade do processo de trabalho em saúde mental. Este é um grande desafio. E também é preciso lembrar que não podemos fazer isto pelo outro – paciente ou usuário. Ou fazemos por “nós”, ou não há como ser feito.

A finalidade do trabalho da equipe (projeto terapêutico do paciente) pode ser tornar-se sujeito

de sua vida - recuperar sua história de vida e refazer projetos de vida — processo que é intrinsecamente pessoal e coletivo.

As equipes que realizam o processo de trabalho de atenção psicossocial necessitam enfrentar suas contradições internas: disparidade de concepções teórico-metodológicas sobre o que e como fazer, relações de poder intra-equipes que, por sua vez, são constituídas também nas e pelas contradições externas: pluralidade cultural e disparidade de valores éticos/morais na sociedade atual, desigualdades sociais, exclusão de muitos em proveito de alguns e super exploração do trabalho no modo de produção capitalista globalizado.

É necessário retomar as origens da Reforma Psiquiátrica, movimento que deu origem à atenção psicossocial, ou ao desenvolvimento da dimensão técnica-assistencial dessa Reforma, quando Basaglia<sup>21</sup> afirmava a necessidade de que busquemos a liberdade e a identificação das contradições. Liberdade no sentido de que os seres humanos — trabalhadores ou pessoas em sofrimento mental - são um infinito de potencialidades e as contradições presentes na sociedade: a construção ideológica a partir da qual acreditamos que a sociedade é sadia e a de que os serviços abertos ou comunitários de saúde mental curam, ou existem a partir do momento em que a sociedade “evoluiu” e tornou-se democrática.

## Referências

1. Costa-Rosa A, Luzio CA, Yasui S. Atenção psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. In: Amarante P, organizador. *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro (RJ): Nau; 2003.
2. Ministério da Saúde (BR). *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília (DF); 2004.
3. Ministério da Saúde (BR). *Dados sobre os centros de atenção psicossocial no Brasil*. [on-line] [citado 09 out 2006] Disponível em: <http://www.inverso.org.br/index.php/content/view/8.html>
4. Secretaria de Estado da Saúde (MT). Resolução CIB N°009/2001 de 25 de maio de 2001. Dispõe sobre a flexibilização do processo de implantação e implementação dos Centros de Atenção Psicossocial-CAPS em Mato Grosso. Publicada no DOMT de 18/06/2001; 2001.
5. Secretaria de Estado da Saúde (MT). Resolução CIB N°001/2002 de 22 de março de 2002. Dispõe sobre a alteração de materiais permanentes para implantação e implementação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em Mato Grosso. Publicada no DOMT de 12/06/2002; 2002a
6. Secretaria de Estado da Saúde (MT). Portaria n° 047/SES/GS de 15 de abril de 2002. Dispõe sobre a microrregionalização da saúde. Publicada no DOMT de 13/05/2002; 2002 b
7. Oliveira AGB, Alessi NP. Superando o manicômio? Desafios na construção da reforma psiquiátrica. Cuiabá (MT): Ed UFMT; 2005.
8. Oliveira AGB, Santos JP, Marcon SR. Características da população atendida na central de vagas psiquiátricas do Município de Cuiabá: 1998/1999. *Colet Enferm* 2004 jan-abr; 3(1): 36-44.
9. Pires D, Gelbcke FL. Transformações no mundo do trabalho e a enfermagem: transformações e oportunidades no mercado de trabalho. *Anais do 53º Congresso Brasileiro de Enfermagem*; 2001 out 09-14; [CD-ROM] Curitiba (PR), Brasil: Curitiba (PR): ABEn; 2001.
10. Vieira ALS. Empregabilidade dos enfermeiros no Brasil. *Esc Nery Rev Enferm* 2003; 6(1): 65-74.
11. Oliveira AGB, Conciani ME. Participação social e reforma psiquiátrica: um estudo de caso. *Ciência & Saúde Coletiva*. No prelo 2006.
12. Castel R. *A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo*. Rio de Janeiro (RJ): Graal; 1978.
13. Paim JS. Vigilância da saúde: dos modelos assistenciais para a promoção da saúde. In: Czeresnia D, organizador. *Promoção da saúde*. Rio de Janeiro (RJ): Ed da FIOCRUZ; 2003.
14. Costa-Rosa A O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: Amarante P, organizador. *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro (RJ): Ed da FIOCRUZ; 2000.
15. Oliveira AGB, Moura Vieira MA, Andrade SMR. *Saúde mental na saúde da família: subsídios para o trabalho assistencial*. São Paulo (SP): Olho d'água; 2006.
16. Freire FHMA, Ugá MAD, Amarante P. Os centros de atenção psicossocial e o impacto do sistema de financiamento no modelo assistencial. In: Amarante P, organizador. *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro (RJ): Nau; 2005.

17. Goldberg J. Reabilitação como processo: o centro de atenção psicossocial. In: Pitta A, organizadora. Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo (SP): Hucitec; 2001.
18. Prata NISS. As oficinas e o ofício de cuidar. In: Costa CM, Figueiredo A, organizadores. Oficinas terapêuticas em saúde mental. Rio de Janeiro (RJ): IPUB; 2004.
19. Saraceno B. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: Pitta A, organizadora. Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo (SP): Hucitec; 2001.
20. Arendt H. Origens do totalitarismo: anti-semitismo, imperialismo, totalitarismo. São Paulo (SP): Companhia das Letras; 1989.
21. Basaglia F. Escritos em saúde mental e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro (RJ): Garamond; 2005.

## Nota

---

I. Projeto de Pesquisa intitulado O processo de trabalho em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Mato Grosso, realizado de Janeiro/2005 a Julho/2006, aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa do HUJM, conforme termo de aprovação apresentado à Revista.

## Sobre a Autora

---

**Alice Guimarães Bottaro de Oliveira**

Faculdade de Enfermagem - Universidade Federal de Mato Grosso

Recebido em 29/09/2006  
Reapresentado em 25/10/2006  
Aprovado em 14/11/2006