

Dimensões do objeto de trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial

Dimensions of the scope of work in a Psychosocial Care Center

Christine Wetzel ¹
 Luciane Prado Kantorski ²
 Agnes Olschowsky ¹
 Jacó Fernando Schneider ¹
 Marcio Wagner Camatta ³

Abstract *This article presents partial results of evaluative research conducted in 2005 at a Psychosocial Care Center in Pelotas, in the Southern Brazilian State of Rio Grande do Sul. The study adopts a qualitative approach and utilizes the theoretical and methodological referential of the Fourth Generation Evaluation. The data collected contains observation and interviews with users, family members and professionals of the care center. The analysis was based on the Constant Comparative Method that made the definition of the thematic nuclei possible. One of them refers to the dimensions of the scope of work broken down into issues related to integrity, to old and new chronicities, to dealing with crises and to family involvement. Considering the inclusion of groups directly involved with the daily routine services, relevant issues have emerged from the evaluation in a context of change in the model of mental healthcare.*

Key words *Mental health, Mental healthcare services, Evaluation of healthcare services*

Resumo *Este artigo apresenta resultados parciais de uma pesquisa avaliativa desenvolvida em um Centro de Atenção Psicossocial em Pelotas (RS) no ano de 2005. O estudo, de abordagem qualitativa, utiliza o referencial teórico-metodológico da Avaliação de Quarta Geração. A coleta de dados contém observação e entrevistas com usuários, familiares e profissionais do serviço. A análise se baseou no Método Comparativo Constante, possibilitando a delimitação de núcleos temáticos. Um deles se refere às dimensões do objeto de trabalho, desdobrando-se em questões relacionadas à integridade; aos velhos e novos crônicos; aos atendimentos às crises e à inserção da família. Da avaliação, a partir da inclusão de grupos diretamente envolvidos com o cotidiano do serviço, emergiram questões relevantes em um contexto de mudança no modelo de atenção em saúde mental.*

Palavras-chave *Saúde mental, Serviços de saúde mental, Avaliação de serviços de saúde*

¹ Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Rua Maestro Mendanha 84/401. 90620-160 Porto Alegre RS. cwetzel@ibest.com.br

² Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas.

³ Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre.

Introdução

Discutir as dimensões do objeto de trabalho no campo da psiquiatria e saúde mental não é simples, pois esse campo vem se (re)construindo diante das transformações imprimidas pelas tensões entre os paradigmas manicomial e psicossocial.

Entendemos que o objeto de trabalho não é algo natural, pois à medida que o delimitamos, o desprendemos do todo para entrar no processo de trabalho. Assim, toda a objetualidade da natureza decorre da presença de um sujeito, para o qual ela é objeto, o que enlaça subjetividade e objetividade de modo inseparável¹.

Na proposição do paradigma psicossocial², o indivíduo é considerado uma pessoa em sofrimento psíquico e pertencente a um grupo social (família e/ou comunidade), em que são consideradas as dimensões biopsicossocioculturais na atenção em saúde mental. Por sua vez, o paradigma manicomial da psiquiatria tradicional entende o seu objeto de trabalho configurado na doença, e reconhece o espaço do hospital psiquiátrico como a única instituição terapêutica. Portanto, observamos que o objeto da atenção no campo da psiquiatria e saúde mental deixa de ser a doença e passa a ser a existência-sofrimento do sujeito e a sua relação com o corpo social³. Nesse processo dinâmico, entendemos que a mudança de objeto de trabalho dos profissionais de saúde mental requer transformações em seu processo de trabalho.

A proposta de desinstitucionalização remete à discussão da apropriação da loucura pelo saber psiquiátrico, passando a ser doença mental, legitimando o espaço do hospital psiquiátrico como sendo, de forma hegemônica, o *locus* de seu tratamento, fazendo com que a relação entre a doença mental e o hospital psiquiátrico seja inquestionável e desapropriando todas as outras formas de se lidar com a questão.

A mudança do foco, da doença para o sofrimento psíquico do sujeito, possibilita a agregação de outros saberes e práticas ao campo da psiquiatria e saúde mental, de outros atores que não aqueles delimitados pelo campo psiquiátrico, e de novos cenários em que o cuidado se desenvolve, criando um tensionamento que desestrutura, desapropria e desinstitucionaliza a hegemonia do modelo manicomial.

Diante disso, entre outros espaços terapêuticos, os Centros de Atenção Psicossocial (Caps) foram criados sob a égide de uma proposta de superação das práticas em saúde mental que tinham como objeto central a doença mental.

Embora o Caps apareça formalmente como um equipamento voltado para o atendimento de usuários com transtornos mentais graves e persistentes dentro do seu território de responsabilidade⁴, no cotidiano de determinado serviço esse enunciado mais geral concretiza-se de diferentes formas. Dessa maneira, temos observado que, embora esses serviços estejam pautados no paradigma psicossocial, tendo seu objeto de trabalho ampliado, as práticas cotidianas dos profissionais desses serviços ainda, em alguns momentos, estão voltadas para um objeto limitado – a doença mental.

O aparecimento de novos serviços, em consequência da Reforma Psiquiátrica, incluiu no debate da saúde mental a questão da necessidade de novos instrumentos de avaliação de qualidade e não apenas os indicadores clássicos que se têm mostrado insuficientes ou inadequados⁵.

Entendemos que avaliação pode ser compreendida e utilizada como um instrumento potencial para a efetivação das práticas psicossociais, no contexto da mudança paradigmática em saúde mental, sendo de grande importância que as pesquisas avaliativas sejam realizadas a partir do cotidiano do serviço, considerando a complexidade do objeto da saúde mental⁶. Assim, torna-se necessária a produção de espaços avaliativos que busquem olhar o objeto de maneira ampliada, considerando, também, o aspecto relacional, ético e político.

Mas qual o objetivo da avaliação? Ela não visa apenas estabelecer-se como um julgamento para determinar a continuidade ou não de um programa ou buscar relações de causalidade, mas a proposta é introduzir esse processo no seu sentido formativo, como potencializador das práticas no serviço substitutivo e, desta forma, como um dos possíveis dispositivos de mudança.

A Avaliação de Quarta Geração, proposta por Guba e Lincoln⁷, nos permite agregar essas dimensões do objeto de trabalho dos profissionais de saúde de uma determinada instituição, propondo uma alternativa às avaliações tradicionais, fundamentada em um referencial construtivista, o qual possui um caráter responsivo à medida que incorpora as reivindicações, preocupações e questões dos sujeitos da avaliação, denominados grupos de interesse. Esses grupos se referem a pessoas com características comuns e que têm algum interesse no processo, no produto e no impacto do objeto da avaliação⁷.

O envolvimento dos grupos de interesse tem tanto o objetivo de buscar questões mais pertinentes no contexto do serviço, as quais tenham

significado para eles, quanto de aumentar e aprimorar a capacidade de ação desses grupos, pois a maior meta da Avaliação de Quarta Geração é ser formativa, ao permitir discutir os achados da pesquisa com os grupos de interesse, contribuindo para a transformação desses sujeitos e suas ações.

Neste artigo, objetivamos discutir um dos núcleos temáticos, delineado a partir da Avaliação de Quarta Geração, denominado dimensões do objeto de trabalho. É um recorte dos resultados de uma tese de doutorado⁸ apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

Metodologia

Trata-se de um estudo avaliativo qualitativo, desenvolvido por meio dos pressupostos da Avaliação de Quarta Geração⁷, cujo foco central foi o cotidiano do serviço, sua dinâmica, a forma com que os sujeitos interagem e os sentidos que constroem em relação à própria prática.

Em relação às práticas avaliativas, elas podem ser divididas em quatro gerações: na primeira geração (da mensuração), o papel do avaliador era o de um técnico que tinha que saber construir e usar os instrumentos, de modo que qualquer variável a ser investigada pudesse ser medida; na segunda geração (da descrição), o enfoque estava na descrição do processo, e não somente na medição dos resultados, como na geração anterior; na terceira geração (do julgamento), o avaliador assumia o papel de juiz, mesmo retendo a função técnica e descritiva anterior⁷.

Essas três gerações representaram avanços, mas apresentam limitações, tais como⁷: a tendência à supremacia da visão gerencial; a incapacidade de acomodar o pluralismo de valores; a hegemonia do paradigma positivista; a descon sideração com o contexto; a grande dependência de medições quantitativas; e a não responsabilização moral e ética do avaliador, pois nenhuma das três primeiras gerações torna o avaliador responsável pelo que emerge da avaliação ou pelo uso dos seus resultados.

A Avaliação de Quarta Geração é proposta como alternativa às avaliações anteriores, sendo implementada por meio dos pressupostos metodológicos do paradigma construtivista. Trata-se de uma avaliação responsiva em que as reivindicações, preocupações e questões dos grupos de interesse servem como foco organizacional (a base para determinar a informação necessária).

Nos modelos tradicionais, os parâmetros e limites são definidos *a priori*, e na avaliação responsiva são determinados mediante um processo interativo e de negociação que envolve grupos de interesse⁷.

O processo hermenêutico dialético é um caminho para alcançar as condições anteriormente expostas. É hermenêutico porque tem caráter interpretativo, e dialético porque implica comparação e contraste de diferentes pontos de vista, objetivando alto nível de síntese⁷. O objetivo é alcançar um consenso, quando possível; quando não, expõe e esclarece as diferentes visões.

A coleta de dados foi desenvolvida no ano de 2003 em um Caps no município de Pelotas (RS). Os instrumentos de coleta foram entrevistas com os grupos de interesse: equipe, usuários e familiares, e 468 horas de observação do serviço.

No grupo da equipe, foram incluídos os profissionais que a compunham no momento em que se iniciou a pesquisa, totalizando nove profissionais. No grupo dos usuários, foram entrevistados dez que frequentassem o serviço há mais de um ano, que tivessem boas condições de comunicação e que já tivessem frequentado o serviço na modalidade intensiva. Para o grupo dos familiares, foi considerado como critério de inclusão a sua inserção e vínculo com o serviço; optamos por aqueles inseridos no serviço e por aqueles que não participavam da sua dinâmica, totalizando dez familiares.

Na condução das entrevistas com cada grupo selecionado, foi realizada a aplicação do Círculo Hermenêutico Dialético⁷. Como primeiro passo do círculo, realizamos uma entrevista aberta, em que foi solicitado que o entrevistado falasse, de modo geral, sobre o atendimento no serviço; em um segundo momento, pedimos que falasse sobre os problemas que ali identificava.

Os temas centrais que emergiram da entrevista foram analisados, permitindo uma formulação inicial sobre o objeto de investigação. Na segunda entrevista, o entrevistado expunha suas próprias questões e, em seguida, os temas da análise da primeira entrevista eram introduzidos para sua apreciação. A partir do segundo entrevistado, todos os outros eram convidados a responder às duas questões iniciais e a opinar a respeito das construções que foram surgindo ao longo das análises das entrevistas de cada sujeito do estudo, em seus respectivos grupos de interesse.

Após a organização das construções de cada grupo, partimos para a etapa da negociação, que consistiu na apresentação desse material para os respectivos grupos para que pudessem ter aces-

so à totalidade das informações e tivessem a oportunidade de modificá-las ou afirmar a sua credibilidade. Essa negociação foi realizada mediante a utilização da técnica grupal, sendo convidados todos os entrevistados de determinado círculo, para quem foi apresentado o resultado provisório da análise dos dados.

O método utilizado neste estudo exigiu que a análise e a coleta de dados fossem processos paralelos, um direcionando o outro, com base no Método Comparativo Constante⁹.

As observações de campo, inicialmente, possibilitaram ao pesquisador realizar uma etnografia prévia, na qual vivenciou o contexto do serviço, sem ainda estar engajado nas atividades de avaliação. Posteriormente, as observações foram mais focadas no esclarecimento das questões emergidas nas entrevistas. A partir do material das observações, o pesquisador também pôde formular novas questões que foram introduzidas no Círculo para que pudessem sofrer críticas.

Após a coleta de dados e a organização das construções de cada grupo, realizamos a etapa da negociação, quando esse material foi apresentado aos respectivos grupos para que pudessem ter acesso à totalidade das informações. Para a negociação, foram reunidos todos os entrevistados de cada círculo, sendo apresentado o resultado provisório da análise dos dados. O material oriundo dessas discussões também foi utilizado como dado da pesquisa.

Na análise dos dados, as questões surgidas foram reagrupadas, permitindo a construção dos seguintes núcleos temáticos: dimensões do objeto de trabalho, equipe e práticas e meios de trabalho, cujo processo possibilitou a construção de textos avaliativos, sendo a palavra texto aqui usada com o sentido que lhe é atribuído pela hermenêutica, ou seja, um conjunto de signos articulado por determinado sujeito, individual ou coletivo¹⁰.

Para preservar o anonimato dos entrevistados, utilizamos os seguintes códigos: letra E, para a equipe; U, para os usuários; e F, para os familiares, seguindo-se o número correspondente à ordem das entrevistas.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, e todos os sujeitos assinaram o Termo de Consentimento, conforme a Resolução nº 196/1996¹¹.

Resultados e discussão

O núcleo temático dimensões do objeto de trabalho desdobrou-se nas seguintes unidades temáticas: integralidade, os velhos e novos crônicos, o atendimento às crises e a inserção da família.

Integralidade

A importância da integralidade é citada pela equipe e aparece relacionada à necessidade de ver os usuários como um todo – físico, mental e social.

Não tem que ser só o mental. O mental é importantíssimo, porque eles são portadores de transtornos, mas o físico também está junto, o econômico também está junto, a casa também está junto, o familiar também está junto. É o todo. (E1)

A ideia de que o cuidado em saúde mental é uma ação abrangente, e que exige um envolvimento da família e da sociedade, aparece em outro estudo¹², remetendo ao conceito de integralidade como uma imagem objetiva, designando certa configuração de uma situação que alguns sujeitos consideram desejável. A imagem objetiva parte de um pensamento crítico, que se recusa a reduzir a realidade ao que existe, mas nunca é detalhada, sendo expressa através de enunciados gerais¹³.

Já a ideia de que o usuário é um “ser humano completo”, e que aspectos do seu contexto devem ser considerados, é uma reflexão que procura estabelecer uma crítica à visão reducionista e fragmentária dos sujeitos originada na incapacidade de estabelecer uma relação com o outro, a não ser transformando-o em um objeto.

No entanto, o que se observa em relação à apropriação do conceito de integralidade vai ao encontro do que Mattos¹³ considera como uma banalização desse enunciado, em que há certo esvaziamento do uso da expressão que todos defendem, mas sem saber exatamente o que é defendido. Entendemos que o aspecto da atenção integral citado na fala está relacionado ao que o autor denomina de dimensão das práticas, referindo-se a atributos ligados ao que se pode considerar uma boa prática.

Reconhecemos que essa dimensão é fundamental para a produção de cuidado em saúde; no entanto, é importante considerar que ela não depende somente de uma postura adequada de determinado profissional e equipe, mas sofre outros atravessamentos.

Em relação a esse aspecto, o autor acrescenta que mesmo que a postura dos profissionais seja fundamental para a integralidade, em muitas situações a sua concretização está ligada à reorga-

nização do trabalho, exigindo-lhes que incorporem às suas práticas atividades assistenciais com atributos que ofereçam respostas mais abrangentes às necessidades reais dos usuários¹³.

Neste estudo, embora os trabalhadores defendam que o cuidado em saúde mental exige um olhar que englobe dimensões mais abrangentes da vida dos usuários e de suas famílias, quando nos remetemos à discussão de temáticas relacionadas à organização de suas práticas observamos a limitação do serviço em relação a sua reorganização com vistas à atenção integral, como aparece na fala a seguir:

Tu não tens como sair do teu serviço, como eu já fiz várias vezes, ir com o usuário para o pronto-socorro e passar a manhã inteira, ou a tarde inteira. Fica muito difícil, porque tu tiras um profissional de onde tu estás atendendo várias pessoas. (E2)

Durante a negociação da equipe, surgiu a ideia de que ao sair de suas funções específicas para responder a uma necessidade concreta e imediata do usuário, tal como acompanhá-lo para o atendimento no pronto-socorro, o trabalhador estaria em “desvio de função”. Isso mostra que, mesmo que o discurso esteja voltado para o atendimento de diferentes dimensões do sujeito/usuário, ainda existe dificuldade da equipe em reorientar concretamente a estrutura e a organização do processo de trabalho para que nele sejam exercitadas flexibilidade e plasticidade, possibilitando que o imprevisível e o não programado possam ser contemplados.

Velhos e novos crônicos: os enCAPSulados

O termo “crônicos” não designa um grupo homogêneo e exige que sua discussão seja realizada em suas diferenças e peculiaridades. Uma situação refere-se aos já usualmente denominados crônicos, quase sempre usuários com transtornos psicóticos, na maior parte do tempo com sintomas persistentes, com perdas significativas de habilidades e que frequentam (ou têm a indicação de frequentar) o serviço diariamente – os intensivos. Muitos desses usuários, antes da existência do serviço, passavam longos períodos internados em hospitais psiquiátricos. Nesse sentido, o serviço possibilitou-lhes a permanência, nem sempre tranquila, junto à família e à comunidade.

A questão que aparece em relação aos usuários considerados crônicos é o fato de encontrarem-se “soltos” no serviço, sem atendimento e sem supervisão de um profissional de saúde mental de referência:

Nós temos muitos pacientes que passam o dia aqui no Caps, e estão sem atendimento há meses. Não se sabe nem quem é o técnico responsável. Eu acho que está muito solto... (E3)

A fala pode ser exemplificada ao observarmos uma usuária do Caps que frequentava a modalidade intensiva há cerca de um ano, com sintomas psicóticos graves e uma situação familiar difícil. A usuária apresentava problemas clínicos e emagrecimento significativo, e apesar de estar a maior parte do tempo muito confusa, parecia formar vínculo com facilidade. Sempre pareceu que a usuária não era cuidada, lembrando aqueles pacientes do hospital psiquiátrico com os quais todo mundo se acostuma. Não parecia existir um grande investimento ou preocupação da equipe em relação a ela.

A usuária faz parte de um grupo que ficava no Caps sem um plano terapêutico devidamente definido. À medida que a demanda do serviço aumentou, a proposta voltada para a reabilitação perdeu espaço, semelhante ao cuidado personalizado, como estratégia de resgate da dignidade e da autonomia. O cuidado tornou-se massificado, como aparece na seguinte fala:

Embora o serviço saiba e tente cumprir a proposta da reabilitação, muitas vezes não consegue. A gente fica muito no discurso em relação a essa coisa bem característica do tipo de serviço que a gente quer ser; de respeito à identidade, bem personalizado, com cada pessoa. (E5)

O relato evidencia que alguns conceitos-chave da proposta do modo psicossocial, entre os quais o resgate da identidade e o cuidado personalizado, precisam envolver, em sua dimensão prática, um olhar que não privilegie apenas a supressão do sintoma, mas a realização de ações positivas voltadas para o crescimento e o desenvolvimento dos sujeitos. Essa questão também aparece no grupo de familiares, sendo cobrada uma ação que desacomode essa inércia que o serviço reproduz. Uma familiar identifica que esse cuidado mais personalizado foi perdido e que precisaria ser retomado.

[...] lidar com o usuário para ele não ficar caminhando, andando, indo e vindo. Tem aquela limitação, tem aquele que tem horas que não para, mas tem que ir lá buscar ele, trazer ele para a atividade. (F2)

Também é apontada certa invisibilidade do usuário no cotidiano do serviço. Existe, *a priori*, uma rotina de atividades que faz parte da proposta terapêutica e na qual se espera que os usuários se insiram. Mas essas atividades, que deveriam ser um meio, tornam-se um fim. A atividade toma

determinada importância que se sobrepõe a quem ela deveria se dirigir. O atendimento acontece independentemente da participação do usuário. Aquele que não consegue inserir-se de forma espontânea fica “sentado, olhando televisão, dormindo ou caminhando pelos corredores”.

Ele vai para o atendimento para se inteirar com os outros, não para ficar sentado. Ele chega, fica parado, fica olhando televisão, dormindo. Ele gosta de estar com todo mundo, de conversar, mas tem que ser direcionado, tem que falar para ele mais de uma vez para ele conseguir acionar as coisas que ele tem que fazer. (F3)

Tanto a equipe quanto os familiares criticam esse fato. Ressaltam que esses usuários, ditos crônicos, exigem a retomada de um projeto terapêutico individual, mediante o qual possam ser inseridos nas atividades oferecidas, mas que também possibilite uma crítica a esses espaços, impedindo sua cristalização e visando à sua adequação às reais necessidades dos usuários, mobilizando a criação de novas e criativas estratégias e instrumentos de atenção psicossocial.

Outro grupo que merece maior atenção são os novos crônicos, aqui entendidos como usuários que trocam de modalidade de atendimento dentro do Caps sem, contudo, se desvincularem do serviço:

Em vez de ele estar indo e vindo da internação, e ele vai e volta do intensivo e fica sempre lá dentro. Tem paciente há dez anos lá dentro, e que não tem perspectiva de alta. A parte de cronificação que eu estava querendo me referir é nesse sentido: daqui a pouco, a gente deixa o paciente entrar e ele não tem a mínima perspectiva de sair. (E7)

Não existe um projeto de alta para esses usuários, um projeto “para fora” do serviço. O projeto terapêutico restringe-se às possibilidades internas que são as três modalidades de atendimento oferecidas: intensivo, semi-intensivo e não intensivo. O serviço já foi além, mediante a implantação de alguns projetos que possibilitaram a criação de espaços junto à comunidade, entre os quais uma cooperativa de trabalho e um centro de convivência, mas foram extintos pela falta de investimento na continuidade desse tipo de proposta.

A relação do Caps com outros espaços é uma exigência no modo psicossocial, não no sentido de serem externos a ele e aos seus agentes, mas de o serviço situar-se como exterioridade em relação ao território (porosidade), sendo livre o trânsito de todos. As ações visam à integralidade em extensão, no território, e em profundidade, considerando toda a complexidade das demandas².

Apesar dessas críticas, entendemos que alguns desses usuários precisam de um vínculo mais permanente com o Caps: usuários que passavam grande parte de suas vidas institucionalizados em hospitais psiquiátricos e que encontraram, nesse serviço, a possibilidade de conviver com a família e a comunidade, como ilustra a fala a seguir:

Tem vários exemplos de pacientes que internavam no hospital psiquiátrico três, quatro vezes por ano e que passavam um, dois meses por ano em casa e o resto dentro do hospital, e que hoje estão muito bem. Ou eles ficam no Caps, ou eles vão ficar para sempre internando e voltando. (E7)

A preocupação com essas questões é importante e mostra ser muito fácil a reprodução do modelo alienante e cronificador, característico do modo manicomial, num serviço substitutivo. Isso exige alguns cuidados, entre os quais a análise de cada situação, em uma interlocução entre os profissionais do serviço, usuário e família, de modo que esteja claro para todos eles o projeto terapêutico de cada pessoa – um projeto flexível, cambiante, dinâmico, impeditivo da perda da visibilidade, da singularidade do usuário, e que se incorpore a sua presença dentro do serviço como uma coisa naturalizada.

Como forma de repensar e problematizar as questões apresentadas, o conceito de complexidade é proposto em oposição à naturalização e objetualização da doença, apontando para a superação do paradigma clássico, reabrindo a possibilidade de recomplexificação do fenômeno¹⁴.

A recomplexificação do fenômeno exige uma crítica constante das práticas cotidianas desenvolvidas no Caps, evitando a cristalização e a massificação, propondo um movimento constante de repensar e rever as ações realizadas, buscando uma singularização e transformação dos processos de trabalho que se opõem ao modelo prescritivo da psiquiatria clássica asilar. Desse modo, o processo de trabalho no Caps não pode ser tido como natural, ou seja, aquilo que está dado a *priori*, como corriqueiro, inquestionável, simplificado, remetendo a um pensamento reducionista do objeto de trabalho da equipe, na medida em que desconsidera outras dimensões.

No processo avaliativo, no momento da negociação junto aos grupos de interesse, foi proposto pelo pesquisador o termo enCAPSulados, como construção metafórica, simbolizando um perigo que espregueia o trabalho das equipes e suas relações com os usuários, pois, apesar das novas propostas, as equipes correm o risco de efetuar e reproduzir velhas práticas no seu interior. Os grupos de

interesse se reconheceram no termo proposto, retratando o sentimento de aprisionamento.

Essa questão envolve a construção de possibilidades mediante a reinvenção das práticas e exige que a equipe, efetivamente, se responsabilize pelos usuários. Emprega-se o termo responsabilização, no sentido elaborado, a partir da experiência italiana em Trieste, relacionando-o à expressão “encarregar-se de um problema” (do original *presa in carico*)¹⁵.

O atendimento às crises

Outra questão que aparece é que o serviço não está dando suporte para as crises e que muitas internações estão ocorrendo por uma dificuldade do Caps em romper com a lógica de encaminhamento para o hospital psiquiátrico.

Se o programa todo de Caps é não internar, protegê-los para que eles não cheguem a essa internação, a gente chega à conclusão de que eles estão internando porque a deficiência é nossa. Isso é muito pior; é tu te sentir impotente ou então derrotada. (E3)

Quando a gente vê, estão no hospital psiquiátrico de novo. Antigamente não ia quase, era difícil. Não sei se são mais doentes do que a gente quando veio para cá. E quando a gente fala para a equipe, eles dizem: “Não, é porque têm muitos para atender; e primeiro era pouco.” Mas também aumentou os médicos, agora tem dois médicos. Naquela época, só tinha um. (U9)

Essa questão é séria quando se defende que, como prioridade, os Caps deveriam atender usuários com transtornos severos. A lógica da priorização de recursos para quem mais precisa acaba se perdendo, e corre-se o risco de os Caps assumirem o papel intermediário entre o hospital psiquiátrico e a comunidade, antes ocupado pelos ambulatoriais de psiquiatria. Na evidência de sinais e sintomas agudos da doença, os usuários são encaminhados para o hospital psiquiátrico. Essa prática é perigosa, no momento em que se reproduz o paradigma biomédico, considerando o hospital psiquiátrico o único local para a intervenção sobre a doença.

Entendemos que, na direção do paradigma psicossocial, os aspectos biomédicos devem ser contemplados de forma que a intervenção sobre a doença possa ser visualizada como possível em liberdade, em serviços substitutivos, ou seja: o Caps, além de considerar o processo saúde-doença como resultante de processos sociais mais complexos, é um lugar de tratamento da doença, em que as dimensões biopsicossociais estão entrelaçadas no cuidado com a crise.

A questão do encaminhamento exige certa demarcação de limites do serviço sem deixar de assumir responsabilidades. O Caps não dá conta de tudo, nem é essa a sua proposta. A transformação do Caps em um único lugar de cuidado, e a ideia de que a “rede de Caps” tem a função de ser substitutiva ao hospital psiquiátrico, não reconhece os diferentes momentos e necessidades dos sujeitos doentes, além de ir contra a proposta de criação de uma diversidade de equipamentos que, em rede, possam ir ao encontro dessas singularidades.

Acreditamos que a noção dos limites do Caps deva ser flexível, e que uma série de estratégias possíveis e já conhecidas de cuidado às crises fora do hospital pode ser acionada: a internação domiciliar, a articulação com a família e com a rede social do usuário, a contenção química, mediante o uso de psicofármacos, são algumas tecnologias já utilizadas nesse serviço e que permitiram aos usuários com crises graves viver esse momento sem passar por uma internação, sempre traumática e desabilitadora.

Não nos é possível discutir a questão das crises sem que entre em cena a discussão sobre o hospital psiquiátrico, porque ele ainda aparece como o eixo central do atendimento nesse momento tão fundamental. O paradoxo da manutenção de um hospital psiquiátrico em uma proposta de mudança de modelo de atenção evidenciava-se quando se consideram as experiências negativas de usuários e familiares em relação a esse espaço. Uma delas refere-se ao tempo longo de internação, cujo critério não está relacionado à necessidade do usuário.

Quem diz que o paciente em crise é obrigado a ficar quarenta dias no hospital psiquiátrico? Um paciente que, em uma semana, está restabelecido, fica quarenta dias enfiado dentro de um hospital psiquiátrico. (F4)

O hospital tem interesse de ficar com a pessoa lá dentro para receber do governo as verbas que são designadas para pagar os usuários que estão internados. Mas, na verdade, um surto se cura em dez dias. Quando estava internado no hospital psiquiátrico noventa dias, até cem dias, muitas vezes a gente entrava em depressão dentro do hospital mesmo, por falta de estar junto com os familiares. (U2)

Além do longo período de internação, o hospital psiquiátrico da cidade tem como norma a proibição de visitas nos primeiros quinze dias; depois disso, o contato com a família é restrito a alguns dias e horários de visitação, mantendo o usuário, que passa a ser paciente, afastado de seus vínculos em um dos piores momentos de sua vida.

O relato anterior também aponta os interesses econômicos dos hospitais psiquiátricos. Um hospital, com cerca de duzentos leitos, para manter internados apenas pacientes em quadros agudos, teria que dispor de uma infraestrutura de cuidados muito além da que possui. A manutenção do paciente por um período maior, além do necessário, faz com que grande parte dos leitos seja ocupada por pacientes que já tenham saído da crise e não demandem um cuidado intensivo, mas continuam revertendo em ganhos financeiros mediante o pagamento das suas diárias de internação.

Os maus-tratos denunciados por familiares revelam a face perversa e cruel de uma forma de atendimento manicomial que ainda existe, como política pública, e que, para essas famílias, em momentos de crise, ainda aparece como a única opção de “tratamento”.

Dentro do hospital psiquiátrico, ele não é tratado como ser humano. Uma pessoa que anda descalça, abre feridas embaixo dos pés, como eu vi! E as pessoas olhando, os profissionais olhando, como se aquilo não fosse nada! Andam as criaturas de pé no chão, andam as criaturas todas mijadas, andam as criaturas com frio, no inverno, andam as criaturas fedendo a cocô... Para eles, é indiferente, porque não é na carne, no sangue deles, que atinge. E eu não entendo como é que pode um profissional gabaritado vê [sic] aquilo ali e faz de conta que aquilo não existe. Meu filho poderia ter morrido dentro do hospital se eu não tivesse brigado da maneira como briguei. Ele entrou de um jeito ruim e saiu de outro, pior ainda! Tu tiras o paciente de dentro de um hospital psiquiátrico, quase setenta dias de internação, em um estado crítico. Tem os dias determinados de visita, tu não sabes o que ele está passando lá dentro. E é tratado que nem cachorro! Simplesmente eles juntam todo mundo e seja lá o que Deus quiser! (F5)

No grupo de negociação com os familiares essa questão voltou a ser discutida, e esse familiar acrescentou que a experiência de internação é totalmente dissociada do atendimento no Caps, e que, durante sua briga com o hospital psiquiátrico, pediu ajuda à equipe e não obteve resposta.

Ninguém me ouvia. Parecia que eu era uma pessoa sozinha, em um campo aberto, gritando para o vento. Se for preciso, amarro o meu filho em um poste, fico dando remédio noite e dia, mas não levo para o hospital. (F5)

Entre os usuários, apesar dos relatos serem de que a experiência de internação tenha sido traumática, também aparece a ideia de que o hospital psiquiátrico ainda é um mal necessário.

Tem uma lei que diz que os hospitais gerais têm que ter uma ala com condições de atender pessoas com transtornos mentais. No entanto, esses hospitais ainda não estão equipados e, dessa forma, não têm condições de absorver esses usuários. Por isso, eu penso que o hospital psiquiátrico ainda, lamentavelmente, está sendo a única solução para quem está em um surto grave. Eu também sou da opinião da luta antimanicomial, mas, por enquanto, infelizmente, a única solução é lá. (U2)

No grupo da equipe, também aparece a continuidade do hospital psiquiátrico como o espaço com condições de atender pacientes em crise.

Hoje a gente ainda precisa do hospital psiquiátrico. Talvez não seja o ideal, acho que não é mesmo, talvez se pudesse mudar alguma coisa lá, não sei, acho que também não se tentou fazer isso, mas acho que algum lugar onde essas pessoas que estão mal, que não têm suporte familiar, que estão com crise, às vezes vão precisar internar. (E7)

A falta de investimentos na estrutura dos Caps para o acolhimento no momento das crises e a falta de um projeto político que invista em uma rede de cuidados em saúde mental no município reforçam a ideia de permanência do hospital psiquiátrico ainda considerado fundamental para o cuidado do usuário nesses momentos. Isso mostra que a crítica ao manicômio, como lugar desumano e antiterapêutico, deve envolver a crítica à ideologia psiquiátrica da qual é produto e que o legítima como um espaço de atendimento¹⁵.

A ideia de que é possível investir no hospital psiquiátrico, para que se torne um lugar melhor, retrata a face inquestionável da psiquiatria como “ciência”, defendendo que, se o hospital não é melhor é porque não é acionada uma série de recursos que poderiam torná-lo melhor, modernizá-lo, reforçando a ideologia de que esse equipamento é a melhor solução para o atendimento em saúde mental.

Inserção da família

Aqui discutimos a necessidade de integração da família nas ações e estratégias do serviço. Essa integração não tem uma via única, mas envolve uma consciência de que não é possível uma proposta de inserção do usuário na família e na comunidade que não envolva, também, a inserção da família no campo das práticas dos trabalhadores: a família como uma das dimensões fundamentais do objeto de trabalho, cujo objetivo é pôr os seus membros em uma relação dialética, capaz de integrar as instâncias das diversas existências¹⁵.

O desejo de integração se manifestou em várias falas nas entrevistas com a família, que apontam algumas direções. Uma delas é a de parceria e colaboração – a família como recurso.

A gente pode colaborar bastante, como todos têm colaborado. Temos o exemplo de familiares que participam bastante no Castelo. Todos nós, nos unindo, a gente chega lá. (F1)

A família, também na função de recurso, não deve ser entendida, simplesmente, como meio de suprir recursos que não existem, mas de afirmar uma nova postura: ela deixa de ser relegada ao papel de consumidora de recursos colocados à sua disposição pelo sistema de saúde, e passa a atuar ativamente. O modelo segundo o qual existem os serviços – que constituiriam o recurso – e os usuários e familiares – que constituiriam o consumo do recurso – é o principal determinante da “natural” diferença de poder entre trabalhadores do serviço e assistidos¹⁵.

Essa forma de relação faz com que um grupo de familiares atue ativamente no serviço de diversas formas, entre as quais o ato de participar de discussões e encaminhamentos de questões relativas ao funcionamento da equipe nas assembleias e no Conselho Gestor local. O serviço é aberto aos familiares, pois sua presença não se restringe aos espaços formais de atendimento à família, com dia e hora marcados.

Os familiares também reconhecem a necessidade de suporte assistencial da equipe, contemplado em um projeto terapêutico que privilegie um trabalho conjunto com a família:

Se a família não vai bem, o paciente não vai bem, então é um trabalho em conjunto com a família. E isso beneficia muito a equipe técnica e, principalmente, o paciente. (F1)

Em relação a isso, ***a doença não reside, isolada e culpabilizante, dentro do sujeito, mas no território virtual que é a interação entre os membros da família***¹⁵.

O envolvimento da família no projeto terapêutico propicia conhecer e entender melhor a doença do usuário, o que contribui para que desenvolvamos estratégias de enfrentamento mais adequadas para lidar com a situação.

Porque comecei a conversar com a equipe e comecei a entender bem melhor, a ver os outros casos para ver que tem outros piores, e que vai melhorando aos poucos. Então eu passei a aceitar, entender melhor toda a situação. (F7).

O acolhimento da equipe e as portas do serviço abertas para as suas necessidades são aspectos considerados importantes para que o familiar se sinta mais seguro:

Eu já fui até em prantos lá, apavorada, ele em crise em casa, fui no Castelo, conversei com a psicóloga, com um médico, e tu expõe a situação, fui muito bem tratada, não foi nada agendado. É uma coisa que traz uma segurança para a gente como familiar. (F10)

A equipe reconhece a necessidade de envolvimento da família, mas isso ainda surge como um ato espontâneo, que passaria por uma “boa vontade e interesse” dela em participar.

Chamei a família, a família disse que não podia. Chamei novamente, disse que isso era importante. Parece que largam ele ali e naquele momento eles passam a ser teus, tua responsabilidade, e a família não se envolve nisso. (E1)

A ideia de que a família é difícil e não se envolve como deveria, delegando à equipe uma responsabilidade que seria sua, remete à afirmação de que à medida que a psiquiatria não pode mais sequestrar impunemente, por toda uma vida, o paciente no manicômio, parecem sedutores a culpabilização da família e o conseqüente abandono do paciente para a família culpada. A questão de se ocupar do paciente “fora” é mais difícil, cansativo, de maior responsabilidade e arriscado¹⁵.

Observa-se a necessidade de maior investimento do serviço na questão do cuidado e da inserção da família. Esse investimento passa pela desconstrução da ideia de que a boa atenção à família se restringe apenas a uma equipe aberta, que a recebe e trata bem e que cria, internamente no Caps, dispositivos como grupos e atendimentos à família. Isso é importante, mas não basta. A inserção da família exige uma atitude de compromisso e responsabilização da equipe com a sua efetivação. Exige que, se os instrumentos de que se dispõe não estão sendo suficientes, possa-se pensar em outros, tanto internos quanto externos ao serviço:

O contrato do que se está fazendo com o usuário, com a família, é que vai segurar. Devemos acreditar nisso, porque afinal é isso que se quer. Entendê-lo como fazendo parte de um processo social e que aquele é o lugar dele. (E4)

Trabalhar no Caps em conjunto com as famílias requer dos profissionais uma ação cotidiana que envolva uma troca constante nos modos de se lidar com as diferentes trajetórias de vida e transformá-las¹⁶. Crê-se que um dos desafios para os trabalhadores de Caps seja a constituição de um contrato, no espaço singular da relação, em que essa família possa se sentir sujeito de um projeto, de modo que a sua adesão envolva a constituição de um espaço de negociação.

Considerações finais

A opção por um Centro de Atenção Psicossocial como local de estudo tem um caráter ideológico, no momento em que buscamos entender essa forma de atenção como um campo de possibilidades na mudança da lógica manicomial. Essa mudança não está garantida apenas pelo deslocamento do lugar da assistência do hospital psiquiátrico para serviços abertos, podendo ser facilmente neles reproduzida. A consciência dessa posição é importante para que se possa ter alguns cuidados, entre eles o de não excluir a crítica, fundamental para que o movimento não se cristalice, reproduzindo, assim, em um “novo espaço”, o antigo manicômio.

As dimensões do objeto de trabalho em um Caps foram discutidas neste artigo em quatro unidades temáticas: integralidade, novos e velhos crônicos, atendimentos às crises e a inserção da família, o que nos permite tecer algumas considerações sobre o trabalho da equipe do serviço e a sua relação com usuários e familiares.

Em relação à integralidade, percebe-se que o campo de responsabilidade da equipe deve ter certa plasticidade, possibilitando que as necessidades dos usuários e sua família possam ser acolhidas de forma integral.

Desse modo, o Caps, como proposta de um espaço de reabilitação psicossocial, de inserção, de resgate da autonomia e da identidade, precisa ser questionado permanentemente. Sem isso, corremos o risco de reproduzir, nos Caps, o mesmo espaço de cronificação existente no hospital psiquiátrico.

Os Caps também precisam investir mais no seu potencial para o atendimento de crises e quadros agudos, introduzindo tecnologias voltadas para uma clínica ampliada, que possibilitem que o usuário e sua família possam ter, no espaço do serviço, suporte nesses momentos de intenso sofrimento. A desresponsabilização pelas crises pode naturalizar o encaminhamento do usuário para o hospital psiquiátrico, criando o risco de tornar o Caps um equipamento complementar e paralelo a essa instituição, ou seja: o que se espe-

ra é que os Caps sejam dispositivos transformadores que causem impacto na extinção dos hospitais psiquiátricos como resposta ao atendimento da doença.

Um projeto de inserção da família, essencial para a proposta, exige que a equipe se responsabilize por essa família, abandonando posturas cristalizadas de julgamento. A parceria entre equipe e família requer um contrato que propicie se negociar o cuidado do usuário, ampliando o potencial cuidador de ambas.

A democratização do espaço da saúde mental, a introdução de novos atores e a mudança no paradigma da assistência conquistaram um espaço inquestionável nesse novo cenário. Essas conquistas, para encontrar suporte político para a sua manutenção e ampliação, precisam de suporte prático/concreto, que ocorre principalmente na concretização de práticas de saúde.

Desse modo, considerar as dimensões do objeto de trabalho em um Caps é importante para os profissionais de saúde mental, sobretudo para aqueles inseridos em serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, pois permite a reflexão sobre sua prática e consequente construção e consolidação de práticas transformadoras no campo da saúde mental.

Colaboradores

C Wetzel e LP Kantorski trabalharam na concepção teórica, na coleta de dados, elaboração e redação final do artigo; A Olschowsky, JF Schneider e MW Camatta, na revisão crítica e na redação final.

Referências

1. Mendes-Gonçalves RB. *Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades*. São Paulo: Cadernos Ce-for; 1992.
2. 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: Editora Fiocruz; 2000. p. 141-168.
3. Rotelli F. Desinstitucionalização, uma outra via: a reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos "Países Avançados". In: Rotelli F, Leonardi O, Mauri D, Risio C, organizadores. *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec; 1990. p. 17-59.
4. Brasil. Ministério da Saúde. *Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
5. Carvalho ALL, Amarante P. Avaliação de qualidade dos novos serviços de saúde mental: em busca de novos parâmetros. *Saúde em Debate* 1996; 52:74-82.
6. Wetzel C, Kantorski LP. Avaliação de serviços em saúde mental no contexto da Reforma Psiquiátrica. *Texto Contexto Enferm* 2004; 13(4):593-598.
7. Guba EG, Lincoln YS. *Fourth Generation Evaluation*. Newbury Park: Sage Publications; 1989.
8. Wetzel C. *Avaliação de serviço em saúde mental: a construção de um processo participativo* [tese]. São Paulo: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica, Campus de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2005.
9. Lincoln YS, Guba EG. *Naturalistic inquiry*. Newbury Park: Sage Publications; 1985.
10. Campos GWS. *Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições – o método da roda*. São Paulo: Hucitec; 2000.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. *Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos*. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.
12. Mielke FB, Kantorski LP, Jardim VMR, Olschowsky A, Machado MS. O cuidado em saúde mental no Caps no entendimento dos profissionais. *Cien Saude Colet* 2009; 14(1):159-164.
13. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco; 2001. p. 39-64.
14. Amarante P. A (clínica) e a reforma psiquiátrica. In: Amarante P, organizador. *Arquivos de saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Nau; 2003. p. 45-66.
15. Saraceno B. *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Belo Horizonte, Rio de Janeiro: Te Corá, Instituto Franco Basaglia; 1999.
16. Schrank G, Olschowsky A. O Centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para a inserção da família. *Rev Esc Enferm USP* 2008; 42(1):127-134.

Artigo apresentado em 13/08/2008

Aprovado em 06/05/2009

Versão final apresentada em 06/06/2009