

# Trabalhadores dos Centros de Atenção Psicossocial de Alagoas, Brasil: interstícios de uma nova prática

Mara Cristina Ribeiro<sup>(a)</sup>

Ribeiro MC. Psychosocial care center workers in Alagoas, Brazil: interstices of new practices. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(52):95-107.

Psychosocial care centers are one of the main strategies for ensuring mental healthcare within the scope of the Brazilian psychiatric reform and have required considerable numbers of workers involved in new practices. In this study, it was sought to discover how the process of introducing these workers into the services took place, how they are perceived and how they perceive their practices within the new context. This was a qualitative study using the method of thematic oral history, guided by interviews in order to produce data. Thematic analysis was used to discuss the results. From this analysis, four thematic categories emerged: integration with the services; distress among the workers; new care technologies; and precarious employment. The statements indicated that there was a need for care among the workers, taking into considering the demands on them, with the aim that these services might function at their full potential.

**Keywords:** Mental health. Healthcare workers. Psychosocial care centers. Qualitative research.

Os Centros de Atenção Psicossocial constituem uma das principais estratégias para a garantia de cuidados em saúde mental no enfoque da Reforma Psiquiátrica brasileira, e têm requerido considerável número de trabalhadores envolvidos em uma nova prática. Neste estudo buscou-se conhecer como se deu o processo de inserção desses trabalhadores nos serviços, e como eles se percebem e percebem suas práticas dentro do novo contexto. Trata-se de pesquisa qualitativa, na modalidade História Oral Temática, guiada por entrevistas para a produção dos dados e análise temática para a discussão dos seus resultados. Da análise, emergiram quatro categorias temáticas: inserção nos serviços; sofrimento do trabalhador; novas tecnologias de cuidado, e precariedade do trabalho. Os depoimentos apontam a necessidade do cuidado sobre o trabalhador considerando, também, suas demandas, para que esses serviços possam funcionar com toda a sua potencialidade.

**Palavras-chave:** Saúde mental. Trabalhadores de saúde. Centros de Atenção Psicossocial. Pesquisa qualitativa.

<sup>(a)</sup> Curso de Terapia Ocupacional, Centro de Ciências Integradoras, Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas. Rua Doutor Jorge de Lima, 113, Trapiche da Barra. Maceió, AL, Brasil. 57010-300. maracrisribeiro@gmail.com

## Introdução

Com a aprovação da Lei 10.216 de 2001, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, o Brasil começa a mudar as suas características em relação ao cuidado em saúde mental de forma efetiva. Algumas portarias subsequentes passam a dar o suporte necessário para a construção de uma rede de serviços substitutivos que possibilitam a implantação e sustentação do modelo de atenção psicossocial.

Em 2002, destacamos a Portaria GM 336, que adota o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) como novo modelo de atenção, define modalidades diferentes segundo porte e complexidade desses serviços em seus territórios (CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSad, CAPSi); e a Portaria SAS 189, que insere novos procedimentos na atenção psicossocial, ampliando o financiamento dos novos serviços e instituindo diferentes modalidades de pagamento, bem como incentivo financeiro aos municípios que aderirem à criação desses serviços em seus territórios<sup>1</sup>.

O CAPS é um serviço integrado à rede SUS, criado no bojo da Reforma Psiquiátrica Brasileira, e, portanto, de caráter substitutivo ao hospital psiquiátrico. Aberto e comunitário, tem como objetivo atender pessoas com transtorno mental severo e persistente, oferecendo cuidados na perspectiva clínica e da reabilitação psicossocial, sob a lógica da territorialidade. O cuidado oferecido nesse espaço deve estar alinhado de forma integral e intensiva, ofertando respostas às diversas dificuldades apresentadas por seus usuários no desenrolar de suas vidas cotidianas<sup>2</sup>.

Para tanto, dispõe de equipe multidisciplinar em ações interdisciplinares, oferecendo: atendimentos individuais e grupais, oficinas terapêuticas, oficinas de geração de renda, atividades lúdicas, desportivas, tratamento medicamentoso, atendimento familiar, entre outras estratégias para garantir a construção de um lugar social aos seus usuários e estimular seu protagonismo frente à vida<sup>2</sup>.

Com a publicação de outras portarias ministeriais, que aprimoraram e ampliaram o incentivo à sua implantação, pôde-se verificar um aumento significativo desse dispositivo de cuidado em todo o território nacional, sobretudo nos municípios de menor porte, contribuindo para a interiorização da assistência extra-hospitalar.

No caso do estado de Alagoas, o processo de construção de um novo modelo de cuidados aos sujeitos em sofrimento psíquico tem singularidades importantes. O número de CAPS, em todo o Estado, saltou de sete, em 2004, para cinquenta no final do ano de 2012.

É necessário apontar que, mesmo com o incremento quantitativo, é preciso investir na qualificação dos serviços CAPS existentes, para que passem a representar o modelo de tratamento a ser seguido, substituindo concretamente a referência que, atualmente, é representada pelos hospitais psiquiátricos. Haja vista o Estado ocupar o 2º lugar no ranking nacional de leitos psiquiátricos por habitantes.

Atualmente, Alagoas possui oitocentos e oitenta leitos psiquiátricos SUS, distribuídos entre os municípios de Maceió e Arapiraca. Na capital do Estado, é onde existe a maior concentração de leitos, com setecentos e sessenta. No decorrer do ano de 2004, em função da Portaria GM 52, realizou-se uma diminuição programada e pactuada de quarenta leitos por hospital, ficando três hospitais com um total de cento e sessenta leitos cada, e o maior deles, com duzentos e oitenta. Apenas um hospital não diminuiu o número de leitos por já possuir cento e vinte leitos desde a sua criação.

Com relação aos serviços extra-hospitalares, além dos cinquenta CAPS (I e II), o Estado possui apenas um CAPS III, inaugurado em 2013, referência para tratamento de álcool e outras drogas, e oito ambulatórios especializados em saúde mental; nenhum Serviço Residencial Terapêutico habilitado pelo Ministério da Saúde, e o número de beneficiários do Programa de Volta para Casa é ainda muito baixo, apenas 22. Também não há Centros de Convivência e Cultura.

Embora os CAPS representem, praticamente, o único espaço de atenção às pessoas em sofrimento psíquico no modelo da Reforma Psiquiátrica, é possível afirmar que o crescimento numérico desses serviços possibilitou uma nova experiência de cuidado a muitas pessoas que só conheciam a internação como forma de tratamento.

No entanto, o processo de transição de modelos – de um modelo asilar para um modelo comunitário territorial – é ainda frágil, uma vez que estes modelos coexistem, ambos como forças políticas, ideológicas e sociais. O que se percebe é o aparecimento de uma força paralela que luta pelo seu espaço, como forma alternativa diante da potência asilar.

Uma questão bastante importante nesse processo é que a diferente lógica de funcionamento da assistência nos serviços não hospitalares traz, para os profissionais inseridos nesses dispositivos, novos desafios, requer atores comprometidos com uma nova forma de lidar com o conhecimento, capazes de articular conhecimentos profissionais específicos com o da rede de saberes envolvidos no sistema de cuidado.

O trabalho no CAPS lida, portanto, com toda ordem de subjetividade humana, sendo necessária a instituição de relações sociais intensas e o uso de diferentes dispositivos terapêuticos, funcionando no modo psicossocial, em que a produção de novas práticas é pautada na ampliação das possibilidades de vida dos sujeitos ali assistidos<sup>3</sup>.

O presente estudo parte do pressuposto de que a análise da trajetória da construção de uma nova prática, sob a perspectiva de seus trabalhadores, oferece subsídios para compreender esta realidade. Acredita-se que, a partir dessa compreensão, é possível o reconhecimento de limites e a indicação de possibilidades de novos caminhos.

## Metodologia

A realização de uma pesquisa com base na compreensão, olhar e vivência dos atores implicados no fenômeno investigado, solicita a escolha de um método que considere as especificidades do objeto de conhecimento e possibilite o entendimento do contexto de pesquisa e da dimensão da experiência humana o mais próximo da realidade.

A realidade que o estudo quer conhecer é o cuidado em saúde mental, mas o cuidado percebido dentro de uma conjuntura de transformações sociais, políticas, culturais, ideológicas e comportamentais que têm marcado a saúde mental nos últimos anos.

Essas transformações, com toda a sua carga histórica, não poderiam ser “medidas” ou reduzidas a avaliações numéricas ou dados estatísticos. O nosso objeto de estudo, por sua riqueza e complexidade, necessita de um olhar que penetre transversalmente as várias facetas que o compõem – seus sujeitos, suas histórias e vivências, os processos de construção envolvidos, seus limites e desafios.

Para tanto, a abordagem qualitativa mostra-se bastante precisa por convergir uma variedade de saberes e práticas que permitem desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos. Ela valoriza a figura do sujeito e de seus significados na produção dos resultados, pois se aplica ao estudo: da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, sentem, pensam e constroem seus artefatos e a si mesmos<sup>4</sup>.

A investigação ora apresentada faz parte da pesquisa intitulada “A saúde mental em Alagoas: trajetória da construção de um novo cuidado”. Os sujeitos desta foram: usuários, familiares dos usuários, trabalhadores dos serviços CAPS, gestores públicos e docentes universitários. Neste artigo, apresentamos os resultados referentes ao estudo específico dos trabalhadores.

Para a produção dos dados, utilizou-se a História Oral Temática, por corresponder a uma narração mais restrita do depoente, mais direcionada para uma determinada temática, em que o compromisso é a elucidação ou a opinião do narrador sobre algum evento definido<sup>5</sup>. Assim, com o propósito de fazer emergir a vivência, a experiência e a percepção dos participantes, utilizou-se um roteiro com perguntas norteadoras para as entrevistas. Participaram da pesquisa oito trabalhadores técnicos de quatro diferentes CAPS do estado de Alagoas. As formações desses profissionais variaram: um assistente social, um enfermeiro, dois médicos psiquiatras, dois psicólogos e dois terapeutas ocupacionais. As entrevistas ocorreram no período entre novembro de 2010 a fevereiro de 2011. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas.

Com relação à análise dos resultados, considerando as características da pesquisa e dos sujeitos que emprestaram seu conhecimento e vivência, avaliou-se que a melhor técnica seria a Análise de Conteúdo na modalidade Análise Temática, por ser considerada bastante apropriada para as pesquisas qualitativas em saúde<sup>4</sup>.

Os depoimentos foram analisados buscando-se identificar as recorrências e as singularidades nas trajetórias do exercício do trabalho dos sujeitos entrevistados, a fim de que se identificassem possíveis interseções entre suas histórias e suas percepções relacionadas às novas práticas exercida nos CAPS. Dessa forma, a análise dos depoimentos emergidos originou uma reorganização em categorias temáticas.

## Resultados e discussão

Ao serem tecidas as considerações levantadas por meio das entrevistas, iniciou-se o processo de análise dos dados, que remeteu a questões específicas do início das histórias dos entrevistados como profissionais, da sua entrada nos CAPS, suas realizações, suas frustrações, sofrimentos e necessidades ligadas à nova prática. Assim, delinear-se as categorias temáticas explicitadas a seguir.

### Inserção nos serviços

A complexidade gerada nas novas formas de cuidado exige que os serviços passem a incorporar toda ordem de contradições e demandas ao seu funcionamento. Nesse sentido, uma das primeiras contradições detectadas em nossa pesquisa foi nas falas da maioria dos trabalhadores entrevistados, que revelaram um significativo despreparo para a prática exigida no cotidiano dos serviços quando começaram a trabalhar nos CAPS:

“A gente chega sem nenhuma preparação... Como é que eu vou lidar com esse paciente, como é que a gente deve fazer, minha gente? O que é que eu faço? Como é que eu falo com ele? Como é que eu abordo a família? Como é que a gente resolve essa situação? Então assim a gente vai adquirindo muita experiência com os colegas, mas não existe uma preparação...” (T2)

“Quando eu cheguei na Secretaria e que me disseram que eu vinha para um CAPS, foi surpresa pra mim porque até então eu sabia muito pouco, só na formação mesmo eu passei dois dias, mas eu não sabia quase nada”. (T8)

A falta de experiência e a ausência de formação específica para a atuação podem criar um distanciamento entre os sujeitos que ali trabalham e os pressupostos básicos da atenção psicossocial, alicerces tão necessários nos serviços de atenção à saúde mental, regidos sob a égide da Reforma Psiquiátrica. A pouca experiência dos profissionais é compreendida, na fala dos entrevistados, como fragilização do cuidado:

“[...] se não tiver uma supervisão, um acompanhamento melhor da equipe onde ela seja preparada para estar batendo, para estar lutando, trazendo as propostas para serem discutidas em cima de leis a gente vai terminar em mini-hospitais e isso a gente não pode deixar acontecer”. (T3)

“Os instrumentos substitutivos do hospital psiquiátrico deixam muito a desejar até em condições mesmo de material humano, de formação, de capacitação, um grande número inclusive de psiquiatras ainda não estão familiarizados em trabalhar em CAPS”. (T5)

Estudos<sup>6,7</sup> têm evidenciado grandes lacunas entre a formação dos trabalhadores e as exigências práticas nos CAPS. Estes vêm demonstrando a dificuldade do trabalhador em conciliar o seu aprendizado teórico com os desafios do cotidiano que o novo cuidado em saúde mental incita.

O que indica que os cursos universitários com formação em saúde podem ter um papel significativo no fortalecimento desses espaços se incluírem, em seus programas pedagógicos, o aprendizado e a assistência dentro dessas novas perspectivas de cuidado, e não apenas reproduzirem a manutenção de

um saber tradicional, coerente com o modelo biomédico de atenção, que está voltado para o indivíduo em sua doença.

Outro caminho a ser apontado é o envolvimento das Universidades nas novas propostas da saúde mental por meio da construção de parcerias entre as instituições de ensino e os serviços, é preciso investir na formação de profissionais neste novo modelo.

Sabe-se que as atividades de ensino desenvolvidas dentro dos serviços colaboram tanto na atualização dos profissionais da instituição quanto na formação dos novos profissionais que logo entrarão no campo de trabalho. Essas parcerias têm importante papel no processo de reformulação constante da assistência em saúde mental, pois garantem o questionamento contínuo das práticas, a aproximação do campo teórico, a não-cristalização de posturas e, por meio desse contato, propiciam o aparecimento de ideias inovadoras que podem resultar em experiências que agregam o campo teórico ao prático<sup>8</sup>.

A Educação Permanente em Saúde também constitui uma estratégia fundamental para assegurar a incorporação, pelos trabalhadores dos CAPS, das mudanças exigidas nas novas práticas e políticas em saúde mental, contribuindo para a qualificação do seu fazer cotidiano nos serviços.

Acrescida a estes aspectos, outra questão importante apontada nas falas foi a forma como estes trabalhadores foram inseridos nos serviços:

“Eu passei num concurso público e entrei no município. E aqui, me jogaram pra cá, ninguém diz pra onde é que você vai... Foi saúde? Vai para o CAPS... [...] A gente não escolhe, não tem muito o que escolher pra onde vai... eu fui colocada”. (T1)

“Eu acho que todo mundo... e realmente eu já me certifiquei com os profissionais, todo mundo que fica sabendo que vai pra trabalhar com saúde mental, toma um susto, eu também tomei esse susto, mas assim, sem saber como era o trabalho, sem saber como é que funcionava”. (T2)

“O que acontece? 70% dos CAPS é assim: você passa num concurso e você tem que ser lotado em um lugar e o CAPS é mais um lugar. Você tem que... que trabalhar. Foi assim comigo, entendeu, e me assustou muito essa possibilidade de trabalhar em saúde mental”. (T6)

A relação dos profissionais com seus locais de trabalho deveria estar apoiada em identificação com as propostas, desejos de contribuição, escolhas mútuas de parcerias reais. Na área da saúde mental, dentro dos serviços públicos substitutivos dos hospitais psiquiátricos, acrescentamos, a isso, compromisso político e ético com a proposta da desinstitucionalização. Nesta pesquisa verificamos que, na maioria dos casos, isso não ocorre, o que nos faz inferir que esta condição pode contribuir para o aparecimento de estresse, angústias e frustrações entre os trabalhadores.

Além disso, esse sentimento de não-pertencimento à área da saúde mental ou a postura de descompromisso com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica podem resultar em ações prejudiciais ao serviço e, sobretudo, aos usuários e seus familiares: oficinas que se estruturam somente em base do produtivo, e não do que produzem concretamente sobre o singular de cada usuário; grupos que funcionam como espaços banalizados, sem clareza de seus objetivos e do seu significado para cada usuário; grupos de família em que os familiares são constrangidos a se exibirem na frente de outros em seus aspectos mais íntimos e doídos<sup>9</sup>.

É importante nos atermos à subjetividade daqueles que tratam. Indagarmo-nos como eles são inseridos nos serviços, como eles se sentem trabalhando com o sofrimento psíquico grave, qual a sua disponibilidade para trabalhar de forma interdisciplinar com ações no território, na perspectiva da reabilitação psicossocial.

A resposta a essas questões pode explicar a diferença entre os serviços que colocam o sujeito como foco de suas ações e os serviços que colocam a doença como foco. Reconhecer esses entraves, aprofundar as reflexões sobre essa realidade na intenção de melhorar o serviço por meio da qualificação de seus trabalhadores é fundamental para evitar posturas e condutas que colocam em risco o processo pretendido de transformação da assistência em saúde mental.

É interessante e animador notar que, apesar de as falas anteriores expressarem essa grave realidade, estes mesmos profissionais têm o reconhecimento de que é preciso estar inserido nas novas propostas de cuidado e, para isso, muitos apontam mudanças ocorridas com o desenvolvimento de suas práticas e experiências:

“O que me motiva atualmente é realmente conhecer melhor essa política e contribuir, contribuir aqui com o município, na minha área, pra que realmente essa política funcione do jeito que tem que funcionar.” (T2)

“Eu acho que é a primeira questão, ter profissionais comprometidos que podem não ter o saber, mas o saber se aprende, se aperfeiçoa. Agora o comprometimento ético ou você tem ou você não tem.” (T4)

Podemos supor que as falas expressas demonstram o desejo de mudanças internas para uma postura mais qualificada no cuidado com o usuário dos serviços que, muitas vezes, mesmo que descolada de um saber técnico, tem a intencionalidade de construção de práticas alternativas e substitutivas.

Foucault<sup>10</sup>, ao discorrer sobre a construção do saber, afirma que há saberes que são independentes das ciências, mas não há saberes sem uma prática discursiva definida. Nesse sentido, nossos entrevistados parecem estar descobrindo esse caminho na construção de seus saberes.

### Sofrimento do trabalhador

Um fato importante que devemos considerar é que o próprio trabalhador desses serviços passa a demandar cuidado, pois, como vem sendo evidenciado por vários pesquisadores da área, existe uma forte incidência de relatos de sofrimento, exaustão, medo, advindos de um cotidiano habitado por intensas demandas de cuidado<sup>11,12</sup>.

As falas a seguir corroboram a ideia da necessidade de um olhar mais apurado sobre este trabalhador:

“A gente se apoia muito um no outro justamente pra ninguém adoecer também, porque a gente se expõe muito, sabe, é um ambiente onde a gente se expõe, se expõe mesmo...” (T1)

“A gente vê profissional adoecendo, não é porque quer... porque na hora que o bicho aperta adoecer mesmo, até porque a pressão aumenta, a diabetes aumenta, tudo aumenta... como um mecanismo de defesa mesmo.” (T7)

As transformações do cuidado no novo contexto da saúde mental geram impasses, incertezas, conflitos e ansiedades sentidos cotidianamente pelo trabalhador. A substituição da prática manicomial por uma prática ainda em formação produz sentimentos das mais diversas ordens.

Diferente das relações asilares, marcadas pelo distanciamento entre os profissionais, os pacientes e seus familiares, as relações estabelecidas nos serviços como os CAPS estimulam trocas intersubjetivas que produzem tensões.

Aliados a estes aspectos podemos citar outros que têm sido apontados como fatores que dificultam o exercício da prática profissional: desvalorização da saúde mental enquanto área de trabalho; a existência de diferentes formações discursivas, as contradições ante a riqueza de criação e inventividade que os CAPS proporcionam, e a falta de investimento que impõe limites e sobrecarrega o trabalhador; as formações profissionais que ainda seguem o modelo clínico-biológico, confrontando-se com a necessidade da prática na perspectiva da atenção psicossocial<sup>13,14</sup>.

Merhy<sup>12</sup>, ao referir-se à tristeza, sofrimento e exaustão relatados em equipes de trabalhadores de saúde mental, propõe a instituição de arranjos autogeridos pelos trabalhadores, como parte de seus cotidianos, que lhes permitam reordenar estes sentimentos, se recolocarem em relação às

novas oportunidades e tomarem a alegria como indicador da luta contra estes sentimentos e como analisadora de suas práticas.

Apostar na construção de processos de trabalho que produzam cuidados para os usuários e cuidados para os cuidadores é vital, neste percurso. Permitem vivificar o trabalho em saúde que aposta na construção da qualificação de vidas<sup>12</sup>.

Portanto, para que este novo cuidado possa ser reconhecido em posturas acolhedoras, escutas qualificadas, ações de inclusão e reabilitação, é mais que urgente a criação de estratégias e iniciativas que gerem alívio e alegria também aos seus executores.

Evitando soluções como a da fala abaixo:

“[...] eu tenho pensado isso, a doença mental não é fácil lidar, a gente coloca o que é da gente muito na hora, como é muito difícil, eu acredito que alguns se protegem e cada um vai se proteger do jeito que pode se proteger, eu sei que não posso estar criticando por conta disso, eu também me protejo quando não aguento, uns se protegem mais outros menos, quem vive dentro das salas é pra se proteger mesmo.” (T7)

A construção de um trabalho comprometido com o cuidado de pessoas deve estar atenta à produção de cuidados não apenas em uma de suas esferas, mas, sim, à criação de potencialidades internas que deem conta de suas várias ordens de necessidades e possibilidades na produção de subjetividades de todos os seus atores.

Sabe-se que os resultados positivos de um serviço como os CAPS estão diretamente ligados à satisfação e à atenção das necessidades também dos seus trabalhadores, portanto não é possível alcançar a qualidade pretendida na assistência se não forem adotadas estratégias, por parte da equipe e dos gestores, de enfrentamento dessas questões<sup>15</sup>.

### Novas tecnologias de cuidado

Para que estes novos espaços possam agir na potência esperada, é preciso que as pessoas que os fazem existir como espaços terapêuticos, de acolhimento, de cuidado, ou seja, seus trabalhadores, estejam afinados com essa força de recursos.

Para alguns de nossos entrevistados, essa força só é possível por meio do uso de novos instrumentos de trabalho.

“No serviço do CAPS o paciente tem contato direto com todos os profissionais que fazem parte do serviço [...] a relação também dos profissionais com a família ficou mais estreita, então facilita muito na questão do trabalho, do acompanhamento desses pacientes...” (T2)

“Eu acredito que seja uma equipe, uma equipe que tenha uma integração, que realmente todos falem a mesma língua na questão da proposta, que todos tenham o mesmo olhar, é onde a gente hoje usa a questão do acolhimento, a porta de entrada, isso é um ponto forte do CAPS...” (T3)

“Eu usufruo da equipe, da forma de trabalho da Reforma Psiquiátrica, quando se atuam diversos profissionais da área de saúde, obviamente trazendo benefício para o paciente. Eu me situo como participante dessa nova visão porque aceito essa interdisciplinaridade.” (T5)

O novo cuidado em saúde mental fornece, aos seus trabalhadores, um arcabouço de novas tecnologias: o trabalho em equipe, a interdisciplinaridade, as técnicas de acolhimento, a aproximação com a família, entre outras que foram citadas por nossos entrevistados.

O campo psicossocial pressupõe ação integrada da equipe de trabalho, baseada em princípios de solidariedade, acolhimento, cooperação em torno da produção de saúde e cuidado compatíveis com as necessidades dos usuários<sup>16</sup>.

A matéria-prima para se trabalhar as novas práticas de saúde é o cotidiano das relações entre os profissionais e os usuários. Os saberes acumulados pelas diversas áreas compostas em um serviço enriquecem a prática de seus trabalhadores e os habilita para uma abordagem integral do usuário em todas as suas dimensões – biológica, sociocultural, psicológica, entre outras<sup>17</sup>.

Nesse momento, vale nos aprofundarmos nas ideias que Merhy<sup>18</sup> desenvolve sobre os trabalhadores de saúde, seus saberes e fazeres tecnológicos. Primeiramente, o autor afirma que a finalidade de qualquer ação em saúde é produzir o ato de cuidar; para tanto, as tecnologias de saúde que produzem o cuidado são configuradas a partir de arranjos entre dimensões materiais e não materiais do fazer em saúde. Estas dimensões se expressam em terrenos tecnológicos que Merhy denomina de: leve, leve-duro e duro.

Para entender melhor essas tecnologias do cuidado, Merhy<sup>18</sup> usa a ideia do encontro do profissional e o usuário e a noção das suas valises como caixas de ferramentas tecnológicas necessárias para a produção do cuidado nesse processo de interseção. A valise da tecnologia dura está vinculada à sua mão, e cabem materiais concretos, tais como estetoscópio, ecógrafo. A valise da tecnologia leve-duro está vinculada à sua cabeça, e cabem saberes bem estruturados como a clínica e a epidemiologia. Finalmente, a valise da tecnologia leve está presente no espaço relacional entre trabalhador e usuário, que se distingue por possuir materialidade apenas em ato e estar implicada na produção das relações entre dois sujeitos.

Esta explanação nos serve para compreendermos a importância do uso das tecnologias leves em processos de cuidado usuário-centrados. No caso dos cuidados nos CAPS, o produto dessas tecnologias leves são também os encontros, que devem ser percebidos como atos de cuidado contínuos: encontros de profissionais com usuários, de usuários com usuários, de profissionais com familiares, de familiares com usuários, de familiares com outros familiares, de profissionais com profissionais.

As falas a seguir ilustram esta importância:

“A gente tem que fazer um pouquinho de tudo, então a gente aprende a necessidade do paciente e nessa necessidade dele a gente começa a trabalhar no sentido de ajudar.” (T1)

“O CAPS é de uma riqueza fantástica pela multiplicidade, porque você não soma em CAPS, você potencializa.” (T4)

Nos encontros é que são conhecidas as necessidades, as demandas, os desejos, as opiniões daqueles que devem estar na centralidade do cuidado.

A percepção dos profissionais sobre a importância do uso destas novas tecnologias pode fazer com que os serviços ofereçam cuidados mais efetivos, voltados para: o alívio do sofrimento, a produção de subjetividades individuais e coletivas, a produção de sociabilidades e, por fim, cuidados que potencializem os coletivos por eles atendidos.

Portanto, para esses trabalhadores, fica evidente a necessidade de aprimoramento no saber-fazer o cuidado:

“[...] é uma necessidade de todos os profissionais... de se capacitar, de realmente se aperfeiçoar dentro da área, já pelo fato de assim, a gente de uma certa maneira ser colocado no serviço sem nenhuma capacitação, sem nenhuma preparação, a gente aprende realmente no dia a dia.” (T2)

“A gente necessita muito de uma supervisão, de um acompanhamento pra cobrar, pra exigir, pra supervisionar, pra ver realmente se o serviço está fazendo por onde, né, porque a gente sente que os CAPS estão aí, mas tem uns que estão à toa...” (T3)

Trajetória complexa, sobretudo porque ainda é bastante novo, para estes profissionais, pensar nessas novas proposições. O crescimento numérico desses serviços em Alagoas é muito recente, e, por



isso, seus profissionais ainda estão tentando descobrir caminhos de intervenção que possam ofertar promoção de vida e saúde.

### **Precariedade do trabalho**

Muitos profissionais falaram sobre a falta de tempo na dedicação do cuidado oferecido, o que justificaria a fragilidade apontada nas condutas realizadas nos CAPS:

“Porque é muito simples pra eu evoluir sozinha, mas não é resolutivo, não adianta nada, entendeu? Não é proposta pra o paciente, não é do CAPS... Se eu quero fazer desse paciente o melhor possível, eu tenho que evoluir em grupo. Mas não temos tempo.” (T4)

“[...] não há tempo para se fazer um atendimento mais apurado, a questão não é institucional e sim pessoal.” (T5)

Essas falas ilustram como a falta de tempo traz consequências bastante graves no serviço. Muitos trabalhadores percebem que o pouco período que passam no CAPS é em função dos baixos salários oferecidos e da conseqüente necessidade de terem muitos vínculos de trabalho. Desse modo, verifica-se que a carga horária contratada é diferente da carga horária cumprida:

“Eu gostaria de ter disponibilidade de tempo... Por que eu não tenho disponibilidade de tempo? Porque não pagam pra isso...” (T4)

“[...] o profissional acaba tendo muitos vínculos e não consegue estar junto das ações do CAPS por ter outros empregos...” (T5)

A existência de outros vínculos empregatícios pelos trabalhadores, na mesma equipe, gera insatisfações de várias ordens e dificuldades gerenciais. O trabalho em equipe fica prejudicado:

“[...] porque profissionais que ficam muito pontualmente, pingando, ninguém se encontra, aí realmente... eu acho esquizoide, não tem como se discutir paciente e isso acontece. Isso é um viés seríssimo dos CAPS em Alagoas. [...] Eu acho que a equipe mínima, ela é mínima demais. Além de ser mínima demais, ela não cumpre a carga horária da equipe mínima.” (T4)

“Acho que essa falta de tempo muitas vezes é porque a equipe não fala a mesma língua, os interesses são diferentes da equipe, a visão que um tem dos usuários do CAPS é diferente da visão que o outro tem, na hora que a situação aperta, que a gente não dá conta, a gente quer que interne mesmo.” (T7)

E o cuidado recebido fica ainda mais frágil:

Quando é que o paciente vai ser prioridade? Quando o técnico souber o que fazer com cada paciente. Que a prioridade é o paciente: não é o papel que eu preencho, não é quem evolui, não evolui... A prioridade é o paciente. E para o paciente ser prioridade, eu tenho que ter tempo de atender, evoluir, atender, evoluir, discutir, atender, evoluir, discutir em grupo... Com a carga horária que a gente desenvolve aqui em Alagoas, eu acho que não tem condições.” (T4)

Na capital do estado, as equipes têm estrutura um pouco mais definida, uma vez que um número significativo de trabalhadores é concursado, porém, no interior, parte dos trabalhadores é prestadora de serviços, outra parte é comissionada – o que significa indicação política – e apenas uma pequena parte é concursada. A inexistência de plano de cargos e salários e isonomia ocasionam alta rotatividade, pouco vínculo e desmotivação no trabalho.

Acreditamos não ser possível transformar a assistência em saúde mental em um cuidado que privilegia a construção de projetos terapêuticos centrados no sujeito, que objetiva a (re)construção da cidadania por meio de práticas reabilitadoras, e que envolva os mais diversos atores para este fim, se não tivermos os principais protagonistas desse cuidado, seus trabalhadores, comprometidos nessa ação.

Entretanto, a precariedade exposta, nas falas, sobre as relações de trabalho com o serviço também está presente com relação às estruturas do próprio serviço. Muitos entrevistados vão falar sobre as faltas notadas no cotidiano dos CAPS:

"[...] não tem dotação orçamentária pras oficinas da TO até hoje, ela faz por esforço próprio, ela faz técnicas, aplica, então assim, dentro do mínimo, eu acho que se faz muito. Mas dentro da proposta que deveria ser o CAPS, se faz quase nada." (T4)

"Muitas vezes a gente tira do bolso da gente pra comprar coisas... eu me sinto melhor pegando meu dinheiro pra comprar as coisas do que falar não vou fazer porque não tem material, a minha cabeça vai doer mais... eu só posso ter essa iniciativa de comprar do meu bolso e não ficar de cara feia se eu tiver com muita vontade de fazer alguma coisa com eles." (T7)

Essas faltas são justificadas na própria fala dos entrevistados, quando apontam a falta de investimento nas novas proposições que são exigidas no cotidiano das práticas de saúde mental nos CAPS:

"Poderia se ter investimento e eu falo investimento financeiro mesmo. Às vezes se privam de contratar, contratar não, de fazer concursos e ter funcionários..." (T1)

"Eu acho que um ponto negativo é essa questão dos gestores, gestor de saúde, gestor municipal, gestor estadual, de não estar investindo nas coisas que realmente ainda precisam." (T2)

"Para funcionar um CAPS, para que funcione qualquer serviço, é necessário investimento. E se não há as capacitações, se não há o investimento necessário, a proposta fica interrompida..." (T3)

Diversos estudos<sup>19,20</sup> têm apontado a falta de investimento nos serviços de saúde mental, indicando que as gestões municipais não assumem de forma integral as propostas do Ministério da Saúde. O reflexo disso são serviços com estruturas físicas precárias, falta de material para as intervenções terapêuticas, bem como equipes pouco investidas no que se refere às capacitações e ações de qualificação.

## Considerações finais

Consideramos que as transformações nos modelos de atenção em saúde mental devem ir além da implantação e ampliação das redes de serviços; elas devem conduzir a outro saber que exige flexibilidade nas ações e mudanças individuais e coletivas de todos os envolvidos nesse processo.

Para tanto, o cuidado com o trabalhador deve ser indicado como uma necessidade urgente e ininterrupta, para que os CAPS possam trabalhar com toda a sua potencialidade.

Não se pode ignorar que a exposição a situações de estresse diário pode adoecer esses trabalhadores. Como foi analisado, a maioria deles percebe um despreparo em sua formação para o exercício da prática nesses serviços, o que provoca insegurança para atuar e resulta na construção de mecanismos de defesa que acabam por diminuir a capacidade qualitativa de seu trabalho.

Portanto, é preciso investir em capacitações contínuas e supervisões clínico-institucionais em todos os CAPS, para garantir que estes profissionais possam ser também ouvidos e atendidos em suas necessidades de um cotidiano marcado pelo cuidado do sofrimento mental.

As instituições de Ensino Superior, além de reformulações curriculares e inserção prática nos novos modelos de atenção, podem contribuir com a formulação de cursos de aprimoramento e especializações dentro das propostas da Educação Permanente dirigidas a esses trabalhadores.

Outro aspecto muito importante é que o trabalho na saúde mental deve ser um trabalho valorizado, com salários que estimulem a dedicação do profissional, que permitam que ele se engaje em ações intersetoriais, que ele possa estar presente na criação de espaços terapêuticos e cuidados contínuos, viabilizando cotidianamente a interlocução dos usuários com a coletividade.

Os espaços oferecidos para o cuidado também devem ser espaços de vida, com estruturas físicas adequadas, que instiguem o desejo de estar naquele local, que provoquem sentimentos de alegria e bem-estar, para que o próprio ambiente seja um facilitador na geração de estímulos criativos, e não o contrário – em nossa investigação, pudemos perceber quanto os locais inadequados e a escassez de materiais para o desenvolvimento das práticas necessárias a um trabalho de qualidade têm maltratado trabalhadores e usuários.

O novo modelo de cuidado introduzido pela Reforma Psiquiátrica brasileira, o da atenção psicossocial, traz, para a prática cotidiana dos trabalhadores, novas frentes de intervenção, abre caminhos para relações mais democráticas, em que sujeitos cuidados e sujeitos cuidadores possuem competências que vão se entrecruzando e, dentro desse espaço relacional, é que os saberes e práticas vão se compondo.

O CAPS, neste sentido, deve funcionar como catalisador dessa potencialidade, oportunizando espaços para trocas contínuas e fortalecimento do trabalho coletivo na valorização dessas novas formas de cuidar.

### Apoio

A pesquisa recebeu apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Alagoas (FAPEAL).

### Referências

1. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Legislação em saúde mental: 1990-2004. 2004 [acesso 2014 Mar 16]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao\\_mental.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_mental.pdf)
2. Ribeiro MC. Os Centros de Atenção Psicossocial como espaços promotores de vida: relatos da desinstitucionalização em Alagoas. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo* [Internet]. 2013 [acesso 2014 Set 8]; 24(3):174-82. Disponível em: [http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/64900/pdf\\_24](http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/64900/pdf_24)
3. Glanzner HG, Olschowsky A, Kantorski LP. O trabalho como fonte de prazer: avaliação da equipe de um Centro de Atenção Psicossocial. *Rev Esc Enferm USP*. 2011; 45(3):716-21.
4. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12a ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
5. Meihy JCSB. Manual de história oral. 5a ed. São Paulo: Loyola; 2005.
6. Passos E, Souza TP, Aquino PR, Barros RA. Processo coletivo de construção de instrumentos de avaliação: aspectos teóricos e metodológicos sobre dispositivos e indicadores profissionais. In: Campos RO, Furtado JP, Passos E, Benevides R, organizadores. *Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos da narratividade*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild; 2008. p. 371-97.

7. Bichaff R. O trabalho nos Centros de Atenção Psicossocial: uma reflexão crítica das práticas e suas contribuições para a consolidação da Reforma Psiquiátrica [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2006.
8. Ribeiro MC, Machado AL. A Terapia Ocupacional e as novas formas do cuidar em saúde mental. *Rev Ter Ocup USP*. 2008; 19(2):72-5.
9. Campos RO. Clínica: a palavra negada - sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental. *Saude Debate*. 2001; 25(58):98-111.
10. Foucault M. A arqueologia do saber. 6a ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2000.
11. Vasconcelos EM. Abordagens psicossociais: história, teoria e prática no campo. São Paulo: Aderaldo & Rothschild; 2009. v. 1.
12. Merhy EE. Os CAPS e seus trabalhadores no olho do furacão antimanicomial: alegria e alívio como dispositivos analisadores. In: Amaral H, Merhy EE, organizadores. A reforma psiquiátrica no cotidiano II. São Paulo: Aderaldo & Rothschild; 2007. p. 55-66.
13. Leão A, Barros S. As representações sociais dos profissionais de saúde mental acerca do modelo de atenção e as possibilidades de inclusão social. *Saude Soc*. 2008; 17(1):95-106.
14. Nardi HC, Ramminger T. Modos de subjetivação dos trabalhadores de saúde mental em tempos de Reforma Psiquiátrica. *Physis*. 2007; 17(2):265-87.
15. Guimarães JMX, Jorge MSB, Assis MMA. (In)satisfação com o trabalho em saúde mental: um estudo em Centros de Atenção Psicossocial. *Cienc Saude Colet*. 2011; 16(4):2145-54.
16. Silva ALA, Fonseca RMGS. Processo de trabalho em saúde mental e o campo psicossocial. *Rev Latino-am Enferm [Internet]*. 2005 [acesso 2014 Fev 10]; 13(3):441-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n3/v13n3a20.pdf>
17. Merhy EE. O ato de cuidar como um dos nós críticos "chaves" dos serviços de saúde. 1999 [acesso 2014 Fev 10]. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-04.pdf>
18. Merhy EE. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. *Interface (Botucatu)*. 2000; 4(6):109-16.
19. Luzio CA, L'Abatte S. A atenção em Saúde Mental em municípios de pequeno e médio portes: ressonâncias da reforma psiquiátrica. *Cienc Saude Colet*. 2009; 14(1):105-16.
20. Ramminger T. Trabalhadores de saúde mental: reforma psiquiátrica, saúde do trabalhador e modos de subjetivação nos serviços de saúde mental [dissertação]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2005.

Ribeiro MC. Trabajadores de los Centros de Atención Psicosocial de Alagoas, Brasil: intersticios de una nueva práctica. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(52):95-107.

Los Centros de Atención Psicosocial constituyen una de las principales estrategias para la garantía de cuidados en salud mental en el enfoque de la Reforma Psiquiátrica brasileña y han requerido un número de trabajadores considerable envueltos en una nueva práctica. En este estudio se buscó conocer cómo fue el proceso de inserción de esos trabajadores en los servicios y cómo ellos se perciben y perciben sus prácticas dentro del nuevo contexto. Se trata de una encuesta cualitativa, en la modalidad Historia Oral Temática guiada por entrevistas para la producción de los datos y análisis temático para la discusión de sus resultados. Del análisis surgieron cuatro categorías temáticas: inserción en los servicios, sufrimiento del trabajador, nuevas tecnologías de cuidado y precariedad del trabajo. Las declaraciones también señalan la necesidad del cuidado sobre el trabajador, considerando también sus demandas para que estos servicios puedan funcionar con toda su potencialidad.

*Palabras clave:* Salud mental. Trabajadores de la salud. Centros de Atención Psicosocial. Encuesta cualitativa.

Recebido em 04/03/14. Aprovado em 10/08/14.

