

Práticas Psicossociais Em Psicologia: Um Convite Para O Trabalho Em Rede

Psychosocial Practices In Psychology: An Invitation To Networking

Pratiques Psychosociales En Psychologie : Une Invitation Au Travail En Reseau

Thaís Thomé Seni S. e Oliveira¹

Regina Helena Lima Caldana²

Resumo

O trabalho interdisciplinar, intersetorial e territorial são premissas do modelo de atenção psicossocial em saúde mental. Este trabalho tem como objetivo apresentar reflexões de psicólogos dos Centros de Atenção Psicossocial de uma cidade paranaense sobre alguns aspectos de suas práticas psicossociais. Foram realizadas entrevistas individuais semiestruturadas e encontros grupais, utilizando-se a técnica de Grupo Operativo de Pichón-Rivière. As entrevistas e os grupos foram gravados, transcritos na íntegra e analisados qualitativamente. Os resultados apontam aspectos da organização do processo de trabalho perpassados pelas políticas nacionais e locais que dificultam o trabalho em rede, como o excesso de demanda para as equipes de saúde mental. Conclui-se que, para a efetivação de práticas psicossociais, é imprescindível a criação de estratégias de educação permanente para os profissionais que contemplem de forma inventiva o tripé teoria-prática-autocuidado e possibilitem o trabalho em rede em seus diversos níveis.

Palavras chave: Saúde mental. Atenção psicossocial. Práticas psicossociais. Intervenção psicológica.

Abstract

The interdisciplinary, inter-sector and territorial works are assumptions of the psychosocial mental health care model. This work aims to present reflections by psychologists from the Psychosocial Care Centers of a city in the state of Paraná on some aspects of psychosocial practices they perform. Semi-structured individual interviews and group meetings were conducted, using the technique of Pichón-Rivière's Operative Group. The interviews and the groups were recorded, transcribed and qualitatively analyzed. The results suggest aspects of the work process organization influenced by national and local policies that hinder networking, such as the excess of demands for mental health teams. It has been concluded that for the effectiveness of psychosocial practices, it is essential to create strategies for the permanent training of professionals who inventively adopt the tripod theory-practice-self-care and enable networking at various levels.

Keywords: Mental health. Psychosocial care. Psychosocial practices. Psychological intervention.

¹ Psicóloga, Mestre e Doutora pelo Programa de Pós-graduação em Psicologia da FFCLRP – Universidade de São Paulo. Docente do Centro Universitário Barão de Mauá de Ribeirão Preto e membro do Grupo de Pesquisa “Papéis e funções dos profissionais dos serviços e políticas de saúde mental” da EERP – Universidade de São Paulo.

Departamento de Psicologia – FFCLRP – USP.
Av. dos Bandeirantes, 3900. Telefone 3602-3804
Email: thasenne@gmail.com

² Psicóloga, Mestre e Doutora em Psicologia. Docente do Departamento de Psicologia e do Programa de Pós-graduação em Psicologia da FFCLRP – Universidade de São Paulo.

Résumé

Le travail interdisciplinaire, intersectoriel et territorial représente le point de départ du modèle psychosociale de la santé mentale. Ce travail vise à présenter les réflexions des psychologues des Centres d'Attention Psychosociale au sujet des pratiques psychosociales qu'ils effectuent. Des entretiens individuels semi-structurés et des réunions de groupe, ont été réalisés en utilisant la technique de Groupe Opérationnel de Pichon-Rivière et ont été enregistrés, transcrits et analysés qualitativement. Les résultats suggèrent que l'organisation des méthodes de travail ne sont pas pris en considération par les politiques nationales et locales qui entravent le travail en réseau: c'est le cas de l'excès de demandes aux équipes de santé mentale. On en conclut que, pour l'efficacité des pratiques psychosociales, il est essentiel des stratégies pour la formation permanente des professionnels qui incluent de manière créative l'axe théorie – pratique – prise en charge de soi-même, et qui permettent le travail en réseau à différents niveaux.

Mots-clés: Santé mentale. Attention psychosociale. Pratiques psychosociales. Intervention psychologique.

Saúde mental, no modelo de atenção psicossocial, é considerada uma área que se insere na ideia de complexidade, de simultaneidade, de transversalidade de saberes, de “construcionismo” e de “reflexividade”. Assim, a área da saúde mental constitui uma complexa rede de saberes que envolve a psiquiatria, a neurologia e as neurociências, a psicologia, a psicanálise, a filosofia, a fisiologia, a antropologia, a sociologia, a história e a geografia (Amarante, 2011).

A transição paradigmática na saúde mental acompanha a transformação na saúde pública, na medida em que supera o modelo asilar biomédico que é centrado na doença e no qual o médico é a figura de poder, detentor máximo da verdade, neutralidade e distanciamento de seu “objeto de cuidado”.

Da mesma maneira, no cenário internacional, Mezzina (2005) aponta a mudança paradigmática na saúde mental como uma “ruptura revolucionária”, que vai do modelo médico-biológico para um olhar ampliado, que inclui aspectos psicossociais do sujeito a ser cuidado. Propõe-se a ruptura com as instituições totais e a organização de serviços humanos, inseridos nas comunidades, que consideram o paciente como sujeito e não como objeto.

Segundo Costa-Rosa (2000), o paradigma psicossocial se pauta em quatro parâmetros fundamentais:

- implicação subjetiva do usuário, pressupondo a superação do modo de relação sujeito-objeto, característico do modelo biomédico e das disciplinas especializadas que se pautam pelas ciências positivistas;
- horizontalização das relações intrainstitucionais, tanto entre as esferas do poder decisório, de origem política, e as esferas do poder de coordenação, de natureza mais operativa, como também das relações especificamente interprofissionais;
- integralidade das ações no território que preconiza o posicionamento da instituição como espaço de interlocução, como instância de “suposto saber” e, ao fazer dela um espaço de intensa porosidade em relação ao território, praticamente subverte a própria natureza da instituição como dispositivo. A natureza da instituição como organização fica modificada e o local de execução de suas práticas se

desloca do antigo interior da instituição para tomar o próprio território como referência;

- superação da ética da adaptação, ao propor suas ações na perspectiva de uma ética de duplo eixo que considera, por um lado, a relação sujeito-desejo e, por outro, a dimensão carecimento-ideais, firmando a meta da produção de subjetividade singularizada, tanto nas relações imediatas com o usuário propriamente dito quanto nas relações com toda a população do território (Costa-Rosa, 2000).

Assim, o paradigma psicossocial situa a saúde mental no campo da saúde coletiva, compreendendo o processo saúde-doença como resultante de processos biopsicossociais complexos, que demandam uma abordagem interdisciplinar e intersetorial, com ações inseridas em uma diversidade de dispositivos comunitários e territorializados de atenção e de cuidado (Yasui & Costa-Rosa, 2008).

No nível das práticas, isso implica na mudança de concepções sobre o que é tratar/cuidar, partindo da busca de controlar sintomas e comportamentos, da fragmentação do paciente e da distância entre este e o profissional, chegando à busca de compreensão do sofrimento da pessoa e suas necessidades concretas, incluindo as psicológicas e altamente subjetivas, colocando a pessoa como centro, sendo vista e considerada em suas dimensões biopsicossociais, baseando-se no princípio da singularização, ou seja, no reconhecimento e consideração de sua história, de suas condições de vida e de sua subjetividade únicas no momento assistencial (Costa, 2004). Nessa direção, para que a transição paradigmática proposta se efetive de fato, faz-se necessária a participação de diversos atores sociais, e um dos atores fundamentais nesse processo é o profissional de saúde mental, que está na “linha de frente” do cotidiano assistencial.

Psicologia e práticas psicossociais

Na área da psicologia, diversos estudos apontam que as práticas do psicólogo nos serviços de atenção psicossocial se inserem em um movimento de superação do modelo clínico tradicional e de produção de estratégias inovadoras que se afinem com os pressupostos do paradigma psicossocial (Dimenstein, 2000, 2006; Dimenstein & Macedo, 2012; Ferreira Neto, 2008; Oliveira, 2014; Yamamoto, 2012, Yasui, 2010).

Na mesma direção, o Conselho Federal de Psicologia lançou o documento “Referências Técnicas para Atuação de Psicólogo(a)s no CAPS – Centro de Atenção Psicossocial” (Conselho Federal de Psicologia, 2013), apresentando os resultados e a discussão dos dados de uma pesquisa realizada com psicólogos trabalhadores de CAPS de todo o País.

A pesquisa constata que as práticas psicológicas desenvolvidas nos CAPS distanciam-se do fazer clínico tradicional, visando a promover uma elaboração subjetiva e reabilitação no processo de construção da autonomia e da capacidade de cada usuário. Por isso, agrega à psicoterapia e ao medicamento a potência de outros recursos e intervenções, não desconsiderando os recursos tradicionais, mas incluindo outras estratégias como oficinas, assembleias, mediação das relações entre os sujeitos, seus familiares e os recursos de seu território. Nessas novas estratégias em desenvolvimento no CAPS, as referências e redes dos sujeitos têm tanto valor quanto os recursos da ciência e da técnica. Afinando-se com as ideias do paradigma psicossocial, o cuidado passa pela construção com os usuários de condições de liberdade e capacidade de se inserir na cidade, de fazer caber a diferença sempre singular, no universal da cidadania e do protagonismo social (Conselho Federal de Psicologia, 2013).

O presente trabalho constitui um recorte da tese de doutorado da primeira autora, e tem o objetivo de apresentar e discutir alguns aspectos trazidos por psicólogos, trabalhadores de CAPS, a respeito das práticas psicossociais que desenvolvem em seu cotidiano.

Método

Esta é uma pesquisa qualitativa, que se insere no paradigma interpretativo, preconizando uma abordagem compreensivista ou interpretativista do objeto de estudo, na qual se prioriza a compreensão da perspectiva dos envolvidos no fenômeno. Interpretações plausíveis são preferíveis às explicações causais (Bogdan & Biklen, 1994; Silva, 1998).

Contexto do estudo

Os dados do presente estudo foram coletados nos Centros de Atenção Psicossocial de uma cidade situada na região norte do estado do Paraná. São eles:

- Centro de Atenção Psicossocial – CAPS III;

- Centro de Atenção Psicossocial – CAPS Infantil;
- Centro de Atenção Psicossocial – álcool e drogas – CAPS AD.

A Secretaria de Saúde do Estado do Paraná é composta por 22 Regionais de Saúde. A cidade em questão, que tem população atual aproximada de 500 mil habitantes, é a sede de uma das regionais de saúde da qual fazem parte 20 municípios.

Participantes

Doze dos quinze psicólogos que integram as equipes dos três CAPS mencionados participaram da pesquisa. Na divisão por tipo de serviço, participaram quatro dos sete psicólogos do CAPS III, todos os quatro psicólogos do CAPS I e todos os quatro psicólogos do CAPS AD. Os participantes eram mulheres em sua maioria, com idade entre 30 e 48 anos, com tempo de graduação em Psicologia entre cinco e 25 anos e tempo de trabalho nos serviços pesquisados entre 3 meses e 12 anos.

Estratégias de coleta de dados

Foram utilizadas duas estratégias para a obtenção dos dados:

1. entrevistas individuais por meio de um roteiro de entrevista semiestruturada a partir de tópicos norteadores e complementares abordando: funções e papéis desempenhados, concepções sobre as práticas realizadas, demandas para o profissional, avaliação do funcionamento atual do serviço e desafios a serem superados;
2. encontros grupais utilizando-se a técnica do Grupo Operativo, de Enrique Pichón-Rivière (2000a, 2000b).

Constituição do corpus

No primeiro momento foi realizado contato com a gerência de saúde mental do município e, posteriormente, o contato com as equipes de cada serviço CAPS para apresentação do projeto de pesquisa e convite para a participação. Nessa ocasião, os profissionais presentes puderam levantar questões e solucionar dúvidas a respeito dos objetivos, instrumentos e procedimentos da pesquisa, o que, em nossa opinião, facilitou o

entendimento e a adesão à participação no estudo.

As entrevistas individuais com os profissionais foram gravadas e transcritas na íntegra, tiveram duração média de uma hora e foram realizadas no próprio local de trabalho dos entrevistados. De modo geral, os participantes se mostraram bastante receptivos no momento da entrevista, interagindo bastante com a pesquisadora e relatando de maneira detalhada suas vivências. Alguns inclusive comentaram que a entrevista tinha sido uma boa oportunidade de falar coisas importantes, valorizando-a como um espaço de expressão de vivências e concepções que não acontece no cotidiano do trabalho.

Finalizada a etapa das entrevistas individuais, foram realizados seis encontros grupais, de frequência semanal e duração de uma hora e meia em média, todos gravados e transcritos na íntegra. Os encontros grupais ocorreram nos CAPS pesquisados, em sistema de rodízio. Com base nos objetivos do trabalho e nos eixos temáticos centrais obtidos das entrevistas, a cada encontro foram planejadas atividades utilizando recursos facilitadores para o trabalho grupal, como colagem, construção de cartazes, relaxamento dirigido e técnicas grupais que serviram como disparadores temáticos (Pichón-Rivière, 2000a, 2000b) para a reflexão e discussão dos temas.

Os encontros grupais foram coordenados pela pesquisadora e observados por uma psicóloga treinada na técnica do grupo operativo (Jasiner, 2000).

Procedimento de análise do corpus

O material de análise consiste na transcrição das entrevistas semiestruturadas e dos encontros grupais, tendo como apoio os registros dos grupos realizados pela observadora. Todo o material foi analisado qualitativamente, em momentos distintos, segundo o modelo proposto por Biasoli-Alves e Dias-da-Silva (1992). As etapas previstas para análise, dentro do modelo proposto, são as seguintes:

- *leitura exaustiva e repetida* do material para apreensão de ideias centrais e aspectos relevantes sobre o tema, tendo como pano de fundo os dados complementares;
- *identificação de temas*, inicialmente em cada registro e posteriormente no conjunto do material para a formação de categorias centrais;
- *sistematização de categorias centrais* como fruto de constante movimento

entre os dados, a abordagem conceitual e a literatura, até a composição de um quadro significativo de análise;

- *redação final da análise* dos dados, visando à vinculação com a realidade, de modo que os indicativos do trabalho de pesquisa possam embasar reflexões sobre a prática profissional na área e a literatura (Pegoraro & Caldana, 2008).

Assim, o trabalho de análise dos dados consistiu em uma análise preliminar das entrevistas, visando à identificação de eixos temáticos para a realização dos grupos operativos com os profissionais e, posteriormente, à construção de categorias de análise, a partir do conjunto de dados obtidos pelas entrevistas e pelos encontros grupais. Este trabalho apresenta categorias envolvendo a construção e algumas vicissitudes das práticas psicossociais e o trabalho em rede.

Todos os cuidados éticos foram tomados, visando atender a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (conselho.saude.gov.br/docs/Resoluções/Reso196.doc), em vigor na época da realização da pesquisa, e a Resolução nº 16/00 do Conselho Federal de Psicologia (www.pol.org.br/legislacao/doc/resolucao2000_016.doc).

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina, após aprovação, foi encaminhado à Autarquia de Saúde do município pesquisado, que autorizou a coleta dos dados junto aos serviços CAPS da cidade. Cada participante foi devidamente esclarecido e firmou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

Aproximação com o universo psicossocial do usuário

O trabalho psicossocial engendra técnicas, formas de intervenção, organização dos processos de trabalho, como também características que trazem sentidos subjetivos para os profissionais, como o contato com o sofrimento mental, que traz angústias e muitas vezes sobrecarga emocional ao trabalhador. No modelo de atenção psicossocial, isso parece acontecer de maneira expressiva, em função do envolvimento do profissional com o sujeito em sua integralidade, o que envolve o contato prolongado com o sofrimento psíquico, mas

também com as dificuldades sociais, como falta de moradia, alimentação e outros aspectos concretos de sobrevivência dos usuários.

Eu vejo que você vive muito a situação do dia a dia do paciente, não tem como dizer que você não vai entrar na vida dele. São histórias assim, tem paciente que fala que não tem dinheiro pra comprar medicação. A médica fala “você toma depois da janta”, mas ele não tem janta. Como isso mobiliza muito todos os funcionários, de paciência, de tristeza, é tudo muito à flor da pele, acho essa relação de psicossocial é muito assim, tudo muito exagerado, tanto para eles quanto para gente. (Laura, CAPS III)

É muita, muita coisa assim né, de sofrimento, angústia, situações em que você se vê muito impotente, muitas vezes, eu acho que isso é uma coisa que pega assim, você fala: “ai meu Deus do céu o que fazer com isso” né? [...] então assim eu acho que isso é bem, é bem complicado assim de lidar, não é fácil trabalhar na saúde mental não (risos)! (Sabrina, CAPS Ad)

Tal proximidade com o paciente/usuário e com os aspectos concretos de sua vida trazem o sentido de grande responsabilidade para o profissional ao lidar com tal complexidade. Por outro lado, a proximidade se torna ferramenta essencial para o trabalho.

Quando a Vilma fala do distanciamento clínico, eu já parei com isso faz tempo, porque no AD a gente se afeta, né? A gente se aproxima muito dos usuários, discute com eles; e o que eu percebo é que ir contra essa regra de distanciamento da psicologia na verdade facilita o trabalho de reconstrução, de acolhimento, de aproximação e até da escuta do paciente. (Milton, CAPS Ad, grupo 4)

É assim, é como que você se responsabiliza por aquela pessoa, você é o técnico de referência dela, e não é só na questão psíquica, você se envolve com a vida da pessoa em todos os sentidos, você se sentindo assim com essa responsabilidade e tudo o que está acontecendo na vida daquela pessoa, coisas práticas, concretas, que é o diferencial. O psicólogo sai só daquela

questão psíquica e lida com tudo da vida da pessoa. (Márcia, CAPS i, grupo 4)

Diante dessa aproximação concreta com o paciente e seu contexto de vida, com a complexidade e o senso de responsabilidade trazidos pelos profissionais, o que parece possibilitar o trabalho é estar em equipe e nas redes de cuidado, ou seja, o trabalho do profissional de saúde no paradigma psicossocial se torna possível pela mesma lógica do cuidado proposto: a construção de redes, a interlocução com outros parceiros dessa rede, os vínculos e as relações intersubjetivas. Assim, nas redes de apoio ao usuário, os profissionais necessitam se colocar em rede para cuidar.

Eu acho que o maior susto que a gente leva é com a dimensão e a complexidade com que a gente tem que lidar, porque não é só com o paciente que tá naquele momento na sua frente, é com o que ele te traz, é com tudo. É a vida dele, é a família, as relações, relação com o serviço, com outro serviço, o contexto dele, né? Tudo, tudo, tudo. Então dá um susto de falar como que eu vou fazer isso? Eu sou uma só, né? (risos) e dá um susto e no começo fica sentido como sobrecarga e é uma sobrecarga mesmo que a gente só vai dissolvendo, diluindo à medida que você vai conhecendo parceiros, pessoas com quem você pode dividir a responsabilidade do cuidado, porque sozinho ninguém vai dar conta mesmo, ninguém dá. (Marisa, CAPS III, grupo 4)

Aqui destacamos a diferença entre o que é colocado nas entrevistas e nos grupos na realização da pesquisa, em relação ao tema do sofrimento psicossocial dos usuários. A questão é apontada de forma pontual nas entrevistas, como um aspecto de dificuldade do trabalho e gerador de angústia para o trabalhador em saúde mental. Já nos grupos, os participantes ultrapassam a mera descrição da angústia como característica do trabalho, articulando o tema à necessidade do trabalho em rede. Assim, apontam que o cuidado na atenção psicossocial exige que o profissional entre em contato com aspectos da vida concreta do usuário do serviço, que se coloque em rede, estabelecendo parcerias, compartilhando decisões e o cuidado dos diferentes aspectos da vida do usuário. Nessa direção, o espaço de reflexão e discussão de temas nos encontros grupais da pesquisa parece ter possibilitado essa partilha de sentidos e evidenciado a potência desse recurso.

Construindo o trabalho em rede

Em função dessa complexidade do trabalho em atenção psicossocial, envolvendo a construção e reconstrução de práticas inovadoras e suas vicissitudes, a tentativa de reconstrução do papel do psicólogo, o ritmo de trabalho imposto pela demanda excessiva e o grande senso de responsabilidade pelo envolvimento com aspectos psicossociais da clientela atendida, os psicólogos participantes enfatizam a necessidade de um espaço permanente para a reflexão sobre suas práticas, o papel do psicólogo e dos outros membros da equipe e a identidade profissional nesse contexto.

Necessidade de reunir os psicólogos dos serviços. Conversar sobre a prática, o drama da construção do nosso papel em equipe interdisciplinar. O que faz um psicólogo no NASF, na UBS, no CAPS I, nos CAPS Ad, sempre foi um problema que nos acompanhou o tempo todo. A gente está inventando. (Marisa, CAPS III, Grupo 1)

Se a gente não tiver se perguntando o tempo todo, falando do papel, a gente começa a fazer qualquer coisa. (Laura, CAPS III)

Apesar de ter sido, também ser uma busca constante que a gente vai experimentando e às vezes se perde, e fala: “o que é que eu tô fazendo aqui, qual que é meu papel, com o que é que eu tô contribuindo?” né? e facinho facinho cair no papel de executor de tarefas, né? fazer receita para médico, para o médico só assinar para adiantar o trabalho, para economizar tempo para ter mais tempo para a discussão, para reflexão e esse tempo da discussão e da reflexão é difícil de acontecer, né? (Marisa, CAPS III)

Em relação à construção de práticas psicossociais, os psicólogos participantes apontam que o profissional tem chegado aos serviços do contexto do estudo numa busca solitária e individual de construção de sua prática. Tal desarticulação e não circulação de ideias, experiências e de referenciais teóricos e técnicos mencionados parecem produzir incertezas em relação ao papel e à identidade profissional no contexto dos CAPS pesquisados. Nessa direção, tanto nas entrevistas quanto nos

grupos, são várias colocações apontando a necessidade de um espaço coletivo de reflexão sobre as práticas.

Nesse ponto, lança-se a questão: por que o profissional constrói suas práticas e seu papel de modo predominantemente individual e o que está impedindo/dificultando a criação de espaços de encontro para a discussão e reflexão no cotidiano do trabalho?

Políticas e a organização das práticas

Em relação ao trabalho efetivamente realizado nos CAPS, os participantes descrevem o trabalho técnico de toda a equipe em duas frentes: as atividades e atendimentos realizados no serviço – triagem, oficinas, grupos terapêuticos e atendimentos individuais com os pacientes e familiares; e outra frente que é o trabalho denominado como técnico de referência de região, no qual geralmente uma dupla de profissionais de categorias diferentes da equipe constitui uma miniequipe de referência de cada uma das cinco regiões da cidade (norte, sul, leste, oeste e central), da região rural e da população de rua. Segundo os participantes, no trabalho de referência o profissional é responsável por acompanhar os pacientes de sua região no território, fazer contato com a Unidade Básica de Saúde e os outros serviços públicos e comunitários da região destes, realizar visitas domiciliares, realizar grupos com as famílias e no CAPS III, acompanhar o paciente na unidade de internação breve que o serviço oferece, quando for o caso.

O serviço coloca o que faz parte das funções de CAPS, mas tem muito da cara de cada de um, né. Então assim, eu sei que eu tenho que estar na referência de uma região, eu sei que eu tenho que estar na reunião de equipe daquela região e eu sei que tenho que estar no plantão de acolhimento, eu sei que tenho que ter pelo menos uma oficina dirigida, eu sei que eu tenho que ter pelo menos um grupo terapêutico, eu sei que eu tenho que passar visita na hospedagem todos os dias. (Vilma, CAPS III)

O cuidado da região eu faço tudo, reunião de família, reunião com paciente, vejo medicação com os médicos e com eles, eu vou na hospedagem, cuido dos pacientes meus que estão na hospedagem (internação breve no CAPS III). (Lucy, CAPS III)

Os profissionais descrevem o trabalho territorial realizado por meio dessa divisão de miniequipes em cada serviço como a estratégia encontrada para a efetivação do trabalho territorial, preconizado pelo modelo de atenção psicossocial e pelo Ministério da Saúde, na medida em que o profissional se desloca até o território do paciente/usuário, seja em visitas domiciliares, seja no contato direto com os recursos comunitários do território, como os serviços de atenção básica em saúde, escolas, serviços de assistência social, entre outros.

Porém, apesar de descreverem a regionalização e divisão das equipes em miniequipes de referência para toda a cidade como estratégia para o trabalho territorial, os participantes mencionam que tal arranjo é colocado em prática com dificuldade, em função da grande demanda, da falta de profissionais e da divisão da equipe.

A gente acabou virando cinco CAPS em um CAPS só, então, por exemplo, eu com a médica, a gente é uma miniequipe, nesse espaço a gente discute os casos não é só com o paciente, a gente discute as intercorrências, a situação, o que que tá acontecendo, já foi melhor, porque o médico tinha mais horário do que tem hoje, mas acontece. Então tá meio segmentado, meio esquizoide um negócio assim. (Vilma, CAPS III)

Vilma é psicóloga do CAPS III, que atende toda a demanda de pacientes adultos com transtornos mentais severos da cidade de 500.000 habitantes pesquisada e outras cidades da região.

Dessa maneira, apesar de descreverem a solução encontrada para dar conta da demanda e do trabalho territorial, como também as dificuldades decorrentes de tal arranjo, os participantes não chegam a articular e discutir uma questão importante: a regionalização do trabalho da equipe como uma organização dos CAPS diante da insuficiência de serviços de saúde mental da rede, que está muito distante da proporção de CAPS por habitante preconizada pelas diretrizes do Ministério da Saúde para a reforma psiquiátrica no Brasil, que seria de um CAPS por 100.000 habitantes (Ministério da Saúde, 2005).

A consequência direta da insuficiência de serviços na rede é a sobrecarga dos serviços existentes, com um contingente populacional de abrangência muito maior do que a capacidade de tais serviços. A questão do excesso de demanda enfatizada pelos participantes se torna um problema cotidiano para os serviços, sendo

reflexo de como as políticas nacionais e locais vêm desenvolvendo a construção da rede de cuidado em saúde mental. Dessa forma, um dos fatores estruturais do trabalho que, segundo os participantes, parece atravessar e interferir de maneira significativa em suas práticas profissionais cotidianas, inclusive na possibilidade de reflexão sobre tais práticas, é o excesso de demanda. O volume excessivo de usuários para a capacidade das equipes e dos serviços parece ocorrer em todos os CAPS da cidade, e podemos dizer que ocorre na maioria dos serviços de saúde mental dos municípios brasileiros. Conforme mencionado, o município pesquisado possui cerca de 500 mil habitantes e conta com três CAPS que atendem populações diferentes: o CAPS I, que atende crianças e adolescentes; o CAPS III, que atende toda a população adulta com transtornos mentais moderados a severos da região; e o CAPS Ad, que atende toda a população usuária de álcool e outras drogas da cidade e região.

Os profissionais participantes consideram que esse excesso de usuários, do volume de trabalho e o número insuficiente de profissionais na equipe impossibilitam a reflexão e a discussão sobre o processo de trabalho – seja nas reuniões da equipe, seja em outros momentos –, sendo este sentido como mecanizado e repetitivo, o que, além de gerar sobrecarga e a frustração de um trabalho sempre insuficiente, acaba gerando momentos de uma não identificação com a prática que executam, por executarem sem atribuir significado.

Uma coisa que surgiu e que está muito forte nos serviços é o excesso de demanda, como a gente vai lidando com isso e o que isso vem acarretando em nós e no usuário, né? Vai levando a uma diminuição da qualidade do atendimento e isso vai levando pro usuário uma desumanização. Por conta disso, muitas vezes a gente não dá conta de ouvir como deveria ouvir, de ver a pessoa como pessoa, com tudo o que ela traz, não dá conta daquele momento, muito isso de estar só apagando incêndio, as coisas vão surgindo, surgindo e a gente fica só no fazer, no fazer, né? E pro profissional isso vai gerando muita angústia, frustração, a prática, a profissão, os questionamentos, né? (Amanda, CAPS I, grupo 4)

E aí a gente fica só como mão de obra mesmo, só fazendo sem parar pra pensar se aquilo deve ser feito mesmo daquela forma, se não é daquela forma, de que forma poderia ser feito, como essa pouca

reflexão vai também gerando uma desorganização no serviço, e a não identificação com a prática, porque a gente vai fazendo várias coisas e o que tem do psicólogo ali, né? (Laura, CAPS III, grupo 5)

Um aspecto que merece destaque nesse eixo temático, expresso acima nas falas de Amanda e Laura, é o excesso de demanda que sobrecarrega as equipes dos serviços. Os participantes se colocam criticamente sobre o que gera tal excesso e sobre as consequências disso para o trabalho e para o profissional. Além disso, colocam questionamentos sobre o fazer mecânico e sem reflexão que tal funcionamento engendra, concluindo que, para transformar o quadro, eles devem protagonizar os processos de mudança, articulando-se e saindo da posição de passividade.

Pra mim foi muito bom, eu fiquei muito tempo dentro da clínica, então essa troca, dá vontade de não acabar, a gente precisa desses espaços. Isso só foi possível pela proposta da pesquisa, porque no dia a dia é difícil né? A gente ter essa iniciativa, mas a gente precisa se organizar, deixa lá a demanda. Seria legal ter uma continuidade. (Márcia, CAPS i, grupo 5)

A gente fala que a nossa categoria profissional é muito politizada, mas a gente acaba perdendo o contato com outros profissionais, esses espaços têm que ser para toda a equipe. Então essa sua proposta do seu doutorado que vem buscar da nossa prática para a teoria é uma coisa que precisa ter mesmo, né? Não pode ficar sem dividir isso com as pessoas, né?, porque tá em construção mesmo. (Sabrina, CAPS Ad, grupo 5)

A reconstrução de sentidos sobre a organização do trabalho e sobre as práticas foi resultado do encontro entre os profissionais nos grupos realizados durante a pesquisa. Os participantes se apropriaram do espaço de discussão e puderam se empoderar para ações, dando continuidade ao processo iniciado nos encontros grupais vivenciados.

Discussão

Entendemos que a transição de paradigmas, do biomédico ao biopsicossocial, e do hospitalocêntrico ao psicossocial se efetivarão de fato somente mediante a

problematização do que seja cuidar, do que seja produzir saúde para além do sintoma, seja ele físico ou psíquico, nos espaços de formação e também nos serviços, com os profissionais atuantes.

Os serviços de saúde mental existentes carecem de constante reflexão sobre suas práticas e referenciais teóricos adotados a fim de não se institucionalizarem dentro de uma lógica manicomial (Kantorski, 2001; Mezzina, 2005; Fiorati & Saeki, 2013).

Na mesma direção, Dimenstein (2004) aponta que novos desafios estão colocados aos profissionais da saúde mental, entre eles o de pensar as contradições presentes nas práticas, como também de desvelar as armadilhas presentes no cotidiano que distanciam o profissional de uma verdadeira práxis transformadora, pois, frequentemente, tais profissionais se encontram capturados pelo desinteresse, pela alienação, pelo agir mecânico e burocratizado dos serviços em que se inserem.

Nessa perspectiva, a criação de espaços de discussão sobre os casos e de reflexão sobre os norteadores do cuidado realizado se tornam estratégia essencial para que o modo psicossocial se efetive não só como política pública, mas como possibilidade de construção coletiva de sentidos e de uma base epistemológica para as práticas exercidas cotidianamente nos serviços e no território.

Foi possível identificar, ao longo da pesquisa realizada com os psicólogos, algumas questões específicas da atuação em psicologia, como também diversas outras que se referem ao trabalho no CAPS, no fazer de todos os profissionais da equipe.

Em relação a esses aspectos gerais, os participantes mencionam características do trabalho cotidiano em saúde mental, resultado da forma como está organizado. Tais características incluem dificuldades comuns a todos os profissionais de saúde que compõem a equipe, como o excesso de demanda/volume de serviço, a necessidade de romper com o modelo biomédico, a necessidade de planejar e avaliar as intervenções e os resultados, a alta rotatividade e falta de profissionais na equipe, a baixa remuneração e carga horária de trabalho excessiva.

Constata-se assim, que todos os aspectos mencionados envolvem os processos de gestão, frutos das políticas públicas gerais e locais que culminam nos processos de trabalho.

Nesse ponto, um círculo vicioso parece ocorrer quando se trata da relação entre serviços de saúde mental e políticas públicas: a falta de recursos e de valorização/visibilidade na rede, como também as condições de trabalho e o

excesso de demanda por atendimento nos serviços desmotivam o profissional a se envolver com discussões e articulação pela mudança no quadro. O não envolvimento torna o trabalho mecanizado e repetitivo que, por sua vez, desmotiva ainda mais os atores envolvidos. E como quebrar o ciclo? Que estratégias seriam eficazes para produzir mudanças?

Os resultados deste trabalho mostram que pequenas ações cotidianas podem produzir mudanças, como a criação de espaços permanentes de encontro da equipe e das equipes em rede para a reflexão/discussão de aspectos das práticas que realizam.

Considerações finais

Concordamos com Rotelli (2008) ao afirmar que os profissionais de saúde devem ter um papel político, embora necessitem se apropriar efetivamente da dimensão política de seu papel. Assim, os serviços devem interrogar as políticas públicas e solicitar a essas políticas a construção de um corpo social que responda às necessidades de casa, de sociabilidade, de afetividade, de trabalho dos usuários. É imprescindível que tal interrogação se articule de forma coletiva.

A partir daí surgem outras questões: será que os profissionais têm tido a possibilidade de conversar, refletir sobre as questões políticas, se nem para a discussão sobre o fazer cotidiano, dentro de sua “micropolítica”, parecem ter?

Fica assim lançada a nossa proposta: da mesma maneira como o processo de construção e reconstrução de sentidos aconteceu nas entrevistas e nos encontros grupais da pesquisa, se a equipe tiver espaço para a discussão e a reflexão sobre as práticas, sobre o imediato de situações e as questões cotidianas de seu trabalho, provavelmente chegará às questões políticas, às questões relacionadas à gestão dos processos de trabalho, tanto na organização de seu trabalho com a coordenação local quanto em relação às diretrizes e formas como os serviços têm acontecido, incluindo as formas de gestão dos recursos e seus efeitos concretos.

Porém, para que se efetivem como parte das práticas, os espaços de discussão e reflexão devem acontecer de maneira contínua, devendo fazer parte da agenda da equipe.

REFERÊNCIAS

Amarante, P. (2011). *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Biasoli-Alves, Z. M. M & Dias-da-Silva, M. G. F. (1992). Análise qualitativa de dados de entrevista: uma proposta. *Paidéia(Ribeirão Preto)*, 2, 61-69.

Bogdan, R. & Biklen, S. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação*. Portugal: Porto Editora.

Conselho Federal de Psicologia – CFP. (2013). *Referências técnicas para atuação de Psicólogos (os) no CAPS – Centro de Atenção Psicossocial*. Brasília: Autor. Recuperado em setembro, 2013, em http://crepop.pol.org.br/novo/wp-content/uploads/2013/07/MIOLO_TECNICAS_DE_ATUACAO2.pdf

Costa, A.M. (2004). Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde. *Saúde e Sociedade*. 13(3), 5-15.

Costa-Rosa, A. (2000). O modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: Amarante, P. (Org.). *Ensaio: subjetividade, saúde mental e sociedade*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 141-168.

Dimenstein, M. (2000). A cultura profissional do psicólogo e o ideário individualista: implicações para a prática no campo da assistência pública à saúde. *Estudos de Psicologia*, 5(1), 95-121.

Dimenstein, M. (2004). A reorientação da atenção em saúde mental: sobre a qualidade e humanização da assistência. *Psicologia, ciência e profissão*, 24(4), 112-117.

Dimenstein, M. (2006). A prática dos psicólogos no Sistema Único de Saúde/SUS. In: Conselho Federal de Psicologia. *Cartilha do I Fórum Nacional de Psicologia e Saúde Pública: contribuições técnicas e políticas para avançar o SUS*. (pp.08-16), Brasília: Autor.

Dimenstein, M. & Macedo, J. P. (2012). Formação em Psicologia: requisitos para atuação na atenção primária e psicossocial. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 32 (n.spe), 232-245.

- Ferreira Neto, J. L. (2008). Intervenção psicossocial em saúde e formação do psicólogo. *Psicologia e Sociedade*, 20(1), 62-69.
- Fiorati, R. C. & Saeki, T. (2013). The prevalence of medical/clinical technology over psychosocial care actions in outpatient mental health services. *Ciência e saúde coletiva*. 18(10), 2957-2963.
- Jasiner, C. (2000). Observando la observación: adiós a Pilatos. *Revista Campo Grupal*, Buenos Aires, 18, 17-25.
- Kantorski, L. P. (2001) A reforma psiquiátrica – um estudo parcial acerca da produção científica. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 3(2). Disponível: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>
- Mezzina, R. (2005). Paradigm Shift in Psychiatry: Processes and Outcomes. In: Ramon, S. & Williams, J. E. *Mental Health at the Crossroads: The Promise of the Psychosocial Approach* (pp.81-93). London: Ashgate.
- Oliveira, T. T. S. S. (2014) *Cuidado em saúde mental e atenção psicossocial: a visão de psicólogos sobre suas práticas nos CAPS*. Tese de Doutorado, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- Pegoraro, R. F. & Caldana, R. H. L. (2008). Sofrimento psíquico em familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 12(25), 295-307.
- Pichón-Rivière, E. (2000a). *O processo grupal*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1983).
- Pichón-Rivière, E. (2000b). *Teoria do vínculo*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1982).
- Rotelli, F. (2008). Formação e construção de novas instituições em saúde mental. In: Amarante, P. & Cruz, L. B. (Org.). *Saúde Mental, formação e crítica* (pp.37-50). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Silva, R. C. (1998). A falsa dicotomia qualitativo – quantitativo: Paradigmas que informam nossas práticas de pesquisas. In: Romanelli, G. (Org.). *Diálogos metodológicos sobre prática de pesquisa* (pp. 159-174). Ribeirão Preto: Legis Summa..
- Yamamoto, O. H. (2012). 50 anos de profissão: responsabilidade social ou projeto ético-político? *Psicologia, ciência e profissão*. 32 (n.spe), 6-17.
- Yasui, S. & Costa-Rosa, A. (2008). A Estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. *Saúde em Debate*, 32 (78/79/80), 27-37.
- Yasui, S. (2010). *Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Recebido em: 11/08/2014
 Reformulado em: 03/11/2014
 Aprovado em: 12/11/2014