

O TRABALHO EM EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NO CAPS III: um desafio^a

Deborah ABUHAB^b

Anedith Berretta de Araújo Pereira SANTOS^c

Carlos Brandão MESSEMBERG^d

Rosa Maria Godoy Serpa da FONSECA^e

Ana Luisa ARANHA E SILVA^f

RESUMO

Trata-se de pesquisa qualitativa para compreender a dinâmica das relações de trabalho, as facilidades e dificuldades no trabalho em equipe multiprofissional no CAPS III de Santo André, São Paulo, cuja finalidade é o atendimento integral do usuário com transtorno mental severo e persistente. Os resultados indicam a necessidade de reuniões de equipe, organização, reflexão pessoal e coletiva. Os entraves localizam-se na superficialidade, na dispersão e nas dificuldades de cada membro da equipe em superar sua própria visão pessoal sobre o trabalho. A explicitação das facilidades e dificuldades para a realização do trabalho em equipe, possibilitou reflexões em relação ao momento de transição do modelo assistencial.

Descritores: Enfermagem psiquiátrica. Saúde mental. Equipe de assistência ao paciente. Centros de saúde.

RESUMEN

Se trata de una investigación realizada para comprender la dinámica en las relaciones de trabajo a partir de la identificación de las facilidades y dificultades en equipo multiprofesional en el CAPS III de Santo André, São Paulo, cuya finalidad es la asistencia integral al usuario con trastorno mental serio y persistente. Los resultados indican la necesidad de reuniones de equipo, organización y reflexión individual y colectiva. El obstáculo reside en la superficialidad, en la dispersión y en las dificultades de cada miembro del equipo en superar su propia visión personal acerca del trabajo. La elucidación de las facilidades y dificultades hizo posible reflexiones a respecto del momento de transición del modelo asistencial.

Descriptorios: Enfermería psiquiátrica. Salud mental. Grupo de atención al paciente. Centros de salud.

Título: El trabajo en equipo multiprofesional en el CAPS III: un desafío.

ABSTRACT

This is a qualitative research was carried out with the aim of understanding the dynamics of labor relationships and the identification of the facilities and difficulties in the work performed by a multiprofessional team in CAPS III Santo André, São Paulo, a mental health outfit which gives total assistance to patients with severe and persistent mental disturbances. Results indicate the necessity of team meetings, organization, as well as individual and collective reflection. Setbacks were the superficiality, dispersion and the difficulty of each team member to overcome their own personal points of view about the work. Facilities and difficulties enabled reflections about the transition moment of the assistance model.

Descriptors: Psychiatric nursing. Mental health. Patient care team. Health centers.

Title: Multiprofessional team work in CAPS III: one challenge.

^a Artigo baseado na monografia do III Curso de Especialização em Saúde Mental da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

^b Enfermeira do CAPS III, Santo André. Mestranda do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

^c Assistente Social do Complexo Hospitalar de Santo André. Coordenadora de Saúde Mental de Rio Grande da Serra e do Sub Grupo de Saúde Mental do Consórcio Intermunicipal/Câmara do ABC.

^d Psiquiatra do Ambulatório de Saúde Mental de São Bernardo do Campo e Rio Grande da Serra. Psiquiatra do CAPS III de Ribeirão Pires.

^e Enfermeira. Professora Titular do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

^f Enfermeira. Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

1 INTRODUÇÃO

O atendimento aos portadores de transtornos mentais graves ou persistentes, ao longo do tempo e em diferentes países, reuniu diferentes concepções e formas de tratamento da doença mental. No Brasil, até os anos 80 do século XX, os doentes eram isolados da comunidade, reclusos e ocupavam leitos manicomiais em prolongadas internações.

As políticas atuais de saúde pública têm priorizado olhar o sujeito em detrimento da doença. Para Amarante, a ação de saúde deve ocupar-se de tudo o que constitui o **em torno à doença**: o ser humano como um todo, no seu próprio contexto e nas relações dinâmicas do contexto onde está inserido⁽¹⁾. Corroborando tal entendimento, Pitta afirma que a Reabilitação Psicossocial deve ser um suporte para a vida, fazendo parte deste contexto todos os atores envolvidos. Assim, os profissionais de saúde precisam ter competência, o que requer conhecimento teórico, prático, saber refletir, aceitar e ter motivação para cumprir⁽²⁾.

A estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir de 1990, e a realização das I e II Conferências Nacionais de Saúde Mental (1987 e 1992), impulsionaram a humanização do tratamento com consequente fechamento dos leitos manicomiais. Conceitos arcaicos cederam espaço a um novo paradigma que define o usuário como **sujeito e protagonista**, ressaltando a cidadania e a inclusão social. O Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental ratificou as propostas relacionadas à reabilitação psicossocial e à construção da rede de atenção à saúde mental⁽³⁾. Fruto desta indicação foi a regulamentação e normatização específica para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), por meio da Portaria n. 336/02⁽⁴⁾.

Os CAPS foram eleitos os **procedimentos substitutivos** em saúde mental para suprir a demanda produzida pelo fechamento dos hospitais psiquiátricos e como o **lugar de produção de novos modelos de assistência**. Os

critérios para a inclusão do usuário no serviço consideram o grau de autonomia ou dependência para cuidados pessoais, trabalho, moradia, lazer, cultura e rede social. As estratégias de intervenção são planejadas, têm objetivos estabelecidos (projeto terapêutico individualizado) e devem ser avaliadas periodicamente pela equipe.

O modelo tem como filosofia rever as relações internas de poder, a inclusão social do usuário, utilizar recursos da comunidade, envolver familiares no tratamento, trabalhando para a autonomia do sujeito. Assim, no contexto de um CAPS, o papel dos profissionais e sua ação diária prevêm mudança de postura e adaptação contínua às diferentes demandas e situações.

Em 15 de dezembro de 1999, o CAPS III de Santo André (então NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial I, um equipamento substitutivo ao Ambulatório de Saúde Mental da Região 1 do município) foi inaugurado visando a nova proposta de atendimento. Desde então, o serviço privilegia a **reunião técnica diária** cujo objetivo é nortear condutas e discutir casos clínicos em equipe multidisciplinar. Entretanto, observa-se que a ação não condiz com as discussões e com os acordos coletivos e que existe tensão na relação entre os profissionais.

Os profissionais são provenientes de ambulatórios, com vivência em serviço assistencial voltado para modelo biomédico ou hospitalocêntrico. As abordagens realizadas de forma aleatória e individual pelos técnicos[§] interferem de forma negativa no resultado terapêutico e criam dificuldades para a equipe e para os usuários. Por exemplo, o médico prefe-

[§] “**Técnico**. [Do gr. *technikós*, relativo à arte, pelo lat. *techicu*.] Adj. 1. Peculiar a uma determinada arte, ofício, profissão ou ciência: termo técnico. S. m. 2. Indivíduo que aplica determinada técnica; especialista, perito, experto: técnico de administração; técnico em educação. [Cf. *tecnologista*.]”^(5:1371). **Técnico**: termo de uso corrente no processo da Reforma Psiquiátrica brasileira para designar os profissionais de nível superior (enfermeiro, médico, terapeuta ocupacional, psicólogo, etc.). **Profissionais de apoio** são os trabalhadores com formação educacional de nível médio e elementar.

re uma abordagem medicamentosa, enquanto o psicólogo prioriza a conduta psicoterapêutica e não há articulação entre suas práticas. De outro lado, observa-se disponibilidade da equipe para o trabalho e para as propostas da reabilitação psicossocial, no entanto, a equipe depara-se com dificuldades importantes relacionadas ao saber e ao conhecimento fragmentados e na prática cotidiana, quando os encaminhamentos decididos em reuniões não são seguidos ou as condutas são tomadas isoladamente por um técnico. Percebe-se que quando há comunicação e contato mais efetivo entre os membros da equipe, há melhor evolução da situação do paciente.

Diante disto, a finalidade deste estudo foi contribuir para melhor entendimento do que ocorre efetivamente na prestação da assistência aos usuários e seus familiares ao possibilitar a reflexão sobre a prática diária, a construção de um saber novo e o intercâmbio de conhecimentos entre os pesquisados. O enfoque na **equipe técnica** visou retratar a situação do trabalho deste grupo específico.

Para o alcance desta finalidade, o objetivo traçado foi compreender a dinâmica das relações do trabalho multiprofissional a partir da identificação das **facilidades e dificuldades** do trabalho em equipe do CAPS III de Santo André, de acordo com o modelo de reabilitação psicossocial.

2 METODOLOGIA

A seguir serão apresentados o referencial teórico, o cenário e a população do estudo, procedimentos de coleta, tratamento e análise dos dados.

2.1 Referencial teórico

O referencial teórico baseou-se nos conceitos e pressupostos da reabilitação psicossocial e no que esta vertente da saúde mental entende como trabalho em equipe. Para Peduzzi,

a proposta do trabalho em equipe tem sido veiculada como estratégia para enfrentar o intenso processo de especialização na área da saúde. Esse processo tende a aprofundar verticalmente o conhecimento e a intervenção em aspectos individualizados das necessidades de saúde, sem contemplar simultaneamente a articulação das ações e dos saberes^(6:103).

No entanto, “as reformulações da política de saúde mental abrangem, também, a redefinição dos papéis profissionais dos técnicos envolvidos na assistência, num trabalho de equipe multidisciplinar”^(7:53), ou seja, a reformulação da assistência aos portadores de transtornos mentais pressupõe a reorientação da formação dos profissionais com vistas ao alinhamento da prática ao novo paradigma⁽⁷⁾.

Assim, o novo paradigma, no contexto da reformulação das políticas e práticas em saúde mental, põe em relevância o conceito de reabilitação psicossocial de Saraceno que exige uma postura ética dos profissionais⁽⁸⁾, sendo ainda um processo que determina o aumento da capacidade do usuário de utilizar oportunidades e recursos, construindo o direito pleno de cidadania e a constituição material de tal direito⁽⁹⁾.

A Organização Mundial da Saúde define reabilitação psicossocial como um processo que compreende todas as medidas destinadas a reduzir os efeitos das afecções que geram incapacidades e a permitir ao desabilitado a realização da sua integração⁽⁹⁾.

2.2 O cenário de estudo: o CAPS III de Santo André

Os serviços de saúde mental do município de Santo André (SP) atendem uma população de 650.000 munícipes. A cidade é dividida em três regiões e a rede de atenção psicossocial conta com um CAPS III (24 horas), um CAPS II (12 horas) e um CAPS AD (para usuários de álcool e drogas). O município conta ainda com um **núcleo de projetos especiais**,

onde existem oficinas visando à reabilitação psicossocial.

O CAPS III – Santo André funciona 24 horas. É um equipamento de alta e média complexidade, conta com uma equipe técnica diversificada (psiquiatras, enfermeiras, psicólogos, terapeutas ocupacionais, psicopedagoga, professores de esportes). Conta ainda com auxiliares de enfermagem e trabalhadores técnico-administrativos.

O serviço oferece programas e atividades igualmente diversificados: internação em hospital-dia, hospital noite, acolhimento para usuários em crise, atendimento médico, atividades grupais com familiares, terapia ocupacional, psicoterapia, psicodrama, atividades físicas (*tae kwon do* e capoeira); oficinas (*silk screen*, música, pintura, bijuteria, sabonete). Promove saídas e passeios e é campo de estágio para enfermagem e medicina.

Os usuários são recebidos no sistema denominado Porta Aberta, chegando sem agendamento prévio, porém encaminhados pelo Centro Hospitalar do município ou por outros serviços de saúde. Na chegada é realizado o acolhimento por um técnico, podendo passar por avaliação médica, se necessário. Podem ser realizados encaminhamentos para ambulatório de especialidade.

A população atendida provém de uma área com 450.000 munícipes. Há 6 leitos para cuidados intensivos e são atendidos, atualmente, 74 usuários em regime semi-intensivo. Frequentam a unidade cerca de 1000 pessoas, com faixa etária oscilando entre 20 e 55 anos. A escolaridade mais frequente é I Grau incompleto. A renda mensal varia de zero a um salário mínimo, proveniente de benefício próprio ou auxílio de familiares.

2.3 População do estudo

Dentre os 39 trabalhadores do CAPS III, 13 tinham formação superior. A população do estudo foi composta por 07 destes técnicos que compuseram um conjunto de médico psiquiatra, psicóloga, enfermeira e terapeuta ocupa-

cional. Os entrevistados tinham idade variando entre 26 e 41 anos, sendo 01 homem e 06 mulheres. A experiência em saúde mental oscilava entre 03 meses e 15 anos.

2.4 Procedimentos de coleta, tratamento e análise dos dados

O projeto de pesquisa foi submetido à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, por ter sido desenvolvido durante um Curso de Especialização em Saúde Mental. Antes das entrevistas, os participantes foram esclarecidos acerca da participação voluntária, gravação das falas em fita cassete, objetivo e finalidade do trabalho. Depois, tiveram acesso e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os dados foram coletados por meio de entrevista semi-estruturada com o seguinte roteiro:

- a) o que você pensa e sente em relação ao trabalho desenvolvido no CAPS relacionado à equipe multiprofissional?
- b) o que você sente e pensa com relação às reuniões de equipe técnica?
- c) quais as facilidades e dificuldades que você percebe no trabalho em equipe, aqui no CAPS?
- d) o que você sugere para que as reuniões fiquem mais interessantes?

O guia de entrevista foi previamente testado em serviço semelhante, com cinco profissionais de saúde e as entrevistas foram realizadas por um pesquisador que não tinha vínculo profissional ou pessoal com os entrevistados.

As fitas gravadas foram transcritas na íntegra. A análise foi realizada consoante o referencial teórico. Os recursos necessários (humanos, materiais e financeiros) correram por conta dos pesquisadores. Posteriormente, os resultados e considerações foram apresentados à instituição participante do estudo.

O tratamento dos dados foi feito depreendendo-se os núcleos centrais das falas que foram organizadas em quadros contendo as idéias propriamente ditas e os textos onde estas idéias foram identificadas. Num segundo momento, as idéias centrais foram agrupadas em dois temas principais: **reunião técnica diária e trabalho em equipe**.

3 DISCUSSÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Dos temas principais, os conteúdos relacionados ao primeiro, **reunião técnica diária**, foram categorizados em **facilidades e dificuldades**. Das **facilidades** foram extraídos os blocos temáticos: **importância; organização das reuniões; contribuição para a reflexão**. Das **dificuldades** foram extraídos os blocos temáticos: **superficialidade; desconhecimento dos usuários; dificuldade de superar o enfoque pessoal**.

Com relação ao tema **trabalho em equipe**, as categorias foram relacionadas da mesma forma. As **facilidades** produziram os blocos temáticos: **articulação do trabalho; transição do modelo assistencial**. A categoria **dificuldades** produziu os blocos temáticos: **falta de articulação; falta de planejamento; hegemonia do modelo médico; deficiência na comunicação; dificuldades de infra-estrutura, falta de apoio de gestor local; trefismo; necessidade de supervisão institucional**.

3.1 Reunião técnica diária: facilidades

As facilidades relativas à reunião técnica diária serão descritas a seguir.

3.1.1 As reuniões são importantes e auxiliam a reflexão da equipe sobre si e sobre o trabalho

Para alguns técnicos, as reuniões faziam parte do trabalho e eram fundamentais como espaço de discussão:

As reuniões diárias são necessárias e ajudam a pensar e olhar o usuário de maneira mais ampla (Entrevistado).

As reuniões são diárias e fundamentais para o funcionamento da unidade (Entrevistado).

Nos discursos, identificou-se a reunião como um momento de crescimento da equipe, visto que o intercâmbio de saberes é uma das condições para melhor desenvolvimento do trabalho em equipe:

São nelas que trocamos experiências, aliviemos angústias e decidimos situações (Entrevistado).

A dinâmica do trabalho em equipe também pode ser identificada no contexto das reuniões:

Acaba mostrando a dinâmica da unidade (Entrevistado).

Aí, o trabalho multiprofissional aparece (Entrevistado).

3.1.2 A organização das reuniões pode contribuir para seu melhor aproveitamento

No dia a dia, manter as reuniões com a participação de todos foi considerado essencial para a compreensão do que é e como funciona um CAPS. O cumprimento de horários pode garantir a qualidade da reunião, conforme relato de um entrevistado:

Participação mais efetiva de todos da equipe multiprofissional, não são só os técnicos, mas também os não técnicos [...] cumprir horários e supervisão semanal (Entrevistado).

3.1.3 As reuniões podem contribuir para reflexão pessoal dos componentes da equipe

O trabalho em equipe preconiza uma comunicação efetiva entre os profissionais en-

volvidos onde podem ser observadas novas construções de saberes e reflexões acerca do trabalho:

Abertura da comunicação [...] as pessoas expõem suas dificuldades [...] mexe com a emoção (Entrevistado).

As reuniões são uma reciclagem e um desabafo pessoal, é importante que todos participem (Entrevistado).

Cada um busca o seu espaço [...] é essencial (Entrevistado).

3.2 Reunião técnica diária: dificuldades

As dificuldades relacionadas à reunião técnica diária apontadas pelos profissionais serão apresentadas a seguir.

3.2.1 As reuniões são superficiais e falta objetividade

Os depoimentos de alguns técnicos da equipe multiprofissional indicavam que as reuniões não têm profundidade, não respondem à necessidade de troca, tão importante para o atendimento dos usuários:

A equipe, como um todo não conhece a história dos usuários não são apresentados casos novos (Entrevistado).

As discussões técnicas importantes não são realizadas e as discussões tendem a permanecer no nível pessoal:

Muitas coisas a serem discutidas ficam perdidas (Entrevistado).

As reuniões poderiam ser muito mais produtivas do que são. Se reduziram ao mero passar dos casos (Entrevistado).

Além disso, foi constatada a dificuldade de organização e a falta de planejamento como fator que influencia seu andamento, como citaram os técnicos:

Hoje funciona de maneira aleatória (Entrevistado).

Talvez pudesse ser dividido melhor o tempo da reunião (Entrevistado).

Fazer planejamento da reunião (Entrevistado).

3.2.2 Os profissionais da equipe desconhecem a história dos usuários

A discussão de casos em reunião de equipe foi mencionada e, de fato, é uma premissa do modelo CAPS e da reabilitação psicossocial porque é o mecanismo que possibilita à equipe conhecer a história do usuário para melhor compreensão, avaliação e conduta do caso. A superficialidade dos encontros representa uma contradição para um serviço que se pretende alinhado aos pressupostos da reabilitação psicossocial, conforme citou um dos entrevistados:

A equipe, como um todo, não conhece a história dos usuários, não são apresentados casos novos [...] até isso a gente foi perdendo (Entrevistado).

3.2.3 Os profissionais têm dificuldade de superar o enfoque pessoal nas discussões técnicas

Além da superficialidade, outro aspecto preocupante pode ser detectado na condução e no andamento da reunião técnica diária do CAPS, que é quando a equipe esbarra em dificuldades para superar o enfoque pessoal:

As pessoas se fecham e se defendem utilizando a teoria que aprenderam para uma coisa individual, tentando reproduzir no coletivo e aí, as divergências pessoais não são superadas [...] as pessoas brigam, não no bom sentido, e vão para a destruição (Entrevistado).

Muitos pontos de vista diferentes que não se consegue discutir de forma construtiva (Entrevistado).

O contraponto a tal dificuldade explica-se pela argumentação de uma fase transitória da postura e do modo de execução do trabalho:

Temos conseguido superar as questões pessoais, na maioria dos casos (Entrevistado).

As reuniões fazem parte do processo de trabalho em saúde, porque contribuem para a troca de informações e vivências do dia a dia, onde se colocam as dificuldades e facilidades na execução do trabalho. Para alguns técnicos, as reuniões foram consideradas momentos necessários de amparo da prática. Para outros, ela não ocorria de forma satisfatória por estar desorganizada e não atender realmente à demanda que uma reunião deve atender.

A reunião técnica pode ser um espaço de discussão onde são definidos os papéis profissionais e onde é possível entender se o serviço é transformador e prioriza a troca e a decisão da equipe nas ações profissionais, ou se é tradicional e subjaz ao modelo médico hegemônico, em que os papéis são impostos e não discutidos. Como citam Aranha & Silva e Fonseca:

ao preconizar e valorizar o desempenho profissional através de funções pré-estabelecidas, o modelo tradicional cristaliza a prática tornando-a pouco criativa e não transformadora [...] superando a preconização da assistência pela prática médica, a coletivização do projeto terapêutico não pressupõe a perda da identidade profissional, mas a relativização da prática específica, no coletivo^(10:216).

Na reunião técnica, as vivências podem ser compartilhadas e os papéis profissionais reconstruídos, propiciando um processo participativo e de compartilhamento de saberes, transformando a realidade do processo saúde-doença da população e o saber construído a partir daí⁽¹⁰⁾.

3.3 O trabalho em equipe: facilidades

Com relação às facilidades do trabalho em equipe, foram extraídas as categorias apresentadas a seguir.

3.3.1 O trabalho é articulado e existe disponibilidade para o trabalho em equipe

A disponibilidade para o trabalho em equipe foi mencionada por um dos entrevistados como uma facilidade. Alguns profissionais entendem o trabalho em equipe realizado no serviço como articulado e coeso. Para eles, é a diversidade de olhares que o faz acontecer:

Existe disponibilidade. Não acho que existe resistência das pessoas (Entrevistado).

A equipe multiprofissional não são só os técnicos, mas também os não técnicos que interagem, de alguma maneira com o usuário (Entrevistado).

Referiram-se também à importância da inserção de todos no processo, valorizando os saberes não apenas dos técnicos, mas de todos os elementos da equipe:

Visão diversificada em relação ao usuário (Entrevistado).

É fundamental para este trabalho as várias pessoas com os vários olhares (Entrevistado).

Não tem como dar conta dos casos graves sem o apoio da equipe (Entrevistado).

O trabalho multiprofissional e o interdisciplinar aparecem como uma necessidade para viabilizar o trabalho no CAPS, como diz um dos técnicos:

Só consigo ver o trabalho, enquanto trabalho multiprofissional... (Entrevistado).

E outro ainda diz:

As questões multifacetadas dos usuários e das crises psicóticas requerem diversas visões (Entrevistado).

O trabalho torna-se mais organizado e ágil quando realizado em equipe, onde cada profissional assume e se apropria de seu papel. No entender de alguns técnicos, quando a equipe se disponibiliza para uma atividade interdisciplinar, indica que os profissionais estão ali por que gostam do que fazem:

As pessoas que estão aqui é porque gostam (Entrevistado).

3.3.2 O trabalho em equipe faz parte da transição do modelo assistencial em saúde mental

Alguns depoimentos demonstram a possibilidade de transição do trabalho individual, de consultório e de área específica para a articulação e integração dos saberes, beneficiando o usuário na sua totalidade, abordando uma visão psicossocial:

O perfil da equipe vem se modificando (Entrevistado).

Sinto acolhimento e compreensão, às vezes pisamos na bola também (Entrevistado).

Os relatos também evidenciaram que a necessidade de capacitação é uma constante:

Mais discussões teóricas (Entrevistado).

Ler textos sobre o nosso trabalho (Entrevistado).

Grupos de estudo para aumentar o conhecimento (Entrevistado).

3.4 O trabalho em equipe: dificuldades

As dificuldades no trabalho em equipe relatadas pelos profissionais serão apresentadas a seguir.

3.4.1 Não há união e articulação da equipe multiprofissional

As dificuldades da realização do trabalho em equipe foram apontadas por todos os técnicos entrevistados e ficou evidente que são maiores que as facilidades. A dificuldade concreta de união, integração e articulação da equipe pode ocorrer devido ao fato de cada profissional manter-se nas suas especificidades, isolado na realização ou no cumprimento de tarefas:

As pessoas ficam muito restritas nos procedimentos de enfermagem devido à demanda [...] existem momentos em que os papéis estão definidos (Entrevistado).

Pessoas competindo e formando panelinhas (Entrevistado).

As condutas são tomadas individualmente e há um prejuízo do usuário (Entrevistado).

3.4.2 Não há planejamento e integração na equipe multiprofissional

Por mais que os profissionais tenham um mesmo objetivo, ainda não sabem como fazer este trabalho e as ações realizadas, de uma certa forma, prejudicam o atendimento do usuário. Foi possível verificar que os entrevistados davam relevância à especificidade profissional, não apenas como justaposição de saberes, mas como inter-relação entre os diversos olhares que compõem o serviço:

Na prática, eu acho que não é tão efetivo, mas que poderia ter mais integração interdisciplinar do que multiprofissional (Entrevistado).

3.4.3 Ainda há manutenção da hegemonia médica

Constituiu também um fator de dificuldade a manutenção do modelo tradicional in-

terno ao serviço comunitário, uma vez que foi apontada a hegemônica do trabalho médico, onde a medicalização prevalece em relação ao trabalho em grupo:

O médico fica no consultório e os outros profissionais ficam nos grupos (Entrevistado).

A doença e a medicação prevalecem sobre a pessoa (Entrevistado).

Acho que o modelo médico prevalece (Entrevistado).

Ainda tem referência médica muito forte [...] o papel do médico é muito rígido (Entrevistado).

3.4.4 Há deficiência na comunicação verbal ou documental entre os membros da equipe

A falta de comunicação verbal ou documental foi citada como um ponto dificultador das ações integradas dos profissionais:

A dificuldade seria em termos da comunicação efetiva (Entrevistado).

O grande desafio é a comunicação entre as pessoas e a conduta serem documentadas (Entrevistado).

3.4.5 Existem dificuldades de organização do trabalho devido a problemas na infraestrutura da instituição

A estrutura organizacional do serviço sofre as conseqüências e fica a desejar quando não há cooperação intersetorial para amparar os projetos e as ações, além de uma demanda excessiva que prende as pessoas às tarefas impedindo uma melhor qualidade na prestação do serviço:

As pessoas ficam atarefadas (Entrevistado).

Não temos retaguarda para atender as intercorrências (Entrevistado).

O volume de atendimentos é grande (Entrevistado).

3.4.6 O apoio do órgão gestor é deficiente

Da mesma forma, foi perceptível uma certa deficiência no apoio e na participação do órgão gestor na unidade de saúde:

Precisamos de uma atenção diferenciada da Secretaria que não ouve nossas necessidades (Entrevistado).

3.4.7 É dado maior enfoque à realização de tarefas

Uma conseqüência desta desarticulação entre o serviço e o nível central de poder refletiu-se no trabalho cotidiano da equipe, onde os profissionais acabam realizando tarefas, ações e não projetos terapêuticos conforme preconizado no CAPS:

O lendário projeto terapêutico individual ainda não foi discutido (Entrevistado).

3.4.8 Há necessidade de supervisão institucional

A supervisão institucional foi citada várias vezes como premissa para a realização de trabalho em equipe e um bom entendimento do grupo. É de se supor que a ausência de supervisão institucional acirre as dificuldades e as possíveis superações:

Supervisão é fundamental (Entrevistado).

Precisamos de supervisão para evoluir senão ficamos patinando e conversando sobre várias coisas (Entrevistado).

Precisamos ter supervisão que nos dê segurança e nos faça ter a visão de quem está de fora (Entrevistado).

De um modo geral as falas demonstraram algumas facilidades para desenvolver o

trabalho em equipe no CAPS e embora este não fosse um pensamento unânime, constatou-se a crença no trabalho conjunto como forma de fazer acontecer o modelo. Para aqueles profissionais é imperioso estar junto, transformando e aprendendo com as diversas práticas para que o atendimento ao usuário possa se dar de forma integral. Para Rotelli

além da base profissional definida pelo título acadêmico, a formação é também estreitamente ancorada no trabalho operativo nos centros; às vezes são organizados seminários sobre temas específicos [...]. É no trabalho cotidiano que se abrem pouco a pouco outros campos de intervenção que requerem a aquisição de novas competências^(11:45).

Uma das principais dificuldades relacionava-se à hegemonia médica, que reflete a persistência do poder do profissional médico na condução do modelo assistencial. Porém, há que se considerar a dificuldade de superação de um modelo culturalmente hegemônico que subsiste há mais de dois séculos, estando somente há pouco sendo questionado por uma nova ótica que aposta na relação multiprofissional e interdisciplinar, portanto, não suportando a supremacia de um saber ou de um profissional sobre o(s) outro(s).

Outra dificuldade apontada vinculava-se ao excesso de atendimentos diários, falta de estrutura de apoio, omissão do órgão gestor e falta de supervisão institucional. Trata-se de uma contradição institucional relevante a ser superada, porque da perspectiva da reabilitação psicossocial, sujeito e contexto (usuário individual e familiar e trabalhadores) têm que ser valorizados e compromissados para produzir ações de saúde pertinentes para o modelo substitutivo ao hospitalocêntrico ser efetivamente implementado.

4 SÍNTESE

O estudo visou identificar as facilidades e dificuldades do trabalho em equipe e compre-

ender a dinâmica do trabalho multiprofissional. Aponta que, para realizar o ambicioso projeto de reabilitar pessoas, são necessárias reuniões da equipe, com organização e reflexão pessoal e coletiva dos participantes. Os entraves estão localizados na superficialidade e na dispersão, bem como nas evidentes dificuldades para superar a visão pessoal de cada membro da equipe. Quando os elos da equipe tendem a se romper por comunicação deficiente, prevalescimento de um ou outro modelo assistencial, deficiências na infra-estrutura e falta de supervisão do grupo, fica patente que a mudança exige reflexão, articulação e disponibilidade. O processo de transformação gera ansiedade e angústia. Trata-se da necessidade de reaprender, rever conceitos e renovar as referências, superando preconceitos e arejando os conhecimentos sedimentados. Para isso, é necessário que o profissional envolvido com o projeto do CAPS seja diferenciado e esteja motivado para mudanças.

O tema é fundamental no atual contexto das políticas de saúde mental no Brasil, no sentido atribuído por Rezende⁽¹²⁾ ao conceito, porque trata-se de uma política pública de saúde mental extensiva a todo território nacional, com previsão orçamentária e regulamentação legal. Esta condição é recém-nascida, data de dezembro de 2002. Além disso, conta-se com uma legislação com poder de orientação de modelo assistencial, fundada na Lei 10.216 de 6 de abril de 2001. Esta construção é histórica, vem se consolidando há mais de duas décadas, na esteira do Movimento da Reforma Psiquiátrica e das iniciativas contra-hegemônicas locais, como é o caso do Município de Santo André, entre outros. O desafio deste estudo era contribuir para discriminar a diferença entre operacionalização de modelo assistencial (que se realiza no nível estrutural da realidade) e a organização de serviço de saúde (que se realiza no nível singular da realidade).

A Reforma Psiquiátrica se concretiza na existência de uma rede de serviços (leitos de saúde mental no hospital geral, leitos de saúde mental nas emergências e serviços extra-

hospitalares, como o CAPS III) e esta é a oposição ao modelo hospitalocêntrico, que opera com oferta exclusiva de leito psiquiátrico. Neste sentido, não é a regulamentação que definirá a superação do modelo médico-psiquiátrico, mas a forma como os serviços se organizam, porque tal superação poderá e deverá ocorrer na própria enfermaria de saúde mental do hospital geral, por exemplo.

A superação do modelo médico-psiquiátrico, que se realiza por força da organização do serviço, no nível singular da realidade, está enraizada na superação do paradigma de formação de todos os profissionais do campo da saúde, porque é provável que a maioria dos trabalhadores da saúde foram ou são formados segundo o modelo clínico-biológico e não apenas o profissional médico. Os marcos teóricos do campo psicossocial que é o contraponto conceitual ao paradigma ainda hegemônico de formação da força de trabalho em saúde mental – ainda estão sendo formulados.

Tal fato repercute na organização local do serviço e evidencia contradições entre o discurso e a prática, por exemplo, nas atividades oferecidas aos usuários, como **internação** em hospital dia e em hospital noite. No paradigma psicossocial, o conceito que se contrapõe ao de **internação é o acolhimento**⁽¹³⁾ (como forma de responder à necessidade do usuário e ao seu direito ao tratamento). Da mesma forma, atividades de sociabilidade elencadas distintamente dão impressão de especificidade compartimentalizada, o que fere o princípio da interdisciplinaridade, um horizonte almejado. No paradigma psicossocial, em que pesem as necessidades distintas de formação, cabe um programa de formação interdisciplinar para estagiários. Ainda, a **avaliação médica, se necessária** é relatada por inúmeros serviços. O modelo médico não está reiterado, na própria organização do serviço? O profissional médico é um ator equivalente aos demais no cenário institucional. O que diferencia sua ação? São questões teóricas para qualquer serviço.

A ambivalência dos trabalhadores deste CAPS III com relação à reunião diária da equipe e ao engajamento no trabalho em equipe multiprofissional fica muito clara. As posições oscilam entre o reconhecimento destes dispositivos como instrumentos de coesão e também como inoperantes. A discussão que este trabalho inicia é fundamental porque os 399 serviços extra-hospitalares cadastrados pelo Ministério da Saúde, em dezembro de 2002, como CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS AD E CAPS IA, brevemente se defrontarão com este desafio. Parece que não é a regulamentação do serviço que define seu perfil, mas sua organização e os compromissos sociais assumidos pelos atores envolvidos.

REFERÊNCIAS

- 1 Amarante P, organizador. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: SDE/ENSP; 1995. 132 p.
- 2 Pitta AMF. Os centros de atenção psicossocial: espaços de reabilitação? *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro 1994 dez;43(12):647-54.
- 3 Ministério da Saúde (BR). Relatório Final da 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília (DF); 2002. 213 p.
- 4 Ministério da Saúde (BR). Legislação em Saúde Mental: 1990-2002. Portaria/GM n. 336 de 19 de fevereiro de 2002: acrescenta novos parâmetros aos definidos pela Portaria n. 224/92. 3ª ed. rev. atual. Brasília (DF); 2002. 166 p. p. 111-20.
- 5 Ferreira ABH. Novo dicionário da língua portuguesa. São Paulo: Nova Fronteira; 1998. 1499 p. Técnico; p. 1371.
- 6 Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo 2001 fev;35(1):103-9.
- 7 Barros S, Egly EY. O louco, a loucura e a alienação institucional: o ensino de enfermagem subju-dice. Taubaté (SP): Cabral Editora Universitária; 2001. 196 p.

- 8 Saraceno B. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. *In*: Pitta A, organizadora. Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo: HUCITEC; 1996. 158 p. p. 13-8.
- 9 Saraceno B. A concepção de reabilitação psicossocial como referencial para as intervenções terapêuticas em saúde mental. *Revista Terapia Ocupacional Universidade de São Paulo, São Paulo* 1998 jan/abr;9(1):26-31.
- 10 Aranha & Silva LA, Fonseca RMGS. Repensando o trabalho em saúde mental: a questão da interdisciplinaridade. *Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília (DF)* 1995 jul/set;48(3):212-7.
- 11 Rotelli F, De Leonardis O, Mauri D, Nicácio F. Desinstitucionalização. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC; 2001. 112 p.
- 12 Rezende H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. *In*: Tundis SA, Costa NR. Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil. Petrópolis (RJ): Vozes/ABRASCO; 1987. 288 p. p. 1-73.
- 13 Kinoshita RT. Em busca da cidadania. *In*: Campos FCB, Henriques CMP, organizadores. Contra a maré à beira-mar: a experiência do SUS em Santos. Santos (SP): Página Aberta; 1996. 251 p. p. 39-49.

Endereço da autora/Author's address:

Rosa Maria Godoy Serpa da Fonseca
Av . Enéas de Carvalho Aguiar, 419
05.403-000, São Paulo, SP.
E-mail: rmsgfon@usp.br

Recebido em: 15/08/2005

Aprovado em: 29/11/2005
