

## TRABALHO MULTIPROFISSIONAL E INTEGRALIDADE DO CUIDADO NA PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DO CAPS

**Giovana Teles Jafelice**<sup>1 2</sup>, Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9244-6477>

**Gisela Ziliotto**<sup>1 3</sup>, Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6869-4094>

**João Fernando Marcolan**<sup>1 4</sup>, Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8881-7311>

**RESUMO.** Este estudo teve como objetivo verificar a percepção dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de São Paulo/SP da importância do trabalho multiprofissional em saúde mental para os usuários dos serviços e as relações possíveis com a integralidade do cuidado. Com as reformas sanitária e psiquiátrica, a integralidade passou a ser um princípio fundamental das ações de saúde, conceito que vem sendo entendido a partir de diversas influências. Foram entrevistados 27 profissionais de nível superior e utilizado o referencial metodológico da análise de conteúdo. Os participantes não apresentaram clareza sobre a noção de integralidade do cuidado, valorizando a integralidade e o trabalho de integração disciplinar de forma concomitante a ações tutelares e não favorecedoras de autonomia. Tal fato se deve ao pouco conhecimento teórico do tema sobre a integralidade e a prática ainda persistente centrada na falta de autonomia e ausência de contratualidade na relação profissional e usuário. A efetivação da integralidade do cuidado é aspecto fundamental na compreensão dos usuários de saúde mental como sujeitos de direitos, importante desafio à reforma psiquiátrica brasileira.

**Palavras-chave:** Integralidade em saúde; políticas públicas de saúde mental; serviços.

## MULTIPROFESSIONAL WORK AND COMPREHENSIVE CARE IN THE PERCEPTION OF CAPS PROFESSIONALS

**ABSTRACT.** This study aimed to verify professionals' perceptions of Psychosocial Care Centers (Centros de Atenção Psicossocial - CAPS) in São Paulo / SP regarding the importance of multiprofessional work in Mental Health for service users and the possible relationships with comprehensive care. The Health and Psychiatric Reforms made comprehensiveness a fundamental principle of health actions, a concept understood through various influences. Twenty-seven higher education professionals were interviewed, and the Content Analysis methodological framework was used. The participants were unclear about integrality care, valuing comprehensiveness and disciplinary integration work red on the absence of autonomy and contractuality in the professional-user relationship. The effectiveness of comprehensive care is fundamental to understanding Mental Health users as subjects of rights, an important challenge for Brazilian Psychiatric Reform.

**Keywords:** Comprehensiveness in health; mental health public policies; services.

<sup>1</sup> Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo-SP, Brasil.

<sup>2</sup> E-mail: [gj\\_jafelice@yahoo.com.br](mailto:gj_jafelice@yahoo.com.br)

<sup>3</sup> E-mail: [gisacardosorj@yahoo.com.br](mailto:gisacardosorj@yahoo.com.br)

<sup>4</sup> E-mail: [jfmarcolan@uol.com.br](mailto:jfmarcolan@uol.com.br)



## TRABAJO MULTIPROFESIONAL Y ATENCIÓN INTEGRAL EN LA PERCEPCIÓN DE PROFESIONALES DE CAPS

**RESUMEN.** Este estudio tuvo como objetivo verificar la percepción de los profesionales de los Centros de Atención Psicosocial (CAPS) en São Paulo / SP de la importancia del trabajo multiprofesional en Salud Mental para los usuarios del servicio y las posibles relaciones con la atención integral. Con las reformas de salud y psiquiátricas, la integralidad se ha convertido en un principio fundamental de las acciones de salud, un concepto que se ha entendido desde diferentes influencias. Veintisiete profesionales de la educación superior fueron entrevistados y se utilizó el marco metodológico del Análisis de Contenido. Los participantes no tenían claro el concepto de atención integral, valorando el trabajo integral y de integración disciplinaria al mismo tiempo que las acciones tutelares que no favorecen la autonomía. Este hecho se debe a la falta de conocimiento teórico sobre el tema de la exhaustividad y la práctica aún persistente centrada en la falta de autonomía y la ausencia de contractualidad en la relación profesional y de usuario. La efectividad de la atención integral es un aspecto fundamental en la comprensión de los usuarios de salud mental como sujetos de derechos, un desafío importante para la reforma psiquiátrica brasileña.

**Palabras clave:** Integralidad en salud; políticas públicas de salud mental; servicios.

### Introdução

Com a origem do Sistema Único de Saúde (SUS), no Brasil, tivemos a saúde como dever do Estado. No SUS, a integralidade é princípio para a integração de ações no campo do cuidado, de promoção e manutenção, prevenção e reabilitação em saúde, cura, redução de danos e cuidados paliativos (Portaria nº 2.436, 2017). Para Kalichman e Ayres (2016), o princípio da integralidade é o mais desafiador para a implantação da reforma sanitária, pois se refere à forma de organização, os saberes não só dos profissionais, mas também de usuários e da comunidade em seu território, sem perder de vista a questão dos direitos e cidadania quando do cuidado em saúde.

Para Carnut (2017), as estratégias de humanização em saúde têm sido usadas para diminuir o peso da tecnicidade hegemônica no cuidado em saúde, e têm como desafio promover integralidade. A humanização é dar a devida importância à subjetividade do usuário como prioridade nas relações com os profissionais.

A este encontro, a reforma psiquiátrica foi responsável pelo questionamento do fenômeno da loucura e do modelo hospitalocêntrico de cuidado, dando origem ao Paradigma da Atenção Psicossocial e à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), com os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como equipamentos estratégicos (Amarante, 2017). O CAPS passa a ser o equipamento estruturante do modelo de atenção em saúde mental, cuja transformação do modelo é processo social complexo, que exige a participação social, a mudança de concepções de cuidado e na subjetividade dos trabalhadores para a consolidação de novas práticas (Vasconcelos, Jorge, Catrib, Bezerra & Franco, 2016).

Em revisão de literatura sobre avaliação dos CAPS no Brasil apontou para fragilidades como a inadequação de estruturas, principalmente de recursos humanos, na área de processos tivemos a falta de clareza normativa, com situações adversas entre a gestão e o trabalho fragmentado nas equipes provocando obstáculos aos pressupostos da reforma psiquiátrica, indefinição das modalidades terapêuticas e o uso de psicofármacos sob paradigmas arcaicos, e na área de resultado apareceram desproteção social,

cronicidade dos usuários, dificuldades para a autonomia do usuário, manutenção de paradigmas asilares por parte de alguns profissionais (Fleig, 2018).

Em estudo com CAPS no município de São Paulo/SP verificou-se a dicotomia entre o discurso-ideal e a prática-possível, com destaque entre outros aspectos a sobrecarga dos profissionais, aproximando-se de práticas ambulatoriais (Jafelice & Marcolan, 2018).

Consideradas a centralidade dos CAPS e a relevância das noções de integralidade do cuidado e trabalho multiprofissional/ integração disciplinar para sua efetivação, objetivou-se verificar a percepção dos profissionais destes serviços sobre a importância das práticas do trabalho multiprofissional em saúde mental para os usuários dos serviços e as relações possíveis com a integralidade do cuidado.

## **Método**

Tratou-se de estudo exploratório, descritivo e qualitativo, com uso do referencial metodológico da Análise de Conteúdo Temático (Bardin, 2017). Foram coletados dados em nove CAPS Adulto de todas as regiões administrativas do município de São Paulo/SP, sendo uma unidade na região Centro-Oeste e duas em cada uma das demais. A coleta de dados se deu entre julho e setembro de 2015. A população foi composta por profissionais de nível superior, pertencentes à equipe dos CAPS. A amostra foi definida por conveniência, sendo um membro da coordenação e dois profissionais prestadores de assistência em cada serviço, de diferentes áreas profissionais. Os critérios de inclusão foram estar, no mínimo, há um ano em atuação no CAPS e ser servidor público sem vinculação a qualquer Organização Social de Saúde (OSS). Em duas unidades não havia coordenadores com este último critério, em razão da escassez de CAPS Adulto de administração direta em alguns territórios. O critério de exclusão foi estar ausente no período de coleta de dados.

As entrevistas se deram a partir de quatro questões norteadoras, com gravação em áudio e transcrição literal para processamento e análise dos dados. O instrumento de coleta de dados foi elaborado pelos pesquisadores, com informações do participante e as questões: Descreva o que você entende por trabalho em equipe multiprofissional, interdisciplinar e transdisciplinar em saúde mental; Como se dá o trabalho em equipe multiprofissional no serviço em que atua?; Quais fatores influenciam a presença/ausência do trabalho multiprofissional?; Você considera que o trabalho em equipe multiprofissional interfere no atendimento prestado ao usuário? De que maneira?

A exploração dos dados ocorreu em acordo com o referencial metodológico da análise de conteúdo temático (Bardin, 2017). Na pré-análise foi realizada a organização das entrevistas e realizada a leitura flutuante dos dados a serem examinados para se obter as primeiras impressões sobre os mesmos. Foi necessário fazer várias leituras do material obtido para que fossem apreendidas as ideias centrais e seus significados.

As entrevistas foram transcritas sem omissão de dados e, para esgotar a comunicação dos entrevistados, usaram-se critérios de representatividade do universo pesquisado; de homogeneidade para as técnicas a serem empregadas para obtenção dos dados, sendo de igual forma para todos; de pertinência, para que os dados obtidos estivessem em consonância com os objetivos do estudo; e de exclusividade, para que o dado não fosse utilizado em mais de uma categoria (Bardin, 2017).

Nas transcrições do conteúdo gravado em áudio, foram subtraídos os elementos fáticos da comunicação ('bengalas linguísticas') próprios da linguagem oral, presentes nas entrevistas, sendo os que mais apareceram foram: 'tipo', 'né', 'assim', 'eu', 'então', 'aí', 'tá',

'pra' etc. Os nomes de pessoas e serviços citados foram alterados, a fim de preservar a identidade dos profissionais que colaboraram com o estudo.

Na exploração do material foram feitas operações de codificação, categorização, decomposição ou enumeração, a levar em conta as regras formuladas anteriormente (Bardin, 2017). Por conveniência dos pesquisadores, a análise quantitativa, denominada enumeração, e fundamentada na frequência de aparição de certos elementos da mensagem, não foi realizada neste estudo.

Houve o recorte das falas com o propósito de construir unidades de registro, as unidades de significação que foram por meio de temas, que é a unidade de significação de um texto e levou em consideração o objetivo do estudo. A decomposição se caracterizou pela escolha das unidades de registro e envolveu o conteúdo considerado como unidade base na busca da categorização (Bardin, 2017).

A categorização foi realizada para a classificação de elementos constitutivos de conjunto por diferenciação e, em seguida, por reagrupamento segundo o gênero (analogia), com critérios definidos previamente pelos objetivos do estudo. As categorias foram organizadas por grupo de elementos (unidades de registro) sob título genérico, sendo este agrupamento realizado a partir das características comuns dos elementos. Como critérios de categorização utilizaram-se o semântico, o sintático, o léxico e o expressivo (Bardin, 2017). Com os dados categorizados, foram relacionados ao marco teórico e objetivos que sustentam a pesquisa.

Os trechos de respostas às perguntas estão identificados pela letra P (sigla para participante) seguida do número correspondente à ordem de realização das entrevistas.

O projeto de pesquisa recebeu parecer favorável dos Comitês de Ética correspondentes em abril e maio de 2015, sob CAAE nº 43383515.6.0000.5505 e nº 43383515.6.3001.0086. Os gerentes dos CAPS assinaram cartas de autorização e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

## Resultados e discussão

Foram entrevistados 27 profissionais, em oito CAPS II e um CAPS III. Dois eram médicos psiquiatras, um farmacêutico, dois terapeutas ocupacionais, seis assistentes sociais e nove psicólogos. Três participantes eram do sexo masculino e 24, do feminino. A idade dos participantes variou de 28 a 64 anos, com média de 45 anos. O tempo de trabalho na unidade de saúde foi de um a 19 anos, sendo a média de dez anos e o tempo de graduação dos profissionais variou de quatro a 35 anos, com média de 18 anos.

O trabalho multiprofissional em saúde mental foi considerado como possibilidade de oferta de cuidado integral ao usuário por dez entrevistados. Apesar disso, chamaram atenção as diferentes formas de entender a integralidade e colocá-la em prática no cotidiano dos serviços, a partir de propostas de cuidado tutelares em detrimento da produção de autonomia.

Poder estar atenta para o sujeito como um todo e não somente enquanto a parte mental ou medicamentosa [...]. Olhar o sujeito na sua totalidade, que totalidade mesmo nunca vai ser, mas, pelo menos, é um trabalho mais integrado do que [...] onde não há escuta de outras coisas que não sejam o objeto específico. Aqui, tem a possibilidade de uma escuta mais completa, mais integral do sujeito [...]. (P17).

Se conseguir ser [...] construído coletivamente, com as diversas ciências e saberes, acho que a integralidade do cuidado fica mais concisa. [...] Você de fato consegue atingir... Não sei se uma integralidade do cuidado, mas o mais próximo disso, [...] um cuidado mais digno. Se você pegar o conceito estrito senso de integral, [...] é impossível em qualquer área. Vou conseguir cuidar de

algumas coisas enquanto ele me permitir, o quanto conseguir acessar e enquanto der. [...] A integralidade do cuidado é uma [...] palavra muito forte. Não sei se isso existe [...] (P20).

Dentre os princípios que norteiam a reconstrução do sistema de saúde brasileiro, a integralidade pode ser considerada o mais difícil de definir e o que mais desperta desafios para efetiva consolidação dos compromissos do SUS. A inexistência de concepção do que seria efetivamente 'integralidade' pode ser entendida como obstáculo ou potência, já que sua definição precisa poderia acabar por encerrar outros sentidos possíveis (Machado, Monteiro, Queiroz, Vieira & Barroso, 2007).

A integralidade, mais do que uma diretriz do SUS, é uma 'bandeira de luta' por valores de uma sociedade mais justa e solidária, podendo ser tomada como princípio orientador das práticas e da organização do trabalho e das políticas de saúde. Em todos os seus sentidos, sugere-se a recusa ao reducionismo e a objetivação dos sujeitos, com abertura ao diálogo, que só se efetiva em relações sujeito-sujeito e não sujeito-objeto, nas práticas e organização dos serviços de saúde. Além disto, a integralidade se articula necessariamente ao direito universal ao atendimento das necessidades de saúde (Mattos, 2006).

Integralidade é entendida no cuidado de pessoas e coletividades em relação a sujeitos históricos, sociais e políticos, que se articulam ao contexto familiar, ao meio ambiente e à sociedade onde estão inseridos (Machado et al., 2007):

Acesso a um tratamento mais integral, mais completo, porque embora a gente não dê conta de questões clínicas, a gente identifica, orienta [...]. Vai conversar sobre medicação, relação com a família, sobre o corpo dele, sobre o que ele come, se ele vai ao teatro, [...] assuntos que não sejam específicos da Saúde Mental (P16).

A integralidade pode ser vista como ação social com vistas à interação democrática e cidadã entre os diversos agentes que atuam na prática em saúde, de modo multiprofissional, nos níveis de atenção do SUS, pela estreita relação entre tratamento, promoção e prevenção de saúde (Alves, 2017).

A universalidade, equidade e integralidade são três noções mutuamente referentes, com cada uma chamando as demais para o alcance de pragmatismo com utopia. No entanto, é a integralidade que melhor conduz o desafio de realização de valores de justiça, democracia e efetividade do acesso à saúde para a intimidade do núcleo tecnológico destas práticas. Isto porque, mais do que garantir o acesso para todos (universalidade) e pactuar com todos o que cada um precisa (equidade), a integralidade responde ao desafio de saber e fazer 'o quê' e 'como' pode ser realizado em saúde para responder universalmente às demandas de cada um (Ayres, 2009).

A integralidade em saúde dialoga com o desafio de produzir, de modo universal e equitativo, não somente tratamento, prevenção e recuperação da saúde, mas, sim, cuidado. É a referência ao cuidado que indica as pretensões do princípio de integralidade, chamando atenção para a riqueza das necessidades, finalidades, articulações e interações exigidas no trabalho em saúde, entendido como recurso das e para as pessoas para realização como sujeitos plenos. Ao perceber a forte presença dos termos 'cuidado integral' e 'integralidade do cuidado' no campo da saúde, destaca que 'a integralidade é do cuidado, como o cuidado só pode ser integral'. Diante destas perspectivas, as necessidades de saúde são compreendidas para além da linguagem das ciências biomédicas, podendo ser particularizadas e preenchidas de significados, o que exige produzir de modo diverso, fazer diferente (Ayres, 2006).

Neste sentido, para o enfoque da integralidade, exige-se integração vertical, entre atenção primária, secundária e terciária, e horizontal, entre promoção, proteção e recuperação da saúde. O enriquecimento destas necessidades reivindica também que a esfera biomédica se articule entre si e com outras ações, tendo como decorrência a multi, inter e transdisciplinaridade e a intersetorialidade. Também não há como reconstruir necessidades e recursos sem transformar as relações, de modo que não há integralidade sem enriquecimento do diálogo entre os sujeitos implicados nas práticas de saúde, tanto entre os profissionais e os usuários quanto dos profissionais entre si, de forma que o cuidado não se dá sem intersubjetividade (Ayres, 2006).

Para além de reorganizações nos conhecimentos e nas inter-relações, se faz preciso enfrentar a reestruturação dos estabelecimentos do setor da saúde, por meio da articulação dentre estes serviços e da reformulação das práticas dos profissionais nas próprias equipes, sendo a reordenação do trabalho multiprofissional entre as equipes – conquista necessária para a integralidade (Furtado, 2009).

Os participantes deste estudo consideraram o trabalho de integração disciplinar como possibilidade de compartilhamento do cuidado entre os membros da equipe e de ‘dividir a carga’, produzir práticas mais respaldadas, e de potencializar o aprendizado:

“Tem vários saberes que me complementam na minha prática. Sinto um respaldo maior, se estou com dúvidas [...]” (P16).

Tira o peso de um cidadão. É difícil cuidar sozinho de alguém. [...] Um cidadão que tem problema social, psiquiátrico, nos laços familiares e querer dar conta sozinho daquilo tudo. [...] Trabalhando de uma maneira multi pode dividir a carga, [...] pode contar com alguém (P1).

Por entender que a integralidade do cuidado se dá em diferentes dimensões, sugerem-se as noções de ‘integralidade ampliada’ e ‘integralidade focalizada’, sendo a primeira referente, no viés macro, à articulação de cada equipamento à rede extensa de serviços e instituições; e a segunda, resultado da confluência dos diversos saberes da equipe multiprofissional no espaço de cada serviço de saúde (Cecílio, 2006):

“Poderia ser mais, se além do multiprofissional tivesse o intersetorial, [...] a questão do trabalho, da educação, os direitos sociais [...]” (P17).

O Ministério da Saúde (2004) destaca que o trabalho transdisciplinar se orienta por um sentido comum, que atravessa e modifica as diversas práticas profissionais para abordagem do ser humano integral, entendendo também que ações fragmentadas restringem o trabalho a uma pequena parcela do processo terapêutico, o que pode produzir alienação e desmotivação nos trabalhadores, diante da perda da dimensão global da saúde do usuário:

Um profissional que é formado com uma visão hiperespecializante, [...] acaba tendo uma noção de que não precisa das outras áreas. [...] ‘Não preciso saber mais nada, só cuido disso’, quando, na verdade, o ser humano é inteiro... Quem só vê um pedacinho, não entende a produção do todo. Em Saúde Mental, isso é muito grave, porque todos os processos de adoecimento envolvem o ser integral e não só um pedacinho (P7, grifo do autor).

P7 também salientou a importância do contato com as propostas de integração disciplinar desde a graduação, observado na literatura sob o viés da necessidade de estratégias de aprendizado que potencializem o diálogo, a troca e a transdisciplinaridade, a partir do usuário como centralidade das ações de saúde (Machado et al., 2007; Jafelice & Marcolan, 2017):

“Por isso, acho que esse conceito é um pouco mais complicado e tem a ver com a educação dos profissionais da Saúde” (P7).

Uma vez que a integralidade se relaciona à recusa do reducionismo, pode-se considerar a clínica ampliada uma ferramenta de articulação e inclusão dos diferentes enfoques e disciplinas, a partir da compreensão de que as pessoas não se limitam à expressão das doenças por que são acometidas, o que justifica a necessidade de aproximação das singularidades (Mattos, 2006; Campos, 1999; Ministério da Saúde, 2009). Esta modalidade de clínica busca integrar diversas abordagens, para possibilitar o manejo eficaz do trabalho em saúde, necessariamente multiprofissional (Ministério da Saúde, 2009). Tem como principais eixos a compreensão ampliada do processo saúde-doença; a construção compartilhada dos diagnósticos e terapêuticas (seja entre a equipe de saúde, os serviços de saúde e intersetoriais e os usuários); a ampliação do 'objeto de trabalho', considerado como as pessoas ou os grupos de pessoas, para todas as profissões da saúde; a transformação dos 'meios' ou instrumentos de trabalho, com a comunicação transversal na e entre equipes e técnicas relacionais de compartilhamento (capacidade de escuta do outro e de si mesmo, de criticar condutas automáticas, de lidar com a expressão de problemas sociais e subjetivos); e o suporte para os profissionais de saúde, com instrumentos para que possam lidar com dificuldades e identificações positivas e negativas, por exemplo (Ministério da Saúde, 2009).

Idealizada por Campos (1999), a clínica ampliada e compartilhada busca a construção do trabalho clínico como 'neo-artesanato', a partir da reorganização e da potencialização de responsabilidade macro e microssanitária. Para isto, precisa ampliar o 'objeto de trabalho' da clínica, com a consideração de que os problemas de saúde se encarnam em sujeitos, sendo as principais ampliações necessárias a 'clínica do sujeito', a finalidade deste tipo de trabalho, que passa a ser ampliação do grau de autonomia dos sujeitos; e os meios de intervenção, com a valorização do poder terapêutico da escuta e da palavra (Campos & Amaral, 2007).

De encontro a estas percepções, P15 destacou dificuldades no trabalho em equipe multiprofissional no CAPS:

Perde um pouco o aprofundamento do cliente. Conhecia mais os pacientes quando atendia individualmente [...], por outro lado, consegue [...] ampliar a percepção e, às vezes, enxergar o que um profissional da Unidade Básica não consegue, em função dos vários profissionais olhando e estudando esse usuário. [...] O inconveniente [...] é que a gente olha muito horizontalmente e consegue aprofundar menos verticalmente. [...] A falta de aprofundamento, acho que não tem a ver com a equipe multiprofissional, tem a ver com o esquema de trabalho. Quando todos são responsáveis, ninguém é totalmente responsável com aquele usuário, mas se você tem um paciente que depende muito de você, vai se empenhar muito mais do que se você tem alguns pacientes que muita gente vê. Tem muita gente para atender, pouco profissional, atrapalha muito, mas não é a equipe que atrapalha, é o jeito de funcionar do CAPS. Não tem um acompanhamento individual para a maioria dos pacientes, é mais em grupo [...] (P15).

Parece ser possível levantar a hipótese de que o reduzido aprofundamento vertical referido por P15 se deva, de fato, ao excesso de demandas impostas às equipes dos CAPS, com grande número de atividades semanais impostas às equipes, que pode significar pouco conhecimento dos usuários, e Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) reduzidos a 'cardápios de atividades', que impossibilitam a aproximação efetiva de todos os usuários, dentre outras dificuldades e não necessariamente às propostas de integração disciplinar (Ramminger & Brito, 2011).

Indo além, P4 e P13 destacaram a importância do envolvimento dos usuários em seus cuidados, associando as propostas de integração disciplinar à possibilidade de construção de cidadania, responsabilidade e empoderamento, em contraposição às propostas tutelares, que podem manter a lógica manicomial nos CAPS:

Dentro de uma proposta CAPS, (o trabalho multiprofissional) interfere nessa questão da cidadania, da responsabilidade do usuário. A responsabilidade do usuário não é só tomar a medicação. [...] Trabalhar essa questão da responsabilidade mesmo, de apropriação em relação às decisões na vida. [...] Propostas interdisciplinares bem tutelares ainda podem existir, mas dentro do CAPS, acho que não. [...] Tem esse impacto na postura do usuário, [...] também como você aborda um sujeito com sofrimento, se você responsabiliza ele ou não, se você tutela mais ele ou não [...] (P4).

Pinto et al. (2011) destacaram as tecnologias leves como fundamentais para a reabilitação psicossocial, considerando a interação horizontal e democrática entre usuário, trabalhador e família, operada pelos profissionais na formação de vínculos afetivos, indutora de responsabilidade por parte dos sujeitos, ao propor o direcionamento da atenção a partir da ética, da autonomia, do resgate da cidadania, subjetivação e inclusão social. Para além do usuário poder “[...] se apropriar do serviço [...]”, é necessário que os CAPS sejam “[...] locais de passagem” (P13), para que haja continuidade da atenção em outros equipamentos, o que remete à delicada fronteira entre vínculo e dependência do serviço, que devem ser problematizados de forma crítica:

Os pacientes daqui, nós temos até dificuldade de estabelecer na rede, de vincular, porque eles se sentem muito seguros aqui. Apesar do atendimento não ser feito da maneira de que se desejava, [...] se vinculou muito, conseguem se manter estabilizados. [...] Durante muito tempo, a gente não aceitava a transferência básica dele para o atendimento lá e, de uns meses para cá, isso vem sendo trabalhado [...], conseguindo estabelecer com o paciente, tirando um pouco da dependência. [...] Você tem que ser incluído na sua família, no Brasil, no Município (P5).

Diferentemente da dependência, a noção de ‘vínculo’ diz respeito à construção de encontros favorecedores de intersubjetividades mais ricas, plurais e potencializadores de compartilhamentos, sendo o que permite a verdadeira corresponsabilização pela produção de cuidado entre usuário e equipe (Ayres, 2009). Kantorski et al. (2010) destacam a importância de o CAPS ser espaço intermediário que possibilite aos usuários o desempenho de atividades de autonomia, favorecendo a reinserção social; a possibilidade de passagem para a conquista de novos espaços na sociedade. Para estas autoras, a autonomia é marcada pelo momento em que as pessoas podem conviver com seus problemas com menor necessidade dos dispositivos assistenciais do serviço. Nas falas de alguns participantes, no entanto, a equipe dos CAPS pareceu assumir a total responsabilidade pela atenção ampliada (Kantorski et al., 2010):

O usuário poder ter todas [...], dez categorias profissionais diferentes discutindo um projeto. [...] Se bem estimulado, isso é um trabalho de excelência. A partir do meu problema, consigo alguém pensando na minha situação de ordem cível, de ordem social, de ordem cultural, de ordem saúde, [...] Você só consegue atingir a integralidade a partir do olhar inter. [...] Se não tem documentos, somos nós (equipe do CAPS) que temos que ir atrás desse documento, se ele não tem um benefício, somos nós que temos que ir atrás [...], se ele nunca circulou na cidade, somos nós que temos que levar ele para os lugares e ensinar como faz isso, [...] de que maneira pode fazer isso sozinho. [...] Isso é integralidade (P22).

Nestes discursos, parece não haver espaço para o compartilhamento de cuidados com os usuários, os familiares, a comunidade ou mesmo outros serviços da rede, que ficam unicamente a cargo da equipe do CAPS, levando a questionar se estas práticas realmente produzem autonomia e ampliação do poder contratual dos usuários:

A pessoa que apresenta grande sofrimento tem a contribuição dos vários saberes para propiciar a melhora ou uma resposta mais positiva do tratamento. [...] Isso a gente tem tido declarações bastante positivas do paciente, de se sentir acolhido, atendido, e o que gera uma grande dificuldade quando vai transferir o paciente para a rede, porque daí tem uma resistência grande, porque, infelizmente, ele

sabe como está organizado o serviço aí fora e que, de fato, vai sair de um serviço onde é olhado por completo (P13).

Merhy (2004) considera o ato de cuidar paradoxal, capaz de aprisionar ou libertar. Segundo o autor, se faz necessário diferenciar, a respeito da tutela do estado sobre os indivíduos, as noções de ‘tutela de efeito castrador’ e ‘tutela autonomizadora’. A primeira é responsável pela expropriação dos ‘autocaminhares’ dos sujeitos, de seus desejos e movimentos produtores de percursos que invistam no mundo para tomá-lo como seu, enquanto a segunda agencia a libertação a partir de si, com um movimento complexo, do qual da dependência se gera liberação (Merhy, 2004). Para isto, caminha com a criação do processo liberador ao mesmo tempo do processo público de estabelecimento de responsabilizações, exigindo que os desejos estejam implicados uns nos outros, em movimentos cooperativos e contratualizados, a permitir que o movimento vivo de um sujeito desperte a produção de vida no outro. Neste sentido, a saúde é apreendida como a capacidade de as pessoas construírem redes que atem e produzam vida, de modo que a autonomia se torne a multiplicação de redes de autonomia (Merhy, 2004).

Ao procurar se responsabilizar pela totalidade de demandas do usuário de forma não compartilhada, as equipes dos CAPS acabam por compor relações de tutela de efeito castrador, dando voz apenas ao trabalhador e deixando as necessidades de saúde do usuário em configuração de carência, determinadas de fora para dentro, e não de positividade, processo definido pelos agentes em ato (Merhy, 2004). Ainda que se possa acreditar que esta forma de cuidado produz saúde, Merhy (2004) alerta para o fato de que este processo não permite a qualificação do viver, nem ganhos de autonomia nos modos do usuário ‘andar em sua vida gerando mais vida’, o que é considerado por ele como saúde.

Além de distanciada das propostas da reforma psiquiátrica, esta forma de trabalho ‘tutelar’ também parece não se efetivar na realidade dos serviços, que têm de se haver com grande número de usuários para atender e com a precariedade do trabalho em rede de serviços de saúde e intersetorial, o que é significativo desafio para a integralidade do cuidado. Pode-se perceber a falta de apropriação de alguns entrevistados deste estudo de elementos e discussões fundamentais para construção do SUS, com respostas distanciadas da prática dos serviços e até mesmo esvaziadas de significado e problematizações.

Alguns profissionais e gerentes entrevistados, mesmo que sem perceber, acabaram por se aproximar, em suas respostas, de práticas tutelares de efeito castrador, que mantêm os usuários do CAPS como objeto dos saberes da equipe e das políticas, sem que possam se constituir como sujeitos que se colocam no mundo (Merhy, 2004). Não se pode desconsiderar o risco dos discursos e equipes que buscam dar conta de todos os aspectos da vida dos usuários em um só serviço acabarem se aproximando da lógica manicomial e das ‘instituições totais’, que, mesmo com pretensão terapêutica, acabam por desumanizar as pessoas com sofrimento mental e objetificá-las em saberes médicos e psicológicos, repetindo justamente os mecanismos que os serviços substitutivos buscam superar (Goffman, 2013). Neste sentido, ser antimanicomial é apostar em cuidados autopoieticos, sendo a autopoiese a força que constrói o sentido de viver, ou seja, o ‘movimento da vida que produz vida’:

É uma grande cilada também essa história da gente bancar um discurso de que dá conta de tudo. É um potencial, mas é um grande risco, porque é fácil, principalmente com os pacientes muito graves, a gente repetir [...], virar uma ‘instituição total’, como o manicômio. Se deixar, alguns pacientes vão dizer que a gente é família deles e eles [...] fariam tudo aqui. [...] Passa essa imagem para os usuários, essa coisa que eles costumam chamar de ‘junta médica’ [...]. Passa a ideia de uma completude

mesmo, que não existe. [...] Como se você pudesse ter todos os olhares no mesmo lugar, e não acredito que isso seja possível. [...] Possível ampliar essa escuta, mas não que isso seja total, porque daí o sujeito não escuta, vai contra o nosso outro princípio, de que o multi não é só aqui dentro, de que a gente acredita num trabalho em rede. [...] Acaba virando uma 'instituição total' (P17, grifo do autor).

P17 destacou também que a integração disciplinar e a integralidade do cuidado falam de processos que precisam se dar também fora dos muros destes serviços, em outros pontos da rede de saúde e intersetorial e também nos espaços da cidade, para que os usuários sejam capazes de circular e se apropriar de outros papéis e modos de estar na vida. Estes aspectos chamam atenção, para além do campo da saúde mental, para certa tendência contemporânea de delegação de cuidados e relações (especialmente quando 'dão trabalho') às instituições, visíveis também nos asilos e escolas, o que pode se relacionar ao individualismo e à lógica produtiva presentes no capitalismo – sem que seja possível neste espaço se aprofundar nesta discussão.

Próchno & Bessa (2016) afirmam que o modelo de atenção psicossocial de acordo com os pressupostos da reforma psiquiátrica passa por transformações e recebe questionamentos, dos quais se destaca a prática ordenada por uma lógica local e prevalência do ato sobre a função, ocorrendo o silenciamento do sujeito.

## Considerações finais

A importância das propostas de trabalho em equipe multi, inter e transprofissional em saúde mental pôde ser problematizada pelos entrevistados em relação à noção de integralidade do cuidado, princípio caro ao SUS e complexo em sua apreensão prática, especialmente se pensado na delicada fronteira entre tutela e produção de autonomia, ou mesmo das 'instituições totais'.

Esta discussão parece se fazer pouco presente no cotidiano das equipes que tendem a entender a integralidade dentro da simplicidade de 'dar conta de todos os aspectos da vida do sujeito', o que não é possível nem desejável, especialmente diante das dificuldades vivenciadas pelos equipamentos CAPS no país. É a própria diretriz da integralidade que retoma o aspecto de humanidade e subjetividade na atenção em saúde, valorizando as pessoas em sua complexidade e também os diferentes saberes, que ganham pesos iguais.

Considera-se também a importância desta pesquisa ter sido realizada no município de São Paulo/SP e, mais do que isso, poder abranger todas as suas regiões de saúde, problematizando a complexidade de se falar em reforma psiquiátrica e na implantação da RAPS na maior cidade do país, marcada por uma história política nem sempre favorável a este modelo de cuidado. Talvez também por isto, destaca-se que é um território pouco pesquisado, especialmente em comparação com sua população e importância acadêmica e financeira no Brasil, o que aumenta a relevância deste estudo.

Os desafios apontados neste estudo parecem não ser exclusivos dos serviços pesquisados, o que justifica a importância de diálogo com dificuldades vivenciadas em todo o país na trajetória de implantação da RAPS e de aproximação aos pressupostos da reforma psiquiátrica. As críticas e problematizações aqui apresentadas apontam para a necessidade de mais discussões e espaços para o repensar das práticas, com a expectativa de serem ensejo para novas questões e estudos. A ampliação de pesquisas e a aproximação do cotidiano das equipes que trabalham nas perspectivas de integração disciplinar é ferramenta fundamental para efetivação do SUS e dos valores da reforma psiquiátrica.

A reforma psiquiátrica vem avançando sobremaneira em seus objetivos de assistência em saúde mental, como a perda da hegemonia da internação e a criação de redes de serviços na comunidade, no entanto, ainda carece de potência no empoderamento dos usuários em seu papel de sujeitos de direitos, efetivamente autônomos e cidadãos. Neste contexto, a efetivação do princípio de integralidade do cuidado se apresenta como aspecto fundamental.

## Referências

- Alves, L. R. (2017). A dicotomia do princípio da integralidade do SUS. *Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*, 6(1), 153-166. doi: 10.17566/ciads.v6i1.338
- Amarante, P. (2017). *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz.
- Ayres, J. R. C. M. (2009). Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. *Saúde e Sociedade*, 18(2), 12-23. doi: 10.1590/S0104-12902009000600003
- Ayres, J. R. C. M. (2006). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro, RJ: ABRASCO.
- Bardin, L. (2017). *Análise de conteúdo*. Lisboa, PT: Edições 70.
- Campos, G. W. S. (1999). Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4(2), 393-403. doi: 10.1590/S1413-81231999000200013
- Campos, G. W. S., & Amaral, M. A. (2007). A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(4): 849-859. doi: 10.1590/S1413-81232007000400007
- Carnut, L. (2017). Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. *Saúde em Debate*, 41(115), 1177-1186. doi: 10.1590/0103-11042017111515
- Cecílio, L. C. O. (2006). As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In R. Pinheiro & R. A. Mattos (Orgs.), *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde* (p. 117-130). Rio de Janeiro, RJ: ABRASCO.
- Fleig, A. (2018). *Avaliação de centros de atenção psicossocial, revisão de literatura nacional* (Monografia de Especialização). Universidade Federal de Santa Maria, Programa de Pós-Graduação em Gestão de Organização Pública em Saúde, Santa Maria. Recuperado de: <https://repositorio.ufsm.br/handle/1/14048>
- Furtado, J. P. (2009). Arranjos institucionais e gestão da clínica: princípios da interdisciplinaridade e interprofissionalidade. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 1(1), 1-11. Recuperado de: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/68439/0>
- Goffman, E. (2013) *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo, SP: Perspectiva.

- Jafelice, G. T. & Marcolan, J. F. (2017). Percepção dos profissionais de saúde mental sobre o trabalho multiprofissional com residentes. *Journal of Nursing*, 11(2), 542-550. doi: 10.5205/reuol.10263-91568-1-RV.1102201708
- Jafelice, G. T., & Marcolan, J. F. (2018). O trabalho multiprofissional nos centros de atenção psicossocial de São Paulo. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(5), 2131-2138. doi: 10.1590/0034-7167-2017-0300
- Kalichman, A. O., & Ayres, J. R. C. (2016). Integralidade e tecnologias de atenção à saúde: uma narrativa sobre contribuições conceituais à construção do princípio da integralidade no SUS. *Cadernos de Saúde Pública*, 32(8), e00183415. doi.org/10.1590/0102-311X00183415
- Kantorski, L. P., Bielemann, V. L. M., Clasen, B. N., Padilha, M. A. S., Bueno, M. E. N. & Heck, R. M. (2010). A concepção dos profissionais acerca do Projeto Terapêutico de Centros de Atenção Psicossocial - CAPS. *Cogitare Enfermagem*, 15(4), 659-666. doi: 5380/ce.v15i4.20362
- Machado, M. F. A. S., Monteiro, E. M. L. M., Queiroz, D. T., Vieira, N. F. C. & Barroso, M. G. T. (2007). Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS – uma revisão conceitual. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(2), 335-342. doi: 10.1590/S1413-81232007000200009
- Mattos, R. A. (2006). *Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos*. In R. Pinheiro & R. A. Mattos (Orgs.), *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde* (p. 43-67). Rio de Janeiro, RJ: ABRASCO.
- Merhy, E. E. (2004). *Cuidado com o cuidado em saúde. Saiba explorar seus paradoxos para defender a vida. O ato de cuidar é um ato paradoxal: pode aprisionar ou liberar*. Recuperado de: <https://www.yumpu.com/pt/document/read/12817362/cuidado-com-o-cuidado-em-saude-saiba-explorar-seus-uff>
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. (2009). *Clínica ampliada e compartilhada*. Brasília, DF. Recuperado de: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica\\_ampliada\\_compartilhada.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf)
- Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. (2004). *HumanizaSUS: prontuário transdisciplinar e projeto terapêutico*. Brasília, DF Recuperado de: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prontuario.pdf>
- Pinto, D. M., Jorge, M. S. B., Pinto, A. G. A., Vasconcelos, M. G. F., Cavalcante, C. M. & Flores, A. Z. T. (2011). Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. *Texto & Contexto Enfermagem*, 20(3), 493-502. doi: 10.1590/S0104-07072011000300010
- Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. (2017). *Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Brasília, DF: Ministério da saúde. Recuperado de: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)

- Próchno, C. C. S. C., & Bessa, W. L. C. (2016). OS efeitos da contemporaneidade nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). *Revista Subjetividades*, 16(3), 21-33. doi: 10.5020/23590777.16.3.21-33
- Ramminger, T., & Brito, J.C. (2011). “Cada CAPS é um CAPS”: uma coanálise dos recursos meios e normas presentes nas atividades dos trabalhadores de Saúde Mental. *Psicologia & Sociedade*, 23(n. spe.), 150-160. doi: 10.1590/S0102-71822011000400018
- Vasconcelos, M. G. F., Jorge, M. S. B., Catrib, A. M. F., Bezerra, I. C., & Franco, T. B. (2016). Projeto terapêutico em Saúde Mental: práticas e processos nas dimensões constituintes da atenção psicossocial. *Interface*, 27(57), 313-323. doi: 10.1590/1807-57622015.0231

*Recebido em 21/07/2020*  
*Aceito em 23/12/2020*