

MARIA APARECIDA DAS GRAÇAS CORRÊA MILHOMEM

**O TRABALHO DAS EQUIPES NOS CENTROS DE
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS) DE CUIABÁ-MT**

**CUIABÁ
2007**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

MARIA APARECIDA DAS GRAÇAS CORRÊA MILHOMEM

**O TRABALHO DAS EQUIPES NOS CENTROS DE
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS) DE CUIABÁ-MT**

**CUIABÁ
2007**

MARIA APARECIDA DAS GRAÇAS CORRÊA MILHOMEM

**O TRABALHO DAS EQUIPES NOS CENTROS DE
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS) DE CUIABÁ-MT**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação – Mestrado em Enfermagem, da UFMT, como requisito para o Exame de Qualificação na **Área de concentração:** Processos e Práticas em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Dr^a Alice Guimarães Bottaro de Oliveira

Cuiabá

2007

FICHA CATALOGRÁFICA

M644t Milhomem, Maria Aparecida das Graças Corrêa
O trabalho das equipes nos Centros de Atenção
Psicossocial (CAPS) de Cuiabá-MT / Maria Aparecida
das Graças Corrêa Milhomem. – 2007.

129p. : il. ; color.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de
Mato Grosso, Faculdade de Enfermagem, Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem, Área de concentração:
Processos e Práticas em Saúde e Enfermagem, 2007.

“Orientação: Prof^a Dr^a Alice Guimarães Bottaro de
Oliveira”.

CDU – 616-083:616.89

Índice para Catálogo Sistemático

1. Enfermagem – Saúde mental
2. Saúde mental
3. Saúde mental – Serviços comunitários
4. Saúde mental – Pacientes – Assistência
5. Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) – Cuiabá (MT)

AGRADECIMENTO

Sinto-me privilegiada em fazer parte da primeira turma do Programa de Pós Graduação (Mestrado) da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso, e agora poder concluir este estudo, participando assim, também, de mais um avanço desta Instituição de ensino no Estado de Mato Grosso.

Meus agradecimentos vão àquelas pessoas, grupos de pessoas e instituições que tenho que dizer: “Obrigada, sem sua colaboração eu não poderia realizar este trabalho”.

Agradeço à Deus pelas condições de vida e saúde para minha caminhada na vida em seus vários aspectos.

À minha mãe (Maria das Graças) e ao meu pai (Moisés), que me trouxeram à vida e cuidaram de mim como tinha que cuidar, sacrificando até as suas vidas em favor da minha para que hoje eu pudesse ser o que sou.

Ao meu amado esposo (Sebastião) pela constante presença e, às vezes, ausência, quando necessária, apoiando e acreditando em mim.

Aos meus filhos (Victor, Liz Paula e Ivan) pela compreensão e paciência com minhas constantes ausências no convívio familiar.

À Coordenação do Programa de Pós-Graduação da FAEN/UFMT, na pessoa da Prof^a. Dra. Maria Aparecida Munhoz Gaíva, que nos apoiou em tudo que precisávamos.

Às ilustres professoras da banca de qualificação que contribuíram de forma valiosa em algumas redefinições. São elas: Dra. Roselma Lucchese, Dra. Aldenan Lima Ribeiro Corrêa da Costa e Dra. Maria Aparecida Munhoz Gaíva.

Ao Núcleo de Estudos em Saúde Mental – NESM, que é o grupo de pesquisa do qual faço parte atualmente e tenho o privilégio de compor o corpo dos membros quando da sua fundação oficial. Esta inserção trouxe-me motivações para seguir no campo da pesquisa. Do NESM, agradeço imensamente à Amanda de Oliveira e Marta Conciani, que tiveram importante colaboração técnica e logística neste estudo.

À CAPES, por mais este investimento em Mato Grosso, na UFMT e na Enfermagem.

À minha orientadora, Prof^a Dr^a. Alice Guimarães Bottaro de Oliveira, pelo seu exemplo e paciência na lapidação que se fez necessária.

À Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá e a Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso, meus locais de trabalho e de transformações pessoais e profissionais, pela licença do trabalho concedida durante a realização do curso.

Às colegas de Curso que, com companheirismo, trouxeram a mim condições de ampliação do conhecimento específico. São elas: Ana Paula Faria, Andresa Braun, Débora Campos, Elizabeth Jeane, Fabiana Nabão, Inês Athaide, Izabella Rocha, Maria Aparecida da Silva, Maria Conceição Villa, Maria de Lourdes Freitas, Náudia Dias, Patrícia Ferreira, Rosângela de Oliveira e Valdete Antiqueira.

Por tudo, muito obrigada!

DEDICATÓRIA

Esta produção é dedicada às minhas instituições de trabalho, a Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá e a Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso.

Aos colegas de trabalho, da Coordenação de Saúde Mental da SMS, que se esmeraram na condução das tarefas, mesmo diante de condições adversas, que ora eram vividas no cotidiano do trabalho.

Aos trabalhadores em saúde e, em especial, aos dos CAPS de Cuiabá, esperando que este estudo sirva de reflexão e dê impulso para iniciativas necessárias ao protagonismo que lhes é devido.

RESUMO

MILHOMEM, M. A. G. C. **O trabalho das equipes nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Cuiabá-MT**, 2007. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, UFMT, Cuiabá. 129p. Orientadora: Dr^a. Alice Guimarães Bottaro de Oliveira

A Reforma Psiquiátrica prevê a superação do modelo de assistência centralizado nos hospitais psiquiátricos e a implementação de rede descentralizada de cuidados. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são dispositivos estratégicos para a efetivação dessa mudança de modelo. O trabalho das equipes nos CAPS foi o objeto deste estudo. Os enfermeiros são profissionais necessários na equipe mínima instituída pelo Ministério da Saúde para o funcionamento dos CAPS, assim, analisar o processo de trabalho dessas equipes repercute em contribuir para a construção de conhecimento sobre uma importante frente de trabalho do enfermeiro atualmente no Brasil. O pressuposto norteador do estudo foi o de que a construção da atenção psicossocial, objetivo que se apresenta para as equipes dos CAPS, requer condições de trabalho que não são frequentemente encontradas na realidade estudada, pois essa realidade está inserida no contexto atual de dificuldades impostas pelo projeto político neoliberal às classes trabalhadoras. Analisar o processo de trabalho das equipes dos CAPS de Cuiabá, identificando os profissionais que as compõem e as condições de inserção e participação desses profissionais nos processos de trabalho e de gestão, com vistas à necessária construção da atenção psicossocial, foram os objetivos deste estudo. Trata-se de um estudo de caso exploratório-descritivo, de abordagem qualitativa, fundamentado em pressupostos teórico-metodológicos do materialismo histórico e dialético. Participaram do estudo 47 profissionais dos cinco CAPS existentes em Cuiabá. A coleta de dados foi realizada de novembro de 2006 a fevereiro de 2007, por meio de entrevistas, análise de documentos e observação participante. As categorias analíticas processo de trabalho e atenção psicossocial nortearam a análise de conteúdo realizada. Os temas identificados nos dados empíricos resultaram nas categorias: formação e capacitação profissional, condições de trabalho e o trabalho realizado e a gestão do trabalho das equipes. Os resultados apontam que existe uma rede numericamente insuficiente de CAPS no município e o comando único municipal não é presente na assistência à saúde mental. Esses aspectos dificultam a integralidade da atenção e a territorialidade dos CAPS. O tempo de trabalho na área é de menos de quatro anos para a maioria dos trabalhadores e somente 20% dos profissionais de nível universitário têm especialização na área. O vínculo empregatício efetivo é mais presente na rede estadual e na rede municipal predominam os vínculos temporários. Na rede municipal o salário de 96% dos participantes era de até dois salários mínimos e na rede estadual 54,5% tinham salários acima de seis salários mínimos. 53,2% dos participantes possuíam mais de um vínculo empregatício e 74,5% não eram sindicalizados. As equipes apresentam dificuldades na realização de um processo de trabalho com a finalidade da atenção psicossocial nos CAPS. Consideramos que os dados identificados se relacionam com as condições atuais de precarização a que se submete a classe trabalhadora no processo atual de mundialização do capital e isso repercute em dificuldades para a consecução dos objetivos da atenção psicossocial nos CAPS.

Palavras-chave: Saúde mental; Equipe de assistência ao paciente; Enfermagem; Serviços comunitários de saúde mental; Trabalho.

ABSTRACT

MILHOMEM, M. A. G. C. **The work of the teams in the Psychosocial Support Centers (CAPS) in Cuiabá-MT**, 2007. Dissertation (Master's degree in Nursing) - Post Graduation Course in Nursing, UFMT, Cuiabá. 129p.
Supervisor: Dr^a. Alice Guimarães Bottaro de Oliveira

The Psychiatric Reform foresees the overcoming of the centralized attendance pattern in the psychiatric hospitals and the implementation of decentralized assistance system. Psychosocial Support Centers (CAPS) are strategic devices for the accomplishment of that changing pattern. The team work in CAPS was the object of this study. Nurses are necessary professionals in the minimum team instituted by the Ministry of Health for the operation of CAPS, thus, analyzing the process of work of those teams rebounds in contributing to the knowledge construction on an important front work of the nurses in Brazil nowadays. The guideline of the study was the one that the construction of the psychosocial support, objective which is presented to the CAPS teams, requires work conditions that are not frequently found in the studied reality, because that reality is inserted in the current context of difficulties imposed by the neoliberal political project to the working classes. Analyzing the process of work of the CAPS teams in Cuiabá, identifying the professionals that compose them and the insertion and participation conditions of those professionals in the processes of work and administration, with a view to the necessary construction of the psychosocial support were the objectives of this study. It is an exploratory-descriptive study case, of qualitative approach, based on theoretical-methodological guidelines of the historical and dialectical materialism. 47 professionals of five existing CAPS in Cuiabá, took part in the study. The data collection was accomplished from November/2006 to February/2007, through interviews, analysis of documents and participant observation. The analytical categories, work process and psychosocial support orientated the accomplished content analysis. The identified themes in the empiric data resulted in the categories: formation and professional training, work conditions, the accomplished work and the administration of the team work. The results point that there is a numerically insufficient chain of CAPS in the city and the only municipal command is not present in the assistance to the mental health. Those aspects make the complete support and CAPS territoriality difficult. The length of work time in the area is less than four years for most of the workers and only 20% of the professionals of academic level have specialization in the area. The effective employment bond is more present in the state public system and in the municipal system the temporary relationships prevail. In the municipal system the wage of 96% of the participants was of up to two minimum wages and in the state system 54.5% had wages above six minimum wages. 53.2% of the participants had more than one employment bond and 74.5% were not unionized. The teams present difficulties in the accomplishment of a work process with the purpose of the psychosocial support in CAPS. We considered that the identified data are related to the current conditions of precariousness to which the working class is submitted in the current world process of the capital and that rebounds in difficulties for the attainment of the objectives of the psychosocial support in CAPS.

Key Words: Mental health; Team of attendance to the patient; Nursing; Mental Health Community Services; Work.

RESUMEN

MILHOMEM, M. A. G. C. **El trabajo de los equipos en los Centros de Atención Psicosocial (CAPS) de Cuiabá - MT**, 2007. Disertación (Pos - Grado en Enfermería) - Curso de Pos-Grado en Enfermería, UFMT, Cuiabá. 129p. Orientadora: Dr^a. Alice Guimarães Bottaro de Oliveira.

La reforma Psiquiátrica prevé la superación del modelo de la asistencia centralizada en los hospitales psiquiátricos y la implementación de red descentralizada de ciudadanos. Los Centros de Atención Psicosocial (CAPS) son dispositivos estratégicos para la efectivación de ese cambio de modelo. El trabajo de los equipos en los CAPS fue objetivo de este estudio. Los enfermeros son profesionales necesarios en el equipo mínimo instituido por el Ministerio de la Salud para el funcionamiento de los CAPS, así, analizar el proceso de trabajo de esos equipos refleja en contribuir para la construcción de conocimiento sobre una importante frente de trabajo del enfermero actualmente en Brasil. El presupuesto orientador del estudio fue que la construcción de la atención psicosocial, objetivo que se presenta para los equipos de los CAPS, requiere condiciones de trabajo que no son frecuentemente encontradas en la realidad estudiada, pues esta realidad está inserida en el contexto actual de dificultades impuestas por el proyecto político neoliberal a las clases trabajadoras. Analizar el proceso de trabajo de los equipos de los CAPS de Cuiabá, identificando los profesionales que los componen y las condiciones de inserción y participación de estos profesionales en los procesos de trabajo y de gestión, con vistas a la necesaria construcción de la atención psicosocial, fueron los objetivos de este estudio. Se trata de un estudio de caso exploratorio descriptivo, de abordaje cualitativo, fundamentado en presupuestos teórico – metodológicos del materialismo histórico y dialéctico. Participaron del estudio 47 profesionales de los cinco CAPS existentes en Cuiabá. La colecta de datos fue realizada de noviembre de 2006 a febrero de 2007, por medio de entrevistas, análisis de documentos y observación participante. Las categorías analíticas proceso de trabajo y atención psicosocial nortearon el análisis del contenido realizado. Los temas identificados en los datos empíricos resultaron en las categorías: formación y capacitación profesional, condiciones de trabajo, el trabajo realizado y la gestión del trabajo de los equipos. Los resultados apuntan que existe una red numericamente insuficiente de CAPS en el municipio y el comando único municipal no está presente en la asistencia a la salud mental. Estos aspectos dificultan la integralidad de la atención y la territorialidad de los CAPS. El tiempo de trabajo en el área es de menos de cuatro años para la mayoría de los trabajadores y solamente un 20% de los profesionales de nivel universitario tienen especialización en el área. El vínculo como empleado efectivo es más presente en la red estadual y en la red municipal predominan los vínculos temporarios. En la red municipal el sueldo de un 96% de los participantes era de hasta dos sueldos mínimos y en la red estadual un 54,5% tenían sueldos a más de seis sueldos mínimos. Un 53,2% de los participantes poseían más de un vínculo de trabajo y un 74,5% no eran sindicalizados. Los equipos presentan dificultades en la realización de un proceso de trabajo con la finalidad de la atención psicosocial en los CAPS. Consideramos que los datos identificados se relacionan con las condiciones actuales de precarización a que se sujeta la clase trabajadora en el proceso actual de mundialización del capital y eso repercute en dificultades para la consecución de los objetivos de la atención psicosocial en los CAPS.

Palabra – clave: Salud mental; Equipo de asistencia al paciente; Enfermería; Servicios comunitarios de salud mental; Trabajo.

LISTA DE QUADROS E TABELAS

	PÁGINAS
QUADRO 01: Distribuição dos CAPS de Cuiabá quanto ao tipo, número, localização, nível de gestão, tempo de funcionamento, situação do credenciamento, número de pacientes atendidos em um ano, número de pacientes atendidos no mês de coleta de dados, média mensal de pacientes atendidos e, percentual de pacientes atendidos em cada CAPS. Cuiabá, 2007.	50
QUADRO 02: Composição das equipes dos CAPS de Cuiabá-MT. Cuiabá, 2007.	57
TABELA 1: Distribuição dos trabalhadores dos CAPS de Cuiabá segundo o sexo. Cuiabá, 2007.	63
TABELA 2: Distribuição dos trabalhadores dos CAPS de Cuiabá segundo a faixa etária. Cuiabá, 2007.	67
TABELA 3: Distribuição dos trabalhadores dos CAPS de Cuiabá segundo o tempo de conclusão do curso de graduação. Cuiabá, 2007.	68
TABELA 4: Distribuição dos trabalhadores dos CAPS de Cuiabá segundo o tempo de trabalho em saúde mental. Cuiabá, 2007.	69
TABELA 5: Distribuição dos trabalhadores dos CAPS de Cuiabá segundo o tempo de trabalho no serviço atual. Cuiabá, 2007.	71
TABELA 6: Distribuição dos trabalhadores entrevistados dos CAPS de Cuiabá segundo a conclusão de curso de especialização. Cuiabá, 2007.	71

LISTA DE GRÁFICOS

	PÁGINA
GRÁFICO 1: Composição das equipes de trabalhadores dos CAPS de Cuiabá segundo inserção na rede de atenção estadual e municipal. Cuiabá, 2007.	61
GRÁFICO 2: Composição das equipes de trabalhadores dos CAPS de Cuiabá que participaram da pesquisa segundo inserção na rede de atenção estadual e municipal. Cuiabá, 2007.	62
GRÁFICO 3: Distribuição dos trabalhadores dos CAPS de Cuiabá segundo tempo de trabalho em saúde mental e inserção na rede de atenção estadual e municipal. Cuiabá, 2007.	70
GRÁFICO 4: Distribuição dos trabalhadores dos CAPS de Cuiabá segundo a conclusão de curso de especialização em saúde mental e inserção na rede de atenção estadual e municipal. Cuiabá, 2007.	72
GRÁFICO 5: Distribuição dos trabalhadores dos CAPS de Cuiabá quanto à opção pelo trabalho no CAPS. Cuiabá, 2007.	79
GRÁFICO 6: Distribuição dos trabalhadores dos CAPS de Cuiabá quanto à opção pelo trabalho no CAPS segundo a inserção na rede de atenção estadual e municipal. Cuiabá, 2007.	79
GRÁFICO 7: Distribuição dos trabalhadores dos CAPS de Cuiabá quanto ao vínculo empregatício. Cuiabá, 2007.	81
GRÁFICO 8: Distribuição dos trabalhadores nos CAPS de Cuiabá quanto ao vínculo empregatício segundo inserção na rede de atenção estadual e municipal. Cuiabá, 2007.	82
GRÁFICO 9: Distribuição dos trabalhadores do CAPS de Cuiabá segundo jornada de trabalho. Cuiabá, 2007.	85
GRÁFICO 10: Distribuição dos trabalhadores do CAPS de Cuiabá, por jornada de trabalho, segundo inserção na rede de atenção estadual e municipal. Cuiabá, 2007.	85
GRÁFICO 11: Distribuição dos trabalhadores dos CAPS de Cuiabá segundo faixa salarial e inserção na rede de atenção estadual e municipal. Cuiabá, 2007.	87
GRÁFICO 12: Distribuição dos trabalhadores dos CAPS de Cuiabá quanto ao exercício de outra atividade de trabalho. Cuiabá, 2007.	89
GRÁFICO 13: Distribuição dos trabalhadores dos CAPS de Cuiabá quanto ao exercício de outra atividade de trabalho segundo inserção na rede de atenção estadual e municipal. Cuiabá, 2007.	89
GRÁFICO 14: Distribuição dos trabalhadores dos CAPS de Cuiabá quanto à filiação em sindicatos e segundo inserção na rede de atenção estadual e	91

municipal. Cuiabá, 2007.

GRÁFICO 15: Distribuição dos trabalhadores dos CAPS de Cuiabá quanto à filiação em associação profissional segundo inserção na rede de atenção estadual e municipal. Cuiabá, 2007.

95

LISTA DE APÊNDICES E ANEXO

APÊNDICE 1 – Questionário com profissionais

APÊNDICE 2 - Roteiro de entrevista gravada com profissionais

APÊNDICE 3 – Roteiro para observação

APÊNDICE 4 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Gestor

APÊNDICE 5 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Profissionais

APÊNDICE 6 – Questionário com Gerentes

ANEXO 1 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Muller

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS: Agentes Comunitários de Saúde

AD: Álcool e Drogas

APAC: Autorização para Procedimentos de Alto Custo/Complexidade

CAPS: Centro de Atenção Psicossocial

CAPS AD: Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas

CAPSi: Centro de Atenção Psicossocial Infantil

CDTP-GUIA: Centro de Desenvolvimento Terapêutico Psicossocial da Guia

CONASEMS: Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

CONASS: Conselho Nacional de Secretários de Saúde

DEGES: Departamento de Gestão da Educação na Saúde

DEGERTS: Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde

DVD: Aparelho eletrônico para reprodução áudio visual (Digital Video Disc)

FAEN: Faculdade de Enfermagem da UFMT

HUMANIZASUS: Política Nacional de Humanização da Assistência e da Gestão no SUS

MS: Ministério da Saúde

MT: Mato Grosso

NAPS: Núcleo de Atenção Psicossocial

NESM: Núcleo de Estudos em Saúde Mental

NOB-RH: Normas Operacionais Básicas para Recursos Humanos

PIBIC: Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica

PPA: Plano Plurianual

PRATICAPS: Projeto de Pesquisa: Análise da efetividade das práticas terapêuticas dos CAPS de Mato Grosso

PSF: Programa Saúde da Família

PTA: Plano de Trabalho Anual

RH: Recursos Humanos

RTs: Residências Terapêuticas

SES: Secretaria de Estado de Saúde

SGTES: Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

SM: Salário Mínimo

SMS: Secretaria Municipal de Saúde

SRT: Serviço Residencial Terapêutico

SUS: Sistema Único de Saúde

TE: Técnico de Enfermagem

TO: Terapeuta Ocupacional

UFMT: Universidade Federal de Mato Grosso

SUMÁRIO

	Página
1. INTRODUÇÃO.....	15
2. OBJETIVOS.....	19
3. METODOLOGIA.....	20
3.1 Tipo de pesquisa.....	20
3.2 Pressupostos teórico-metodológicos.....	21
3.3 Procedimentos.....	23
3.3.1 Coleta de dados.....	23
3.3.2 Análise dos dados.....	29
4. REVISÃO DA LITERATURA.....	31
4.1 O trabalho em saúde.....	31
4.2 Saúde Mental: do modelo asilar ao modelo psicossocial.....	33
4.3 CAPS: Uma nova tecnologia em saúde mental.....	34
4.4 O trabalho na atenção psicossocial: enfocando a equipe.....	36
4.5 Precarização do trabalho e suas implicações na atenção psicossocial.....	40
5. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS.....	45
5.1 Formação e capacitação profissional.....	56
5.2 Condições de trabalho.....	74
5.3 O trabalho realizado e a gestão do trabalho das equipes.....	94
5.3.1 A finalidade do trabalho das equipes.....	96
5.3.2 O objeto de trabalho das equipes.....	99
5.3.3 Os instrumentos do trabalho das equipes.....	103
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	117
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	121
8. APÊNDICES E ANEXOS.....	130

1. INTRODUÇÃO

Atuar no ensino de graduação em Enfermagem por quatro anos, em desenvolvimento de Recursos Humanos por oito anos e, nos últimos dois anos, na equipe técnica de saúde mental de uma Secretaria Municipal de Saúde, fez-me refletir sobre a responsabilidade social que temos enquanto agentes da formação de profissionais e seu processo de aprendizagem que deve ser contínuo para efetivação do Sistema Único de Saúde.

O campo de Atenção em Saúde Mental passa por importantes transformações conceituais e operacionais no contexto da Reforma Psiquiátrica, especialmente a partir da Lei Federal nº 10.216/01 e das diretrizes da política nacional de saúde desde os anos 90, que propõem alterações na forma de assistir a pessoa em sofrimento psíquico, ou seja, de um modelo historicamente centrado na referência hospitalar para o descentralizado e de base comunitária. Um modelo mais humanizado e eficaz e que possibilita ao usuário dos serviços de atenção à saúde mental, melhores condições de autonomia, exercício de suas funções pessoais e sociais, valorizando suas potencialidades e possibilidades mediante uma abordagem psicossocial, por equipe multiprofissional de caráter interdisciplinar nos serviços comunitários.

A efetivação da Reforma Psiquiátrica requer agilidade no processo de superação dos hospitais psiquiátricos e a criação/implementação de uma rede substitutiva de serviços que garanta o cuidado, inclusão social e a emancipação das pessoas com sofrimento psíquico (BRASIL, 2004a).

Uma vez que em torno do hospital psiquiátrico construiu-se a lógica manicomial de atenção através da segregação, isolamento, medicalização, violência, práticas discriminatórias e autoritárias, para a efetivação de práticas psicossociais é necessário, além da construção de novos dispositivos, como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), a realização de processos de trabalho que visem a integração dos portadores de transtornos mentais e a integralidade da assistência, e que se pautem pelo respeito aos direitos de cidadania dos usuários (OLIVEIRA, ALESSI, 2005).

O objeto deste estudo é o trabalho das equipes nos CAPS, pois consideramos ser este um elemento determinante, prioritariamente, da efetividade das práticas terapêuticas dos serviços que se propõem substitutivos ao manicômio.

Em Onocko-Campos e Furtado (2006) encontramos que os CAPS, como dispositivo de cuidado na saúde mental que reorienta o modelo assistencial

brasileiro, surgiu em 1987 – o CAPS Luis da Rocha Cerqueira ou CAPS Itapeva - na Cidade de São Paulo, e os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) em Santos, também se constituíram como uma expressão significativa dessa nova tecnologia clínico-política na área da atenção à saúde mental. Estes autores completam que essas duas experiências subsidiaram a formulação, pelo Ministério da Saúde (MS), da Portaria nº. 224 que, em 1992, estabelecia pela primeira vez critérios para o credenciamento e financiamento de CAPS no Sistema Único de Saúde (SUS).

Os CAPS são atualmente regulamentados pela Portaria nº. 336/GM/2002 e integram a rede do SUS. Constituem-se como a principal estratégia utilizada no processo de Reforma Psiquiátrica, e são, por definição,

[...] lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, [...] cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida, [e têm por objetivos], [...] oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. [...] criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2004a, p. 13).

Para a realização dos processos de trabalho/cuidado nesses dispositivos, o Ministério da Saúde (MS) estabelece uma equipe mínima para organizar, desenvolver e manter o ambiente terapêutico (BRASIL, 2004a; BRASIL, 2004b)

A Portaria nº. 336/GM/2002 estabelece uma equipe mínima de trabalho para os CAPS:

[...] a equipe deverá ser composta por 01 médico com formação em saúde mental, 01 enfermeiro, 03 profissionais de nível superior entre as seguintes categorias: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico; 04 profissionais de nível médio que podem ser técnico de enfermagem, administrativo ou educacional e artesão (BRASIL, 2004a, p.127).

Esta mesma portaria determina outras composições conforme as modalidades dos CAPS, se tipo I, II ou III, mas basicamente têm essa mesma conformação, do ponto de vista multidisciplinar, variando somente em número de profissionais e em alguma especialidade do profissional.

Este é um estudo de caso descritivo exploratório e de abordagem qualitativa que analisa o trabalho das equipes nos CAPS de Cuiabá, Estado de Mato Grosso. O tema é problematizado no contexto da Reforma Psiquiátrica, à luz

da categoria analítica *processo de trabalho e atenção psicossocial*. O referencial teórico-metodológico é a dialética marxista.

Este estudo vincula-se ao Núcleo de Estudos em Saúde Mental da Faculdade de Enfermagem/UFMT (NESM-MT), na linha de pesquisa *Trabalho e cuidado em saúde mental: integrando saberes e desenvolvendo competências*, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Nível Mestrado, da referida Faculdade. É um sub-projeto do Projeto de Pesquisa PRATICAPS-MT - Análise da efetividade das práticas terapêuticas dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Mato Grosso, onde está proposto estudar o Processo de Trabalho – Modelo diagnóstico-terapêutico, estratégias, discursos e efetividade das práticas terapêuticas dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Estado de Mato Grosso¹.

Neste estudo buscamos uma aproximação do objeto, o trabalho das equipes nos CAPS, às balizas teóricas da historicidade, totalidade e dinamicidade, que é analisado considerando também a não neutralidade da construção científica.

Situamos o trabalho em saúde na perspectiva de sua construção histórico-social e, neste, o trabalho assistencial em saúde mental, numa contextualização histórica que parte do modelo médico-psiquiátrico ou asilar em direção ao modelo psicossocial que se pretende hoje, identificando a equipe multidisciplinar como um dos instrumentos de trabalho, compreendido nas dimensões objetivas – como composição, qualificação profissional e condições de trabalho – e subjetivas – como a subjetividade e intersubjetividade dos sujeitos trabalhadores. Analisamos o trabalho dos CAPS a partir de suas definições normativo-legais e algumas condições de trabalho que são requeridas das equipes que pretendem trabalhar na lógica da reabilitação psicossocial.

Compreendemos a partir de Mendes-Gonçalves (1992) que as práticas de saúde são articuladas ao modo de produção de uma dada sociedade, às políticas sociais, e que são componentes de um processo de trabalho coletivo, histórico e organizado socialmente para atender aos carecimentos sociais.

Considerando a divisão social e técnica do trabalho presente nos processos de trabalho em saúde e a necessária articulação dos diferentes trabalhos aí estabelecidos, fica então posto que novos arranjos para a finalidade desse trabalho, na perspectiva psicossocial, se impõem. O trabalho em equipe do tipo

¹ Este projeto foi aprovado no Edital MCT-CNPq/MS-SCTIE-DECIT/CT-Saúde 07/2005 e consta do Processo CNPq Nº 554534/2005-3. **Coordenadora do Projeto:** Prof^ª Dr^ª Alice Guimarães Bottaro de Oliveira – FAEN/UFMT

equipe integração (PEDUZZI, 2001), é o requerido no trabalho de atenção psicossocial para buscar a necessária articulação das ações, a interação rumo a uma concepção menos conflituosa de intencionalidades e metas, ou, em outros termos, a superação do isolamento dos saberes.

Problematizando a constituição/organização das equipes nos aspectos dos processos de trabalho estabelecidos para a proposta dos serviços substitutivos que têm como finalidade a reabilitação psicossocial, nesse estudo, partimos das seguintes indagações: 1) Como se constituem as equipes de trabalho nos CAPS, na realidade brasileira e local de produção, de conformação política e de Gestão do Sistema de Saúde? 2) Nesse contexto, quais são as condições para que essas equipes trabalhem na proposta da inversão do modelo assistencial, do Modelo Clínico-Psiquiátrico para o Modelo Psicossocial?

Admitimos como pressuposto neste estudo que a construção da atenção psicossocial, objetivo que se apresenta para as equipes dos CAPS, requer condições de trabalho que não são frequentemente encontradas na realidade estudada, pois essa realidade está inserida no contexto atual de dificuldades impostas pelo projeto político neoliberal às classes trabalhadoras.

Uma vez que os enfermeiros são profissionais necessários na equipe mínima instituída pelo MS para o funcionamento dos CAPS, compreender a dinâmica do trabalho dessa equipe repercute em compreender uma importante frente de trabalho do enfermeiro atualmente no Brasil. A realização desse estudo no Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso pretende ser uma contribuição para a qualificação e consolidação do trabalho dos enfermeiros nos CAPS.

2. OBJETIVOS

Geral:

Analisar o processo de trabalho das equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Cuiabá.

Específicos:

- Identificar os profissionais que compõem as equipes de trabalho quanto ao seu perfil profissional;
- Descrever as condições de inserção e participação dos profissionais dos CAPS nos processos de trabalho e de gestão;
- Analisar as possibilidades de realização da atenção psicossocial, a partir das condições de trabalho das equipes dos CAPS.

3. METODOLOGIA

3.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de um estudo exploratório descritivo de abordagem qualitativa, do tipo estudo de caso.

Os estudos exploratórios têm o “objetivo de proporcionar visão geral, de tipo aproximativo, acerca de determinado fato”; e os estudos descritivos têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis (GIL, 1999, p. 43-4).

O estudo de caso

é útil para gerar conhecimentos sobre características significativas de eventos vivenciados, tais como intervenções e processos de mudança e tem por objetivos: a) compreender os esquemas de referência e as estruturas de relevância relacionada a um evento ou fenômeno [...]; b) permitir um exame detalhado de processos organizacionais ou relacionais; c) esclarecer os fatores que interferem em determinados processos (MINAYO, 2006, p. 164).

Uma vez que o trabalho das equipes nos CAPS, objeto desse estudo, requer uma abordagem com os objetivos como descritos por Gil (1999) e também por Minayo (2006), optamos pela pesquisa exploratória descritiva e na vertente qualitativa.

A vertente da pesquisa qualitativa é a privilegiada neste estudo, pois entendemos ser o tema saúde localizado dentre os fenômenos sociais e, portanto, abrangente a várias disciplinas que precisam ser entendidas enquanto processo, em determinados contextos histórico-sociais. Minayo (2002, p. 22) diz que a pesquisa qualitativa

trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores, atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

A pesquisa desenvolvida tem enfoque qualitativo, entretanto, isso não impede que algumas informações relacionadas à caracterização das equipes sejam apresentadas no formato de Tabelas e Gráficos. Compreendemos que essa apresentação de dados que necessitam ser quantificados não caracteriza essa pesquisa como de enfoque parcial ou totalmente quantitativo, uma vez que não foi utilizado nenhum tratamento estatístico para a definição da população ou na análise dos dados. Apenas consideramos os dados quantitativos como subsídio para a análise qualitativa realizada.

3.2 Pressupostos teórico-metodológicos

Apresentamos alguns pressupostos depreendidos do materialismo histórico e dialético, que são as balizas teóricas desse estudo.

Apoiamo-nos em Andery et al (1999, p. 14) para afirmar que “na escolha ou tendência por um método científico deve-se considerar que este método está sustentado pelas concepções que o geram”. Compreendemos assim, que só se pode entender a produção do conhecimento científico, que teve e tem interferência na história construída pelo ser humano, se forem analisadas as condições concretas que condicionaram e condicionam sua produção. Acreditamos que o objeto deste estudo nasceu de uma dada condição e momento histórico e, ao ser analisado, deve ser considerados os movimentos pelos quais ele (o objeto) sofre e é modificado.

O trabalho das equipes nos CAPS é um fenômeno determinado por condições históricas e, por isso é constantemente modificado tanto em sua unicidade, como fato concreto, como em sua totalidade, no seu contexto geral.

Essa perspectiva dialética apreende o objeto na perspectiva de totalidade. Andery et al (1999) explica que a compreensão da totalidade não prescinde da análise das partes e de como se relacionam entre si e no todo. Se desprezados qualquer um desses aspectos, implicaria na apreensão inadequada do real.

Para nós o conhecimento científico visa descobrir e apreender as leis que, sob condições historicamente construídas, são determinantes de um fenômeno. Por isso o “estudo de qualquer fenômeno da realidade implica em

compreendê-lo a partir de e na realidade concreta de que é parte [...]”. (ANDERY et al, 1999, p.418)

O objeto deste estudo, o trabalho das equipes nos CAPS, será analisado à luz da teoria da dialética marxista, que é a abordagem condizente à interpretação consistente dos dados, na medida em que se propõe a captar o movimento, as contradições e os condicionamentos históricos deste objeto (MINAYO, 2006).

Do ponto de vista histórico para uma proposta de produção de conhecimento científico, a postura interpretativa dialética reconhece os fenômenos sociais sempre como resultados e efeitos da atividade criadora do homem em sociedade e individualmente. Portanto, toma como centro da análise a prática social e a ação humana e a considera como resultado de condições anteriormente determinadas e praticadas. Isto é, o ato humano que atravessa o meio social conserva as determinações, mas transforma o mundo sobre as condições dadas (MINAYO, 2006). Por isso, reconhecemos o trabalho das equipes nos CAPS de Cuiabá, como fenômeno dialético, dinâmico, inacabado e em permanente transformação.

Andery et al (1999) vê o homem como um ser histórico e social que no processo de sua relação com a natureza transforma-a, satisfazendo e criando necessidades materiais e, assim, transforma-se e cria a si próprio, conseqüentemente compreende-se que não há uma essência humana dada e imutável. A natureza humana é constituída historicamente e, em conseqüência, o mundo, as instituições e a sociedade também se constituem historicamente. Assim, compreendemos a não imutabilidade, a dinamicidade do nosso objeto – o trabalho das equipes dos CAPS de Cuiabá.

O conhecimento envolve sempre um fazer, um atuar do homem, e não é produzido “neutramente”.

Qualquer fenômeno, qualquer objeto de conhecimento é constituído de elementos que encerram movimentos contraditórios que levam necessariamente a uma solução, um novo fenômeno, que não é ainda a solução definitiva, não cessam as contradições, mas é apenas a solução de uma contradição e que já contém outra nova contradição (ANDERY et al, 1999, p. 410).

Andery et al (1999) explicam que os fundamentos propostos por Marx para a produção do conhecimento científico são, em decorrência da interação humana com a natureza, de um homem que faz parte da natureza e que recria sua

vida e suas idéias a partir de sua interação com ela. Esta autora complementa afirmando que, para Marx, o que determina a consciência é o ser social, que adquire assim, primazia sobre sua consciência.

Todo conhecimento é comprometido com algo, não há neutralidade científica. Com esta afirmação concluímos, à luz da dialética marxista, que o conhecimento é comprometido com a transformação concreta de um mundo segundo os interesses e as necessidades de uma classe social, e a despeito de outra. Não há como produzir conhecimento neutro, conhecimento que serve igual e universalmente a todos (ANDERY et al 1999, p. 410).

Considerando a complexidade dos processos envolvidos nesta perspectiva teórico-metodológica, temos essas premissas aqui apresentadas mais como um “ideal que perseguimos do que uma realidade que conquistamos” (MINAYO, 2002, p. 25)

3.3 Procedimentos

3.3.1 Coleta de dados

Consideramos “dados” todas as informações sobre o trabalho das equipes nos CAPS estudados, que foram compreendidas na sua historicidade e analisadas de acordo com os objetivos traçados e as “balizas” teóricas apresentadas. Estes foram coletados por 2 (dois) pesquisadores e 1 (um) bolsista do Programa Interinstitucional de Bolsas de Iniciação Científica – PIBIC.

Locais de estudo

A coleta de dados deste estudo foi desenvolvida nos 05 (cinco) CAPS da capital do Estado, Cuiabá.

Sob a responsabilidade administrativa da esfera municipal:

1) CAPS I “Dr. Julio Strubing Muller Neto - CPA IV” (Região Norte);

- 2) CAPS II Verdão (Região Oeste);
- 3) CAPS Álcool e Drogas - Adolescer (Região Leste).

Sob a responsabilidade administrativa da esfera estadual:

- 4) CAPS Álcool e Drogas Adulto (Região Sul);
- 5) CAPSi Infanto-juvenil (Região Sul).

Segundo a Portaria nº. 336/GM/2002, os CAPS são serviços substitutivos à internação psiquiátrica e classificados segundo clientela atendida e nível de complexidade: **CAPS I, II e III** para o atendimento de portadores de transtorno mental em regime diário ininterrupto ou não; **Infantil**, para crianças e adolescentes com transtornos mentais e **Álcool e Drogas**, para usuários adultos de álcool e drogas. Em Cuiabá, entre os cinco existentes, três deles atendiam a uma clientela específica – dois para usuários de álcool e drogas (3 e 4) e um para transtorno mental infantil (5).

Considerando a especificidade do atendimento para crianças e para usuários de álcool e drogas que, embora, dentro do campo da atenção à saúde mental, se constituem uma especialidade, optamos nesse estudo, por abordar as equipes da seguinte forma: para a caracterização geral dos trabalhadores das equipes, optamos por um instrumento de entrevista estruturado (**Apêndice 1**), que foi aplicado a todos os trabalhadores dos cinco CAPS. Para a coleta de dados relativa à dinâmica do processo de trabalho, utilizamos, além desse instrumento estruturado, uma entrevista em grupo realizada por meio de instrumento semi-estruturado (**Apêndice 2**) e a técnica de observação (**Apêndice 3**). A dinâmica do processo de trabalho, analisada por meio de técnicas de pesquisa qualitativa (entrevista e observação) foi realizada somente nos CAPS para o atendimento de portadores de transtorno mental (os de nº 1 e 2).

A solicitação para coleta de dados foi formalizada junto à Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá/Coordenação de Saúde Mental e Gerentes dos CAPS (**Apêndice 4**).

Este estudo, como sub-projeto do PRATICAPS, foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Muller (**Anexo 1**) conforme Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996).

Fontes de dados

A) documentos:

Leis Federais pertinentes à Saúde Mental; Portarias e outros documentos oficiais do Ministério da Saúde e das Secretarias Estadual e Municipal de Saúde: *Sistema de Informação Mensal de Saúde Mental – CAPS/SES*, consolidado do quantitativo de atendimentos realizados nos CAPS por mês, segundo sexo, diagnóstico e faixa etária, enviado à SES; Planos de Metas da Gestão aprovados dos períodos 2004 a 2006; Relatórios de Gestão do período 2004 a 2006; Plano Plurianual 2006-2009; documentos dos CAPS: livros de registros, prontuários, projetos terapêuticos, atas, relatórios; documentos relacionados ao trabalho das equipes nos CAPS como escalas, quadros de funcionários e horários de trabalho, manuais de normas, rotinas e procedimentos direcionadas à equipe, instrumentos de comunicação entre os profissionais, além de prontuários e avisos em murais fixados em locais de acesso público dos CAPS;

B) Observação e entrevista:

A observação participante é apontada por Minayo (2006) como parte essencial do trabalho de campo na pesquisa qualitativa, onde esta é considerada uma forma complementar de compreensão da realidade empírica. A relação do observador com a realidade observada é apresentada por esta autora em quatro situações: uma em que o investigador é um *participante total*, outra em que o pesquisador é *participante-como-observador* e *observador-como-participante*, e finalmente, outra em que o investigador é um *observador total*. Na primeira situação, necessária principalmente aos estudos de culturas indígenas, o pesquisador se integra sem restrições, às formas de vida de uma determinada sociedade. Na condição de *participante-como-observador*, o pesquisador “deixa claro para si e para o grupo que sua relação de campo se restringirá ao tempo da pesquisa” (p.281), mas, a participação é num nível profundo; e, na terceira modalidade de observação, a do *observador-como-participante*, adotada nesse estudo, o investigador utiliza a observação, “frequentemente, como estratégia complementar ao uso das entrevistas, nas relações com os atores, em momentos considerados importantes para efeitos da pesquisa” (MINAYO, 2006, p.281).

O período de observação em cada um dos CAPS estudados foi de cinco dias, durante o período matutino e vespertino.

A entrevista é uma técnica de coleta de dados utilizada com muita frequência em pesquisas sociais e consiste numa interação social onde uma das partes busca coletar dados e a outra se apresenta como fonte de informação.

Numa entrevista buscam-se dados referentes ao que “as pessoas sabem, crêem, esperam, sentem ou desejam, pretendem fazer, fazem ou fizeram, bem como acerca das suas explicações ou razões a respeito das coisas” (GIL, 1994 p.113).

Minayo (1998, p.109), ao considerar a entrevista como um importante instrumento de coleta de informações nas Ciências Sociais, chama a atenção para o fato de que

a fala [pode] ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos (sendo ela mesma um deles) e ao mesmo tempo ter a magia de transmitir, através de um porta-voz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, sócio-econômicas e culturais específicas.

O roteiro de entrevista teve a função de orientação, ajudando a acompanhar o depoimento e guiar as questões que seriam abordadas sem, entretanto, seguir uma ordem rígida ou impedir a emergência de dados não previstos no roteiro. Foram consideradas todas as etapas prévias necessárias a cada entrevista - contato com os pesquisados, esclarecimentos sobre a pesquisa e agendamento da entrevista.

Foram utilizados 3 (três) roteiros de entrevista:

- Estruturada para gerentes dos CAPS (**Apêndice 6**)
- Estruturada para profissionais dos CAPS (**Apêndice 1**)
- Semi-estruturada para profissionais do CAPS (**Apêndice 2**)

Sujeitos da pesquisa

Os sujeitos da pesquisa foram os trabalhadores das equipes dos cinco CAPS já mencionados. Participaram todos aqueles servidores que, no seu trabalho cotidiano, realizam diretamente atividades terapêuticas com os pacientes.

Os gerentes ou coordenadores participaram do estudo na condição de gestores e, quando acumulavam a este cargo a função profissional específica, também participaram na condição de profissional da equipe.

Cada participante da pesquisa leu e concordou em participar mediante a assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, no qual estão definidos os objetivos da pesquisa, as estratégias e o modo de participação dos mesmos no estudo (**Apêndice 5**). Foi garantido o anonimato e preservado o

sigilo das informações coletadas, assim como assegurado aos sujeitos o direito de deixar de participar da pesquisa a qualquer momento em que assim desejassem.

Para a definição do número de profissionais, consideramos a informação dos coordenadores/gerentes de cada CAPS. Foram informados pelos gerentes a existência de 5 enfermeiros, 9 psicólogos, 10 assistentes sociais, 4 médicos, 3 terapeutas ocupacionais, 6 arte-terapeutas, 4 educadores físicos, 11 técnicos de enfermagem, 2 auxiliares de enfermagem, 11 auxiliares administrativos, 1 artesão ou “oficineiros” e 2 monitores, perfazendo um total de 68 trabalhadores. Entretanto, a coleta de dados foi realizada com a participação dos trabalhadores que, dentre esses 68, foram identificados pelo pesquisador no momento da coleta de dados. Não participaram aqueles que estavam de licença, férias ou não foram localizados no respectivo local de trabalho informado, no período de coleta de dados. Dessa forma, os participantes da pesquisa foram 47 trabalhadores, distribuídos por categoria profissional conforme o Quadro 2, página 57 deste estudo.

Para a compreensão da dinâmica assistencial, objeto de estudo de dois CAPS (1 e 2), foi considerada a inserção dos profissionais na estrutura organizacional e dinâmica de trabalho de cada local, quanto a:

- a) Vínculo trabalhista da administração municipal e estadual;
- b) Habilidade específica nas situações de atendimento com os usuários e familiares nas etapas/fluxo do atendimento (formas de atendimento – acolhimento, vínculos, desempenho profissional). Por exemplo, recepção, consultas, oficinas, grupos, atividades de lazer e ocupacionais, lanche, prescrição e formas de orientação de conduta medicamentosa, visita domiciliar e outras;
- c) Participação dos profissionais nos processos administrativo-terapêuticos (discussão de casos, definição e alteração de modalidade terapêutica para os pacientes, admissão e alta);
- d) Atuação dos profissionais na equipe de acordo com cada processo de trabalho específico - autonomia e complementaridade do trabalho, freqüência e dinâmica da discussão de casos;
- e) Participação (ou não) dos profissionais nos processos de gestão (escolha de gerente, assembléia, conselho gestor, associação de usuários e familiares, venda e aquisição de

- produtos, avaliação do trabalho, etc.) e de decisões e avaliação das práticas realizadas no CAPS;
- f) Formação ou participação em atividades de educação permanente na área da saúde mental.

Para efeito de apresentação dos dados, ao referenciar trechos de entrevistas considerados importantes para a análise, sem identificar os sujeitos entrevistados, foi atribuído a cada sujeito e serviço, uma identificação numérica, como por exemplo: trabalhador nº. 1, nº. 2 e assim, sucessivamente; CAPS nº. 1, nº. 2 e assim, sucessivamente. A seqüência numérica foi atribuída aleatoriamente, tanto para os sujeitos como para os serviços CAPS.

Período do trabalho de campo

A coleta de dados nos CAPS iniciou em 03 de novembro de 2006 e foi encerrada em 28 de Fevereiro de 2007. O período foi ajustado de acordo com o funcionamento dos serviços, considerando que os meses de dezembro/2006 e janeiro/2007 tiveram demanda reduzida devido ao período de férias dos trabalhadores dos CAPS e recessos em alguns serviços da administração pública.

Sabemos que vários obstáculos podem dificultar ou até mesmo inviabilizar a entrada em campo. Por isso nos baseamos em Cruz Neto (2002), que sugere algumas considerações para buscar uma aproximação com as pessoas da área selecionada. Entendemos que esta aproximação pode ser facilitada através de pessoas já conhecidas do pesquisador que podem fazer o intercâmbio com os sujeitos pesquisados. A apresentação da proposta de estudo a estes sujeitos é uma outra sugestão feita por Cruz Neto (2002), que afirma ser nesse momento o estabelecimento de uma situação de trocas advindas dos bons resultados que a pesquisa pode trazer. Assim, antes da coleta dos dados propriamente dita, em cada unidade, realizamos um primeiro contato para expor o projeto e concensuar junto aos sujeitos da pesquisa uma dinâmica de trabalho que não prejudicasse o cotidiano das equipes.

3.3.2 Análise dos dados

Para Minayo (2002, p. 69) a fase de análise tem três finalidades: “estabelecer uma compreensão dos dados coletados; confirmar ou não os pressupostos da pesquisa e/ou responder as questões formuladas e ampliar o conhecimento sobre o assunto pesquisado [...]”.

Portanto os dados foram analisados segundo uma organização não rígida e em separado da fase de coleta, ou seja, na perspectiva qualitativa adotada nesse estudo, as fases de coleta e análise dos dados, muitas vezes, são simultâneas, segundo aponta Triviños (1987).

Operacionalmente, seguimos os seguintes passos:

Os dados foram classificados em ordem cronológica de sua coleta e com sua vinculação institucional, ou seja, à rede estadual ou municipal de atenção à saúde.

Utilizamos a Técnica de Análise de Conteúdo para a identificação das categorias empíricas que ocorre após a leitura exaustiva de todo o material coletado.

A análise de conteúdo parte de uma leitura de primeiro plano das falas, depoimentos e documentos, para atingir um nível mais profundo, ultrapassando os sentidos manifestos do material. Para isso, geralmente, todos os procedimentos levam à relacionar estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados e articular a superfície dos enunciados dos textos com os fatores que determinam suas características: variáveis psicossociais, contexto cultural e processo de produção da mensagem (MINAYO, 2006, p.308).

As categorias analíticas pressupostas a partir do marco teórico foram: Processo de Trabalho e Atenção Psicossocial. Estas categorias foram relacionadas com aquelas que emergiram da coleta dos dados empíricos, identificadas a partir dos temas que evidenciavam os núcleos de sentido das comunicações. Dessa forma, identificamos as categorias: formação e capacitação profissional, condições de trabalho e o trabalho realizado e a gestão do trabalho das equipes.

A análise foi orientada pelo marco teórico apresentado, visando ao alcance dos objetivos e resulta num conhecimento aproximado e provisório sobre o

objeto pesquisado. Estes limites estão relacionados às individualidades inerentes ao pesquisador e aos limites próprios deste trabalho científico.

4. REVISÃO DA LITERATURA

4.1 O trabalho em saúde

O homem é um ser em permanente construção, que vai se fazendo no tempo pela mediação de sua prática, de sua ação. É, assim, um ser histórico, que vai se construindo no espaço social; não é uma realidade dada, mas fundamentalmente um sujeito que vai construindo a sua realidade. Esta construção que o homem faz inicia-se com a sua relação com a natureza, que é a fonte da vida material e essa, por sua vez, cria novas necessidades (MENDES-GONÇALVES, 1992).

Ao contrário dos demais seres vivos, esse intercâmbio homem/natureza não se dá de modo mecânico. As intervenções que os homens estabelecem com a natureza são marcadas por uma intencionalidade que antevê e projeta a sua ação. Esta ação humana sobre a natureza é o *trabalho*, compreendido como a prática produtiva essencialmente humana (MENDES-GONÇALVES, 1992).

Ainda esse mesmo autor afirma que, dadas as características do trabalho - produzir sempre face às necessidades sociais, relacionar os homens por meio de seus produtos e conforme o grau de domínio que têm (ou não têm) das condições de trabalho -, ele é, antes de tudo, o processo de produção e reprodução humanos. Portanto, o trabalho humaniza o homem na medida em que proporciona mediações da sua existência com a natureza - o universo da vida material, mediações entre os homens e da relação consigo mesmo, que permitem a existência da sociedade, da cultura e da subjetividade, em suma, o universo social e cultural.

Almeida, Rocha (1997) e Mendes-Gonçalves (1992) concordam que o trabalho que atende às necessidades de saúde é uma das mais antigas formas de trabalho social. O trabalho em saúde, embora focalizado no corpo humano, nas suas dimensões objetivas e subjetivas, não pode ser abstraído de suas relações históricas. Não existe um processo de trabalho em saúde "em geral", porque a ele não corresponde um objeto "natural", já dado independente da história. As necessidades de saúde, e conseqüentemente os objetos de trabalho em saúde, são historicamente determinados. Assim, na assistência à saúde mental, ao longo de seus, aproximadamente, dois séculos de existência como campo técnico-científico, já se estruturaram diferentes objetos, instrumentos e finalidades e,

atualmente, se organiza a assistência a partir de um determinado recorte de objeto – um sujeito que apresenta um sofrimento mental -, com a finalidade de aliviar o seu sofrimento e integrá-lo socialmente. Para isso, se organizam específicos instrumentos de trabalho, diferentes de outros anteriormente utilizados na história.

Ao processo de trabalho em saúde corresponde: 1) um objeto/sujeito, que é a quem (ou para o que) se dirige o cuidado; 2) instrumentos ou meios que incluem conhecimentos, métodos, técnicas, equipamentos e/ou recursos para realizar esse trabalho; e 3) a finalidade ou o que se quer alcançar com o trabalho. Essas três dimensões do trabalho em saúde não existem isoladamente, são interdependentes, se conformam mutuamente, e essa relação indissociável existe somente num dado contexto sócio-histórico, marcado pelos determinantes gerais do modo de produção capitalista que, por sua vez, condiciona a existência de uma sociedade de classes caracterizada pelo alto nível competitivo. É necessário ressaltar ainda que, no processo de trabalho em saúde, os agentes que operam o saber e as práticas são seres humanos, assim como os “objetos” aos quais as práticas/cuidados se dirigem. Essa característica incide diretamente na condição de execução de um determinado tipo de trabalho: trabalho vivo ou em ato (MALTA, MERHY, 2003).

Estes mesmos autores completam que o trabalho em saúde, em decorrência dessa característica de se realizar no encontro e por meio de atos entre sujeitos - trabalhador de saúde e usuário -, se dá pela criação de espaços de relações e interação, que são momentos de produção e consumo de ações de saúde.

4.2 Saúde mental: do modelo asilar ao modelo psicossocial

A assistência psiquiátrica vem sofrendo profundas mudanças nos países ocidentais desde a Segunda Guerra Mundial. A princípio, buscou-se transformar internamente o asilo e o hospital psiquiátrico, na tentativa de humanizá-los e de torná-los terapêuticos e mais eficazes na recuperação das pessoas internadas, porém essas experiências logo revelaram suas limitações. A partir dos anos 60 surgiram propostas mais radicais, no movimento da anti-psiquiatria, que questionavam o saber psiquiátrico e seu mandato social em relação à loucura. A partir dos anos 70, principalmente na Itália, se consolidou outro movimento que até hoje vem se revelando desafiador, mas que apresenta experiências bem sucedidas e se amplia mundialmente: é a proposta da *desinstitucionalização* (VASCONCELOS, 2002).

Coerente com as primeiras fases já referidas, a organização do trabalho para a assistência psiquiátrica se restringia, até o início do século XX, à prática médica baseada na classificação e descrição das “doenças mentais” e centralizava todo o arsenal de cura no hospício, expressão máxima da tecnologia médico-psiquiátrica (naquela época nomeada alienista). Essa organização, que também se denomina “modelo asilar”, conforme Costa-Rosa (2000), contava com as práticas complementares de pessoal subalterno que visavam essencialmente o controle (vigilância) dos internados. Entre aqueles, identificavam-se os primeiros cuidadores “enfermeiros” na assistência psiquiátrica (OLIVEIRA, ALESSI, 2005).

A Reforma Psiquiátrica é um movimento e, como tal, atravessada por contradições (OLIVEIRA, ALESSI, 2005). O paradigma da desinstitucionalização, que influenciou significativamente o movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil, vai além da reforma das tecnologias assistenciais e redimensiona o conceito de “doença mental” no sentido epistemológico, sócio-cultural e jurídico-legal. Assim, nesse novo paradigma, enfatiza-se a reinvenção da saúde no sentido da produção de vida, de uma sociabilidade que amplia e complexifica o objeto de conhecimento e intervenção - a pessoa que sofre mentalmente (AMARANTE, 2003).

Observa-se atualmente, no Brasil e no mundo, a reorientação do modelo assistencial que se pauta por uma concepção de saúde mental compreendida como processo e não como ausência de doença, na perspectiva de produção de qualidade de vida daquele que sofre, conforme declara a Organização Mundial de Saúde (2001). Nesse modelo, os serviços devem ser territorializados e integrados à rede de saúde, realizando ações de proteção, promoção e assistência

em saúde mental, além de incluir ações dirigidas aos familiares e comprometer-se com a construção de projetos de inserção social, respeitando as possibilidades individuais e os princípios de cidadania (ONOCKO-CAMPOS, FURTADO, 2006).

Com a finalidade acima descrita, os CAPS foram criados para operarem como dispositivos resolutivos para mudança do modelo assistencial e diminuição de internações em hospitais psiquiátricos.

4.3 CAPS: uma nova tecnologia assistencial em saúde mental

Em princípio, buscamos situar a origem dos CAPS como dispositivos de cuidado na saúde mental que atualmente se apresenta como central na reorientação do modelo assistencial brasileiro. O primeiro CAPS surgiu em 1987 – o CAPS Luis da Rocha Cerqueira ou CAPS Itapeva - na Cidade de São Paulo, no movimento político da redemocratização brasileira e da Reforma Sanitária. Esta criticava os conceitos, modalidades de atenção e de financiamento das ações de saúde (e de saúde mental), e se fortaleceu principalmente no final da década de 1980. Nesse mesmo processo, os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) em Santos, também se constituíram como uma expressão significativa dessa nova tecnologia clínico-política na área da atenção à saúde mental. Os NAPS representaram o movimento mais efetivo de ruptura paradigmática com o modelo anterior – hospitalocêntrico e excludente -, na medida em que se organizavam através do funcionamento territorializado, diuturnamente e integrados à rede de serviços de saúde (ONOCKO-CAMPOS, FURTADO 2006).

Reforçando, foram essas duas experiências que subsidiaram a formulação, pelo MS, da Portaria nº. 224 que, em 1992, estabelecia pela primeira vez critérios para o credenciamento e financiamento de CAPS no SUS. Os CAPS são atualmente regulamentados pela Portaria nº. 336/GM/2002 e integram a rede do SUS. Constituem-se como a principal estratégia utilizada no processo de Reforma Psiquiátrica, e são serviços de saúde para tratamento de pessoas acometidas por transtornos mentais. Os CAPS são serviços substitutivos à internação psiquiátrica, oferecendo à comunidade, de uma área circunscrita, tratamento clínico e atividades de reinserção social, proporcionando acesso ao trabalho, aos direitos civis, ao lazer e ao convívio familiar (BRASIL, 2004a).

Com tais objetivos, os CAPS devem oferecer diversas atividades terapêuticas, como psicoterapia individual ou em grupo, oficinas terapêuticas,

atividades comunitárias e artísticas, orientação e acompanhamento do uso de medicações, atendimento domiciliar e familiar, organizadas num projeto terapêutico individualizado, que tem por objetivo o tratamento e a reabilitação, estes entendidos como processos de ampliação da autonomia pessoal/social dos usuários.

Neste dispositivo estratégico de cuidado em saúde mental, as práticas terapêuticas devem romper com o modelo disciplinador tipicamente observado no modelo alienista/asilar e se constituir como uma trajetória dinâmica e flexível com o objetivo de enriquecer a existência do usuário/sujeito. Este é compreendido como o protagonista principal de sua vida e tratamento, e assim o CAPS funciona como o principal agenciador de condições concretas para que este sujeito participe de trocas no âmbito social.

Observa-se, portanto, que, nesse dispositivo, a equipe multidisciplinar que tem por objetivo viabilizar esse tratamento/reabilitação, opera com conteúdos técnico-políticos que vão muito além das técnicas profissionais tradicionais do campo “psi”. Para viabilizar esse projeto terapêutico ambicioso, é necessário romper com vários fundamentos do modelo médico-psiquiátrico: o conceito de doença mental como desrazão e erro, e a periculosidade que, por sua vez, determinam a necessidade do isolamento e de uma “pedagogia” para a reeducação rumo a uma suposta normalidade abstraída da pessoa (AMARANTE, TORRE, 2001).

As equipes operam, portanto, com elementos de uma “clínica ampliada”, centrada no sujeito e inseparável das formas de organização dos processos de trabalho e da política, pois os CAPS “colocam em especial evidência as inter-relações entre subjetividade, gestão dos processos de trabalho e clínica”, (ONOCKO-CAMPOS, FURTADO, 2006, p. 1056).

Visando refletir sobre esses desafios postos para as equipes dos CAPS, e considerando-os na historicidade do processo atual de organização das políticas de saúde no Brasil, apresentamos a seguir algumas definições sobre trabalho em equipe.

4.4 O trabalho na atenção psicossocial: enfocando a equipe.

A maioria dos estudos sobre trabalho em equipe em saúde apresenta uma abordagem tecnicista, onde o trabalho de cada profissional é focado como atribuições, tarefas ou atividades específicas e, assim, a equipe multiprofissional é apresentada como um conjunto de profissionais que operam diferentes práticas, sobre uma realidade dada, em que as formas de articulação dos trabalhos específicos não é historicizada (PEDUZZI, 2001).

Tendo em vista a necessidade de problematizar essa conceituação de trabalho em equipe no contexto da atenção psicossocial, apresentamos alguns conceitos e tipologias de trabalho em equipe, a partir dos estudos de Peduzzi, (2001) e Vasconcelos (2002).

Admitindo-se que o trabalho em saúde é coletivo, resultado da divisão histórica do trabalho e que essa remete a uma determinada (e relativa) autonomia técnica “concebida como a esfera de liberdade de julgamento e de tomada de decisão frente às necessidades de saúde dos usuários”, (PEDUZZI, 2001, p. 107) que, por sua vez, se articula com uma determinada valoração social atribuída aos diferentes trabalhos/trabalhadores e que legitima essa autonomia técnica – divisão social e técnica do trabalho -, apresentamos a tipologia de trabalho em equipe proposta por esta autora.

Equipe agrupamento, em que ocorre a justaposição das ações e o agrupamento dos agentes, e *equipe integração*, em que ocorre a articulação das ações e a interação dos agentes. Em ambas, estão presentes as diferenças técnicas dos trabalhos especializados e a desigualdade de valor atribuído a esses distintos trabalhos [...] e tensões entre as diversas concepções e os exercícios de autonomia técnica, bem como entre as concepções quanto a independências dos trabalhos especializados ou a sua complementaridade objetiva (p. 106).

Portanto, ao definirmos como meta o trabalho em equipe nos CAPS, não pode haver a pressuposição de uma idealizada homogeneização ou igualdade de saberes técnicos e valores sociais dos diferentes trabalhos profissionais, mas antes o enfrentamento dessas diferenças e desigualdades no processo cotidiano de trabalhar/cuidar. A *equipe integração* (PEDUZZI, 2001) é a requerida no trabalho de atenção psicossocial para buscar a necessária articulação das ações, a interação rumo a uma concepção menos conflituosa de

intencionalidades e metas, ou, em outros termos, a superação do isolamento dos saberes.

Essa construção necessita ser apreendida como um processo dinâmico, assim, essa articulação requer um movimento consciente e ativo dos agentes para o reconhecimento das *diferenças* e *desigualdades* - diferenças técnicas entre as profissões que são hierarquizadas e disciplinadas por meio de valores e normas sociais, conforme Peduzzi (2001) e Oliveira (2006), porém sem esquecer que tais diferenças são igualmente históricas, e em determinados momentos podem perder seu sentido, exigindo novas mudanças.

Muitas vezes, as equipes multiprofissionais se constituem na modalidade *agrupamento*, como um conjunto de diferentes agentes, realizando processos de trabalho parcelares e especializados (com objetos, saberes e instrumentos distintos), sob a autoridade do saber e da prática do médico (PEDUZZI, PALMA, 2000; PEDUZZI, 2001; OLIVEIRA, 2006). Em decorrência, se apresentam como arenas de conflitos numa justaposição de agentes e trabalhos alienados.

Num estudo que parte de uma concepção sistêmica e aborda a interdisciplinaridade no Serviço Social, Vasconcelos (2002) apresenta a seguinte tipologia:

Multidisciplinaridade ou multiprofissionalidade: conjunto de profissionais de diferentes áreas trabalhando isoladamente, embora num mesmo espaço institucional, operando simultaneamente diferentes saberes, sob uma coordenação apenas administrativa.

Pluridisciplinaridade: as práticas multiprofissionais são agregadas em alguns espaços e tempos de interlocução “científica”, como discussões clínicas e estudos de caso com o objetivo de planejar e avaliar ações assistenciais.

Interdisciplinaridade auxiliar: “contribuições de uma ou mais disciplinas para o domínio de uma disciplina específica que se posiciona como campo coordenador das demais” (p. 45). Observa-se essas práticas em situações da psiquiatria contemporânea que, visando a manutenção da hegemonia médica no campo da atenção à saúde mental, “apropria-se de contribuições de outras disciplinas, de forma subordinada” (p. 17)

Interdisciplinaridade:

É entendida como estrutural, havendo reciprocidade, enriquecimento mútuo, com uma tendência à horizontalização das relações de poder entre os campos. Exige a identificação de uma problemática comum, com levantamento de uma axiomática teórica e/ou política básica e de uma plataforma de trabalho conjunto, colocando-se em comum os princípios e os conceitos fundamentais,

esforçando-se para uma decodificação recíproca da significação, das diferenças e convergências desses conceitos e, assim, gerando uma fecundação e aprendizagem mútua, que não se efetua por simples adição ou mistura, mas por uma recombinação de elementos (VASCONCELOS, 2002, p. 47).

Transdisciplinaridade: radicalização da interdisciplinaridade que tem como consequência a criação de um novo campo teórico ou disciplinar.

Observa-se que a *interdisciplinaridade*, tal como definida por Vasconcelos (2002), é o que sustenta a elaboração de um projeto assistencial comum, como propõe Peduzzi (2001) na *equipe integração*. Esse projeto sinaliza a integração da equipe, na medida em que se constitui como um eixo em torno do qual se organiza a dinâmica cotidiana de trabalho.

Esse projeto, por sua vez, será sempre referido a uma determinada equipe e estará situado num determinado contexto sócio-histórico – micro e macro determinado. Assim, o projeto geral de superação do modelo biomédico psiquiátrico pelo de atenção psicossocial no Brasil (processo atravessado pelos movimentos contrários à Reforma Psiquiátrica, localizados principalmente nas corporações médicas) e as específicas configurações locais das equipes dos CAPS estarão implicados e serão constituintes dos projetos assistenciais das equipes de cada CAPS. A historicidade é, portanto, fundamental para compreender o trabalho em equipe na perspectiva da *interdisciplinaridade* (Vasconcelos, 2002) ou da *equipe integração* (Peduzzi, 2001).

As equipes dos CAPS operam diferentes instrumentos de trabalho – recursos materiais (desde a própria estrutura física dos serviços), conhecimentos especializados das diferentes áreas profissionais, técnicas (oficinas artísticas, culturais, educativas, de geração de renda; grupos terapêuticos; consultas médicas, de enfermagem, psicologia,) e são, também elas próprias, simultaneamente meios/recursos e agentes do processo de trabalho. Nos CAPS, todos os agentes e meios necessitam ser coordenados para a finalidade de transformar o “objeto” de trabalho, os usuários dos CAPS, realizando a reabilitação psicossocial.

A necessidade da interdisciplinaridade no campo da Saúde Mental decorre do fato de que o “adoecer psíquico” não é um fenômeno homogêneo e simples, mas complexo e multifacetado. O sofrimento psíquico é decorrente de uma complexa teia de eventos biológicos, sociais, emocionais, psicológicos, culturais e políticos. Sendo assim, as formas de atenção a ele, para o seu arrefecimento, necessitam ser as mais diversificadas possíveis. O mero envolvimento de técnicos de diferentes formações, a justaposição de ações, freqüentemente antagônicas,

característica da equipe multiprofissional, não resulta em melhoria da atenção, que só pode se beneficiar de ações integralizadas e contextualizadas (OLIVEIRA, SILVA, 2000).

A partir da concepção de que cada manifestação de sofrimento psíquico ocorre de modo singular e que a finalidade da intervenção psicossocial não é mais o retorno a uma pretendida normalidade externa à pessoa, como ocorria no modelo psiquiátrico, o campo da saúde mental é chamado a refazer-se por inteiro. A historicidade dos processos individuais de adoecimento/reabilitação e de organização dos processos de trabalho requer novas habilidades e competências das equipes.

A atenção psicossocial apresenta especificidades e um grau de complexidade de âmbito operacional, de gestão, de concepção teórica de objeto e de finalidade do trabalho que necessitam ser considerados ao se buscar sua implantação. As equipes precisam de uma mínima coesão ideológica e ética (OLIVEIRA, SILVA, 2000).

Tendo a equipe tal importância para o trabalho dos CAPS, uma vez que a inovação aí proposta se dá (ou não), conforme Malta, Merhy (2003), mediante a realização do “trabalho vivo em ato”, consideramos fundamental refletir sobre as condições a partir das quais este trabalho se realiza.

4.5 Precarização do trabalho e suas implicações na atenção psicossocial

O projeto neoliberal, conforme análise do contexto latino-americano feito por Laurell (1997), reivindica um Estado mínimo, uma desobrigação cada vez mais acentuada das garantias trabalhistas e de bem estar social, em um contexto onde essas garantias, a rigor, nunca existiram. Dentre as conseqüências desse projeto, observou-se no Brasil e em outros países, o enfraquecimento dos coletivos de trabalhadores e a acentuação da exploração, com a “*subproletarização* do trabalho, presente nas formas de trabalho precário, parcial, temporário, subcontratado, *terceirizado*, vinculados à *economia informal*” (ANTUNES, 1999, p. 44).

Essa metamorfose e desagregação da classe trabalhadora atual, segundo Antunes (1999), é evidenciada no setor saúde brasileiro de modo muito acentuado. As conseqüências desse processo podem ser observadas em estudos que analisam o processo de trabalho de enfermagem (PIRES, GELBCKE, 2001).

A Portaria nº. 336/GM/02 estabelece a equipe mínima de trabalho para os CAPS de tipo I, II, III, CAPSi e CAPSad, além de descrever as atividades que devem ser realizadas por essas equipes. Segundo essa portaria e tomando-se por base o CAPS de menor nível de complexidade (CAPS I), a equipe de profissionais para atender 20 (vinte) pessoas por dia, em atendimento intensivo, necessita de 1 (um) médico com formação em psiquiatria/saúde mental, 1 (um) enfermeiro, mais 3 (três) profissionais com formação universitária que atendam ao Projeto Terapêutico e 4 (quatro) profissionais de nível médio da área técnica e administrativa (BRASIL, 2004a).

Os demais CAPS têm uma conformação de equipe profissional semelhante, variando somente em número de profissionais e em algumas especialidades.

Por meio da abordagem dialética marxista estamos problematizando e analisando essas *condições de trabalho* e suas implicações no trabalho das equipes dos CAPS. “Na perspectiva marxista a realidade é interpretada como uma totalidade onde tanto os fatores visíveis como as representações sociais integram e configuram um modo de vida condicionado pelo modo de produção específico” (MINAYO, 1994, p. 34). Assim, é destacada a base material como determinante da produção da consciência e construção da realidade, e a historicidade, pois a sociedade está sob o movimento do modo de produção econômico, que lhe dá direção num determinado momento e lugar (MINAYO,

1994). Ao considerarmos a atenção psicossocial, é necessário admitir que existe um intermediário – institucional, jurídico-político, legal - entre o trabalhador da saúde mental e o seu trabalho. Atualmente, ao situar a existência dos CAPS no contexto do SUS, reconhece-se a preponderância de serviços de natureza pública. Esse intermediário, portanto, é o gestor público, na maioria das vezes situado no nível municipal.

Com Costa-Rosa (2000, p. 149) reconhecemos que “qualquer que seja o programa terapêutico que se crie [...], ele será profundamente sensível aos modos estruturais e conjunturais de organização do dispositivo institucional em que ou por meio do qual é executado”. Assim é necessário considerar a *precarização* do trabalho em saúde como algo que terá influência central nos resultados do trabalho terapêutico nos dispositivos de atenção à saúde mental.

Para que o vínculo na equipe se instale e perdure, condições mínimas de trabalho devem ser asseguradas, como a estabilidade dos contratos de trabalho, bem como um salário condizente com cada categoria profissional, emanando daí, segurança do ponto de vista trabalhista. Uma equipe contratada precariamente (terceirizados, contratos temporários, por exemplo) não se responsabiliza pela missão institucional e muito menos se compromete com movimentos de mudança, conforme Nogueira (1996), como é requisitado na atenção psicossocial.

Dentre as principais evidências sinalizadas pelos mercados de trabalho em saúde, em uma pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde em 1995, foi a precarização dos mercados de trabalho de profissionais da saúde (NOGUEIRA, 1996).

O trabalho precário em saúde é identificado como um obstáculo para avanços efetivos no SUS e isso compromete a relação dos trabalhadores com o sistema e prejudica a qualidade e a continuidade dos serviços essenciais prestados pelo Sistema de Saúde. Observamos que o MS reconhece essa situação como problema para a gestão. Para implementação de propostas quanto a Gestão do Trabalho no SUS, criou-se no MS desde 2003, uma Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - SGTES - e dois departamentos: Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde - DEGERTS e Departamento de Gestão da Educação na Saúde - DEGES (BRASIL, 2007d).

Ainda conforme esse espaço de comunicação “on line” do MS vemos que

[...] a Gestão do Trabalho no SUS trata das relações de trabalho a partir de uma concepção na qual a participação do trabalhador é fundamental para a efetividade e eficiência do Sistema Único de Saúde. Dessa forma, o trabalhador é percebido como sujeito e

agente transformador de seu ambiente e não apenas um mero recurso humano realizador de tarefas previamente estabelecidas pela administração local. Nessa abordagem, o trabalho é visto como um processo de trocas, de criatividade, co-participação e co-responsabilização, de enriquecimento e comprometimento mútuos (BRASIL, 2007d).

Desta forma, o MS “entende ser necessário ampliar o consenso em torno dos prejuízos que esta situação acarreta” (BRASIL, 2007e). Este documento “on line” traz também que “É preciso também analisar alternativas com intuito de combater a precariedade do trabalho e, em conjunto com os gestores do SUS, buscar saídas compatíveis e viáveis”. Sendo assim, o MS apresenta a proposta do Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS - DesprecarizaSUS, com o objetivo de regularização dessa situação.

O Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) se posiciona da seguinte forma em relação à Gestão do Trabalho em Saúde:

Em relação à Desprecarização do trabalho, nossa posição é clara: somos contra qualquer vínculo, seja na forma direta ou indireta, que não assegure ao trabalhador os seus direitos trabalhistas e previdenciários. Além disso, defendemos uma gestão local que democratize as relações de trabalho, possibilitando que o trabalhador de saúde seja sujeito e protagonista na história de construção do SUS (BRASIL, 2006a, p. 8).

Portanto, em todas as instâncias responsáveis pela gestão do trabalho no SUS, incluindo o CONASEMS e o CONASS (Conselho Nacional de Secretários de Saúde) e os trabalhadores, observamos um consenso a respeito da necessidade de mudanças no panorama atual de precarização do trabalho. Este é admitido como um grande desafio e precisa ser enfrentado com a máxima urgência e ajuda de todos os envolvidos e comprometidos com Sistema de Saúde brasileiro (BRASIL, 2006a).

No documento preparatório para a 3ª Conferência Nacional de Gestão no Trabalho e Educação na Saúde, realizada em 2005, encontramos que:

[...] a partir da década de 90, com a implementação da proposta neoliberal de reforma estrutural do Estado em direção ao Estado Mínimo, foi intensificado no SUS a política de flexibilização das contratações e de precarização das relações de trabalho, utilizando diversos modelos de contratos de trabalho adotados pela União, estados e municípios (BRASIL, 2005a, p. 36).

Encontramos ainda nesse documento que a expansão do trabalho precarizado é induzida pela terceirização de serviços sem a devida observação da legislação. Assim, o trabalho precarizado é fruto da desobediência às normas dos direitos trabalhistas (BRASIL, 2005a).

Define-se trabalho precário “como uma situação de não-proteção social, quando exercido na ausência dos direitos previstos na legislação” (BRASIL, 2005a, p. 36).

Observa-se ainda:

[...] como conseqüência da precarização do trabalho, [que] um grande contingente de profissionais do setor público de saúde está submetido às mais diversas modalidades contratuais: cooperativas, sistemas de bolsas, contratos temporários, pagamento por reconhecimento de dívida, entre outros. Essas modalidades além de contrariarem os preceitos do artigo 6º da Constituição Federal, que garante o trabalho como um direito social, submete esses profissionais a uma situação de desconforto e de insegurança trabalhista e social (BRASIL, 2005a, p. 37).

Esses aspectos das atuais condições de trabalho repercutem no trabalho de enfermagem e na saúde de seus trabalhadores. Os novos modelos de atenção à saúde que buscam, por um lado, a integralidade da atenção, por outro, muitas vezes não consideram o trabalhador como sujeito, mas como mera engrenagem de uma instituição (PIRES, GELBCKE, 2001).

Na atenção à saúde mental, a complexidade de composição e de objetivos que se apresentam para as equipes dos CAPS, requisitando a articulação dos diferentes processos de trabalho na constituição de um processo peculiar, certamente é, por si só, um grande desafio a ser enfrentado. Maior desafio ainda é articular os diferentes processos de trabalho presentes nas equipes com as dificuldades impostas pela situação da precarização do trabalho nos serviços públicos de saúde, especificamente nos serviços de saúde mental.

Vivenciando os efeitos da precarização do trabalho, participando da construção da atenção psicossocial no nível municipal e amparada nas referências teórico-metodológicas apontadas, consideramos que, se o que se pretende é a inversão do modelo asilar para o psicossocial, é necessário investimentos para compreender a repercussão dessas condições de trabalho no mundo atual, na construção da atenção psicossocial; e por fim, é necessário considerar a construção das ações de saúde como resultante de uma pactuação social que envolve usuário, trabalhadores e gestores.

5. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Este capítulo apresenta e analisa os dados, fazendo inicialmente uma contextualização panorâmica sobre a rede de saúde mental no SUS e no município de Cuiabá. A seguir, aborda a formação e capacitação dos trabalhadores, as condições de trabalho e, por fim, discute o trabalho realizado e a gestão do trabalho das equipes, na perspectiva dos elementos do processo de trabalho.

No Brasil, há quase duas décadas está em vigor a Lei nº. 8.080/90, que orienta uma política para a atenção à saúde e dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Este é o Sistema Único de Saúde – SUS, que adota o sistema de rede descentralizada e hierarquizada para a implementação de serviços de saúde (BRASIL, 1990).

Esta Lei refere em seu capítulo II – Dos princípios e Diretrizes, Art. 7º, que:

As ações e serviços públicos de saúde [...] que integram o Sistema Único de Saúde - SUS são desenvolvidos [...] obedecendo ainda aos seguintes princípios: [...] IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo: a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde; [...] XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência [...]

Conceitos importantes devem ser definidos aqui para melhor argumentação e discussão. A **descentralização** “é o processo de transferência de responsabilidades de gestão para os municípios, atendendo as determinações constitucionais e legais que embasam o SUS [...]” (BRASIL, 2005a, p. 76). Assim os municípios têm a responsabilidade de planejar, organizar, executar e avaliar suas ações de saúde. A **regionalização**

[...] trata-se de uma forma de organização dos Sistemas de Saúde, com base territorial e populacional [...] na busca por uma distribuição de serviços que promova a equidade de acesso, qualidade, otimização dos recursos e racionalidade de gastos (BRASIL, 2005b, p.197).

Compreendemos então que a conformação dos serviços em **rede regionalizada e hierarquizada** refere-se à localização destes numa determinada região geográfica da comunidade, contemplando ali todos os níveis de complexidade de atenção à saúde (BRASIL, 2005b).

Além desse pressuposto de conformação e localização geográfica de serviços e organização da rede, a descentralização vigente no SUS prevê a criação e fomento de espaços institucionais de participação e, por esse meio, a desconcentração de poder político. Desse modo, a descentralização, além de uma maior racionalidade do sistema, está posta como necessidade de consolidação de processos políticos e de gestão democráticos (COHN, 1997).

Entretanto, estudiosos analisam que na implantação do SUS, esse princípio se chocou com a realidade de muitos municípios que, ao iniciarem o processo de municipalização, evidenciaram suas fragilidades para essa concretização. Bordin (2002) afirma que, muitas vezes a realidade do processo de municipalização foi reduzida à “prefeiturização”, reproduzindo a lógica da hierarquia anterior, além do fato de que os municípios apresentavam carência de infraestrutura e capacidade organizacional, de planejamento e de gestão do sistema de saúde. Assim, a necessidade e institucionalidade da participação e controle social do SUS se deparou com a realidade local de organização social muito incipiente e, por isso, insuficiente para as demandas previstas na Reforma Sanitária. Podemos considerar que, em Cuiabá, esse processo não foi diferente, haja vista os relatos sobre o início do processo de municipalização analisado por Silva (1998) e a realidade atual que analisaremos a seguir nesse estudo.

O comando único se refere à responsabilidade de cada nível de gestão, segundo cada competência, sobre a direção das ações em seus respectivos níveis. Atualmente os municípios devem responsabilizar-se pelas “funções de coordenação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria da saúde local, controlando [...] as ações e os serviços de saúde prestados em seu território” (BRASIL, 2005b, p. 148).

Para termos uma visão geral de como se organizam os serviços de saúde no município estudado é requerido, primeiramente, identificarmos Cuiabá como sendo uma cidade/capital da região Centro-Oeste do Brasil com uma população estimada de 542.861 habitantes (BRASIL, 2007e).

O órgão gestor do SUS Cuiabá é a Secretaria Municipal de Saúde, criada pela Lei Complementar nº 94 de 03 de julho de 2003 [...] O SUS/Cuiabá está habilitado em Gestão Plena do Sistema Municipal desde 1998, o que tornou a Secretaria Municipal de Saúde responsável pela gerência de todas as unidades de saúde, rede própria e contratada (CUIABÁ, 2007, p. 6).

A atenção à saúde mental como integrante do SUS, também está sob essa mesma lógica de descentralização e deve dispor seus serviços em rede assistencial e, conforme afirma documento sobre a Política Nacional de Saúde Mental:

O Governo brasileiro tem como objetivo reduzir progressivamente os leitos psiquiátricos, qualificar, expandir e fortalecer a rede extra-hospitalar - Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) e Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais (UPHG) - incluir as ações da saúde mental na atenção básica [...] (BRASIL, 2007b).

Esta organização de serviços, quando aplicadas à saúde mental, proporcionam uma melhor participação de trabalhadores e usuários no atendimento das necessidades de saúde e o controle social também é viabilizado. Consideramos isto imprescindível para a construção da atenção psicossocial.

Para o MS “as ações e serviços de saúde estão organizados em redes de atenção regionalizadas e hierarquizadas de forma a garantir o atendimento integral à população e a evitar a fragmentação das ações em saúde” (BRASIL, 2005b, p. 194). Buscamos no dicionário uma definição de “rede” para melhor compreensão do que se pretende quando falamos em Rede de Atenção. Rede é um “entrelaçamento de fios, cordas, cordéis, arames, etc., com aberturas regulares, fixadas por malhas, formando uma espécie de tecido” (FERREIRA, 1999, p. 1.723).

Na concepção de rede de saúde prevê-se que, quanto mais próximos os dispositivos de cuidado estiverem da clientela a ser assistida, ou, quanto mais disponível e acessível essa rede se apresentar, num determinado território, mais potência terá para construir relações vinculativas e eficazes (OLIVEIRA et al, 2006). Não pretendemos nesse estudo um aprofundamento nos conceitos de rede e território, somente apontamos a necessidade de compreender de modo panorâmico a distribuição dos serviços de saúde mental no município para, nesse contexto, analisar o trabalho das equipes dos CAPS.

No município de Cuiabá, “a rede de serviços é organizada hierarquicamente, sendo constituída de unidades assistenciais próprias e contratadas” (CUIABÁ, 2007, p. 9). Os recursos físicos instalados e a rede de serviços do SUS está disposta da seguinte forma:

A Atenção Básica em saúde apresenta-se, em 2006, com: 61 Unidades Básicas em Saúde – 30 Centros de Saúde [...] e 31 Equipes de Saúde da Família; 10 Clínicas Odontológicas [...]; [...] A Atenção Especializada e Hospitalar constituiu-se de: 05 Policlínicas;

01 Centro de Reabilitação; 06 Núcleos de Reabilitação; 10 Residências Terapêuticas [...]; 03 Centros de Apoio Psicossocial (CAPS) na área urbana e 01 no Distrito Municipal da Guia; 01 Laboratório Municipal de Patologia Clínica; 01 Laboratório Central Estadual; 01 Serviço Ambulatorial Especializado (SAE); 01 Centro de Especialidades Médicas; 26 serviços complementares ao SUS/Cuiabá de apoio, diagnóstico, terapêutico; 01 Pronto Socorro Municipal; 02 Hospitais Públicos (01 sob gestão federal e 01 sob a gestão estadual); 03 Hospitais Filantrópicos, todos vinculados ao SUS/Cuiabá e 17 Hospitais Privados, sendo 10 vinculados ao SUS/Cuiabá (CUIABÁ, 2007, p. 9).

Daqui, destacamos os serviços de saúde mental no município que são: 10 residências terapêuticas; 03 Centros de Apoio Psicossocial (CAPS) na área urbana e 01 no Distrito Municipal da Guia (CUIABÁ, 2007). Observamos que a SMS denomina os Centros de *Atenção* Psicossocial de Centro de *Apoio* Psicossocial.

Sobre o serviço acima mencionado, “CAPS” no Distrito Municipal da Guia, esclarecemos que este não tem funcionamento de CAPS como preconizado pelo MS. Trata-se de um serviço de internação com objetivo de realizar desintoxicação assistida a pacientes adolescentes acolhidos pelo CAPS AD Infanto-Juvenil. Este serviço tem a denominação de “Centro de Desenvolvimento Terapêutico Psicossocial – CDTP-Guia” e não é credenciado pelo MS e nem cadastrado como CAPS, portanto, não tem financiamento federal. O CDTP Guia se localiza numa região rural, distante aproximadamente quinze quilômetros do centro da cidade e não tem funcionamento contínuo desde sua implantação. Não encontramos registro de implantação deste serviço em nenhum documento analisado. Ainda destacamos que este serviço não está sob a gestão da SMS desde o final do ano 2006, mas consta como sendo pertencente a estrutura organizacional da SMS no Relatório de Gestão 2006. Em função dessas características, apesar desse serviço estar nomeado nos documentos da gestão municipal estudados como CAPS, ele não integrou os locais de coleta de dados deste estudo.

Santos, Merhy (2006) ressaltam que é necessário o investimento em constituir os instrumentos administrativos do SUS, como Planos e Relatórios de Gestão, para serem utilizados no planejamento, controle e avaliação do SUS em todos os níveis. Nesse estudo destacamos algumas fragilidades dessas fontes de informações da SMS, como por exemplo, o fato da existência e o funcionamento não contínuo do CDTP Guia desde a sua implantação. Referente a esse serviço, não encontramos nos documentos analisados, registro de sua implantação, interrupção do funcionamento ou de desobrigação administrativa da SMS sobre ele.

Desse modo, esses Planos e Relatórios dão pouco suporte para as atividades previstas na SMS.

O objeto desse estudo é o trabalho em equipe nos CAPS e, portanto, esse panorama introdutório visa situar os CAPS, locais do estudo, nesse contexto e rede. Para focalizar esse objeto apresentaremos a seguir, no Quadro 1, dados sobre a caracterização e distribuição dos CAPS na rede de atenção à saúde mental no município, segundo informações coletadas nos próprios locais.

QUADRO 01 - DISTRIBUIÇÃO DOS CAPS DE CUIABÁ QUANTO AO TIPO, NÚMERO, LOCALIZAÇÃO, NÍVEL DE GESTÃO, TEMPO DE FUNCIONAMENTO, SITUAÇÃO DO CREDENCIAMENTO, NÚMERO DE PACIENTES ATENDIDOS EM UM ANO, NÚMERO DE PACIENTES ATENDIDOS NO MÊS DE COLETA DE DADOS, MÉDIA MENSAL DE PACIENTES ATENDIDOS E, PERCENTUAL DE PACIENTES ATENDIDOS EM CADA CAPS. CUIABÁ, 2007

SERVIÇOS	CAPS I (1)	CAPS II (2)	CAPS INFANTIL (3)	CAPS AD INFANTO JUVENIL (4)	CAPS AD ADULTO (5)
NÚMERO EXISTENTE	1	1	1	1	1
REGIÃO DE LOCALIZAÇÃO	Norte	Oeste	Sul	Leste	Sul
NÍVEL DE GESTÃO	Municipal	Municipal	Estadual	Municipal	Estadual
TEMPO DE FUNCIONAMENTO (EM ANOS)	4	2	4	Não informado	8
CREDENCIAMENTO NO MS	Sim	Não	Sim	Não	Sim
Nº DE PACIENTES ATENDIDOS EM 1 ANO	1.663	98	535	210	1.981
Nº DE PACIENTES ATENDIDOS NO MÊS DE COLETA	66	46	165	36	117
MÉDIA MENSAL DE PACIENTES ATENDIDOS NO ANO (TOTAL = 373,6)	138,5	8,1	44,5	17,5	165
PERCENTUAL DE PACIENTES ATENDIDOS POR TODOS OS CAPS (CONSIDERANDO A MÉDIA MENSAL)	37,0	2,2	11,9	4,7	44,2

Destacamos do Quadro 1 alguns aspectos relacionados à constituição e dinâmica da rede de atenção em saúde mental no município.

Observa-se que, para uma população estimada de 542.861 habitantes (BRASIL, 2007c), o número e “especialidade” dos CAPS existentes no município não atende a um quantitativo mínimo proposto pelo MS. Segundo a Portaria nº. 336/GM/2002, o CAPS I é um “serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 a 70.000 habitantes”, o CAPS II é um “serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 a 200.000 habitantes” (BRASIL, 2004b, p. 126-7). Considerando os dados apresentados no Quadro 1, a normatização do MS e a definição de rede

apresentada acima, podemos depreender que os serviços de saúde mental existentes no município estudado não configuram uma rede, haja vista a proporção desfavorável encontrada entre a população da cidade e o número de serviços de saúde mental preconizados pelo MS. Não há um número suficiente de CAPS de tipo I e II conforme determina o MS de acordo com o número de habitantes da cidade.

Não há CAPS do tipo III no município. Para o MS este é o “serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 200.000 habitantes [...]” (BRASIL, 2004b, p. 129). Para a redução de leitos no hospital psiquiátrico, este serviço seria imprescindível, já que prevê também leitos para internação por tempo determinado.

Os CAPS se localizam em pontos da cidade como que para atender uma organização mais geográfica e não como para atender a um planejamento de atenção em saúde mental territorializado (OLIVEIRA, 2006). Segundo o Quadro 1, os CAPS estão distribuídos de maneira aparentemente equitativa nas diferentes regiões do município. Entretanto, ao analisar a especificidade do atendimento realizado observamos que a localização dos serviços não é capaz de atender ao princípio da equidade na assistência em saúde mental. Na região Sul existem dois serviços “especializados”, CAPS Infantil e CAPS AD Adulto, e, na região leste, um único CAPS ainda mais “especializado”, Infanto-Juvenil AD. Disso destacamos a insuficiência de CAPS de tipo I, II e III para atendimento aos portadores de transtornos mentais em todas as regiões; a região leste e sul não dispõem de CAPS do tipo I; além disso, observa-se o investimento em uma modalidade de especialização não prevista nas normatizações ministeriais (Infanto-Juvenil AD).

Observamos a existência de crítica sobre a fragmentação da rede de atenção em saúde mental, com a criação de serviços que se ocupam exclusivamente de portadores de transtorno mental, ou de dependentes químicos, ou crianças e adolescentes, o que comprometeria a sua potencialidade terapêutica como equipamento de reinserção social e os vínculos territoriais necessários para a atenção psicossocial (DELL'ACQUA, MEZZINA, 2005). Ao constatarmos a existência de um CAPS AD Infanto-Juvenil, observa-se uma especialidade que vai além dessa criticada por alguns autores e que não está prevista oficialmente. A existência de tal especialidade não está justificada em nenhuma das fontes de dados pesquisadas neste estudo. Também não se localizou nenhuma informação sobre a data da implantação desse serviço e, no Relatório de Gestão Municipal de 2003, quando se menciona os serviços de atenção especializada, encontramos

somente a existência de um Centro de Atenção Psicossocial, que é o CAPS I, que tem hoje cinco anos de existência e foi o primeiro serviço de saúde mental implantado pela SMS (CUIABÁ, 2004, p. 7). O CAPS AD Infante-Juvenil passa a constar como um serviço integrante na estrutura da SMS somente no Relatório de Gestão do ano seguinte (CUIABÁ, 2005b, p. 7, 10). Conclui-se, portanto, que o ano de sua implantação foi em 2004 e que o mesmo não estava previsto no planejamento daquele ano.

Dos cinco CAPS existentes no município, dois deles estão sob a responsabilidade administrativa da SES. Considerando que o SUS/Cuiabá está habilitado em Gestão Plena do Sistema Municipal desde 1998, observa-se uma contradição quando se mantém um duplo comando na organização dos serviços de saúde mental no município. A descentralização dos serviços de atenção à saúde mental não se completou em Cuiabá.

Ainda segundo o Quadro 1, existem dois CAPS não credenciados pelo MS, portanto, sem financiamento federal. Um dos CAPS não credenciados tinha dois anos de funcionamento, sendo o mais recente implantado no município. Assim, o seu não credenciamento até a realização desse estudo pode ser compreendido como um processo de adequação às normas para esse credenciamento.

Quando se relaciona a média mensal dos atendimentos e o número observado no mês de coleta de dados, notam-se variações significativas. O CAPS II, por exemplo, apresenta uma média do número de pessoas atendidas de 8,1 por mês, média esta muito inferior ao número de pessoas atendidas no mês de coleta de dados, que foi de 46, enquanto no CAPS Infantil observou-se uma variação contrária, a média mensal foi de 44,5 e o número de atendidos no mês da coleta de dados foi de 165.

Se considerarmos a soma da média mensal de pacientes atendidos como a totalidade (100%), temos que, no ano, foram atendidos em média 373,6 pacientes por mês, em todos os CAPS de Cuiabá. O percentual de pacientes atendidos em cada CAPS (considerando a média mensal de 373,6) apresenta uma grande variação: enquanto o CAPS AD Adulto realizou 44,1% do total de pacientes atendidos nos CAPS, o CAPS II realizou 2,2%. Entre os números do CAPS I e CAPS II observa-se uma inversão da capacidade de atendimento prevista para ambos, enquanto o CAPS I realizou 37% do total, o CAPS II, para o qual se prevê uma ampliação desse atendimento, realizou somente 2,2%. Observa-se ainda que os CAPS credenciados realizam 93,1% do total de atendimentos, enquanto os não

credenciados, somente 6,9%. Possivelmente o credenciamento junto ao MS garante recursos e uma maior consolidação do serviço na rede.

Destaca-se também que a clientela do serviço nº. 4 - adolescentes usuários de álcool e outras drogas -, é uma demanda que vem se apresentando significativa e crescente, como pode ser acompanhado nos informes sobre os problemas e investimentos públicos no setor, entretanto, esse é o serviço que realizou apenas 4,7% dos atendimentos entre os CAPS estudados. Talvez a especialidade desse serviço que vai além daquela prevista pelo MS e criticada por alguns autores na constituição de serviços de saúde mental de base territorial (DELL'ACQUA, MEZZINA, 2005), justifique a dificuldade desse CAPS se constituir de modo significativo na rede de atenção psicossocial de Cuiabá. Não identificamos nesse estudo nenhuma justificativa para a existência desse serviço no município e, uma vez que existe também um outro serviço estranho às propostas normativas atuais do MS para organização da rede de atenção psicossocial – o Centro de Desenvolvimento Terapêutico Psicossocial – CDTP-Guia –, mantemos ao final da pesquisa as mesmas indagações iniciais sobre a sua pertinência.

A não congruência de alguns dados – por exemplo, a variação entre o número de pacientes atendidos no mês de observação/coleta de dados e o informado nos relatórios durante o ano - sugere a precariedade de registros que subsidiam os sistemas de informação. Entre os documentos dos CAPS estudados, destacamos o “Sistema de Informação Mensal em Saúde Mental – CAPS/SES” que é um consolidado dos atendimentos realizados, elaborado por todos os CAPS e encaminhado à SES/MT para efeito de cômputo de produtividade dos serviços (MATO GROSSO, 2006). Nesse estudo, observamos que esses informativos eram, muitas vezes, rasurados, ilegíveis, com identificação institucional falha ou ausente e somas incorretas. Além disso, observamos desacordo entre os serviços sobre o entendimento do que seja um item e outro deste documento, por exemplo, em um CAPS, no item sobre *profissionais existentes na unidade*, informava-se o número de oficinas terapêuticas realizadas.

Esses dados sobre a precariedade de registro, provavelmente não estão dissociados da realidade desses serviços, ou seja, a precariedade não é apenas dos registros, mas refere-se à organização do trabalho nos CAPS e da rede. Sobre esse aspecto, alguns relatos de observação podem ser ilustrativos:

RELATO DE OBSERVAÇÃO CAPS Nº 2 (09/02/2007): Ao perguntar sobre nº. de atendimentos no mês e no ano, a equipe afirmou desconhecer. Para identificar os pacientes atendidos e realizar o censo da coleta de dados, foi então realizado um levantamento dos atendimentos registrados em prontuários e

assim, encontramos 46 prontuários/pacientes com registros de atendimento no mês de novembro de 2006. Entretanto, ao manusear os documentos autorizados por esta equipe, durante o período de coleta de dados foi encontrado uma pasta que continha um relatório de atividades do mês de novembro de 2006. Neste relatório foi também encontrado o nº. de atendidos no ano. Segundo esse relatório o CAPS atendeu em novembro de 2006, 13 pessoas em regime intensivo, 31 pessoas em regime semi-intensivo e 33 pessoas em regime não intensivo, perfazendo um total de 77 pessoas. [...] No livro de registro de pessoas atendidas não havia termo de abertura; do 1º ao 49º registro não havia data de admissão. No ano de 2005 foram atendidas 126 pessoas e em 2006, 86 pessoas. De janeiro de 2007 até 02/02/07 foram atendidas apenas 7 pessoas, segundo os registros deste livro. O número total de pessoas atendidas e registradas no referido livro foi de 219 pessoas.

(30/01/2007): Foi escolhido aleatoriamente um prontuário no arquivo deste serviço para observação. Este continha: acolhimento feito em 25/08/2006 (há 159 dias), contrato sem assinaturas, formulário de projeto terapêutico, de avaliação do serviço social e de avaliação da enfermagem em branco; entrevista com psicólogo preenchida parcialmente e sem identificação profissional; avaliação do terapeuta ocupacional preenchida completamente e com identificação profissional; formulário de evolução com 8 páginas preenchidas. A explicação obtida foi que os papéis antigos somente ocupam espaço e, por isso, foram retirados.

RELATO DE OBSERVAÇÃO CAPS Nº 1 (28/11/2006): Ao observar um dos livros Ata, foi identificado o extravio dos registros de 2 atas (14/02/2003 e 20/03/2003). Em abril do mesmo ano outras 2 reuniões tiveram seus registros extraviados. Ao solicitarmos os prontuários dos pacientes atendidos durante um período de 30 dias, o qual fora selecionado para realização do censo desta pesquisa, faltaram dois prontuários para completar o número de APAC's emitidas para esse período (em outubro/2006), sendo que um deles foi encontrado depois e outro, dos 67 previstos, não foi encontrado até o término da coleta dos dados.

Ao analisar documentos do nível central da gestão municipal, observamos também alguns aspectos relacionados. Por exemplo, o Relatório de Gestão do ano de 2004, que é definido no próprio documento como um Instrumento fundamental ao processo de construção do SUS/Cuiabá, e expressa os resultados das ações e serviços executados e os recursos aplicados no SUS local, refere-se ao período de janeiro a setembro deste ano. Nota-se a ausência dos três meses finais e, neste próprio relatório consta que o motivo desta ausência foi a troca de gestão municipal que ocorreria em janeiro de 2005, e então optou-se por um relatório parcial para subsidiar a elaboração do Plano de Trabalho Anual 2005 (CUIABÁ, 2005a). O registro das atividades referentes aos meses de outubro,

novembro e dezembro de 2004 não foram localizados em nenhuma outra fonte de dados estudada.

Dentre os dados apresentados referentes à rede de serviços de saúde/saúde mental, consideramos que a existência de cinco CAPS já configura algo significativo no processo de construção de rede de atenção psicossocial no município, entretanto, é insuficiente e necessita ser ampliada e valorizados os aspectos de organização e gestão dos serviços e ações. Destaca-se, nesse sentido a necessidade de que a utilização dos instrumentos normativos no plano interno do trabalho (prontuário, livros de registros dos CAPS) e externo (planos e relatório de gestão), sejam melhor utilizados.

É necessário ressaltar que a precariedade observada não é exclusiva da situação de atenção à saúde mental desse município, mas reflete algum tipo de dificuldade operacional e de registro de toda a rede de saúde, que será detalhada mais adiante nesse estudo. Uma ilustração da dificuldade operacional/gerencial da rede de saúde municipal pode ser observada no fato da SMS ter tido cinco secretários de saúde em vinte e seis meses (de janeiro de 2005 a março de 2007). Assim, se em média, nesse município, o secretário gerenciou o SUS por um período de 5,2 meses, consideramos que esse fato pode predispor e acentuar algumas das dificuldades no trabalho em saúde e em saúde mental identificadas neste estudo.

Tendo discutido a situação geral de inserção dos CAPS no município, passamos a analisar alguns aspectos da composição e do trabalho realizado pelas equipes nesses serviços.

5.1 Formação e capacitação profissional

Continuando nossa discussão e agora mais substanciada pelos dados apresentados e discutidos anteriormente, faremos a identificação dos profissionais que compõem as equipes de trabalho quanto ao seu perfil profissional e descreveremos as condições de inserção e participação dos profissionais dos CAPS nos processos de trabalho e de gestão para posterior análise das possibilidades de realização da atenção psicossocial, a partir das condições de trabalho das equipes.

É importante ressaltar que o contexto de saúde no município estudado configura-se em um quadro de precariedade geral dos serviços e dos processos de gestão. Como apontado anteriormente, algumas situações relacionadas à saúde mental não são exclusivas desse campo. A rede de serviços de saúde mental descentralizada, de base territorial e hierarquizada ainda não é uma realidade, entretanto, a existência tal como descrita anteriormente é fato concreto que reflete a historicidade própria desse contexto e, portanto, é nessa realidade que focalizamos as equipes que realizam a atenção psicossocial nos CAPS. Nesta realidade abordaremos a constituição das equipes e analisaremos a sua adequação, amparados pelas diretrizes da Reforma Psiquiátrica normatizadas pela Política de Saúde Mental Brasileira.

Refletimos sobre pontos relativos à qualificação profissional com referência em Deluiz (2001, p. 5), que nos mostra

[...] a importância de ampliar a qualificação dos trabalhadores em saúde, tanto na dimensão técnica especializada, quanto na dimensão ético-política, comunicacional e de inter-relações pessoais, para que eles possam participar como sujeitos integrais no mundo do trabalho.

Apresentaremos quem são os operacionalizadores do trabalho da atenção psicossocial que, via de regra, é um trabalho que se propõe a ser uma nova tecnologia em saúde, de caráter inovador e resolutivo no campo da saúde mental, e realizam seus trabalhos nos equipamentos CAPS que, para o MS “[...] constituem a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica” (BRASIL, 2004a, p. 10).

É essencial, no trabalho em saúde mental, considerarmos a formação e a capacitação profissional como fatores de constante avaliação e

implementação de estratégias, se queremos efetivamente realizar a atenção psicossocial.

Pautando-nos no pressuposto de que é numa determinada realidade concreta que se efetiva o trabalho, os dados e as discussões que se seguem são relativos à formação dos trabalhadores: graduação, pós-graduação e capacitações com iniciativas próprias ou do serviço; além de caracterização dos profissionais quanto à idade e tempo de formado, tempo de trabalho em saúde mental e tempo de trabalho no serviço atual. Inicialmente apresentamos o quantitativo de trabalhadores dos CAPS no Quadro 2.

QUADRO 2 - COMPOSIÇÃO DAS EQUIPES DOS CAPS DE CUIABÁ-MT. CUIABÁ, 2007

SERVIÇOS/NÚMERO DE PROFISSIONAIS	CAPS I (1)	CAPS II (2)	CAPS INFANTIL (3)	CAPS AD INFANTO JUVENIL (4)	CAPS AD ADULTO (5)	TOTAL INFORMADO	TOTAL PARTICIPANTES DA PESQUISA
MÉDICO	0	1	1	1	1	4	1
ENFERMEIRO	0	1	1	1	2	5	4
ASSISTENTE SOCIAL	1	2	2	3	2	10	9
PSICÓLOGO	1	2	3	2	1	9	7
TERAPEUTA OCUPACIONAL	0	1	1	1	0	3	2
ARTE TERAPEUTA	1	1	0	4	0	6	3
EDUCADOR FÍSICO	1	1	0	1	1	4	4
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	3	1	2	2	3	11	7
AUXILIAR DE ENFERMAGEM	0	0	0	0	2	2	2
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	1	2	3	2	3	11	7
ARTESÃO	1	0	0	0	0	1	0
MONITOR	0	0	0	2	0	2	1
TOTAL INFORMADO	9	12	13	19	15	68	-
TOTAL DE PARTICIPANTES DA PESQUISA	8	8	13	9	9	-	47

Observa-se o número de 41 profissionais de nível superior e 27 de nível fundamental e médio informado nas equipes. O número de participantes da pesquisa foi de 30 de nível superior e 17 de nível fundamental e médio.

Analisando-se cada CAPS na sua condição de atender ao mínimo estabelecido para o seu funcionamento, conforme a Portaria nº. 336/GM/2002, temos que um deles não dispunha de médico e enfermeiro. Esse era o único CAPS do nível municipal de gestão, credenciado no MS (conforme apresentado no Quadro 1, página 50).

Observa-se no Quadro 2 que os profissionais de nível superior em maior número são os assistentes sociais e os psicólogos. A Portaria nº. 336/GM/2002 define a equipe técnica mínima para atuação nos CAPS como aquela composta por um médico, um enfermeiro e três profissionais de nível superior entre as categorias psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico. Portanto, os psicólogos e assistentes sociais constam na normatização como opções para a composição da equipe e não como componentes obrigatórios, como é o caso do médico e do enfermeiro.

A inversão do estabelecido para a composição mínima oficial das equipes nos CAPS observada nesse estudo, talvez seja explicada pela dinâmica de emprego e trabalho para os enfermeiros e médicos, que contam com variadas opções de campos de trabalho. O pequeno número de psiquiatras no estado de Mato Grosso (pouco mais de 20) e o mercado de trabalho relativamente bom para enfermeiros, podem explicar a situação de maior facilidade para contratação de psicólogos e assistentes sociais nos CAPS, em relação aos médicos e enfermeiros, haja vista algumas condições precárias de trabalho (OLIVEIRA, 2006) e os baixos salários oferecidos para todos os profissionais, como se demonstrará mais adiante neste estudo.

Sobre o tempo de ausência dos profissionais componentes da equipe mínima exigida pelo MS, no CAPS nº 1 encontramos que o médico que substituiu o anterior iniciou suas atividades após um período de trinta dias de ausência deste na equipe e quanto ao enfermeiro, a equipe informava que “há muito tempo” não existia, não havendo registro do tempo preciso desta ausência. Informava-se também que a possibilidade de contratação de um enfermeiro era incerta, pois a SMS estava, naquele período de coleta de dados, tomando algumas medidas para contenção de gastos relacionados à pessoal e material, reduzindo inclusive o período diário de atendimento do CAPS para viabilizar essa redução de custos. Nesse contexto, essa equipe trabalhava numa perspectiva de incerteza sobre quando contar com todos os membros da equipe mínima.

Essa incerteza, até mesmo sobre a composição “mínima” da equipe é contraditória com a proposta de “vínculos” terapêuticos e territoriais,

fundamentais para a atenção psicossocial. Ressaltamos que mesmo com a ausência desses profissionais, os demais (entre esses, o técnico de enfermagem) continuavam trabalhando, ainda que precariamente e com produtividade prejudicada, como demonstra o Quadro 1, página 50.

Analisando este fato à luz da Lei nº. 7.498/86, sobre o Exercício Profissional da Enfermagem encontramos no art. 12 que “O Técnico de Enfermagem exerce atividade de nível médio, envolvendo orientação e acompanhamento do trabalho de Enfermagem em grau auxiliar [...]”, e no art. 15 vemos que “as atividades referidas nos artigos 12 (sobre o Técnico de Enfermagem) e 13 (sobre o Auxiliar de Enfermagem) desta Lei, quando exercidas em instituições de saúde, públicas e privadas, e em programas de saúde, somente podem ser desempenhadas sob orientação e supervisão de Enfermeiro” (BRASIL, 1986). Desta forma, a ausência do enfermeiro numa equipe de saúde onde existe o técnico de enfermagem, está em desacordo com a legislação federal e prejudica o cumprimento da finalidade do trabalho desta equipe.

Para melhor compreender a importância da presença do enfermeiro na equipe apontamos algumas incumbências deste conforme legislação do exercício profissional que são, dentre outras, planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de assistência de enfermagem; organização e direção das atividades técnicas e auxiliares; consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de enfermagem; consulta de enfermagem; prescrição da assistência de enfermagem; prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados à clientela durante a assistência de enfermagem (BRASIL, 1986).

O enfermeiro, em saúde mental, realiza o relacionamento terapêutico com o paciente que, orientado por metas para o aprendizado e promoção da saúde, irão promover a ampliação da autonomia pessoal, afetiva e social do paciente. A metodologia científica utilizada para isto é o “Processo de Enfermagem”, que consiste numa abordagem de resolução de problemas, a partir dos procedimentos de avaliação, diagnóstico, planejamento e implementação de cuidados (TOWNSEND, 2000). Com base nestes conceitos e metodologia, o enfermeiro em saúde mental desenvolve práticas terapêuticas de educação em saúde, avaliação do estado físico e mental, incremento de técnicas de comunicação terapêutica, que são todas fundamentais para a implementação do projeto terapêutico dos pacientes dos CAPS.

Portanto, a presença do enfermeiro na equipe de saúde mental é requerida pela dimensão técnico-científica e está amparada em bases legais: a) Lei

nº. 7.498/86 do exercício profissional; b) Portaria nº. 336/GM/2002 que define a equipe técnica mínima para os CAPS; c) Projetos terapêuticos institucionais que prevêm o trabalho desse profissional na atenção psicossocial realizada nos CAPS. A ausência do enfermeiro acarreta a inexistência dos cuidados de competência desse profissional no CAPS, e isso, por sua vez, acarreta obstáculos para que as práticas terapêuticas aí realizadas sejam efetivas e resolutivas.

O CAPS nº. 4, cuja modalidade de assistência não é prevista e, portanto, também não é credenciado pelo MS, é o que tem o maior número de trabalhadores. Ao relacionarmos este dado com informações do quadro 1, sobre a produtividade (nº. de pessoas atendidas no mês de coleta de dados e a média de pacientes atendidos em um ano) vimos que, neste caso, a baixa produtividade não se relaciona à equipe incompleta, pois nesta existem todos os profissionais requeridos numa equipe mínima e apresenta uma baixa produtividade. É necessário, portanto, considerar outros elementos para essa análise.

Ao enfatizarmos aqui a normatização que prevê a equipe mínima dos CAPS, ressaltamos que esta se refere a um agrupamento de profissionais em número “mínimo” necessário para a implementação do trabalho proposto pela especificidade e complexidade requeridas pelo serviço. Contudo, não compreendemos que a equipe deva ser composta deste número exato previsto pelas diretrizes ministeriais. Já abordamos nesse estudo o fato de que o “adoecer psíquico” não é um fenômeno homogêneo e simples, mas complexo e multifacetado e que a atenção a ele requer práticas terapêuticas diversificadas, criativas, competentes, além de uma mínima coesão ideológica e ética entre a equipe (OLIVEIRA, SILVA, 2000).

A complexidade do trabalho/cuidado que se apresenta para as equipes dos CAPS é por si só, um grande desafio a ser enfrentado. Maior desafio ainda é realizar essa atenção em condições onde não se conta sequer com o “mínimo” de trabalhadores admitidos como necessário para isso. Consideramos que, na situação evidenciada, há que se pensar mesmo, sobre a possibilidade dessa atenção.

Conforme já apresentado, dos cinco CAPS estudados, três são vinculados à gestão municipal e dois à estadual. Consideramos que essa característica pode afetar sobremaneira a composição e qualificação das equipes e, por isso, apresentaremos a partir daqui, os dados sobre a caracterização das equipes considerando essas duas vinculações. O gráfico seguinte mostra a composição das equipes no total dos CAPS segundo a inserção na rede municipal e estadual.

GRÁFICO 1 COMPOSIÇÃO DAS EQUIPES DE TRABALHADORES DOS CAPS DE CUIABÁ SEGUNDO INSERÇÃO NA REDE DE ATENÇÃO ESTADUAL E MUNICIPAL. CUIABÁ, 2007

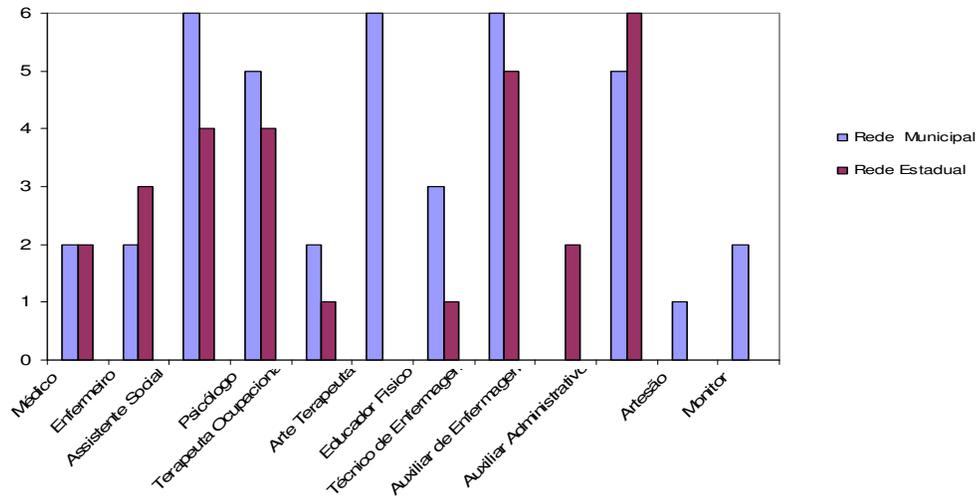
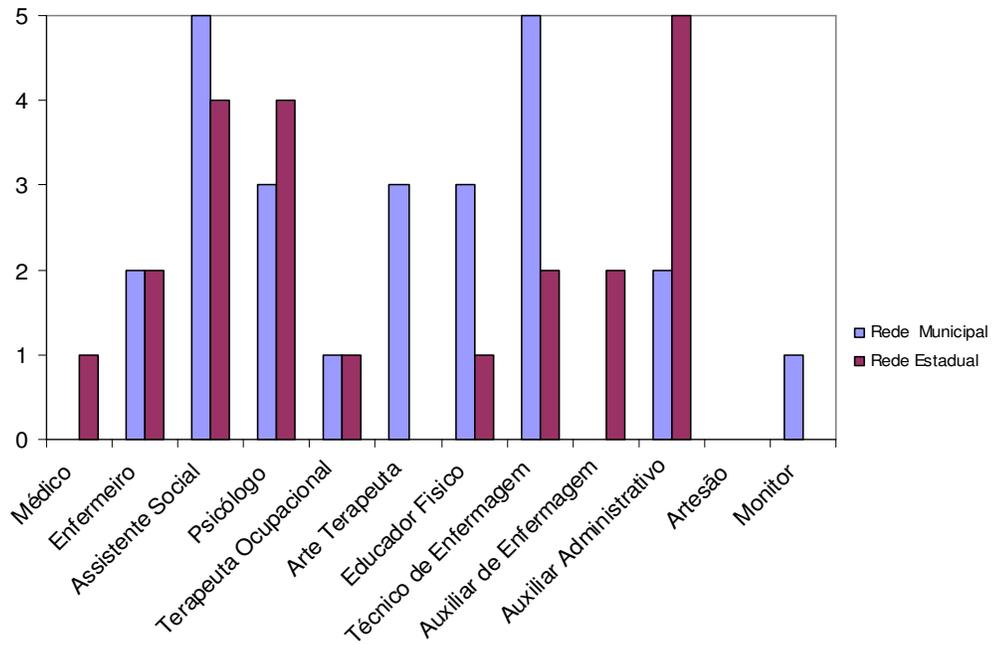


GRÁFICO 2 COMPOSIÇÃO DAS EQUIPES DE TRABALHADORES DOS CAPS DE CUIABÁ QUE PARTICIPARAM DA PESQUISA SEGUNDO INSERÇÃO NA REDE DE ATENÇÃO ESTADUAL E MUNICIPAL. CUIABÁ, 2007



Para o gráfico 1 foram considerados 68 profissionais informados pelos gerentes dos CAPS. Para o gráfico 2 foram considerados 47 profissionais pesquisados.

Segundo o gráfico 1 existem arte-terapeutas, artesãos e monitores somente em serviços da rede municipal e, auxiliar de enfermagem somente na rede estadual. Dentre os profissionais de nível superior, os psicólogos e assistentes sociais estão em maior número na rede estadual e municipal, e os enfermeiros, na rede estadual, quando estes serviços são somente dois. As condições de trabalho, especialmente o vínculo e o salário, são mais satisfatórios na rede estadual, como apresentaremos no gráfico 8, página 82 e no gráfico 11, página 87. Isso possivelmente pode explicar o menor número de enfermeiros no mercado de trabalho local, relativamente favorável, quando comparado aos assistentes sociais e psicólogos. O número de terapeutas ocupacionais é de 2 (dois) no total dos serviços.

O número total de profissionais de nível superior era de 41 (quarenta e um), sendo composto principalmente pelas categorias profissionais tradicionais das equipes de atendimento médico-psiquiátrico: médico, enfermeiro, psicólogo e assistente social. Estes somam 28 profissionais. Somente 13 (treze) eram profissionais que integram as equipes ampliadas de atenção psicossocial (terapeuta ocupacional, arte-terapeuta e educador físico). Isso necessita ser compreendido no contexto local de carência de formação em saúde mental e de condições de trabalho que abordaremos mais adiante neste estudo.

Apresentamos a seguir a distribuição dos trabalhadores dos CAPS segundo o sexo, considerando este como um determinante das condições de trabalho, haja vista suas implicações quanto aos aspectos culturais e sócio-políticos.

Destacamos que a caracterização geral apresentada até aqui relaciona-se aos trabalhadores informados pelos gerentes (68) e, o número total de trabalhadores participantes da pesquisa foi de 47, sendo portanto, este o número total considerado a partir desse momento no estudo.

TABELA 1 - DISTRIBUIÇÃO DOS TRABALHADORES DOS CAPS DE CUIABÁ SEGUNDO O SEXO, CUIABÁ – 2007

SEXO	CAPS I (1)		CAPS II (2)		CAPS INFANTIL (3)		CAPS AD- INFANTO JUVENIL (4)		CAPS AD ADULTO (5)		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	FEMININO	7	87,5	6	75	11	84,6	7	77,7	6	66,6	37
MASCULINO	1	12,5	2	25	2	15,4	2	22,3	3	33,4	10	21,3
TOTAL	8	100,0	8	100,0	13	100,0	9	100,00	9	100,0	47	100,0

Como é esperado no âmbito do modo de produção capitalista, o contingente expressivo de mulheres é uma marca das transformações em curso no interior da classe trabalhadora (ANTUNES, 1999).

A composição do quadro de trabalhadores em todos os CAPS tem uma predominância do sexo feminino com 78,7% e o sexo masculino com 21,3%. Esta predominância no trabalho em saúde se mantém ao longo da história. Estudos no campo da enfermagem que problematizam essa predominância nas equipes apontam para alguns determinantes desse fato e Costa (2005), destaca o trabalho das mulheres, sendo considerado como desprovido de prestígio e poder como eram o trabalho dos escravos e dos religiosos. O trabalho da mulher é considerado como “menos nobre” em detrimento do trabalho dos homens, que é “mais nobre”, de maior prestígio social.

Em relação à enfermagem, encontramos que

É, portanto, um trabalho com as marcas do gênero feminino desde sua origem até os dias atuais. As implicações dessas marcas dizem respeito à conjugação de sexo e classe, na definição do trabalho como massivamente feminino, que no imaginário social veicula conotações de desvalorização (COSTA, 2005, p. 46).

Na perspectiva do materialismo histórico e focado na enfermagem destacamos que

[...] a melhor compreensão da divisão social do trabalho na enfermagem poderá ser efetivada, na medida em que se estabeleça a relação da enfermagem com os exércitos e a militarização, com a questão do trabalho feminino, com a origem e formação de seus agentes, e com o caráter do trabalho da enfermagem sob o modo de produção capitalista (MELO, 1986, p. 82).

A feminização do trabalho em saúde é uma característica dos tempos atuais. No campo da saúde mental, esta tendência presente nos serviços comunitários do tipo CAPS inverte uma lógica anterior quando, nos hospícios, para executar o trabalho que tinha por objetivo o controle dos internados, os enfermeiros eram preferencialmente e na sua maioria do sexo masculino, devido às características físicas de força e robustez (OLIVEIRA, MARCON, 2006).

O trabalho feminino desde os seus primórdios apresenta características de benevolência, sacerdócio e penitência. O cuidado dos doentes era realizado em casa, quase sempre pela mulher e, assim, o trabalho de enfermagem esteve, “na sua origem, associado ao trabalho feminino, pouco valorizado socialmente, de acordo com o papel designado à mulher pela sociedade de classe” (MELO, 1986, p. 34).

A autora, ao analisar a feminização do trabalho em saúde e especialmente o da enfermagem afirma:

[...] a utilização das mulheres para desempenharem este papel reflete a ideologia de uma sociedade onde o trabalho manual era menosprezado e, como tal, relegado à categoria considerada inferior [...] que reflete as bases de dominação do sexo masculino [...] e o papel subordinado da mulher como ‘doméstica’ e ‘mãe’ (MELO, 1986, p. 35-6).

Os trabalhadores de saúde mental, mesmo na atenção psicossocial, ainda hoje conservam estes traços. Acreditamos que esta circunstância cultural e concreta, pode afetar a finalidade do trabalho nos CAPS, impedindo desdobramentos previstos para a efetivação da atenção psicossocial. Ramminger, Brito (2007) identificam três formas de compreender o cuidado em saúde mental relacionando-os com discursos que se destacaram em diferentes momentos e contextos históricos, que são o discurso religioso, o médico e o da Reforma Psiquiátrica. Para estas autoras, as práticas fundamentadas nestes discursos podem parecer distantes no tempo e que existe uma nítida ruptura entre eles, mas ao contrário, elas coabitam o cotidiano dos serviços em saúde mental, fazendo deste espaço de trabalho um lugar de tensão entre as formas de concepção de cuidar. Desta forma concluem que o cuidado como um ato de caridade, como um ato de aplicação de conceitos científicos sobre a loucura e sua medicalização e como ato considerando as implicações políticas e afetivas e

construção de outros modos de relacionamento com a loucura, estão presentes simultaneamente nos locais de trabalho em saúde mental.

A composição da equipe, majoritariamente de mulheres, constatada nesse estudo contribui para uma característica do trabalho no CAPS que consiste, muitas vezes, em realizar práticas de cuidado que não são fundamentadas em investimento técnico-profissional, mas em atos de caridade e amor ao próximo. Para demonstrar isso, destacamos algumas falas das entrevistas:

Trabalhador nº. 4: São portadores de transtorno mental [...] uma clientela muito carente, carente em todos os sentidos, inclusive de família mesmo, de afeto. As pessoas com transtorno mental têm muita dificuldade de serem aceitas, existem muitos preconceitos [...] a tendência deles é serem deixados um pouco de lado [...] Eles sentem muita carência [...] Se sentem inúteis. Alguns que têm mais sanidade desejam ser úteis [...] Eles queriam fazer isso, mas são vistos como pessoas agressivas e inúteis, que não tem afeto e sensibilidades. E não é por aí né? Mas eles são assim.

Trabalhador nº. 3: [...] São pessoas carentes que precisam do nosso apoio, do nosso conforto. Trazem problemas que se passou a vida toda. Procuram conforto. Muitas vezes eles vêm a gente como uma pessoa pra desabafar [...] Muitas vezes eles não têm uma pessoa pra conversar. E a gente trata com muito amor, carinho e eles se sentem bem, numa família.

Trabalhador nº. 6: [...] Vêm buscar carinho, atenção. Não só o atendimento psicológico, medicamentoso.

A partir destas falas inferimos que esses trabalhadores se colocam numa posição maternal, onde percebem sua função como a de amparar e acolher numa perspectiva pessoal, de “oferecer amor e carinho”.

Analisando estes dados através da categoria analítica do Processo de Trabalho e seus elementos - objeto, meios e a finalidade - conforme descritos por Marx (apud MENDES-GONÇALVES, 1992), identificamos que é necessário que o trabalho nos CAPS se apresente como um “trabalho” em seu sentido analítico, ou seja, uma atividade de transformação do objeto com a utilização de instrumentos/meios de trabalho, previamente idealizada pelo trabalhador. As intervenções que os seres humanos estabelecem no trabalho são marcadas por uma intencionalidade que antevê e projeta a sua ação. Esta ação humana sobre a natureza é o trabalho, compreendido como a prática produtiva essencialmente humana. Desse modo os sujeitos constroem a sua realidade. O trabalho humano

limitado à condição de “atividade”, sem que a vontade seja subordinada ao projeto de resultado é a “condição objetiva das específicas formas de alienação do trabalho que se efetivam nas sociedades capitalistas contemporâneas” (MENDES-GONÇALVES, 1992, p.11).

Relacionando esses conceitos com os dados empíricos desse estudo, indagamos sobre a intencionalidade de um trabalho que reconhece na necessidade do outro/objeto da atenção, uma “pessoa carente de apoio e de conforto”. Nessa situação, a oferta do cuidado se constitui a partir da maternagem: tratar com “muito amor e carinho”. Porém indagamos: qual é o projeto que orienta essa ação? Essa atividade é trabalho? Ou é ser “mãe”? Consideramos necessário que as práticas no cotidiano dos CAPS sejam realizadas a partir de uma intencionalidade, utilizando-se de meios adequados e planejados e com o objetivo de promover uma transformação do usuário (objeto da atenção) – a pessoa em sofrimento psíquico.

Essa dificuldade de compreender o trabalho no plano social talvez seja resultante do predomínio do sexo feminino observado entre os trabalhadores desse estudo. Conforme Costa (2005) e Melo (1986), as características do trabalho feminino em saúde – pouco valor social, fundamentos domésticos – podem explicar em parte essas concepções de maternagem e, aliadas a outras, principalmente à capacitação e condições de trabalho, que apresentaremos a seguir, constituem a possibilidade de realização da atenção psicossocial no contexto estudado.

Na próxima tabela mostramos a distribuição dos trabalhadores dos CAPS segundo a faixa etária. Consideramos que a idade pode ser um fator importante para o desempenho do trabalho em saúde e na atenção psicossocial.

TABELA 2 - DISTRIBUIÇÃO DOS TRABALHADORES DOS CAPS DE CUIABÁ SEGUNDO A FAIXA ETÁRIA, CUIABÁ - 2007

FAIXA ETÁRIA	CAPS I (1)		CAPS II (2)		CAPS INFANTIL (3)		CAPS AD INFANTO- JUVENIL (4)		CAPS AD (5)		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	DE 20 A 30 ANOS	2	25,0	2	25,0	3	23,1	3	33,3	1	11,2	11
DE 31 A 40 ANOS	4	50,0	2	25,0	7	53,8	5	55,5	3	33,3	21	44,7
DE 41 A 50 ANOS	2	25,0	2	25,0	3	23,1	1	11,2	3	33,3	11	23,4
51 ANOS OU MAIS	0	0	2	25,0	0	0	0	0	2	22,2	4	8,5
TOTAL	8	100,0	8	100,0	13	100,0	9	100,0	9	100,0	47	100,0

Observamos que a faixa etária de maior predomínio é a de 31 a 40 anos. Observa-se também uma tendência à aumento de idade quando, as idades menores de 31 somam 23,4% e, as idades maiores que 40 (faixa etária de 41 a 50, 23,4%, e, mais de 51 anos, 8,5%) somam 31,9%.

Relacionaremos estes dados com o tempo de conclusão do curso de graduação dos trabalhadores dos CAPS, conforme apresentados na tabela 3 a seguir.

TABELA 3 - DISTRIBUIÇÃO DOS TRABALHADORES DOS CAPS DE CUIABÁ SEGUNDO O TEMPO DE CONCLUSÃO DO CURSO DE GRADUAÇÃO, CUIABÁ – 2007

TEMPO DE CONCLUSÃO DA GRADUAÇÃO	CAPS I (1)		CAPS II (2)		CAPS INFANTIL (3)		CAPS AD- INFANTO JUVENIL (4)		CAPS AD ADULTO (5)		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
ATÉ 1 ANO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MAIS DE 1 ATÉ 4 ANOS	1	25,0	1	16,7	0	0	3	60,0	0	0	5	16,7
MAIS DE 4 ATÉ 10 ANOS	3	75,0	1	16,7	3	33,3	1	20,0	0	0	8	26,7
MAIS DE 10 ATÉ 15 ANOS	0	0	1	16,6	3	33,3	0	0	2	33,3	6	20,0
MAIS DE 15 ANOS	0	0	3	50,0	2	22,2	1	20,0	4	66,7	10	33,3
NÃO INFORMADO	0	0	0	0	1	11,2	0	0	0	0	1	3,3
TOTAL	4	100,0	6	100,0	9	100,0	5	100,0	6	100,0	30	100,0

Somente 16,7% de todos os trabalhadores têm no máximo 4 anos de formado, sendo que nenhum tem menos de um ano de conclusão da graduação, o que caracterizaria o recém-formado. Observa-se que 33,3% dos trabalhadores terminaram a graduação há mais de quinze anos. Deduzimos então, serem estes trabalhadores experientes no trabalho em saúde e podem colaborar com o aprendizado dos trabalhadores mais novos nesse serviço. Entretanto, reconhecemos que a formação desses profissionais se deu em momento que a Reforma Psiquiátrica ainda era ausente das práticas de saúde mental e não constavam no currículo do curso de graduação das profissões e por isso, espera-se alguma dificuldade para a realização do trabalho em equipe na perspectiva da atenção psicossocial.

TABELA 4 - DISTRIBUIÇÃO DOS TRABALHADORES DOS CAPS DE CUIABÁ, SEGUNDO O TEMPO DE TRABALHO EM SAÚDE MENTAL, CUIABÁ - 2007

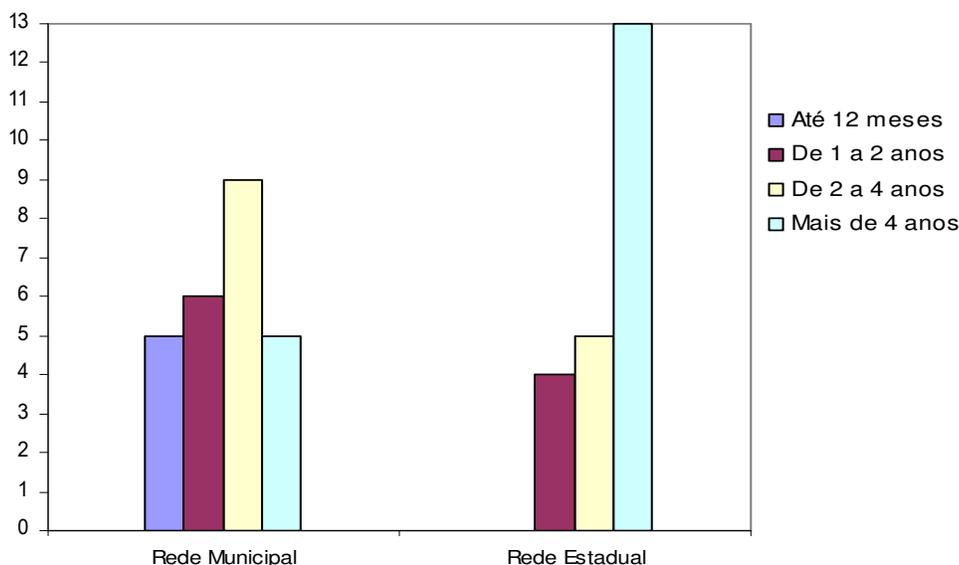
TEMPO DE TRABALHO EM SAÚDE MENTAL	CAPS I (1)		CAPS II (2)		CAPS INFANTIL (3)		CAPS AD INFANTO-JUVENIL (4)		CAPS AD (5)		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
ATÉ 1 ANO	1	12,5	3	37,5	0	0	1	11,1	0	0	5	10,6
DE 1 A 2 ANOS	2	25,0	1	12,5	2	15,4	3	33,3	2	22,2	10	21,3
DE 2 A 4 ANOS	3	37,5	2	25,0	3	23,1	4	44,4	2	22,2	14	29,8
MAIS DE 4 ANOS	2	25,0	2	25,0	8	61,5	1	11,2	5	55,6	18	38,3
TOTAL	8	100,0	8	100,0	13	100,0	9	100,0	9	100,0	47	100,0

Observa-se que 38,3% dos trabalhadores trabalha na área da saúde mental há mais de quatro anos e, somados aos de mais de dois anos, temos que 68,1% tem, pelo menos dois anos de experiência de trabalho na área.

Os trabalhadores com mais tempo de trabalho estão em locais com mais tempo de funcionamento (CAPS n° 3 e 5). No CAPS n° 2, que têm tempo de funcionamento de dois anos, observamos o predomínio do tempo de serviço em saúde mental de até um ano. Estes dados parecem apontar uma coerência com o tempo de existência do serviço, porém destacamos que o tempo de trabalho de até um ano pode estar também relacionado com contratos temporários de trabalho, que é uma característica destes dois serviços sob gestão municipal, conforme apresentaremos nesse estudo.

O gráfico seguinte mostra a distribuição dos trabalhadores segundo o tempo de trabalho em saúde mental e a inserção na rede municipal e estadual.

GRÁFICO 3 DISTRIBUIÇÃO DOS TRABALHADORES DOS CAPS DE CUIABÁ SEGUNDO TEMPO DE TRABALHO EM SAÚDE MENTAL E INSERÇÃO NA REDE DE ATENÇÃO ESTADUAL E MUNICIPAL. CUIABÁ, 2007



O gráfico 3 mostra que os trabalhadores com maior tempo de trabalho (mais de 4 anos) em saúde mental são os da rede estadual e todos aqueles que têm até 12 meses de experiência são da rede municipal. Além da relação entre o maior número de trabalhadores com maior tempo de trabalho em saúde mental com os serviços da rede estadual, que também são os de maior tempo de existência, algumas condições de trabalho a que estão submetidos os trabalhadores da rede municipal e estadual que serão apresentadas nesse estudo podem relacionar-se a esses dados.

TABELA 5 - DISTRIBUIÇÃO DOS TRABALHADORES DOS CAPS DE CUIABÁ SEGUNDO O TEMPO DE TRABALHO NO SERVIÇO ATUAL, CUIABÁ - 2007

TEMPO DE TRABALHO NO SERVIÇO ATUAL	CAPS I (1)		CAPS II (2)		CAPS INFANTIL (3)		CAPS AD INFANTO-JUVENIL (4)		CAPS AD (5)		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
ATÉ 1 ANO	2	25,0	3	37,5	5	38,5	3	33,3	3	33,3	16	34,0
DE 1 A 2 ANOS	1	12,5	5	62,5	3	23,0	4	44,4	3	33,3	16	34,0
DE 2 A 4 ANOS	4	50,0	0	0	5	38,5	1	11,1	1	11,2	11	23,5
MAIS DE 4 ANOS	1	12,5	0	0	0	0	1	11,2	2	22,2	4	8,5
TOTAL	8	100,0	8	100,0	13	100,0	9	100,0	9	100,0	47	100,0

Observa-se o predomínio de trabalhadores com até 2 anos no serviço atual. Os contratos de trabalho temporários predominantes nos serviços da gestão municipal e o concurso público com posse recente na rede estadual, além do pouco tempo de existência dos CAPS justificam esse dado.

Como a maioria dos serviços é recente, somente quatro trabalhadores (8,5%) estão há mais de quatro anos no mesmo serviço.

Apresentamos abaixo a distribuição dos trabalhadores conforme a conclusão de cursos de especialização e destacamos que este foi o maior nível de titulação encontrado entre os trabalhadores deste estudo.

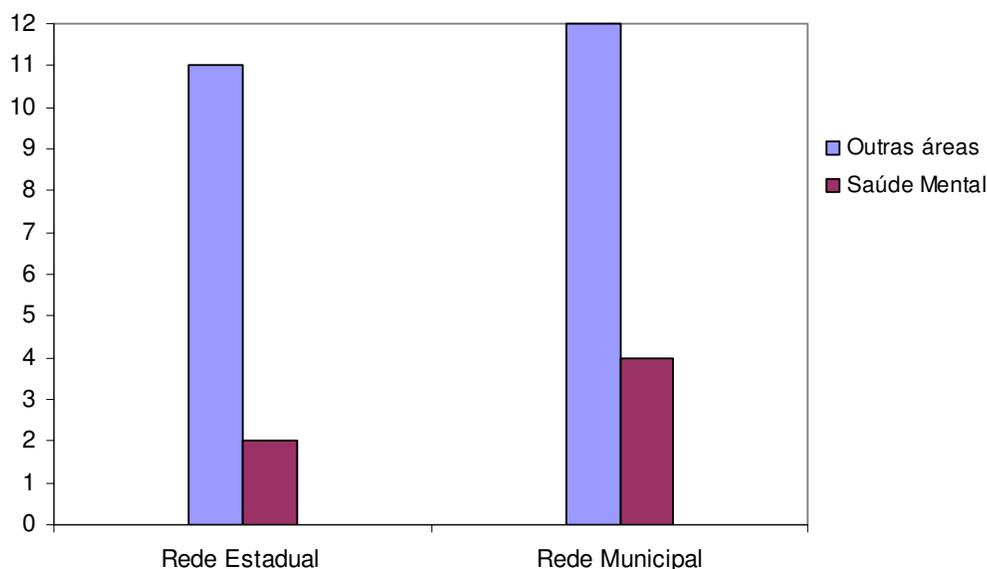
TABELA 6 - DISTRIBUIÇÃO DOS TRABALHADORES DE NÍVEL SUPERIOR DOS CAPS DE CUIABÁ SEGUNDO A CONCLUSÃO DE CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO, CUIABÁ - 2007

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO	CAPS I (1)		CAPS II (2)		CAPS INFANTIL (3)		CAPS AD-INFANTO JUVENIL (4)		CAPS AD ADULTO (5)		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	SIM	3	75,0	4	66,7	6	66,7	4	80,0	6	100,0	23
NÃO	1	25,0	2	33,3	3	33,3	1	20,0	0	0	7	23,3
TOTAL	4	100,0	6	100,0	9	100,0	5	100,0	6	100,0	30	100,0

Dos 30 (trinta) profissionais de nível superior participantes da pesquisa, 23 (76,7%) referiram ter concluído algum curso de especialização e 7 (23,3%) não. Essa proporção se mantém semelhante em todos os serviços, exceto no CAPS nº. 5, onde todos os trabalhadores de formação universitária eram especialistas.

Os dados da Tabela 5 referem-se à conclusão de curso de especialização em qualquer área. Ao buscar identificar aqueles que concluíram esse nível de formação na área de saúde mental e/ou psiquiatria, encontramos os resultados apresentados no gráfico 4.

GRÁFICO 4 DISTRIBUIÇÃO DOS TRABALHADORES DOS CAPS DE CUIABÁ SEGUNDO A CONCLUSÃO DE CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL E INSERÇÃO NA REDE DE ATENÇÃO ESTADUAL E MUNICIPAL. CUIABÁ, 2007



Dos 23 (vinte e três) trabalhadores que tinham concluído cursos de especialização, apenas 6 (seis) eram na área de saúde mental, ou seja, do total de trabalhadores de nível universitário, somente 20% tinham concluído alguma especialização na área de saúde mental e/ou psiquiatria.

Consideramos que há pouca oferta de cursos de especialização na área, entretanto, nos anos 2003 e 2005 foram ofertados dois Cursos de Especialização em Saúde Mental pela Faculdade de Enfermagem da UFMT que tiveram por objetivo a capacitação das equipes multiprofissionais dos CAPS de Mato Grosso, e como resultado, a titulação de 48 profissionais especialistas em saúde mental e 11 com curso de aperfeiçoamento. Conclui-se que esses dois cursos causaram pouco impacto na situação local de capacitação dos CAPS. Algumas outras condições, principalmente aquelas relacionadas à rotatividade de pessoal decorrente dos contratos temporários de trabalho, podem se relacionar à esse baixo impacto.

Outro fator que pode se relacionar é o fato de que, no serviço público, muitas vezes, a especialização não é realizada para qualificar o trabalho, mas para ascender na carreira, pois, para os critérios de carreira, não importa em qual área se especializa, somente o título.

A partir dos dados apresentados indagamos qual potência tem esses sujeitos trabalhadores na realização da atenção psicossocial neste município. Consideramos que as características até aqui apresentadas impõem limites rígidos

a essa potência, principalmente os dados relacionados ao número reduzido de trabalhadores nas equipes, não cumprindo sequer o mínimo algumas vezes, e à capacitação para o trabalho na área, reduzida a menos de um quarto do total do número de trabalhadores (20%).

O trabalho em CAPS requer competência para, além da atuação especializada do modelo biomédico psiquiátrico, criticar/superar esse paradigma e ser transformador, tanto nas dimensões técnicas do cuidado físico e psíquico, como na *tomada de responsabilidade*, fundamento de serviços territoriais. Algumas situações são apontadas por Dell'acqua, Mezzina (2005) e Scarcelli (1999), como particularmente desafiadoras para a realização de cuidado psicossocial em serviços de base territorial: a ambivalência do lidar com a crise, as contradições que não podem ser anuladas entre cuidado e controle do comportamento e as poucas certezas do cotidiano.

As equipes com as características até aqui apresentadas terão, certamente, muitos limites para superar essas situações desafiadoras esperadas na atenção psicossocial.

Apresentaremos a seguir alguns dados sobre as condições de trabalho para, a partir desses, analisar como se realiza o trabalho nesses serviços, qual a finalidade, meios/tecnologias dispõem os trabalhadores e a gestão para a construção da rede de atenção psicossocial e a assistência que lhe compete.

5.2 Condições de trabalho

As equipes dos CAPS estudados, até aqui apresentadas na sua composição e características de formação, apresentam-se como operacionalizadoras do trabalho vivo em ato, típico do trabalho em saúde.

Para ampliarmos essa discussão sobre o trabalho realizado nos CAPS trazemos de um lado, os trabalhadores e suas características pessoais e profissionais e de outro, as condições de trabalho, consideradas aqui como: a remuneração, o vínculo empregatício, as relações interpessoais no ambiente do CAPS, a qualidade das interações, a hierarquia, as instâncias e a forma de exercício de poder intra-equipe e as relações entre equipe e os gestores internos e externos do trabalho (Secretarias de Saúde), a liberdade e autonomia de participação e organização corporativa classista.

Começamos por apontar que, no mundo do trabalho, o binômio trabalhador x condições de trabalho tem sofrido os impactos culturais e dos modos de produção onde o trabalho acontece. O mercado de trabalho atual, em seu caráter competitivo e instável, originou estratégias de administração e de gestão da força de trabalho que possibilitam, dentre outras coisas, “[...] a flexibilização não só de produtos e de processos, mas também do trabalho; a descentralização por meio da qual a empresa matriz estabelece ampla rede de fornecedores subcontratados, terceirizando atividades; o enxugamento das estruturas de operação, para diminuir custos [...]” (DELUIZ, 2001, p. 6).

Políticas de perfil neoliberal adotadas como saídas para a crise econômica, defendem mudanças com relação às atribuições do Estado com o objetivo de diminuir gastos públicos.

Defendem também a não intervenção estatal na economia, na perspectiva do Estado Mínimo [...], com a desregulamentação das economias nacionais e o desmonte das políticas sociais efetivadas pelo Estado de Bem Estar Social. A intensificação deste processo tende a ampliar as desigualdades econômicas [...] e as conseqüências sociais são visíveis: [...] a flexibilidade e a desregulamentação do trabalho, [...] o crescimento dos empregos precários [...] (DELUIZ, 2001, p. 6)

Conforme já apresentamos nesse estudo, ao abordarmos o trabalho das equipes nos CAPS, consideramos fundamental compreender esse

trabalho na sua realização concreta, problematizando e analisando as condições nas quais ele se realiza. Uma vez que destacamos, na perspectiva teórico-metodológica assumida, a base material como determinante da construção da realidade, (MINAYO, 1994), consideramos fundamental conhecer o trabalho/cuidado de atenção psicossocial realizado nos CAPS no seu contexto sócio-econômico e institucional, principalmente considerando a existência dos CAPS no contexto do SUS, e a sua natureza pública.

Dentre as principais evidências sinalizadas pelos mercados de trabalho em saúde, em uma pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde em 1995, observou-se a precarização dos mercados de trabalho de profissionais da saúde (NOGUEIRA, 1996). Vive-se um processo de pauperização entre pessoas inseridas no mercado de trabalho com trajetória marcada por insegurança, instabilidade e precariedade dos vínculos de trabalho. Esta degradação das condições materiais de vida e a ausência de mecanismos de proteção social principalmente em torno do trabalho, configuram “uma nova questão social” (MINAYO-GOMEZ, THEDIM-COSTA, 1999).

O MS, admitindo essa tendência, aponta a necessidade de uma atitude e reposicionamentos quanto à Política de Gestão dos Recursos Humanos no SUS e para isso tem formalizado condutas no âmbito jurídico e político por meio de portarias e legislações que determinam ações nas esferas de governo para reverter esta situação.

O MS reconhece que

[...] a fragilidade das modalidades de contratação compromete a dedicação dos profissionais [...] Sendo assim, entende ser necessário ampliar o consenso em torno dos prejuízos que esta situação acarreta. É preciso também analisar alternativas com intuito de combater a precariedade do trabalho e, em conjunto com os gestores do SUS, buscar saídas compatíveis e viáveis (BRASIL, 2007e).

Assim, apresenta a proposta do Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS - DesprecarizaSUS, que visa à regularização da situação dos trabalhadores e cria, em 2003, o Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS que tem como objetivo a elaboração de políticas e a formulação de diretrizes para desprecarização do trabalho no sistema.

O Comitê Nacional irá apoiar e estimular a criação de Comitês Estaduais, Regionais e Municipais de Desprecarização do Trabalho no SUS, bem como desenvolver algumas funções para monitorar as formas de substituição do

trabalho precarizado nas três esferas de governo; dimensionar e estimular a realização de concurso público nas três esferas de governo, em cumprimento aos princípios constitucionais, bem como ao preconizado nas resoluções das últimas Conferências Nacionais de Saúde e nas Conferências Nacionais de Recursos Humanos; realizar levantamento da situação dos trabalhadores em situação precarizada; valorizar e divulgar iniciativas adotadas na gestão do trabalho do SUS, que dignificam o trabalho humano e a melhoria conseqüente dos serviços de saúde no país, com enfoque multiprofissional (BRASIL, 2007f).

Para a desprecarização do trabalho no SUS, o Comitê Nacional juntamente com o estadual e municipal se manterão articulados entre si apoiando a proposta da Rede de Apoio à Desprecarização do Trabalho no SUS.

Os Comitês também se vincularão às estruturas de gestão do trabalho em saúde do SUS, em constante diálogo com as instâncias colegiadas, como: Comissão Intersectorial de Recursos Humanos (CIRH), Conselho Nacional de Saúde (CNS), Câmara Técnica de Recursos Humanos/CONASS, CONASEMS, Mesa Nacional, Estaduais e Municipais de Negociação Permanente do SUS. Além disso, os Comitês nacional, estaduais e municipais também se relacionarão com os poderes Legislativo, Judiciário e o Ministério Público (BRASIL, 2007f)

Este Comitê Nacional sistematizou um documento para contribuir com a divulgação e o debate sobre trabalho precário e desprecarização do trabalho em saúde, que é o Desprecarização do Trabalho no SUS – Perguntas e Respostas (BRASIL, 2006a).

Outra conduta do MS que contribui com a organização do trabalho no SUS foi a realização da *Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS* (MNNP-SUS), em 2003, que “teve por objetivo estabelecer um fórum permanente de negociação entre empregadores e trabalhadores do SUS sobre todos os pontos pertinentes à força de trabalho em saúde” (BRASIL, 2006b, p. 15). Esta mesa discutiu entre outros temas, o plano de cargos e salários para a carreira no SUS, jornada de trabalho, formação e qualificação profissional, saúde do trabalhador do setor de saúde, seguridade social, reposição da força de trabalho no SUS, formas de contratação e ingresso no setor público, a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos em Saúde (NOB-RH/SUS²) e a instalação de mesas estaduais e municipais de negociação permanente.

Ainda nessa direção de reconhecer a importância e investindo para que se tenha um Estado presente e atuante no papel de gestor e regulador do trabalho em saúde, o MS criou a *Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde*, por

meio da Portaria GM/MS nº. 827, de 5 de maio de 2004. Esta, considerando ser a saúde um bem público, afirma que “compete ao Estado dispor sobre sua regulamentação, fiscalização e controle adequando o interesse particular ao interesse público” (BRASIL, 2006c, p. 6).

Para integrar o aparato jurídico e político do MS para minimizar atitudes de violência na assistência e trabalho em saúde, encontramos a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão da Saúde, que é uma política transversal na Rede SUS – HUMANIZA SUS -, que diz respeito a uma proposta ética, estética e política e seus compromissos assentam-se

[...] nos valores de autonomia e protagonismo dos sujeitos envolvidos, na co-responsabilização entre eles, na solidariedade dos vínculos estabelecidos, no respeito aos direitos dos usuários e na participação coletiva no processo de gestão (BRASIL, 2005b, p. 122).

“Humanizar é, então, ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais” (BRASIL, 2004c, p. 6).

Destacamos ainda a realização da 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, cuja etapa nacional ocorreu de 15 a 18 de março de 2006 e teve como objetivo

[...] propor as diretrizes nacionais para a implementação da política de gestão do trabalho e da educação na saúde, tendo como referência a Norma Operacional Básica sobre Recursos Humanos do Sistema Único de Saúde² (NOB/RH-SUS), ampliando a participação e a co-responsabilidade dos diversos segmentos do SUS na execução dessa política, qualificando o debate e fortalecendo o compromisso nacional nesse campo (BRASIL, 2005a, p. 7).

Na realidade brasileira de produção capitalista, o trabalho está submetido às contingências de precarização, e para Antunes (1999), a “classe que vive do trabalho” vem sofrendo um processo de fragmentação e outras dificuldades impostas pelas políticas neoliberais. No trabalho em saúde, essas condições muitas vezes resultam em violências e isto, sem dúvida, tem impacto diretamente na

² Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS (NOB/RH-SUS). 3ª ed. Revista e atualizada. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

qualidade da assistência prestada, além da repercussão na qualidade de vida dos trabalhadores.

O estudo de Costa (2005) sobre a violência e cotidiano do trabalho de um hospital público demonstrou que na enfermagem, a violência opera por duas vias distintas, que são a estrutural/institucional e comportamental/relacional. Estas duas vias de violência desencadeiam e perpetuam “violências menores” tais como “práticas profissionais traumatizantes, omissões, negligências, imperícias, atendimento fragmentado, informações parciais ou negadas, indiferença ao sofrimento e a dor, baixa auto-estima, dentre outras” (COSTA, 2005, p. 12). Ainda segundo esta autora, estes “danos aos trabalhadores podem causar prejuízos para a assistência à saúde da população atendida” (p. 40).

Consideramos também, como Costa (2005, p. 41), que alguns aspectos da inserção dos trabalhadores interfere diretamente na saúde destes, na assistência prestada e configuram uma demanda específica para os gestores:

A diferenciação dos vínculos entre trabalhadores da saúde – CLT, estatutários, terceirizados, cooperativas – interfere na interação dos trabalhadores entre si, com os usuários e contribui para o desgaste enfrentado pelos gestores do SUS. É inegável a importância de viabilização de uma política de valorização dos recursos humanos no SUS, pois a política adotada atualmente tem se mostrado discriminatória e, portanto, participando da gênese da violência do trabalho em saúde.

Compreendemos que a primeira condição de trabalho a que se submetem os trabalhadores é o seu vínculo empregatício. Por isso, apresentamos inicialmente a situação dos sujeitos deste estudo no que se refere à opção pelo trabalho no CAPS, apresentados numa distribuição por serviço no gráfico 5, e na rede estadual ou municipal (gráfico 6).

GRÁFICO 5 DISTRIBUIÇÃO DOS TRABALHADORES DOS CAPS DE CUIABÁ QUANTO À OPÇÃO PELO TRABALHO NO CAPS. CUIABÁ, 2007

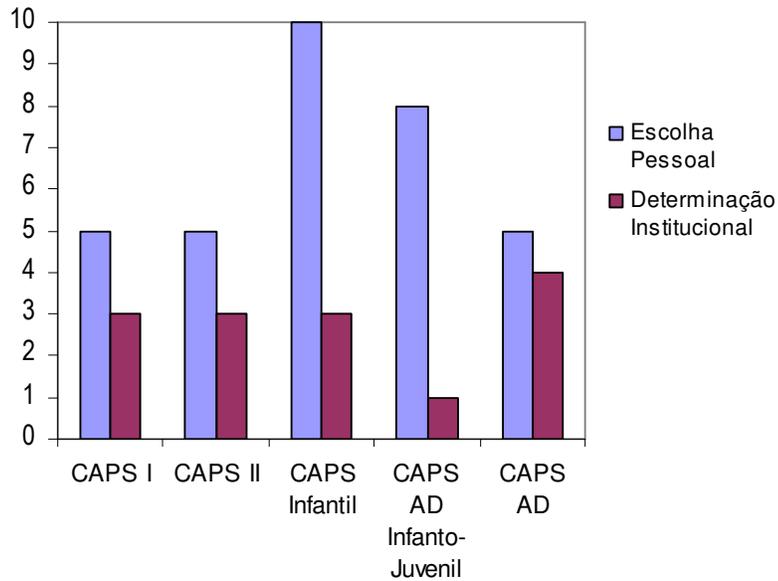
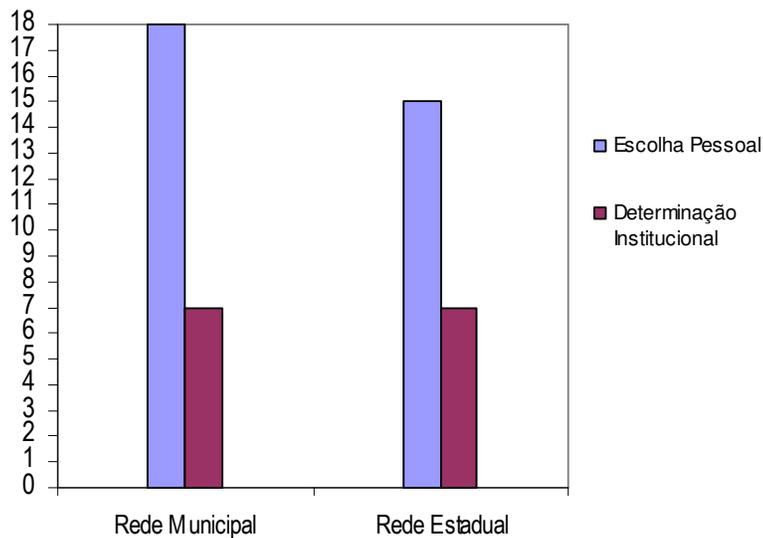


GRÁFICO 6 DISTRIBUIÇÃO DOS TRABALHADORES DOS CAPS DE CUIABÁ QUANTO À OPÇÃO PELO TRABALHO NO CAPS SEGUNDO A INSERÇÃO NA REDE DE ATENÇÃO ESTADUAL E MUNICIPAL. CUIABÁ, 2007



Determinação institucional é aqui entendida como sendo a lotação do trabalhador no local de serviço onde o gestor define como prioridade e não segundo adequação ao perfil e livre escolha do trabalhador.

No gráfico 5 observamos que nos dois CAPS para atendimento infantil e infanto-juvenil respectivamente, existe o maior número de trabalhadores

que fizeram a opção pelo tipo de serviço por escolha pessoal. Provavelmente a maior especialidade do serviço corresponde à definição mais clara de opção pessoal.

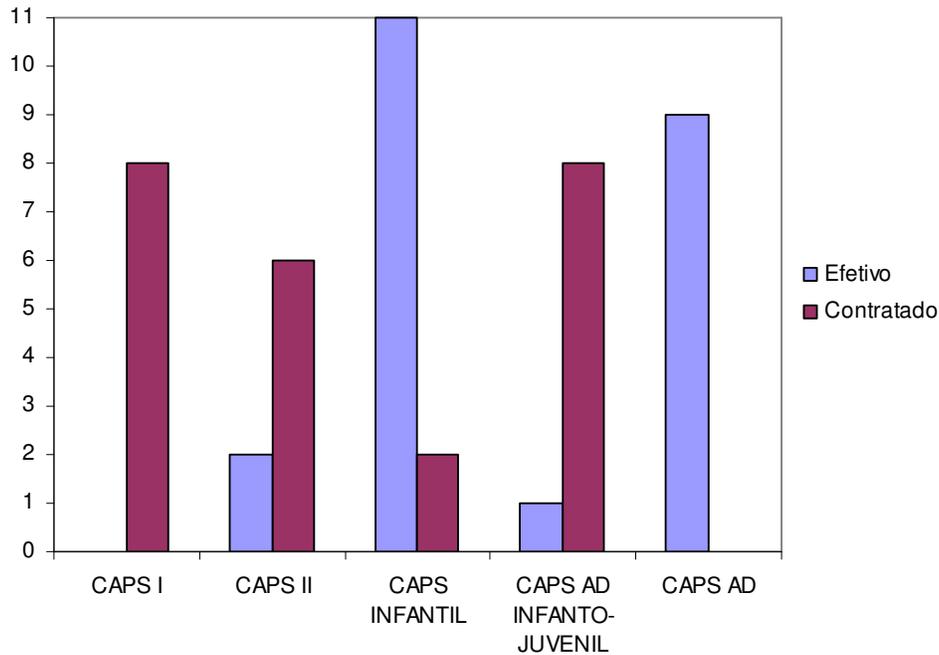
A necessidade de algumas competências específicas para o trabalho em saúde mental não são ofertadas e desenvolvidas na maioria dos cursos de graduação e existe pouca oferta de capacitação na área de saúde mental em Cuiabá e no Estado de Mato Grosso. Bichaff (2006) também pontua que as modificações no campo da assistência em saúde mental no Brasil, são consideradas e incorporadas de forma lenta nos meios acadêmicos, e assim não produzem mudanças nas grades curriculares dos cursos de graduação. Eventualmente, a dificuldade de designar um trabalhador para atuar no CAPS pode estar relacionada a esta condição de formação e capacitação.

Ainda como influência na colocação de profissionais nos serviços de saúde mental que possuam perfis e alguma especialidade na área, temos que os concursos públicos não prevêm tais características. São concursos gerais que não conseguem selecionar trabalhadores coerentes com propostas transformadoras (LOBOSQUE, 2003; BICHAFF, 2006). Neste sentido, num panorama do mundo do trabalho de pouca oferta de emprego, os trabalhadores são impelidos a submeterem-se ao cotidiano precário do trabalho mesmo com conseqüências na dimensão pessoal e da própria realização laboral.

Os trabalhadores dos CAPS são chamados a operar uma proposta contra-hegemônica que visa romper/superar práticas já cristalizadas e assim se tornarem agentes de novas práticas. Isto é considerado por Scarcelli (1999) como desafios cotidianos da prática. Realizar essa superação sem que se tenha o trabalho no CAPS como opção, é tarefa ainda mais desafiadora.

O tipo de vínculo empregatício, outra importante variável para considerar as condições de trabalho, é apresentado numa distribuição por serviço no gráfico 7 e na rede estadual ou municipal no gráfico 8.

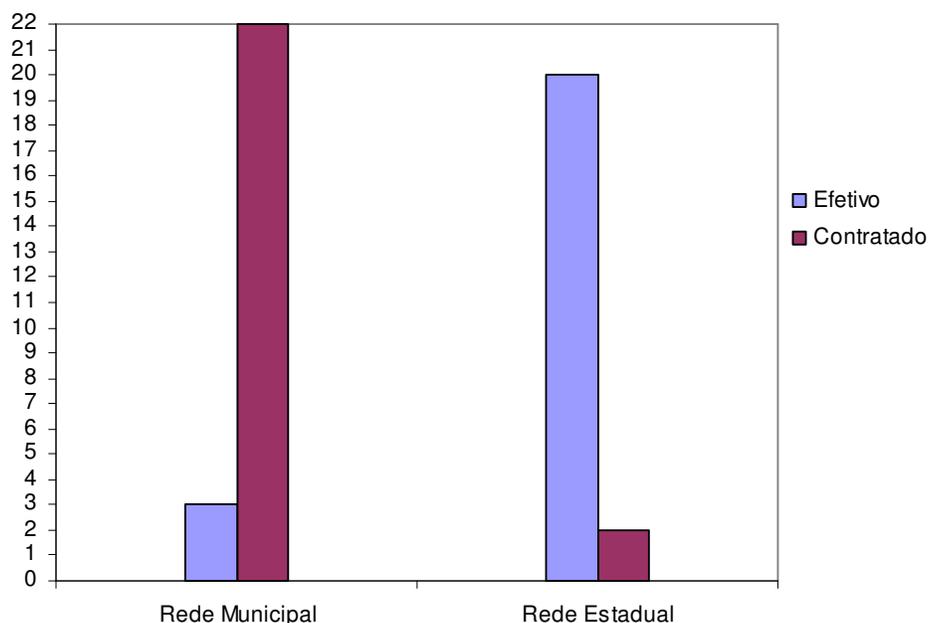
GRÁFICO 7 DISTRIBUIÇÃO DOS TRABALHADORES DOS CAPS DE CUIABÁ QUANTO AO VÍNCULO EMPREGATÍCIO. CUIABÁ, 2007



Detectamos que no CAPS nº. 1 os trabalhadores são exclusivamente contratados temporariamente. Este mesmo serviço, em estudo feito por Meneguetti (2005), com o objetivo de analisar o processo de trabalho neste CAPS em referência, já apresentava 70% dos trabalhadores de nível superior em situação de contrato temporário.

No gráfico 7, o CAPS nº. 5 (AD) tem exclusivamente trabalhadores com contratos efetivos. O CAPS nº. 3 (infantil) tem predominância de contratos efetivos e o CAPS nº. 4 (Infanto-juvenil) tem predominância de contratos temporários. Estas variações terão mais sentido quando associarmos estes dados aos do gráfico 8 que está a seguir.

GRÁFICO 8 DISTRIBUIÇÃO DOS TRABALHADORES NOS CAPS DE CUIABÁ QUANTO AO VÍNCULO EMPREGATÍCIO SEGUNDO INSERÇÃO NA REDE DE ATENÇÃO ESTADUAL E MUNICIPAL. CUIABÁ, 2007



Encontramos neste gráfico uma acentuada divergência entre os vínculos empregatícios segundo a inserção na rede estadual e municipal. Considerando o total dos trabalhadores pesquisados, os vínculos efetivos estão mais concentrados na rede estadual e os vínculos temporários, na rede municipal. Considerando o total de trabalhadores segundo a inserção estadual e municipal, temos que: 81% da rede estadual são efetivos e 88% da rede municipal são contratados.

Para contextualizar os dados apresentados nos gráficos 7 e 8, consideramos também algumas informações dos Relatórios de Gestão e Planos de Trabalhos da SMS.

No Relatório de Gestão 2005, em referência aos recursos humanos, encontramos que:

[...] a Secretaria Municipal de Saúde, apresenta em 2005, um quadro de trabalhadores da saúde composto por 5152 trabalhadores, dos quais **40% são estatutários e 52,1% prestadores, 6,8% trabalhadores cedidos por outros órgãos à SMS sem ônus e 1,1% comissionados*** (CUIABÁ, 2006b, p. 18).

* Grifos nossos.

Se considerarmos que os trabalhadores cedidos por outros órgãos à SMS e que os comissionados também não são efetivos dos serviços, temos que 60% dos servidores da SMS têm contratos de trabalho não efetivos nos respectivos serviços de saúde (podendo, entretanto, ser efetivos em relação à sua origem, no caso dos cedidos). Este foi o último documento da SMS que mostra a situação dos “recursos humanos”. No Relatório de Gestão 2006 nada consta sobre essa questão.

Em estudo recente realizado em CAPS da grande Cuiabá, Oliveira (2006) encontrou que 84% dos trabalhadores eram contratados e 16% eram efetivos.

Ainda nos referindo ao Relatório de Gestão 2005 da SMS encontramos a seguinte informação relacionada à situação desse excessivo número de contratos temporários:

Frente a realidade apresentada no quadro de recursos humanos na SMS, em relação às contratações de prestadores de serviços e a não realização de concurso público pelo município nos últimos anos (o último concurso foi em 2001), tramita no Ministério Público do Estado de Mato Grosso [...], o Termo de Compromisso de Ajustamento de Conduta com a Prefeitura Municipal de Cuiabá e Secretaria Municipal de Saúde, assinado em julho de 2005. [...] Este termo de ajustamento de conduta visa solucionar o problema relacionado aos inúmeros prestadores de serviços, com compromissos pactuados na gestão pública do município, dentre os quais a realização de concurso público, com redução gradual do percentual entre os concursados e as contratações temporárias (CUIABÁ, 2006b, p. 19).

Até o término da coleta dos dados deste estudo, vinte meses após a assinatura desse termo de ajustamento de conduta e passados 11 meses após a primeira data prevista para redução de 20% do quadro de trabalhadores temporários (em março de 2006), não identificamos em documentos da SMS nenhuma medida no sentido de cumprir este acordo e não havia data prevista para concurso público. Porém, durante a finalização deste estudo (setembro de 2007) foi publicado edital de concurso público da Prefeitura Municipal de Cuiabá que contemplou vagas para profissionais da área de saúde, porém ainda insuficiente para cumprimento da meta estipulada no termo de ajustamento de conduta já citado.

Reflexos desta situação precária de trabalho são evidenciados no fragmento de entrevista que se segue:

Trabalhador nº. 12: Nós estamos com deficiência de profissionais. O trabalho da equipe está sobrecarregado. Além das tarefas com o usuário, ainda temos a parte administrativa [...] vários momentos dava vontade de desistir. Há problemas salariais, o pagamento não é politicamente correto, pago [...] então, são coisa que depois vem refletir no serviço [...] faz-se de conta que paga então faz-se de conta que se trabalha. É um retrocesso que acontece no processo. Quando o funcionário está insatisfeito não há motivação [...]

Pires (2000) e Meneleu Neto et al (2002) concordam que, no Brasil, houve aumento de desemprego na última década do milênio. Porém Meneleu Neto et al (2002) apontam que no último quinquênio do fim dos anos 90 houve um crescimento do emprego para pessoal de enfermagem em direção à administração pública. Pires (2000) informa que segundo estudos realizados, não houve aumento do desemprego em saúde, mas ao contrário, apontam o crescimento dos postos de trabalho no setor. Esta informação aliada à constatação da não realização de concursos públicos, no Estado e Município, para o setor regularmente favorece inferirmos sobre o crescimento da contratação de trabalhadores temporários nos serviços públicos.

As transformações do mundo do trabalho estão influenciando o setor saúde e estão presentes neste setor características do processo de reestruturação produtiva que tem impacto no processo de trabalho em saúde (PIRES, 2000). Segundo esta autora, as características mais marcantes deste processo são: uso de tecnologias dos equipamentos e pouco uso das novas tecnologias da organização do trabalho que favorece com que “a especialização do conhecimento ao invés de possibilitar avanço, gera fragmentação e alienação” (p. 258) e a precarização do trabalho (contratos temporários, terceirização).

Nos dados empíricos, consideramos também a jornada semanal de trabalho ao analisar as condições de trabalho das equipes. Esses dados são apresentados numa distribuição por serviço no gráfico 9 e na rede estadual ou municipal no gráfico 10.

GRÁFICO 9 DISTRIBUIÇÃO DOS TRABALHADORES DO CAPS DE CUIABÁ SEGUNDO JORNADA DE TRABALHO. CUIABÁ, 2007

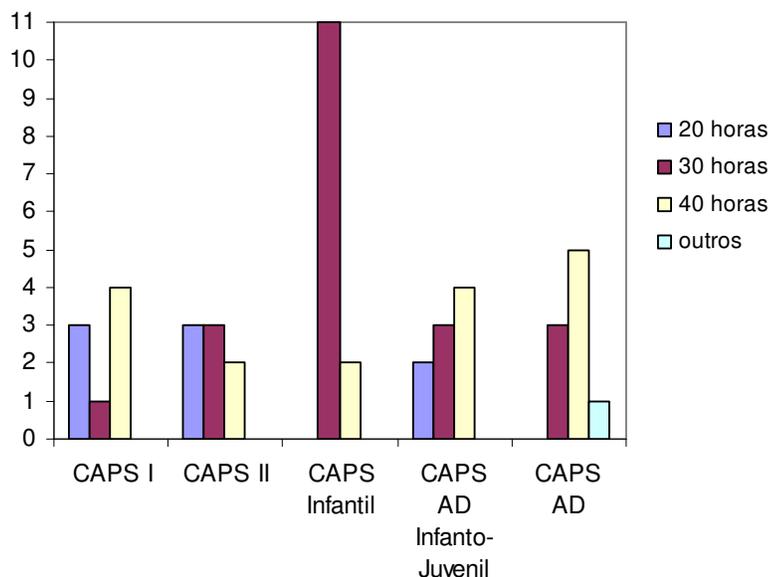
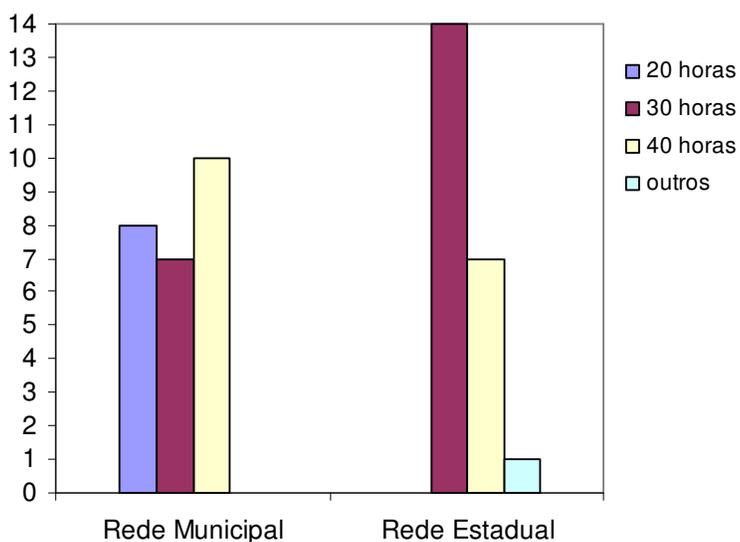


GRAFICO 10 DISTRIBUIÇÃO DOS TRABALHADORES DO CAPS DE CUIABÁ, POR JORNADA DE TRABALHO, SEGUNDO INSERÇÃO NA REDE DE ATENÇÃO ESTADUAL E MUNICIPAL. CUIABÁ, 2007



Trabalhadores com jornada de 20 horas estão presentes nos três CAPS da rede municipal (CAPS nº 1, 2 e 4) e em nenhum da rede estadual (CAPS nº 3 e 5), perfazendo 17% do total de trabalhadores. A jornada de 40 horas semanais está presente em todos os CAPS, perfazendo um total de 36,1% do total

dos trabalhadores. Predominam nas equipes os trabalhadores com jornada de 30 horas semanais, 44,6% entre todos os CAPS.

Na rede municipal aparece uma distribuição quase igualitária para as jornadas de 20 (vinte), 30 (trinta) e 40 (quarenta) horas. Ressaltamos que os contratos temporários de trabalho na SMS são para quarenta horas semanais, exceto os médicos que são contratados para vinte horas semanais. Conforme os gráficos 7 e 8, a rede municipal comporta a maioria dos trabalhadores em vínculo temporário, ou seja, com jornada de 40 horas. Um relato de observação se refere à realização da jornada de trabalho de trabalhadores da rede municipal:

(RELATO DE OBSERVAÇÃO – MARÇO/2007). Foi observado que os profissionais que tem carga horária de oito horas diárias não permanecem no local de trabalho por mais de quatro horas, exceto os trabalhadores de nível médio.

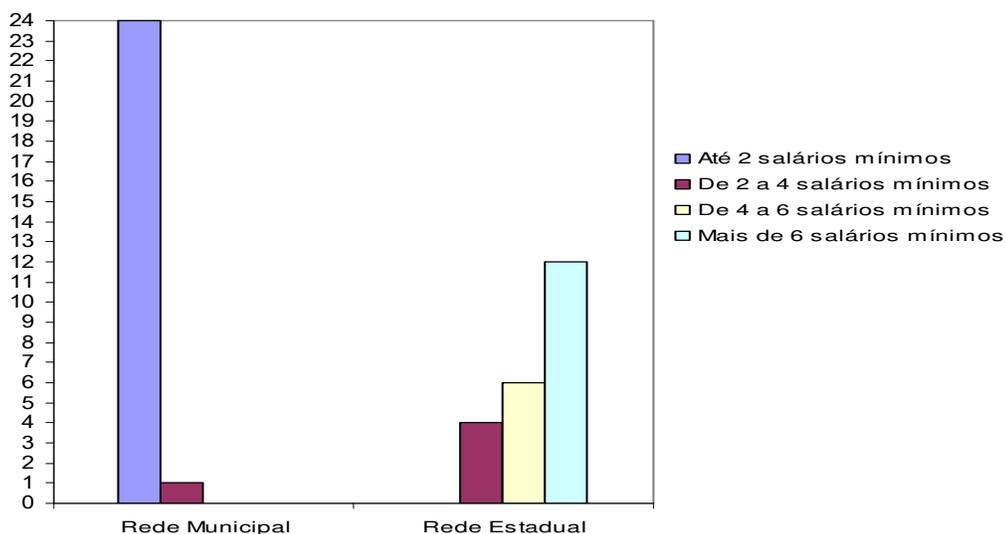
Meneguetti (2005, p. 22) fala sobre a jornada de trabalho no CAPS nº. 1, quando da realização de seu estudo:

Apesar do contrato de trabalho de todos os profissionais ser de 40 horas semanais, o turno de trabalho é de meio período [...] no entanto, por conta do salário estar defasado, em negociação com a coordenadoria 'X' acordou-se que os funcionários do CAPS cumpririam uma jornada de 20 horas semanais.

Com relação ao trabalho médico, esta autora também constatou em seu estudo que os médicos não cumpriam nem a jornada de trabalho de 20 horas e essa era uma prática costumeira no âmbito dos serviços de saúde mental no município e ainda, isso não causava nenhum desconforto para a equipe, que considerava normal e aceitável devido a falta de profissionais médicos psiquiatras no Estado de Mato Grosso. Ainda no presente estudo, os trabalhadores não médicos mantinham esta postura de conformação com a situação posta.

Uma condição de trabalho diretamente afetada pelo trabalho precarizado em saúde, é a questão salarial. Por isso, a distribuição dos trabalhadores dos CAPS segundo faixa salarial e inserção na rede municipal e estadual é apresentada no gráfico 11.

GRÁFICO 11 DISTRIBUIÇÃO DOS TRABALHADORES DOS CAPS DE CUIABÁ SEGUNDO FAIXA SALARIAL E INSERÇÃO NA REDE DE ATENÇÃO ESTADUAL E MUNICIPAL. CUIABÁ, 2007



Nota: Salário mínimo vigente à época da coleta de dados: R\$350,00 (trezentos e cinqüenta reais).

Observa-se que 50 % dos trabalhadores dos CAPS recebem até dois salários mínimos (SM) e este percentual situa-se exclusivamente na rede municipal. A faixa salarial acima de quatro salários mínimos situa-se exclusivamente na rede estadual. Portanto, na rede municipal os salários são distribuídos de maneira uniforme em patamares reduzidos, sendo que 96% dos trabalhadores percebem salários de até 2 SM e 4% dos sujeitos têm salários que estão na faixa de 2 a 4 SM. Para a rede estadual os salários também se distribuem com relativa uniformidade, porém em patamares pouco acima, ou seja, 18% de 2 a 4 SM; 27,3% na faixa de 4 a 6 SM e 54,5% na faixa acima de 6 SM.

Destacamos aqui os baixos salários oferecidos na rede municipal que aliados às outras várias características da precarização do trabalho em saúde terão influência importante no alcance da finalidade do trabalho dos CAPS. Comparativamente, apresentamos um estudo realizado, em CAPS da cidade de São Paulo, onde mostra que os trabalhadores recebem salários que variam de 4 (quatro) a 20 (vinte) SM, sendo a maioria com salários na faixa de 11 a 15 SM (BICHAFF, 2006). Esses resultados são muito diferentes da realidade aqui verificada. Para ilustrar o comentário acima apresentamos fragmentos de entrevista com trabalhadores da rede municipal:

Trabalhador nº. 1: [...] Eu não posso deixar de falar na questão salarial mesmo. Nós ganhamos uma miséria, eu praticamente

pago pra vir trabalhar [...] por mais que você esteja motivado pra trabalhar com seu paciente, isso [a questão salarial] desestrutura.

Trabalhador nº. 2: Uma das primeiras questões é pensar no próprio servidor [...] a condição de trabalho, salarial desse servidor. É ele que vai cuidar da pessoa com transtorno mental [...] precisamos chegar aqui, entre aspas, sem problemas. Como? Se o salário que a gente ganha não é propício pra isso? [...]

As mudanças no mundo do trabalho têm enorme impacto no setor saúde e na enfermagem e o principal aspecto negativo é a precarização do trabalho (PIRES, GELBCKE, 2001). Os vínculos necessários para o trabalho em equipe não se instalam quando não existem condições mínimas de trabalho. Uma equipe formada por trabalhadores com vínculos temporários não se responsabiliza pela missão institucional e não se compromete com processos de mudanças (NOGUEIRA, 1996; BRASIL, 2007e). A precarização do trabalho estimula o individualismo dificultando o envolvimento nas questões sociais e coletivas e o avanço da politização dos trabalhadores (PIRES, GELBCKE, 2001).

Para compreender alguns dos desdobramentos decorrentes dessa condição de precariedade apresentamos a seguir dados sobre a situação dos sujeitos estudados em relação a outros vínculos de trabalho.

A distribuição dos trabalhadores quanto ao exercício de outra atividade de trabalho além daquela exercida no CAPS é apresentada no gráfico 12 segundo o serviço e no gráfico 13, segundo a rede estadual ou municipal.

GRÁFICO 12 DISTRIBUIÇÃO DOS TRABALHADORES DOS CAPS DE CUIABÁ QUANTO AO EXERCÍCIO DE OUTRA ATIVIDADE DE TRABALHO. CUIABÁ, 2007

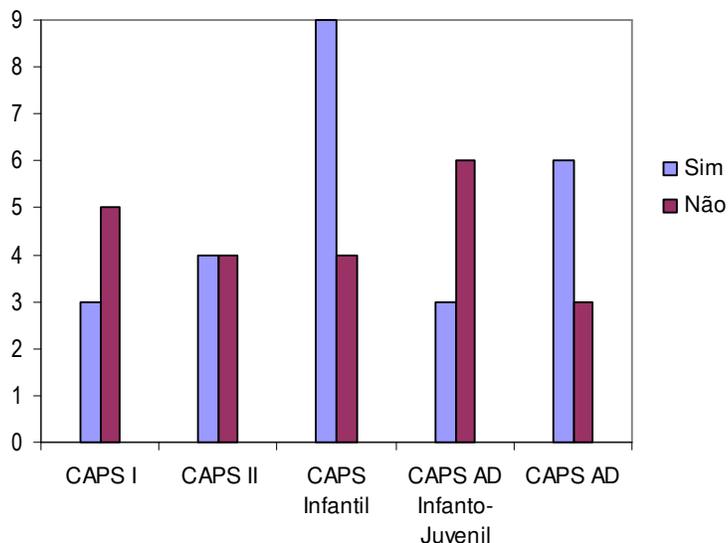
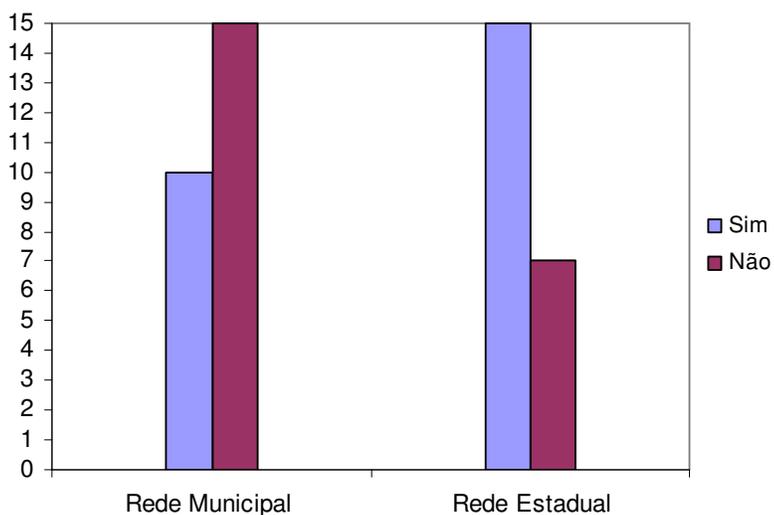


GRÁFICO 13 DISTRIBUIÇÃO DOS TRABALHADORES DOS CAPS DE CUIABÁ QUANTO AO EXERCÍCIO DE OUTRA ATIVIDADE DE TRABALHO SEGUNDO INSERÇÃO NA REDE DE ATENÇÃO ESTADUAL E MUNICIPAL. CUIABÁ, 2007



Analisando estes gráficos vimos que nos CAPS da rede municipal a maioria dos trabalhadores não possuem outro vínculo de trabalho. Na rede estadual, apesar de possuírem melhores salários (gráfico 11), os trabalhadores são

em maioria quase absoluta, efetivos, com jornada de trabalho de 30 horas semanais. Isto provavelmente possibilita a aquisição de outros vínculos de trabalho. Em contrapartida, na rede municipal, os trabalhadores possuem contrato para a jornada de 40 horas semanais, talvez assim dificultando a possibilidade de outros vínculos.

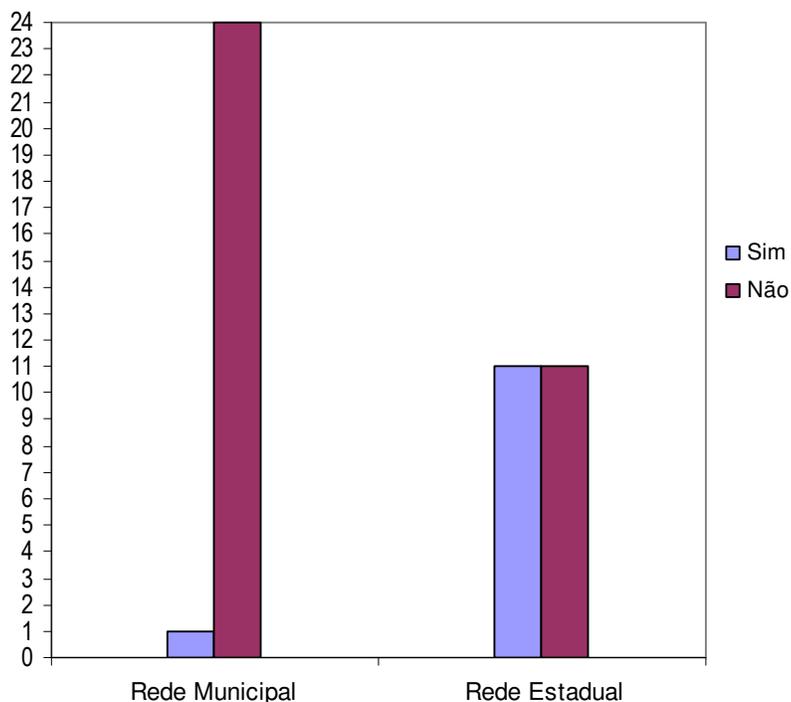
Diante dos baixos salários oferecidos, diferentes formas de negociação para o cumprimento da jornada de trabalho na rede municipal é evidenciada, como no relato abaixo:

RELATO DE OBSERVAÇÃO – MARÇO/2007. Profissionais de nível médio da rede municipal contratados temporariamente, são incentivados ao cumprimento da jornada de trabalho de 40 horas semanais através da oferta de alimentação diária. Os profissionais de nível superior cumprem apenas 4 horas diárias de trabalho.

A obrigação de cumprimento de jornada de trabalho está somente para os trabalhadores de nível médio. Os trabalhadores de nível superior, apesar de não possuírem outros vínculos de trabalho na maioria (gráficos 12 e 13), não cumprem a jornada determinada. Reportando-nos às diretrizes de funcionamento e financiamento dos CAPS destacamos que não é previsto nenhum recurso para alimentação dos trabalhadores. Desta forma deparamo-nos com diferentes formas de negociação para a permanência destes profissionais nos CAPS da rede municipal; os trabalhadores de nível médio recebem alimentação e os trabalhadores de nível superior têm flexibilidade no cumprimento da jornada de trabalho.

Dentre as subjetividades no mundo do trabalho atual, vemos que praticar o individualismo para encontrar novas saídas pessoais para a resolução de problemas e melhorar a renda mensal são mencionados por Pires, Gelbcke (2001) e, neste estudo, como apontam os dados relacionados no gráfico 14 sobre a distribuição de trabalhadores dos CAPS do município quanto à filiação em sindicatos e do gráfico 15 sobre a participação em associações profissionais.

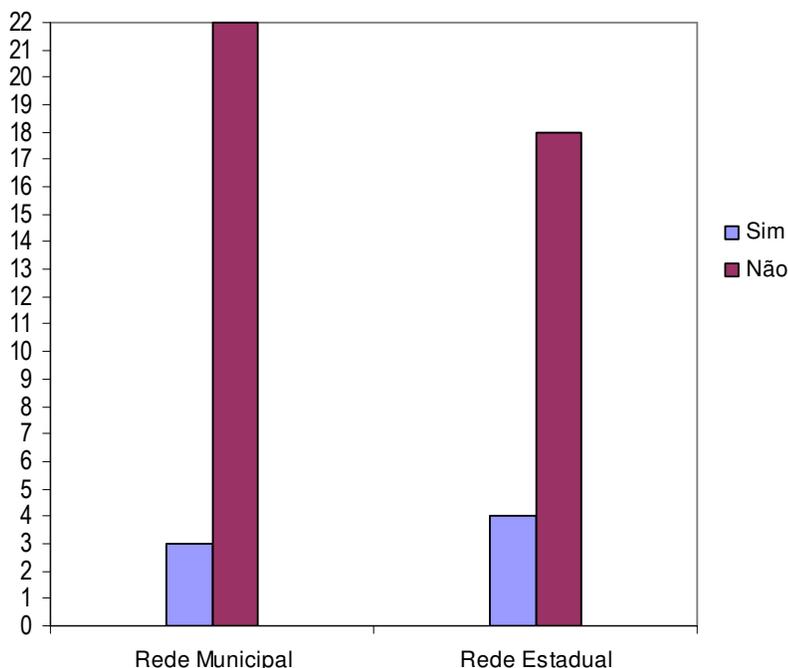
GRÁFICO 14 DISTRIBUIÇÃO DOS TRABALHADORES DOS CAPS DE CUIABÁ QUANTO À FILIAÇÃO EM SINDICATOS E SEGUNDO INSERÇÃO NA REDE DE ATENÇÃO ESTADUAL E MUNICIPAL. CUIABÁ, 2007



Na rede municipal, apenas 1 (um) trabalhador é sindicalizado e na rede estadual, 11 (onze). Dito de outra forma, dos 25 trabalhadores pesquisados na rede municipal, apenas 4% são sindicalizados; dos 22 trabalhadores pesquisados na rede estadual, 50% são sindicalizados.

Como consequência também da desregulamentação do trabalho no mundo capitalista vemos “a ausência de proteção e expressão sindicais configurando uma tendência à individualização extrema da relação salarial” (ANTUNES, 1999, p. 44). No mundo do trabalho, em território capitalista, as articulações para a consciência de classe, como o exemplo da sindicalização, é comprometedora quanto à manutenção de vínculos trabalhistas e conseqüentemente à sobrevivência da “classe-que-vive-do-trabalho”. A capacidade organizacional dos sindicatos é desmantelada pelo projeto neoliberal na medida em que impõe condições de trabalho imobilizadoras de lutas da classe trabalhadora (JOFFILY, 1994; LAURELL, 1997; ANTUNES, 1999).

GRÁFICO 15 DISTRIBUIÇÃO DOS TRABALHADORES DOS CAPS DE CUIABÁ QUANTO À FILIAÇÃO EM ASSOCIAÇÃO PROFISSIONAL SEGUNDO INSERÇÃO NA REDE DE ATENÇÃO ESTADUAL E MUNICIPAL. CUIABÁ, 2007



A participação dos trabalhadores em sindicatos e associações profissionais é ínfima na rede municipal e tem maior prevalência na rede estadual. Lembramos que “as ameaças aos direitos dos trabalhadores ocorrem em um quadro de dificuldades de organização e sindicalização e de desmobilização de movimentos reivindicatórios” (DELUIZ, 2001, p. 6). Desta forma, fica evidenciado que a situação de contratação temporária é uma ameaça à organização dos trabalhadores enquanto um coletivo para reivindicações trabalhistas, fragilizando a prática cidadã e a mobilização de trabalhadores em saúde. Diante das ameaças ao trabalhador pelas contingências da relação capital e trabalho, como os baixos salários, contratos temporários, pouca ou nenhuma organização profissional ou sindical, tornam impraticável o enfrentamento coletivo às adversidades no âmbito do trabalho e então, atitudes individuais são as escolhidas, podendo advir daí sofrimentos físicos e psíquicos da “classe que vive do trabalho”. Para Ramminger, Brito (2007), disto pode advir um tipo de sofrimento ao trabalhador como a Síndrome do Esgotamento Profissional, também conhecida como “Burn out”, que tem sido recorrente em profissionais da educação, da saúde e da segurança.

Diante deste cenário e da proposta de trabalho na atenção psicossocial requerendo trabalhadores vinculados, afetivos, solidários, capacitados, deduzimos então, que há um grande descompasso entre o que é necessário e as condições para que se efetive outra modalidade de cuidado, que seja diferente da encontrada neste estudo.

5. 3 O trabalho realizado e a gestão do trabalho das equipes

Apresentamos até aqui algumas características do trabalho nos cinco CAPS, apontando dados que mostram os aspectos da formação da rede de cuidados em saúde mental existentes, da composição das equipes de trabalhadores quanto ao número, formação e capacitação, das condições de trabalho a que estas equipes estão submetidas.

Para um trabalho coletivo é preciso considerar que existe uma teia de processos inerentes a este, que traz em si, além de uma equipe multidisciplinar e tensões, interagindo no cotidiano para determinar potencialidades ou fraquezas na realização das ações. É no cotidiano do trabalho coletivo, sempre em movimento, que as dúvidas, impasses, conflitos e contradições podem constituir-se como possibilidade de avanços nas práticas antimanicomial. Algum grau mínimo de liberdade e autonomia profissional são condições básicas para a constituição deste trabalho nas equipes.

Em nossa investigação, a respeito do trabalho realizado, procuramos direcionar a discussão a partir das seguintes indagações: Como o trabalho é realizado no cotidiano? Existe um projeto comum que orienta esse trabalho? Como e a partir de quais princípios esse trabalho é organizado dentro das equipes? Como os profissionais participam desses nas equipes? De que forma acontece a participação dos mesmos na gestão desse trabalho?

Segundo Peduzzi (2001), o trabalho em equipe é uma modalidade do trabalho coletivo e um instrumento para a integralidade das ações de saúde. Em seu estudo sobre conceito e tipologia do trabalho em equipe, esta autora identificou a necessidade de uma equipe do tipo *integração*. Milhomem, Oliveira (2007) se valem deste conceito para considerá-lo como importante na atenção psicossocial, dizendo que a equipe integrada é imprescindível na atenção psicossocial, na busca da articulação das ações e dirimindo conflitos nas intencionalidades e metas de cada profissional e, desse modo, superando a desarticulação entre as áreas do conhecimento.

Os objetivos do trabalho das equipes dos CAPS perpassam por desafios onde está implícita a transformação paradigmática do modo de atenção à saúde mental orientado por uma Política Pública Nacional de Saúde Mental, isto é, com princípios e diretrizes antimanicomial. Observando a totalidade do trabalho em saúde identificamos outros desafios além destes, como expresso na citação abaixo:

O trabalho no serviço público [...] tem sido desvalorizado e não é visto como opção para muitos trabalhadores, mas sim, como complemento de outras funções que desempenham [...] A imagem dos governantes perante os trabalhadores também é desvalorizada e está associada a incompetência, falta de vontade política, apropriação indevida de bens públicos etc. (SCARCELLI, 1999, p. 191).

Assim, acredita-se que a relação trabalhador em saúde x serviços públicos de saúde e, seus recursos x estigma de pobreza dos usuários que buscam os serviços de saúde mental, exercem influência sobre a constituição da equipe, segundo Scarcelli (1999), conseqüentemente, para nós, interfere no trabalho das equipes em sua compreensão concernente aos elementos do Processo de Trabalho.

O trabalho em saúde carrega as marcas da benevolência e do sacerdócio dos seus agentes; os serviços públicos, por sua vez, são vistos pela população como serviços de recursos ínfimos destinado à camada pobre; além do estigma de pobreza dos usuários dos serviços públicos. A relação entre estas marcas culturais do trabalho em saúde no Brasil aliada à realidade concreta do trabalho das equipes nos serviços estudados, culmina num modo próprio de assistência à saúde mental no contexto local.

Trabalho é a prática produtiva essencialmente humana (MENDES-GONÇALVES, 1992). “[...] o trabalho não é compreendido somente em sua dimensão mais operativa enquanto uma atividade, mas, antes de tudo, como uma práxis que expõe relação homem/mundo em processo de mútua produção” (MERHY, 1997, p. 81). Trabalho é uma atividade criativa, transformadora e implementada por meio de um planejamento quanto aos objetos, aos instrumentos que serão utilizados e quanto aos resultados esperados. Assim, quando aplicado ao campo da saúde, o trabalho é tido como trabalho vivo em ato, que é um processo que se realiza simultaneamente com a produção da assistência à saúde. Em outras palavras, o trabalho em saúde é produzido e consumido ao mesmo tempo (MENDES-GONÇALVES, 1992; MERHY, 1997; MALTA, MEHRY, 2003). A direcionalidade técnica do trabalho em saúde tem natureza coletiva - feito a várias mãos. Trata-se de um processo que envolve a atuação de indivíduos que compartilham recursos técnicos e cognitivos.

Os dados apresentados e analisados a seguir foram apreendidos e relacionados ao trabalho em equipe, dos CAPS nº. 1 e nº. 2, nos aspectos da historicidade, dinamicidade, das contradições e da construção social a que estão

inscritos, sob a lógica da atenção psicossocial, evidenciando o objeto, a finalidade e os instrumentos do trabalho destas equipes.

Iniciaremos por apresentar e analisar a finalidade do trabalho implementado pelas equipes.

5.3.1 A finalidade do trabalho das equipes

Consideramos que a finalidade/objetivo do trabalho das equipes está explícita ou implícita nas práticas do trabalho e na gestão dos serviços estudados, por isso, representada nas fala abaixo:

Trabalhador nº. 5: Como já foi dito anteriormente, o ponto chave, o ponto forte é o psicossocial que nós trabalhamos. Com ele [o usuário], a mente e a sociedade em volta [...] a reintegração à sociedade, aos seus deveres. O que ele vai fazer no seu dia a dia, mostrando pra ele a realidade do que está a volta, do que o cerca socialmente e psicologicamente [...]

Para este trabalhador, a finalidade do trabalho das equipes é apontada como aquela que se encontra na normatização definida pelo MS. Os trabalhadores falam de um objetivo de trabalho que está prescrito para os CAPS enquanto um serviço comunitário e aberto do SUS, que promove uma inserção social dos usuários, por meio de ações intersetoriais junto a educação, trabalho, esporte, cultura e lazer, enfrentando conjuntamente os problemas (BRASIL, 2004a). Quando considerados no contexto apresentado neste estudo, falas demonstram mais uma idealização do que uma prática.

Fragmentos de relato de observação mostram que às vezes, nem mesmo era realizado o que é prescrito.

RELATO DE OBSERVAÇÃO – MARÇO/2007. As atividades programadas diariamente, frequentemente não eram realizadas. O atendimento podia não acontecer em detrimento de reuniões ou outro evento. Quando um profissional está de férias ou ausente por qualquer motivo, não há substitutos. O paciente volta pra casa sem o devido atendimento.

RELATO DE OBSERVAÇÃO – MARÇO/2007. Segundo o cronograma de atividades semanais exposto no mural dos CAPS, em um dos serviços o atendimento médico era duas vezes por

semana no período da manhã; em outro, este atendimento ao final do ano de 2006 era duas vezes por semana pela manhã, e em janeiro de 2007 passou a ser duas vezes por semana, de manhã e à tarde. O profissional médico era o mesmo para os dois.

Observa-se que existe uma idealização do que seja atenção psicossocial, porém as práticas que precisariam ser transformadoras nesta perspectiva, não acontecem.

No primeiro relato observamos que a finalidade do trabalho realizado pela equipe não exigia uma terminalidade dentro de certo tempo, ou seja, é irrelevante realizar algo no CAPS hoje, amanhã ou em qualquer outro tempo. Por isso a eficácia do tratamento em tempo hábil não era valorizada. Daí depreende-se que a finalidade destes trabalhos realizados se coaduna com uma concepção de objeto de trabalho também idealizado, porém pelo senso comum. Alguém que é carente socialmente, com necessidades de saúde, que está a mercê de um serviço público que traz consigo características próprias dos serviços de saúde no Brasil. Este raciocínio emana da operação da ideologia que é por definição, um conjunto de idéias a respeito da vida em sociedade e que expressa interesses do meio social a que pertencer (CHAUÍ, 1995).

No segundo fragmento de relato, o atendimento fica condicionado às condições do momento, como por exemplo, se é dia de consulta médica ou não, se o profissional está presente ou não.

As normatizações para os CAPS orientam a composição da equipe para o período matutino ou vespertino. Estes dois CAPS, conforme o gráfico 9, na página 85, têm a maioria dos profissionais contratados para uma jornada de 40 horas semanais, entretanto vimos nestes relatos de observação que esta jornada não era cumprida. Ao ser requerido um determinado profissional numa equipe de saúde significa que sua presença constante é necessária para dar conta da finalidade do trabalho, portanto, a constituição e manutenção de uma equipe mínima são imprescindíveis para o trabalho no CAPS.

A idealização da finalidade do trabalho por parte da gestão também foi observada a partir de uma normatização institucional, como descrita em relato de observação:

RELATO DE OBSERVAÇÃO - MARÇO/2007. Identificamos em um “Banner” exposto nos CAPS a afirmação que a SMS tem como missão “Garantir o direito a saúde do indivíduo e da coletividade de forma humanizada no município de Cuiabá, através da gestão e do gerenciamento público e eficaz das ações e serviços de saúde”, pois esta Secretaria pretende “ser uma instituição reconhecida pela qualidade da atenção à saúde com ética e cidadania”.

O “Banner”, enquanto meio de comunicação, reproduz a missão institucional, como descrito também no relatório de gestão 2005 (CUIABÁ, 2006b, p. 36). Assim, confirmamos nossa apreensão sobre a finalidade do trabalho das equipes como uma idealização, pois a exibição de “Banners”, em caráter informativo, apresenta um compromisso político e institucional, formalizado e divulgado, porém não concretizado através de práticas efetivas em benefício da população, como já demonstraram os dados deste estudo, apresentados e discutidos nos itens 5.1 e 5.2.

Algumas medidas provenientes da gestão e das equipes no cotidiano do trabalho, também demonstram uma concepção da finalidade do trabalho das equipes, como por exemplo, fechar o CAPS no período vespertino em dezembro de 2006, não realizar estudo de caso, não usar o projeto terapêutico que orienta as ações, não ter a mesma equipe de profissionais em todos os turnos de funcionamento; salários aviltantes como mostrado no gráfico 11, página 87. Daí inferimos que a finalidade do trabalho segue os mesmos princípios de idealização por efeito de normatizações e representações políticas.

A finalidade do trabalho das equipes nos CAPS, a atenção psicossocial, está presente nas normatizações institucionais, pouco se expressam no cotidiano do trabalho e da gestão. Portanto, constatamos que tal finalidade situa-se principalmente no plano ideológico, que na perspectiva da atenção psicossocial.

Em síntese, a finalidade do trabalho das equipes destes CAPS parece remetida ao cumprimento idealizado de normatizações. Assim, como já vimos no item 5.2 sobre as condições de trabalho, não existem ou existem poucas condições para a realização de um trabalho orientado por uma finalidade, reduzindo então esse ‘trabalho’ a uma mera atividade (MENDES-GONÇALVES, 1992).

Passamos agora a relacionar dados empíricos com a concepção de objeto de trabalho apreendido pela equipe e seus gestores.

5.3.2 O Objeto de trabalho das equipes

Com base em Rotelli, Leonardis, Mauri (2001), o objeto de trabalho na atenção psicossocial é considerado como uma pessoa/sujeito na relação com seu processo de existência.

Existem variáveis estreitamente relacionadas à organização e ao modo de trabalho da equipe que podem constituir elementos favoráveis ou não para a eficácia da intervenção psicossocial. Nesta perspectiva, consideramos a concepção de objeto de trabalho apreendida como um elemento que direciona as ações.

Os entrevistados explicitaram como eles definem a pessoa em sofrimento psíquico que procura o CAPS. Estas definições estão expressas nas falas seguintes:

Trabalhador nº. 1: [...] são pessoas portadoras de transtornos mentais graves e persistentes [...] que vem encaminhadas de outros serviços, de outras unidades de saúde ou eles procuram espontaneamente o serviço, além dos moradores das Residências Terapêuticas [...]

Trabalhador nº. 7: [...] Eles necessitam de [...] atendimento psicológico, do médico, da terapia ocupacional e dos oficinairos. Buscam esta atenção e a gente retorna isso pra ele.

Trabalhador nº. 12: a gente define [os pacientes] como pessoas de baixa renda, carente. Nós também temos recebido de classe média, que já teve algum problema socioeconômico e está necessitando do atendimento do SUS [...] a necessidade socioeconômica lança essa demanda pra nós. Em sua maioria são pessoas carentes, que necessitam do atendimento. [...]

Trabalhador nº. 13: São [...] pacientes que ficaram muito tempo internados em hospitais psiquiátricos [...] e eles necessitam de ajuda pra continuar [...] uma vida normal [...] 'pro' meio lá fora. Pra ser visto melhor pela sociedade.

Extraímos destas falas que os trabalhadores reconhecem o objeto enquanto pessoas carentes de saúde, de coisas materiais, de sentimentos e emoções inerentes ao ser humano. Demonstram também que, o processo de trabalho é realizado na lógica das especialidades. A separação das práticas entre os diferentes papéis na equipe é uma situação que desfavorece a lógica das práticas psicossociais segundo Saraceno, Asioli, Tognoni (1997), pois inviabiliza a constituição de um projeto único, interdisciplinar.

Uma equipe que trabalha sob uma perspectiva de especialidade profissional, e não na integração dos saberes, pode apenas estar reproduzindo o trabalho segundo a lógica manicomial. Uma das contradições a serem enfrentadas

pela Reforma Psiquiátrica é a “ação de saúde produzida nos serviços substitutivos que podem estar reproduzindo a lógica de dominação, sob a forma de relações mais democráticas, entretanto, sob o mesmo princípio das relações de dependência” (ARANHA E SILVA, FONSECA, 2005, p. 448). Neste sentido, concordamos que um dos parâmetros para reconhecermos as práticas na lógica da Reforma Psiquiátrica, definidas no Modo Psicossocial, é a *interprofissionalidade integradora*, não a fragmentadora (COSTA-ROSA, LUZIO, YASUI, 2003).

Condições de trabalho, como por exemplo, a composição da equipe (Quadro 2, página 57), que tem número de profissionais aquém do número mínimo recomendado pelas normatizações, certamente explica tal comportamento dos profissionais quanto à organização e divisão do trabalho na forma de especialidades, pois estes se tornam a única referência no serviço dentro da área específica do saber.

O modelo de gestão proposto pelo MS é o de *gestão participativa e co-gestão*, que pressupõe a construção de um projeto comum entre gestores instituídos, comunidade, trabalhadores e usuários. A co-gestão é uma diretriz ética e política para motivar e educar os trabalhadores. Este modelo é centrado no trabalho em equipe, na construção coletiva e em colegiados onde o poder é compartilhado (BRASIL, 2006d). Assim, pela forma de gerir o serviço, observada neste estudo, é possível inferir que o trabalho não é dirigido a uma pessoa, considerando o seu modo de existir, mas é direcionado à uma pessoa sem voz e impedida de participar do projeto da sua reabilitação.

Foi identificado também que a atenção em saúde mental para os níveis centrais de gestão, por vezes nem existia, pois em documentos oficiais da SMS não se fazia menção às ações no campo da saúde mental, como por exemplo, o Relatório de Gestão 2006. No relatório de gestão 2005 constam informações que não contemplam a realidade dos serviços, por exemplo, existência de 30 leitos em hospital psiquiátrico, sendo que a SMS não possui leitos psiquiátricos sob sua administração.

No trecho a seguir vimos que um trabalhador menciona os prejuízos acarretados à assistência e, conseqüentemente desrespeitando o direito das pessoas em tratamento, quando uma decisão arbitrária por um novo horário de atendimento aconteceu no final do ano de 2006.

Trabalhador nº. 9: [a mudança de horário] afeta, porque muda toda a rotina. Nós tínhamos pacientes que eram atendidos pela manhã, um numero x e à tarde um outro número [...] hoje houve uma superlotação, porque os pacientes da tarde vieram ‘pra’ manhã. A gente ficou totalmente aglomerado. Mudou a rotina?

Mudou. Prejudicou? [...] do ponto de vista profissional, de certa forma prejudicou sim.

Destacamos nesta fala que o prejuízo causado à assistência e aos pacientes proveio de uma decisão central, sem considerar a co-participação dos usuários e trabalhadores dos CAPS. Nesta atitude, de uma instância da gestão, a pessoa em sofrimento psíquico ficou dissociada da finalidade do trabalho do CAPS, ou seja, não houve preocupação com o cumprimento da finalidade do trabalho das equipes.

A SMS encontrava-se, ao final do ano de 2006 (início da coleta de dados) em momento conturbado de gestão, uma vez que esta, iniciada em janeiro de 2005, frequentemente sofria troca de gestores (secretário, diretor, coordenador, gerente). Como exemplo, citamos que até fevereiro de 2007 (término da coleta de dados deste estudo) houve troca de 4 (quatro) secretários de saúde. Em março de 2007 tomou posse o quinto secretário.

Conforme já relatado, a média de tempo de permanência destes gestores foi de 5,2 meses. Isto tem influenciado sobremaneira a prestação de serviços de saúde no município, pois a cada mudança a instituição sofre as conseqüências de um período de transição e, na saúde mental as conseqüências tem sido significantes para o não avanço do trabalho nos aspectos assistenciais.

Os dados mencionados sobre a gestão, quando relacionados à conformação da rede de saúde mental identificada neste estudo como não organizada para a integralidade das ações, possivelmente interfere na dinâmica do trabalho diário, gerando grande dificuldade para se atingir as finalidades da proposta psicossocial. Uma observação ilustra algumas características da gestão nesta área:

RELATO DE OBSERVAÇÃO – MARÇO/2007. Em Livro Ata encontramos anotação de uma reunião ocorrida, informando que os CAPS teriam recesso no período de 18/12/2006 até 15/01/2007.

RELATO DE OBSERVAÇÃO – MARÇO/2007. Em um dos CAPS foi comunicado que a partir de 04/12/2006 não haveria mais oficinas e procedimentos terapêuticos naquele ano. Somente os profissionais estarão realizando o planejamento para o próximo ano, até 15/12/2006, quando entram de recesso até 05/01/2007. Estas informações foram repassadas por telefone, por um profissional membro da coordenação de saúde mental do município, não estando documentado esta deliberação.

Pelos relatos acima, vimos que havia deliberações diferentes para os dois serviços, embora ambos estivessem sob o mesmo comando, o municipal.

Inferimos que a situação conturbada na direção da SMS e na coordenação de saúde mental, naquela época, compunha um conjunto de determinantes para a inadequação da utilização dos elementos do processo de trabalho das equipes. A tomada de decisão não compartilhada entre os sujeitos (gestão, trabalhadores, usuários) inviabiliza a construção e implementação de um projeto comum – atenção psicossocial – que é a finalidade desse trabalho, quando dirigido a um sujeito em sua ampla existência.

O seguinte fragmento de relato de observação demonstra também uma outra característica do objeto de trabalho concebido pelas equipes:

RELATO DE OBSERVAÇÃO – MARÇO/2007. Durante a realização de uma oficina de música, um membro da equipe pediu a saída de um paciente para ser medicado. Em outro momento, novamente, o mesmo profissional, retira outro participante de uma oficina para realizar outra atividade antes da chegada do médico. Um familiar, que acompanhava o paciente, ajudou a convencê-lo da importância da consulta médica.

No momento em que o paciente é retirado da oficina terapêutica, entendemos haver primazia de uma assistência médico-centrada em detrimento do enfoque psicossocial. Numa perspectiva psicossocial, as oficinas terapêuticas são tão importantes quanto o tratamento medicamentoso e o atendimento médico. Aqui se confirma o caráter de “tratamento com especialidades” ao invés de uma assistência interdisciplinar, de saberes compartilhados e não compartimentalizados. Embora os trabalhadores falem de uma pessoa com carências psicossociais, observa-se que, por vezes, as ações revelam-se contraditórias aos discursos.

Mediante o que foi identificado, qual é o objeto de trabalho das equipes destes CAPS? Para a equipe de profissionais, são pessoas carentes, doentes e com necessidades sócio-econômicas. Já para os gestores, são pessoas que podem ter as necessidades de saúde cerceadas em detrimento de ‘adaptações’ e ‘arranjos’ do sistema vigente. Esta dinâmica de trabalho desconsidera a finalidade e os propósitos nos quais sua instalação foi fundamentada, concebida e apreendida, ou seja, a ruptura de um paradigma de atenção em saúde mental de exclusão para ancorar num novo modo de trabalho/cuidado emancipatório – o modo psicossocial.

Desta forma, a existência dos CAPS parece atender mais a uma formalidade do que a necessidade dos usuários/população. Neste sentido, instalar um CAPS ou mantê-lo em um aparente funcionamento (como o que aconteceu ao reduzir-se o atendimento a um período ou fechá-lo no recesso de final de ano) pode

estar mais adequado ao cumprimento de uma formalidade do que à garantia de assistência.

Assim, passamos agora a identificar os instrumentos (meios, tecnologias) utilizados ou pretendidos para o trabalho destas equipes.

5.3.3 Os Instrumentos do trabalho das equipes

Apresentaremos e discutiremos os dados empíricos acerca dos instrumentos/meios necessários e/ou utilizados pelas equipes para a realização do trabalho mediante a concepção de objeto e finalidades de trabalho.

Instrumentos de trabalho se definem a partir da concepção de objeto, que por sua vez orientam a finalidade do trabalho. Os instrumentos ou meios utilizados para o alcance da finalidade do trabalho das equipes foram identificados considerando as tecnologias duras (máquinas, equipamentos), leve-duras (saberes normatizados, a ciência) e leves (aspectos relacionais nos espaços intercessores), segundo Merhy (1997). Para este mesmo autor, instrumentos de trabalho se definem como:

[...] um conjunto de sabedorias e práticas com a finalidade de realizar uma intervenção sobre um certo “problema de saúde”, conforme os critérios adotados pelo modelo de atenção do serviço, considerando-o como um “objeto de ação de saúde” em um dado processo individual ou coletivo, visando alterar a lógica do sofrimento representada como problema de saúde do usuário ou o seu percurso no indivíduo ou no coletivo, ou mesmo alterar sua produção no nível do conjunto das relações sociais (MERHY, 1997, p. 78).

Alguns instrumentos na atenção à saúde mental são ferramentas úteis, mas quase impossíveis de serem padronizadas, como por exemplo, a escuta, a solidariedade, as trocas de afetividade, dentre outras. São instrumentos empíricos (SARACENO, 2001).

Consideramos os objetivos instituídos dos CAPS como norteadores para a realização do trabalho a ele conferido. O CAPS é um serviço criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos e que visam:

-Prestar atendimento em regime de atenção diária;

- Gerenciar os projetos terapêuticos oferecendo cuidado clínico eficiente e personalizado;
 - Promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura e lazer [...] têm também a responsabilidade de organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território;
 - Dar suporte e supervisionar a atenção a saúde mental na rede básica [...];
 - Coordenar junto com o gestor local as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem no seu território [...]
- (BRASIL, 2004a, p. 13).

Assim, durante a análise do material empírico levantado, identificamos algumas tecnologias/instrumentos utilizadas, tais como visitas domiciliares, estudos de caso, acolhimento, vínculos terapêuticos, oficinas, consultas, grupos, reuniões (de famílias, de profissionais), equipamentos (aparelho de pressão, balança), saberes (medicina, enfermagem, psicologia, sociologia), capacitações, estrutura física do CAPS e a rede de acesso, projeto terapêutico institucional e individual.

A seguir são manifestos instrumentos ou meios que as equipes utilizam cotidianamente. O fragmento seguinte se refere à existência de um profissional, mas consideramos como sendo o seu saber específico ou a atividade que este saber proporciona como um instrumento para o trabalho:

Trabalhador nº. 2: [...] tem o educador físico (atividade física). Tem a musicoterapia [...] tem também a oficina de enfermagem [...]

O fato de ter educador físico na equipe proporciona a existência de atividade física como um instrumento de trabalho. Verificou-se através da observação que esta atividade acontecia semanalmente e era suspensa quando o educador físico estava de férias, pois havia apenas um educador físico no CAPS em referência.

Sobre a oficina de enfermagem referida, chama-nos a atenção o fato de que nesse CAPS (nº. 1) não havia o profissional enfermeiro, conforme Quadro 2, página 57 e durante o período de observação não foi presenciado nenhuma oficina desta natureza.

Com objetivo de constante avaliação e acompanhamento dos pacientes e das famílias, um instrumento muito adequado é a visita domiciliar, que foi referida pelos profissionais como importantes ao processo terapêutico e estavam presentes no cotidiano do trabalho. Contudo, pelos relatos de observação no CAPS nº. 2, não foi observada a execução de nenhuma visita domiciliar, que segundo os trabalhadores era por falta de carro.

Todavia, no CAPS nº. 1, durante o período de observação identificamos a realização de duas visitas domiciliares. Observou-se que os trabalhadores consideram a visita domiciliar um instrumento adequado para a atenção psicossocial se houvesse uma constância na utilização dos mesmos, porém este instrumento é afetado e fragilizado pelas condições de trabalho e a forma de gestão a que estão submetidos.

Para receber o paciente no CAPS a equipe utiliza do instrumento/tecnologia “acolhimento”. Os trabalhadores se referiam ao acolhimento assim:

Trabalhador nº. 12: No primeiro momento a gente faz, através do acolhimento, dando a atenção da gente, poder ouvir do que se trata. Fazendo a triagem, catalisando, verificando se é perfil pra este lugar, pra este espaço [...] o acolhimento é a pessoa sentir que aqui neste local pode responder a sua demanda. É esta primeira questão que alivia um pouco o sofrimento da pessoa.

Observou-se que ambos os serviços realizam o acolhimento, mesmo que, às vezes, com característica de ‘triagem’, de separar o que não é problema do CAPS e o que é. Concordamos com Goldberg (2001, p. 40) quando diz que:

[...] é preciso que desde o primeiro instante que o paciente chegue ao CAPS busque-se estabelecer um ambiente no qual se perceba a seriedade com que suas falas e ele próprio são acolhidos, caso contrário há o risco de perdê-lo já no primeiro contato com a instituição.

É importante também entender que acolher um paciente não é simplesmente se colocar do outro lado, de um problema/situação, de uma mesa. É “estar disposto a recebê-lo e estar com ele na situação, participando, tentando entender um código desconhecido” (GOLDBERG, 2001, p. 41). Nas palavras deste autor, no acolhimento deve haver algo como “compor-se na paisagem do paciente”.

Uma outra ferramenta, o estudo de caso, é apontada na fala seguinte:

Trabalhador nº. 9: [...] nós fazemos uma avaliação com a equipe, de cada caso, que é chamado estudo de caso [...] E justamente com os outros profissionais, cada um em seu campo de atuação, nós fazemos avaliação completa daquele usuário [...]

Em referência ao estudo de caso, encontramos em relato de observação uma contradição à fala deste trabalhador:

RELATO DE OBSERVAÇÃO – MARÇO/2007. Estudos de casos, embora sempre compondo o cronograma de atividades semanais, em ambos os CAPS, como um dia para este objetivo, não foram identificados no cotidiano do trabalho das equipes. Observou-se que alguns trabalhadores estavam ausentes no dia determinado para estudo de caso.

A atenção psicossocial exige primordialmente a utilização de tecnologias leves (relacionais), em uma rede de relações de sujeitos que cuidam e escutam. Este é um vínculo necessário e é também chamado de 'responsabilização' (AMARANTE, 2007). Esta ferramenta, o vínculo, é evidenciada como necessárias ao trabalho nos trechos de entrevistas:

Trabalhador nº. 7: O que eu acho [que o CAPS tem de melhor] é a oportunidade de ficar [os profissionais] muito próximo deles [os pacientes]. E eles de você [o trabalhador]. Você percebe que pra eles isso faz muito bem [...] Isso é o que faz a diferença.

Trabalhador nº. 12: [...] Em seguida trabalhar a pré-alta. Porque o vínculo que se estabeleceu é muito forte. Se soltar agora, alguns têm recuo. Acontece alguma resistência, a primeira possibilidade é de um pré-surto. Então a gente toma muito cuidado [...]

Trabalhador nº. 11: [...] As pessoas novas da equipe, que chegam, eles demoram um certo tempo para interagir com a gente, pra se acostumar. Aí quando eles já tão, bem, assim, sabe, acostumados com a gente [...] Aí tem outra mudança [...]

Os trabalhadores falam de um vínculo que é proporcionado pelo trabalho das equipes dos CAPS, que isto é terapêutico. No entanto, a instabilidade dos contratos de trabalho repercute na não formação de vínculo terapêutico, que é um instrumento eficaz na atenção psicossocial.

O aspecto relacional com o paciente nos dois CAPS é prejudicado por condições de trabalho já evidenciada no item 5.2 deste estudo, como a instabilidade dos vínculos trabalhistas da maioria dos trabalhadores e a jornada de trabalho não cumprida por parte dos trabalhadores de nível superior.

No próximo fragmento o trabalhador reconhece que não há respeito, por parte da gestão, quanto à formação e manutenção do vínculo terapeuta-paciente:

Trabalhador nº. 12: [...] Há muita rotatividade de pessoal, de profissionais, sem levar em consideração o sentimento do paciente, ou o vínculo que ele estabeleceu [...]

Este problema é empecilho para o trabalho das equipes e é agravado pela condição de vínculos precários destes trabalhadores.

Neste sentido, os gestores/gerentes dos CAPS tinham pouca ou nenhuma autonomia para o enfrentamento da questão, pois se encontravam também na mesma situação: o gerente do CAPS nº. 1 tinha formação universitária na área da saúde, vínculo empregatício temporário e estava no cargo há 30 dias; o gerente do CAPS nº. 2 não tinha formação universitária e mantinha contrato de trabalho temporário. Portanto, o vínculo necessário entre trabalhadores em atenção psicossocial e o serviço, não se efetivam, uma vez que os profissionais não desfrutam sequer de vinculações sólidas com a instituição, por meio de contratos efetivos de trabalho.

A “assistência de enfermagem” é prejudicada e até mesmo inviabilizada pela falta do profissional enfermeiro, como acontecia em um dos CAPS. O enfermeiro é aquele que planeja, organiza, coordena, executa e avalia a assistência de enfermagem. Ainda conforme a Lei do Exercício Profissional, o enfermeiro é responsável pela organização e direção das atividades técnicas e auxiliares da enfermagem.

Desta forma é ilegal haver nos serviços de saúde, profissionais de enfermagem (técnicos e auxiliares) que trabalhem sem a supervisão de um enfermeiro (BRASIL, 1986).

Na introdução deste item abordamos sobre a rede de atenção a saúde e em saúde mental. Reconhecer e utilizar esta rede como um instrumento de trabalho com vistas à integralidade das ações, é o que se espera na atenção psicossocial.

A rede de serviços de saúde deve ser apreendida como um instrumento para a assistência local. Há necessidade que outras instâncias da rede se vejam como parte do processo de trabalho em saúde para que assim, a atenção psicossocial siga na sua efetivação e, conseqüentemente, os usuários destes serviços tenham direito às intervenções mais ampliadas no processo de adoecer. Reforçamos a definição de rede com a citação a seguir:

A criação de uma rede de cuidado na atenção à saúde mental [...] objetiva resgatar valores humanos, sociais e familiares integrando as pessoas com as ações das políticas públicas. A ótica é a proteção e a promoção, neutralizando ou diminuindo as vulnerabilidades (OLIVEIRA et al, 2006, p. 52).

Nas entrevistas, detectamos que os CAPS recebiam encaminhamentos de pacientes provenientes de algumas Unidades de PSF, Centros de Saúde, e às vezes até do hospital psiquiátrico. Porém não se configurava uma prática instituída, sistematizada e constante. Eram encaminhamentos realizados em função de eventuais amizades e troca de favores entre alguns trabalhadores. A rede de atenção à saúde é concebida como um instrumento informal.

Os trabalhadores em saúde mental realizam a 'integração externa' que se refere aos aspectos da formação da rede de cuidados (SARACENO, ASIOLI, TOGNONI, 1997).

Trazemos a este estudo a discussão sobre os processos de gestão como elemento decisivo para o trabalho das equipes. Dado à importância dos processos de gestão nos serviços públicos de saúde, este, tem sido alvo de implementação de ações por parte do MS para a efetividade da administração pública com vistas à melhorias na qualidade de vida da população. "A gestão pública, como instrumento de ação política, deve buscar sempre a construção de uma sociedade mais eqüitativa e democrática" (BRASIL, 2005b, p. 7).

Na função de gerir o sistema de saúde e considerando que "não existe um padrão único e imutável de gestão" (Brasil, 2005b, p. 9), os gestores enfrentam vários desafios devido a complexidade do trabalho a ser realizado. Isto decorre das peculiaridades que estão relacionadas com a estrutura organizacional, a recursos financeiros, a organização político-social, a conflitos e contradições locais.

Consideramos a assertiva ministerial abaixo, na qual identificamos as possibilidades e a responsabilização do gestor em saúde e dos espaços da gestão, cujo caminho comum trilhado

[...] é a busca por soluções que os ajudem a viabilizar o planejamento, a melhor aplicação dos recursos e a condução das equipes [...] Rompendo com dificuldades herdadas de velhos modelos [...] que devem ser substituídos pela noção de pertencimento e "empoderamento" dos sujeitos [...] (BRASIL, 2005b, p. 9).

Após contextualizar a gestão segundo os princípios desta no SUS, apresentamos dados que demonstram como se dão os processos de gestão por meio do trabalho das equipes nos CAPS. Processo de gestão aqui é considerado

como aquele que se utiliza de prerrogativas, de diversos graus de autonomia e poder para a organização e implementação do trabalho.

Consideramos também que todo trabalhador em situação de governo (de maior poder que os demais trabalhadores) encontra outros trabalhadores que também dão a direcionalidade das ações utilizando os meios que dispõem. Esta governabilidade é essencial na gestão em saúde, pois potencializa as transformações de práticas (FEUERWERKER, 2005). O poder decisório pode ser emanado dos diretores, coordenadores, trabalhadores, equipe, usuários e comunidade (quando motivados pelo serviço).

Características dos processos de gestão, como ferramentas para o trabalho, aparecem nos fragmentos seguintes:

Trabalhador nº. 10: [...] A equipe interdisciplinar, nós juntos, tomávamos qualquer decisão. Todas as decisões tomadas, a equipe era reunida e sabia o que fazer, como fazer, pra que fazer [...]

Conforme o relato do trabalhador nº. 10 houve um período em que a equipe participava mais das decisões do serviço. Mas, ultimamente estavam passando por um momento de gestão não favorável a essa participação, motivo este que estava prejudicando a assistência.

O modo como o nível de gestão superior ao CAPS opera sobre deliberações é percebido pelos trabalhadores como uma ferramenta para retrocessos nos processos de trabalhos das equipes:

Trabalhador nº. 10: [...] quando começou o tratamento no CAPS [...] ele foi implantado com todos os profissionais. Isso deu um suporte muito bom [...] mas [...] muita retirada de profissionais vão modificando, até o aspecto do trabalho, bem como varias pessoas que vão para a gerência. Cada um tem uma forma, uma norma. Isso precisa mudar muito [...] Eu acho que falta muita informação pra que não mude tanto [...]

As mudanças de profissionais componentes das equipes e o perfil dos gerentes dos CAPS são fatos a serem mais considerados, porque numa proposta arrojada, como é a atenção psicossocial, os operadores são “multiplicadores ou redutores dos recursos dados” e disponíveis para a transformação que se pretende. Os recursos existentes podem ser ativados ou inativados (SARACENO, 2001).

Nos processos de trabalho e gestão dos CAPS, o aspecto da co-participação entre gestores, trabalhadores e usuários é requisitado pelos

trabalhadores para uma solidificação e confiabilidade do serviço. Considera-se que há prejuízos ao trabalho realizado do CAPS, quando não existe a co-participação.

O corpo gestor do trabalho nos CAPS influencia direta ou indiretamente no trabalho das equipes, como se segue:

Trabalhador nº. 12: Eu percebo a deficiência no CAPS [pausa], é de gestor mesmo. É gestão [...] as decisões são tomadas de cima pra baixo, Sem consultar a base. Não se faz visitas pra ver como está acontecendo as coisas [...] Tudo é muito imposto. Não é trabalhado discutido, profissionais de equipe e gestores. É uma questão coercitiva às vezes. Ou você faz ou você faz ou você está fora.

Este trabalhador, em outro fragmento de entrevista, referiu-se também que “[...] havia pressões psicológicas sobre os profissionais, ameaças [...] foi muito opressor”. Sobre esta situação, encontramos em Oliveira (2006) que, em estudo recente neste mesmo município, foi constatado que condições de trabalho insuficientes não podiam ser discutidas em reuniões, pois poderia ter como consequência demissões. Consideramos que esta é mais uma consequência imposta pela condição de vínculo de trabalho temporário.

O número de profissionais não é suficiente para atender a demanda e isto é apontado pelos trabalhadores que, além da atividade profissional, acumulam a função de coordenação:

Trabalhador nº. 12: Nós estamos com deficiência de profissionais. O trabalho da equipe está sobrecarregado. Além das tarefas com o usuário, ainda temos a parte administrativa [...] Essa equipe deveria ser [...] mais ampliada [...] são coisas que depois vem refletir no serviço [...] então faz-se de conta que se trabalha. É um retrocesso que acontece no processo.

Sabemos que, uma equipe numericamente completa não significa êxito na finalidade do trabalho. Por outro lado, sabemos que uma equipe incompleta numericamente, mesmo que possua qualidade, torna-se impotente pela sobrecarga de trabalho que lhe é atribuída.

As tecnologias leves (relacionais) foram observadas no cotidiano das equipes, embora os trabalhadores estivessem sempre na expectativa quanto a permanecer naquele emprego ou não. Os trabalhadores consideravam que havia afinidade entre os membros das equipes. Porém, consideramos, que este tipo de relacionamento não caracteriza uma integração para o trabalho em equipe. O trabalho em equipe nos CAPS não pode ter somente boas relações entre seus

membros, mas as boas relações precisam viabilizar transformações e novas significações por meio da *interdisciplinaridade* (Vasconcelos, 2002) e da *integração interna do serviço*, que é:

a adoção de um estilo de trabalho com alto consumo afetivo, intelectual e organizativo, onde os recursos se encontram permanentemente disponíveis, as competências flexíveis e a organização (...) orientada às necessidades dos pacientes e às do serviço. (SARACENO, 2001, p. 97-8),

O espaço físico mínimo e adequado dos CAPS está descrito nas normatizações referentes aos CAPS. Alguns trabalhadores dos CAPS afirmaram que o local de trabalho, ao que parece, não estava a contento e inviabilizava parte do processo de trabalho.

Atividades externas e de recreação são instrumentos terapêuticos utilizados com alguma frequência, por isso necessitam de investimentos técnicos para sua ampliação, como por exemplo: atividade de lazer, trabalho com as famílias, reuniões mensais.

Os projetos terapêutico institucional e individual, caracterizados como instrumentos de trabalho, eram mencionados como existentes. No entanto, durante período de observação, não foi constatada a utilização dos mesmos.

Quanto à utilização do projeto terapêutico em um dos CAPS, apresentamos um relato de observação:

RELATO DE OBSERVAÇÃO – MARÇO/2007. Um prontuário escolhido aleatoriamente no arquivo para observar sua composição e a dinâmica do tratamento realizado: o acolhimento havia acontecido a 159 dias, o contrato estava sem assinaturas, projeto terapêutico estava completamente em branco; haviam fichas de entrevista com alguns profissionais preenchida parcialmente e outras em branco. Somente um profissional havia preenchido completamente. Um dos profissionais explicou os motivos de haver formulários em branco: “por ser início de ano, foram retirados somente os projetos terapêuticos antigos, pois eles só ocupam espaço e por isso são colocados em um envelope e arquivados.

A partir desta informação, inferimos que provavelmente o projeto terapêutico individual, da forma encontrada, não objetiva ser um orientador das ações com metas comuns, mas de compor um prontuário e atender somente uma normatização.

Não é possível transformar realidades através de decretos, portarias e normatizações, e sim, com práticas efetivas orientadas a um fim.

No CAPS nº. 1, com quatro anos de existência, portanto, esperava-se que fosse mais consolidado. Observamos que os projetos terapêuticos individuais faziam parte do prontuário do paciente e estavam sempre preenchidos completamente, mas não havia uma regularidade nas reavaliações dos mesmos, isto é, o projeto inicial estabelecido no início do tratamento não era revisto e/ou modificado em quase todos os casos.

Quanto ao Projeto Terapêutico Institucional, este foi localizado como parte da documentação necessária para o funcionamento e credenciamento de ambos os serviços. Todavia, observamos que as práticas terapêuticas não eram orientadas pelos mesmos. Desta forma, constatamos que o projeto terapêutico, tanto individual como institucional, estavam mais relacionados a uma idealização ou formalidade do que a um instrumento de trabalho. Ter um projeto terapêutico estabelecido, conhecido e aplicado pela equipe é um passo para a constituição da integração da equipe (SARACENO, ASIOLI, TOGNONI, 1997).

Os instrumentos de trabalho referidos pelas equipes como não utilizados adequadamente e outros, ainda inexistentes são: capacitações, oficinas de educação em saúde, equipamentos áudio-visuais (som e DVD), instrumentos musicais, grupos de família, oficina de enfermagem, profissionais da área administrativa, linha telefônica e computador. Estas dificuldades provavelmente têm relações com a modalidade de gestão do trabalho abordadas neste estudo.

O vínculo instável, provavelmente, imobiliza a proatividade destes trabalhadores. Neste sentido, Saraceno (2001) fala da *Integração Interna* do serviço, onde há um elevado consumo afetivo, intelectual e organizativo que junto com recursos sempre disponíveis e a flexibilidade das competências são direcionadas para as necessidades dos pacientes e não do serviço, da instituição.

É necessário compreender as condições adversas de trabalho não somente como limitantes, mas como diz Saraceno (2001), que é na escassez de recursos que se criam possibilidades e isto é um instrumento. Basta um olhar 'transformador' ou 'auto-reprodutivo' sobre o que está posto, disponível.

O trabalhador não se vê como sujeito no seu trabalho, não é um 'interrogador', é acrítico (Merhy, 1997; Scarcelli, 1999; Onocko-Campos, 2001).

O conceito de autogoverno encontrado em Merhy (1997, p. 76) nos ajuda pensar em possibilidade de avanço neste aspecto de imobilidade que trabalhadores em saúde se encontram. Para este autor, todo trabalhador "domina um certo espaço no processo de trabalho, com sua sabedoria e prática", em seu

saber fazer, seu modo de atuar. Este 'certo momento, certo espaço' é chamado de *espaço intercessor*, que é onde se inscreve a auto-governabilidade do trabalhador. Onde ele decide como vai acolher, como vai orientar o paciente, onde o trabalho vivo em ato é realizado. O trabalhador pode interferir em um certo momento ou até em todo processo, dependendo da intencionalidade.

Complementando, para Feuerwerker (2005) o trabalho em saúde está sujeito à uma certa vontade do trabalhador em um "espaço autônomo" de realização de práticas, porque é um trabalho realizado por meio das relações entre pessoas. Neste sentido, o sujeito trabalhador está sob determinadas condições, mas detém sempre, algum espaço de autonomia, pois seu trabalho é "vivo em ato" e por isso, a intersubjetividade da relação trabalhador-usuário é sempre uma possibilidade de construção individual para ambos.

Passamos agora a apresentar e analisar os instrumentos de trabalho que foram detectados no material empírico como necessários, porém os trabalhadores referem como ainda não existentes.

Na atenção psicossocial, enquanto paradigma em construção, existe necessidade de realização de capacitações.

Trabalhador nº. 12: [...] Deveria ser melhorado com capacitações pra começar [quando o trabalhador é contratado]. O profissional quando vem pra cá, não tem muita informação. Começa a trabalhar de uma forma aleatória. Tem que ter muita criatividade, porque não é passado nenhuma informação, nem o que é CAPS [...] vai se aprender com o tempo [...] Porque na sua maioria [os profissionais] não receberam capacitação aqui [...] é importante a capacitação e informação.

Trabalhador nº. 7: [...] E também a gente não tem nenhuma supervisão pra ta trazendo, cobrando coisas novas, né?

Os trabalhadores afirmam a necessidade de capacitações e de uma supervisão em serviço, que oriente, acompanhe e avalie o trabalho.

Baseados em Lobosque (2003), concordamos que pessoas para trabalhar nos serviços substitutivos são consideradas como patrimônio, entretanto raros gestores e até mesmo trabalhadores, levam isto em conta. As experiências que o trabalhador traz de outros momentos de trabalho devem ser aproveitadas e complementadas para a proposta psicossocial.

A alta rotatividade de profissionais nas equipes pode inviabilizar investimentos em capacitações. Os trabalhadores em contrato temporários que, por ventura, participam de alguma capacitação não têm garantias de permanência no serviço.

Os contratos não efetivos têm o objetivo somente de compor um quadro, às vezes nem mínimo, de trabalhadores sem haver a preocupação na construção e sedimentação de um determinado modo de agir em saúde.

Para finalizar este item e considerar a realidade do trabalho das equipes nestes dois CAPS, reafirmamos nosso compromisso com a totalidade, a historicidade e a inserção social dos fenômenos. Os conflitos e tensões advindos da micropolítica do processo de trabalho das equipes nos CAPS fazem da equipe lugar estratégico se queremos transformações no trabalho, onde o sujeito transforma e é transformado por ele.

Sintetizando, as concepções dos elementos do processo de trabalho apreendidos pelas equipes estudadas, temos que o “objeto” do trabalho das equipes é identificado como pessoas carentes de necessidade sócio-econômicas, psicológicas, afetivas e de saúde. A finalidade é apreendida pela equipe como algo prescrito, normatizado e determinado pelo MS ao invés de ser algo concebido e construído coletivamente. Os instrumentos apreendidos estão relacionados com a concepção de finalidade já mencionada, ou seja, são utilizados na perspectiva da divisão técnica, onde cada trabalhador tenta assumir seu compromisso com a profissão ou com ideais individuais e não com um objeto apreendido coletivamente, e desta forma os instrumentos adotados são direcionados para tais.

Queremos enfatizar ainda que novas re-significações no cotidiano do trabalho das equipes são necessárias para que novos sentidos surjam através da criatividade pelo trabalho (SCARCELLI, 1999).

Neste contexto, a equipe integração ou interdisciplinar não pode se efetivar, haja vista a necessidade de estabelecer um projeto comum, a partir dos novos significados dos elementos do processo de trabalho, para o exclusivo empreendimento da equipe como sujeito que transforma e é transformado.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na expectativa que este estudo seja mais um ponto de vista sobre o objeto, as considerações aqui feitas iluminam parte dos problemas vivenciados pelo pesquisador e projetam novas possibilidades a partir da realidade encontrada.

A Atenção em Saúde Mental tem sofrido importantes transformações conceituais e operacionais no âmbito da Reforma Psiquiátrica, principalmente após a promulgação da Lei Federal nº 10.216/01 e das diretrizes da política nacional, propondo modificações na assistência à pessoa em sofrimento psíquico. A consolidação desta Reforma impõe agilidade no processo de substituição dos hospitais psiquiátricos pelos serviços abertos que promovam o cuidado, a emancipação e a inclusão social destas pessoas.

O trabalho das equipes nos CAPS - objeto deste estudo - é um elemento determinante da efetividade das práticas terapêuticas dos serviços que se propõem antimanicomial. Para execução destas práticas é estabelecida uma equipe mínima para organizar e desenvolver a atenção psicossocial.

Ao problematizarmos o tema deste estudo no contexto da Reforma Psiquiátrica e à luz das categorias analíticas *processo de trabalho e atenção psicossocial*, pretendemos uma discussão das práticas de saúde mental, articuladas ao modo de produção de uma dada sociedade, às políticas sociais, e aos componentes de um processo de trabalho coletivo, histórico e organizado socialmente para atender determinados carecimentos sociais.

Tivemos como pressuposto que, a construção da atenção psicossocial, requer condições de trabalho que não são encontradas, frequentemente, na realidade estudada, pois essa realidade está inserida no contexto atual técnico-político-administrativo de injunções impostas pelo projeto político neoliberal à “classe que vive do trabalho”. Por isso, o trabalho em equipe do tipo *equipe integração e interdisciplinar*, que pressupõe a construção de um projeto comum e a não compartimentalização de saberes, encontra muitas dificuldades para se estabelecer e se consolidar.

A análise dos dados deste estudo foi percorrida pelas categorias que versaram sobre a formação e capacitação profissional, as condições de trabalho e o trabalho realizado e a gestão do trabalho das equipes.

Existe a necessidade de ampliação e valorização dos aspectos de organização e gestão dos serviços e ações em atenção psicossocial. A distribuição

dos CAPS nas regiões atende a uma divisão geográfica, sem contemplar a perspectiva da integralidade e da equidade, como princípios do SUS. O comando único desta rede ainda não é uma realidade.

A inserção dos trabalhadores na rede de serviços sob a gestão municipal ou estadual é uma característica que afeta o trabalho realizado, uma vez que implica em diferenças significativas de condições de trabalho.

Espera-se alguma dificuldade para a realização do trabalho em equipe na perspectiva da atenção psicossocial, pois a formação de muitos profissionais deu-se em momento que a Reforma Psiquiátrica ainda era ausente das práticas de saúde mental e não constavam no currículo dos cursos de graduação.

Na composição das equipes, a ausência de alguns profissionais, como por exemplo, enfermeiro e médico, contradiz as normatizações sobre o CAPS e as condições de trabalho faziam com que essa equipe trabalhasse numa perspectiva de incerteza quanto à composição de uma equipe mínima.

No âmbito do modo de produção capitalista é expressivo o número de mulheres no mercado de trabalho e a composição da equipe, majoritariamente de mulheres, constatada nesse estudo, confirma uma característica do trabalho no CAPS que consiste, muitas vezes, em realizar práticas de cuidado que não são fundamentadas em investimento técnico-profissional, mas, em atos leigos.

A política de perfil neoliberal adotada no país como saída para a crise econômica repercute na realidade estudada e condições de trabalho como a desregulamentação do trabalho e o emprego precário.

O vínculo empregatício efetivo é predominante na rede estadual e o temporário na rede municipal. Os salários são mais satisfatórios na rede estadual, embora ambos sejam predominantemente baixos, quando comparados a outros estudos. Os baixos salários oferecidos na rede municipal aliados às outras características da precarização do trabalho em saúde influenciam o trabalho nos CAPS.

Para as condições de trabalho precárias, os trabalhadores buscam saídas individuais, que muitas vezes, resulta em empecilhos para a realização eficaz da atenção psicossocial.

Diante da necessidade do trabalho na atenção psicossocial de ter trabalhadores vinculados, afetivos, solidários e capacitados; e mediante a necessidade de uma equipe do tipo integração e interdisciplinar na atenção psicossocial, constatamos um descompasso entre o que é necessário para o cuidado na perspectiva psicossocial e as condições existentes para tal.

Os elementos do processo de trabalho foram identificados pelos gestores do trabalho e os trabalhadores da seguinte forma: o objeto do trabalho no CAPS – o usuário – é não sujeito, uma pessoa carente no aspecto sócio-econômico e de saúde, de sentimentos e emoções; a finalidade do trabalho das equipes é a mesma encontrada na normatização do MS e, também na necessidade de ofertar saberes especializados, onde o conhecimento específico não está em permeabilidade com outras especialidades, e portanto, os objetivos do trabalho eram expressos como uma idealização e não como uma prática; os instrumentos (tecnologias duras, leves e leve-duras) eram tratados como normatizações e obrigações para o funcionamento dos serviços, como os projetos terapêuticos institucional e individual, e ainda, alguns instrumentos não eram utilizados em sua real potência (oficinas) por serem afetados pelas condições de trabalho.

Diante das dificuldades no trabalho reconhecidas pelos trabalhadores, há necessidade destes sujeitos utilizarem a escassez de recursos para criar possibilidades por meio de um olhar ‘transformador’ ou ‘auto-reprodutivo’, que faz do autogoverno nos espaços intercessores, uma possibilidade de transformação da realidade.

A necessidade de realização de capacitações é imprescindível para a consolidação da atenção psicossocial no município de Cuiabá, bem como a sedimentação do precioso patrimônio institucional – os trabalhadores dos serviços substitutivos.

A equipe é o lugar estratégico se queremos transformações no trabalho, onde o sujeito transforma e é transformado por ele. Para tanto novas resignificações no trabalho das equipes poder ser traduzidas em atos transformadores dos sujeitos e do objeto.

Contudo, é relevante apontarmos que, em estudos anteriores a este, em que a conformação e as práticas dos serviços de saúde mental neste município eram precárias e não atendiam a uma iniciação dos preceitos da Reforma Psiquiátrica, agora, constatamos os seguintes avanços: iniciação à implementação de uma rede substitutiva ao manicômio, como CAPS; a constituição das equipes voltadas para as diretrizes nacionais concernentes aos serviços substitutivos, ainda que em quantidade mínima e, às vezes, até ausência de profissionais; e por último, a condição de capacitações e aperfeiçoamentos em saúde mental, apesar de configurar pouco impacto na rede de serviços.

Detectamos a necessidade premente que os trabalhadores/operadores dos CAPS no município de Cuiabá têm em reconfigurar o objeto de trabalho. Através da trajetória histórica dos trabalhadores de saúde e

saúde mental no Brasil, em que as grandes transformações foram iniciadas e efetivadas pelos operadores do trabalho, vislumbra-se a possibilidade de mudanças na perspectiva de uma construção, também histórica, de um cuidar ético às pessoas em sofrimento psíquico, fazendo dos conflitos/contradições instrumentos para as mudanças que urgem nos campos da formação, da admissão e da participação dos trabalhadores dos planos e projetos de gestão em saúde mental.

Baseados nos princípios da totalidade e da dinamicidade do objeto de estudo, entendemos que a atenção em saúde mental no município de Cuiabá caminha de forma lenta rumo à transposição paradigmática que buscamos.

O fortalecimento da atenção psicossocial na realidade estudada exige um efetivo comprometimento dos gestores na formação de profissionais em saúde mental, bem como nas garantias trabalhistas para que as práticas sejam consolidadas por meio de pactuação social que envolve usuários, comunidade, trabalhadores e gestores.

Por fim, temos a clareza que este estudo não reflete a exploração completa do problema levantado, mas aponta direções para alguma transformação da realidade encontrada.

Este estudo é permeado pelas limitações do pesquisador, tais como: as que são inerentes ao processo da construção/crescimento, bem como sua inserção recente no contexto estudado (assistência em saúde mental) e recente imersão nos referenciais teóricos e metodológicos utilizados.

O conhecimento emanado deste estudo também sofre as limitações comuns à elaboração de uma dissertação de mestrado, principalmente quanto ao tempo exíguo.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, S. M. M. (org.) **O Trabalho de Enfermagem**. Ed. Cortez, São Paulo: 1997.

AMARANTE, P. A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica. In: _____. (Coord.). **Arquivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Ed. NAU: Rio de Janeiro: 2003.

AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Editora Fiocruz: Rio de Janeiro: 2007.

AMARANTE, P. D. C; TORRE, E. H. G. A constituição de novas práticas no campo da atenção psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Saúde em Debate**. Ano XXV, v. 25, n. 58, maio/ago 2001. p. 26-34. Rio de Janeiro: 2001.

ANDERY, M. A.; MICHELETTO, N.; SÉRIO, T. M. P. **Para Compreender a Ciência: Uma perspectiva histórica**. 8ª ed. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo, São Paulo: EDUC, 1999. A prática, a história e a construção do conhecimento: Karl Marx (1818-1883), cap. 22, p. 395-420.

ANTUNES, R. **Adeus ao Trabalho?** Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. Ed. Cortez, São Paulo: 1999.

ARANHA E SILVA, A. L.; FONSECA, R. M. G. S. Processo de trabalho em saúde mental e o campo psicossocial. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto-SP. Mai-Jun-2005; 13(3):441-9.

BASAGLIA, F. **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Garamond, Rio de Janeiro: 2005.

BICHAFF, R. **O Trabalho nos Centros de Atenção Psicossocial: Uma reflexão crítica das práticas e suas contribuições para a consolidação da Reforma Psiquiátrica**. Dissertação de Mestrado. 217 páginas. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo: 2006.

BORDIN, R. **Definição de prioridades em saúde: Os conselhos municipais de saúde e os critérios para hierarquização de prioridades**. Dacasa; Porto Alegre: 2002.

BRASIL, **Lei Nº 7.498/86, DE 25 DE JUNHO DE 1986.** Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em <http://www.portalcofen.gov.br/2007>, acesso em 06 de novembro de 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Lei nº. 8.080 de 19 de setembro de 1990.** Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>, acesso em 04/07/2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão de Ética em Pesquisa – CONEP. **Resolução nº. 196, de 10 de outubro de 1996.** Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental.** Conselho Nacional de Saúde, Brasília: 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Brasília: 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Legislação em Saúde Mental: 1990-2004.** Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. 5ª ed. amp. Brasília, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS.** Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – Brasília: 2004c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documentos preparatórios para 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.** Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. 2ª Edição, Brasília: 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z: Garantindo Saúde nos Municípios.** Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Brasília: 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **DesprecarizaSUS: perguntas & respostas.** Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Brasília: 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS.** 2ª edição. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília: 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. **Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde**. Brasília: 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Gestão Participativa: Co-Gestão**. 2ª edição rev. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: 2006d.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção**. Relatório de Gestão 2003-2006. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. Brasília: 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Mental**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar> , acesso em 04/07/2007b.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – **IBGE**. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/mapa_site/mapa_site.php#populacao, acesso em 04/07/2007c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A Gestão do Trabalho no SUS**. Disponível em: <http://200.214.130.38/portal/saude/area> , acesso em 04/07/2007d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A Precarização Hoje**. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/gestor/visualizar_texto, acesso em 04/07/2007e.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS**. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto , acesso em 01/10/2007f.

CHAUÍ, M. **Convite à Filosofia**. 5ª Ed. Editora Ática. São Paulo: 1995

COHN, A. Mudanças Econômicas e Políticas de Saúde no Brasil. In: Laurell, A. C. (Org.) **Estado e Políticas Sociais no Neoliberalismo**. 2ª Edição. Cortez. São Paulo: 1997. p. 225-44

COSTA, A. L. R. C. da. **Violência e cotidiano do trabalho de enfermagem em emergência e urgência clínica de um hospital público do Estado de Mato Grosso**. Tese [DOUTORADO]. 227p. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto-SP: 2005.

COSTA-ROSA, A. O modo Psicossocial: Um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. (Org.). **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade**. FIOCRUZ. Rio de Janeiro: 2000. Cap. 8, p. 141-67.

COSTA-ROSA, A; LUZIO C. A; YASUI, S. Atenção Psicossocial: Rumo a um Novo Paradigma de Saúde Mental Coletiva. In: AMARANTE, P. (Org). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. NAU. Rio de Janeiro: 2003. p. 13-44

CRUZ NETO, O. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa social: Teoria, Método e Criatividade**. 20ª ed. Editora Vozes. Petrópolis-RJ: 2002. Cap. III, p. 51-66.

CUIABÁ. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano de Trabalho Anual – PTA 2004**. Cuiabá: 2004.

CUIABÁ. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano de trabalho anual – PTA 2005**. Cuiabá: 2005a.

CUIABÁ. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão 2004**. Cuiabá: 2005b.

CUIABÁ. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano de Trabalho Anual – PTA 2006**. Cuiabá: 2006a.

CUIABÁ. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão 2005**. Cuiabá: 2006b.

CUIABÁ. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão 2006**. Cuiabá: 2007.

DELL'ACQUA, G; MEZZINA, R. Resposta à Crise: estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial. In: Amarante, P. (coord.) **Arquivos de saúde Mental e Atenção Psicossocial 2**. NAU. Rio de Janeiro: 2005.

DELUIZ, N. Qualificação, competências e certificação: Visão do mundo do trabalho. In: **Brasil, Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem**. p. 5-16 – v. 1. n. 2. Ministério da Saúde, Brasília: 2001.

FERREIRA, A. B. H. Novo Aurélio Século XXI. **O Dicionário da Língua Portuguesa**. 3ª edição. Nova Fronteira. Rio de Janeiro: 1999.

FEUERWERKER, L. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: Nada é diferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu-SP. v. 9. n. 18, p. 489-506. set-dez/2005

Gil, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 4ª ed. Editora Atlas. São Paulo: 1994.

Gil, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 5ª ed. Editora Atlas. São Paulo: 1999.

GOLDBERG, J. Reabilitação como Processo – O Centro de Atenção Psicossocial – CAPS. In: PITA, A. (Org.) **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. 2ª ed. HUCITEC. São Paulo: 2001. Cap. 1, p.33-47.

JOFFILY, B. Uma Revolução que Desafia. **Revista da CUT**. Ano I, n. 2. Dez/93 – Fev/94, p. 14-23. São Paulo:1993.

LAURELL, A. C. (Org.). Avançando em direção ao passado: a política social do neoliberalismo. In: **Estado e Políticas Sociais no Neoliberalismo**. 2ª Edição. Cortez. São Paulo: 1997, p.151-78.

LOBOSQUE, A. M. **Clínica em movimento**. Ed. Garamond. Rio de Janeiro: 2003.

MALTA, D. C; MERHY, E.E. A micropolítica do trabalho em saúde. Revendo alguns conceitos. **Revista Mineira de Enfermagem**. v. 7, n. 1, p. 61-6. jan-jul/2003. Belo Horizonte-MG.

MATO GROSSO. Superintendência de Atenção Integral à Saúde. Coordenadoria de Ações Programáticas. **Sistema de Informação Mensal - Saúde mental – CAPS**. Secretaria de Estado de Saúde. Cuiabá: 2006.

MELO, C. **A Divisão Social do Trabalho e Enfermagem**. Ed. Cortez, São Paulo: 1986.

MENDES-GONÇALVES, R. B. **Práticas de Saúde: Processo de Trabalho e Necessidades**. Cadernos CEFOR. Prefeitura Municipal de São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde, São Paulo: 1992.

MENEGUETTI, K. **O processo de trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de Cuiabá/MT**. Monografia. 57p. Curso de Especialização em Saúde Mental. Faculdade de Enfermagem. Universidade Federal de Mato Grosso - UFMT. Cuiabá: 2005.

MENELEU NETO, J. et al. Características regionais do emprego em enfermagem no Brasil: 1995-2000. In: **Projeto de profissionalização dos trabalhadores da área de enfermagem/PROFAE**. Ministério da Saúde. SEGETS. DGES. Formação. v. 2, n. 6, set/dez. 2002, Brasília: 2003, p. 71-93.

MERHY, E. E. Em Busca do Tempo Perdido: A Micropolítica do Trabalho Vivo em Saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs) **Agir em Saúde: Um Desafio para o Público**. HUCITEC. Buenos Aires: Lugar Editorial. São Paulo: 1997. p.113-60.

MILHOMEM, M. A. G. C; OLIVEIRA, A. G. B. O trabalho em equipe nos centros de atenção psicossocial – CAPS. **Cogitare Enfermagem**. Curitiba: 2007. jan/mar-2007; 12(1):101-8.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 5ª ed., Ed. HUCITEC-ABRASCO, São Paulo - Rio de Janeiro: 1994.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 5ª ed., Ed. HUCITEC-ABRASCO, São Paulo - Rio de Janeiro: 1998.

MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa social: Teoria, Método e Criatividade**. 20ª ed. Editora Vozes. Petrópolis-RJ: 2002.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 9ª ed. Revista e Aprimorada. Editora HUCITEC-ABRASCO. São Paulo: 2006.

MINAYO-GOMEZ, C.; THEDIM-COSTA, S. M. F. Precarização do trabalho e desproteção social do trabalhador: desafios para a saúde coletiva. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.4, n.2, 1999. Rio de Janeiro:1999.

NOGUEIRA, R. P. Estabilidade e flexibilização: tensão de base nas novas políticas de recursos humanos em saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**. n. 14, Rio de Janeiro: 1996, p. 18-22.

OLIVEIRA, A. G. B. O modelo tecnológico psiquiátrico de Cuiabá: contribuições ao estudo da suas características e determinantes. Artigo a partir da dissertação de mestrado. **Revista Coletânea de Enfermagem**. Cuiabá-MT. v. 2, p. 81-107, EdUFMT. Cuiabá: 2000.

OLIVEIRA, A. G. B. Trabalho e cuidado no contexto da atenção psicossocial: algumas reflexões. **Revista de Enfermagem. Escola Anna Nery**. v. 10, n. 4. p. 694-702, Rio de Janeiro: 2006.

OLIVEIRA, A. G. B.; ALESSI, N. P. **Superando o Manicômio? Desafios na construção da reforma psiquiátrica**. EdUFMT, Cuiabá: 2005.

OLIVEIRA, A. G. B.; CONCIANI, M. E. Participação social e reforma psiquiátrica: um estudo de caso. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 1, Rio de Janeiro: 2007.

OLIVEIRA, A. G. B.; MARCON, S. R. Modelo médico-psiquiátrico e psicossocial: implicações para o processo de trabalho de enfermagem em saúde mental. In: OLIVEIRA, A. G. B. (Org.). Ensino de Enfermagem: temas e estratégias interdisciplinares. **Coletânea Tecnologias em Saúde e Enfermagem**. v. 4. EdUFMT. Cuiabá: 2006. Cap. 2, p. 27-50.

OLIVEIRA, A. G. B., MOURA VIEIRA, M. A.; ANDRADE, S. M. R. **Saúde mental na saúde da família**: subsídios para o trabalho assistencial. Ed. Olho d'água. São Paulo: 2006.

OLIVEIRA, F. B.; SILVA, A. O. Enfermagem em Saúde Mental no contexto da reabilitação psicossocial e da interdisciplinaridade. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Out./Dez. 2000. v. 53, n. 4, p. 584-92.

ONOCKO-CAMPOS, R. T.; FURTADO, J. P. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 22 (5):1053-62, maio, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Organização Panamericana de Saúde. **Relatório sobre a saúde no mundo – Saúde mental**: nova concepção, nova esperança. Genebra: 2001.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista Saúde Pública**. 35(1):103-9. São Paulo: 2001.

PIRES, D. Reestruturação Produtiva e Conseqüências para o Trabalho em Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 53, n. 2, p. 251-63, abr/jun. 2000. São Paulo: 2000.

PIRES, D; GELBCKE, F. L. Transformações no mundo do trabalho e a enfermagem: transformações e oportunidades no mercado de trabalho. In: **ANAI 53º CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM**. Curitiba: 2001. 10p.

RAMMINGER, T; BRITO, J. Saúde e trabalho em saúde mental: uma análise dos estudos brasileiros. In: IV Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde, 2007, Salvador. **ANAI DO IV CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS EM SAÚDE**. Salvador-BA, 2007.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. **Desinstitucionalização**. Ed. HUCITEC. 2ª ed. São Paulo: 2001.

SANTOS, F. P.; MERHY, E. E. A regulação pública da saúde no Estado brasileiro: uma revisão. **Interface (Botucatu)**. Botucatu-SP: 2006. v. 10, n. 19, p. 25-41

SARACENO, B. As variáveis reais: sujeitos, contextos, serviços, recursos. In: _____. **Libertando Identidades:** da reabilitação psicossocial à cidadania possível. 2ª ed. Te Corá Editora. Rio de Janeiro: 2001. Cap. 4, p. 77-107.

SARACENO, B; ASIOLI, F; TOGNONI, G. **Manual de Saúde Mental:** Guia Básico para Atenção Primária. HUCITEC, São Paulo:1997.

SCARCELLI, I. R. Trabalhadores em Saúde Mental e a Rede Substitutiva Paulistana: Os Interstícios da Prática. In: Fernandes, M. I. A. (org.). **Fim de Século:** Ainda Manicômios. IPUSP. São Paulo: 1999. p. 187-206.

SILVA, I. M. F. **Conselhos de saúde:** construindo uma nova linguagem. EdUFMT, Cuiabá: 1998.

TOWNSEND, M. C. **Enfermagem Psiquiátrica.** Conceitos e Cuidados. 3ª ed. Guanabara Koogan. Rio de Janeiro: 2000.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais:** A Pesquisa Qualitativa em Educação. Ed. Atlas, São Paulo: 1987.

VASCONCELOS, E. M. Serviço Social e Interdisciplinaridade: o exemplo da saúde mental. In: VASCONCELOS, Eduardo M. (org.) **Saúde Mental e Serviço Social:** O desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. 2ª ed. Cortez, São Paulo: 2002. p. 35-65.