

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

LARISSA DE ALMEIDA RÉZIO

O PROCESSO DE TRABALHO DO ENFERMEIRO NOS
CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)

CUIABÁ/MT

2009

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

LARISSA DE ALMEIDA RÉZIO

**O PROCESSO DE TRABALHO DO ENFERMEIRO
NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
(CAPS)**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Mato Grosso, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem – Área de concentração: Processos e práticas em saúde e enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dr.^a Alice Guimarães Bottaro de Oliveira.

CUIABÁ/MT

2009

Dados Internacionais de Catalogação na Fonte

R467p Rézio, Larissa de Almeida.

O processo de trabalho do enfermeiro nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) / Larissa de Almeida Rézio. – 2009.

175 f. ; 30 cm.

Orientadora: Dr.^a Alice Guimarães Bottaro de Oliveira.

Dissertação (mestrado). Universidade Federal de Mato Grosso. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2009.

1. Enfermagem psiquiátrica. 2. Serviços de saúde mental. I. Título.

CDU 616-083:616.89

Permitida a reprodução parcial ou total desde que citada a fonte.

LARISSA DE ALMEIDA RÉZIO

**O PROCESSO DE TRABALHO DO ENFERMEIRO NOS CENTROS DE
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)**

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de: **Mestre em Enfermagem**.

E aprovada na sua versão final em ____ de _____ de _____, atendendo às normas da legislação vigente da UFMT, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, área de concentração Processos e práticas em saúde e enfermagem.

Dr^a Roseney Bellato
Coordenadora do Programa

BANCA EXAMINADORA:

Dr^a Alice Guimarães Bottaro de Oliveira – FAEN/UFMT
Presidente (Orientadora)

Dr^a Christine Wetzel – URGs
Membro Efetivo

Dr^a Maria da Anunciação Silva – FAEN/UFMT
Membro Efetivo

Dedico

*A minha mãe, **Cida**, pelo amor e sacrifício dedicados, por ter sido tantas vezes minha amiga, mãe e pai ao mesmo tempo. Seu exemplo de força e determinação é que me fez chegar até aqui, porque você sempre parte de minha história!*

*Ao meu pai, **Wilson** (in memoriam), pelos ensinamentos e exemplo de vida.*

Pessoas que admiro, amo e respeito, pelo ontem, por hoje, pelo amanhã e para sempre. É por eles que faço!!

AGRADECIMENTOS

Entendo que este trabalho é resultado do meu esforço e determinação, mas também seria impossível chegar até aqui sem algumas contribuições, porém, pela impossibilidade de nomear todas, cabe aqui destacar algumas.

Agradeço:

Primeiramente a **Deus** que me possibilitou condições para que eu desenvolvesse este trabalho.

Aos participantes desta pesquisa, **usuários, familiares e profissionais dos CAPS**, sem o vosso consentimento a pesquisa não seria possível.

A **Alice**, pelas orientações, exigências, disponibilidade e pelo conhecimento compartilhado. Agradeço, sobretudo, pela paciência, estímulo e pelos momentos de desabafo.

A minha mãezinha, **Cida**, pelo amor imensurável, dedicação e auxílio constante. Obrigada por entender meus momentos de ausência durante este estudo, pela paciência comigo nos meus momentos de ansiedade, pelo incentivo e por nunca me deixar esquecer minha capacidade. Agradeço, sobretudo, pelo olhar que me acalenta e o abraço e colo que me protege.

A minha irmã, **Rosane** e a meus sobrinhos lindos, **Neto, Matheus e Pedro Henrique** pela alegria que sempre proporcionam aos meus dias. Obrigada por enriquecerem e inspirarem meus dias.

Ao **Roger**, que mesmo à distância foi sempre afetuoso. Obrigada por simplesmente me ouvir quando eu precisava apenas ser ouvida, por segurar a minha mão quando me sentia sozinha e pelos conselhos e conversas no dia a dia. Obrigada por me fazer sorrir sempre, por demonstrar o seu amor por mim e por me fazer compreender o verdadeiro sentido da palavra “companheiro”. Agora sei que a distância não é suficiente para separar as pessoas.

Aos primos e primas, tios e tias, pelos momentos de descontração.

Ao meu padrinho, Edmar, pelo incentivo constante.

Aos amigos, **Eli, Daianni, Déia, Diane (in memoriam), Kelly, Lorena, Mari, Paula, Regina, Vanessa e Eduardo**, pelas conversas e conselhos, pelo apoio e por muitas vezes simplesmente me ouvirem. Obrigada pela amizade, compreensão, estímulo e pelo “ombro” emprestado muitas vezes.

Aos avós, **Tereza e Osvaldo (in memoriam)** pelo “amor em dobro”. Obrigada pela família maravilhosa que vocês me deram, pelo ambiente de amor que sempre cultivaram e por transmitir os valores importantes da vida. Agradeço, sobretudo, pela sabedoria constante que me ajudou a crescer e me ensinou muito do que sei hoje.

Aos meus padrinhos, **Silvana e Amadeus**, pelas orações e pelo carinho. Obrigada por terem sido meus “anjos” aqui na Terra.

Aos membros da banca de qualificação e defesa, **Dr^a Christine, Dr^a Roselma, Dr^a Maria da Anunciação, Dr^a Aldenan e Dr^a Rosiani** pelas valiosas contribuições.

Ao grupo de pesquisa no qual sou membro, **NESM**, pelos apontamentos e experiências divididas.

Ao **Curso de Mestrado em Enfermagem** pela atenção que me prestaram esses dois anos, facilitando o meu caminho.

A **Dani**, secretária do mestrado, pela simpatia ao nos atender e pela presteza das informações.

A **CAPES**, pelo incentivo financeiro, por meio da bolsa de mestrado.

A **Prefeitura Municipal de Barra do Garças – MT**, pela liberação concedida para realização deste estudo.

A todos, muito obrigada!

*Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas ...
Que já têm a forma do nosso corpo ...
E esquecer os nossos caminhos que nos levam sempre aos mesmos
lugares...
É o tempo da travessia ...
E se não ousarmos fazê-la ...
Teremos ficado ... para sempre ...
À margem de nós mesmos ...*

Fernando Pessoa

RÉZIO, L. A. **O processo de trabalho do enfermeiro nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em Mato Grosso**, 2009. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, UFMT, Cuiabá. 176 p. Orientador: Dr^a. Alice Guimarães Bottaro de Oliveira

RESUMO

A atenção psicossocial, estruturada no movimento da Reforma Psiquiátrica, se constitui na crítica ao paradigma psiquiátrico clássico, tendo como principal dispositivo de assistência à saúde mental os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Nestes serviços, os enfermeiros, integrantes das equipes mínimas dos CAPS, vêm encontrando dificuldades para trabalhar. Tivemos como objetivo analisar o trabalho do enfermeiro nos CAPS I de Cuiabá e São José dos Quatro Marcos. Trata-se de um estudo exploratório-descritivo de abordagem qualitativa fundamentado nos princípios do materialismo histórico e dialético, realizado de janeiro a dezembro de 2008. As fontes de dados foram entrevistas, observação participante registradas em diário de campo e documentos dos CAPS. Participaram do estudo 46 sujeitos (2 gestores, 11 usuários/familiares, 33 trabalhadores e, destes, 3 enfermeiras). Na análise de conteúdo temática identificamos as categorias: CAPS – localização, acesso e estrutura material; Condições de trabalho; Os trabalhadores; O trabalho realizado no CAPS; O trabalho das enfermeiras em equipe; Rede de atenção à saúde mental. Os resultados demonstraram a insuficiência da estrutura física e material dos CAPS. Um dos serviços funcionava em casa alugada e o outro em local de difícil acesso e sem identificação. Ambos possuíam a equipe técnica mínima estabelecida pelo Ministério da Saúde. Os trabalhadores eram na maioria do sexo feminino (75,8%), com idade entre 31 e 40 anos (36,4%). Quanto à formação, 45,4% não possuíam nível superior e, entre os que o possuíam, somente 12,1% se especializaram ou estavam se especializando na área de Saúde Mental. Apenas nove profissionais estavam no serviço há mais de quatro anos e 72,7% trabalhavam por meio de contrato temporário. 78,7% recebiam até dois salários mínimos. Neste contexto, a opção por trabalhar nos CAPS era mais uma imposição do meio do que uma escolha. Inseridas nestas condições precárias, com uma história de poucos movimentos sindicais, de exclusão do louco e da formação deficitária em saúde mental, as enfermeiras tinham poucos espaços de interação com a equipe e o trabalho era realizado sem muita articulação das ações e agentes. Com o trabalho ainda voltado prioritariamente para o modelo asilar, consequentemente delimitava-se o objeto (doença do usuário), o instrumento (a medicação) e a finalidade (cura) ainda focados neste modelo de cuidado. A família e a comunidade exerciam poucos movimentos ou forças instituintes para modificação de práticas, reinserção do usuário e construção de autonomias. Alguns profissionais, incluindo as enfermeiras, se referiam ao CAPS como meio de reabilitação e ressocialização, realizando visitas domiciliares e tendo algum vínculo com familiares. Estas dificuldades são inerentes ao processo de mudança de práticas que estamos vivendo. É um movimento lento e complexo que requer a participação de todos (âmbito social, político e jurídico) para que o CAPS não permaneça como alternativa no tratamento e, sim, se efetive como substitutivo dos hospitais psiquiátricos no tratamento/cuidado ao usuário.

Palavras-chave: Trabalho. Enfermagem psiquiátrica. Saúde Mental. Serviços de Saúde Mental.

RÉZIO, L. A. **The work process of the nurse in the Psychosocial Attention Centers (CAPS) at Mato Grosso**, 2009. Dissertation (Mastership in Nursing) - Post Graduation Course in Nursing, UFMT, Cuiabá. 176 p.
Supervisor: Dr^a. Alice Guimarães Bottaro de Oliveira

ABSTRACT

The psychosocial attention, structured on Psychiatric Reform movement, consists in a criticism to the classical psychiatric paradigm, which has Psychosocial Attention Centers (CAPS) as main dispositive of assistance to mental health. In these services, the nurses, members of the minimum CAPS's teams, has been encountering difficulties to work. We had as objective to analyse the nurse's work at CAPS I from Cuiabá and São José dos Quatro Marcos. It is an exploratory-descriptive study of qualitative approach which was substantiated on historic and dialect materialism principles, realized from January to December of 2008. The datum sources were interviews, participant observation registered in field diary and CAPS' documents. 46 subjects participated of the study (2 managers, 11 users/relatives, 33 workers, being these, 3 nurses). During the analyze of thematic content, we identify the categories: CAPS – location, access and material structure; Work Conditions; Workers; The work realized at CAPS; The nurses' team work; Attention system to mental health. The results demonstrated the insufficiency of material and physical structure of CAPS. One of the services worked at rented house and another at local of difficult access and without identification. Both owned a minimum technical team established by Ministerial of Health. The majority of workers were female (75,8%), with age between 31 e 40 years (36,4%). Considering the schooling, 45,4% didn't have graduation and, among who had, only 12,1% specialized or were specializing themselves on mental health area. Only nine professionals were in the job for more than four years and 72,7% were working temporally. 78,7% received until two minimum salaries. In this context, the option to work at CAPS was more an imposition of environment than a choice. Inserted on these precarious conditions, with a history of few syndical movements, exclusion of the mental patient (crazy) and deficient formation on mental health, the nurses had few spaces of interaction with the team and the work was realized without much articulation of actions and agents. With the work still directed toward an asylum model, consequently the object (user's disease), the instrument (the medication) and the finality (cure) were delimited, although focused on this care model. The family and community exercised few movements or instituted powers to modification of practices, reinsertion of user and construction of autonomies. Some professionals, including nurses, referred to CAPS as mean of rehabilitation and resocialization, realizing domiciliary visits and having some link with family. These difficulties are inherent to the practice changes process that we are living. It is a slow and complex movement which requires participation of everyone (social, politic and juridical ambit) for CAPS don't remain as an alternative in the treatment and, then, effective it as a substitutive of psychiatric hospitals on treatment/care to the user.

Keywords: Work. Psychiatric Nursing. Mental Health. Mental Health Services.

RÉZIO, L. A. **El proceso de trabajo de los Centros de Atención Psicosocial (CAPS) en Mato Grosso**, 2009. Disertación (Maestría en Enfermería) – Curso de Pos-Grado en Enfermería, UFMT, Cuiabá. 176 p.
Asesor: Dr^a. Alice Guimarães Bottaro de Oliveira

RESUMEN

La atención psicosocial, estructurada en lo movimiento de la Reforma Psiquiátrica está constituido en la crítica al paradigma psiquiátrico clásico, siendo como el principal dispositivo para la atención de salud mental, los Centros de Atención Psicosocial (CAPS). En estos servicios, las enfermeras, los miembros de los equipos mínimos de los CAPS, tiene problemas para trabajar. Hemos tenido como la intención de analizar la labor de las enfermeras en el CAPS I de Cuiabá y São José dos Quatro Marcos. Este es un estudio exploratorio-descriptivo de abordaje cualitativo basado en los principios del materialismo histórico y dialéctico, realizado de enero a diciembre de 2008. Las fuentes de datos fueron entrevistas, observación participante registrada en un diario de campo y documentos de los CAPS. Participaron del estudio 46 sujetos (2 administradores, 11 usuarios/familiares, 33 trabajadores y, de estos, 3 enfermeros). En el análisis de contenido temáticas identificamos las categorías: CAPS - localización, acceso y estructura material, las condiciones de trabajo, los trabajadores, el trabajo realizado en CAPS, la labor de los enfermeros en el equipo, la red de atención de salud mental. Los resultados demostraron la insuficiencia de la estructura física y material de los CAPS. Uno de los servicios funcionaba en una casa alquilada y el otro en lugar de difícil acceso y sin identificación. Ambos poseen el equipo técnico mínimo establecido por el Ministerio de la Salud. Los trabajadores eran en su mayoría mujeres (75,8%), con edades comprendidas entre los 31 y 40 años (36,4%). En cuanto a la formación, el 45,4% no tenía educación superior y entre los que había (54,6%), sólo el 12,1% se han especializado o estaban se especializando en la área de Salud Mental. Sólo nueve profesionales se encontraban en el servicio hay más de cuatro años y 72,7% trabajaban a través de contrato temporario. 78,7% recibían hasta dos salarios mínimos. En este contexto, la opción de trabajar en el CAPS fue más una imposición de la circunstancia do que una elección. Incluidos en estas condiciones precarias, con una historia de pocos movimientos sindicales, con exclusión de los dementes y de la formación deficitaria en salud mental, las enfermeras tenían poco espacio de interacción con la equipo y, el trabajo fue realizado sin mucha articulación de las acciones y agentes. Aún con el trabajo se centra fundamentalmente con el modelo de vivienda, consecuentemente se delimitó el objeto (la enfermedad del usuario), el instrumento (el medicamento) y el fin (curar) aún se ha centrado en este modelo de atención. La familia y la comunidad ejercía pocos movimientos o de fuerzas instituyentes para modificación de las prácticas, la reintegración de los usuarios y construcción de autonomía. Algunos profesionales, incluyendo enfermeras, se refirieron al CAPS como el medio de la rehabilitación y resocialización, haciendo visitas a domicilio y siendo alguno vínculo con sus parientes. Estas dificultades son inherentes al proceso de cambio de prácticas que estamos viviendo. Es un movimiento lento y complejo que requiere la participación de todos (el contexto social, política y jurídica) para que el CAPS no se mantiene como una alternativa en el tratamiento y, sí, se haga valer como substitutivo de los hospitales psiquiátricos en el tratamiento/atención al usuario.

Palabras clave: Trabajo. Enfermería Psiquiátrica. Salud Mental. Servicios de Salud Mental.

LISTA DE QUADROS

	PÁGINAS
QUADRO 01: Composição das equipes dos CAPS I A e B, segundo a categoria profissional. Cuiabá, MT, 2008.	67

LISTA DE TABELAS

TABELA 01: Distribuição dos trabalhadores dos CAPS I A e B, segundo o sexo. Cuiabá, MT, 2008.	69
TABELA 02: Distribuição dos trabalhadores dos CAPS I A e B, segundo a faixa etária. Cuiabá, 2008.	70
TABELA 03: Distribuição dos trabalhadores dos CAPS I A e B, segundo a formação, 2008.	71
TABELA 04: Distribuição dos trabalhadores dos CAPS I A e B, segundo o tempo de trabalho no CAPS. Cuiabá, MT, 2008.	75
TABELA 05: Distribuição dos trabalhadores dos CAPS I A e B, segundo o tipo de contrato. Cuiabá, MT, 2008.	78
TABELA 06: Distribuição dos trabalhadores dos CAPS I A e B, segundo a faixa salarial. Cuiabá, MT, 2008.	84

LISTA DE APÊNDICES E ANEXO

APÊNDICE 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para usuários e familiares

APÊNDICE 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para profissionais dos CAPS

APÊNDICE 3 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para secretários municipais de saúde, coordenadores de saúde mental e gerentes dos CAPS

APÊNDICE 4 – Roteiro para observação dirigida do trabalho dos enfermeiros nos CAPS

APÊNDICE 5 – Roteiro para entrevista semi-estruturada com o enfermeiro

APÊNDICE 6 – Roteiro para entrevista semi-estruturada com profissionais das equipes

APÊNDICE 7 – Roteiro para entrevista semi-estruturada com gerentes dos CAPS

APÊNDICE 8 – Roteiro para entrevista semi-estruturada com os gestores

APÊNDICE 9 – Roteiro para entrevista semi-estruturada com os usuários

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

LISTA DE ABREVIATURAS

APAC	Autorização de Procedimento de Alta Complexidade
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSad	Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial infantil
CCSM	Centro Comunitário de Saúde Mental
CIAPS	Centro Integrado de Saúde Mental
CID	Código Internacional de Doenças
CPA	Centro Político Administrativo (bairro)
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
FAEN	Faculdade de Enfermagem
HUJM	Hospital Universitário Júlio Müller
HUMANIZASUS	Política Nacional de Humanização da Assistência e da Gestão no Sistema Único de Saúde
IAPS	Instituto de Aposentadorias e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LEP	Lei do Exercício Profissional
MS	Ministério da Saúde
MT	Mato Grosso
MTSM	Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
NAPS	Núcleos de Atenção Psicossocial
NESM-MT	Núcleo de Estudos em Saúde Mental de Mato Grosso
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PRATICAPS	Análise da efetividade das práticas terapêuticas dos Centros de Atenção Psicossocial de Mato Grosso
PSF	Programa de Saúde da Família
RS	Rio Grande do Sul
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UFMT	Universidade Federal de Mato Grosso
UNEMAT	Universidade Estadual de Mato Grosso

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	16
2. OBJETIVOS	20
3. METODOLOGIA	21
3.1 Tipo de Pesquisa	21
3.2 Procedimentos	23
3.2.1 Coleta de dados	24
3.2.2 Análise dos dados.....	29
4. REVISÃO TEÓRICA	31
4.1 As Experiências Internacionais de Reforma Psiquiátrica	31
4.2 O Movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil	34
4.2.1 Os serviços de atenção psicossocial e as legislações	37
4.3 O Processo de Trabalho	43
4.3.1 O trabalho em equipe	47
4.4 O Contexto Matogrossense	50
4.4.1 Os municípios estudados: Cuiabá e São José dos Quatro Marcos	53
4.4.2 Dados de saúde e saúde mental de Mato Grosso e dos municípios de Cuiabá e de São José dos Quatro Marcos	55
5. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	61
5.1 Os CAPS: Localização, Acesso e Estrutura Material	62
5.2 Os Trabalhadores das Equipes dos CAPS.....	70
5.3 As Condições de Trabalho e as Especificidades Regionais	78
5.4 Fatores Determinantes da Opção de Trabalho dos Enfermeiros por Saúde Mental	94
5.5 O Trabalho das Enfermeiras.....	96
5.5.1 As atividades realizadas nos CAPS.....	97
5.5.2 Caracterização do trabalho do enfermeiro	101
5.5.3 Os elementos do processo de trabalho dos enfermeiros: objeto, instrumento e finalidade.....	110
5.5.4 O enfermeiro e o trabalho em equipe.....	137
5.6 Rede de Atenção à Saúde Mental e a Relação do Enfermeiro com a comunidade	143
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	151
7. REFERÊNCIAS	156
8. APÊNDICES E ANEXO	164

1. INTRODUÇÃO

A motivação para o desenvolvimento deste estudo surgiu durante as aulas práticas em saúde mental na graduação e pela experiência enquanto aluna de iniciação científica na Universidade Estadual de Mato Grosso (UNEMAT).

Nessa ocasião me deparei com algumas dificuldades advindas dos campos de realização das aulas práticas na graduação, assim como para coletar dados de pesquisa, o que me fez mudar o objetivo do estudo, durante a iniciação científica, para outro que não pertencia à temática de saúde mental e/ou Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), apesar do interesse por essa área.

A atenção à saúde mental passou por importantes modificações desde a década de 80, com a reformulação do modelo assistencial que prioriza um cuidado centrado no indivíduo, família e comunidade, como estabelece a Lei Federal nº 10216/01 e a política do Ministério da Saúde nos últimos anos (BRASIL, 2004a).

Nesse processo de modificação da rede assistencial, a Portaria GM nº 336, de 2002 estabelece os Centros de Atenção Psicossocial que se constituem nas “modalidades CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional” (BRASIL, 2004b, p. 13), serviços específicos para álcool e outras drogas - CAPSad, e para a infância e adolescência – CAPSi (BRASIL, 2004b).

Na construção dessa nova política e rede de cuidado em saúde mental e, conseqüentemente, de um novo trabalho para o enfermeiro, alguns estudos apontam certas dificuldades, entre outras razões, pelos desafios demandados deste novo modelo e pelas características anteriores de trabalho nessa área, como a terapêutica antes utilizada que determinou grandes períodos de internação hospitalar com práticas custodiais e de isolamento dos *loucos*.

Se antes tínhamos uma prática centralizada na doença e na medicação, em que havia a exclusão do *doente mental*, haja vista que sua *doença* era sinônimo de periculosidade, temos agora a necessidade de investir em um novo cuidado, baseado em práticas substitutivas, onde o usuário é visto como um cidadão de direitos, com necessidades que não se resumem à doença, além de precisar ser considerado o contexto em que está, dessa forma a inovação na prática em saúde mental/ atenção

psicossocial também implica ressocialização do sujeito em sofrimento psíquico e cuidado responsabilizado.

Disso decorre a necessidade de caracterizar o trabalho do enfermeiro nos serviços substitutivos de atenção à saúde mental, tendo em vista a ampliação e a transformação de seu objeto de trabalho. Assim, temos por objetivo nesta dissertação analisar o trabalho do enfermeiro nos CAPS I Dr. Julio Strubing Muller Neto (CPA IV) em Cuiabá – MT e no CAPS I de São José dos Quatro Marcos.

Partimos do pressuposto que o enfermeiro sendo um profissional imprescindível para a construção dessa nova forma de cuidado, haja vista a sua inserção na equipe mínima dos CAPS, a maioria pode encontrar dificuldades para trabalhar no modelo de atenção psicossocial, uma vez que estamos inseridos em um processo de modificação de práticas de atenção ao usuário em sofrimento psíquico e, além disso a construção da atenção psicossocial requer boas condições de trabalho que muitas vezes não são encontradas nessa realidade vivenciada por nós, de uma política neoliberal.

Diante desse desafio a ser exercido pelos enfermeiros, perguntamos: Como o enfermeiro e a equipe têm trabalhado nos CAPS? Quais condições têm sido ofertadas para realizar e qualificar o trabalho no CAPS? Por quê os enfermeiros têm optado pelo trabalho em saúde mental? Em que medida o trabalho nessa área tem sido realmente uma opção? Como realizam, qual objeto, instrumento e finalidade desse trabalho? Quais as especificidades regionais que incidem nesse trabalho?

Motivada por estes questionamentos e também pela minha experiência teórico-prática que deixou lacunas durante a graduação, procuro conhecer o processo de trabalho dos enfermeiros em saúde mental no contexto da Reforma Psiquiátrica em Mato Grosso. Considerando as características regionais, a formação e a prática de enfermagem ainda muito centrada no modelo biomédico, e o processo de trabalho como algo sempre dinâmico, a exigir a consciência dos sujeitos envolvidos – trabalhadores, usuários e gestores -, concluímos que a atenção psicossocial requer estudo, o que justificou a pertinência desta pesquisa.

Para tanto, realizamos um estudo de caso exploratório descritivo e de abordagem qualitativa problematizado no contexto da Reforma Psiquiátrica à luz dos

princípios que sustentam a perspectiva marxista do processo de trabalho (historicidade, totalidade e união dos contrários).

Primeiramente apresentamos os CAPS e as condições de trabalho, algumas características dos trabalhadores e vínculos de trabalho nesses locais: idade, sexo e formação; salários, formas de contrato, tempo de serviço, e estrutura material dos CAPS; e em seguida o trabalho realizado pelo enfermeiro e equipe.

Este estudo vincula-se ao Núcleo de Estudos em Saúde Mental (NESM–MT) da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), na linha de pesquisa *Trabalho e cuidado em saúde mental: integrando saberes e desenvolvendo práticas* do Curso de Mestrado em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem (FAEN) desta universidade e associa-se ao Projeto de Pesquisa PRATICAPS-MT¹ - Análise da efetividade das práticas terapêuticas dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Mato Grosso.

Uma vez compreendido o trabalho que está sendo realizado nos CAPS, sobretudo pelos enfermeiros, teremos maior possibilidade de qualificar nossa prática, desta forma, a realização deste estudo pretende oferecer subsídios que proporcionem ampliar a compreensão do atual trabalho realizado pelos enfermeiros neste determinado contexto social e histórico.

O processo de trabalho é determinado pelas relações entre a subjetividade dos sujeitos envolvidos, as condições do meio e a historicidade da Reforma Psiquiátrica, da formação, da profissão e local. Portanto, acreditamos que estudar esse processo de trabalho dos enfermeiros em dois CAPS, nos permitiu analisar estas relações: intersubjetividade, as condições de trabalho e a historicidade da Reforma Psiquiátrica nesse contexto.

A relevância do nosso estudo também se deve ao fato de contribuirmos com o desafio de oferecer bases teóricas a partir da análise dos dados empíricos da realidade de trabalho em saúde mental e influenciar uma nova representação para o trabalho do enfermeiro na atenção psicossocial. Assim, podemos colaborar para a qualificação das práticas dos enfermeiros, favorecendo um avanço na Reforma Psiquiátrica nos municípios estudados, em Mato Grosso e no Brasil, pois mesmo com algumas dificuldades para efetivação das práticas de atenção psicossocial inerentes ao

¹ Projeto de Pesquisa “Análise da efetividade das práticas terapêuticas dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Mato Grosso, aprovado no Edital MCT-CNPq/MS-SCTIE-DECIT/CT-Saúde 07/2005 Processo CNPq N° 554534/2005-3. Este estudo, coordenado pela Profª Drª Alice Guimarães Bottaro de Oliveira – FAEN/UFMT, realizou-se em 27 CAPS do estado no período de 2006 a 2008.

contexto, esta vem sendo construída, demonstrada principalmente através do expressivo número de CAPS instalados no estado.

Além disso, este trabalho contribui com a construção científica da enfermagem nessa área, especificamente no Estado de Mato Grosso. Vinculado ao NESM-MT, a realização deste estudo também contribui para a consolidação do conhecimento até hoje produzido no estado, de modo pioneiro, por este Grupo de Pesquisa. Desse modo, a produção desta dissertação também proporciona ao Curso de Mestrado em Enfermagem da UFMT o seu fortalecimento acadêmico articulado à realidade do estado.

2. OBJETIVOS

GERAL:

Analisar o trabalho do enfermeiro nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) Dr. Julio Strubing Muller Neto (CPA IV) em Cuiabá – MT e no CAPS de São José dos Quatro Marcos.

ESPECÍFICOS:

- Descrever as condições de trabalho do enfermeiro e as especificidades regionais que incidem nesse trabalho;
- Identificar os fatores determinantes da opção de trabalho dos enfermeiros em saúde mental;
- Descrever o processo de trabalho dos enfermeiros: objeto, tecnologias materiais e não materiais (instrumentos), finalidades e a integração com o usuário/família/comunidade.

3. METODOLOGIA

3.1 Tipo de Pesquisa

Para a análise do processo de trabalho do enfermeiro nos CAPS, optamos pela abordagem qualitativa – “estudo de caso”, que para Triviños (2006, p. 133) “é uma categoria de pesquisa cujo objeto é uma *unidade* que se analisa profundamente”, e para Minayo (2006, p. 164):

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 relacionadas 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).

Realizamos este estudo a partir de análise documental, observação e entrevista. “Os instrumentos de trabalho de campo na pesquisa qualitativa visam a fazer mediação entre os marcos teórico-metodológicos e a realidade empírica” (MINAYO, 2006, p. 189). Este método nos permite realizar uma pesquisa social, que é essencialmente qualitativa, à medida que se preocupa com uma realidade que não pode ser apenas quantificada, nos propicia a construção de novas abordagens, revisão de conceitos e categorias durante a investigação (MINAYO, 2006).

O materialismo histórico dialético foi escolhido como caminho metodológico para a investigação do objeto de estudo. Conforme Minayo (2006) o materialismo histórico representa o caminho teórico de uma sociedade, e a dialética a abordagem da realidade, reconhecendo-a como processo histórico e dinâmico.

As balizas teóricas

Neste momento apresentamos os princípios que sustentam a perspectiva marxista do processo de trabalho (historicidade da vida humana, totalidade da existência humana e união dos contrários). Para tanto, trazemos dois autores importantes na construção desses princípios, Minayo (2006) e Gadotti (2001).

Para Minayo (2006) *a especificidade histórica da vida humana*, existe pelo fato de que não há nada totalmente dado e eterno, ou seja, nada é estático, tudo está em constante movimento, sendo assim, a vida humana e social também está sujeita a mudanças, podendo ser reconstruída. A *totalidade da existência humana*, para ela, pode ser “evocada por análise macrossocial como instrumento interpretativo dos contextos específicos” (MINAYO, p. 114), ou seja, a parte não existe sem o todo e o todo não existe sem a parte, formando correlações concretas de conjuntos e unidades. Desta forma, ela traz a *união dos contrários*, que está presente nas totalidades e nas partes delas, em movimentos de entrelaçamento e de conflitos; entre os fenômenos e sua essência, entre as leis e o fenômeno; entre o singular e o universal, entre o particular e o geral; entre a imaginação a razão; entre a base material e a consciência; entre teoria e prática; entre objetivo e subjetivo, entre indução e dedução.

Para Gadotti (2001) *tudo se relaciona* (princípio da totalidade), os objetos e os fenômenos estão ligados entre si, ou seja, o sentido das coisas não pode ser considerado na sua individualidade, mas na sua totalidade, e aqui ele utiliza as palavras de Engels, para dizer que nada é isolado, isolar um fato é privá-lo de sentido, de explicação, de conteúdo. Para a dialética a sociedade e a natureza não são coisas inacabadas, *tudo se transforma* (princípio do movimento), estão em contínua transformação, a dialética não pode entender a totalidade como um todo já feito e formalizado. Essa transformação não se realiza num processo de repetição, ocorre uma *mudança qualitativa* (princípio da mudança qualitativa), em que o novo não é uma repetição do velho, mas um acúmulo de elementos quantitativos que produzem um qualitativo novo. Isso só é possível a partir da *unidade de luta de contrários* (princípio da contradição), ou seja, a luta de forças opostas que existe no interior das coisas, uma contradição universal e inerente às coisas materiais e espirituais, em que os elementos contraditórios coexistem numa realidade estruturada, já que um não existe sem o outro, como o exemplo citado por ele: a burguesia e o proletariado.

Conforme vimos nos autores supracitados, o materialismo histórico dialético não é só um método para chegar à verdade, é uma relação do homem com o mundo, na sua dinâmica, em seu movimento contínuo da luta de seus contrários (MINAYO, 2006). Essa dinâmica existe em cada fenômeno e tende a transformar a sociedade e a natureza, em que o contexto histórico de cada momento determina essas mudanças.

Portanto, a aplicação deste método não depende apenas do conhecimento técnico, mas também de uma visão social da realidade.

Considerando a complexidade dessa abordagem metodológica, ressaltamos que muitos aspectos desta pesquisa foram restringidos pelos limites inerentes a este estudo, tanto os relacionados ao tempo e características da vinculação dele ao trabalho acadêmico de mestrado, como às limitações pessoais e acadêmicas da pesquisadora. Assim, concordamos com Minayo (2006) ao afirmar que o materialismo histórico é mais um horizonte que buscamos do que uma realidade que conquistamos nesta pesquisa.

3.2 Procedimentos

3.2.1 Coleta de Dados

Antes de iniciar a coleta de dados, formalizamos uma solicitação aos órgãos competentes – Secretarias Municipais de Saúde e na seqüência encaminhamos o projeto de dissertação ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Muller, respeitando a Resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde, de outubro de 1996, que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996).

Após a aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Müller em Cuiabá – MT (Nº 442/CEP-HUJM/07) (Anexo 1) e a aquiescência dos órgãos responsáveis, foi submetido aos agentes um termo de consentimento livre e esclarecido, no qual constava o objeto de estudo, os objetivos de pesquisa, as estratégias e o modo de participação dos sujeitos no estudo (Apêndice 1). 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 o desejassem.

É importante ressaltar dois aspectos relacionados à compreensão da coleta de dados. Primeiro: a fase de coleta e análise de dados, apesar de serem apresentadas separadamente, não podem ser assim consideradas, ou seja, constituem um processo único na pesquisa qualitativa (TRIVIÑOS, 2006; MINAYO, 2006). O segundo,

refere-se à compreensão do termo "dados" que contém, devido à sua denominação na linha positivista de pesquisa, uma interpretação de algo que "pode ser medido, quantificado, o que está aí, fora de nossa consciência, como uma coisa" (TRIVIÑOS, 2006, p. 141). Entretanto, compreendemos neste estudo de perspectiva qualitativa, "dados" como todas as informações sobre o processo de trabalho do enfermeiro dos CAPS, coletadas num determinado momento e a partir das balizas apresentadas, compreendidas na sua historicidade e analisadas de acordo com os objetivos traçados.

Local da Pesquisa

A coleta de dados foi realizada no Centro de Atenção Psicossocial Dr. Julio Strubing Müller Neto (CPA IV) localizado na rua 82, quadra 108, no bairro CPA IV da capital do estado de Mato Grosso – Cuiabá, e no Centro de Atenção Psicossocial localizado na rua 15 de junho, nº 867, bairro Santa Rosa do município de São José dos Quatro Marcos –MT.

Os CAPS de tipo I foram escolhidos por serem os dispositivos de atenção psicossocial em maior número no Estado de Mato Grosso.

Estes dois locais foram selecionados tendo-se em vista o objetivo teórico-metodológico de identificar possíveis influências do contexto sócio-histórico no trabalho do enfermeiro, ou seja, aspectos relacionados às características sócio-demográficas do município e de implantação dos CAPS que repercutem no trabalho do enfermeiro, sendo que o CAPS de São José dos Quatro Marcos foi uma escolha pessoal, o CAPS Dr. Julio Strubing Muller Neto (CPA IV) por ter sido o único CAPS de tipo I credenciado da capital, além de haver uma identificação pessoal com os municípios escolhidos.

Os CAPS foram denominados aleatoriamente de CAPS "A" e "B".

Sujeitos da Pesquisa

Participaram do estudo 46 sujeitos, sendo 2 gestores (coordenador de saúde mental e secretários municipais de saúde, admitimos os gerentes como trabalhadores

dos CAPS), 33 trabalhadores e 11 usuários/familiares dos CAPS, uma vez que participavam da relação de trabalho/cuidado realizado pelos enfermeiros e equipe.

Dentre os trabalhadores participaram:

- Três enfermeiras;
- Dois médicos psiquiatras;
- Um médico clínico geral;
- Dois psicólogos;
- Duas assistentes sociais;
- Uma fisioterapeuta;
- Duas pedagogas;
- Um professor de educação física;
- Uma musicoterapeuta;
- Duas auxiliares de enfermagem;
- Sete monitoras;
- Três auxiliares de serviços gerais
- Dois guardas;
- Uma gerente do CAPS;
- Três técnico-administrativo.

Todos lotados e em atividade nos locais estudados.

Em um dos CAPS onde a enfermeira também exercia o cargo de gerente, esta foi incluída na pesquisa apenas como enfermeira, apesar de exercer duas funções, pois esta profissional recebia somente pelo cargo de enfermeira.

A participação de três enfermeiras se deu pelo fato de que, no início da coleta de dados em um dos CAPS, a enfermeira estava de licença maternidade e outra foi contratada para suprir essa ausência. A enfermeira que estava afastada temporariamente retornou no final da coleta de dados, sendo também incluída dentre os sujeitos da pesquisa.

Para apresentação dos dados, os trabalhadores foram denominados com os códigos NFM (nível fundamental e médio) e NS (nível superior), os usuários e familiares com U/F e as enfermeiras como 1, 2 e 3.

Foram incluídos todos os trabalhadores dos CAPS, independente do tempo de contrato e atividade desenvolvida no local, usuários/familiares que estavam em

tratamento há no mínimo dois meses (pois já conheciam a dinâmica do serviço) e que possuíam condição adequada de verbalização, sem prejuízos decorrentes de seu quadro psicopatológico, sendo a partir daí escolhidos aleatoriamente. Também incluímos os coordenadores de saúde mental e secretários municipais de saúde, pois o trabalho realizado estava sob os condicionantes da gestão do trabalho e do SUS, representada por eles.

Período

Para a coleta dos dados adotamos como padronização três semanas em cada local, nos dois turnos de funcionamento do serviço, considerando as peculiaridades dos usuários, as diversas atividades realizadas nos dois turnos e os atendimentos (enfermeiro, médico, psicóloga e assistente social) em horários diferentes. Simultaneamente agendamos as entrevistas com os profissionais, usuários e/ou familiares, que foram realizadas nesse período. As entrevistas com os gestores foram realizadas após o período de observação e entrevistas nos CAPS.

A coleta de dados iniciou no dia 05 de fevereiro de 2008 e se encerrou no dia 27 de março de 2008, sendo que o trabalho de campo aconteceu nos meses de janeiro a dezembro do ano de 2008. No primeiro mês visitamos os locais de pesquisa para identificar-nos perante os gestores/diretores das instituições e solicitar autorização a fim de nos apresentar aos profissionais dos respectivos locais. Em seguida iniciamos a coleta de dados – mês de fevereiro (entrevistas, observação participante registradas em diário de campo e análise de documentos dos CAPS).

Fontes de dados

a) Documentos internos:

CAPS A:

- Livros: de presença para os usuários, de assembléia dos profissionais e usuários, ata das reuniões de equipe técnica do CAPS, registro de pacientes acolhidos e livro de ocorrência diária (que não estava sendo mais utilizado pelo CAPS). Apesar do livro de ocorrência diária não estar

sendo utilizado pela equipe durante a coleta de dados, este foi por muito tempo um dos instrumentos de registro de trabalho da equipe, sendo que apenas a partir do ano de 2008 não estava sendo utilizado;

- 12 prontuários.

CAPS B:

- Livros: de ocorrência, de reuniões de famílias, de reuniões da equipe, registro de visitas domiciliares, registro de reuniões de estudo de caso e livro para controle de medicações;
- 12 prontuários.

Os livros de registros e os prontuários foram identificados em números arábicos.

b) Documentos externos:

- Leis, projetos, programas e políticas relacionadas à assistência em saúde e em saúde mental dos níveis municipal, estadual e federal;
- Dados estatísticos dos serviços/atendimentos, disponíveis em sistemas de informação do SUS.

c) Depoimentos dos enfermeiros e demais trabalhadores dos CAPS, diretores/gerentes dos CAPS, usuários, pessoal técnico-administrativo e gestores;

d) O cotidiano do trabalho realizado pelo enfermeiro e pela equipe.

Instrumentos

- **Roteiro de observação dirigida** (Apêndice 4).

Indicado e detalhado com alguns pontos que foram observados, onde os tópicos estavam formulados “tendo em vista os temas que constituem o objeto da investigação e a partir de alguns elementos exploratórios da realidade empírica” (MINAYO, 2006, p. 194). Assim, a observação do processo de trabalho do

enfermeiro no CAPS buscou identificar as possíveis concordâncias, divergências ou outros aspectos entre os depoimentos e a prática, ressaltando a

Importância do ambiente na configuração da personalidade, problemas e situações de existência do sujeito. [...] Ambas as realidades, dialeticamente, relacionam-se e influenciam-se, transformando-se mutuamente na evolução do tempo (TRIVIÑOS, 2006, p. 128).

Ainda cabe ressaltar que mesmo pertencendo à mesma área dos sujeitos participantes da pesquisa, enfrentamos uma realidade cultural específica, desconhecida possivelmente para nós e da qual tomamos consciência em suas características principais, já que realizados um trabalho científico (TRIVIÑOS, 2006).

As observações foram registradas em um diário de campo que foi digitado e compôs um banco de dados, contendo, também, anotações de natureza reflexiva. Os relatos de observação foram identificados de acordo com o CAPS (A ou B) e com a data da observação.

- **Roteiro para entrevista semi-estruturada** com o enfermeiro (Apêndice 5), com os profissionais das equipes dos CAPS (Apêndice 6), com gerentes dos CAPS (Apêndice 7) gestores municipais (Apêndice 8) e usuários/familiares (Apêndice 9).

O roteiro, diferente do questionário, “visa a compreender o ponto de vista dos atores sociais previstos como sujeitos/objeto da investigação e contém poucas questões” (MINAYO, 2006, p. 190). A realização de entrevistas mediante o roteiro busca garantir a direção e flexibilizar as conversas, permitindo a introdução de novos temas que possam ser considerados relevantes para o interlocutor e ao mesmo tempo, além de valorizar a presença do investigador, “oferece todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação” (TRIVIÑOS, 2006, p. 146).

Desta forma foram suficientes tópicos que abrangessem as informações esperadas, funcionando como orientação e guia para a interlocução, de modo que todos os tópicos, juntos, conseguiram contemplar o objetivo da pesquisa (MINAYO, 2006).

As entrevistas foram realizadas individualmente, gravadas após o consentimento prévio dos participantes e transcritas na íntegra, sob nossa responsabilidade.

3.2.2 Análise dos dados

Consideramos a análise como uma etapa conjunta a todo o processo de coleta de dados, e assim ambos se retroalimentam. Analisar é superar a ingenuidade do empirismo, através da organização dos dados (MINAYO, 2006) que possibilite compreensão dos dados coletados, a confirmação ou não dos pressupostos e o fornecimento de respostas ao problema proposto para a investigação (GIL, 1994; MINAYO, 2006).

A análise dos dados foi realizada numa perspectiva histórico-crítica, considerando a historicidade, a totalidade e a dinamicidade dos fenômenos, categorias da dialética marxista.

Todos os dados coletados compuseram o material empírico que foi analisado: os do contexto interno (prontuários, livros de registro/ anotações do serviço), externo (leis, projetos, programas e políticas relacionadas à assistência em saúde mental) e os obtidos diretamente dos sujeitos (entrevistas e observação). Utilizamos a análise temática para tratar os dados coletados.

A análise temática é uma das modalidades da *Análise de Conteúdo*, que para Bardin (1979, p.42):

É um conjunto de técnicas de análise que, por [meio de] procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, [visa a obter] indicadores [...] que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens.

Sendo assim, “fazer uma análise temática consiste em descobrir os *núcleos de sentido* que compõem uma comunicação, cuja *presença* ou *frequência* signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado” (MINAYO, 2006, p. 316), para tanto, segundo essa mesma autora, é necessária a realização de três etapas (ordenação dos dados, classificação dos dados e análise final).

Passos da análise

Os dados foram organizados e classificados, inicialmente, por tipo de instrumento e fonte de dados. Posteriormente realizamos a apresentação, interpretação e discussão dos resultados.

Para a operacionalização dos momentos interpretativos, foram utilizados alguns passos propostos por Minayo (2006):

1. Ordenação dos dados: confeccionamos um panorama horizontal das descobertas, obtido através da transcrição das entrevistas, da descrição das observações, da leitura de todos os relatos e documentos e uma preliminar organização dos dados, segundo uma ordem cronológica e sua relação com o CAPS A ou B.
2. Classificação dos dados:
 - Realizamos uma leitura "flutuante" e exaustiva de todo o material, visando à identificação dos núcleos de sentido e, a partir disso, determinamos as categorias empíricas: 1) CAPS (localização, acesso e estrutura material), 2) Condições de trabalho, 3) Os trabalhadores, 4) O trabalho realizado no CAPS, 5) O trabalho das enfermeiras em equipe, 6) Rede de atenção à saúde mental;
 - Confrontamos as categorias empíricas com as categorias analíticas: Processo de trabalho e Atenção Psicossocial.
 - Realizamos leitura "transversal" de cada conjunto de categoria;
 - Identificamos nesta leitura os temas relevantes assim como trechos de falas das entrevistas, relatos de observação, e registros coletados nos documentos dos CAPS;
 - Classificamos os temas segundo sua referência às variáveis analíticas e/ou empíricas.
3. Análise final: Identificamos, no material empírico, as significações e pertinências que uma época histórica específica e uma classe social lhe atribuem. Trata-se do movimento do empírico para o teórico e vice-versa.

4. REVISÃO TEÓRICA

O Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pelas Leis Federais 8.080/1990 e 8.142/1990, preconiza a “saúde como direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 2004b, p.13). Daí ser importante entendermos o processo da Reforma Psiquiátrica integrante do SUS, como “um movimento [...] que se constitui pela crítica ao paradigma psiquiátrico clássico e pelas práticas que transformam/superam esse paradigma, no contexto brasileiro, a partir do final da década de 1970” (OLIVEIRA E ALESSI, 2003, p. 337).

Enquanto ocorria a implantação do SUS, efetivada com a promulgação da lei em 1990, se iniciava uma reestruturação da assistência à saúde mental, trazendo dispositivos extra-hospitalares de atendimento, redução dos leitos em hospitais psiquiátricos e a reinserção do indivíduo em sofrimento psíquico, que se legitimaram por meio de legislação somente em 2001.

Antes de realizarmos uma contextualização desse processo de desinstitucionalização no Brasil e até mesmo para que possamos analisar o nosso objeto de pesquisa: o trabalho do enfermeiro nos CAPS, é importante entendermos as diferentes experiências que ocorreram em outros países, influenciando a reforma psiquiátrica brasileira, para que compreendamos o contexto histórico em que vivemos.

4.1 As Experiências Internacionais de Reforma Psiquiátrica

A partir da década de 40, várias experiências internacionais de modificação no cuidado ao *louco* passaram a ser operacionalizadas, a literatura costuma dividi-las em três grandes grupos: o primeiro tinha a proposta de abordar a psiquiatria a partir do próprio modelo do hospital psiquiátrico (Comunidades Terapêuticas e a Psicoterapia Institucional); o segundo grupo considerava que a comunidade era o ponto central para o tratamento (Psiquiatria de Setor e a Psiquiatria Comunitária ou Preventiva) e o terceiro dirigia os questionamentos à psiquiatria, aos seus saberes e práticas (Antipsiquiatria e a Psiquiatria na Tradição Basagliana) (HEIDRICH, 2007).

As Comunidades Terapêuticas, termo consagrado por Maxwell Jones em 1959, caracterizavam-se apenas como um processo de reforma interna no hospital psiquiátrico, ou seja, marcadas pela adoção de medidas administrativas e técnicas voltadas para aspectos democráticos, participativos e coletivos (AMARANTE, 1995). Os hospitais psiquiátricos no período pós 2ª Guerra Mundial (1939–1945), comparados a campos de concentração, passaram por uma reforma, utilizando a mão-de-obra dos usuários. Com a socialização, por meio do trabalho de reconstrução dos hospitais, Hermann Simon encontrou a terapia ocupacional e fundou as Comunidades Terapêuticas com o objetivo de reabilitar os pacientes através do convívio com o outro (idem).

Assim, entendemos que mesmo sendo um acontecimento importante, a experiência da comunidade terapêutica conseguiu fazer pouca crítica ao processo de exclusão que representava o hospital psiquiátrico.

Já quando nos referimos à Psicoterapia Institucional, encontramos uma inovação. Denominação utilizada para caracterizar o trabalho iniciado por François Tosquelles no hospital Saint-Alban, na França, a Psicoterapia Institucional considerava as próprias instituições como doentias e que precisavam ser tratadas, bem como realizava um “exercício permanente de questionamento da instituição psiquiátrica enquanto espaço de segregação, da crítica ao poder médico e da verticalidade das relações” (AMARANTE, 1995, p.32), porém ainda assim considerava o hospital psiquiátrico como instituição de cura.

Como meio de contestação ao modelo asilar, a Psiquiatria de Setor, inspirada nas idéias de Bonnafé e de um grupo de psiquiatras progressistas, previa levar a doença mental para a população, ou seja, o paciente seria tratado no seu meio social e familiar e, teria no manicômio apenas uma etapa do tratamento (AMARANTE, 1995; HEIDRICH, 2007).

Esta experiência utilizava a territorialidade, quando dividia os atendimentos (realizados por uma equipe composta por psiquiatras, psicólogos e assistentes sociais) aos pacientes em setores geográficos (AMARANTE, 1995; HEIDRICH, 2007). Apesar da proposta de levar o *louco* à comunidade, permanecia a necessidade de existência do hospital psiquiátrico, havendo poucas críticas ao mesmo.

Propondo ser a terceira revolução psiquiátrica, a Psiquiatria Preventiva ou Comunitária, nascida nos Estados Unidos, tinha como objetivo a prevenção das doenças mentais e a promoção de um novo objeto: a saúde mental. Desta forma, tinha-se a doença mental como um desvio, distúrbio ou marginalidade, portanto passível de prevenção e erradicação, iniciando assim, uma busca por possíveis candidatos ao tratamento o que conseqüentemente gerou um aumento da demanda ambulatorial, não como resultado da transferência dos egressos asilares para os serviços intermediários, mas, sim, pelo aumento desnecessário de pacientes, como uma forma de medicalização social (AMARANTE, 1995).

Após todas essas experiências, como primeira crítica ao modelo médico-psiquiátrico, a Antipsiquiatria, que surgiu na década de 60, na Inglaterra, buscava

um diálogo entre a razão e loucura, enxergando a loucura entre os homens e não dentro deles. [...] denuncia[va] a cronificação da instituição asilar e considera[va] que mesmo a procura voluntária ao tratamento psiquiátrico [era] uma imposição do mercado ao indivíduo, que se [sentia] isolado na sociedade. O método terapêutico da antipsiquiatria não [previa] tratamento químico ou físico e, sim, valoriza[va] a análise do 'discurso' através da 'metanóia', do delírio do louco, que não deve ser podada (AMARANTE, 1995, p. 44).

O que antes era considerado loucura passa a ser objeto de dúvidas e inquietações, em que se tinha agora, uma crítica à enfermidade mental como uma produção social.

No início da década de 60, por meio de um trabalho de humanização realizado por Franco Basaglia no manicômio de Gorizia, a trajetória italiana realizou uma crítica destemida e nada convencional ao modelo psiquiátrico, desconstruindo o sinônimo de cura e tutela ao manicômio e, no imaginário social, a exclusão e periculosidade referida ao *louco* (AMARANTE, 1995). Suas referências iniciais foram a Psicoterapia Institucional e as Comunidades Terapêuticas (HEIDRICH, 2007).

Foram construídos sete centros de saúde mental, considerando a territorialidade, ou seja, uma interação com os recursos pertencentes a este local/território, como escola, associação de moradores, centros comunitários e outros,

levando em consideração o sistema de referência e contra-referência constituindo-se na articulação entre unidades de serviço (atenção básica, média e de alta complexidade), formando um território com dinâmica própria (AMARANTE, 2007; JULIANI; CIAMPONE, 1999). Desta forma, a experiência italiana propiciou uma ruptura radical com o saber e prática do modelo psiquiátrico, uma vez que a crítica realizada à psiquiatria propôs novas estratégias de atenção à saúde mental.

A partir deste contexto histórico ocorrido fora do Brasil, é importante enfatizarmos que estes diferentes movimentos que aconteceram na Itália, Inglaterra, França, Estados Unidos e Brasil encontram-se relacionados, mas também marcados por singularidades e, portanto, merecem leituras particulares, uma particularidade que de acordo com Amarante (1995) não exclui a possibilidade de termos marcos históricos comuns.

4.2 O Movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil

Entendendo que é a partir da visão do conjunto que podemos conhecer e avaliar cada elemento – *totalidade*, de posse dessa construção referente às experiências do processo de Reforma Psiquiátrica em outros países, experiências estas que se relacionavam, mas tinham suas singularidades, podemos entender as influências que o Brasil recebeu em diversos períodos, até mesmo na implantação dos CAPS, que é um dos dispositivos do modelo de atenção psicossocial substitutivo ao modelo médico-psiquiátrico no Brasil. A análise da realidade em que vivemos, só é possível a partir de uma visão da totalidade, uma visão de mundo, considerando a historicidade dos fenômenos.

Do mesmo modo que tivemos a Psiquiatria Preventiva nos Estados Unidos, no Brasil, o movimento da Reforma Psiquiátrica influenciado tanto pelo objetivo de reduzir a doença mental na comunidade, como pela crença de que todas as doenças mentais podiam ser prevenidas, definindo doença mental como marginalidade, tivemos aqui, o doente mental, não mais como objeto exclusivo da psiquiatria e sim da sociedade, mais particularmente os imigrantes estrangeiros e os negros, “o que transformou os programas de higiene mental num instrumento de difusão de concepções xenófobas, racistas e antiliberais” (KIRSCHBAUM, 1997, p.23),

retirando das ruas, pobres, negros, imigrantes, enfim, elementos da classe operária (KIRSCHBAUM, 1997).

Todo esse processo de exclusão ganhou força na década de 60 e para que possamos entender os fatos a partir do materialismo histórico-dialético, é importante lembrarmos o contexto sócio-econômico desta época, em que houve o Golpe Militar em 1964, a unificação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPS), a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e conseqüentemente a ampliação dos investimentos do sistema previdenciário brasileiro por meio da privatização das ações de saúde, com a contratação de serviço privado (HEIDRICH, 2007). “O governo financiava a construção e reforma dos hospitais privados a juros baixíssimos, depois comprava os serviços desses mesmos hospitais” (idem, p.91).

As internações psiquiátricas públicas no Brasil não eram feitas exclusivamente nos hospitais públicos. A maioria era realizada em hospitais privados contratados/remunerados pelo setor público (via INPS, depois INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social e hoje pelo SUS) (TENÓRIO, 2002).

Esse processo ocorrido nacionalmente após 1964, ampliou o número de hospitais psiquiátricos privados, assim como o número de leitos destes. O Estado facilitava a implantação e o credenciamento desses hospitais na rede pública e ainda conseguia conciliar a necessidade da população com o interesse pelo lucro por parte dos empresários, já que aumentava o número de indivíduos internados nesses dispositivos, transformando a doença mental como objeto de lucro, uma “indústria da loucura” como ficou conhecido (CERQUEIRA, 1984; FRAGA; SOUZA; BRAGA, 2006).

Porém, essa tendência gerou falta de resolutividade por parte dos hospitais psiquiátricos privados, dando início a um período de denúncias contra a indústria da loucura. A privatização do setor saúde em geral assumiu grandes dimensões ocasionando uma crise institucional e financeira da previdência social (AMARANTE, 2003a).

Um pouco antes da década de 80, o Estado tentou responder com algumas medidas, “como produção de manuais, ordens de serviço e resoluções propondo a ambulatorização e interiorização da assistência psiquiátrica. Entretanto, quase todas essas medidas não saíram do papel” (FRAGA; SOUZA; BRAGA, 2006, p.208).

O Movimento dos trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), envolvendo não só profissionais, mas também usuários e familiares, combinava reivindicações trabalhistas com denúncias de péssimas condições dos hospitais psiquiátricos, repressão e controle social (AMARANTE, 1995). Estes movimentos populares foram uma das principais características do primeiro momento da trajetória da Reforma Psiquiátrica, assim como o dispositivo deste processo, que desenvolveu Associações de Usuários, Familiares e Amigos de serviços de saúde mental principalmente nas regiões Sul e Sudeste (AMARANTE, 2003a; AMARANTE, 1995; OLIVEIRA, 2003).

A Reforma Psiquiátrica sofreu forte influência da Reforma Sanitária, pois ambas buscavam mudanças qualitativas e não apenas de ordem administrativa. O Movimento da Luta Antimanicomial, “tendo surgido a partir dessa conjuntura de organização popular questionadora da psiquiatria, realizou quatro Encontros Nacionais (em 1993, 1995, 1997 e 1999)” (OLIVEIRA, 2003, p.61).

Como um desmembramento da 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, tivemos em 1987 a I Conferência Nacional de Saúde Mental com os temas: economia, sociedade e Estado – impactos sobre a doença mental; cidadania e doença mental; direitos, deveres e legislação do doente mental (BRASIL, 1988). Em 1992, a II Conferência Nacional teve a participação de 500 delegados (usuários – pela primeira vez como participantes ativos, sociedade civil, governo e prestadores de serviços), com os temas: crise, democracia e Reforma Psiquiátrica; modelos de atenção em saúde mental; direitos e cidadania (BRASIL, 1994). E em dezembro de 2001, a III Conferência Nacional de Saúde Mental teve como tema central: cuidar sim, excluir não – Efetivando a Reforma Psiquiátrica, com acesso, qualidade e controle social (BRASIL, 2002).

Em Mato Grosso o movimento da Reforma Psiquiátrica não aconteceu concomitantemente com outros estados, mas ao contrário, no momento em que o modelo de assistência psiquiátrica era questionado em nível nacional, vivíamos aqui a “indústria da loucura” (OLIVEIRA, 1998). Mesmo em Mato Grosso havendo reflexo de desigualdades estruturais em relação aos CAPS de diferentes regiões brasileiras, o MS ainda reconhece uma ampliação igualitária da cobertura (OLIVEIRA, 2003).

Influenciados também pela experiência italiana de Frango Basaglia, que previa uma transformação na assistência psiquiátrica, mediante a desconstrução e reconstrução de um novo modelo substitutivo e pela Lei Basaglia aprovada em 13 de maio de 1978 (AMARANTE, 1995), iniciou-se no Brasil o movimento da Reforma Psiquiátrica.

4.2.1 Os serviços de atenção psicossocial e as legislações

Neste contexto, é necessário destacarmos algumas situações importantes que ocorreram na década de 80, como a ampliação do número de pessoas envolvidas com esse movimento (a participação de usuários e familiares passa a ser uma característica marcante da Reforma Psiquiátrica), algumas reformulações legislativas e experiências bem-sucedidas em relação a um novo modelo de cuidado substitutivo ao modelo asilar, além dos encontros e conferências nacionais de saúde mental e a instituição do dia 18 de maio como o Dia Nacional da Luta Antimanicomial (TENÓRIO, 2002). Não se trata agora de adaptar os mecanismos de assistência vigentes, mas sim de inventar e inovar práticas de cuidado à saúde mental.

Com esse processo de desinstitucionalização, foram criados os primeiros dispositivos extra-hospitalares de atendimento à saúde mental, apesar da Reforma Psiquiátrica brasileira não ter se instalado de forma homogênea em todos os estados e municípios, sendo que em alguns nem sequer chegou a se instalar. Como principais, temos o Centro Comunitário de Saúde Mental (CCSM) de São Lourenço, o CAPS Luis da Rocha Cerqueira em São Paulo e os Núcleos de Atenção Psicossocial - NAPS em Santos, que influenciaram e continuam influenciando a criação de novos serviços, inspirados na experiência francesa, americana e italiana (AMARANTE; TORRE, 2001; WETZEL; KANTORSKI; SOUZA, 2008).

Em relação às singularidades, enquanto o CAPS Luis da Rocha Cerqueira se resumia ao fato de ser uma estrutura intermediária entre hospital e comunidade, oferecendo um espaço institucional que buscava atender os usuários e instrumentalizá-los para a vida civil, o propósito original do NAPS tinha como estratégia um projeto terapêutico que envolvia “o cuidar de uma pessoa, fazer-se responsável, evitar abandono, atender à crise e responsabilizar-se pela demanda [...] e

também a regionalização como ponto de partida para a mudança de perspectiva” (AMARANTE; TORRE, 2002, p. 30), além de tudo, dialogava com a comunidade, por meio de associações, sindicatos, igrejas, dentre outros, pois este, tinha responsabilidade pela demanda.

A multiplicidade do conjunto de suas contribuições e as diferenças, “fazem de tais projetos documentos fundamentais de referência para auxiliar a reflexão e a construção das novas experiências no campo da Saúde Mental” (AMARANTE; TORRE, 2002, p. 31).

Outro dado importante em relação a Reforma Psiquiátrica, é a história do Rio Grande do Sul (RS) que traz uma trajetória de resistência ao modelo psiquiátrico tradicional, conferindo “aos sujeitos um processo de organização em torno da reforma psiquiátrica que resultou, por exemplo, no fato de o RS ser o primeiro Estado brasileiro a ter a lei da Reforma Psiquiátrica aprovada em âmbito estadual” (KANTORSKI; WETZEL; MIRON, 2002, p. 18).

Situação esta também exemplificada nas experiências de comunidade terapêutica que aconteceram a partir do final dos anos 60 na Clínica Pinel, em Porto Alegre, na psiquiatria preventiva dos anos 70, também em Porto Alegre (KANTORSKI, 1998) e na experiência do CCSM de São Lourenço do Sul, conhecido também por Nossa Casa. O CCSM englobava, na década de 90 as seguintes modalidades de atendimento: Nossa Casa, funcionando nos moldes de um Centro de Atenção Psicossocial; Ambulatório de Psicologia e Psiquiatria; Oficinas Integradas; Unidade de Internação na Santa Casa de Misericórdia local; Nosso Lar, casa em um núcleo habitacional onde residiam cinco usuários sem família (WETZEL; ALMEIDA, 2001).

São Lourenço do Sul, por ser um município pequeno, teve como peculiaridade a participação dos governantes no processo de Reforma Psiquiátrica, “a convergência do poder estratégico entre equipe de trabalho, instituições, instâncias governamentais e grupos organizados da comunidade” (WETZEL; ALMEIDA, 2001, p. 86), que possibilitou uma mudança a ser construída de forma que todos participassem do processo, ou seja, a responsabilização era requerida da gestão, do familiar, dos profissionais e da comunidade.

Mesmo o movimento da Reforma tendo iniciado na final da década de 70, a lei de saúde mental, que teve como precursor o Projeto de Lei Federal Nº 3.657/89, mais abrangente e radical que o substitutivo, que foi finalmente aprovado em 06 de abril de 2001 como Lei Federal Nº 10.216, dispondo sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, redirecionando o modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 2004a).

Em um contexto de questionamento político e das práticas psiquiátricas e inspirado neste Projeto de Lei Federal, várias Leis Estaduais² foram propostas, com “o objetivo de redirecionar a política de assistência em saúde mental para um atendimento não excludente, que respeitasse os direitos de cidadania dos doentes mentais” (OLIVEIRA, 2003), além de prever a substituição progressiva da assistência nos hospitais psiquiátricos por outros serviços, incentivando os centros de atenção diária, a utilização de leitos em hospitais gerais e a notificação da internação involuntária (BRASIL, 2004a).

Em 1993, foi apresentado na Assembléia Legislativa do Estado de Mato Grosso um projeto de lei sobre a organização da assistência psiquiátrica no Estado e a proteção a pessoas portadoras de transtornos psíquicos (OLIVEIRA, 2003).

Entretanto, a proposição desse projeto não representava uma reivindicação de técnicos e/ou usuários dos serviços, nem tampouco uma ampla reivindicação popular. Também não possibilitou uma mobilização social significativa em torno do assunto, a não ser discussões pontuais em encontros técnicos profissionais. Nunca foi submetido à Plenária da Assembléia Legislativa (OLIVEIRA, 2003, p. 62).

Somente em 2001, a partir da Lei Federal 10.216/01, em que se propunha redirecionar o modelo de assistência em saúde mental, o Ministério da Saúde resolve, através da Portaria GM nº 336, de 2002 estabelecer os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS I, CAPS II e CAPS III, CAPSad e CAPSi) (BRASIL, 2004a).

² Entre 1992 e 2002: Lei Nº 9.716 de 07/08/1992 no Rio Grande do Sul; Lei Nº 5.267 de 07/08/1992 no Espírito Santo; Lei Nº 12.151 de 29/07/1993 no Ceará; Lei Nº 11.064 de 16/05/1994 em Pernambuco; Lei Nº 6.758 de 04/01/1995 no Rio Grande do Norte; Lei Nº 11.802 de 18/01/1995 em Minas Gerais; Lei Nº 11.189 de 09/11/1995 no Paraná; e, Lei Nº 975 de 12/12/1995 no Distrito Federal.

Os CAPS devem ser lugares onde as crises possam ser acolhidas. O de tipo I atende municípios com população entre vinte mil e setenta mil habitantes, funcionando das 8h às 18h, de segunda a sexta-feira; o CAPS II atua em municípios com número de habitantes entre setenta e duzentos mil, funciona também das 8h às 18h, mas pode ter um terceiro período funcionando até as 21 horas; o CAPS III em municípios com população acima de duzentos mil, funcionando 24h, diariamente, também nos feriados e fins de semana; o CAPSi atende crianças e adolescentes em municípios com mais de duzentos mil habitantes, funcionam das 8h às 18h, de segunda a sexta-feira e pode ter um terceiro período até as 21h e o CAPSad que atende dependência química (álcool e drogas) em municípios com população superior a cem mil habitantes, também funciona das 8h às 18h de segunda a sexta-feira, podendo o atendimento estender-se até as 21h (AMARANTE, 2007; BRASIL, 2004a).

Como principal dispositivo de atenção psicossocial,

[...] o CAPS é um lugar de referência e tratamento, aberto e comunitário do SUS, para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário e promotor de vida (BRASIL, 2004b, p. 13).

Nos CAPS os usuários têm o direito de receber consultas médicas, atendimentos terapêuticos individuais e/ou grupais e participar de atividades promovidas pelos trabalhadores do local (BRASIL, 2004b), articuladas em torno de um projeto terapêutico individual.

O projeto terapêutico individual possui ações para o aumento da autonomia e participação do usuário e da família/comunidade no tratamento, onde a integração da equipe e articulação das ações são possíveis de se concretizar (BRASIL, 2004c).

O CAPS, portanto, tem como objetivo a reinserção social dos usuários, por meio de acesso ao trabalho, lazer, exercício de cidadania, convívio em família e comunidade, apresentando ações extensivas aos familiares, sendo substitutivo aos hospitais psiquiátricos (ONOCKO-CAMPOS; FURTADO, 2006).

O movimento da Reforma Psiquiátrica “busca a transformação do modelo hospitalocêntrico de atenção, substituindo-o por uma rede de atenção integral à saúde mental” (WETZEL; KANTORSKI; SOUZA, 2008, p.40), sendo assim, o CAPS apresenta-se como um articulador no tecimento de redes, entendendo rede como todos os dispositivos que há em um determinado território, e que possam ser utilizados como vínculo e co-responsabilização, como as articulações sócio-sanitárias, jurídicas, cooperativas de trabalho, escolas, empresas, dentre outros e; ao mesmo tempo trabalhando em conjunto com os Programas de Saúde da Família, ambulatórios, hospitais gerais e Serviços Residenciais Terapêuticos (AMARANTE, 2007). O CAPS também é o regulador da porta de entrada da rede, coordenando, junto com o gestor, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem no seu território e mantendo atualizada a listagem dos pacientes de sua região que utilizam medicamentos para a saúde mental (BRASIL, 2004b).

No entanto, para Onocko-Campos e Furtado (2006), essa função de organizador dada aos CAPS ainda é um horizonte a ser alcançado nacionalmente e, além disso, é importante reconhecermos as dificuldades inerentes a esse processo de mudanças de práticas.

A política de atenção à saúde mental requer a produção de novas tecnologias para tratar o sofrimento psíquico, assumindo a importância da interdisciplinaridade. O objeto do trabalho é a pessoa, o que não significa negar a doença e sim o olhar que deixa de ser exclusivamente técnico e clínico, para que não corramos o risco de trabalhar com causa e cura (clínica tradicional), pensando na produtividade do serviço com poucos questionamentos a respeito da eficácia (clínica degradada) (ONOCKO-CAMPOS, 2001).

Entretanto, como colocado por Costa-Rosa (2000), não basta que esse novo modelo seja novo ou alternativo, mas sim substitutivo ao modelo asilar, para isso, é fundamental a realização de algumas rupturas: da ordem epistemológica da psiquiatria, o conceito de doença mental como desrazão, periculosidade, o princípio pineliano de isolamento terapêutico e os princípios de tratamento moral como base normalizadora (AMARANTE; TORRE, 2001).

O modelo psicossocial, tendo o CAPS como principal estratégia, possui concepções contrárias ao modelo psiquiátrico em relação ao objeto, instrumentos, finalidades e formas de organização e relacionamento.

Enquanto no *modo asilar* a ênfase ainda é dada à doença/medicação, a organização institucional é representada por organogramas típicos (piramidais ou verticais), o relacionamento é um espaço entre loucos/doentes e são (ignorância e sabedoria), reproduzindo no espaço intercessor a mudez do usuário; no *modo psicossocial* através de um conjunto amplo de dispositivos objetiva-se a reintegração sócio-cultural executados por uma equipe interprofissional, em que a ênfase é dada ao sujeito/usuário/família em sua integralidade, considerando sua participação no tratamento, o organograma apresenta-se como horizontal, tanto nas relações de poder, como no seio dos trabalhadores e entre esses e os usuários, as formas de relacionamento funcionam como ponto de fala e de escuta da população, realizando práticas de intersubjetividade horizontal (COSTA-ROSA, 2000).

A partir dessas diferenças, percebemos que a proposta de atenção psicossocial não admite as antigas formas de “cuidado” (contenção química, mecânica, dentre outras), mas que o processo de trabalho do enfermeiro acontece de forma integrada com a equipe, tendo no Projeto Terapêutico Individual um meio de se articular às ações e também possibilitar o estímulo para construção de autonomia, fazendo com que o usuário se coloque como sujeito do seu tratamento, além de possibilitar a participação da família que é também responsável pelo processo de cuidar (BRASIL, 2004c).

Porém, mesmo com todo esse processo de Reforma Psiquiátrica, nesse modo diferente de organização dos elementos do processo de trabalho, essas práticas que deveriam ser substitutivas, ainda caminham lado a lado com o modelo psiquiátrico/biomédico, o que apresenta um trabalho de enfermagem ora voltado ao modelo de atenção psicossocial, ora ao modelo psiquiátrico, dificultando referi-lo como trabalho singular (KIRSCHBAUM, 2000). Atualmente, este trabalho caracteriza-se pela transição entre uma prática de cuidado hospitalar (que visava a contenção) e a incorporação de princípios novos e desconhecidos (que busca adequar-se a uma prática interdisciplinar), sendo necessário refletirmos sobre os objetos, instrumentos e finalidades (OLIVEIRA; ALESSI, 2003).

Numa constante luta de contrários, onde de um lado pretende-se trabalhar em equipe visando à integralidade do sujeito/família/ comunidade e de outro ainda se valoriza o modelo biomédico/psiquiátrico tanto na formação, quanto no exercício do cuidado, nos perguntarmos: Como o enfermeiro tem trabalhado neste contexto da Reforma Psiquiátrica? Quais elementos têm utilizado no seu processo de trabalho? Quais condições têm sido ofertadas para realizar e qualificar o trabalho da enfermagem? Por que os enfermeiros têm optado pelo trabalho em saúde mental? Quais as especificidades regionais que incidem nesse trabalho?

4.3 O Processo de Trabalho

Tendo como proposta de estudo analisar o trabalho do enfermeiro em saúde mental no CAPS, é necessária a produção do conhecimento acerca do que vem a ser processo de trabalho, para que se possa entender o trabalho do enfermeiro e especificamente o trabalho do enfermeiro em saúde mental.

Entendo o processo de trabalho como uma maneira do homem produzir e reproduzir sua existência e, que ao fazê-lo, estabelece relações sociais e constrói sua subjetividade (ALMEIDA; ROCHA, 1997). Na concepção histórica do modo de produção capitalista, o trabalho é modificado ao longo dos anos pelo homem, mas ele também modifica o homem, ditando-lhe condições de existência (idem).

A dialética marxista não pode ser reduzida a um método científico, trata-se antes de uma inquietação sobre os fatos da vida e da sociedade, com uma determinada visão de mundo (OLIVEIRA, 2003; MINAYO, 2006). Por conseguinte, dois princípios da perspectiva marxista que explicam o processo de desenvolvimento social, podem ser sintetizados nas expressões materialismo histórico e materialismo dialético.

O *materialismo histórico* representa o caminho teórico de uma realidade presente na dinamicidade da sociedade, estudando a força das idéias/leis capazes de promover mudanças e a *dialética* como uma forma de compreender essa dinamicidade social, representada por uma prática empírica, histórica e provisória, ou seja, formas de buscar explicações para os fenômenos da natureza, da sociedade e do pensamento (MINAYO, 2006; TRIVIÑOS, 2006). “Sendo assim, o materialismo

histórico é tomado como caminho teórico e a dialética, como estratégia metodológica” (MINAYO, 2006, p. 107).

A dialética de Marx é uma relação do homem com o mundo nesse constante movimento da luta de seus contrários, não dependendo apenas do conhecimento técnico, mas também de uma visão social da realidade. O homem constrói sua realidade e se faz no decorrer do tempo através de suas ações, uma construção iniciada a partir de sua relação com a natureza, que não se dá de forma mecânica e sim intencional, antevendo sua ação, ou seja, o trabalho é fonte da vida material e essa, por sua vez, cria novas necessidades (MENDES-GONÇALVES, 1992).

Em relação ao processo de trabalho temos seus elementos, colocados por Mendes-Gonçalves (1992): o *objeto*, que é em quem ou no que o trabalho será aplicado, através da utilização de *meios ou instrumentos*, que correspondem a formas materiais e não materiais, com uma determinada *finalidade* prevista para o objeto, uma intencionalidade e uma capacidade criativa (MALTA; MERHY, 2003; MENDES-GONÇALVES, 1992).

Desse modo, o processo de trabalho é um meio que implica o reconhecimento de si mesmo como sujeito do processo, já que é um lugar onde os trabalhadores se expressam, buscando “concretizar seus desejos, vontades e possibilidades, mediante o sentido e significado do trabalho construído em sua vida” (LUNARDI-FILHO; LUNARDI; SPRICIGO, 2001, p. 92), não havendo sujeito fora de sua história e de sua cultura, o trabalho numa concepção marxista, deve ser compreendido na sua historicidade, a partir de um modo de produção capitalista hegemônico na sociedade (LUNARDI-FILHO; LUNARDI; SPRICIGO, 2001).

Vale ressaltar alguns conceitos importantes para a compreensão do objeto deste estudo: “trabalho vivo” - refere-se ao trabalho em ato, o trabalho criador; o “trabalho morto” – refere-se a todos os produtos/meios (ferramentas, matérias primas) que são resultados de um trabalho humano anterior, sendo utilizados para realizar um dado trabalho; as tecnologias “duras” – referem-se aos equipamentos tecnológicos, estruturas organizacionais, normas e outros, “leve-duras” – saberes estruturados, concepções científicas, que podem se adequar a algum tipo de trabalho e “leves” – acolhimento, relação, vínculo, autonomização (MALTA; MERHY, 2003; MERHY, 1997).

Se o enfermeiro se ater mais à utilização das tecnologias duras e leve-duras, valorizando mais o instituído, não investirá muito no desenvolvimento das tecnologias leves onde são valorizados os aspectos instituintes e onde pode ser mais autônomo. Isso entre outros aspectos determinará a qualidade de seu trabalho.

Na utilização dos elementos do processo de trabalho, podemos encontrar a *captura do trabalho vivo*, que acontece num momento em que o trabalhador tem seu processo de trabalho controlado por *forças instituídas*, ou seja, as tecnologias mais estruturadas (dura e leve-dura), como por exemplo, quando o profissional se prende a uma norma, algum tipo de manual, dentre outras (MALTA e MERHY, 2003), conseguindo exercer pouca autonomia - seu *autogoverno* (MERHY, 1997).

No *espaço intercessor*, encontro entre usuário e profissional, o primeiro tem a possibilidade de exercer seu poder instituinte através das interações com o profissional, porém para que essa força instituinte aconteça, o trabalhador precisa abster-se de um cuidado centrado no trabalho morto e/ou força instituída e numa força hegemônica representada pelo seu lugar de profissional na sociedade capitalista, valorizando assim o cuidado e a subjetividade de cada usuário/família/comunidade.

Desta forma, faz-se necessária a constante busca de *autonomias* do usuário e do trabalhador, seja através de uma manifestação verbal, ou através de *ruídos* – “situações silenciosas com o intuito de romper com a lógica funcional” (MALTA; MERHY, 2003, p. 64).

Aspirar novas possibilidades se torna possível, na medida em que haja a escuta desses “ruídos” no cotidiano, sendo assim, nesse cenário de disputas, cabe ao gestor escutar o usuário no sentido de observar o contexto, num processo de busca de entendimento, possibilitando inovações no trabalho e no modo de atendimento (MALTA; MERHY, 2003).

É através desses elementos utilizados muitas vezes de forma inconsciente, que o trabalho se materializa como um meio de reconhecimento de sujeitos do processo de trabalho, onde trabalho e sujeito são modificados a todo o momento, através de dimensões inter-dependentes, numa relação histórico-dialética, “com os determinantes gerais do modo de produção capitalista, que, por sua vez, condiciona a

existência de uma sociedade de classes, de alto nível competitivo e excludente” (OLIVEIRA, 2006, p. 670).

É importante ressaltarmos que na execução do trabalho, se as tarefas são divididas, teremos além da fragmentação do trabalho a fragmentação também do indivíduo que necessita de cuidado, e, portanto, a proposta da integralidade das ações de saúde requerida ficará comprometida (PEDUZZI, 2001).

Como nos demais trabalhos, no trabalho do enfermeiro também há momentos de autonomia, alienação, divisão técnica e social do trabalho, produção das subjetividades e efetivação da micropolítica deste.

A alienação é um resultado dessa organização parcelar do trabalho, com atividades desarticuladas na maioria das vezes, em que a repetição mecânica das práticas produz uma desresponsabilização pelo produto final no cuidado ao ser humano, em que o homem não se reconhece no seu próprio trabalho e muito menos como agente de mudança e, como força contrária ele julga-se um indivíduo livre capaz de mudar sua vida, apesar das instituições sociais e condições históricas (CHAUI, 1995). “No primeiro caso, não percebem que instituem a sociedade; no segundo caso ignoram que a sociedade instituída determina seus pensamentos e ações” (idem, p. 174).

Essa alienação social forma um senso comum para explicar a realidade tal qual ela é, como por exemplo, a explicação de que pobre só é pobre porque ele quer ou por vontade divina, nos remetendo a uma ilusão ou falsa consciência, desta forma. Essa elaboração intelectual incorporada pelo senso comum social é a ideologia. Por meio dela, “o ponto de vista, as opiniões e as idéias de uma das classes sociais – a dominante e dirigente – tornam-se o ponto de vista e a opinião de todas as classes e de toda a sociedade” (CHAUI, 1995, p. 174). As ideologias, compreendidas numa totalidade, são visões de mundo que existem para manter a ordem (CHAUI, 1995).

A partir dessa construção, percebemos que no campo da enfermagem essa alienação esta sujeita a agravar-se, pois ao invés do trabalho ser um espaço de interação entre a equipe (enfermeiro, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem e atendente de enfermagem) e, apesar das políticas de saúde preconizarem um trabalho interdisciplinar, contraditoriamente, a Lei do Exercício profissional (LEP 7.498/86) fragmenta as ações definindo atividades privativas do

enfermeiro e as dos demais membros da equipe de enfermagem (BRASIL, 1986), lei esta, produzida a partir de uma construção histórica da enfermagem enquanto profissão.

O processo de desalienação só é possível a partir do momento que o trabalhador se reconheça no seu trabalho e participe na organização do mesmo, tanto na concepção quanto na execução, mesmo entendendo que não podemos conhecer toda a totalidade do fenômeno (LUNARDI FILHO; LUNARDI; SPRICIGO, 2001).

Se a política do Ministério da Saúde (MS), pressupõe territorialidade, responsabilidade e vínculo terapêutico, a condição anterior para que isso ocorra é a oferta de boas condições de trabalho para a equipe.

A precarização do trabalho – contratos temporários, terceirizações, baixos salários, dentre outros – pode diminuir a possibilidade do trabalhador se responsabilizar pela instituição, pelo cuidado ao usuário em sofrimento psíquico, por atitudes de mudança e ainda pode, também, influenciar no trabalho em equipe. Em todas as instâncias responsáveis pela gestão do trabalho no SUS, juntamente com as organizações dos trabalhadores, “observamos um consenso a respeito da necessidade de mudanças no panorama atual de precarização do trabalho” (OLIVEIRA et al., 2008, p.24).

4.3.1 O trabalho em equipe

Um modo de trabalho alienante construído ao longo da história promove uma divisão também social, ou seja, enquanto as diferenças técnicas dizem respeito às especializações dos saberes e das intervenções, “as desigualdades referem-se à existência de valores e normas sociais, hierarquizando e disciplinando as diferenças técnicas entre as profissões” (PEDUZZI, 2001, p. 6).

Especificamente nos CAPS, encontramos claramente a presença hegemônica da medicina, visto que é somente por meio de um diagnóstico médico/ Código Internacional de Doenças (CID), pode ser encaminhada uma solicitação de Autorização de Procedimento de Alta Complexidade/Custo (APAC) e, assim, o modelo que prevê a interdisciplinaridade, contraditoriamente, afirma a hegemonia de uma categoria profissional (OLIVEIRA et al., 2008), dando superioridade a profissão

em relação a outras, estabelecendo desta forma, uma situação hierárquica de subordinação entre os profissionais. Portanto, as diferenças expressam-se em desigualdades sociais entre os agentes de trabalho, refletindo também na equipe interdisciplinar que expressa tanto as diferenças quanto as desigualdades entre as áreas (PEDUZZI, 2001).

Na psiquiatria, tradicionalmente a enfermagem se subordinava ao trabalho médico e os técnicos/auxiliares de enfermagem se subordinavam ao trabalho do enfermeiro. Atualmente, na concepção de “clínica ampliada (clínica do sujeito)” a saúde mental tem o desafio de criar novas práticas, através de uma *equipe integração* - participação de todos na terapêutica, que considere o sujeito como um ser de direito inserido num determinado contexto social a ser considerado (ONOCKO-CAMPOS, 2001; PEDUZZI, 2001).

Assim, o processo de trabalho no modelo psicossocial de atenção é um exercício cotidiano de participação política, em que a cidadania se coloca como instrumento e finalidade do processo de trabalho em saúde mental, visando à integração social do usuário/família/comunidade, possibilitando além da participação de todos na terapêutica, a escuta do usuário/família, não somente dos seus sintomas, mas do seu discurso histórico e pessoal (OLIVEIRA; MARCON, 2006).

Para isso, o enfermeiro precisa reconhecer-se como trabalhador componente de uma equipe e como sujeito desse processo, exercendo seu *autogoverno* (MALTA; MERHY, 2003) num trabalho em conjunto com outros profissionais, voltado ao cuidado do paciente em sofrimento mental, já que a enfermagem se torna uma prática social através do trabalho.

Se o trabalho de enfermagem no modelo psiquiátrico é complementar ao trabalho médico, voltando-se quase que exclusivamente ao cuidado físico/medicamentoso, no modelo de atenção psicossocial os trabalhadores se direcionam a uma finalidade não somente de aliviar o sofrimento do doente mental, mas também de reintegrar o usuário socialmente, resgatar sua dignidade e direitos humanos de cidadania.

Para tanto, essa mudança acontece de dentro da instituição para fora, ou seja, é através da mobilização dos sujeitos e reflexão destes sobre o processo de trabalho, que se pode viabilizar condições favoráveis para a efetivação da atenção

psicossocial. Consequentemente, é possível proporcionar o reconhecimento desses sujeitos como participantes do processo, e integrantes de uma equipe interdisciplinar com instrumentos substitutivos aos utilizados no modelo asilar.

[...] é necessário que os enfermeiros (e os demais trabalhadores) se desloquem da posição de vigia e repressor para outras: promotor e facilitador de cuidados pessoais, mediador de conflitos familiares, agenciador de oportunidades de vida, facilitador de aprendizado humano, educador de saúde, mobilizador de cidadania e muitas outras, todas referenciadas a uma determinada e específica necessidade daquele momento, daquela pessoa, daquela família, naquele território (OLIVEIRA; MARCON, 2006, p. 46)

Não resolve falarmos em mudança, em modelos substitutivos, práticas alternativas de saúde mental, novas contratações, promulgação de Leis, se a atuação política e técnica, as práticas e os referenciais teórico-técnicos que fundamentam as ações, continuarem provenientes do modelo psiquiátrico/biomédico.

A gestão, quando normatiza tipos de CAPS e equipe, não garantindo que os trabalhadores sejam efetivos, utiliza-se apenas de aspectos formais, bastando muitas vezes que haja produtividade nos serviços, em que a qualidade do trabalho e do tratamento ofertado não são considerados na maioria das vezes, situação esta que também pode justificar um trabalho sem qualidade. O ponto de partida é começar a pensar “o campo da saúde mental e atenção psicossocial não como um modelo ou sistema fechado, mas sim como um processo; um processo que é social; e um processo social que é complexo” (AMARANTE, 2007, p. 63).

Na perspectiva da totalidade, embora reconhecendo a impossibilidade de conhecer completamente um fenômeno, busca-se apreendê-lo nas suas relações que vão além da sua aparência, assim, para conhecer o trabalho dos enfermeiros nos CAPS, é necessário que busquemos além das normatizações que regem esses dispositivos e do seu fazer cotidiano, a historicidade dos locais de estudo, dos sujeitos envolvidos e do cuidado à pessoa em sofrimento mental, as características regionais, a formação e prática de enfermagem nesse contexto, suas interações com o processo interno de trabalho da equipe, além das características pessoais de cada profissional.

Se conseguirmos compreender a enfermagem como prática social, maior é a possibilidade de apreender sua historicidade e as contradições nela contidas (divisão técnica e social do trabalho, as determinações econômicas, políticas e sociais), assim como sermos sujeitos capazes de transformar a nossa prática, de acordo com as possibilidades e limites de nossa realidade concreta, realizando uma mobilização político-cultural de usuários, familiares, comunidade e profissionais.

4.4 O Contexto Mato-grossense

Desde 1530 já se tem registros referentes a Mato Grosso (MT), porém como governo organizado, apenas a partir de 1974, com o estabelecimento do distrito de Cuiabá, representando uma conquista portuguesa de terras espanholas (SIQUEIRA, et al., 1990).

O Estado de Mato Grosso já se inicia por meio de exploração, em que no início do século XVII, os bandeirantes paulistas a procura de índios para escravidão, descobriram minas de ouro na região que hoje pertence ao município de Cuiabá, despertando interesses por parte do trono lusitano, cujo objetivo era ocupar as terras a oeste para se defender da ocupação espanhola, a que pertencia esta localidade, de acordo com o Tratado de Tordesilhas (FERREIRA, 2001). A constante expansão lusitana em terras espanholas, fez com que os dois países assinassem um novo tratado - o Tratado de Madrid (1750), incorporando Mato Grosso e outros territórios aos domínios de Portugal. Porém, o interesse econômico por essas terras não favorecia a fixação do homem no local, já que as riquezas exploradas eram levadas à Capitania de São Paulo, a qual Mato Grosso pertencia (idem).

A Capitania de Mato Grosso, desmembrada de São Paulo, em 1748, tinha como capital Vila Bela da Santíssima Trindade, que fazia fronteira com as terras espanholas, garantindo a segurança para os portugueses. Porém, com o constante desenvolvimento agrícola e comercial de Cuiabá, bem como pelas pressões da elite cuiabana, em 1821, Cuiabá é declarada capital e em 07 de setembro de 1822 ocorre a Independência do Brasil (SIQUEIRA et al., 1990; FERREIRA, 2001). Em meio a essa disputa “ocorreu a decisão de fundação da Santa Casa, como primeira medida de

institucionalização de práticas de assistência à saúde em Mato Grosso” (OLIVEIRA, 2003, p. 77).

Com a Guerra do Paraguai (1864 -1870) e consequente abertura do Rio Paraguai, o Brasil teve um novo projeto de Nação desenvolvida, civilizada e baseada nas potências européias, como almejado pela classe dominante brasileira. “Neste novo desenho de Nação, o trabalho estava devidamente reabilitado e redimido sob a ótica capitalista, ao contrário do regime de escravidão vigente no País” (OLIVEIRA, 2003, p. 78), que só acabara em 1888 com a Lei Áurea.

Em relação ao cuidado com o louco, data-se que a sociedade mato-grossense deixava os loucos perambularem pelas ruas, quando estes eram inofensivos, ou os prendiam, quando eram julgados como uma ameaça à sociedade (OLIVEIRA, 1998). Somente em 1905 foi criada a Enfermaria de Alienados na Santa Casa de Misericórdia de Cuiabá, enquanto que desde 1852 já havia no Rio de Janeiro o Hospício D. Pedro II e em São Paulo o Asilo Provisório de alienados (OLIVEIRA, 2003).

A saúde necessitava de incorporações de medidas de higiene, e para os loucos, um local adequado para seu recolhimento e que também impedisse a sua fuga. Decorridos quase cem anos de denúncias de maus tratos, inclusive na Chácara dos Loucos (lugar onde enfermeiros e médicos atendiam os loucos esporadicamente), em 1957 é inaugurado o Hospital Adauto Botelho, no mesmo local desta chácara, porém com uma nova construção realizada pelo governo do Estado de Mato Grosso e o Serviço Nacional de Doenças Mentais, que após a crise da Previdência na década de 70, passa a ser o único hospital psiquiátrico de Mato Grosso, com uma incapacidade para receber todos os pacientes deste estado (OLIVEIRA, 2003).

Até a década de 60, a região norte, hoje o Estado de Mato Grosso, era pouco povoada, mas com a ampliação e melhoria das rodovias federais na década de 70, expansão das telecomunicações, intenso fluxo migratório da região Nordeste (em período de estagnação econômica), Sul e Sudeste (que sofria com a modernização agrícola), pela influência da construção de Brasília, além do incentivo financeiro para a ocupação de terras mato-grossenses dada aos grandes latifundiários, por meio de crédito facilitado e incentivos fiscais houve um desenvolvimento populacional e financeiro jamais visto em Mato Grosso (PIAIA, 1999; FERREIRA, 2001).

Porém, com a crise econômica que atingiu todo o Brasil na década de 80 – “década perdida” -, o crescimento estadual diminuiu de forma considerável (FERREIRA, 2001). Enquanto ocorria uma crise financeira, na saúde mental vivíamos o momento da Reforma Psiquiátrica juntamente com a Reforma Sanitária.

No Estado de Mato Grosso, em meados da década de 70, havia apenas um hospital psiquiátrico público (Adauto Botelho) com cerca de 500 pacientes internados e com capacidade instalada de aproximadamente 250 leitos, onde se percebia assistência precária e número reduzido de profissionais, além de que a maioria possuía pouca formação, pois muitos trabalhadores “ingressavam na carreira” por meio de atividade de limpeza e higiene do hospital (OLIVEIRA, 2003).

Portanto, a assistência psiquiátrica em Mato Grosso, nas décadas de 70 e 80, apresentava como característica peculiar o fato de ser exclusivamente pública, diferente das outras regiões que organizavam uma política de compra de leitos privados, já que em Mato Grosso, apenas em 1989 foi inaugurado em Cuiabá o primeiro hospital psiquiátrico privado de grande porte em Cuiabá, o Instituto de Neuropsiquiatria, com capacidade inicial para 150 leitos, sendo que um ano depois apresentava 500 leitos, dos quais 483 eram contratados pelo SUS (OLIVEIRA, 2003).

Em 1978 ocorreu a divisão do estado de Mato Grosso, em que a região norte permaneceu com esse nome, mantendo a capital Cuiabá e a região sul do Estado passou a denominar-se Mato Grosso do Sul, com a capital Campo Grande. Após este desmembramento, Mato Grosso teve um aumentando o desenvolvimento econômico e populacional mais evidente que em outros estados brasileiros.

Hoje a economia se baseia na agricultura, para a qual são voltados 25 milhões dos 90 milhões de hectares que formam o Estado, o que coloca Mato Grosso como primeiro produtor nacional de soja e de algodão, segundo de arroz e o terceiro de bovinos (FERREIRA, 2001).

Localizado na Região Centro Oeste, Mato Grosso que antes abrangia os estados de Rondônia e Mato Grosso do Sul, com uma área aproximada de 1.477.041 km², hoje possui uma área de 901.420 km², com 142 municípios, dos quais a maioria surgiu por meio da nova colonização de migrantes iniciada em 1973, o que demonstra um processo de urbanização recente (FERREIRA, 2001). De acordo com

o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2007), MT possuiu 2.854.642 habitantes e uma densidade de 3,2 hab./km². Além de apresentar a menor densidade demográfica da região centro-oeste, há uma distribuição desigual, em que se tem “desertos demográficos ao norte, onde a densidade gira em torno de 1,8 hab./ km², e áreas urbanas de grande concentração como Cuiabá (120 hab./ km²) e Várzea grande (190 hab./ km²)” (OLIVEIRA et al., 2008, p. 33).

Localizado um pouco isolado dos demais estados, MT é representado por porções do Planalto Central, terras baixas do Pantanal Mato-Grossense e áreas da Amazônia, aliada a uma significativa rede hidrográfica e grande variedade de recursos naturais, o que faz com que este Estado, eminentemente agrícola, venha apresentando forte crescimento econômico (FERREIRA, 2001).

A distância de muitos centros acadêmicos, dificulta a formação e preparação dos trabalhadores deste estado que também apresenta uma história de exploração econômica e pouca luta sindical, o que pode influenciar o trabalho realizado nos CAPS.

4.4.1 Os municípios estudados: Cuiabá e São José dos Quatro Marcos

O município de Cuiabá foi o primeiro município criado em Mato Grosso, derivando-se dele todos os municípios tanto deste estado, como de Mato Grosso do Sul e Rondônia. Com uma população de tribos indígenas e muitas riquezas naturais, como os rios (Coxipó, Cuiabá) e minérios (ouro), foi um atrativo para a vinda de paulistas com o objetivo de extrair ouro e apreender índios, o que aumentou a população garimpeira e os negros escravos neste local (FERREIRA, 2001).

Cuiabá, cidade tipicamente garimpeira, em 1823, passa a ser capital da Província de Mato Grosso e com a abertura do Rio Paraguai ao comércio internacional, começa sua conquista pela hegemonia econômica (FERREIRA, 2001).

Em relação à organização, este município, assim como os demais do estado, obedecia cegamente ao regime dos coronéis, o que deixava explícito o domínio da Província por via política (FERREIRA, 2001), ou seja, quem detinha o capital, detinha o poder.

Por se situar numa localidade desfavorável, Cuiabá não sofreu as conseqüências da Revolução Industrial iniciada no século XIX e, por conseguinte, experimentou poucas transformações econômicas e sociais. O desenvolvimento, como característica intrínseca e peculiar de cada lugar e época, só começou a ser notado a partir de 1920, com os melhoramentos do transporte rodoviário, ganhando força por meio da política federal de ocupação do Centro-Oeste brasileiro e da política de migração adotada pelo governo do Estado (FERREIRA, 2001).

Cuiabá se encontra no início da carreira industrial, mas se reafirma como centro comercial e de serviços, a fim de atender a crescente demanda de todo o Estado de Mato Grosso (FERREIRA, 2001).

Localizado na Mesorregião Centro-sul mato-grossense, com relevo do Planalto dos Guimarães, Depressão Paraguaia e calha do Rio Cuiabá, o clima é tropical quente e sub-úmido, altitude de 165m, extensão territorial de 3.224,68 km², limita-se com Chapada dos Guimarães, Rosário Oeste, Campo Verde, Santo Antônio de Leverger, Várzea Grande e Acorizal (FERREIRA, 2001). Possui população referente a 526.830 habitantes (IBGE).

Enquanto Cuiabá foi colonizado por meio da extrativismo mineral, tendo um histórico de escravidão e luta de classes, São José dos Quatro Marcos, é um município recente, resultado de um movimento colonizador na região, que apesar de receber migrantes paulistas, assim como Cuiabá, a exploração neste local se deu através da agricultura, até mesmo pelo contexto histórico de criação deste município.

São José dos Quatro Marcos teve início em 1946 e os primeiros sinais de tomada de posse de terra ocorreram em 1962, quando Zeferino José de Matos, o pioneiro deste município, juntamente com Luiz Barbosa e Miguel Barbosa, doaram em 1966, 11,02 alqueires de terra para a estabilização do povoamento no local, que se iniciara com grande força pela migração de paulistas (São José do Rio Preto e Santa Fé do Sul), mineiros e paranaenses (FERREIRA, 2001).

O cultivo de café, arroz, feijão e milho favoreceu o crescimento deste município que se tornou distrito de Mirassol d'Oeste em 04 de outubro de 1977, sendo dois anos depois elevado à categoria de município, por meio da Lei Estadual nº 4.154, de 14 de dezembro de 1979, fazendo divisa com Araputanga, Rio Branco,

Mirassol d'Oeste, Indiavaí, Figueirópolis d'Oeste, Lambari d'Oeste e Glória d'Oeste (FERREIRA, 2001).

Localizado a 302, 60 km da capital – Cuiabá, na microrregião Jauru, com uma população de 19.001 habitantes e uma área de 1.281 km² (IBGE, 2007), possui economia baseada na pecuária (leiteira, cria, recria e corte), agricultura (arroz, milho, feijão), indústria frigorífica, hortifrutigranjeiros e comércio (FERREIRA, 2001).

De posse desta construção, é importante apresentarmos os dados gerais de saúde do estado de Mato de Grosso e dos municípios de Cuiabá e São José dos Quatro Marcos, antes de adentrarmos o campo da saúde mental.

4.4.2 Dados de saúde e saúde mental de Mato Grosso e dos municípios de Cuiabá e São José dos Quatro Marcos

Em relação à quantidade de procedimentos realizados no Estado, de acordo com o DATASUS, em 2007, os procedimentos de Atenção Básica equivaleram a 56,3%, dos quais a enfermagem realizou 34,1% e a medicina 10,4%; os procedimentos especializados totalizaram 29,5%, e os assistenciais de alta complexidade 14,2%, somaram um total de 31.453.413 procedimentos, não havendo dentre esses nenhum registro relacionado à saúde mental.

Nas internações por especialidade, o Estado tinha um total de 182.265, em que a psiquiatria se apresentava com o menor percentual: 1,1%, mas com a maior média de permanência: 28,1 dias. Na distribuição por grupo de causas, as doenças do aparelho respiratório apareceram com mais evidência: 15,4%, apenas atrás de gravidez, parto e puerpério: 23,2%. Entre as causas de mortalidade, a que mais se destacaram foram as doenças do aparelho circulatório: 27,7%; e em relação aos indicadores de atenção básica, a porcentagem da população coberta pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) era 13%, dos Programas de Saúde da Família (PSF) era 60,2% e outros 0,4%, ou seja, uma cobertura de 73,6% (DATASUS, 2005, 2006).

O município de Cuiabá apresentava 24,1% ou 2.379.434 procedimentos de Atenção Básica, dos quais 11,3% correspondia ao trabalho da enfermagem e 8,2% ao trabalho da medicina. Os procedimentos especializados somavam 3.311.423 ou

33,6%, e a assistência de alta complexidade 4.177.575 ou 42%, somando um total de 9.868.432 procedimentos, porém, assim como os dados do Estado, por se tratar de uma padronização do DATASUS (2005, 2006), este também não apresentava nenhum registro de saúde mental.

O número de internações por especialidades atingia um total de 47.488 e uma média de permanência de 5,4 dias, deste total percebemos que a clínica cirúrgica alcançava o maior número de internações (16.543), sendo que as internações psiquiátricas (1.119 internações com uma média de 23,6 dias) e as do Hospital Dia (221 internações com uma média de 28,9 dias) possuíam uma das maiores médias de permanência, perdendo apenas para cuidados prolongados (crônicos) – 32,7 dias com apenas 13 internações. Na distribuição por grupo de causas, as internações relacionadas à gravidez, parto e puerpério aparecem em primeiro lugar com 25,8%, com uma média alta na faixa entre 15 e 19 anos (70,6%). As causas de mortalidade mais comuns são as doenças do aparelho circulatório, equivalendo a 27,9% (DATASUS, 2005, 2006).

Os indicadores de atenção básica de Cuiabá demonstraram uma cobertura de 46,9% da população pelos Programas: PACS (18,8% ou 101.838 habitantes) e PSF (28,2% ou 152.836 habitantes). Os dados de despesa total com saúde por habitante equivale a 307,21 reais e uma despesa total com saúde de 166.771.870,09 reais, recebendo um repasse do SUS de 90.328.129,50 reais (DATASUS, 2005, 2006).

São José dos Quatro Marcos, por se tratar de um município bem menor, apresentava conseqüentemente números também menores, sendo assim, os procedimentos que diziam respeito à atenção básica somavam um total de 77.112 ou 55,6%, em que 34% eram ações do trabalho de enfermagem e 8,3% do trabalho médico. Os procedimentos especializados faziam parte dos 36,8% ou 51.025 e os procedimentos assistenciais de alta complexidade 7,6 % ou 10.605, resultando em 138.742 procedimentos aprovados, enfatizando que não havia também nenhum procedimento que correspondia à saúde mental (DATASUS, 2005, 2006).

Em se tratando de número de internações o DATASUS (2005, 2006) aponta um total de 1.019, destacando as internações da clínica médica (629 ou 61%) com a segunda média de permanência: 3 dias, estando atrás apenas da pediatria, com uma média de 3,7 dias. Entre as causas mais comuns de internações, estão as doenças do

aparelho respiratório com 20,1% com o maior índice entre as idades de 01 a 04 anos e em seguida as doenças infecciosas e parasitárias com 18,2%, com o maior índice também nesta mesma faixa etária. Assim como em Cuiabá, a maior causa de mortalidade em São José dos Quatro Marcos diz respeito às doenças do aparelho circulatório, com 29,1%.

Cabe enfatizarmos aqui, que as internações psiquiátricas não eram quantificadas em São José dos Quatro Marcos por este município não possuir hospital psiquiátrico e o hospital municipal não realizar este tipo de atendimento, sendo, as internações de usuários deste município informadas e validadas por meio do município de Cuiabá.

A população de São José dos Quatro Marcos tem um total de 14.449 habitantes recebendo a atenção apenas do PSF (não possuindo o PACS), o que equivale a 80,4% da população. Os dados indicam uma despesa total com saúde por habitante de 189,97 reais, sendo que a despesa total com saúde é de 3.415.656,67 reais, recebendo um repasse do SUS de 1.716.136,11 reais (DATASUS, 2005; 2006).

O SUS-MT vem desenvolvendo juntamente com as Prefeituras uma política de implantação de CAPS e diminuição do número de leitos em hospitais psiquiátricos. Durante a coleta de dados desta pesquisa, Mato Grosso possuía 33 CAPS, em 26 municípios, em que 18 são do tipo I, 2 do tipo II, 4 CAPSad, e 3 CAPSi, e 10 Residências terapêuticas (OLIVEIRA et al., 2008). “Entre 1998 e 2001 foram implantados 5 CAPS no estado, em 2002, 10 CAPS e entre 2003 e 2004, 12. Destes últimos, três ainda não eram credenciados no MS até 2007” (idem, p. 209). Além disso, o Estado possuía 57 beneficiários do Programa de Volta para Casa, dois Hospitais Psiquiátricos (Adauto Botelho – público, e a Associação Beneficente Paulo de Tarso – filantrópico) (OLIVEIRA et al., 2008).

Mato Grosso apresenta-se em destaque no que se diz respeito ao número de CAPS, em dezembro de 2006 ocupava 5º lugar de cobertura CAPS/ 100.000 hab., com um índice de 0,66, ou seja, tem boa razoável cobertura se pensarmos no índice adotado para avaliação de 0,50 (OLIVEIRA, et al., 2008).

A expansão dos CAPS foi muito intensa no Brasil, [...] em Mato Grosso foi ainda mais expressiva: enquanto o número de CAPS

aumentou 140% no Brasil, de 2002 a 2006, em Mato Grosso esse aumento foi de 220% (OLIVEIRA, et al., 2008, p. 209).

Em relação à implantação desses serviços, a maioria dos gestores municipais informa que é uma decisão do município em conjunto com o Estado, como possibilidade/garantia de financiamento, o que nos leva a crer que a mudança nos modelos de atenção estimulada pelo incentivo financeiro é um risco para a atenção psicossocial, pois reduz os dispositivos a um rearranjo administrativo e à modernização da psiquiatria (OLIVEIRA et al., 2008; AMARANTE, 2003b). Portanto é importante que pensemos não apenas no âmbito de leis e número de CAPS, mas sim para que esse modelo, representado principalmente pelo CAPS, seja realmente efetivo e se sustente enquanto substitutivo, é preciso que as quatro dimensões do processo social complexo (teórico-conceitual, técnico-assistencial, jurídico-política e sociocultural) estejam articuladas (AMARANTE, 2007).

Ainda é importante lembrarmos que este período de aumento do número de CAPS em Mato Grosso coincide com o fechamento do único Hospital Psiquiátrico Privado de Cuiabá, em junho de 2004, com conseqüente aumento de leitos no Hospital Psiquiátrico Público, e a necessidade de um novo mecanismo de atenção a esses usuários (ATAÍDE, 2007).

Entendemos o CAPS como novo instrumento, pois como já referido anteriormente, para que se tenha práticas voltadas à atenção psicossocial, não basta que esse modelo seja novo, mas sim substitutivo. Portanto com a política de criação desses ‘novos’ mecanismos, que ganhou força com a Lei 10.216 em 2002, São José dos Quatro Marcos, um município com menos de 20.000 habitantes (quantidade prevista para a criação do CAPS I), possuía 01 CAPS I, criado em 2002. Em contrapartida, tínhamos durante a realização desta pesquisa em Cuiabá, de acordo com Ataíde (2007) e Oliveira et al. (2008):

- 01 CAPS I CPA 4, criado em 2002;
- CAPS adolecer AD, criado em 2004;
- 01 CAPS II VERDÃO, criado em 2004, ainda não está credenciado no MS;
- 10 Residências Terapêuticas e;
- 01 Centro Integrado de Assistência Psicossocial (CIAPS) Aauto Botelho, que corresponde aos seguintes setores:

- o Hospital Psiquiátrico, com estrutura administrativa, um Pronto Atendimento, e dois setores de internação (masculino e feminino), localiza-se na região sul do município;
- Unidade III – setor de internação para dependentes químicos, criado em 2005, localiza-se fora do espaço físico do hospital psiquiátrico;
- Lar doce lar – setor de internação para pessoas com transtorno mental e subnormalidade associados, criado em 2005, localiza-se na região norte do município.
- Unidade II – setor de internação por medidas judiciais, criado em 2004, localiza-se no presídio Pascoal Ramos;
- 01 Pronto Atendimento Psiquiátrico, um setor de observação de pacientes por um período de até 72 horas, criado em 2004, localiza-se no mesmo espaço físico do Hospital Psiquiátrico;
- 01 CAPSad, primeiro CAPS criado em Mato Grosso, no ano de 1998;
- 01 CAPSi, inaugurado em 2002;
- 01 Hospital Dia – atendendo usuários em sofrimento psíquico no período diurno, exceto finais de semana, inaugurado em 1993, localiza-se no mesmo espaço do hospital psiquiátrico (no final da coleta de dados este serviço havia sido desativado);
- 01 Ambulatório de psiquiatria, é referência estadual, mas em 2006 foi municipalizado (no final da coleta de dados este serviço havia sido desativado).

Entretanto, devemos ressaltar que alguns autores apontam que esses serviços substitutivos, ainda não se consolidaram como tais, devido a sua pouca efetividade, porém, isso não “diminui a sua importância, principalmente como possibilidade concreta de superação do modelo manicomial, o que todos os movimentos anteriores não conseguiram construir” (WETZEL; KANTORSKI; SOUZA, 2008, p. 40).

O movimento da Reforma Psiquiátrica busca a substituição ao modelo asilar de atenção, por meio de uma rede articulada de atenção integral à saúde mental (WETZEL; KANTORSKI; SOUZA, 2008), que utilize não só os serviços de saúde

como hospital geral e PSF, mas também os recursos existentes na comunidade, como centros comunitários, ginásio de esportes, dentre outros, que possam proporcionar a construção de autonomia ao usuário e maior participação da família que também é protagonista desse processo.

Uma vez que consigamos compreender: a historicidade dos locais estudados, da formação dos trabalhadores e da saúde mental, bem como o processo de trabalho em saúde e enfermagem; o trabalho em equipe e as divisões sociais e técnicas; a alienação e ideologia; o movimento da Reforma Psiquiátrica nos outros países, no Brasil e em Mato Grosso como um processo recente, atentando-nos aos municípios estudados; certamente atingiremos o nosso objeto de estudo: analisar o trabalho do enfermeiro nos CAPS: Dr. Julio Strubing Muller Neto (CPA IV) em Cuiabá – MT e CAPS de São José dos Quatro Marcos.

5. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Não podemos falar do trabalho realizado pela equipe do CAPS e pelos enfermeiros sem considerarmos o local onde está sendo realizado o trabalho e as características de quem o realiza, portanto, trataremos agora da apresentação e discussão dos dados sobre o trabalho dos enfermeiros nos CAPS, objeto deste estudo, apresentando primeiramente os locais da pesquisa e os sujeitos nas suas condições reais de existência: seus salários, contratos, tempo de serviço, idade, sexo e formação. Desse modo, consideramos as condições de trabalho para, neste contexto, situar o trabalho em si.

Como já apresentado anteriormente, este estudo foi realizado nos CAPS de tipo I dos municípios: São José dos Quatro Marcos e Cuiabá. São José dos Quatro Marcos tem uma população inferior a 20 mil habitantes (número mínimo estabelecido pelo Ministério da Saúde para a implantação de CAPS I) e possui um CAPS I, enquanto os serviços de saúde mental existentes no município de Cuiabá, segundo Milhomem (2007), apesar de serem vários, não configuram uma rede, devido à proporção desfavorável entre a população da cidade e o número de serviços de saúde mental preconizados pelo MS.

O número de CAPS tem aumentado após a reestruturação da assistência psiquiátrica no Brasil e também pela garantia do financiamento no nível estadual de gestão, a partir da edição da Portaria nº 047/SES/GS/2002 e em nível nacional por meio da Portaria/GM nº 626/ 2002 com o Plano de Expansão dos CAPS para todo país (OLIVEIRA et. al, 2008).

Nesse processo de expansão de serviços por meio do financiamento, situação que intensifica a expectativa dos gestores em aumentar a receita dos municípios, há o risco de reduzir este modelo tecnológico (CAPS/ Atenção psicossocial), a uma simples modernização da psiquiatria, pois os serviços de saúde mental estão sujeitos a reproduzirem a institucionalização e, portanto, re-afirmar o hospital psiquiátrico, por meio de práticas manicomialis (AMARANTE, 2003b; ALVERGA; DIMENSTEIN, 2006). Neste sentido, os serviços substitutivos não garantem por si só a superação da exclusão e da exploração, precisam-se de boas condições de

trabalho para que as práticas se direcionem para a emancipação não somente política, mas também, pessoal, social e cultural (ALVERGA; DIMENSTEIN, 2006).

Tal perspectiva não pode ser interpretada como um abandono da luta por financiamento, avanços técnicos, organizacionais, mas significa manter sempre vigilante nosso foco analítico em virtude da sedução fácil de determinados ganhos que aparentemente indicam a superação de modelos, mas apenas camuflam uma manutenção aprofundada de elementos fascistas que habitam em nós. Dessa maneira, consideramos que o principal desafio para a reforma psiquiátrica não reside apenas na sua falta de velocidade para implementação, mas na sua direção (ALVERGA; DIMENSTEIN, 2006, p. 313).

A apresentação e discussão dos dados seguirá a seguinte ordem: análise dos CAPS (localização, acesso e estrutura material), os trabalhadores das equipes dos CAPS, as condições de trabalho e as especificidades regionais, os fatores determinantes da opção de trabalho das enfermeiras por saúde mental, o trabalho das enfermeiras, a rede de atenção à saúde mental e a relação do enfermeiro com a comunidade.

5.1 Os CAPS: Localização, Acesso e Estrutura Material

A observação do trabalho nos dois CAPS evidenciou alguns aspectos semelhantes, destacando-se o horário de funcionamento (das 7h às 17h), com interrupção de duas horas para o almoço, de segunda a sexta-feira, perfazendo quarenta horas semanais. Um era fechado no horário do almoço e a enfermeira era a única profissional de nível superior que permanecia os dois turnos no serviço. O outro era fechado no horário de almoço apenas para os usuários, enquanto alguns funcionários (guarda, auxiliar de serviços gerais, e esporadicamente alguns funcionários de nível superior) permaneciam e almoçavam na unidade. Em ambos não havia atendimento a usuários, nem a permanência destes no horário de almoço, sendo, portanto, difícil atingir efetividade e atender usuário em crise (ONOCKO-CAMPOS, 2001).

O CAPS A funcionava em uma casa alugada próximo ao centro da cidade, um local de fácil acesso. Pintado em cor azul, possuía uma identificação na frente: CAPS

Centro de Atenção Psicossocial. Neste local encontramos primeiramente a recepção, um ambiente com uma mesa, duas cadeiras, dois bancos de quatro lugares, um armário com objetos artesanais produzidos nas oficinas, como por exemplo, tapetes, potes decorados com *biscuit*, trabalhos em palha, crochê, dentre outros e um *banner* exposto na parede informando sobre o CAPS (descrição do serviço, os profissionais e as oficinas oferecidas). Neste mesmo ambiente havia uma divisão feita com armários e do outro lado funcionava a oficina de pintura e *biscuit* em horários alternados. No corredor havia informes sobre os aniversariantes do mês e exposição de alguns quadros pintados pelos usuários. A unidade possuía uma cozinha; dois banheiros, um para os usuários e o outro para os profissionais; uma sala de administração/gerência do CAPS, que também funcionava para dispensação de medicamentos; duas salas climatizadas: uma para atendimento individual e outra para as reuniões de equipe, funcionando também como sala para administração de medicamentos e, uma vez por semana, trabalho voluntário de massoterapia, que no período da coleta de dados não foi realizado.

A parte externa da casa possuía duas varandas sem nenhum ventilador, a primeira varanda era usada com dois objetivos: a realização do lanche e a oficina de alfabetização (às terças e quintas-feiras no período matutino) e tecelagem (nas segundas-feiras no período matutino e nas quartas e sextas-feiras no período vespertino), e na outra se realizava oficina de artesanato em palha. Em uma das varandas havia um bebedouro e um banheiro que não estava sendo usado por falta de manutenção. Havia também uma área de terra onde de acordo com a equipe será realizada a oficina de horta e jardinagem, porém esta oficina que já contava com uma monitora contratada e em permanência no local não estava funcionando.

Se pensarmos que o CAPS é um dispositivo de atenção à saúde mental substitutivo dos hospitais psiquiátricos, a sua existência em casa alugada parece indicar uma condição provisória de funcionamento, o que não condiz com a proposta de que este serviço seja substitutivo e definitivo.

Percebemos que as oficinas, instrumento do trabalho no CAPS, funcionavam em condições precárias. A maioria das salas do CAPS não era climatizada e as oficinas eram realizadas em ambientes quentes, havia ventilador apenas na sala que

correspondia à oficina de *biscuit* e pintura, local sem privacidade, pois dividia o mesmo ambiente com a recepção.

Uma das salas climatizadas funcionava apenas uma vez por semana para o trabalho voluntário de massoterapia, nos demais dias ficava desocupada, o que indicava uso não racional dos ambientes visando ao bem estar de trabalhadores e usuários, pois as oficinas eram realizadas diariamente em locais quentes, enquanto havia uma sala climatizada com utilização esporádica.

Os trabalhadores do local confirmavam a precarização do trabalho em suas falas abaixo, justificando a dificuldade na realização de uma oficina melhor, pela falta de materiais ou em relação às restrições físicas do local.

NFM 2: aqui eu acho que devia ter um espaço [...] mais amplo [...] para as pessoas na hora da dinâmica, porque aqui é todo mundo junto em um espaço muito apertado.

NS 1: Tem muitas dificuldades, falta muitas coisas, o ambiente às vezes não é o lugar ideal para ta se fazendo uma oficina, [...] a questão de espaço, a questão de ter um ar, um ambiente gostoso assim, pra todos eu acho que é um questão de estrutura mesmo.

NS 4: eu acho que as condições de trabalho são muito boas, a gente tem uma boa estrutura física, na verdade a gente quer uma estrutura maior, por conta das atividades que a gente pensa de oferecer e as vezes não tem espaço, mas eu acho que a estrutura física é muito boa, é muito bem localizado.

Enfermeira 1: ai é regular assim, por exemplo, [...] a gente exige, pede pra arrumar o banheiro lá do fundo não arruma, o ventilador, queria mais sala, [...] tinha que ser mais amplo, ter uma parte aberta pra fazer exercício, um lazer, brincar de alguma coisa, jogar um vôlei, fazer timinho, essas coisas, mas não tem espaço.

As falas apontavam para um descontentamento com a estrutura física e material da instituição, pela inadequação do local onde se realizavam as oficinas, e em relação à precariedade do ambiente e da restrição de materiais para a realização das mesmas. Apesar de um profissional valorizar a boa estrutura, ele ainda colocava como dificuldade para o desenvolvimento do seu trabalho o espaço físico pequeno. Porém, mesmo estes profissionais relatando tais dificuldades no momento das entrevistas, percebemos que não havia busca evidente por melhorias por parte desses

trabalhadores, ainda que os mesmos admitissem a dificuldade de se trabalhar em condições precárias.

O estudo de Jorge et al. (2007) também aponta por meio de relatos dos trabalhadores de três CAPS do município de Fortaleza - CE, que “as condições de trabalho não são satisfatórias, [e] concorrem para que a maioria destes (60%) manifeste desconfortos decorrentes do processo de trabalho” (JORGE et al., 2007, p. 422).

O CAPS B funcionava em casa própria, que era o antigo posto de saúde, distante do centro da cidade. Local de difícil acesso, sem placas indicando a direção, e a unidade não possuía nenhuma identificação de que ali funcionava um CAPS.

Pintada nas cores amarelo e branco, esta unidade possuía um portão com cadeado, que era aberto pelo guarda. A recepção possuía três bancos antigos e pouco higienizados, algumas cadeiras, uma televisão, ventilador de teto, um quadro com informações sobre os horários de funcionamento das oficinas (que não estava de acordo com as observações realizadas na coleta de dados), um *banner* com informações sobre o que é o CAPS, um balcão que correspondia a recepção onde ficavam os prontuários, livros atas, armários com documentos, uma mesa, duas cadeiras e um telefone, quatro banheiros, sendo dois para funcionários (masculino e feminino) e dois para usuários (masculino e feminino), uma sala pequena com muitos papéis e objetos de oficina, outra para depósito, duas salas climatizadas, a primeira para administração/gerência do CAPS, e a segunda funcionava, no início da coleta de dados, para consulta médica e dispensação de medicamentos, sendo estas duas atividades separadas apenas por um armário (posteriormente o atendimento médico aconteceu na mesma sala de atendimento individual, que possuía apenas um ventilador), havia ainda uma sala específica para a assistente social e outra para a oficina de corte e costura. Este CAPS possuía cozinha e sala para lanche.

A parte externa do CAPS possuía uma extensa área de terra descuidada e uma varanda grande, agradável, com ventilador de teto, um bebedouro e algumas cadeiras, onde acontecia a maioria das oficinas.

Dentre as dificuldades relacionadas ao trabalho, os relatos se direcionaram muitas vezes para a estrutura precária do serviço:

NS 9: [...] a gente imagina coisas pra fazer a oficina funcionar, porque parâmetros reais, como se diz, objeto, ajuda mesmo da secretária, a gente não tá tendo não. Entendeu? O que tem está velho.[...] eu preciso de alguns materiais pra estar melhorando a minha oficina e a gente não tem nada disso entendeu?

NS 12: falta de condições, de espaço físico, e falta de material pra trabalho também, [...] é um empecilho bem grande pra gente [...] essa falta de matéria pra se trabalhar com eles [usuários] é bastante crítica, isso desde sempre, é muito complicado, a gente fica sempre impossibilitado de ir adiante naquilo que a gente inicia.

NS 18: este prédio é da secretaria, não é um prédio alugado, é um prédio próprio, então pra melhorar as condições de trabalho principalmente pra quem tem transtorno mental é ter um espaço visual que seja mais bonito, que seja mais colorido, que seja mais diferente, e aqui a gente vê as coisas caindo aos pedaços, você da uma olhadinha na nossa caixa d'água ela tá rachada no meio, então assim, a gente quer tornar mais bonito, mas a gente não tem condição [...] a secretaria poderia dar uma melhorada nas salas, nas divisórias que tem aqui, melhorar.

RELATO DE OBSERVAÇÃO CAPS Nº 2 (10/03/08, segunda-feira): Numa mesma sala, onde de um lado o médico realizava a consulta sem nenhuma privacidade e sem cadeira para o usuário, do outro a enfermeira realizava dispensação de medicamentos, separados apenas por um armário. Sempre que um usuário entrava, e hesitava para onde deveria seguir, o médico falava bem alto: “nos fundos”!

Nesse contexto de condições precárias de trabalho, temos como fator agravante a dificuldade de acesso geográfico relatada tanto por uma usuária como por um profissional:

U/ F 2: Ah eu tô precisando é passe pra mim, eu moro longe e venho a pé, daí nesse caso, eu chego tarde em casa, ainda tenho que fazer almoço para as crianças que chegam meio-dia da escola. Queria ter passe pra gente vir de ônibus. Chega mais rápido.

NFM 10: Um dos pontos fracos daqui, você passa de ônibus você já perguntou onde é o CAPS? [...] Eu acho que deveria lá no [supermercado do bairro onde se localizava o CAPS] [...] deveria ter uma placa com uma seta indicando, e quando chegasse ali na esquina, outra placa com seta indicando, deveria ser mais divulgado o endereço, a prefeitura deveria colocar uma placa enorme, aqui ninguém sabe, você pergunta aí na esquina ninguém sabe.

Devemos considerar que a dificuldade de acesso geográfico ao serviço, também diminui a probabilidade de sucesso do tratamento, pois “a oferta de serviços não depende da simples existência dos mesmos. A acessibilidade deve ser considerada sob diversas abordagens, quais sejam, a geográfica, a cultural, a econômica e a funcional” (UNGLERT; ROSENBERG; JUNQUEIRA, 1987, p. 439). Desta forma, é importante conhecermos a localidade, vias de acesso ao CAPS e quem são os usuários/familiares que estão sendo atendidos e, portanto, conhecermos qual a distância que está sendo percorrida por eles, o tempo gasto, a viagem e o custo para este usuário, para entendermos como estes aspectos podem influenciar ou não na qualidade da assistência. Se pensarmos em equidade, o fator geográfico interfere nesse princípio especialmente no que se refere às áreas periféricas de grandes cidades, por isso no desenho de redes de atenção à saúde e neste caso, à saúde mental, deve-se levar em consideração a densidade demográfica e a distância a ser percorrida (UNGLERT; ROSENBERG; JUNQUEIRA, 1987; MENDES, 2004) lembrando que o estudo foi realizados em municípios que possuem clima quente.

Voltando o foco para a identificação do CAPS neste bairro, bem como as condições de trabalho ofertadas como uma responsabilidade da gestão, temos a seguinte fala:

NS 10: [...] aqui em Mato Grosso, nós temos que ter uma sala com ar condicionado, [...] Atender em saúde mental, também não é colocar uma mesa e duas cadeiras, tem que ser um local adequado [...] as condições de trabalho são precárias [...] você vê que ali tem uma placa que foi do governo anterior, foi retirada, o governo atual, nosso prefeito não colocou nenhuma placa nova, pode olhar lá, parece que nem quer identificar esse lugar como um CAPS, então olha só, ou porque não acredita no trabalho que vem sendo feito, ou porque não quer falar que uma coisa tão ruim é dele, um ambiente tão ruim é dele. Quando eu olho lá e vejo aquela placa no chão, falo assim, como que as pessoas sabem que aqui é o CAPS, tem alguma identificação? Não tem. [...] Nós não podemos continuar vivendo, ou atendendo, numa casa improvisada, isso não é um modelo adequado de CAPS, CAPS as pessoas não podem alugar uma casa, e fala que aquilo vai ser um CAPS, se é um serviço que vai ser permanente o governo tem que começar a construir isso, e a população tem que identificar que ali existe um CAPS, como existe um posto de saúde, como existe um hospital, aquilo vai ficar pra sempre dentro do bairro, as pessoas vão passar o ano que vem vai estar lá, as pessoas vão passar no outro ano, vai estar lá, então isso serve como referência, e não ficar alugando casa a cada seis meses e as pessoas se mudando, isso não é

definitivo, então pra um CAPS se implantar, tem que existir uma estrutura física, então isso não tem.

Estas condições não são exclusivas da atenção à saúde mental ou dos CAPS, estão também presentes em outros serviços de saúde de Mato Grosso, como mostra o trabalho de Costa (2005), que após analisar as formas de violência operantes no mundo do trabalho de enfermagem em um serviço de emergência e urgência clínica de uma instituição hospitalar pública do estado, encontrou que uma das vias da violência operada no trabalho é a estrutural/ institucional manifestada por meios das condições precárias de trabalho, que influencia, conseqüentemente a qualidade da assistência.

A implantação dos CAPS, que em Mato Grosso é determinada, principalmente pelo financiamento (OLIVEIRA et al. 2008), muitas vezes resulta nessa condição observada, ou seja, tem-se o serviço, porém com pouca possibilidade de funcionamento ou efetividade das práticas.

É importante considerarmos que atualmente há pouca organização profissional e sindical, resultando na resignação de trabalhadores no que diz respeito à busca por melhorias das condições de trabalho (ANTUNES, 1999). Em Mato Grosso, essas condições são intensificadas pelo processo de ocupação do território e urbanização recente (OLIVEIRA et al., 2008). Temos como agravante dessa situação a criação dos CAPS incentivada pelo financiamento, transformando a Reforma Psiquiátrica num movimento de gestão, na qual está sendo mais relevante a velocidade na implantação dos CAPS do que a direção que estes têm tomado (ALVERGA; DIMENSTEIN, 2006) no sentido de sua operacionalização de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica.

Neste contexto, o gestor tem uma autonomia ampliada para decidir, em detrimento das necessidades da população, o local, os materiais, as condições de trabalho e a participação de usuários/familiares e trabalhadores no processo decisório.

O materialismo histórico dialético considera que os “fenômenos da natureza não podem ser compreendidos isoladamente, fora das condições que os rodeiam” (MELO, 1986, p. 12), desta forma, na dinâmica dos fatos estudados, em que o gestor

tem uma dimensão maior de poder, enquanto o usuário e trabalhadores permanecem resignados, devemos compreender que as condições que oprimem o sujeito trabalhador e usuários, também podem *empoderar* o gestor, porém essa autonomia ampliada do gestor pode também mobilizar reivindicações coletivas, que lamentavelmente têm ocorrido com pouca frequência, pois se torna difícil aglutinar interesses dos trabalhadores nas atuais situações de vínculo de trabalho que serão discutidas neste estudo.

Como possibilidade de democratização e melhorias nas condições de trabalho, é necessário o resgate da participação dos trabalhadores na gestão do serviço, para que desta forma, nos pequenos espaços intercessores, estes trabalhadores possam exercer suas forças instituintes no processo de trabalho a partir de uma co-gestão, já que o mesmo poder que oprime, também pode mobilizar mudanças. A co-gestão não somente estimula os trabalhadores e usuários/familiares para uma participação coletiva e controle do estado e governo, mas também aumenta a democracia institucional e amplia o poder de influência nas deliberações (JORGE et al., 2007).

A co-gestão acontece mediante uma inter-relação dialética entre agentes internos e externos, não aceitando “as finalidades como dadas, desde sempre, pela fala de alguma autoridade. Mas descobrir balanceamentos singulares entre o atendimento a necessidades sociais e o interesse dos agentes produtores” (CAMPOS, 2000, p. 105). São os trabalhadores e usuários/familiares que podem ampliar as possibilidades de co-gestão por meio dos Conselhos, Colegiados, Assembléias, ou seja, espaços coletivos em que distintos atores sociais - trabalhadores, sociedade e governo ou diretores – expressem seus “interesses confrontando-os entre si e com a realidade, para que desses processos de luta/negociação surjam contratos potentes para orientar a produção de bens ou serviços” (CAMPOS, 2000, p. 124), havendo assim, maior probabilidade de diminuir os interesses cristalizados pertencentes a apenas uma categoria (governo ou diretores). Para tanto, é necessário que os trabalhadores se coloquem como agentes de mudanças.

Apresentaremos a seguir algumas características dos trabalhadores e vínculos de trabalho nesses locais: idade, sexo e formação; salários, formas de contrato, tempo de serviço.

5.2 Os Trabalhadores das Equipes dos CAPS

Foram participantes da pesquisa 46 pessoas: 11 usuários/ familiares, 2 gestores e 33 trabalhadores dos CAPS, e destes, 3 enfermeiras. O CAPS A corresponde a 14 trabalhadores, sendo uma enfermeira e o CAPS B, 19 trabalhadores, sendo 2 enfermeiras, conforme mostra quadro abaixo.

Segue abaixo o Quadro 1 sobre a composição das equipes dos CAPS estudados.

Quadro 1 - Composição das equipes dos CAPS I A e B, segundo a categoria profissional. Cuiabá, MT, 2008.

Categoria Profissional	CAPS I A	CAPS I B	Total
Médico Psiquiatra	01	01	02
Médico Clínico	00	01	01
Enfermeira	01*	02	03
Psicólogo	01	01	02
Assistente Social	01	01	02
Pedagoga	02	00	01
Fisioterapeuta	00	01	01
Educador Físico	00	01	01
Musicoterapeuta	00	01	01
Auxiliar de Enfermagem	01	01	02
Técnico administrativo	01	02	03
Artesãos	05	01	06
Serviços Gerais	01	02	03
Guarda	00	02	02
Motorista	00	01	01
Gerente do CAPS	00	01	02
Total de trabalhadores participantes na pesquisa	14	19	33

* simultaneamente respondia como Gerente do CAPS

Ambos os CAPS possuíam equipe técnica mínima estabelecida pelo Ministério da Saúde para atuação em CAPS I, ou seja, de acordo com a Portaria GM nº 336/2002, um médico com formação em saúde mental; um enfermeiro; três profissionais de nível superior e quatro profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão (BRASIL, 2004a).

Em relação à equipe mínima do CAPS, é importante considerar que a participação de duas enfermeiras do CAPS B na pesquisa ocorreu pelo fato de que a enfermeira contratada temporariamente neste CAPS estava de licença maternidade e outra enfermeira foi contratada também temporariamente para suprir essa ausência, porém tal substituição só ocorreu no último mês da licença, coincidindo com o período de início da coleta de dados deste estudo. A enfermeira que estava de licença retornou no final da coleta de dados, sendo também incluída como participante da pesquisa.

Cabe ressaltar aqui que se a licença maternidade equivale a quatro meses³, o CAPS ficou sem enfermeira, e, portanto, com equipe técnica mínima incompleta durante esse período, sendo que o contrato da enfermeira que substituiu a de licença ocorreu simultaneamente à autorização da gestão para a coleta de dados desta pesquisa.

O enfermeiro é um dos integrantes da equipe mínima para funcionamento do CAPS e desenvolve atividades de assistência individuais e coletivas por meio de diferentes intervenções, objetivando a reinserção social do indivíduo, portanto, se pautada nessa direção, a ausência do trabalho do enfermeiro, neste dispositivo de assistência, prejudicará a qualidade do atendimento realizado. Além disso, a ausência do enfermeiro contraria a Lei nº 7.498/86, que trata do exercício Profissional da Enfermagem, e neste caso, o trabalho do profissional de nível médio deve acontecer mediante a presença do enfermeiro como responsável técnico pelas ações de enfermagem.

Continuando a caracterização dos trabalhadores dos CAPS, apresentaremos agora a distribuição dos trabalhadores, segundo o sexo.

³ Apesar do Projeto de Lei do Senado (PLS) nº 281 de 2005 ter sido aprovado em 18 de outubro de 2007 prorrogando por mais 60 dias a licença maternidade, passando de quatro a seis meses, a SMS ainda não havia legitimado esta lei no seu âmbito durante a coleta de dados.

Tabela 1 - Distribuição dos trabalhadores dos CAPS I A e B, segundo o sexo. Cuiabá, MT, 2008.

SEXO	CAPS I A		CAPS I B		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
FEMININO	13	92,9	12	63,2	25	75,8
MASCULINO	1	7,1	7	36,8	8	24,2
TOTAL	14	100,0	19	100,0	33	100,0

Houve um aumento da participação da força feminina no mundo do trabalho, o que não é diferente no trabalho em saúde (ANTUNES, 1999), e neste estudo, nos CAPS.

A tabela acima nos mostra que em ambos os CAPS a presença da força feminina no trabalho é evidentemente maior que a força masculina, sendo que no CAPS A esse percentual é maior, com apenas um homem na equipe (7,1%). A proporção feminina entre os sujeitos estudados foi de 75,8%, um percentual que vem crescendo, como mostra um estudo de HOLZMANN (2000) realizado com dados do IBGE de 1999, em que no Brasil, a participação feminina na PEA (População Economicamente Ativa), que era de 14,6% em 1950, elevou-se para 20,9% em 1970, alcançando 40,4% em 1997.

Para Antunes (1999) a expansão do trabalho feminino pode ser explicada como parte de um processo de emancipação das mulheres, tanto em relação à sociedade de classes quanto na divisão sexual do trabalho. Na divisão sexual do trabalho, sempre se atribuiu à mulher a tarefa de cuidar da casa, dos filhos e dos doentes e ao homem os deveres nobres da caça, pesca, administração das cidades, guerra, cura de enfermidades, dentre outros (SILVA, 1989).

É importante destacarmos também que o aumento da participação feminina no mundo do trabalho está diretamente relacionado a uma submissão mais fácil da mulher à exploração do capital. A mulher, inserida nas relações do mundo do trabalho, onde há dominação e opressão, tem maior probabilidade maior de aceitar as péssimas condições de trabalho muitas vezes ofertadas. Essa mudança no mercado de trabalho, representado por um contingente feminino expressivo, possibilitou o aumento da exploração da força feminina no trabalho, já que as mulheres ocupavam

nas empresas trabalhos domésticos subordinados ao capital (ANTUNES, 1999). Portanto, consideramos que dialeticamente, a mulher inicia uma conquista de espaços públicos no mercado de trabalho ao mesmo tempo em que se submete a uma maior exploração do capital.

Características da mão-de-obra feminina como paciência, perspicácia, destreza, detalhismo, fidelidade, dentre outras, são vistas atualmente como vantagem para o empregador, pois facilita a dominação deste trabalho pelo capital, assegurando uma super exploração do trabalho, desta forma, homens e mulheres são distintamente oprimidos e explorados pelo capital (ANTUNES, 1999). À medida que a mulher é explorada de maneira mais intensa pelo capital, o trabalho masculino é valorizado. Entender isso, nos faz ir além da simples diferença anatômica entre homens e mulheres, e compreender o fenômeno da alienação, em que “uma sociedade sempre começa por uma divisão e que essa divisão organiza todas as relações sociais” (CHAUI, 1995, p. 171).

Compreender essa divisão sexual do trabalho sinaliza que a exploração do capital é diversamente operacionalizada para cada categoria de trabalhadores, e que a mesma condição que desvaloriza um trabalhador (sexo feminino) valoriza outro (sexo masculino) (HOLZMANN, 2000).

Apresentada a distribuição dos trabalhadores segundo o sexo, adentraremos agora na distribuição da equipe de acordo com a faixa etária.

Tabela 2 - Distribuição dos trabalhadores dos CAPS I A e B, segundo a faixa etária. Cuiabá, MT, 2008.

FAIXA ETÁRIA	CAPS I A		CAPS I B		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
DE 20 A 30 ANOS	4	28,6	4	21,0	8	24,2
DE 31 A 40 ANOS	4	28,6	8	42,1	12	36,4
DE 41 A 50 ANOS	3	21,4	6	31,6	9	27,3
51 ANOS OU MAIS	3	21,4	1	5,3	4	12,1
TOTAL	14	100,0	19	100,0	33	100,0

A maioria se concentrava na faixa etária entre 31 e 40 anos (36,4%), sendo mais evidente no CAPS B (42,1%). O CAPS A apesar de ter um percentual menor

que o CAPS B de trabalhadores nesta mesma faixa etária (28,6%), ainda se caracteriza por uma população adulta/ jovem.

No total da população estudada, temos também um destaque para a de 41 a 50 anos (27,3%), o que significa uma força de trabalho em plena maturidade produtiva. Em relação às enfermeiras, uma tem entre 20 e 30 anos, a outra entre 31 e 40, e a terceira entre 41 e 50 anos, o que também caracteriza uma força de trabalho jovem.

Trataremos agora da formação dos trabalhadores, tempo de trabalho, tipo de contrato e salário.

Tabela 3 - Distribuição dos trabalhadores dos CAPS I A e B, segundo a formação, 2008.

FORMAÇÃO DOS TRABALHADORES DO CAPS		CAPS I A		CAPS I B		TOTAL	
		N	%	N	%	N	%
ENSINO FUNDAMETAL	Incompleto	3	21,4	2	10,5	5	15,2
	Completo	0	0,0	0	0,0	0	0,0
ENSINO MÉDIO	Incompleto	0	0,0	1	5,3	1	3,0
	Completo	3	21,4	6	31,5	9	27,2
SUBTOTAL		6	42,8	9	47,3	15	45,4
GRADUAÇÃO		4	28,7	0	0,0	4	12,2
PÓS-GRADUAÇÃO	Especialização em outra área (cursando)	1	7,1	2	10,5	3	9,1
	Especialização em outra área (concluída)	1	7,1	6	31,6	7	21,2
	Especialização em saúde mental* (cursando)	0	0,0	1	5,3	1	3,0
	Especialização em saúde mental* (concluída)	2	14,3	1	5,3	3	9,1
SUBTOTAL		8	57,2	10	52,7	18	54,6
TOTAL		14	100,0	19	100,0	33	100,0

* consideramos as especializações na área de saúde mental: saúde mental e atenção psicossocial, residência em psiquiatria e teoria em clínica psicanalítica.

Podemos destacar o grande percentual de trabalhadores sem formação superior, ou seja, na somatória de Ensino Fundamental Incompleto (15,2%), Ensino Médio Incompleto (3%) e Ensino Médio Completo (27,2%), temos um total de 45,4%.

Entre os trabalhadores com formação em nível superior, 4 estavam realizando ou realizaram especializações em saúde mental, 10 estavam realizando ou realizaram especializações em outras áreas⁴ e 4 não realizaram nenhum tipo de especialização.

As três enfermeiras possuíam uma formação recente, com término da graduação há menos de dois anos. Duas enfermeiras estavam realizando especialização em outra área e uma não possuía especialização. Deparamos-nos aqui com uma barreira identificada também em outros estudos: a formação acadêmica das várias categorias profissionais não inclui sua preparação para o trabalho com a demanda de Saúde Mental e os trabalhadores também procuram poucos espaços para qualificação de seu trabalho.

Sabemos que normalmente a formação ignora questões relativas à Saúde Mental e à Saúde Pública, e o trabalhador egresso da graduação sabe muito pouco sobre a história de cuidado ao *louco*, singularidades da saúde mental, reforma psiquiátrica, e muito menos do modelo de atenção psicossocial (SCARCELLI, 1999). Ao invés de realizarem práticas em modelos substitutivos ao asilar, os hospitais psiquiátricos ainda são “o quartel general e o zoológico de ensino da psicopatologia: os ditos loucos são exibidos como criaturas à parte, que os muros e as grades isolam para a observação dos estudiosos” (LOBOSQUE, 2003, p.174), problemas estes encontrados não apenas na formação dos enfermeiros e profissionais de nível superior, mas também, no trabalho de auxiliares e técnicos de enfermagem, formados para trabalhar no regime de vigilância, centrado mais na norma institucional do que na saúde do indivíduo (LOBOSQUE, 2003).

Consideramos que para realizar uma atenção à saúde mental no modelo psicossocial, a formação dos trabalhadores deve ser um dos itens importantes a serem pensados e ofertados, mas também deve ser buscado pelos trabalhadores e incentivado pelos gestores. Uma formação voltada para reinserção social do usuário em sofrimento psíquico, com idéias antimanicomiais, pois reformar instituições e humanizá-las, pouco tem a ver com Reforma Psiquiátrica, por exemplo, uma postura humanitária no trato aos doentes mentais, não significa necessariamente, estar de acordo com os princípios do movimento da Reforma Psiquiátrica.

⁴ Educação ambiental, saúde pública, ortopedia e traumatologia, musico terapia, auditoria em serviço de enfermagem, recreação e lazer, residência médica em medicina de família e comunidade e gestão em enfermagem do trabalho/ gestão hospitalar

Quando nos referimos à *Reforma*, estamos nos direcionando a rupturas/ superação do modelo psiquiátrico e não em reforma no sentido de modificar as condições precárias de um hospital psiquiátrico ou apenas desenvolver um trabalho ético de respeito à vida/ “cuidado humanizado”, dentre outros (SCARCELLI, 1999), ou seja, não se trata de aprimorar os saberes psiquiátricos, trata-se de recriar saberes distintos, onde o fazer e o aprender se alimentam mutuamente (LOBOSQUE, 2003). Isto é, “se não existirem rupturas, não existirão os novos serviços, existirão não mais que metamorfoses, roupagens ‘novas’ para velhos princípios” (AMARANTE e TORRE, 2001, p. 33).

Nesse sentido, a “substituição de práticas antimanicomiais apresenta-se como uma tarefa extremamente complexa, que assume significações diversas no conjunto dos sujeitos nela envolvidos” (SCARCELLI, 1999, p. 192), portanto, para a implantação do modelo de atenção psicossocial devemos considerar tal complexidade como sendo intrinsicamente relacionado à ordem econômica, social, política e intersubjetiva, podendo equacionar diferentes âmbitos que vão do técnico ao político, do social ao individual (SCARCELLI, 1999).

Para que possamos superar o modelo psiquiátrico, precisamos antes construir um conhecimento teórico e prático, embasado em ação e reflexão, pensando para quem e para quê estou fazendo, um aprender que se promove no fazer. O não preparo profissional justificando o não atendimento a crises, não deve ser um ensaio sem fim, não estamos negando a capacitação, mas a prática/ ação deve ser instituída e exercida desde já (LOBOSQUE, 2003; SCARCELLI, 1999). É necessário que os gestores ofereçam condições para que o trabalho com qualidade aconteça, mas também depende dos trabalhadores, detentores de uma autonomia relativa, a busca por essa qualificação.

Ainda em relação à formação, devemos considerar os aspectos do contexto: Mato Grosso tem poucos movimentos sociais organizados, os municípios estudados se localizam distante dos grandes centros urbanos, e, por conseguinte, possuem maior dificuldade de acesso ao poder político, econômico, e acadêmico, resultando em limitados recursos técnicos, ou seja, apesar de termos em Mato Grosso o Núcleo de Estudos em Saúde Mental (NESM – MT), o único centro formador de recursos humanos em saúde mental do estado, que já ofereceu de 1996 a 2006, 4

especializações em Saúde Mental com o objetivo de capacitar equipes multiprofissionais dos CAPS de Mato Grosso, resultando em 48 profissionais especialistas em saúde mental e 11 com curso de aperfeiçoamento (OLIVEIRA, 2008; MILHOMEM, 2007), ainda há pouca formação em saúde mental, considerando as dimensões do estado.

Na realidade brasileira, não há muitos cursos de Especialização e Residências em Saúde Mental voltados para o enfermeiro; “além disso, nem todos o preparam para trabalhar em CAPS. O fato é que ainda há poucos enfermeiros especialistas na área trabalhando em CAPS” (ROCHA, 2005, p. 351).

Por outro lado, os trabalhadores, inseridos neste contexto, possuem dificuldades de se verem como agentes de mudanças. Quanto menor a participação dos trabalhadores nas decisões por meio da co-gestão, por exemplo, e menos formação técnica e política os trabalhadores tiverem, maior será a ação do capital e, por conseguinte, maior será também o nível de alienação desses sujeitos, pois estes terão poucas possibilidades de entenderem a inserção social do usuário na atenção psicossocial e se verem como sujeitos nesse processo de mudança.

Isso resulta em condições atuais no estado de “pouco acúmulo crítico ao modelo hospitalocêntrico psiquiátrico, a inexistência de movimentos sociais em saúde mental e a incorporação da Reforma Psiquiátrica apreendida como desospitalização” (OLIVEIRA, 2006, p. 699), um problema presente não somente no trabalho do enfermeiro, mas também de toda equipe dos CAPS estudados.

Outros fatores que devem ser considerados são os vínculos, o tempo de trabalho, a rotatividade do trabalhador, situações que dificultam a sua especialização. Desta forma, primeiramente, apresentaremos a distribuição dos trabalhadores dos CAPS estudados, segundo o tempo de trabalho nesses locais.

Tabela 4 - Distribuição dos trabalhadores dos CAPS I A e B, segundo o tempo de trabalho no CAPS. Cuiabá, MT, 2008.

TEMPO DE TRABALHO NO CAPS	CAPS I A		CAPS I B		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
ATÉ 1 ANO	5	35,7	8	42,1	13	39,4
DE 1 A 2 ANOS	1	7,1	2	10,6	3	9,1
DE 2 A 4 ANOS	4	28,6	4	21,0	8	24,2
MAIS DE 4 ANOS	4	28,6	5	26,3	9	27,3
TOTAL	14	100,0	19	100,0	33	100,0

Percebemos que havia um percentual importante de trabalhadores atuando há menos de um ano nos serviços estudados (39,4%). Tanto o CAPS A, quanto o CAPS B foram criados em 2002. O CAPS foi o primeiro emprego de duas delas, e o primeiro emprego em saúde mental das três enfermeiras da pesquisa. Entretanto, uma delas já havia trabalhado como técnica de enfermagem em outros serviços, inclusive no CAPS onde atualmente trabalhava como enfermeira. Esta enfermeira, diferente das demais, possuía dois empregos simultâneos, ambos em CAPS e trabalhava 20h em cada serviço, por meio de um acordo firmado com a gestão, os trabalhadores assinavam um contrato de 40horas/ semanais, mas trabalhavam apenas 20horas/semanais.

Consideramos que a formação recente das enfermeiras e concurso realizado há pouco no CAPS A, além dos contratos temporários no CAPS B, se relacionam com esses dados. Dentre os 27,3% que estavam no serviço há mais de 4 anos, apenas 3 possuíam vínculos efetivos, situação que será tratada adiante.

5.3 As Condições de Trabalho e as Especificidades Regionais

Sintetizando os resultados apresentados até aqui, o perfil dos profissionais deste estudo era predominantemente do sexo feminino; com idade entre 31 e 40 anos; quase a metade não possuía nível superior (45,4%), e dos 16 profissionais que possuíam, 13 eram somente graduados ou especialistas em outras áreas. Dos 33 trabalhadores, 39,4% estavam há menos de um ano nos CAPS.

Todas as enfermeiras eram do sexo feminino, com idade entre 23 e 41 anos, graduação recente, nenhuma especialização em saúde mental e trabalhando no CAPS há menos de um ano.

De posse dessa construção sobre a caracterização dos sujeitos, trataremos agora das condições de trabalho ofertadas a esses profissionais.

Para tanto, é importante realizarmos antes, uma contextualização, pois a mudança da sociedade se faz em condições determinadas (CHAUI, 1995). Sendo assim, cabe aqui trazeremos o Plano de Reforma Administrativa do Estado, criado em 1995, após uma crise fiscal, caracterizada pela perda do crédito público e da poupança negativa, com conseqüente inflação e aumento de desigualdades sociais e regionais.

Nesse sentido, a reforma do Estado passou a ser instrumento indispensável para consolidar a estabilização e assegurar o crescimento sustentado da economia e, por meio desta, o Estado limitou o ingresso no trabalho através de concurso público e, os poucos que eram realizados não possuíam regularidade e avaliação periódica da necessidade de funcionários, admitindo grande contingente de uma só vez, seguido de longos tempos sem concurso, por conseguinte, o Estado passa a utilizar outras formas mais flexíveis de recrutamento, como, por exemplo, o teste seletivo, que impede o trabalhador de ascender no seu serviço (BRASIL, 1995).

Embora o Estado tivesse como objetivo a contenção de gastos (BRASIL, 2006), o Plano de Reforma Administrativa teve como alguns de seus resultados terceirizações abusivas, contratos temporários, ausência de concurso público, inexistência da participação de trabalhadores no processo de gestão, carência de uma política efetiva de educação permanente no trabalho, desestruturação da carreira - inexistência/ inadequação de planos de carreiras, em que os trabalhadores não têm seus direitos trabalhistas respeitados e ficam desprovidos da proteção social, trabalhando em condições precárias, o que remete à flexibilização do trabalho para o gestor (JORGE et al., 2007).

Por outro lado, o que é mais flexível para o empregador é sinônimo de precariedade para o trabalhador, e conseqüentemente essa flexibilidade do trabalho aumenta a autonomia financeira e administrativa da gestão e diminui as possibilidades de espaços intercessores. Defronte ao exposto, essa situação deve

sinalizar para a necessidade de mudanças/ transformações relacionadas à gestão de recursos humanos no SUS:

A começar pela forma de inserção no serviço, respeitando-se os direitos trabalhistas e garantindo proteção social, passando pela formação/ qualificação profissional, chegando à democratização das relações de trabalho, em que os trabalhadores sejam reconhecidos como sujeitos responsáveis pela funcionalidade do sistema, capazes de atuarem nos processos decisórios correlatos à organização dos serviços e execução dos cuidados em saúde (JORGE; et al., 2007, p. 419).

Diante desse quadro o MS adotou uma política de valorização do trabalhador, com intuito de promover a desprecarização do trabalho, por meio de melhores salários, contratos efetivos e políticas de humanização, um posicionamento afirmado e assumido pelos Secretários Estaduais de Saúde no Seminário do CONASS (Conselho Nacional de Secretários de Saúde) para Construção de Consensos, em abril de 2004, no Rio de Janeiro. Sendo assim, por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES)/ Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS), o MS criou o Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS - DESPRECARIZA SUS, (BRASIL, 2006).

Torna-se, pois, premente a operacionalização das propostas da referida política. Nesta perspectiva, urge a adoção de medidas, tais como: a abertura efetiva de espaços para a implantação e/ou consolidação da co-gestão, alicerçada nas opiniões e/ou decisões dos trabalhadores; o respeito aos princípios da administração pública no que referente à contratação somente por concurso público, garantindo-se os direitos trabalhistas, inclusive com a implantação de um plano de cargos e salários; e adoção de uma política concreta e abrangente de educação continuada (JORGE; et al., 2007, p. 424).

Para exemplificarmos esta realidade de relação sujeito e trabalho, e especificamente o trabalho do enfermeiro, apresentaremos os dados a seguir, iniciando pelo tipo de contrato.

Tabela 5 - Distribuição dos trabalhadores dos CAPS I A e B, segundo o tipo de contrato. Cuiabá, MT, 2008.

TIPO DE CONTRATO	CAPS I A		CAPS I B		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
EFETIVO	7	50,0	2	10,5	9	27,3
CONTRATO TEMPORÁRIO	7	50,0	17	89,5	24	72,7
TOTAL	14	100,0	19	100,0	33	100,0

De acordo com a tabela, notamos maior prevalência de trabalhadores com contrato temporário nos serviços, representando um total de 72,7 %, com um índice muito mais significativo no CAPS B (89,5%). Mesmo o CAPS A apresentando um percentual equitativo, devemos considerar que apesar de concurso recente no município (julho de 2007), o contrato efetivo, atinge apenas 50% dos trabalhadores, que têm, a maioria nível superior.

Como agravante para esta situação, temos a Lei Federal Nº 8.745, de 1993 que dispõe sobre a contratação por tempo determinado para atender necessidade temporária de excepcional interesse público (BRASIL, 1993). Lei esta, utilizada pelos gestores como respaldo para contratação, porém neste caso, por tempo indeterminado, já que encontramos nos serviços, trabalhadores que estão no local há mais de 4 anos com contrato temporário.

Estudo realizado em um serviço de emergência do SUS em Mato Grosso destacou também que o trabalho temporário funcionava como técnica disciplinar no sentido de induzir o não questionamento de decisões administrativas pelos trabalhadores, já que isto pode implicar perda do emprego (COSTA, 2005).

As falas abaixo demonstram a insatisfação desses trabalhadores com o tipo de contrato, a instabilidade no serviço e a falta de direitos trabalhistas.

NFM 1: Olha, ta meio devagar ainda porque a gente começou agora nem assinar contrato não foi assinado, a não ser eu que fui lá e assinei o meu.

NFM 2: eu to meio desanimada esses dias, porque esse contrato até hoje, quando você vai assinar o contrato já ta quase no meio do ano ai eu não sei como é que fica esse negócio.

NFM 5: eu gostaria de que a gente fosse efetivado, pra gente ter um pouco mais de tranqüilidade, porque a gente tem direito a um ano só sem fazer teste seletivo e a gente não tem direito, porque não tem carteira assinada, é só um contrato provisório, duração de um ano, terminou o ano a gente ta desempregado, e agora o ano que vem vai mudar os políticos, a gente fica com aquela insegurança total sobre o trabalho da gente.

NFM 6: Assinamos [o contrato] ontem [28/02/2008]. É temporário, o meu, das meninas, o nosso quadro de monitora.[...] O nosso era 20 horas, só que nós fazemos 20 horas aqui, tem que fazer atividade em casa pra trazer aqui, sai mais de 20 horas, sai quase 30.

NFM 10: Olha eu sou prestadora de serviço, e acho que a maioria daqui, talvez dois ou três que sejam já efetivos. [...] é uma vergonha né! Vamos fazer o que, se tivesse concurso, o prefeito disse que ia abrir concurso, só que abriu concurso só para os médicos e pra algumas enfermeiras que fizeram concurso e não foram chamados, que também acho que vai morrer por isso ai, vai ficar por isso mesmo, ai passa algum tempo, ai fala que não contrata mais, porque já está em período político, e não pode contratar mais, e por ai fica, e assim sempre acontece.

NS 9: Não é contrato, é uma folhinha, eles contratam a gente como se a gente fosse autônomo.[...] você não tem estabilidade nenhuma, você não tem segurança nenhuma, amanhã ou depois se mudar a secretaria, até mesmo se der a louca nesse secretário e ele falar assim: precisamos enxugar a folha eles não querem saber de onde vão tirar.

NS 11: Vem essas capacitações geralmente as pessoas fazem e algum tempo depois elas saem [...] o contrato é de um ano, e renova por mais um ano, e o contrato é de 40h, e o que a prefeitura faz? Eles fazem um acordo de reduzir pra 20h, trabalha 20h mas com contrato de 40h, eles fazem isso.

NS 13: eu sou contratado, eu fiz um contrato semestral renovado automaticamente, [...] você assina o contrato uma vez e ai vai correndo até a hora que eles resolvem que não querem mais, então não é uma coisa muito clara também, então não tem muita clareza como é esse contrato.

Enfermeira 2: é um contrato de insegurança, [...] quando há mudança dos profissionais, o que se trata de secretário, coordenadoria de atenção básica, [...] você corre o risco de ser mandado embora, então quer dizer, única coisa que você sente quanto a esse contrato é insegurança, [...] você sabe que a qualquer hora você pode estar desempregado.

Enfermeira 3: quando você vai trabalhar com esse contrato você fica muito instável, você fala a qualquer momento você vai ser mandado embora, e vem outro, e a projeção que você fez, por exemplo na unidade, no sistema, acaba, você fica assim na dúvida, você vai investir mesmo? Você acaba investimento e pode amanhã você ser mandada embora, então você fica meio insegura.

Por meio de uma política neoliberal, esses trabalhadores viviam um processo de trabalho marcado por insegurança, instabilidade e vínculos fragilizados. Mesmo com a existência do Programa de Desprecarização do Trabalho no SUS desde 2003 e direitos trabalhistas previstos em lei, o que encontramos nos locais das pesquisas, foi a maioria dos contratos precários com poucos ou nenhum direito trabalhista, sendo que no caso das artesãs/ monitoras, a situação era pior, pois estas não possuíam direito trabalhista nenhum, e no CAPS A as artesãs trabalharam desde o mês de janeiro, mas assinaram o contrato apenas em março.

Vivenciamos uma subproletarização, por meio da expansão do trabalho parcial, temporário, precário, subcontratado, terceirizado, que marca a sociedade no capitalismo avançado (ANTUNES, 1999), mas devemos considerar que havia pouca autonomia por parte dos trabalhadores, que eram justificadas pelo contrato temporário, ou seja, um vínculo frágil dificultava a busca por melhores condições de trabalho, por correrem o risco de perderem o emprego.

Os contratos temporários aliados a outras condições precárias de trabalho, uma característica do capitalismo atual, observado neste estudo, podem ajudar a entender as reduzidas taxas de sindicalização (ANTUNES, 1999).

O sindicalismo tem encontrado dificuldade para incorporar trabalhadores em condições de contratos temporários e trabalhos parciais, acarretando uma crise sindical. Um dos elementos que induzem ao aumento dessa crise é a incapacidade de unir os interesses de trabalhadores em condições precárias com os de trabalhadores estáveis, uma tendência *neocorporativa*, “que procura preservar os interesses do operariado estável, vinculado aos sindicatos, contra os segmentos que compreendem o trabalho precário, terceirizado, parcial” (ANTUNES, 1999, p. 64), em vez de buscar formas novas de organização que articule os diferentes setores da classe trabalhadora, tem-se dessa forma, como resultado um universo categorial excludente, fragmentado e composto por interesses diferentes, o que determina a impossibilidade

de um sindicalismo amplo que privilegie as esferas interprofissionais (ANTUNES, 1999), ou seja, desde os trabalhadores com contratos efetivos aos que estão em contratos temporários.

O que devemos enfatizar é que se os trabalhadores estão vinculados ao serviço por contratos temporários, e, portanto, instáveis, conseqüentemente terão pouco incentivo pessoal e institucional para qualificação. Diante dessa situação, em que os trabalhadores estão muito limitados, o sindicalismo enfraquece, aumentando a autonomia do gestor e a exploração do capital. Desta forma, se temos menos força sindical, aliada à pouca formação dos trabalhadores, naturalmente a equipe terá poucas condições de fazer críticas sobre o contexto em que está inserida, por conseguinte, a probabilidade de alienar-se no processo de trabalho é muito maior.

A dificuldade de aglutinar as diferentes categorias de trabalhadores também afetou “as ações e práticas de greves, que tiveram sua eficácia em alguma medida reduzida em decorrência da fragmentação e heterogeneização dos trabalhadores” (ANTUNES, 1999, p. 64), o que dificulta ainda mais as possibilidades de lutas sindicais por melhorias nas condições de trabalho.

A crise sindical defronta com a tendência de uma crescente individualização das relações de trabalho, desregulamentação e flexibilização ao limite no mercado de trabalho, burocratização e institucionalização das entidades sindicais (distanciando dos movimentos sociais autônomos, do anticapitalismo e da radicalidade social), e conseqüentemente o capital amplia sua ação isoladora e coibidora aos movimentos de esquerda (ANTUNES, 1999).

A perda da força dos movimentos sindicais pode ser um dos motivos para que o trabalhador passe a agir de forma independente tanto do trabalho do CAPS, como do trabalho com o restante da equipe, dificultando a construção de uma consciência solidária entre os trabalhadores e a perda de seus direitos e reivindicações de classe (LOBOSQUE, 2003).

Este cenário favorece a exploração do capital sobre a força de trabalho, aumentando a alienação dos trabalhadores por meio da fragmentação do trabalho e pouco conhecimento e interesse pelo contexto em geral, privilegiando apenas o que diz respeito a sua categoria profissional e ao seu trabalho.

As conquistas trabalhistas que asseguraram, em muitos países, ao longo do século XX, considerável poder de negociação aos trabalhadores, vão sendo suprimidas, e formas mais flexíveis de contratação e uso da força de trabalho vão-se expandindo, como a subcontratação, o trabalho temporário, o trabalho em tempo parcial (HOLZMANN, 2000, p. 263).

Devemos considerar, portanto, que a subcontratação e o trabalho temporário aumentam a alienação dos trabalhadores, dificultando as possibilidades destes se verem como sujeitos sociais, como agentes criadores, e, além disso, se reconhecerem no seu trabalho, ou melhor, no resultado e na finalidade de seu trabalho. A contratação efetiva é indispensável para os serviços substitutivos de saúde mental, já que os compreendemos como permanentes na substituição dos hospitais psiquiátricos. Porém o contrato efetivo acarreta encargos para a gestão, que os evita por meio dos contratos temporários.

Com o movimento sindical enfraquecido, os trabalhadores não se identificam como classe e buscam formas individuais de agir, reivindicando direitos, o que prejudica não somente o trabalhador, mas o trabalho realizado que tem como objeto o usuário em sofrimento psíquico.

O concurso público é um meio de garantir direitos aos trabalhadores, assim como condições melhores de trabalho.

Atualmente, são poucos os gestores que investem efetivamente nesta contratação – ou não contratam ninguém, ou a fazem apenas em situações já críticas. Os concursos públicos acontecem raramente; quando se realizam, o programa e a bibliografia, muitas vezes nada têm a ver com o perfil do trabalhador exigido pelo modelo substitutivo que desejamos (LOBOSQUE, 2003, p. 176).

Sendo assim, encontramos a maioria dos trabalhadores com contratos temporários, situação presente também entre as enfermeiras da pesquisa, em que duas delas estavam em contrato temporário e apenas uma com concurso realizado recentemente. A não garantia do contrato de trabalho efetivo, limita o profissional a se posicionar de forma autônoma nas discussões em equipe e com o usuário, e menos ainda, na exigência por melhorias no serviço, pois isso pode repercutir em demissões. Como exemplos dessa situação, temos as seguintes falas:

NFM 10: Não tem material minha oficina, a gente vive de favores né, que não deveria, porque aqui é da prefeitura, tem dinheiro, saúde mental tem dinheiro, mas não sabemos porque, nem pra onde, nem convém né, se eu falar alguma coisa amanhã to na rua né.

NS 7: ela [enfermeira] quis que [o gestor] explicasse pra ela o uso de todo dinheiro que vem pro CAPS, [...] as APACs é um dinheiro que vem pro município tocar o CAPS, então quando ela começou a saber ao certo pra onde isso ia, ai teve meio que uma reviravoltazinha.

NS 11: [...] porque como contratado a gente fica covarde em tomar certas decisões mesmo assim porque depende do trabalho, por mais que seja pouco, e no meu caso específico, porque eu gosto, eu tenho muito interesse nisso, e é o que me faz ficar aqui na verdade.

O mundo do trabalho capitalista em que estamos inseridos e onde encontramos contratos temporários como meio de exploração da força de trabalho, favorece a não participação dos profissionais nos processos decisórios, ou seja, a co-gestão por meio do Conselho Gestor, por exemplo, o trabalho em equipe, a autonomia no processo de trabalho e o exercício de sua força instituinte, fazendo com que o trabalhador tenha dificuldade de se ver como sujeito de seu trabalho. Assim a probabilidade de realizar um trabalho sem se perguntarem a eficiência deste, é muito maior.

Assim como nos CAPS estudados, mais de 50% dos trabalhadores dos CAPS de Mato Grosso possuíam vínculo temporário de trabalho (OLIVEIRA; et al., 2008), que gerava nos profissionais medos em relação à demissão e insegurança quanto a forma de contratação, ambos fatores determinantes para a qualidade do trabalho e do tratamento.

Além do tipo de contrato, consideramos o salário dos trabalhadores como um dos fatores influenciadores para a realização do trabalho da equipe e, que será apresentado na tabela a seguir.

Tabela 6 - Distribuição dos trabalhadores dos CAPS I A e B, segundo a faixa salarial. Cuiabá, MT, 2008.

FAIXA SALARIAL		CAPS I A		CAPS I B		TOTAL	
		N	%	N	%	N	%
ATÉ 2 SALÁRIOS MÍNIMOS	Nível fund./ méd.*	6	42,8	9	47,4	15	45,4
	Nível superior	4	28,6	7	36,8	11	33,3
	Total	10	71,4	16	84,2	26	78,7
DE 2 A 4 SALÁRIOS MÍNIMOS	Nível fund./ méd.*	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Nível superior	0	0,0	3	15,7	3	9,0
	Total	0	0,0	3	15,7	3	9,0
DE 4 A 6 SALÁRIOS MÍNIMOS	Nível fund./ méd.*	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Nível superior	1	7,1	0	0,0	1	3,0
	Total	1	7,1	0	0,0	1	3,0
MAIS DE 6 SALÁRIOS MÍNIMOS	Nível fund./ méd.*	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Nível superior	3	21,4	0	0,0	3	9,0
	Total	3	21,4	0	0,0	3	9,0
TOTAL		14	100,0	19	100,0	33	100,0

* compreende todos os trabalhadores com ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo, ensino médio incompleto e ensino médio completo.

** Utilizamos como salário mínimo o valor vigente durante a realização da pesquisa (415,00 reais).

A tabela nos permite afirmar que o salário é um fator desfavorável no trabalho dos CAPS. 78,7% dos trabalhadores recebiam até dois salários mínimos. Nenhum trabalhador de nível fundamental e médio recebia mais de dois salários mínimos. 11 trabalhadores de nível superior recebiam menos de dois salários mínimos e somente 7, mais que dois salários mínimos, donde se deduz que a maioria destes estava recebendo abaixo do piso salarial previsto pelos conselhos correspondentes de cada categoria profissional.

Cabe enfatizar que os trabalhadores em contrato temporário eram os que recebiam menores salários e realizavam a maior carga horária semanal de trabalho, pois os profissionais de nível fundamental/ médio eram os únicos que trabalhavam 40 horas/ semanais, sendo que dentre os trabalhadores de nível superior, apenas a enfermeira do CAPS A cumpria a carga horária de 40 horas/ semanais, ou seja, os homens trabalham, produzem sempre mais, sem receber mais do que lhes é indispensável para viver, e algumas vezes um pouco menos, o que seria a base da exploração no sistema capitalista (LUNARDI FILHO; LUNARDI; SPRICIGO, 2001), portanto, intensificar a força de trabalho, por meio do aumento da jornada de trabalho

com redução do salário, pode até indicar contenção de gastos, mas com probabilidade maior de desqualificar o tratamento ofertado e diminuir as oportunidades de forças instituintes. Reflexo dessa situação precária de trabalho é evidenciado nos fragmentos de falas abaixo.

NFM 14: A gente faz 8 horas aqui e o salário não chega nem a 600 reais né, meu salário vem 530, com o prêmio de 50 reais, então vai pra 580.

NS 1: [...] se for ver assim é pouco, **se for pra trabalhar só aqui é pouco, é onde tem que ter outro trabalho** na escola,[...] o salário aqui é 450, se fosse pra trabalhar só aqui era muito pouco. (grifo nosso)

NS 5 [*profissional que estava vinculada ao CAPS no início da coleta de dados, mas durante a entrevista estava em fase de desvinculação*]: eu só tava realizada com o meu trabalho, com o que eu tava desenvolvendo, agora quanto ao salário, eu não era muito satisfeita não [...] **Eu sei porque eu tive proposta melhor de trabalho** [...] la é normal, sou contratada como uma professora também, é contrato, mas eu tenho todos os direitos trabalhista, e aqui no CAPS não, é só o salário, não tinha férias, não tinha 13°, nada. (grifo nosso)

NS 7: por elas [artesãs/ monitoras] terem mais vinculo e mais contato com o pacientes, eu acho que elas deveriam ser mais bem remuneradas né, até a gente sempre fala, porque o enfermeiro, psicólogo, assistente social, todas eles tem o incentivo né, que é o dinheiro que a secretaria de saúde manda, e elas [artesãs/ monitoras] não tem, [...] elas que ficam a maior parte do tempo junto com eles [usuários], [...] então eu acho que elas deveriam ser muito mais bem remuneradas, [...] a maioria ali ta com 4, 5 anos como monitoras, mas deixa a motivação, a gente vê elas falando, isso são relatos delas mesmas, eu acho muito pouco, porque tem umas que tem até nível superior.

NS 8: Na verdade, **todos os contratos são de 8 horas, 40 horas semanais, só que ninguém faz isso né, existe um acordo entre a prefeitura e as instituições**, por quê? Eles reconhecem que o salário é baixo, e eles sabem que se oferecer esse salário pra cumprir essa carga horária eles não vão conseguir profissionais. (grifo nosso)

NS 9: **eu me sinto desvalorizada** [...] Salário de 600 reais, como a gente ganha o passe, que é um diferencial, isso alguns ganham, e tem os 200 reais que é estilo uma..., ah eu ganho insalubridade também, que é 120 reais, e não são todos que ganham, o pessoal começou a ganhar tem um mês pra cá, porque entrou com pedido [...] 970 bruto [...] Mas isso nunca é pago junto, você ganha o

salário mais a insalubridade, ai **você ganha 700, ai esses 200 você ganha quando eles acharem melhor, como ta devendo 3 meses disso.** (grifo nosso)

NS 13: nós temos uma remuneração muito ruim, a gente não tem muitos recursos [...] hoje eu ganho aqui menos de 2 salários mínimos, [...] o salário do CAPS hoje é 600 mais 20% de insalubridade da 720 reais, ai mais ajuda transporte, porque ta recebendo abaixo de 2 salários, eu sei que no frigar dos ovos, tirando ajuda transporte, tirando o prêmio mensal, teoricamente é mensal, mas não é certo, a gente ganha menos de 2 salários mínimos. Eu acho uma remuneração muito pequena, **isso força boa parte da turma a ir buscar uma complementação de renda, que acaba não sendo interessante pra qualidade de vida do profissional, você acaba tendo que trabalhar em dois, três lugares.** (grifo nosso)

NS 18: vou falar do salário da rede, eu trabalho, **sou concursada desde 1996 e nunca houve um aumento de salário,** eu tomei posse em 97. (grifo nosso)

Enfermeira 2: eu to janeiro, fevereiro e março, e agora abril, **na folha de abril meu nome não veio** [...] Sem receber janeiro, fevereiro e março [...] é 560 ou 580, ai com ajuda de insalubridade e de passe de ônibus que ele chega 880 mais ou menos, creio que seja isso, não posso nem falar direito porque não recebi.[...] é um salário que não compensa profissional nenhum trabalhar, quer dizer ou você trabalha porque você gosta ou por tanta necessidade, não é meu caso, **eu estou com dois empregos,** mas eu gosto de trabalhar em saúde mental, até porque eu já tenho conhecimento. (grifo nosso)

Enfermeira 3: Salário base 600 reais [...] Ai eles colocam insalubridade, que é por lei, e aquela gratificação que as vezes vem, as vezes não vem, que eles dão de 200 reais, ai fica 800, 900, bruto[...] Eu acho assim que de um modo geral o salário nosso, da equipe todinha o salário é muito baixo, porque o salário aqui é padrão pra todo mundo, quer dizer pelo salário ninguém trabalha em saúde mental [...], porque é muito pouco é muito baixo, [...], nossa você pagou 750 reais na sua faculdade, agora o que você ganha não paga o que você pagou pra estudar, então você tem que ser apaixonada mesmo naquilo ali. (grifo nosso)

Temos alguns pontos a considerar nestas falas, primeiramente que o trabalho não pode ser sinônimo de servidão, ou muito menos de produtividade, mas sim produção enquanto sinônimo de projeto, criação (LOBOSQUE, 2003).

O investimento no setor saúde não tem sido prioridade, a não ser por iniciativas isoladas em contextos históricos específicos, desse modo, 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 ou como lugar para adquirirem experiência profissional” (SCARCELLI, 1999, p. 191).

Por conseguinte, encontramos também nas falas, além da queixa apresentada com muita frequência por quase todos os trabalhadores relacionada ao salário baixíssimo, a necessidade de ter mais de um emprego para suprir essa carência de salários e a grande rotatividade de trabalhadores, como resultado das condições precárias de trabalho, ou seja, com contratos temporários e salários muito baixos, o trabalhador abandonava o CAPS buscando vínculos estáveis e melhores condições de trabalho. Assim, os baixos salários oferecidos aliados aos contratos temporários, a falta de materiais, dentre outras dificuldades encontradas, podem influenciar o processo de trabalho da enfermeira e demais integrantes da equipe do CAPS. O trabalhador recebe sempre, em média, somente o valor de seu trabalho, que se reduz ao valor da sua força de trabalho, a qual, por sua vez, é determinada pelo valor dos meios de subsistência necessários à sua manutenção e reprodução (MARX, 1865).

Em uma área considerada essencial, como a saúde, devemos enfatizar que a maioria dos trabalhadores não possuía proteção social, e, por conseguinte, a ausência desses direitos e benefícios ocasiona alto grau de desmotivação e, conseqüentemente, grande rotatividade desses trabalhadores nos serviços, prejudicando a continuidade do tratamento ofertado, bem como o seu resultado final. Ainda, nas falas supracitadas dos trabalhadores, encontramos o sentimento de desvalorização, ao receberem esse tipo de salário, tanto pelos salários baixos, como também pela diferença salarial entre as categorias profissionais, dado também presente entre a maioria dos trabalhadores em uma pesquisa recente realizada nos CAPS de Mato Grosso (OLIVEIRA et. al, 2008).

Trabalhando com contratos temporários, e com salários não condizentes com o piso salarial, a equipe de um dos CAPS assinava um contrato de 40 horas semanais, mas por meio de um acordo com a gestão cumpria-se apenas 20 horas semanais. Outro fator importante em relação à permanência dos trabalhadores no CAPS, é que nos dois locais de estudo, o médico recebia por 40 horas semanais e permanecia no local menos de 10 horas semanais. O que nos faz compreender que havia uma

diferença não apenas de contratos e salários, mas de direitos, de valorização, uma valorização construída socialmente.

Devemos considerar ainda que nos dois locais de estudo encontramos profissionais da equipe trabalhando desde janeiro sem receber e sem assinar o contrato até no período de realização da coleta, ou seja, fevereiro e março. Desta forma, de um lado temos o objetivo formalmente assumido de ter um CAPS substitutivo das internações e estratégico na mudança de modelo (BRASIL, 2004b), porém por outro lado, encontramos como predominante o imprevisto e a aparência de mudança, que se observa nos prédios alugados, em locais de difícil identificação e acesso e com trabalhadores majoritariamente temporários e mal remunerados. Desta forma, corremos o risco de entrar na lógica do “faz-se de conta que paga, então faz-se de conta que trabalha”.

Mesmo trabalhando em condições precárias, por meio das falas abaixo notamos que alguns trabalhadores ainda conseguiam encontrar justificativas para não lutarem por melhorias e permanecerem neste local tão pouco interessante.

NFM 3: Bom se o salário subisse mais um pouco? Claro né, porque hoje em dia não dá nem pro mercado, pra minha casa não dá com o salário que eu ganho, meu marido não tem um salário, então não é bom, mas quantas pessoas tem vontade de ta ganhando esse dinheirinho que eu ganho.

NFM 4: o salário é pouco, só que quando eu fiz o concurso eu sabia que era esse né e eu aceitei, então não tem como brigar por ele.

NS 2: Assim, contente com meu salário não, porque meu salário é bem defasado, faz tempo, mas assim, esse não seria o momento de correr atrás de aumento não.

NS 9: [...] se você não quer, tem outro que quer.

Neste caso temos duas situações, primeira, a condição concreta de desemprego/sub-emprego, no qual o trabalhador se submete a condições precárias, e assim, por temer a perda do emprego, não se percebe num processo coletivo e de classe, e segunda, essa ilusão trazida por eles, de que apesar de estarem insatisfeitos, as coisas são assim mesmo, portanto não podem fazer muita coisa para mudar, o que remete a uma produção ideológica resultado de alienação.

A alienação social se exprime numa “teoria” do conhecimento espontâneo, formando o senso comum da sociedade. Por seu intermédio, são imaginadas explicações e justificativas para a realidade tal como é diretamente percebida e vivida (CHAUI, 1995, p. 174).

Esse senso comum na verdade é uma elaboração intelectual que descreve e explica o mundo a partir do ponto de vista da classe dominante de uma sociedade, e essa elaboração incorporada pelo senso comum social é a ideologia, que procura ocultar as divisões sociais e políticas, levando-nos a crer que somos todos ‘iguais’ perante a sociedade, e que as desigualdades sociais apenas existem por uma questão de inteligência, capacidade ou força de vontade, por exemplo, algo muito subjetivo, que a sociedade nada tem a ver (CHAUI, 1995). Assim, “o ponto de vista, as opiniões e as idéias de uma das classes sociais – a dominante e dirigente – tornam-se o ponto de vista e a opinião de todas as classes e de toda a sociedade” (CHAUI, 1995, p. 174), portanto, a ideologia elimina dúvidas e ansiedades, assegurando o comportamento da sociedade, perante as diferenças sociais. Por conseguinte, a ideologia só se faz por meio da alienação. Logo, se temos essa ideologia de que “as coisas são assim mesmo” e uma alienação intensamente presente dentre os trabalhadores, as possibilidades de construção de espaços de co-gestão e cidadania tanto para o trabalhador, quanto para o usuário ficam prejudicadas.

O trabalho feminino é um fator mais agravante para essa alienação, pois a mulher sempre foi a figura que se submeteu mais facilmente às explorações do capital. No caso deste estudo, as três enfermeiras eram do sexo feminino, assim, a permissibilidade para a exploração do capital tem probabilidade de estar mais presente numa profissão como a enfermagem, que no decorrer da história sempre foi comparada ao trabalho doméstico com baixa remuneração (ALMEIDA; ROCHA, 1989).

A predominância do sexo feminino também na equipe, somada à instabilidade, insegurança, baixos salários, poucos movimentos sociais estruturados em Mato Grosso, resultam numa luta sindical enfraquecida, já que estes trabalhadores se sentem vulneráveis diante dessas condições precárias de trabalho. Sendo assim,

O senso de solidariedade que distinguia os movimentos de trabalhadores organizados está em declínio. As negociações coletivas voltam-se prioritariamente para os trabalhadores do quadro funcional das empresas e as reivindicações têm como foco central a manutenção do emprego e o posicionamento frente às propostas de redução da jornada de trabalho, com a conseqüente diminuição de salário, como alternativa de incorporação, sob contratos precários, de mão-de-obra desempregada. Os próprios interesses dos trabalhadores terceirizados, submetidos às mais desfavoráveis formas de contratação e de condições de trabalho, raramente são contemplados. GOMEZ, THEDIM-COSTA, 1999 p. 414)

Mesmo o trabalho em saúde tendo uma proporção maior de tecnologia leve, ainda encontramos uma fragmentação nas relações de trabalho, e pouca busca por espaços de autonomia. Porém, a própria história do sujeito, e as condições do contexto são condicionantes para limitar os espaços intercessores, como também, pode ser um obstáculo para o desenvolvimento da atenção psicossocial. Assim, o cenário atual aponta para a tendência de uma “insensível perda de si” ou “mal-estar fundamental do trabalho”, resultado de um aborrecimento, insatisfação, na medida em que não encontra no serviço motivação para trabalhar (RAMOS, 1999).

Apesar do Ministério da Saúde reconhecer as condições precárias de trabalho, criando o DesprecarizaSUS, este apenas atenua os efeitos perversos do capital, um programa de gestão não é suficiente para modificar a situação global da classe trabalhadora, na qual o interesse do capital se coloca fortemente sobre os trabalhadores. Neste contexto há um descompasso entre as políticas de recursos humanos que estão sendo implantadas pelo poder público e sua operacionalização em nível local, “pois estas políticas ainda são desenvolvidas de forma tímida, em constante tensão entre os interesses da sociedade e os impostos pela política econômica” (JORGE et al., 2007, p.424), portanto, é necessário que tal política seja operacionalizada e implantada de forma intensa, para que possamos superar essa dicotomia entre o proposto e o realizado.

Nesta perspectiva, urge a adoção de medidas, tais como: a abertura efetiva de espaços para a implantação e/ou consolidação da co-gestão, alicerçada nas opiniões e/ou decisões dos trabalhadores; o respeito aos princípios da administração pública no que referente à contratação somente por concurso público, garantindo-se os direitos trabalhistas, inclusive com a implantação

de um plano de cargos e salários; e adoção de uma política concreta e abrangente de educação continuada (JORGE et al., 2007, p. 424).

Diante dessa situação, em que temos condições precárias de trabalho ofertadas a uma equipe que possui uma história de pouca ou nenhuma luta sindical e com pouca formação em saúde mental, nos perguntamos qual o trabalho possível de ser realizado em um cenário que possui uma grande divergência entre as condições oferecidas para que o trabalho seja realizado e a proposta da atenção psicossocial. Nesse âmbito, que trabalho o enfermeiro tem realizado? De que maneira delimita os elementos do processo de trabalho? Como se relaciona com o restante da equipe e com os usuários e familiares? E, nessas condições precárias de trabalho, por que escolheu trabalhar em saúde mental?

É o que abordaremos a seguir a partir dos dados históricos, do contexto e dos sujeitos envolvidos.

5.4 Fatores Determinantes da Opção de Trabalho dos Enfermeiros em Saúde Mental

Trabalhar em saúde mental indica uma preferência por essa área, e assim, maior probabilidade de os profissionais se especializarem no modelo de atenção psicossocial.

Porém, a opção a ser feita pelos profissionais nem sempre é permitida ou trabalhar em saúde mental, neste caso nos CAPS, na maioria das vezes é a última alternativa de emprego para os trabalhadores, fato este que pode estar relacionado ao contexto histórico de exclusão do louco definindo este como perigoso (MIRANDA, 1994), e, portanto trabalhar em saúde mental implica correr riscos, além de que, como já apresentado, existem poucos cursos de especialização em saúde mental, bem como pouca procura também, e como agravante temos a nossa formação ainda é voltada para o modelo asilar.

Desta forma, vejamos por que as enfermeiras escolheram trabalhar em saúde mental.

Enfermeira 1: Bom eu não escolhi trabalhar no CAPS. Como no concurso eu passei em último lugar, ninguém quis, aí eu fiquei aqui no CAPS, mas agora eu gosto daqui, eu vejo que eu tenho aptidão pra cá mesmo.

Enfermeira 2: Eu fui chamada pra trabalhar numa unidade de saúde que tava inaugurando em 2002, CAPS, Centro de Atenção Psicossocial. Era novo, e quando eu cheguei aqui não tinha uma explicação clara, mas assim, eu bem dizer participei da construção de documentos por documentos [...] pra fazer toda a estrutura do trabalho em geral da unidade.

Enfermeira 3: Eu que escolhi, porque eu formei em agosto, e fiquei sem trabalhar uns 4 meses. Queria um lugar que eu me identificasse, porque hospital eu não queria, eu queria saúde pública, e na saúde pública eu optei pela saúde mental.

A fala da Enfermeira 1 expressa claramente que a exclusão não era somente do louco, mas também uma exclusão dos serviços de atenção à saúde mental, pois quando a gestão determinou que o profissional que preencheria o último lugar em um concurso trabalharia em saúde mental, além de indicar uma desvalorização desse dispositivo e impedir que a escolha fosse feita pelos profissionais resultando em identificação pela área, ela também excluiu esse serviço e conseqüentemente o usuário em sofrimento psíquico.

De acordo com Miranda (1994), historicamente as enfermeiras escolhidas para trabalhar em psiquiatria eram normalmente irresponsáveis e faltosas, ou seja, o trabalho nestes serviços se colocava muito mais como uma forma de pagar o preço pelo mau comportamento do que uma contribuição para a melhora do usuário. Neste contexto específico, podemos relacionar que a ida para o CAPS do último colocado no concurso público, se torna também um tipo de “castigo”, pois se associa que enquanto o primeiro lugar ficava no “melhor emprego”, como o Programa de Saúde da Família, por exemplo, o último lugar ficava no emprego considerado “pior” para esses sujeitos.

Porém, em outra situação contrária a esta, temos a Enfermeira 3 que relatou sua escolha em trabalhar no CAPS, o que indica uma identificação com a área de saúde mental.

Outro fator importante é que a Enfermeira 2 aceitou trabalhar no CAPS mesmo não tendo conhecimento sobre este dispositivo, e talvez muito pouco sobre saúde

mental. Uma situação que reafirma os dados já apresentados é que temos em Mato Grosso poucos especialistas em saúde mental. Dentre os trabalhadores desta pesquisa poucos (4) haviam concluído ou estavam cursando alguma especialização em saúde mental, sendo que dentre as enfermeiras, nenhuma delas possuía ou estava cursando especialização em saúde mental. Desta forma, temos duas forças antagônicas, de um lado falas que direcionavam para a satisfação de trabalhar no CAPS e este serviço como primeira opção de emprego, mas por outro lado não encontramos nenhuma das enfermeiras com formação nessa área.

Mesmo que consideremos a formação recente dessas profissionais, ainda temos em nossa formação pouco incentivo para a área de saúde mental durante a graduação, sendo os estágios realizados na maioria das vezes em hospitais psiquiátricos.

Logo, entendemos que os fatores determinantes para que as enfermeiras desta pesquisa optassem por trabalhar em saúde mental eram muito mais uma imposição do meio, como o desemprego, por exemplo, ou uma imposição da gestão. A opção por trabalhar em saúde mental, apesar de estar presente, ainda acontece muito pouco, o que pode ser reflexo da história de periculosidade do *louco*, da pouca oferta e busca pela formação na atenção psicossocial, as condições precárias de trabalho, o desemprego, a pouca valorização social para os que trabalham em saúde mental, a nossa formação ainda muito voltada ao modelo biomédico, fazendo com que nós, profissionais, procuremos mais o hospital geral como meio de trabalho, dentre outros.

Diante dessa situação, vejamos como o trabalho da equipe e das enfermeiras era realizado, e quais elementos eram utilizados.

5.5 O Trabalho das Enfermeiras

A implementação da Reforma Psiquiátrica implica renovar as práticas de atenção à saúde mental, entendendo estas novas práticas como substitutivas ao modelo psiquiátrico. O modelo de atenção psicossocial reconfigurou o objeto de intervenção não mais a doença, mas o sujeito inserido num contexto social, e desta forma, a finalidade que antes era a cura da doença, agora é a reintegração social do usuário com necessidades de saúde e, portanto, não se tem mais como instrumento

apenas a medicação/ trabalho morto/ tecnologias duras e leve-duras e sim, meios que possibilitem a ampliação da autonomia do sujeito/ trabalho vivo/ tecnologias leves, a reabilitação psicossocial e a socialização do usuário, como as oficinas terapêuticas.

Este panorama tem sido um desafio constante para os profissionais da área, tanto do ensino quanto da assistência, pois implica transformação do saber e do fazer das profissões, para se organizar novas bases teóricas e práticas para a condução de projetos assistenciais e, assim, inventar novas maneiras de produzir saúde (BARROS; OLIVEIRA; SILVA, 2007, p. 816).

A construção de novas práticas de atenção à saúde mental acontece mediante a modificação do processo de trabalho das equipes dos CAPS, ou seja, implica realizar um trabalho em que haja participação de todas as categorias profissionais e responsabilização pelo usuário, bem como é necessário que os trabalhadores se coloquem como agentes de mudanças, que lhes permitam ser força instituinte nos serviços, além do questionamento contínuo sobre o trabalho que tem sido ofertado.

Para tanto, primeiramente, devemos considerar que o trabalho realizado pelas enfermeiras participantes da pesquisa é resultante do processo histórico pessoal de cada uma, assim como um resultado histórico da profissão, uma profissão que foi sendo modificada no decorrer dos anos. Desta forma, nos cabe neste momento analisar e discutir o trabalho das enfermeiras, iniciando pela apresentação das atividades realizadas.

5.5.1 As atividades realizadas nos CAPS

Dentre as atividades realizadas por todos os profissionais componentes da equipe dos CAPS, foram informadas a existência de consultas individuais, dispensação de medicamentos, “terapia comunitária”⁵, reuniões de equipe, reuniões usuários/familiares, visitas domiciliares e oficinas terapêuticas (costura, *bicuit*, artesanato em palha, tecelagem, massoterapia, alfabetização, recreação, terapia em tecido, acolhimento, reunião de família, terapia de horta e jardinagem, musicoterapia,

⁵ Foi informada a realização de terapia comunitária, porém a atividade observada com essa denominação não guardava nenhuma relação teórico-prática com a proposta de Adalberto Barreto (criador da terapia comunitária).

educação física e fisioterapia). Em relação às atividades realizadas pelas enfermeiras nos CAPS temos principalmente a visita domiciliária, algumas atividades administrativas, oficina de educação em saúde, consulta individual, verificação de sinais vitais e dispensação de medicamentos, conforme os relatos:

U/F 2: muito bom, já foi até lá minha casa fazer visita no final de 2006 [...] ver como eu tava passando [...] Mede pressão, atende, dá os remédios, conversa com o paciente, o modo de usar os remédios.

U/F 9: quando eu preciso de receita ele [psiquiatra] deixa com a enfermeira e ela passa [ela entrega].

NS 2: a questão da educação em saúde é ela [enfermeira] que está na coordenação. [...] dá palestrinha, dá informação.

NS 4: ela [enfermeira] também faz visita domiciliar, ela é responsável pela administração de uma maneira geral, desde pequenas às grandes coisas ficam sob a responsabilidade dela, [...] ela realiza procedimentos de enfermagem, [...] faz trabalho de educação em saúde, não só a respeito de saúde mental, mas das co-morbidades também, ela estava fazendo intervenção individual, nessa semana ela começou a fazer em grupo. [...] já foi organizado uma capacitação interna para os usuários, já foram organizadas pequenas campanhas em datas comemorativas, também é uma intervenção dela.

NS 5: ela acompanha fazendo os procedimentos de enfermagem mesmo, [verifica] pressão do paciente, ela [administra] alguns medicamentos, controla a medicação de alguns pacientes [...], faz as visitas nas casas dos pacientes que não vêm até o CAPS [...] conversa com algum paciente alterado, nervoso, ela que se encarrega de ficar com eles.

NS 13: [a enfermeira] também realiza as visitas, quando há necessidade, ela vai nas residências, ela tem também um bom trânsito entre os familiares.

RELATO DE OBSERVAÇÃO CAPS A (25/08/2008, segunda-feira): Pela primeira vez houve a oficina de educação em saúde na modalidade palestra, coordenada pela enfermeira. O tema tratado foi escolhido pelos usuários do CAPS - câncer de mama. A maioria presente era mulheres (apenas três homens). Percebi a satisfação dos usuários com a realização desta oficina, muitos participaram, por meio de questionamentos e experiências relatadas. A enfermeira utilizou algumas palavras que os usuários não entendiam, como por exemplo: DNA, abscesso, dentre outros,

porém, em seguida, esclarecia para os usuários os significados destas.

É importante observamos que o tema da oficina partiu de um interesse dos usuários, estimulado pela enfermeira, além disso, havia muitos relatos tanto de usuários/familiares como também dos profissionais que se referiam à visita domiciliária como uma das principais atividades da enfermeira. O atendimento individual e em grupo realizado por esta profissional também esteve presente entre as atividades informadas. Houve ainda referência a atividades administrativas e relacionadas à medicação, em que na maioria das vezes o médico deixava as medicações prescritas e a enfermeira apenas as entregava aos usuários, acontecendo pouca interação entre médico e paciente.

O MS definiu por meio das portarias N° 224/92 e N° 336/02 que atividades como prestar atendimento individual, medicamentoso, psicoterápico, grupal, atendimento em oficinas terapêuticas, atividades socioterápicas, visitas domiciliárias, atendimento à família e atividades comunitárias, enfocando a integração do paciente ao seu meio social (BRASIL, 2004a), devem ser atividades realizadas pelos profissionais dos CAPS, sendo que nesta pesquisa, grande parte era realizada também pela enfermeira, dentre essas a mais presente era a oficina de educação em saúde. Esta atividade acontecia por meio de um grupo de usuários com participação esporádica de familiares e demais trabalhadores da equipe.

Compreendemos grupo, no campo da atenção à saúde, como um *lócus* que articula as várias dimensões da vida humana: social, porque aproxima, agrega, compartilha e/ou divide interesses e expectativas, constrói pessoas (sujeitos históricos) que constroem comunidades e estas, por sua vez, constroem os sujeitos; subjetiva, caracterizada pelos afetos, emoções, intelecto e cognição que também são conformados na realidade sócio-histórica da existência individual e coletiva das pessoas; e, a biológica, que sintetiza, no processo saúde-doença, as múltiplas determinações constitucionais e genéticas, as relacionadas ao ambiente, além da atitude pessoal de cada um, na forma como interage com o meio interno, físico e psíquico, e externo (SILVA et al., 2006, p. 145).

Assim, os grupos têm como objetivo enfrentar as dificuldades decorrentes do sistema social em que usuários/ familiares estão inseridos, além disso, a oficina de

educação em saúde é uma prática que possibilita o trabalho em equipe e um meio de produzir sentidos de emancipação e empoderamento aos sujeitos envolvidos, sendo assim, uma prática de grande importância para a enfermeira, uma vez que pode articular várias dimensões, como social, biológica, ética e política. Por conseguinte, ao articular essas diferentes dimensões, as oficinas/ grupos constituir-se-ão em espaços potencialmente privilegiados para o empoderamento individual e coletivo (SILVA et al., 2006), e uma probabilidade maior de termos nos serviços mais forças instituintes.

Embora essa atividade tenha sido citada como uma das mais importantes, o que observamos, assim como num estudo de Silva et al. (2006), é que esses grupos/ oficinas de educação em saúde se reduziam a práticas coletivas de informação sobre doenças e convivência com um problema de saúde, “articulando uma dimensão superficial de educação em saúde (informação) com uma dimensão terapêutica implícita (convivência, vínculos afetivos)” (SILVA et al., 2006, p. 148), desta forma, mesmo havendo algumas vezes a participação dos usuários, essas oficinas se consolidavam mais como estratégia clínica assistencial do que como dimensão educativa, participativa e de empoderamento de usuários e familiares, o que indica uma visão limitada de realização de educação em saúde e uma dificuldade de ir além do modelo biológico.

Para que a atenção psicossocial se constitua não só como novo modelo, mas também como substitutivo é necessário romper com as práticas que tenham como enfoque causa – tratamento – cura. Além disso o serviço precisa de profissionais capacitados e envolvidos com a tarefa de facilitar a participação da comunidade nos serviços de saúde e, os profissionais necessitam do apoio do gestor, por meio de melhores condições de trabalho e espaços de capacitações.

Devemos considerar que os limites apresentados nestas práticas, como o acontecimento esporádico de visitas e oficinas realizadas pela enfermeira e equipe, e a medicação muitas vezes como centro do tratamento, estão diretamente relacionados ao contexto histórico e local. A formação da equipe e das enfermeiras era pouco voltada para atenção psicossocial, pois o hospital psiquiátrico ainda centraliza as práticas acadêmicas; a maioria dos trabalhadores estava vinculada ao serviço por contrato temporário e recebendo baixos salários; havia pouco estímulo da gestão para

capacitações, e, inseridos neste contexto, a classe trabalhadora também tinha poucas oportunidades de buscar melhorias nas condições de trabalho, incluindo capacitações para o serviço.

Este contexto local aliado às características intrínsecas de cada trabalhador e a um contexto histórico em que sempre tivemos a saúde voltada para clínica degradada (que não avalia riscos, trata sintomas) ou para a clínica tradicional (focado no curar, o sujeito é reduzido a uma doença) dificulta a realização de uma clínica ampliada, em que o sujeito é biológico, social e subjetivo (ONOCKO-CAMPOS, 2001), porém, isso não significa que devemos ficar indiferentes às práticas não voltadas à atenção psicossocial.

Assim, com a reestruturação da assistência à saúde mental e, por conseguinte, o surgimento de novas práticas, o trabalho da enfermeira também se transformou, de uma prática custodial para a de agente terapêutico, desenvolvendo um cuidado voltado para reabilitação psicossocial e ressocialização do usuário, nos exigindo uma reflexão sobre o tratamento ofertado aos usuários de um novo dispositivo de atenção à saúde mental (MIRANDA, 1994; KIRSCHBAUM, 2000; ROCHA, 1994). Diante desse cenário de mudanças de práticas, é interessante caracterizarmos o trabalho das enfermeiras desta pesquisa.

5.5.2 Caracterização do trabalho do enfermeiro

É possível caracterizar o trabalho do enfermeiro no CAPS por meio dos discursos que este enuncia sobre suas atribuições, a partir da identificação de suas finalidades, a tecnologia utilizada para a realização do trabalho, ou seja, os modos de produção, e o objeto de sua ação (KIRSCHBAUM; PAULA, 2001).

Como já mencionamos anteriormente, as três enfermeiras que participaram da pesquisa eram do sexo feminino, com idade entre 23 e 41 anos, sendo uma do CAPS A e duas do CAPS B. Dessas três, duas estavam vinculadas ao serviço por contrato temporário, e uma era efetiva (concurso realizado há menos de um ano). Todas com graduação recente, nenhuma especialização em saúde mental e trabalhando no CAPS há menos de um ano.

No CAPS A, esta profissional também ocupava o cargo de gerente, exercendo duas funções, mas recebendo apenas por uma, situação esta que pode indicar uma contenção de gastos, por meio da contratação de uma única profissional que possa realizar os ‘dois serviços’, garantindo formalmente a equipe mínima do CAPS. A esse respeito, concordamos que:

[Quando] contrata-se um profissional para que ele seja simultaneamente técnico e gerente, e a partir de uma única jornada de trabalho (manhã ou tarde) responda tecnicamente pela assistência profissional dos pacientes atendidos em todos os períodos, estamos, na prática nos limitando a uma disposição formal de contar com esse profissional na equipe sem condição de incluí-lo, de fato, na dinâmica do processo de trabalho diário (OLIVEIRA, 2006, p. 697).

O CAPS B mesmo possuindo uma profissional que ocupava o cargo de gerente, a enfermeira ainda assim realizava práticas administrativas. É o que percebemos nas falas a seguir dos profissionais dos dois CAPS:

NS 3: A enfermeira do CAPS, ela é o que faz tudo [...] ela se preocupa mais com essa questão mais do serviço [...], assim de ta atendendo bem, de ter o lanche, de ter material, de ter um espaço físico, material suficiente. [...] pelo fato de ser coordenadora atrapalha, influencia muito no fazer profissional ali, de você diferenciar as duas coisas, eu sou coordenadora, mas eu também sou um pouco profissional.

NS 4: então ela [enfermeira] é responsável pela administração de uma maneira geral, então desde as pequenas as grandes coisas ficam sob a responsabilidade dela, então assim, na parte administrativa, ela carrega o CAPS sozinha mesmo.

NS 13: a [enfermeira] fica muito presa também à questões administrativas, burocráticas, umas prestações de contas que só ela faz né.

NS 14: ela [enfermeira] supervisiona as APACs, revisão de prontuário, ajuda muito no serviço burocrático, [...] os papéis de liberação de medicamento, serviço burocrático também, se tem receita azul na gaveta, se não tem receita azul, se tem encaminhamento essas coisas, tudo isso daí eu vejo que ela ta sempre preocupada com a organização aqui.

O administrar é um tipo de atividade que sempre esteve presente na história da enfermagem. Com o surgimento do capitalismo a partir do século XVIII, a enfermagem se institui como profissão. A hierarquia nesta categoria profissional foi legitimada por meio das *lady-nurses* e *nurses*, mesmo sempre existindo a figura que comandava e as que executavam o cuidado, a materialização das relações de dominação – subordinação, reproduzindo na enfermagem as relações de classe social, o que ficou perceptível quando houve a separação das *lady-nurses* como as provenientes de famílias ricas, à cargo das quais ficava a supervisão e as *nurses*, de famílias com nível econômico inferior, e que prestavam o cuidado direto ao paciente (ALMEIDA e ROCHA, 1989). Desta forma, “as *lady-nurses* eram treinadas para o ensino e supervisão do serviço, dominando assim o novo saber profissional, mas não o fazer” (MELO, 1986, p. 51), ou seja, a complexidade da profissão muitas vezes se resume em saber administrar, o que garante uma valorização na divisão social do trabalho.

Para Lunardi Filho; Lunardi; Spricigo (2001), essa forma de divisão do trabalho legitimada pela formação escolar, estabelece uma hierarquização de tarefas, cabendo aos menos qualificados as tarefas mais simples e, aos mais qualificados as tarefas mais complexas, culminando com as privativas do enfermeiro. Tal divisão exige a integração dessas atividades, ou seja, “seu gerenciamento que vem sendo exercido pelo enfermeiro, por ser quem detém o saber e o controle acerca de todo o processo de trabalho da enfermagem” (LUNARDI FILHO; LUNARDI; SPRICIGO, 2001, p. 95). Porém, para o enfermeiro exercer esse gerenciamento e controle sobre os técnicos e auxiliares de enfermagem, contraditoriamente, ele também precisa sujeitar-se aos desejos da gestão, em detrimento de sua autonomia (LUNARDI FILHO; LUNARDI; SPRICIGO, 2001). Neste âmbito, temos menos sindicalismo, principalmente no caso da enfermagem em que há essa divisão de categorias profissionais.

Ainda devemos destacar que quando o enfermeiro dedica-se a atividades administrativas, na maioria das vezes ele perde a concepção e execução do cuidado individual, ficando sob a responsabilidade dos auxiliares e técnicos de enfermagem, e, portanto, não conhecendo o contexto do serviço, o enfermeiro se apropria de uma certa alienação.

A divisão técnica do trabalho, e neste caso da enfermagem, não é apenas uma divisão de tarefas manuais ou intelectuais, mas sim uma manifestação da desigualdade social e se reflete na organização do processo de trabalho por meio da divisão técnica do trabalho, presente no modo de produção capitalista (MELO, 1986).

Como agravante desta situação, temos as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Enfermagem, que trazem competências ligadas à administração em enfermagem, como por exemplo, a tomada de decisão, liderança e administração e gerenciamento, afirmando que:

Os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativas, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho, quanto dos recursos físicos e materiais da informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde (BRASIL, 2001, p. 3).

A enfermeira, inserida numa profissão historicamente administrativa, situação que é reforçada pelas Diretrizes Curriculares, presentes num contexto de precarização das condições de trabalho, contratada para exercer duas funções recebendo apenas por uma, tem uma probabilidade maior de limitar-se a práticas administrativas. Porém essa mesma posição de administradora intensificada pelo contexto histórico e de condições precárias produz meios que propiciam o aumento do poder da enfermeira e conseqüentemente maior valorização social maior que a dispensada aos auxiliares e técnicos de enfermagem, uma situação que também pode ser interessante.

A gerência entendida como um trabalho específico possui seus elementos: atende a um objeto diferente da atenção psicossocial – recursos humanos, utilizando como instrumentos/ meios - os recursos físicos, financeiros, materiais e os saberes administrativos (planejamento, coordenação, direção e controle), tendo como finalidade - organizar e controlar o processo de trabalho (ALMEIDA; ROCHA, 1997).

Por meio dos dados desta pesquisa podemos afirmar que a enfermeira, portanto, ocupa-se da função administrativa, às vezes por uma identificação construída historicamente, por uma valorização social, ou por uma indefinição de “papéis”.

Se da enfermeira é exigido o exercício de duas funções (enfermeira e gerente do CAPS), esta situação limita suas possibilidades de luta por melhores condições de trabalho e da substituição das práticas em saúde, conforme as diretrizes do modelo de atenção psicossocial.

Ainda em relação ao trabalho da enfermeira encontramos nos fragmentos de falas caracterizações diferentes dadas à enfermeira.

U/ F 10: o médico não pode ta aqui pra atender e tratar, então ela tampa vaga na hora que o médico não ta aqui atendendo.

U/ F 11: Eu acho que ela ajuda, ela é aquela que vai a frente de tudo, que trabalha.

NFM 4: ela da a maior força em tudo aqui, ta sempre a disposição da equipe inteira e do paciente, quando ela não sabe ela busca ajuda, mas sempre ela procura resolver.

NFM 5: [a enfermeira] ajuda a gente do começo até o final, tudo ela ta no meio, ajudando, colaborando com a gente.

NFM 9: Olha quando falta algum profissional da área, de alguma área assim, ela ta pronta pra ajudar a realizar qualquer tipo de atividade.

NS 9: trabalhamos muito bem, [a enfermeira] é uma pessoa que me ajuda bastante, [...] se o pessoal precisa, ta pronta pra ajudar, [...] e é muito dinâmica e fácil de se conviver.

RELATO DE OBSERVAÇÃO CAPS Nº 2 (11/03/2008, terça-feira): A enfermeira resolve ligar para dois profissionais que estavam atrasados para realização de suas oficinas. Após a ligação a enfermeira vai avisar os usuários que um deles atrasaria e o outro não compareceria ao serviço por problemas particulares. Então a enfermeira propôs que ela mesma realizasse “qualquer tipo” de atividade até o profissional responsável pela oficina chegar, porém os usuários optaram por esperar o profissional. [...] Em seguida a enfermeira se dirige a mim: “hoje não tem atendente, eu fico pra lá e pra cá, pra todo lado”.

RELATO DE OBSERVAÇÃO CAPS Nº 2 (12/03/2008, quarta-feira): A atendente entrou na sala onde a enfermeira estava e pediu pra ela ir conversar com uma usuária, pois não dava

mais para o médico atender, e que ele “tinha custado pegar mais dois prontuários”.

As falas apontam uma enfermagem que dedica seu tempo a “fazer coisas”, “quebrar galho”, um trabalho que se materializa na realização de qualquer atividade fundamentada por um conhecimento empírico e não científico, desta forma, “se toda ação fosse trabalho, a categoria trabalho se esvaziaria enquanto recurso de análise de certos aspectos da realidade” (PEDUZZI, 1998, p. 20).

Percebemos nos relatos de observação que além da “desvalorização” do trabalho da enfermeira, quando ela é acionada pra fazer alguma coisa que outro profissional não pode, a enfermeira na tentativa de resolver as carências do sistema de saúde deixa a descoberto suas funções específicas de provedora dos cuidados de enfermagem.

Porém, se de um lado fazer qualquer tipo de atividade resulta em desvalorização para a enfermeira, por outro, essa atividade de “quebrar galho” também oferece certa valorização a esta profissional, uma vez que estar sempre disponível para o serviço se torna importante para o restante dos trabalhadores e também para a enfermeira em consequência dessa prestabilidade, que vem a ser necessária e indispensável para a equipe e, portanto também valorizada.

A desvalorização social acontece por que quando nós, enfermeiras, nos colocamos na posição de *prestativa, que está sempre pronta para ajudar* realizamos um trabalho sem finalidade, alienado, visto que não nos vemos no resultado do nosso trabalho. Um trabalho exercido sem finalidade alguma se torna uma atividade (ALMEIDA e ROCHA, 1989; MENDES-GONÇALVES, 1992) e como consequência pouco valorizada socialmente, o que caracteriza o trabalho de enfermagem como sendo sem especificidade, por conseguinte, desprovido de valor.

O que queremos enfatizar é que:

Áreas profissionais com um saber mais distante de fundamentos científicos e, portanto, com menor autoridade técnica e social encontram maiores dificuldades para expressar suas especificidades e para diferenciarem-se num conjunto de trabalhos parcelares (PEDUZZI, 1998, p. 212).

E nesse âmbito é que se situa a enfermagem, que sem saber o que fazer acaba realizando “qualquer atividade” ou se ocupando de ações administrativas, ficando muitas vezes distante dos demais trabalhadores, tendo poucos momentos de interação.

Outra característica presente na enfermagem, é que o trabalho em saúde e o trabalho em saúde mental são predominantemente femininos e, no caso do trabalho de enfermagem temos como agravante a exploração do capital sobre o trabalho uma referência voltada à maternagem, sendo assim, a equipe também se refere à enfermeira como aquela “que cuida”, “que dá amor”, “carinho”. Principalmente os profissionais de nível fundamenta/ médio e os usuários/ familiares quando questionados sobre o trabalho da enfermeira, se referem a ele como doação/ caridade, e, portanto, acima de uma avaliação, já que é realizado como uma bondade/ favor.

U/ F 9: Precisa ter muito amor, muito carinho com os pacientes, e isso ela tem, eu acho o principal.

NFM 1: porque às vezes as pessoas nem tanto têm problema assim de [saúde] mental, às vezes eles tem assim, falta de carinho, falta de diálogo que eles não têm em casa.

NFM 13: ele faz bem feitinho, faz com amor, faz com carinho.

A incorporação do senso comum que define o sexo feminino como aquele que dá amor, simbolizada na enfermagem, profissão feminina, resulta que essas trabalhadoras são vistas como as que cuidam do paciente, que dão carinho. Apesar de carinho e amor serem sentimentos importantes para o trabalho, este deve acontecer juntamente com fundamentos científicos. A valorização social da enfermagem é prejudicada quando se associa a noção de trabalho realizado com amor ao trabalho leigo, portanto, como trabalho que pode ser realizado por qualquer um. O carinho e o afeto são importantes como sentimentos que imprimem humanidade ao trabalho realizado, mas não podem substituir as ações técnica-científicas garantidas na proposta do modelo de atenção psicossocial.

Para entender esse significado social em relação à enfermagem como doação, é necessário contextualizar historicamente que o amor, como característica da

enfermagem, existia antes da institucionalização desta profissão, pois na era cristã, realizava-se um trabalho como sinônimo de caridade, não pressupondo ordens médicas ou planos terapêuticos (PEDUZZI, 1998). As enfermeiras eram pessoas ligadas à igreja dotadas de idéias de fraternidade e auto-sacrifício pregadas pelo cristianismo, que procuravam salvar as suas almas, salvando a alma de um doente, por meio do cuidado, assim, a enfermeira “executava o cuidado, mediado pelo modelo religioso [...] uma função que permaneceu nesta profissão até depois do desenvolvimento da enfermagem como atividade secular” (ALMEIDA e ROCHA, 1989, p. 37). Desta forma, o trabalho da enfermagem é pouco valorizado historicamente e socialmente.

As tecnologias leves, como as ações de cidadania, reinserção e participação social, são difíceis de serem realizadas num contexto de precarização das condições de trabalho, em que encontramos pouco sindicalismo entre os profissionais e conseqüentemente maior autonomia do gestor. Na enfermagem, profissão predominantemente do sexo feminino, as implicações dessa marca estão mais presentes, pois o trabalho definido como maciçamente feminino, no imaginário social veicula conotações de desvalorização (COSTA, 2005).

Se pensarmos o usuário como alguém que necessita apenas de carinho, a finalidade do nosso processo de trabalho será limitada unicamente a preencher essa falta. O trabalho deve sim ser realizado imbuído de carinho/amor, mas também é necessário que tracemos intervenções/ações embasadas em princípios teóricos para atender a necessidades específicas do nosso objeto de trabalho.

O ‘carecimento’ não individual, mas coletivo motiva o processo de trabalho, ou seja, a finalidade do trabalho é pensada antecipadamente a partir de uma necessidade do usuário, o homem então projeta no objeto uma intencionalidade (MENDES-GONÇALVES, 1992). Se na enfermagem o trabalho realizado é compreendido apenas como doação e/ou maternagem, temos poucas possibilidades de avaliá-lo, pois é doação, bondade e/ou amor. Desta forma, os trabalhadores são substanciados por uma ideologia que os protege, pois se é caridade, não deve ser criticada e, ao mesmo tempo por uma alienação que propicia a exploração do capital sobre o trabalho.

Porém, é necessário ressaltar que quando “fazemos coisas” ou atividades administrativas, ou uma doação, ou até mesmo não sabemos o que fazer, devemos levar em conta que temos uma profissão historicamente direcionada para determinadas atividades (administrativas, doação, clínico-biológico), estamos inseridas num contexto de condições precárias de trabalho (contratos temporários, baixos salários, falta de materiais, dentre outros), aliadas a uma formação em saúde mental deficitária, a um emprego que muitas vezes não escolhemos e a uma história de movimentos sociais e sindicais frágeis.

Diante desse cenário, é muito maior a tendência de se realizar atividades administrativas, ou aquelas em que haja a captura do trabalho vivo e/ou ainda qualquer outra que não tenha como finalidade a ressocialização do usuário e um trabalho em equipe. Porém esta situação pode mobilizar mudanças, por meio de questionamentos dos trabalhadores acerca do que vêm oferecendo como tratamento e até que ponto estão conseguindo trabalhar em equipe e participar como atores sociais envolvidos/forças instituintes nos processos decisórios, como por exemplo, através da co-gestão.

Da mesma forma que as condições precárias e os movimentos sociais fragilizados influenciam para uma direção diferente daquela proposta pelo modelo de atenção psicossocial, também se torna mais difícil a realização de um trabalho em equipe, em que as decisões acontecem de forma conjunta e democrática, por meio da participação de todas as categorias profissionais.

A observação das práticas de enfermagem realizadas em saúde mental nos últimos anos indica uma convivência contraditória entre os modelos de atenção à saúde mental, ou seja, práticas voltadas ao modelo psiquiátrico convivem lado a lado com as voltadas à atenção psicossocial (KIRSCHBAUM, 2000). Assim, temos um contexto ainda de construção de novas práticas nos CAPS, em que o modelo asilar precisa ser superado.

Nesse âmbito é necessário que analisemos qual objeto, instrumento e finalidade estas profissionais delimitavam no processo de trabalho em saúde mental.

5.5.3 Os elementos do processo de trabalho do enfermeiro: objeto, instrumento e finalidade

As mudanças advindas com a Reforma Psiquiátrica, a partir da década de 80, trouxeram a necessidade de reorganizar os serviços de atenção à saúde mental, como por exemplo, a criação dos CAPS e unidade de internação psiquiátrica em hospital geral. Desta forma, era necessário também que o trabalho no modelo de atenção psicossocial tivesse objeto, instrumento e finalidade contrários ao modelo psiquiátrico e que a enfermagem pudesse assumir um caráter terapêutico em sua atuação, superando uma prática marcada pelo modelo controlador e repressor, que caracterizava o trabalho de enfermagem em psiquiatria desde seus primórdios (ROCHA, 1994).

O processo de trabalho é um meio pelo qual “os trabalhadores expressam e buscam concretizar seus desejos, vontades e possibilidades, mediante o sentido e significado do trabalho construídos em sua vida” (LUNARDI FILHO; LUNARDI; SPRICIGO, 2001, p. 92) e é por meio do trabalho que o homem se reconhece, se faz e se apresenta à sociedade.

No processo de trabalho temos seu objeto, a quem ou a que se aplica o trabalho; os instrumentos, formas materiais e não materiais que servem para exercer uma ação sobre o objeto; e a finalidade, o que se quer alcançar com o trabalho, considerando essas dimensões como interdependentes, pois o trabalho em saúde é produzido e consumido concomitantemente (MALTA; MERHY, 2003).

Na saúde mental temos o processo de trabalho da psiquiatria e da atenção psicossocial, e, portanto, temos objetos, instrumentos e finalidades diferentes em cada modelo. No modelo médico-psiquiátrico o objeto de trabalho é a doença mental abstraída da realidade do sujeito, no qual não é o corpo, mas sim o organismo o destinatário principal das ações, sendo assim, não só as tarefas são fragmentadas, mas o usuário, sendo este encadeado como qualquer mercadoria da produção comum, os instrumentos são basicamente os medicamentos, tendo como finalidade a cura, como retorno à “normalidade” (COSTA-ROSA, 2000). Nesse modelo de atenção, o trabalho é realizado sem que os profissionais discutam entre si os casos, ou seja, uma equipe do tipo agrupamento, que tem como elo entre os profissionais o

prontuário e a eficácia do tratamento é esperada através dos medicamentos, seguindo esta lógica de atenção, a instituição para esse tipo de tratamento continua sendo o hospital psiquiátrico fechado (COSTA-ROSA, 2000; PEDUZZI, 2001).

Compreendemos a Reforma Psiquiátrica, como a concepção de um novo modelo que também se coloca como substitutivo, quanto à concepção de objeto, em na atenção psicossocial, temos o usuário/família/comunidade, nesse sentido, não é apenas o sujeito e sua dimensão de indivíduo que deve ser considerado, “decorre que se inclua no tratamento também a família e, eventualmente, um grupo mais ampliado [...] a loucura não é um fenômeno exclusivamente individual, mas social, e como tal deverá ser metabolizada” (COSTA-ROSA, 200, p. 154).

Os instrumentos utilizados nesse trabalho serão psicoterapias, laborterapias, socioterapias e outros dispositivos com a finalidade de reintegração sociocultural ou seja tecnologias leves e leve-duras, além da medicação/tecnologias duras (COSTA-ROSA, 2000).

A equipe se apresenta como interdisciplinar ou equipe integração, ou seja, há articulação das ações e a interação dos agentes e, por meio do projeto terapêutico individual, a equipe trabalha e discute os casos em conjunto com a participação de usuários e familiares. (PEDUZZI, 2001).

Sendo assim, o modelo de atenção psicossocial se coloca como substitutivo ao médico-psiquiátrico, com metas contrárias à hospitalização, medicalização e objetificação dos sujeitos em sofrimento psíquico, buscando uma implicação subjetiva e sócio-cultural (COSTA-ROSA, 2000).

Trazemos novamente essas premissas do processo de trabalho e do processo de trabalho em saúde mental, para apresentarmos os elementos do processo de trabalho, iniciando pelo objeto de trabalho desta equipe, ou seja, quem é o usuário e o familiar para esta equipe:

NFM 1: eles não têm amor em nada, nem num pé de planta nem nada.

NFM 10: eles não podem fazer muita coisa, então eu posso brigar por eles [...].

NFM 12: [...] paciente fica esperando pra fazer uma atividade de oficina, sendo que tava tudo aqui, discutindo, falando coisas [...]

isso pra mim pode ser dito depois da oficina não deixar paciente ficar esperando como ficou lá fora, um *solzão* quente, um calor, ta certo que tava ali na área, aqui ta o que 35°, 36°, paciente suado lá fora, esperando uma oficina.

NFM 13: aqui é uma área mais complicada, aqui paciente, mesma coisa de tornar uma criança né, porque eles estão com transtorno mental, você fala com eles, uns ouve, outros já num ouve, fala pra vir amanhã, eles vêm depois da amanhã, fala que falou que era depois de amanhã, então já é meio problemático por meio disso ai.

NS 10: [...] a maioria dos pacientes é de classe econômica extremamente baixa [...] o paciente identifica a gente como uma família, [...] quando você vai num barraco em Cuiabá, realmente você entende que essa pessoa, não tem o mínimo do mínimo, que outras pessoas mais pobres têm, então eu acho que ainda falta aqui por exemplo um maior investimento pra acolher essas pessoas.

NS 13: [...] os nossos usuários precisam de um puxão de orelha na questão da higiene [...].

A partir destas falas, percebemos que os profissionais delimitavam o objeto de trabalho, o usuário, como um indivíduo pobre, com poucas possibilidades de realizar algo, com poucos direitos de opinar tanto nas atividades que realiza, como no tratamento que recebe, sujeitos pouco higienizados e que por serem loucos, não possuem sentimentos, sendo assim, no espaço intercessor tínhamos a mudez do usuário. A classificação do usuário dessa forma, conseqüentemente, indica que além de todas essas características, este sujeito não sabe muito bem o que faz, aceitando tudo que lhe é imposto, e, portanto, pode ficar esperando por qualquer atividade, mesmo tendo percorrido uma longa distância para estar naquele local.

Se considerarmos que o modelo de atenção psicossocial configura o objeto de trabalho, ou seja, o usuário com todas as suas necessidades (biológicas, psicológicas e de cidadania e convívio social) e o sofrimento mental como um fenômeno que não é exclusivamente individual, mas sim que está em relação com o meio em que este sujeito está inserido, ou seja, com seus vínculos familiares e sociais, devemos assumir que este é o protagonista no processo de tratamento, sendo força instituinte nas decisões (OLIVEIRA, 2006; COSTA-ROSA, 2000).

As enfermeiras delimitavam e descreviam seu objeto de trabalho:

Enfermeira 1: [...] Geralmente pessoa muito carente, sem apoio da família, é desorientado, ignorante muitas vezes em relação à doença, em relação a si.

Enfermeira 2: [...] O usuário do CAPS é toda aquela pessoa que tem um sofrimento mental, todas aquelas pessoas, que por qualquer motivo a sua vida foi interrompida através de uma doença, num é uma doença, porque na verdade nem é uma doença, através de uma alucinação, de medo, eu acho que de realização mesmo [...] porque na verdade, eles ficam mecanicamente fazendo só terapia também, só tomando medicação, consulta psiquiátrica, volta pra sua casa deita e dorme

Enfermeira 3: Uma pessoa que está desequilibrada emocionalmente, não precisa ter diagnóstico, [...] e aí é onde você vai dar suporte, pra tentar direcionar o tratamento dela.

As enfermeiras, portanto, delimitaram o usuário como um indivíduo que não conhece sua condição de vida e tratamento, sendo este apenas definido como um portador de uma “doença mental”. As enfermeiras, assim como as equipes dos CAPS estudados, tinham dificuldades de ver o usuário em sua integralidade, ou seja, outras dimensões de sua vida e o contexto no qual está inserido, o que nos permite afirmar que, agindo assim, esta equipe apesar de trabalhar em equipamentos de atenção psicossocial, ainda se prende a um objeto de trabalho pertencente ao modelo de atenção psiquiátrico: a doença, mencionando esporadicamente a família como sendo também parte do seu objeto de trabalho.

Desta forma, mesmo com a mudança no modelo assistencial por meio de implantação dos CAPS, o serviço não acompanhou essa mudança na maneira de perceber e tratar o usuário (ROCHA, 1994), que ainda era visto como um sujeito sem muitas potencialidades, deveres, direitos e excluído de sua família e comunidade, ao invés de a família ser uma parceira para facilitar as ações de saúde mental.

O protagonismo do usuário ainda não se evidencia nas práticas concretas da realidade estudada, pois mesmo no discurso as enfermeiras o representam como alguém que precisa ser tutelado. Assim, mesmo considerando a pessoa em sofrimento psíquico como seu objeto de trabalho as enfermeiras e os demais profissionais o delimitam e o descrevem sem autonomia para participar ativamente em seu projeto terapêutico.

Quando se tem no modelo clínico de assistência, a “doença” como objeto de trabalho, a equipe voltar-se-á apenas para a melhora do “quadro” ou cura da

“doença”, em que as ações da enfermeira e dos demais profissionais estarão subordinados ao saber médico e, além disso, o espaço intercessor será pouco valorizado como um meio de construção de autonomia/ autogoverno de trabalhadores e usuários.

Apesar da equipe trabalhar em conjunto, ocupando-se do mesmo paciente, escrevendo no mesmo prontuário, muitas vezes não há preocupação voltada para a integração de seus vários saberes, “não há investimento na construção de um projeto assistencial que abranja a multidimensionalidade das necessidades do usuário” (ROCHA, 2005, p. 352). Porém, quando os profissionais consideram o “sofrimento psíquico” como um resultado de vários fatores, tendo como objeto de trabalho o usuário inserido num determinado contexto e como finalidade sua reinserção social, ou seja,

Estimular a autonomia do usuário, ajudá-lo a reconstruir seu direito, a restabelecer vínculos, a participar, a valorizar a dimensão afetiva - há uma distribuição do saber, uma complementarização, uma valorização das relações e uma tendência à horizontalização das relações de poder. A interdisciplinaridade, ao propor esse intercâmbio, modifica as relações de poder na equipe (ROCHA, 2005, p. 352).

O trabalho em equipe interdisciplinar potencializa as chances de reinserção do usuário no modelo de atenção psicossocial, a escuta de ruídos (atenção a situações silenciosas), bem como fortalece as relações de trabalho, havendo maior probabilidade de os profissionais superarem a força instituída por meio da co-gestão e/ou sindicalismos. Se temos profissionais que se colocam como agentes de mudanças, buscando sua autonomia relativa, é uma consequência termos o estímulo à autonomia dos usuários.

Para tanto, é importante trazermos o que os trabalhadores entendem sobre o funcionamento do CAPS, incluindo o seu objetivo como estratégia de modelo substitutivo de atenção à saúde mental para que possamos entender o porquê de seus objetos, instrumentos e finalidades.

NFM 3: o CAPS é um lugar pra acolher essas pessoas.

NFM 9: eu acho que ele [CAPS] é pra ajudar as pessoa que precisam, que é menos favorecido né, pra não ficar na rua jogado, porque serve lanche. [...]

NFM 10: Função dele [CAPS] é para os medicamentos [...] olha na verdade eles [usuários] vêm aqui só buscar medicamentos, que eles gostam disso.

NFM 12: CAPS é o Centro de Atenção Psicossocial e aqui a gente trata de transtorno mental, sofrimento mental, então pra mim o CAPS é mais em volta do transtorno mental mesmo, questão do delírio, esquizofrenia, [...] O CAPS ele existe pra ajudar muitos pacientes que não têm condição de pagar uma consulta particular.

NFM 13: Função do CAPS é para amparar essas pessoas que têm transtorno mental e vem pra cá, até que eles possam conviver de novo com a sociedade, tomando o medicamento, melhorando.

A maioria dos trabalhadores possuía um certo desconhecimento sobre este dispositivo de assistência, referindo ser um local acolhedor apenas para apoio ou ajuda para os pobres, como também para dar amor e carinho.

O apoio, a ajuda, acolher esse usuário, assim como o carinho e atenção são ações importantes, porém, devem estar aliadas às finalidades de reinserção social e não com ênfase na doença e na medicação, em que se tem o trabalho controlado por forças instituídas (captura do trabalho vivo), como foi apresentado pelas falas. A doença não ocupa o lugar do sujeito, ela “entra na vida do sujeito, mas nunca o desloca totalmente” (ONOCKO-CAMPOS, 2001, p. 101), ou seja, apesar do sofrimento psíquico, o usuário continua tendo sua vida, sua história, vivendo num determinado contexto que deve ser compreendido e integrado no processo de trabalho.

Ao contrário disso, doença se coloca como objeto de trabalho e a medicação como instrumento. É o que se confirma também pelas falas dos usuários e familiares em relação ao trabalho da enfermeira:

U/F 1: [enfermeira] explicava rápido assim sobre os remédios.

U/F 3: [a enfermeira] aplica injeção, dá remédio e dá [*transcrição da receita médica*] receituário, cada vez que a gente consulta ela dá uma receita pra gente.

U/F 7: tudo que eu precisava ela socorria, inclusive ela foi três vezes lá [em casa] pra ajudar dar remédio pro meu irmão [...] Pra ver se conseguia medicar ele.

U/F 11: Pra mim as enfermeiras são nossas ajudantes, companheiras, que nos ajudam e nos orientam no medicamento.

Percebemos que os usuários, assim como os profissionais, também caracterizavam o trabalho da enfermeira como amor/ doação, e aquela pessoa que pode fazer tudo por eles, mas ainda assim, temos a medicação apresentada como o principal instrumento de trabalho da enfermeira.

Apesar do objetivo da visita domiciliária ter sido a medicação, é importante considerarmos que esta atividade tem sido realizada pela enfermeira. E, além disso, temos que considerar as condições de trabalho e os limites do contexto para a realização desta prática, como por exemplo, as condições precárias de trabalho, pouca formação voltada para clínica ampliada, envolvendo contexto social, histórico e subjetivo, e toda a historicidade de atenção à saúde voltada para cura/ modelo biomédico.

Porém, se admitirmos que a atenção psicossocial faz parte de uma rede complexa de saberes, onde deve ser considerada a história dos sujeitos, a cultura, a religião, a etnia, dentre outros, é um equívoco darmos à medicação o maior valor no processo de tratamento de um novo modelo que se coloca como contrário ao médico-psiquiátrico. Colocar a doença entre parênteses não significa dar valor a ela, ou muito menos negá-la, mas sim, valorizar a subjetividade do usuário e o contexto em que ele está inserido (ONOCKO-CAMPOS, 2001).

Mesmo com todo esse avanço na Reforma Psiquiátrica, poucas vezes se oferece aos usuários dos CAPS “como alternativa terapêutica, algo mais que remédios, uma internação de vez em quando, e, no melhor dos casos uma luta para ele também se engajar” (ONOCKO-CAMPOS, 2001, p. 103). Em relação a ver no CAPS um espaço de luta, de ressocialização, fica bem claro em um trecho quando o profissional **NFM 11** diz ser o CAPS um lugar *onde ele [usuário] encontra aqui entre os amigos, vendo uns os outros, [...] e ele fala: não é só eu, ele vê que ele não ta sozinho, que ele pode dar as mãos*, porém, logo em seguida, este mesmo

profissional se atém à necessidade da medicação: *às vezes com medicamento uma coisa ou outra ele chega lá.*

Desta forma, quando enfatizamos o tratamento apenas voltado à doença/sintomas, cooperamos para que o usuário diminua a oportunidade de exercer sua autonomia. Porém, neste contexto que estamos inseridos, ainda temos muita influência do modelo biomédico, em que se tem como objeto de trabalho a doença com uma causa, que necessita de um tratamento medicamentoso, conseqüentemente se terá na medicação e em quem a prescreve a figura mais importante do serviço. Se a tendência do serviço é priorizar a medicação/tecnologia dura/trabalho morto e a doença, tendo poucas práticas de ressocialização, o trabalho realizado pela equipe propenderá para a internação dos usuários.

NFM 9: tem o Adauto Botelho para as pessoas que estão muito ruim, [...] que o CAPS é para as pessoas assim, que não precisam freqüentar lá, [...] vem pegar o remédio, passa com médico, psiquiatra, psicólogo [...] se vê aqui é difícil vir pessoas assim, muito assim, surtado né.

NS 6: [...] nós não temos ainda, no estado de Mato Grosso, **uma rede hospitalar adequada**, só tem um hospital estadual, que não dá conta da demanda do estado todo e às vezes a gente precisa, e não é só em Mato Grosso [...], às vezes tem paciente que precisa da internação hospitalar, e nós não temos **hospital psiquiátrico** na região. [...] hoje eu acredito que o Adauto não dá conta da demanda total, então a gente tenta evitar ao máximo encaminhar ao Adauto Botelho, mas às vezes tem paciente que tá com surto psicótico que é difícil você controlar né, chega até um ponto que acaba morrendo aí. Isso aí não é por falta de atendimento, é por falta de **uma rede hospitalar** dentro da psiquiatria, governo fechou todos os leitos hospitalares psiquiátricos, aqui no estado, [...] existe essa questão de alguns **pacientes crônicos, e que às vezes, acabam morrendo, por falta de permanência num hospital** (grifo nosso).

Enfermeira 1: eu queria que viesse mais os crônicos pra cá, mas os crônicos ta muito difícil segurar eles aqui, [...] tem mais baixa complexidade.

DADOS COLETADOS EM PRONTUÁRIOS E LIVROS DE REGISTROS DOS DOIS CAPS:

PRONTUÁRIO 2 – CAPS A: “Fomos conversar com ele e o mesmo dizia para deixá-lo em paz, que ele sabe da vida dele e **não era pra mexer no “livre arbítrio dele”**. Após, saiu correndo sem direção pela rua. Contactuamos a **polícia que o conteve** e o levou

para o hospital municipal, onde foi medicado. Notei que estávamos **sem vínculo** após a internação e deste modo **ficou difícil de convencê-lo a usar risperidona**. Fizemos um acordo: Que eu pessoalmente iria dar a medicação em domicílio às 7h, 12h e 21:20h” (grifo nosso)

PRONTUÁRIO 12 – CAPS A: “Começou a apresentar taquicardia, foi sentado em uma cadeira com o ventilador, apresentando sudorese intensa. Após melhorar o quadro, levantou-se, deu um grito, e entrou em crise convulsiva por cerca de dois minutos. Após crise, continuou muito agressivo, ameaçou muitas pessoas e empurrou o usuário [...]. **Foi chamado a polícia**, que o levou para o hospital [geral municipal], em companhia com a psicóloga [...], onde foi medicado. Retornou ao CAPS, onde ficou em repouso e **encaminhado para o Adauto Botelho**” (grifo nosso).

LIVRO DE REGISTRO 3 – CAPS B: “Às 16:45 h a mãe do usuário [...] veio à unidade pedir ajuda para levá-lo ao CIAPS Adauto Botelho para o PA, segundo a mãe o mesmo estava em crise, às 17:45, o mesmo foi levado ao PA.”

LIVRO DE REGISTRO 3 – CAPS B: “Recusando-se a conversar com os técnicos e transtornado ameaçou os profissionais dizendo que já havia matado o pai, e que pra matar alguém na unidade não seria difícil. Relatou para a técnica de enfermagem que estava sem tomar o medicamento há alguns dias. Por **medidas de segurança recolhemos** os demais usuários que aguardavam a oficina na sala, junto com uma técnica e trancamos a porta. Enquanto isso, foi mantido contato com a **polícia** para ajudar a **removê-lo ao Hospital Adauto Botelho**” (grifo nosso).

A partir desses dados temos alguns pontos importantes a serem considerados:

a) Centralização do medicamento/médico no tratamento

A importância do medicamento foi trazida pelos profissionais como um dos principais instrumentos de trabalho, sendo que a equipe tinha uma certa tendência de trabalhar numa direção em que o “remédio é com o psiquiatra. Escuta é com o psicólogo. Trabalho é com o terapeuta-ocupacional. Intercorrência clínica, outra: não é conosco. Surto? Vai ter que internar” (ONOCKO-CAMPOS, 2001, p. 103).

Desse modo, tinha-se o medicamento como o mais importante no processo de tratamento, e conseqüentemente, o médico era a figura principal para funcionamento do CAPS, ao contrário do que se propõe a Reforma Psiquiátrica.

Porém, cabe ressaltar que não estamos negando a importância do medicamento, já que esta também faz parte dos instrumentos do processo de tratamento e reinserção social do usuário. A equipe precisa estar preparada para definir o momento em que um instrumento de trabalho deve ser priorizado, já que o pressuposto é o de simetria entre as distintas práticas profissionais e a finalidade é a atenção à saúde mental visando à reinserção social.

Para tanto, é necessário que haja um trabalho em equipe do tipo integração, em que todos os profissionais participem articulando idéias. Nesse sentido, é possível que a medicação não seja considerada a mais importante, assim como quem a prescreve.

b) Manutenção do hospital psiquiátrico;

Os hospitais psiquiátricos foram apontados como uma continuidade ou alternativa para o tratamento, idéia contrária à Reforma Psiquiátrica, que prevê a extinção progressiva do hospital psiquiátrico.

Além disso, podemos notar uma certa desresponsabilização por parte do profissional **NS 6**, quando em sua fala se refere que conseqüências não esperadas, como o “surto” ou a morte de um usuário, só diz respeito à falta de uma rede hospitalar, porém equivocadamente, este profissional entende rede apenas como âmbito hospitalar/ asilar, sendo que, contraditoriamente, o CAPS é o principal dispositivo articulador da rede de atenção à saúde mental (AMARANTE, 2007).

Neste cenário, onde temos a medicação/médico como centro do tratamento e profissionais limitados no entendimento sobre rede de atenção à saúde mental, é esperado que tenhamos como resultado a manutenção do hospital psiquiátrico e reprodução de práticas do modelo asilar.

Sendo assim, encontramos profissionais limitados na compreensão de que os serviços de atenção psicossocial devem procurar desenvolver, ao máximo, uma articulação territorial, desenvolvendo relações com recursos existentes na comunidade (AMARANTE, 2007), formando uma rede de atenção à saúde mental, o que conseqüentemente também resulta em pouca busca por parte desses recursos, já que não há um estímulo vindo do CAPS.

- c) Não reconhecimento do CAPS como uma unidade para atendimento de pessoas que sofrem com transtorno mental grave;

Como trataremos de redes de atenção à saúde mental mais adiante, queremos enfatizar a direção dos dados para a idéia de que o louco, ‘aquele que surta/que tem crises’, este deveria ficar internado no hospital psiquiátrico, pois o surto/crise, para a maioria desses profissionais, era representado apenas pela ausência de medicação manifestada pelos sintomas, e não como resultado do seu convívio com o CAPS, familiares e comunidade, sendo uma situação de responsabilidade apenas do usuário; para esta equipe o CAPS nada tinha a ver com isso.

Nessa lógica, as práticas realizadas nos CAPS se limitavam a atender apenas os usuários que não estavam em surto/crise, ou seja, apenas as depressões leves, por exemplo, ou casos mais simples, a complexidade ficava por conta do hospital psiquiátrico. Então nos perguntamos: pra quê serve um CAPS na concepção desses trabalhadores? Se os dados demonstraram que o trabalho tem se resumido em encaminhar usuários que mais necessitam do CAPS para os hospitais psiquiátricos. O CAPS realmente tem sido efetivo na atenção psicossocial? Este dispositivo está sendo substitutivo aos hospitais psiquiátricos?

- d) Periculosidade do “doente mental”, em que a polícia é acionada para conter o usuário;

O que também não podemos nos esquecer, é o fato de que os CAPS freqüentemente usavam em seus relatórios termos de linguagem policial (*removê-lo/recolhemos*), o que indica uma referência aos usuários como “coisas” ou como sinônimo de periculosidade, e, portanto, nessas condições, utilizavam com certa freqüência a polícia como meio para contê-lo, o que prejudicava muito mais o vínculo entre usuário e CAPS, já que a polícia não tem formação para atuar nestes casos, devendo ficar a cargo da equipe atender a crise.

Devemos enfatizar, que o modelo psiquiátrico pressupõe o usuário como portador de um distúrbio que lhe rouba a Razão, um insano, insensato, incapaz, irresponsável, ou seja, desta forma, o sistema hospitalar psiquiátrico se aproxima das instituições carcerárias/ penitenciárias, portanto, fundado na vigilância, no controle, na disciplina, sendo assim, um dispositivo de punição e repressão (AMARANTE,

2007). Neste contexto temos, portanto, um dispositivo que deveria ser substitutivo, mas ainda com práticas direcionadas ao modelo psiquiátrico.

e) Dificuldade técnica em abordar o paciente em crise.

A impossibilidade da equipe de atender na lógica da atenção psicossocial, portanto sem repressão, uma situação representada também pela linguagem utilizada (remover, recolher), pode ser resultado de uma formação deficitária em tecnologias leves e leve-duras, e neste caso, chamava-se a polícia como sinônimo de força para conter o que para estes trabalhadores era *algo perigoso*, mesmo sendo esta uma corporação externa à saúde.

É importante enfatizar que evidenciamos também pouca habilidade na integração dos serviços de saúde, ou seja, a integralidade da atenção só acontece a partir do momento em que os dispositivos de saúde se articulam em rede, numa responsabilização compartilhada (AMARANTE, 2007) e, portanto, se não temos a efetividade da rede fica difícil acompanhar a *crise*.

Neste cenário, a unidade era acionada pela família como recurso para atendimento à crise, porém o CAPS repassava essa responsabilidade para o hospital psiquiátrico por meio do encaminhamento, reafirmando tanto a manutenção do hospital psiquiátrico para atendimento de pacientes crônicos e em surto, como a não responsabilidade do CAPS quando o usuário está em “crise”, situação esta, contrária ao modelo de atenção psicossocial e aos pressupostos do projeto terapêutico individual que preconiza a responsabilização compartilhada (trabalhadores e usuários/família/comunidade)

Nessa mudança de cenário (transição entre o modelo psiquiátrico e o modelo psicossocial), o usuário para esta equipe, na maioria das vezes, era sinônimo de periculosidade e, portanto, devia ser *removido, recolhido e medidas de segurança deviam ser tomadas*. Com uma equipe que classificava o usuário como *perigoso*, conseqüentemente, a polícia seria acionada, já que esta é sinônimo de ordem, disciplina e segurança, mesmo não tendo preparo nenhum para atender em saúde mental e muito menos na atenção psicossocial.

A polícia sendo utilizada para contenção, o resultado era a perda do vínculo entre equipe e usuário, e esta equipe, com uma fala específica da enfermeira, apesar

de se referir à perda de vínculo, o delimitava como meio para convencer o usuário a tomar o remédio.

Funcionando desta forma podemos concluir que a efetividade e a substituição estão ocorrendo de forma muito lenta, ou até mesmo não ocorrendo. Apesar do avanço que tivemos em relação à Reforma Psiquiátrica, por meio da promulgação de leis, criação de CAPS, maior participação de usuários e familiares nesse processo, dentre outros, ainda devemos nos atentar para a direção que esse processo está tomando, onde temos como agravante a criação de CAPS incentivada pelo financiamento (ALVERGA; DIMENSTEIN, 2006; OLIVEIRA et al., 2008).

Um primeiro grande desafio é poder superar esta visão que reduz o processo à mera reestruturação de serviços, muito embora se torne evidente que os mesmos tenham de ser radicalmente transformados e os manicômios superados. Mas esta transformação não deve ser o objetivo em si, e sim consequência de princípios e estratégias que lhes são anteriores (AMARANTE, 2007, p. 63).

Para tanto, precisamos de novos elementos, novas situações que pressupõem também novos atores, com novos, e, certamente conflitantes, interesses, ideologias, visões de mundo, concepções teóricas, de pertencimento de classe social, dentre outros, que ora reproduzem consensos, ora contradições (AMARANTE, 2007). Se temos um contexto em que estamos limitados nas práticas de atenção psicossocial e com forte influência do modelo psiquiátrico conseqüentemente, teremos na polícia o meio para a contenção, em que as finalidades estão mais relacionadas à internação do que reinserção e construção de vínculos/tecnologias leves, ou seja, uma atenção psicossocial.

Na complexidade deste contexto, onde temos um CAPS que não atende em período ininterrupto, um em local de difícil acesso, o outro funcionando em casa alugada, ambos com condições de trabalho precárias, em que a maioria da equipe estava vinculada ao serviço por meio de contrato temporário, recebendo baixos salários, com pouca formação em saúde mental, assinando um contrato de quarenta horas semanais, mas permanecendo no serviço apenas vinte horas, num contexto histórico local de poucos movimentos sociais, pode-se considerar coerente que um

serviço com essas características não consiga atender a “crise”, e muito menos ser substitutivo aos hospitais psiquiátricos. Nessas condições, o máximo que se pode esperar é um modelo alternativo de cuidado ao usuário em sofrimento psíquico.

Porém, é importante ressaltarmos, que mesmo trabalhando nestas condições, práticas voltadas à atenção psicossocial ainda eram realizadas, os profissionais tinham um discurso voltado para a Reforma Psiquiátrica e ao avanço na implantação dos CAPS. Se por um lado a criação de CAPS incentivada pelo financiamento nos faz correr o risco de reproduzir práticas psiquiátricas, por outro é uma oportunidade de reinsserir o usuário socialmente, ou como refere Lobosque (2003, p. 176) precisamos “fazer caber a loucura no espaço social”, ou seja, o CAPS é uma possibilidade de levarmos o usuário em sofrimento psíquico para a comunidade e esta aceitá-lo como cidadão.

Desse modo, nós, trabalhadores, quando apresentamos um déficit na formação, passamos a ser explorados não apenas economicamente de forma mais intensa pelo capital, mas, além disso, nos tornamos mais alienados, pois somos privados de iniciativa, responsabilidade e também excluídos de uma apropriação do significado político e social do nosso trabalho (MOTTA, 1986 *apud* LUNARDI FILHO; LUNARDI; SPRICIGO, 2001).

Nós, trabalhadores, por meio de uma alienação social, não nos reconhecemos no nosso próprio trabalho como produtores de instituições sóciopolíticas e assim, não nos identificamos com o resultado de nosso trabalho (SCARCELLI, 1999). A não melhora do paciente, por exemplo, é visto como resultado da doença, de uma má gestão, falta de participação da família, da irresponsabilidade do usuário, nunca como consequência do nosso trabalho, enquanto equipe que compõe o CAPS. Desta forma, o fracasso no tratamento ofertado é um efeito do meio (doença, família, falta de medicação, dentre outros), em que nós, trabalhadores, não nos vemos como responsáveis, e não nos vemos na *crise* do usuário.

O ponto de partida para a superação do manicômio é começar a pensar que atenção psicossocial não é um modelo fechado, mas sim um processo; “um processo que é social; e um processo social que é complexo” (AMARANTE, 2007, p. 63), e que, portanto, envolve várias dimensões como teórico-conceitual, técnico-assistencial, jurídico-política e sócio-cultural, ou seja, quando falamos em processo

nos referimos a algo que está em constante movimento que se transforma, no qual no decorrer do tempo, vão surgindo novos atores, novos elementos, novas situações a serem enfrentadas.

Atender crise não é injetar fortes medicamentos intravenosos ou aplicar eletroconvulsoterapia, ao contrário, na atenção psicossocial a crise é compreendida como resultado de uma série de fatores, que envolvem familiares, vizinhos, amigos, e até desconhecidos (AMARANTE, 2007).

Um momento que pode ser resultado de uma diminuição do limiar de solidariedade ou tolerância de uns para com outros, de uma situação de precariedade de recursos para tratar a pessoa em sua residência, enfim, uma situação mais social que puramente biológica ou psicológica. Também por este motivo trata-se de um processo social (AMARANTE, 2007, p. 81)

Além de que, a *crise* vivida pelo usuário representa um sofrimento para ele:

[...] o surto psicótico é vivido com enorme angústia, é a falência dos referenciais que sustentavam este indivíduo. Esta quebra joga o sujeito no medo, confusão mental, perda dos limites corporais, nem mesmo o tempo como uma dimensão tem consistência suficiente: deixa de existir como tal (CARROZO, 1991, p. 33 *apud* ONOCKO-CAMPOS, 2001, p. 104).

A *crise* corresponde a uma situação complexa, e quão complexa devem ser os instrumentos de intervenção, é importante que estejamos preparados para entender os sinais de sofrimento, reconhecer e atender a *crise* em seus limites e diferentes modalidades de contato, reconhecendo-se como participante desse processo e não acionar a polícia, uma corporação sem preparo para atuar nesses casos, sendo necessário que possibilitemos o acolhimento das pessoas em crise para ouvi-las (AMARANTE, 2007; DELL'ACQUA; MEZZINA, 2005).

Para realizarmos uma atenção psicossocial ao usuário, precisamos simultaneamente, efetuar um trabalho sobre o serviço, “o problema é desenvolver e otimizar as potencialidades terapêuticas que o serviço possui, enquanto somatório de recursos e de subjetividade” (DELL'ACQUA; MEZZINA, 2005, p. 187).

Quando nos colocamos em crise por meio da tomada de responsabilidade, que diz respeito, em primeiro lugar, à responsabilidade do serviço sobre a saúde mental de uma determinada área territorial, pressupomos um papel ativo na sua promoção, assim, “assumir a responsabilidade quer dizer; portanto, assumir a demanda com todo o alcance social conectado ao estado de sofrimento” (DELL’ACQUA e MEZZINA, 2005, p. 175).

As soluções para a construção da atenção psicossocial estão dentro da instituição. O trabalho é permeado por indagações, e assim, inovar práticas na atenção psicossocial, por meio de conhecimentos acumulados socialmente e/ou pela nossa experiência, é essencial para superar as antigas práticas manicomial, nos transformando e transformando o meio em que estamos inseridos (SCARCELLI, 1999).

Se estivemos envolvidos com o modelo psiquiátrico e biomédico durante toda a história de cuidado ao “louco”, o desafio está em nos colocarmos numa posição de superar o modelo que nos foi delegado historicamente, produzindo práticas substitutivas.

Com tudo isso, ainda é importante enfatizarmos que a internação é vivida com muita angústia e sofrimento pelo usuário, além de que, isso proporciona um rompimento dos vínculos, já frágeis, com a equipe.

O que temos visto acontecer com os usuários que acabam sendo internados é que muitas vezes, a internação produz uma quebra de sua vinculação com o serviço, o que redundando em posterior fragilidade e exposição ao risco de novas internações (ONOCKO-CAMPOS, 2001, p. 104).

O vínculo está também relacionado ao acolhimento, o usuário e familiares buscam nos CAPS esse acolhimento, por conseguinte esperam neste dispositivo resolutividade por meio da atenção e construção de vínculos, entendendo vínculo como um recurso para sucesso no tratamento e reinserção social.

Porém, se nós, profissionais, delimitarmos o vínculo apenas com a função de convencer o usuário a tomar a medicação, ignorando a sua subjetividade e o seu direito, ou como na fala do próprio usuário: *no seu livre arbítrio*, não teremos acolhimento e muito menos vínculo. Desta forma, se não há acolhimento e vínculo,

também é pouco provável que se consiga construir um projeto assistencial comum para o usuário.

Quando colocamos a doença entre parênteses, nos deparamos com o sujeito e suas vicissitudes, seus problemas concretos do cotidiano, seu trabalho, família, anseios, o que nos possibilita uma ampliação da noção de integralidade no campo psicossocial e atenção psicossocial (AMARANTE, 2007), assim como a noção de vínculo, que nos faz refletir sobre a responsabilidade e compromisso com o usuário, logo, está em consonância também com o princípio de integralidade.

É importante que construamos constantemente o vínculo, envolvendo não só os outros trabalhadores, mas também familiares e comunidade. Os serviços não são locais de repressão e exclusão, mas sim dispositivos estratégicos para acolhimento, relações sociais, produções de subjetividade, ou seja, serviços que lidam com pessoas, e não com doenças (AMARANTE, 2007). O estabelecimento de vínculos facilita a parceria,

pois através do relacionamento teremos uma ligação mais humana, mais singular que vai buscar um atendimento que melhor se aproxime das necessidades dos usuários e famílias, implementando uma atuação da equipe mais sensível para a escuta, compreensão de pontos de vulnerabilidade e a construção de intervenções terapêuticas individuais, respeitando a realidade específica e tornando a parceria como algo possível e concreto [...] O vínculo pode alicerçar uma relação compromissada entre a equipe, usuário e família, propiciando uma convivência que deve ser sincera e de responsabilidade (SCHRANK; OLSCHOWSKY, 2008, p. 131).

Contudo, nas condições de trabalho em que estamos inseridos e em um contexto histórico pouco voltado para a reinserção social do “louco”, ficamos limitados para reconhecer no vínculo uma possibilidade de relação social, de troca entre usuário e equipe/contrução de tecnologias leves, ou seja, os dados apontavam que o CAPS não precisava se responsabilizar pelos surtos, e muito menos pelos os usuários que viviam este momento conflituoso e de sofrimento e, assim, o vínculo acabava sendo visto muito mais como meio de convencimento para que o usuário não abandonasse o tratamento medicamentoso.

Se a responsabilidade pelos surtos não dizia respeito aos CAPS, entendemos que para esses profissionais havia a necessidade da existência do hospital psiquiátrico, não compreendendo que internar o usuário significava correr o risco de romper vínculo com este, situação difícil de ser recuperada. Ainda que alguns integrantes da equipe reconhecessem este rompimento de vínculos, o CAPS continuava a encaminhar os usuários para este tipo de serviço nada terapêutico. É o que se confirma pela fala de um dos usuários:

U/ F 10: Eu gostaria que todo paciente aprendesse como se viver, porque [...] no hospital fechado é ruim, como é ruim! Porque se ficar ruim e vai pro hospital fechado, lá não sabe quando volta pra sua casa e aqui [no CAPS] não, aqui a gente conversa, *papeia*, passa o dia, brinca, caçoa, vai pra casa, dorme um sono muito bom, no outro dia volta, torna brincar, torna caçoar, é melhor que num hospital fechado, [...] porque é melhor tudo unido aqui, brincando, caçoando, lutando todo dia, de que *arruinar* e for pro hospital, e ser dependente de remédio e dependente de *seguração* de médico [...] e num sabe quando volta pra sua casa.

Se os trabalhadores conseguem entender este momento, é bem provável que necessariamente terão que se qualificar para atender a crise, pois se temos um serviço, onde não há condições materiais e técnicas, e muito menos psíquica para atender a crise, “a única saída enxergada pela equipe é encaminhar para a internação” (ONOCKO-CAMPOS, 2001, p. 104), e assim no momento mais frágil do usuário há um rompimento de vínculo com a equipe do CAPS.

É importante considerar aqui, que em Mato Grosso, de acordo com Ataíde (2007), das internações ocorridas no Centro Integrado de Atenção Psicossocial Aduino Botelho⁶, 84,9% são involuntárias, apesar do MS prever que o CAPS é o principal dispositivo de atenção à saúde mental (BRASIL, 2004b). Dado condizente com a situação apresentada acima, que não considera os direitos do usuário e, que mesmo a equipe apresentando o CAPS como um meio de reintegração, ela está ainda muito limitada nas práticas de atenção psicossocial, fazendo com que, por meio das práticas realizadas, haja a reafirmação do hospital psiquiátrico como sendo necessário para os pacientes crônicos, se contrapondo ao que propõe a Reforma Psiquiátrica:

⁶ Hospital psiquiátrico público do Estado de Mato Grosso.

As pessoas atendidas nos CAPS são aquelas que apresentam intenso sofrimento psíquico que lhes impossibilita de viver e realizar seus projetos de vida. São, preferencialmente, pessoas com transtornos mentais severos e/ ou persistentes, ou seja, pessoas com grave comprometimento psíquico (BRASIL, 2004b, p.14).

Sendo assim, os casos graves/ crônicos como definido pelos trabalhadores, são de responsabilidade dos CAPS, enquanto depressões leves, por exemplo, são acompanhadas pelo Programa de Saúde da Família (PSF) ou por uma equipe de apoio matricial.

O cuidado em saúde mental não é apenas voltado à psicopatologia e, portanto, não deve ser reduzido ao tratamento de uma doença (AMARANTE, 2007). Trabalhar em dispositivos de atenção psicossocial, implica “cuidar de uma pessoa, fazer-se responsável, evitar o abandono, atender à crise e responsabilizar-se pela demanda através de diferentes instrumentos” (AMARANTE E TORRE, 2001, p. 30), como por exemplo, além da visita domiciliária e oficinas, o projeto terapêutico individual.

Apesar de o projeto terapêutico individual, ser um instrumento do modelo de atenção psicossocial, não separando prevenção, tratamento e reabilitação, olhando o usuário com sua historicidade, com necessidades individuais e inserido num contexto (AMARANTE E TORRE, 2001, p. 30), a maioria dos entrevistados e, isso inclui trabalhadores e usuários, não conhecia e não sabia definir o que era projeto terapêutico (individual e institucional).

Assim nos perguntamos: como trabalhar no modelo de atenção psicossocial com o objetivo de estimular a autonomia do usuário se não conseguimos vê-lo além da sua doença e também se não nos vemos detentores de uma autonomia parcial? E como podemos ver esse usuário além de sua doença, se a formação histórica da saúde e da enfermagem foi sempre voltada para causa – tratamento – cura? Se boas condições de trabalho não têm sido ofertadas? Se não há uma tradição de movimentos sociais em Mato Grosso? Se as enfermeiras e os demais profissionais trabalham no CAPS por motivos vários e não, necessariamente, porque sentem-se preparados ou identificados com essa área?

A autonomia ampliada do gestor acontece mediante a frágil luta sindical e a pequena autonomia/autogoverno dos trabalhadores e usuários. Se não há espaços de co-gestão e participação, onde o trabalhador possa exercer sua força instituinte, pouca autonomia também terão os usuários.

A atenção psicossocial requer responsabilidade pelo usuário, utilizando instrumentos de trabalho como atendimento individual, coletivo, com os familiares, assembleias, reuniões de equipe, visitas domiciliares, oficinas, projeto terapêutico, ou seja, mecanismos que envolvam a participação de todos.

Desta forma, é importante que nos perguntemos como estamos trabalhando e para quê ou com que finalidade estamos executando nossas ações, de acordo com Onocko-Campos (2001, p. 101) “uma reflexão sobre a clínica se faz necessária se pretendemos avançar na discussão sobre eficácia”.

Os CAPS começam a demonstrar sua efetividade a partir do momento que não isolem os usuários, como também envolvam a comunidade e os familiares de forma que estes possam auxiliar o tratamento e a reintegração social do indivíduo com sofrimento psíquico, desse modo,

Buscar a participação de ambos nas atividades do serviço desempenhadas por uma equipe multiprofissional comprometida em ajudar, dividindo com as famílias o tempo e a responsabilidade de cuidar, de apoiar nas dificuldades e de oferecer suporte e atenção (SCHRANK; OLSCHOWSKY, 2008, p. 128).

A família também pode ser tratada/cuidada, pois há nas famílias condições relacionadas à produção da psicose (ONOCKO-CAMPOS, 2001) e, talvez restabelecer vínculos nesta situação pode prejudicar o tratamento do usuário em sofrimento psíquico.

Assim como Castro e Silva (2001), também entendemos que a assistência em enfermagem é individual, familiar ou grupal e que só acontece pela relação interpessoal, trazendo a família como protagonista desse processo. Assim, vejamos adiante como era a participação da família no tratamento do usuário.

U/ F 4: [...] a minha mãe é usuária também, a minha irmã é também, nós tomamos remédio, [...] acho que a enfermeira foi lá em casa umas três vezes.

É importante enfatizarmos que mesmo inseridas num contexto de precarização das condições de trabalho, as enfermeiras utilizavam tecnologias leves, já que realizavam visitas domiciliares preconizando a construção de vínculos com os familiares, assim como também buscando a participação destes no tratamento do usuário.

No modelo psicossocial o objeto de intervenção é o sujeito histórico que apresenta um sofrimento psíquico e está inserido num determinado contexto social e familiar (COSTA-ROSA, 2000). Assim, nesse novo modelo complexo e ampliado (psicossocial), torna-se necessária e importante a participação efetiva da família, em que esta passa a ser cuidada e também integrada no processo de tratamento e reabilitação.

Sendo assim, o enfermeiro pode potencializar essa participação intervindo em situações de crise, discutindo junto aos usuários e seus familiares sobre o que pensam em relação ao transtorno e às possibilidades de cura, “permitindo a modificação das crenças e mitos, além de dar orientações sobre redes de atenção em saúde mental e sobre os direitos dos cidadãos e outras questões que despertem interesses mútuos” (OLIVEIRA; MARCON, 2006, p. 131).

Porém, com pouca formação voltada para atenção psicossocial, trabalhando em condições precárias, dentre outros fatores que interferem no processo de trabalho, ainda utilizamos muito pouco o espaço intercessor como meio de construção de autonomias e tecnologias leves voltados para a reinserção social do usuário.

U/ F 7: Na minha casa ela já foi? Não nunca foi, quando a gente sempre encontrava era aqui ou na casa do meu irmão [usuário do CAPS], uma vez ela desceu com o motorista da ambulância até lá, porque eu tava procurando meu irmão na rua aí foi os dois lá pra ver se ele tava lá, porque talvez desencontrou na rua né, [...] foi só essa vez, mas ela nem desceu da ambulância, você entende? [...] e as vezes a gente vinha aqui, só na hora da consulta [psiquiátrica].

U/ F 9: Minha família assim, não participa aqui [...], quem participa mesmo é só eu, eles não vêm, mas ela sempre pergunta como a família vai, se vai bem.

NFM 2: ela [enfermeira] já chamou assim, quer dizer todo mundo junto né, chamou a família assim como se fosse uma festinha pra vim, porque se não a família não vem, você sabe que se chama a família não vem, agora ta vindo quando eles fazem o acolhimento, mas antes não vinha, então sei lá, eu acho muito bom o serviço dela [enfermeira], legal com as família também, ainda não conseguiu trazer a família, é difícil trazer a família né, porque é difícil vir alguém da família com os paciente.

NFM 3: eles [familiares] quase não vêm, poucas pessoas, pouca família que tem aqui. [...] família é mais difícil aqui no CAPS, eles vem quando tem uma confraternização alguma coisa, mas é assim bem pouco os familiares que se interessam pelos pacientes.

NFM 11: o contato que ela [a enfermeira] tem com a família é mais nas reuniões, o usuário normalmente quando ele vem pra consulta médica, ele vem acompanhado de um familiar.

NS 9: ela [enfermeira] tem esse contato com a família **principalmente quando o paciente ta em crise**, porque a família muitas vezes não sabe como agir, ai procura a gente pra ver qual a melhor forma [...] **se vai internar, se não vai internar, se dá pra ficar em casa**, isso ai a enfermeira ta bem assim atenta na verdade, só que quando a maioria das vezes o familiar se interessa pelo usuário, **quando não se interessa a gente tem que tomar providências por si só** (grifo nosso).

NS 11: é porque assim, em alguns casos **a gente precisa do familiar pra ajudar na medicação**, nesses casos ela [enfermeira] orienta bem, chama o familiar pra orientar, e quando não tem o familiar ela também orienta o paciente, **assim ela fica preocupada se o paciente ta entendendo o remédio que ele tem que tomar** (grifo nosso).

NS 3: O relacionamento do CAPS com os familiares ainda não ta legal, isso ai é de uma forma geral. [...] A família que procura, e também são chamadas pra estarem vindo pra participar das atividades, do tratamento do paciente.

Enfermeira 1: a família quase não vem no CAPS, são raras as famílias que vem, então minha relação assim são com algumas, principalmente os crônicos que o eu faço visita.

Os dados indicavam que os trabalhadores, e neste caso específico, as enfermeiras, apesar de realizarem visitas domiciliárias, ainda utilizavam este instrumento de trabalho muitas vezes apenas para oferecer orientações à família sobre as medicações. Além disso, a ida dos familiares até o CAPS foi motivada por algum tipo de festa na unidade ou porque o usuário estava em *crise* e o familiar

buscou na equipe uma solução/efetividade para esta situação, que neste caso foi evidenciada apenas *se vai internar ou não*, constatando que as discussões junto aos usuários e familiares aconteciam esporadicamente.

Com ênfase voltada para a medicação, fazendo com que as ações da enfermeira se direcionassem para as orientações e administração de medicamentos, em que tínhamos a captura do trabalho vivo, tornava-se difícil considerar que as atividades como as festas realizadas nos CAPS e a visita domiciliária fossem voltadas para a atenção psicossocial.

Se temos como objeto de trabalho a doença, e como principal instrumento de trabalho da enfermagem a medicação, conseqüentemente teremos poucas possibilidades de ver na participação dos familiares uma força instituinte como algo possível ou muito menos importante de acontecer.

Assim, neste contexto, nem os familiares e nem a equipe estavam interessados nessa participação, sendo que em momentos de crise era mais fácil e/ou resolutivo internar o usuário e, assim a co-responsabilização da família não acontecia mediante apenas o isolamento do *louco* intramuros, mas também pelo fato do serviço deixar de informar, compartilhar e preparar a família para lidar com essa situação (OLIVEIRA; MARCON, 2006).

Além disso, é necessário também considerarmos a historicidade de cuidado ao *louco* realizada nos manicômios, onde a família não tinha que se responsabilizar por ele (MIRANDA, 1994).

Hoje, cuidar de uma pessoa em sofrimento psíquico é um desafio para os familiares, se se considerar a história de exclusão dos *loucos* nos manicômios como forma de disciplina para a sociedade. Desafio, pois

Requer enfrentamento de valores e sentimentos estigmatizados dos indivíduos e da sociedade os quais exigem, para este processo, uma mudança no olhar essa pessoa, passando a enxergá-la com capacidades e potencialidades, possibilitando a convivência com a diversidade (SCHRANK; OLSCHOWSKY, 2008, p.128).

Nesse sentido, é necessário criar cotidianamente novas formas para lidar com a *loucura* valorizando o ambiente familiar no processo de reabilitação, através de práticas “que favoreçam a compreensão da subjetividade implícita no transtorno

mental e da complexidade desse fenômeno, práticas estas possíveis se o foco da atenção se pautar numa abordagem ampliada do sujeito, ou seja, no modelo psicossocial” (OLIVEIRA; MARCON, 2006, p. 131).

Além da visita domiciliar, a participação e abordagem dos familiares pode acontecer também por meio de reuniões e assembléias que tenham uma finalidade pré-definida. Vejamos, porém, como esses instrumentos eram utilizados:

Enfermeira 2: Olha eu tenho uma relação boa com todos os familiares, porque assim nós temos uma meta. É porque se nós não trazemos a família, nós não vamos saber como tá o usuário lá na casa dele, não adianta nós quisermos fazer aqui na unidade, quando chega nas residências, a família deixa ele só ficar deitado, então como é que nós fazemos, temos a reunião da família, temos a psicoterapia de grupo com a família, e temos a visita domiciliar.

Enfermeira 3: Normalmente nós temos a reunião de família, onde a gente conversa com cada um, e outra coisa assim, quando eu vou dispensar medicamento, orientar, eu geralmente comunico a mãe ou o pai, alguém da família responsável pra eu orientar junto, porque às vezes se tem o paciente, em termos de orientação, sobre medicamento, se ele precisa ser encaminhado pro ginecologista, sempre eu comunico a família pra eles acompanharem junto.

A equipe de saúde mental, quando trabalha no modelo de atenção psicossocial, está atenta e comprometida com a problemática da complexidade do cuidado à família e ao usuário, buscando construir dispositivos de apoio e mecanismos que facilitem a participação e a integração da família (SCHRANK; OLSCHOWSKY, 2008). Porém, ter bom relacionamento e conversar com familiares, assim como a visita domiciliar, reuniões e assembléias sem finalidades relacionadas à atenção psicossocial, não implica práticas de atenção psicossocial. A existência desses serviços destinados a trabalhar com a família por si só não determina o posicionamento substitutivo ao modelo psiquiátrico.

Muitas vezes esses espaços fundamentais para o sucesso da proposta de se trabalhar com a família são alarmantes e esvaziados de sentido. “Fazem-se grupos de família para quase qualquer coisa: informar as famílias da evolução do paciente” (ONOCKO-CAMPOS, 2001, p. 106) e, assim o usuário perde direito à informação, além de se expor, já que as reuniões de familiares não são exclusivas de um paciente,

além de que os profissionais pedem informações às famílias sobre os usuários, ou seja, a história não é mais do sujeito e sim é a história contada pela família, gerando a situação constrangedora para os familiares ao exibirem aspectos mais íntimos e doloridos de suas vivências. Dificilmente será possível redirecionar o que a família nos transfere quando as reuniões são multitudinárias (idem).

Onocko-Campos (2001, p.106) atribui uma parte dessa dificuldade à falta de formação: “é difícil trabalhar com famílias, e há na rede pública poucas pessoas com essa capacitação específica”. Temos uma história de exclusão do *louco*, uma cultura manicomial marginalizadora, e que ainda é ressegurada pelas instituições formadoras de profissionais de saúde e, como agravante, a exclusão também é resultado de uma definição do usuário em sofrimento psíquico como um indivíduo perigoso, definição esta que permeia não só o imaginário dos trabalhadores de saúde, mas também dos próprios usuários, de seus familiares e da sociedade civil em geral (CAMPOS; BARROS, 2000).

Além disso, temos o modelo clínico-biológico ainda hegemônico, utilizado na assistência acrescido apenas de “instrumentos inovadores, como o atendimento familiar, as atividades terapêuticas em geral, [...] mas ainda com a finalidade de remitir sintomas; logo, centrado na doença” (CAMPOS; BARROS, 2000, p. 275).

É complicado pensarmos em capacitações e especializações (*lato sensu* e *stricto sensu*), ou seja, melhor formação para esses profissionais, se não temos contratos efetivos que permitam que esses trabalhadores invistam em sua formação, sendo que a especialização *stricto sensu* requer afastamento do serviço. Porém, por outro lado, é quase impossível, com pouca formação, buscarmos ou exigirmos melhores condições de trabalho e incentivo para capacitações. Assim, na dinâmica dos fatos, aumenta-se a autonomia do gestor e, conseqüentemente, a exploração do capital.

Se de um lado, trabalhar no CAPS requer habilidades, motivação, orientação, esclarecimento, trocas constantes de conhecimentos teóricos e práticos entre a equipe, acolher usuários/familiares, ou seja, o trabalho necessita de continuidade, cumplicidade/parceria entre os diferentes agentes (trabalhadores, usuários e familiares) que se constituem por meio de vínculos (SCHRANK; OLSCHOWSKY, 2008), por outro lado, temos um contexto de contratos temporários e insegurança no

vínculo de trabalho, o que dificulta a continuidade da prática e parceria entre agentes, num cenário onde até as forças sindicais são frágeis.

Amarante (2007) e Amarante e Torre (2001) apontam que para trabalhar no modelo de atenção psicossocial muito além de reforma, precisamos realizar rupturas, e neste caso, rupturas com o princípio da instituição asilar como recurso terapêutico, rupturas que devem ocorrer desde a formação, para que possam ser novos serviços, com novos princípios, novos atores, novas idéias, novas percepções, ou seja, uma modificação efetiva na substituição ao modelo psiquiátrico. Mas também, além disso, precisamos de novas formas de contratos e novos salários (melhores salários).

Assim, teremos condições de rever o nosso objeto de trabalho (constituir o usuário enquanto cidadão de direitos e inserido num determinado contexto que necessita ser considerado e avaliado), a prática (utilizar novos instrumentos), e ampliar a finalidade da assistência que possibilite a reinserção social do usuário. A proposta de um novo paradigma – a atenção psicossocial – implica repensar a prática e o saber que a embasa (CAMPOS; BAROS, 2000), implica olhar as condições apresentadas anteriormente para a realização do trabalho.

Nesse contexto, mesmo sendo predominante a definição/função do CAPS como local de apoio, pra dar medicamento, e pra atender os que não são transtornos severos, houve alguns relatos contrários, apresentando o CAPS como um instrumento de ressocialização:

NS 8: [...] foi se criando outros modelos de instituição, que não precisaria ta separando aquelas pessoas, internando, essas pessoas [...] podem ter uma vida normal, junto com a sociedade com sua família, com a comunidade, pode trabalhar, pode viver normalmente, e o CAPS é uma dessas maneiras, o pessoal vai, faz o tratamento, participa das atividades, mas volta pro seu convívio familiar, comunitário. Então eu acho que assim, o CAPS existe pra isso pra dar o tratamento pra essas pessoas e elas não precisarem ficar internadas.

NS 12: além de tratamento a esses usuários, que a gente já acompanha há algum tempo, [...] eu acho que principalmente hoje a gente trabalha num centro de integração social [...] o CAPS é hoje mais do que um centro de só tratamento da saúde mental.

NS 14: [CAPS é] pra tentar orientar e educar os paciente, cada vez mais a respeito da doença que ele tem, e **incluir o paciente na sociedade**, tentar aproximar o paciente da sociedade (grifo nosso).

NS 18: o CAPS é um espaço de integração entre família, comunidade, e principalmente um espaço aonde as pessoas vem resgatar seus sonhos, mas do que toda técnica, em suma é isso (grifo nosso).

Enfermeira 1: É uma unidade de saúde do SUS, que é de alta complexidade, que é uma forma de ta desvinculando as pessoas que tem problema mental do hospital e **dando cidadania pra elas**. [...] Pra socializar o usuário (grifo nosso).

Enfermeira 2: [...] o CAPS nada mais é do que **um lugar onde essas pessoas têm condições de buscar essa autonomia** dele pra ele poder fazer tudo que ele tem necessidade, [...] então eu acredito que o CAPS fortalece a interação social (grifo nosso).

Enfermeira 3: o CAPS é um forma de [...] interagir com os outros, o CAPS pra mim ele tem que ter essa visão, **interação, onde o paciente vai se reabilitar** (grifo nosso).

É importante enfatizarmos que mesmo com condições nada favoráveis para o desenvolvimento de práticas voltadas para a atenção psicossocial, o processo de mudança no cuidado ao usuário em sofrimento psíquico já está presente nas falas dos trabalhadores e das enfermeiras, em que estes se referem ao CAPS como meio de interação, reabilitação, ressocialização e um espaço para busca de autonomias.

Trabalhar com o conceito de reabilitação psicossocial é possibilitar a desconstrução de práticas fundamentadas na objetividade da doença mental e a (re)construção de práticas voltadas para as reais necessidades do paciente; é estabelecer relações que permitam ao usuário a apropriação, a significação e a reconstrução de suas histórias de vida (BARROS; OLIVEIRA; SILVA. 2007, p. 817).

Reabilitar é ampliar a autonomia do usuário, por meio da construção de vínculos e um trabalho em equipe, por exemplo. Na perspectiva da reabilitação, cuidar é considerar a importância da construção de projetos de vida, significativos para cada usuário, como eixo central da ação terapêutica (BARROS; OLIVEIRA; SILVA, 2007, p. 817).

Desta forma, a maioria dos trabalhadores entendiam a proposta da reforma psiquiátrica e, apesar das dificuldades encontradas, é necessário que relacionemos estas dificuldades como próprias desse movimento de transformação da prática.

Apesar das transformações ocorridas na saúde mental, os serviços substitutivos ainda não se consolidaram como tal, uma vez que existem mais em termos potenciais do que efetivos (WETZEL; KANTORSKI; SOUZA, 2008), desta forma, temos um serviço que se coloca mais como alternativo no tratamento à saúde mental do que substitutivo. Além disso, há profissionais que compreendem a atenção psicossocial, mas ainda reproduzem muitas práticas do modelo psiquiátrico. Porém, isso não diminui a importância dos CAPS como serviços substitutivos, principalmente por serem uma “possibilidade concreta de superação do modelo manicomial, o que todos os movimentos anteriores não conseguiram construir” (WETZEL; KANTORSKI; SOUZA, 2008, p. 40).

O trabalho inovador é algo a ser elaborado em equipe e deve ser pensado a partir das necessidades e características do local. O CAPS “é proposto como um espaço de criatividade, de construção de vida, que ao invés de excluir, medicalizar e disciplinar, acolhe, cuida e estabelece pontes com a sociedade” (WETZEL; KANTORSKI; SOUZA, 2008, p. 40). Para tanto, as atividades a serem desenvolvidas pela enfermeira e demais trabalhadores, devem ocorrer em equipe, enfocando a integração social do usuário na família e comunidade.

5.5.4 O enfermeiro e o trabalho em equipe

Uma das características previstas pelo modelo psicossocial é a interdisciplinaridade ou transdisciplinaridade.

Vários termos próximos - pluri, multi, inter, transdisciplinaridade - trazem a idéia de soma, de cooperação, de integração entre várias disciplinas. Mas enquanto pluri e multi referem-se a duas ou mais disciplinas que se relacionam ao olhar um mesmo objeto de vários ângulos, inter e trans implicam uma articulação, uma interpenetração dessas disciplinas (ROCHA, 2005, p. 351).

A comunicação entre a equipe é fundamental no trabalho, pois é um meio de interação entre os profissionais e uma integração dos saberes para a construção de um projeto comum que vise ao atendimento e reinserção social do usuário (ROCHA, 2005).

Porém, as condições de trabalho e as condições pessoais de cada trabalhador influenciarão a direção do trabalho para uma equipe multidisciplinar/ agrupamento ou para uma equipe interdisciplinar ou transdisciplinar/ integração. Para Peduzzi (1998) na equipe agrupamento temos a justaposição das ações e agrupamento dos agentes, enquanto na equipe integração temos a articulação das ações e interação dos diferentes agentes técnicos, ou seja, uma modalidade de trabalho coletivo pautado numa vinculação dialética entre trabalho e interação, como possibilidade de espaço para construção de uma projeto assistencial comum e pertinente para atenção dos usuários do serviço.

O projeto assistencial comum ou projeto terapêutico individual é um dos instrumentos a serem usados na atenção psicossocial com o objetivo de incrementar a autonomia do usuário em sofrimento mental, demandando ações em diferentes níveis e setores, o que vai muito além da clínica tradicional (OLIVEIRA; VIEIRA; ANDRADE, 2007). A elaboração desse projeto acontece por meio de atuação individual dos trabalhadores e momentos de troca com pactuação da equipe (BRASIL, 2004c), desta forma, valoriza-se o espaço intercessor e as tecnologias leves.

A construção do projeto terapêutico é um espaço muito rico para que a transdisciplinaridade/ interdisciplinaridade se concretize, já que os profissionais de distintas áreas têm momentos para discutirem a situação do usuário, os objetivos terapêuticos, a proposta de intervenção e a avaliação de resultados, integrando diferentes áreas para potencializarem o que têm em comum ou de diferente (BRASIL, 2004c).

Porém, durante a coleta de dados, quando perguntamos sobre este instrumento, a maioria dos profissionais não sabiam defini-lo e muitos nem sequer o conheciam:

NFM 1: Terapêutico não é o mesmo de oficina? Terapia?

NFM 2: Eu sei que elas [enfermeira, psicóloga e assistente social] estão conversando muito sobre esse projeto terapêutico, mas só que eu não entendi direito ainda, não sei te explicar.

NFM 10: acho que existe o projeto terapêutico individual, [...] mas ainda não li.

NS 1: Tem o individual, mas eu ainda não, não sei como funciona, já ouvi elas falarem [enfermeira e psicóloga] e tem outro, o projeto terapêutico acho que é para o ano inteiro. E tem um individual que eu sei que ela [enfermeira] faz um individual, que agora eu não sei dizer, mas eu não vi.

NS 2: existe o projeto terapêutico, mas ele tá começando a caminhar agora.

NS 9: cada profissional fez um projeto terapêutico, com objetivo, metas e tratamento, [...] mas eu não estou muito por dentro, não deu pra colocar em prática.

NS 11: existe o [projeto terapêutico] geral, mas não existem os individuais.

NS 18: Existe o individual, o institucional a gente tá procurando, a gente tem, está em algum lugar, mas ainda não encontramos.

Enfermeira 2: então como é feito esse projeto terapêutico, o que é esse projeto terapêutico? É você estar com muito mais atenção junto àquele paciente, porque ele está tendo uma recidiva, uma recaída, [...] então o projeto terapêutico individual é aquele projeto que você trabalha só com aquele paciente, buscando um meio de conduzi-lo durante esse período de tratamento.

Enfermeira 3: esse CAPS tinha um projeto que acabou não sendo aplicado o tempo que eu estou aqui, então a gente está querendo montar um novo projeto institucional. [...] Na verdade era pra todos ter acesso, como ele ficou no computador, não foi impresso [...] ninguém interagiu com ele.

Notamos que houve poucos relatos em relação ao projeto terapêutico como meio de construção de autonomias para os usuários, de interação entre a equipe/instrumento de trabalho em equipe, articulação de ações, ou seja, um espaço que fosse propício à discussão entre diferentes profissionais sobre a finalidade do cuidado que está sendo ofertado a um determinado indivíduo.

Porém, é importante ressaltarmos que mesmo com os limites desse processo de integração de novas práticas e saberes, uma das enfermeiras se referiu ao projeto terapêutico como um meio de conduzir e estar atento a um determinado usuário que

requer maiores cuidados e participação da equipe, portanto, ainda é importante enfatizarmos que dentre os profissionais, as enfermeiras são as que estão mais familiarizadas com a proposta do projeto terapêutico como instrumento que possibilita a atenção psicossocial.

Quando consideramos sofrimento psíquico e não doença mental, entendemos este como resultado de vários fatores, em que os vínculos precisam ser valorizados/tecnologias leves, por conseguinte há uma tendência à horizontalização das relações de poder, por meio da equipe interdisciplinar/transdisciplinar (ROCHA, 2005).

Neste caso, a inserção do enfermeiro na equipe do CAPS tem por objetivo oferecer um cuidado com qualidade, o que implica novos posicionamentos e novos saberes.

A proposta é de um trabalho interdisciplinar que não pretende abolir as especificidades dos vários profissionais; eles continuam a realizar as ações que lhes são próprias, mas também executam aquelas que são comuns, valorizando-se aí a utilização de diferentes técnicas e a integração de diferentes saberes (ROCHA, 2005, p. 356).

Nesse âmbito o enfermeiro interage com o restante da equipe, mas também exerce suas especificidades.

No entanto, em um dos CAPS estudados, a enfermeira esteve ausente durante bastante tempo (quatro meses) e a equipe não identificou isso como problema, um fato que pode estar relacionado com a disponibilidade dos trabalhadores para realizarem atividades de outras categorias profissionais e também por terem como maior dificuldade as condições precárias de trabalho. Sendo assim, percebemos que os baixos salários, os contratos temporários, dentre outros fatores, podem influenciar o trabalho e as interações entre a equipe, já que também encontramos poucas falas dos trabalhadores que se referiam ao conhecimento sobre o projeto terapêutico, que é um instrumento de trabalho em equipe.

Outro espaço de construção de tecnologias leves são as reuniões de equipe, todavia vejamos como os dados se apresentaram:

NS 2: mas assim é passado pra nós [trabalhadores de ensino fundamental e médio] nas reuniões de sextas-feiras, como que tá o andamento [do CAPS].

RELATO DE OBSERVAÇÃO CAPS A (22/02/2008, sexta-feira): Durante a reunião as discussões eram mais presentes entre a enfermeira e os trabalhadores de ensino superior, enquanto o restante quase não era acionado para participar, mas também não buscava essa participação. Mesmo as reuniões tendo sempre um membro que preconizasse a organização e o estabelecimento de uma pauta, na maioria das vezes isso não era respeitado e poucas vezes se chegava ao final da reunião com alguma solução efetiva.

RELATO DE OBSERVAÇÃO CAPS B (18/03/2008, terça-feira): Durante a coleta de dados a enfermeira não participou de nenhuma reunião de equipe. Os profissionais de nível fundamental e médio também não participaram, porém, estes relataram que não participavam dessas reuniões por uma decisão de alguns profissionais de nível superior, que estabeleceram como regra a não participação de profissionais de nível fundamental e médio nas reuniões de equipe. As discussões em equipe na maioria das vezes se resumiam para decidir em qual modalidade (intensivo, semi-intensivo e não-intensivo) ficaria o usuário, e assim como no CAPS A, as reuniões muitas vezes não possuíam pauta e as oficinas aconteciam sem uma finalidade pré-definida.

Devemos considerar que havia participação apenas de profissionais de nível superior, e, mesmo no CAPS A, em que os profissionais de nível fundamental e médio estavam presentes, essa participação acontecia esporadicamente. Apesar da decisão pela não participação de profissionais de nível fundamental e médio no CAPS B partir de alguns trabalhadores de nível superior, o restante mesmo relatando seu posicionamento contrário a essa decisão, não agia de forma efetiva para que esta situação mudasse.

A reunião se constituía de principalmente um fórum de debate em detrimento de deliberações conjuntas, ou seja, este espaço permitia mais discussão do que consensos e decisões entre os participantes, fator que pode ser agravado por essa desigualdade construída entre os diferentes trabalhos e seus respectivos agentes (PEDUZZI, 1998). Porém, também devemos considerar que ao mesmo tempo em que os profissionais de nível superior, e isso inclui a enfermeira, não oportunizavam espaços para a realização dessa interação com os profissionais de nível fundamental e médio, estes mesmos profissionais também não buscavam estes espaços. A pouca

autonomia dos profissionais de nível fundamental e médio ampliava o poder dos demais profissionais e, conseqüentemente diminuía a possibilidade de realização de um trabalho interdisciplinar/ transdisciplinar que propiciaria a realização de projetos terapêuticos.

Outro ponto a ser considerado é que a ausência de pauta e organização para encaminhar consensos e decisões coletivas, fazendo com que se improvisasse as reuniões, pode ser um reflexo da dificuldade gerencial/administrativa do CAPS, que muitas vezes é escolhida aleatoriamente de maneira também improvisada, em que corre-se o risco deste serviço ser coordenado por profissionais pouco envolvidos com a saúde em geral e saúde mental/atenção psicossocial.

A articulação das ações requer investimento consciente e ativo de todos os trabalhadores, deve ser assim, uma busca constante de participação, onde a autonomia técnica não esteja na independência profissional, mas na construção compartilhada, podendo assim superar o plano superficial das inter-relações (como as opiniões descomprometidas) para alcançar relações que permitam colaboração e interdependência (PEDUZZI, 1998).

Este panorama tem sido um desafio para profissionais de saúde mental, pois “implica na transformação do saber e do fazer das profissões, para se organizar novas bases teóricas e práticas para a condução de projetos assistenciais e, assim, inventar novas maneiras de produzir saúde” (BARROS; OLIVEIRA; SILVA, 2007, p. 816). Se antes tínhamos um trabalho parcelar e alienante, precisamos agora interagir, tomar decisões em conjunto e participarmos do processo de tratamento.

Inseridos neste contexto de modificação, renovação e superação das práticas, nós, enfermeiras, muitas vezes não sabemos o que fazer nestes dispositivos de atenção psicossocial, pois além de termos uma história voltada para o cuidar no modelo biológico e médico-psiquiátrico, a equipe também cobra e espera que trabalhemos nesses modelos. O não saber o que fazer talvez seja também o resultado de uma inquietação e insatisfação por estar trabalhando num dispositivo substitutivo de assistência à saúde mental, mas que ainda possui algumas práticas que segregam o usuário.

A equipe não se questionava coletivamente ou mesmo individualmente sobre as práticas realizadas no CAPS, assim, alguns profissionais transpuseram a clínica

privada para o serviço público, fazendo uma atenção individualizada (VASCONCELOS, 2004), o que não é sinônimo de realizar práticas de atenção psicossocial, já que se tem como objeto de trabalho a doença, como um dos principais instrumentos a medicação e, por conseguinte, como finalidade a cura, ou seja, o que é mais fácil e concreto para o profissional. A gravidade neste caso está mais no saber o que fazer/ nas certezas em relação às práticas executadas, do que nas incertezas.

Desta forma, é muito mais interessante que tenhamos profissionais que não se sintam completamente seguros sobre, por ser maior a probabilidade deles questionarem sobre o tratamento ofertado e sobre as condições de trabalho, o que mobiliza para a construção de práticas de cuidado criativas e participativas.

O movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira busca a substituição do modelo hospitalocêntrico por uma rede de atenção integral à saúde mental (WETZEL; KANTORSKI; SOUZA, 2008), por conseguinte, atender em saúde mental na atenção psicossocial implica em acionar dispositivos de um determinado território, como os PSF, centros comunitários, hospitais gerais, praças, associações de bairro, dentre outros.

5.6 Rede de Atenção à Saúde Mental e a Relação do Enfermeiro com a comunidade

O usuário precisa estar em convívio com a família, mas antes disso o serviço deve estar preparado para ser acionado como suporte, bem como, inserido numa rede articulada que possa dar continuidade ao tratamento.

Falar em rede implica no desafio de encontrar associações civis, atividades esportivas, como um time de futebol, por exemplo, entidades comerciais, enfim, alianças sociais que possam participar solidariamente da invenção de estratégias de atenção psicossocial, incluindo as pessoas em sofrimento psíquico acompanhadas nos serviços de atenção psicossocial em suas várias formas de sociabilidade já existentes ou que estejam sendo criadas (AMARANTE, 2007).

A política de regionalização na saúde mental foi uma das ações mais estratégicas para a proposta de mudança de modelo, pois os CAPS devem ser serviços que tomam o universo pleno de seu território como clientela potencial, fazendo parte de uma rede de atendimento psicossocial cuja existência se justifica pelo desejo e empenho de substituir, com vantagens éticas e clínicas, o circuito emergência-internação-ambulatório. O conceito de território designa o extra-institucional, marcado por limites geográficos, culturais e socioeconômicos (WETZEL; KANTORSKI; SOUZA, 2008, p. 42).

Os CAPS devem ser serviços de base territorial, ou seja, atuar na comunidade. Nesse sentido o trabalho não se reduzir-se-á ao espaço geográfico, contanto que seja capaz de desenvolver relações com os recursos no âmbito da comunidade (AMARANTE, 2007). Estamos falando do princípio de intersectorialidade, em outras palavras, os serviços de atenção psicossocial, como o CAPS, por exemplo, devem sair da sede do serviço e buscar vínculos na comunidade, ampliando os recursos existentes, isto é, a Rede de Atenção à Saúde Mental (idem).

Em um cenário de condições precárias de trabalho aliado à ínfima formação da classe trabalhadora, em que as enfermeiras se relacionavam com usuários e familiares utilizando mais tecnologias duras (medicamento) do que as tecnologias leves (interações com os usuários/familiares valorizando o contexto e historicidade), com a *doença* como objeto de trabalho, com poucas finalidades de reinserção social do usuário e busca por autonomias, é pouco provável que o CAPS e, neste caso, a enfermeira, utilizasse os recursos disponíveis na comunidade.

NFM 3: A enfermeira aqui do CAPS não é muito de ir na comunidade né, as enfermeiras de postinho que vão mais.

NFM 8: o CAPS não dispõe desse serviço [trabalho na comunidade], só a visita domiciliar mesmo, que é só para os pacientes que são tratados aqui, [...] necessita de uma visita ela [enfermeira] vai lá e faz a visita domiciliar.

NFM 14: [...] não dá tempo também de fazer outro serviço lá fora na comunidade.

NS 9: na comunidade assim, eu acho que tá complicado, porque aqui no CAPS nós estamos com poucos profissionais pra sair daqui e ir fora do CAPS, tá meio difícil porque tá sobrecarregado nosso trabalho aqui dentro, você entendeu? Então, eu não saberia te dizer o trabalho da enfermeira com a comunidade.

NS 10: ela [enfermeira] não tem trabalho na comunidade.

NS 11: o CAPS não ta tendo um bom relacionamento com a comunidade, porque ele [CAPS] ta muito afastado ainda né.

NS 13: **A comunidade que eu entendo é a comunidade do CAPS, [...] a gente está inserido na comunidade, as pessoas sabem que aqui é o CAPS, mas a gente não promove muitas ações relacionando a comunidade, fizemos apenas um bazar envolvendo toda a comunidade, mas o trabalho nosso, fica restrito aos nossos usuários, então eu acredito que não tenha um trabalho de enfermagem na comunidade, a comunidade que eu vejo são as pessoas que estão tratando aqui dentro** (grifo nosso).

Enfermeira 1: relação com a comunidade? Frágil, não tem quase.

A indicação de que havia poucas atividades do CAPS na comunidade e/ou que não havia essa articulação, pode ser uma dificuldade inerente a esse processo de mudança das práticas de atenção à saúde mental. A historicidade das práticas sem base territorial, atuando apenas no espaço interno do serviço ainda está muito presente no nosso trabalho e formação, o que também pode limitar que a atenção psicossocial se efetive.

Além disso, as condições precárias de trabalho também interferiam no tratamento ofertado, pois as falas apontavam justificativas para a não realização da articulação do CAPS com a comunidade por falta de profissionais, o que acarretava um acúmulo de atividades internas no CAPS.

Outra dificuldade ainda encontrada por nós trabalhadores é a falta de compreensão da proposta da atenção psicossocial de se trabalhar numa rede articulada utilizando os recursos existentes na comunidade, como centros comunitários, ginásios de esportes, o Programa de Saúde da Família, dentre outros. Isso resulta em práticas restringidas apenas ao CAPS. Nesse sentido, os serviços ao invés de terem articulação com a comunidade, se tornam ou continuam reproduzindo práticas sem base territorial, uma vez que atuavam apenas no espaço interno (AMARANTE, 2007).

Se pensarmos em reabilitação psicossocial, enquanto modelo tecnoassistencial, teremos como objetivo “a reinserção social do doente mental, através de uma rede de serviços comunitários, nos quais são desenvolvidas ações de diversos profissionais

para este fim” (KIRSCHBAUM; PAULA, 2002, p. 171). Porém, neste contexto de precarização do trabalho, em que estamos limitados em relação à formação psicossocial, trabalhando nos CAPS por motivos vários e não necessariamente por nos identificarmos com a saúde mental, é pouco provável que nos articulemos para buscar recursos e vínculos na comunidade, bem como utilizar os serviços de atenção à saúde mental, da saúde em geral e das políticas públicas.

Assim, “as políticas de saúde mental e atenção psicossocial devem organizar-se em “rede”, isto é, formando uma série de pontos de encontro de trajetórias de cooperação, de simultaneidade de iniciativas e atores sociais envolvidos” (AMARANTE, 2007, p. 86), entendendo rede como os serviços de atenção psicossocial, os centros de saúde, os Programas de Saúde da Família, ambulatórios, hospitais gerais e especializados, o ministério público, delegacias, previdência social, esporte, lazer, cultura, dentre outros recursos que favoreçam a construção de autonomia e reinserção social do usuário.

A não utilização desses recursos coopera para que o serviço se distancie do modelo de atenção psicossocial fazendo com que esse dispositivo que deveria ser substitutivo e contrário, seja apenas alternativo e complementar ao hospital psiquiátrico, já que reproduz ações desse modelo sem base territorial, sendo o que se confirma pelas falas:

NS 10: então ele [usuário] vem aqui [no CAPS] só pra pegar o remédio, então às vezes ele não pode ficar aqui, porque não preenche os critérios pra ficar aqui, mas ele não pode ficar lá, porque não tem ninguém lá, **então ele não fica em lugar nenhum, só fica tomando remédio, então a gente também ta repetindo um modelo que era pra acabar, mas infelizmente é o que ta acontecendo** (grifo nosso).

Enfermeira 3: na minha opinião, **o problema é não ter a referência.** A gente encaminha, esse paciente teria que ter continuado o tratamento dele, ele não precisa ter tratamento no CAPS, ele precisa de tratamento ambulatorial, e a gente não tem essa referência pra onde mandar esse paciente, **porque ele vai ter alta, mas as vezes ele vai precisar continuar tomando medicamento, acompanhamento psiquiátrico, acompanhamento psicológico, e ele não tem essa referência na rede ainda** (grifo nosso).

Primeiramente devemos entender que referência é o ato formal de encaminhar um usuário, de uma instalação de saúde para outra de maior complexidade, em que o encaminhamento deve ser desencadeado quando for constatada insuficiência de capacidade resolutiva do órgão encaminhador, assim, o sistema de referência e contra-referência constitui-se na articulação entre unidades de serviço, sendo que referência corresponde ao trânsito entre o nível de menor para o de maior complexidade, e, inversamente a contra-referência compreende o retorno do nível de maior para o de menor complexidade (BRASIL, 2004b; JULIANI; CIAMPONE, 1999).

Porém, nessa situação, onde não havia a possibilidade de articulação dos serviços por meio do sistema de referência e contra-referência, o usuário além de perder os vínculos construídos com o CAPS ou com um trabalhador, perdia o seu espaço e também sua história que passava a ser aquela contada nos prontuários.

Temos a necessidade de trabalhar com equipamentos verdadeiramente substitutivos que se articulem em rede, capazes de preservar o vínculo com o usuário e se co-responsabilizarem por ele nos diversos momentos de seu sofrimento, fugindo da lógica do entra e sai, em que o usuário não tem lugar, não tem referência, não tem vínculo, e, portanto, pouca probabilidade de aumentar sua autonomia e receber algo mais que remédios. “Para isso acontecer deveria ser possível contar com um apoio institucional para a própria equipe” (ONOCKO-CAMPOS, 2001, p. 105) e uma Rede de Atenção à Saúde Mental articulada, para tanto, precisamos também que essas condições sejam ofertadas pela gestão e exigidas pelos trabalhadores.

A falta desse suporte é um agravante para a institucionalização do usuário.

Pois muitas vezes, após a alta, esses pacientes não são referenciados para serviços de apoio, ou serviços extra-hospitalares, ocasionando uma quebra no processo de recuperação. Dessa forma, o familiar vê-se inteiramente responsável pelos cuidados e sem nenhum suporte, o que acarreta novas crises/surtos, novas internações e muito sofrimento (OLIVEIRA; MARCON, 2006, p. 130).

Assim a família vai se organizando para tirar do seu meio o usuário em sofrimento psíquico, temporária ou definitivamente, utilizando como auxílio principal o hospital psiquiátrico.

Apesar da crescente implantação de CAPS em Mato Grosso, em que temos hoje 33 CAPS, colocando este estado em 5º lugar no *Ranking* da cobertura CAPS/100.000 hab. por UF até dezembro de 2006 (OLIVEIRA et al., 2008; ATAÍDE, 2007), ou seja, uma rede de serviços de saúde mental que se expandiu nos últimos cinco anos, ainda assim, ao confrontarmos esses dados com a pesquisa de Ataíde (2007) percebemos que apenas 9,0% dos pacientes eram encaminhados para o CAPS após a alta do hospital psiquiátrico, o que nos faz refletir se realmente esses serviços estão funcionando como rede articulada para substituir o modelo asilar. É o que notamos pela fala a seguir:

NS 10: Diz que é pra atender saúde mental, a gente num tem nenhuma rede de saúde mental na cidade, então o CAPS hoje funciona como porta de entrada pra urgência, ambulatório, e um atendimento que deveria ser CAPS. [...] tratar em Saúde mental, é algo muito maior do que só dar remédio, é algo muito maior do que só fazer terapia, isso tudo é um processo contínuo, de modificação, que vai, que vai, que vai. É difícil, até as pessoas entenderem e saber que há um limite pra isso. Essas pessoas têm que entender que tem uma porta de entrada e uma porta de saída, os pacientes têm que entrar, sair, e às vezes ele vai voltar, o que a gente não pode fazer é manter todo mundo dentro.

Com o não funcionamento efetivo da Rede de Atenção à Saúde Mental, o CAPS acabava exercendo atividades que seriam do âmbito da atenção primária, como o acompanhamento de depressões leves, por exemplo, que acontecia em ambos os CAPS e que poderia ser feito pelo PSF.

Assim como Juliani e Ciampone (1999), também nos perguntamos se a finalidade do sistema de referência e contra-referência está sendo usada como meio de garantir acesso e continuidade do atendimento na lógica da complexidade e integralidade ou para mascarar a insuficiência dos serviços. Pois os CAPS, assim como os trabalhadores inseridos no contexto apresentado no decorrer da dissertação, tinham poucas condições de atingirem suficiência e eficácia no tratamento ofertado e, nessa lógica, encaminhavam o usuário em sofrimento psíquico mesmo quando não havia uma rede articulada, e como agravante, também não o acompanhavam e pouco

preparavam a família e comunidade. Desta forma, é muito mais provável que o usuário entre em *crise* novamente e todo esse círculo vicioso continue, como um resultado das dificuldades inerentes a esse processo de mudança.

Considerando que a atenção psicossocial se faz por meio de um movimento articulado entre as dimensões teórico-conceitual, técnico-assistencial, sociocultural e jurídico-política (AMARANTE, 2007), concordamos com Ataíde (2007), quando esta afirma que:

A dimensão epistemológica que se refere à necessidade de desconstruir os conceitos que deram sustentação à psiquiatria e reconstruí-los de acordo com a nova proposta psicossocial e a *dimensão sociocultural* que se refere à criação de espaços de sociabilidade, de trocas, de produção de subjetividade, apresentam-se totalmente dissociadas do considerável avanço da dimensão *técnico-assistencial* (implantação de CAPS) e jurídico-política (modificação de leis) (ATAÍDE, 2007, p. 71).

A promulgação de leis e construções de CAPS são importantes, mas também devemos pensar na formação/capacitação dos trabalhadores para atuarem em saúde mental, bem como oferecer melhores condições de trabalho.

Assim como numa pesquisa realizada por Castro e Silva (2002) em dispositivos de saúde mental, ao analisar as respostas dos enfermeiros também encontramos que a maioria conhece poucos aspectos da reforma psiquiátrica e às vezes de maneira distorcida.

Faz-se necessário que a gestão oportunize espaços de maior participação dos trabalhadores, como a co-gestão, por exemplo, mas também os trabalhadores precisam se reconhecer como sujeitos do seu próprio trabalho, buscando espaços intercessores que possam propiciar melhores condições de trabalho, pois, a partir desse contexto é mais provável que haja estímulo para construção de autonomia do usuário, trabalhos em equipe do tipo integração, maior força sindical, participação da família no processo de tratamento, utilização dos recursos na comunidade, a efetivação da rede de atenção à saúde mental, dentre outros, que possibilitem a atenção psicossocial.

Essas reflexões apontando para a importância da avaliação dos serviços de atenção à saúde mental no processo da Reforma Psiquiátrica, e para que haja

formulação e execução de mudanças é oportuno incluir sujeitos com posturas críticas, que possam reduzir eventuais pontos cegos da gestão e de outros integrantes da equipe (WETZEL; KANTORSKI, 2004; ONOCKO-CAMPOS; FURTADO, 2006).

Estamos vivenciando um período de transição entre o modelo psiquiátrico e o modelo psicossocial, em que os avanços concretos para qualificar a assistência só serão possíveis à medida que houver trabalhadores que reflitam e questionem sobre o trabalho realizado, o que lhes é ofertado como condições de trabalho e a oportunidade de escolher ou não trabalhar em saúde mental, além disso, é necessário que haja envolvimento de todos os profissionais, entre eles os enfermeiros que, inseridos neste contexto, também são levados a repensarem suas práticas frente aos novos desafios de reestruturação da assistência (CASTRO; SILVA, 2002).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tivemos como objetivo nesta dissertação analisar o trabalho do enfermeiro em dois CAPS de Mato Grosso, onde após a reestruturação do modelo de atenção em saúde mental no Brasil e também por força do incentivo financeiro concomitante, ocorreu a implantação de um expressivo número de CAPS, nos últimos anos.

Os dois CAPS deste estudo apresentavam problemas relacionados à estrutura material, localização e acesso. Ambos tinham dificuldades materiais para o cotidiano da assistência e, enquanto um localizava-se em bairro distante e de difícil acesso, o outro era na região central, porém em casa alugada. O próprio fato de ambos existirem, principalmente em município do interior com menos de 20 mil habitantes significa um avanço na atenção psicossocial. Entretanto, algumas dificuldades materiais repercutiam em problemas para que estes serviços fossem substitutivos aos hospitais psiquiátricos.

A maioria dos trabalhadores não tinha vínculo efetivo nos CAPS e recebia no máximo dois salários mínimos vigentes na época de coleta de dados. Estas características repercutem em pouco ou nenhum direito trabalhista e interferem no trabalho/ cuidado realizado. Isto se relaciona com o escasso investimento em formação na área de saúde mental/ atenção psicossocial. Entre as três enfermeiras, nenhuma tinha formação *lato ou stricto sensu* em saúde mental, duas possuíam vínculo temporário e recebiam menos de dois salários mínimos. Este cenário, portanto, limitava a construção da autonomia dos trabalhadores e usuários e coloca em risco a construção da atenção psicossocial, pela complexidade exigida nesse processo.

Neste contexto de limitadas condições de trabalho, as equipes eram mínimas, trabalhando em dois turnos nos serviços e atendendo grande número de usuários e, além disso, em um dos CAPS, a enfermeira acumulava a função de gerente. Apesar de a pesquisa ter sido realizada em serviços diferentes e não ter como objetivo a comparação entre eles, encontramos muitas semelhanças entre ambos no que diz respeito às condições de trabalho.

Nestas condições, a saúde mental não era a primeira opção de trabalho das enfermeiras, agravada por uma não identificação construída desde a formação, que

também apresenta déficit nesta área, mantendo historicamente o *louco* como um sujeito perigoso e/ou por uma desvalorização dessa área.

Mesmo quando havia alguém para exercer as atividades de gerência, a enfermeira ainda assim continuava a realizar atividades de cunho administrativo, seja por uma indefinição de saberes, práticas e funções, por uma valorização social ou por uma identificação construída historicamente na profissão.

Com o objetivo do trabalho das enfermeiras direcionado para a organização/administração do CAPS, estas tinham poucos espaços de interação com a equipe e ainda, as condições acima apresentadas podiam influenciar as relações de trabalho, assim como uma história de pouca sindicalização em Mato Grosso que colabora para que se busquem interesses individuais e que, portanto, também se trabalhe individualmente.

Apesar da atenção psicossocial preconizar um trabalho em equipe, onde haja articulação das ações, igualando os trabalhadores em relação à importância para o serviço, devemos considerar que em um dos CAPS apenas os profissionais de nível superior participavam das reuniões de equipe e no outro, a participação de profissionais de nível médio não acontecia de forma efetiva, o que dificultava um trabalho em equipe interdisciplinar/transdisciplinar.

Diante destas dificuldades encontradas no serviço, as enfermeiras e demais profissionais delimitavam o objeto de trabalho como sendo a doença do usuário (*a loucura*), utilizando como principal instrumento a medicação (tecnologia dura/trabalho morto), tendo a cura como finalidade pressuposta nesse processo. Assim, o medicamento era central no tratamento, havia uma dificuldade técnica para abordar paciente em crise, quando por vezes, até a polícia era acionada como meio de contenção, o hospital psiquiátrico era visto ainda como necessário e como continuidade ou alternativa no tratamento e, conseqüentemente o CAPS era pouco resolutivo, não sendo reconhecido como dispositivo para atender crise e sim, casos menos complexos, como depressões leves, por exemplo.

Isto demonstra certo desconhecimento sobre a proposta da Reforma Psiquiátrica e da atenção psicossocial, pois para a maioria dos trabalhadores, este serviço era sinônimo apenas de acolhimento, ajuda e apoio aos pobres. Embora isto seja significativo, a atenção psicossocial requer muito mais que o amparo para essas

peessoas, é necessário que o usuário seja reinserido na sociedade e que seu contexto social e familiar seja considerado como parte do tratamento.

A importância da existência dos CAPS e a qualificação no cuidado ao usuário em sofrimento psíquico devem ser evidenciadas, porém, as dificuldades do contexto local e histórico também precisam ser consideradas como empecilho para modificação das práticas, já que isto corresponde a um processo complexo e lento.

Em relação ao cuidado com a família, cabe enfatizarmos que as enfermeiras realizavam visitas domiciliares, mesmo com os limites impostos pelo contexto. Apesar de muitas vezes utilizarem este instrumento para orientar sobre medicação e cuidados focados no modelo biomédico, a equipe e as enfermeiras possuíam certo vínculo com a família, que mesmo sendo frágil é importante ser considerado nesse processo, já que historicamente a família nunca participou do cuidado ao *louco*.

A atenção psicossocial considera o sujeito inserido num contexto que é inerente a ele e, portanto, faz parte do tratamento. Desse modo, para superar essa dificuldade técnica de cuidado ao usuário em sofrimento psíquico e à família, com o trabalho ainda voltado ao modelo biomédico/ psiquiátrico, é necessário que haja um investimento nas relações e na comunicação terapêutica. Pois se há limites para vermos nos espaços intercessores uma possibilidade de construção de autonomia e autogoverno para trabalhadores e usuários, logo, a participação da comunidade não será valorizada, mesmo a atenção psicossocial requerendo que haja uma articulação em rede, ou seja, a utilização de dispositivos na comunidade que envolva os âmbitos: social, jurídico e político.

Essa dificuldade em trabalhar com famílias e com a comunidade, assim como ver nas assembléias e reuniões um meio para construção de autonomias, pode estar relacionada com as lacunas da formação, uma cultura excludente no que se refere ao *louco* e às condições precárias de trabalho, que além de induzir à rotatividade no serviço, pode também impedir possibilidades de qualificação para o trabalhador e a aproximação da comunidade com a *loucura*.

Neste contexto havia profissionais que se referiam ao CAPS como meio de reabilitação e ressocialização, o que nos permite afirmar que eles entendiam a proposta da Reforma Psiquiátrica e até valorizavam instrumentos da atenção psicossocial.

Somente a aprovação de Leis, a existência dos CAPS, as reuniões de equipe, as assembléias de usuários e familiares, dentre outros, não implicam substituição de práticas e efetivação da atenção psicossocial, é necessário que tenhamos espaços de construção de autonomias e a finalidade de levar o usuário para o convívio na comunidade. Para isso, nós, trabalhadores, precisamos estar envolvidos com a Reforma Psiquiátrica para que possamos ter alguns subsídios que potencializem mudanças no meio em que estamos inseridos.

Entendemos que este processo é lento e complexo e, portanto, requer a articulação de vários saberes, mas é a partir das pequenas modificações locais, dentro dos serviços ou onde estamos inseridos, que podemos fazer com que este movimento (a Reforma Psiquiátrica) não seja apenas um movimento de gestão/institucionalizado, mas sim um meio onde haja a participação de trabalhadores, usuários, familiares e comunidade.

Os limites deste estudo, como o reduzido prazo para coleta e análise de dados durante o mestrado, o primeiro contato com o referencial teórico, que não é comumente utilizado na formação em enfermagem e o pouco aprofundamento da pesquisadora em relação ao materialismo histórico dialético, resultaram em dificuldades que mesmo identificadas por nós no decorrer desta dissertação, não foi possível serem sanadas.

Contudo, consideramos relevante a originalidade desta pesquisa, por ter sido realizada em um contexto local, sendo o primeiro estudo a analisar especificamente o processo de trabalho do enfermeiro nos CAPS de São José do Quatro Marcos - MT e de Cuiabá – MT. Além disso, cabe ressaltarmos o pioneirismo do grupo de pesquisa NESM, que vem realizando estudos na área de saúde mental no estado de Mato Grosso.

Devido à impossibilidade de estudar mais aspectos, recomendamos para futuros trabalhos em saúde mental abordagens sobre temas como: a Rede de Atenção Psicossocial (referência e contra-referência), a formação e capacitação dos enfermeiros em saúde mental/ atenção psicossocial e, como meu olhar voltou-se mais para a externidade do processo de trabalho, indicamos também pesquisas que abrangem os elementos relacionados às características intrínsecas dos sujeitos envolvidos no processo.

A contribuição deste estudo não está voltada apenas para o Curso de Mestrado em Enfermagem – UFMT, mas também para a construção do meu conhecimento pessoal, já que me propiciou realizar uma auto-crítica sobre o meu processo de trabalho, pois é a partir da finalidade construída que os outros fatores estarão determinados e, no caso da saúde mental, implicará numa prática do modelo de atenção psicossocial ou modelo psiquiátrico. Isto permite que não só os trabalhadores dos CAPS, mas também da saúde em geral, repensem seus objetos, instrumentos e finalidades.

7. REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. C. P. de; ROCHA, S. M. M. Considerações sobre a enfermagem enquanto trabalho. In: ALMEIDA, M. C. P. de; ROCHA, S. M. M. (Org.). **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997.

ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, J. S. Y. **O saber de enfermagem e sua dimensão prática**. São Paulo: Cortez, 1989.

ALVERGA, A. R.; DIMENSTEIN, M. A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.10, n.20, p.299-316, jul/dez 2006.

AMARANTE, P. (Coord.). **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial 1**. Rio de Janeiro: NAU, 2003b.

_____. (Coord.) **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

_____. (Org.) **Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica no Brasil**. In: Saúde Mental, políticas e instituições: programa de educação à distância. Rio de Janeiro. FIOTEC/ FIOCRUZ, EAD/ FIOCRUZ, 2003a.

_____. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

_____.; 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**, Rio de Janeiro – RJ, v. 25, n. 58, p.26-34, maio-ago, 2001.

ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho?: ensaios sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho**. 6. ed. São Paulo: Cortez. Campinas, SP: Editora da Universidade Estadual de Campinas, 1999, 155 p.

ATAÍDE, I. F. C. **As internações no contexto da reforma psiquiátrica em Mato Grosso**. 105 p. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Mato Grosso, Faculdade de Enfermagem, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, 2007.

BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1979.

BARROS, S.; OLIVEIRA, M. A. F.; SILVA, A. L. A. Práticas inovadoras para o cuidado em saúde. **Rev. Escola de Enfermagem da USP**; v. 41, n. Esp, p. 815-819, 2007.

BARROS, S.; SILVA, A. T. M. C. O trabalho de enfermagem no Hospital Dia na Perspectiva da Reforma Psiquiátrica em João Pessoa – Paraíba. **Rev. Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v.39, n. 3, p. 310-316, 2005.

BRASIL. Câmara de Reforma do Estado (1995) **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado**, Brasília, 1995.

_____. Conselho Nacional de Educação: Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001. **Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em enfermagem**. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>> Acesso em: 08 set. 2008.

_____. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE**. Disponível em: <www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=mt> Acesso em 21 jul. 2008.

_____. **Lei nº 7.498/86, de 25 de junho 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. <<http://www.abennacional.org.br/download/LeiPROFISSIONAL.pdf>> Acesso em 10/08/2008

_____. **Lei nº 8.745, de 09 de dezembro de 1993**. Dispõe sobre a contratação por tempo determinado para atender a necessidade temporária de excepcional interesse público, nos termos do inciso IX do art. 37 da Constituição Federal, e dá outras providências. Disponível em: <http://ftp.mct.gov.br/legis/leis/8745_93.htm> Acesso em: 13/08/2008

_____. M. S. **O Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (Degerts)**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=25004> Acesso em: 05/10/2008

_____. M. S. **Legislação em Saúde Mental 1990 – 2004**. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

_____. M. S. **Política Nacional de Humanização**. HumanizaSUS: gestão participativa: co-gestão. Brasília: Ministério da Saúde, 2004d.

_____. M. S. **Relatório Final da I Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988.

_____. M. S. **Relatório Final da I Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1994.

_____. M. S. **Relatório Final da I Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 2002.

_____. M. S. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

_____. M. S. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS : **DesprecarizaSUS** : perguntas & respostas : Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS/

Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006. 32 p.

_____. M. S. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: prontuário transdisciplinar e projeto terapêutico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.

_____. M. S. **Territorialidade**. Disponível em: <www.portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/noticias_detalle.cfm?co_seq_noticia=24148> Acesso em 17 set. 2008.

_____. **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado**. Câmara da Reforma do Estado. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/publi_04/COLECAO/PLANDIA.HTM> Acesso em: 07/09/2009

_____. Resolução 196, de 10 de outubro de 1996. **Legislação do Comitê de Ética em Pesquisa**. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br/docs/Resolucoes/Reso196.doc>> Acesso em: 16 jun. 2007.

CAMPOS, C. M. S.; BARROS, S. Reflexões sobre o processo de cuidar da enfermagem em saúde mental. **Rev. Escola de Enfermagem da USP**, v.34, n.3, p. 271-6, set. 2000.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivo: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda**. São Paulo (SP): Hucitec; 2000.

CASTRO, R. B. R.; SILVA, M. J. P. A comunicação não-verbal nas interações enfermeiro-usuário em atendimentos de saúde mental. **Rev. Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 1, p. 80-87, janeiro 2001.

CERQUEIRA, L. R. **Psiquiatria social: problemas brasileiros de saúde mental**. Rio de Janeiro: Atheneu; 1984.

CHAUI; M. S. A Consciência pode conhecer tudo? In: CHAUI, M.S. **Convite à Filosofia**. 3. ed. São Paulo: Ática, 1995. 440 p.

COSTA, A. L. R. C. **As múltiplas formas de violência no trabalho de enfermagem: o cotidiano de trabalho no setor de emergência e urgência clínica em um hospital público**. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto – SP, 268p. 2005.

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

DELL'ACQUA, G; MEZZINA, R. Resposta à crise: estratégias e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial. In: Amarante P, coordenador. **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2**. Rio de Janeiro: Nau; 2005.

FERREIRA, J.C.V. **Mato Grosso e seus municípios**. 19 ed. Cuiabá: Brureti, 2001.

FRAGA, M. N. O.; SOUZA, A. M.A.; BRAGA, V. A. B. Reforma Psiquiátrica Brasileira: muito a refletir. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo – SP, v. 19, n. 2, p. 207-211, 2006.

GADOTTI, M. A Dialética: concepção e método. In: GADOTTI, M. (Org). **Concepção dialética da educação: um estudo introdutório**. 12. ed. rev. São Paulo: Cortez, 2001.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1994.

GOMEZ, C. M.; THEDIM-COSTA, S. M. F. Precarização do trabalho e desproteção social: desafios para a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro – RJ, v. 4, n. 2, p. 411-421, 1999.

HEIDRICH, A. V. **Reforma Psiquiátrica à brasileira: análise sob a perspectiva da desinstitucionalização**. Tese (doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre – RS, p. 205, 2007.

HOLZMANN, L. Notas sobre as condições da mão-de-obra feminina frente às inovações tecnológicas. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 2, nº 4, jul/dez 2000, p.258-273.

JORGE, M. S. B.; et al. Gestão de Recursos Humanos nos Centros de Atenção Psicossocial no Contexto da Política de Desprecarização do Trabalho no Sistema Único de Saúde. **Texto & Contexto de Enfermagem**, Florianópolis - SC, v. 16, n. 3, p. 417 – 425, jul-set, 2007.

JULIANI, C.M.C.M; CIAMPONE, M.H.T. Organização do sistema de referência e contra-referência no contexto do Sistema Único de Saúde: a percepção de enfermeiros. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 33, n. 4, p. 323-33, dez. 1999

KANTORSKI, L. P. **O ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental e a reforma psiquiátrica no Rio Grande do Sul**. 1998. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1998.

_____.; WETZEL, C.; MIRON, V. L. Resgatando práticas reformistas de atenção em psiquiatria e saúde mental no Rio Grande do Sul. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 23, n. 2, p. 16-26, jul. 2002

KIRSCHBAUM, D.I. R. Análise Histórica das Práticas de Enfermagem no campo da Assistência Psiquiátrica no Brasil, no período compreendido entre décadas de 20 e 50. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto - SP, v. 5, número especial, p. 19-30, maio 1997.

_____. O trabalho de enfermagem e o cuidado em saúde mental: novos rumos? In: Cadernos IPUB. **Compreensão e crítica para uma clínica de enfermagem psiquiátrica**. Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB, v. 6, n. 19, p. 15-36, 2000.

_____. PAULA, F. K. C. Contradições no discurso e na prática do trabalho de enfermagem nos serviços-dia de saúde mental. **Rev. Escola de Enfermagem da USP**, v. 36, n. 2, p. 170 – 176, 2002.

KIRSCHBAUM, D. I. R.; PAULA, F. K. C. O trabalho do enfermeiro nos equipamentos de saúde mental da rede pública de Campinas-SP. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, v.9 n.5, set. 2001, p. 77 – 82.

LOBOSQUE, A. M. Clínica em movimento: por uma sociedade sem manicômios. Rio de Janeiro: Garamond, 200p., 2003

LUNARDI FILHO, W. D.; LUNARDI, V. L. ; SPRICIGO, J. O trabalho da enfermagem e a produção da subjetividade de seus trabalhadores. **Rev. Latino-Americana Enfermagem**, v. 9, n. 2, mar. 2001, p. 91-96.

MALTA, D. C. & MERHY, E.E. A micropolítica do processo de trabalho em saúde – revendo alguns conceitos. **Rev. Mineira de Enfermagem**, v. 7, n. 1, p. 61-66, jan-jul, 2003.

MARX, K. **Salário, preço e lucro**. Disponível em: <<http://www.marxists.org/portugues/marx/1865/salario/index.htm>>. Acesso em: 21 Out 2007.

MELO, C. M. M. **Divisão social do trabalho e enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1986.

MENDES, E. V. O SUS que temos e o SUS que queremos: uma agenda. **Revista Mineira de Saúde Pública**, ano 3, n. 4, p. 04 – 26, jan-jun, 2004.

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.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo. In: MERHY, E.E; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial. p. 113-160, 1997.

MILHOMEM, M. A. G. **O trabalho das equipes nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Cuiabá-MT**. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Mato Grosso, Faculdade de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. 129p. 2007.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9. ed. rev. Rio de Janeiro: Hucitec, 2006.

MIRANDA, C. L. O parentesco imaginário: história e representação social da loucura nas relações do espaço asilar. São Paulo: Cortez. Rio de Janeiro: Editora da UFRJ, 1994, 172 p.

OLIVEIRA, A. G. B. **A história de um louco: reflexões sobre o modelo tecnológico psiquiátrico em Cuiabá**. 1998. 112p. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Santa Catarina, 1998.

_____. **A reforma psiquiátrica em Cuiabá/ MT: análise do processo de trabalho das equipes de saúde mental**. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto – SP, 293 p. 2003.

_____. Trabalho e Cuidado no contexto da atenção psicossocial: algumas reflexões. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 10, n. 4, p. 694 – 702, 2006.

_____. e ALESSI, N. P. O trabalho de enfermagem em saúde mental: contradições e potencialidades atuais. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**., Ribeirão Preto, v. 11, n. 3, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692003000300011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 09 Mai 2007.

_____. e MARCON, S. R. A avaliação do estado mental: um recurso tecnológico para a assistência de enfermagem em saúde mental. In: OLIVEIRA, A. G. B. (Org.). **Ensino de Enfermagem: Trabalho e cuidado**. Cuiabá: EdUFMT, v. 5, p. 129 – 147. 2006.

_____. Família e transtorno mental: reflexões teórico-práticas. . In: OLIVEIRA, A. G. B. (Org.). **Ensino de Enfermagem: Trabalho e cuidado**. Cuiabá: EdUFMT, v. 4, p. 129 – 147. 2006.

OLIVEIRA, A. G. B., et. al. (Coord.). **Relatório de pesquisa PRATICAPS – MT: Análise da Efetividade das Práticas Terapêuticas nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Estado de Mato Grosso**. Cuiabá: UFMT; 2008.

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

ONOCKO-CAMPOS, R. T. Clínica: a palavra negada – sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 98 – 111, mai/ ago. 2001

_____.; FURTADO, J.P. Entre saúde coletiva e saúde mental: um instrumental metodológico para a avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 5, p. 1053 – 1062, mai, 2006.

PEDUZZI, Marina. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saúde pública**, fev. 2001, vol. 35, n. 1, p. 103-109.

PIAIA, I. I. **Geografia de Mato Grosso**. 2. ed. Cuiabá: EdUNIC, 1999.

ROCHA, R. M. **Enfermagem Psiquiátrica: que papel é este?** Rio de Janeiro: Instituto Frango Basaglia/ Editora Te Corá, 1994.

ROCHA, R. M. O enfermeiro na equipe interdisciplinar do centro de atenção psicossocial e as possibilidades de cuidar. **Texto & Contexto de Enfermagem**; v. 14, n. 3, p. 350-357, Jul-Set, 2005.

SCHRANK, G; OLSCHOWSKY, A. O centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para inserção da família. **Rev. Escola de Enfermagem da USP**. 2008; 42(1):127-34.

SCARCELLI, I.R. Trabalhadores em saúde mental e a rede substitutiva paulistana: os interstícios da prática. In: FERNANDES, M.I.A (Org.). **Fim de séculos: ainda manicômios?**. São Paulo, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, p. 208, 1999.

SIQUEIRA, E. M. et al. **O processo histórico de Mato Grosso**. 3ª ed. Cuiabá: Guaicurus, 1990.

SILVA, G. B. **A enfermagem profissional: análise crítica**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1989.

SILVA, M. A.; OLIVEIRA, A. G. B.; MANDÚ, E. N. T.; MARCON, S. R. Enfermeiros e grupos em PSF: possibilidade para participação social. **Cogitare Enfermagem**, v. 11, n. 2, p. 143 – 149, mai - ago 2006.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. **História, Ciências, Saúde**, v. 9, n.1, p. 25-59, Manguinhos – RJ, jan-abr, 2002.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: A pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 2006.

UNGLERT, C. V. S.; ROSENBERG, C. P.; JUNQUEIRA, C. B. Acesso aos serviços de saúde. Uma abordagem de Geografia em Saúde Pública. **Rev. Saúde Pública**, v. 21, n. 5, p. 439 – 446, 1987.

VASCONCELOS, E. M. Mundos paralelos, até quando? os psicólogos e o campo da saúde mental pública no Brasil nas duas últimas décadas. **Revista Mnemosine: Psicologia em Histórias**, v. 1, n. 0, p.73-90, 2004. Disponível em <www.uerj.br/cliopsyche/revistamnemosine>. Acesso em 09 dez. 2008.

VASCONCELOS, E. M. Serviço Social e Interdisciplinaridade: o exemplo da saúde mental. In: VASCONCELOS, E. M. (Org.). **Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. São Paulo: Cortez, 2002.

WETZEL, C.; ALMEIDA, M. C. P. A Construção da Diferença em Saúde Mental no Município: a experiência de São Lourenço do Sul-RS. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 77-87, 2001.

WETZEL, C. ; KANTORSKI, L. P. Avaliação de serviços em saúde mental no contexto da Reforma Psiquiátrica. **Texto & Contexto Enferm.**, v. 13, n. 4, p. 593-598, out-dez, 2004.

_____.; _____.; SOUZA, J. S. Centro de atenção psicossocial: trajetória, organização e funcionamento. **Rev. de Enferm. UERJ**, v. 16, n. 1, jan-mar, p. 39-45, Rio de Janeiro, 2008.

APÊNDICES E ANEXO

APÊNDICE 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (USUÁRIOS E FAMILIARES)

Pesquisa: O Processo de Trabalho do Enfermeiro nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)

Pesquisadores e instituições envolvidas: Enfermeira Mestranda da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso/UFMT – Larissa de Almeida Rézio, fone 3664-2185.

Objetivo principal: Analisar o trabalho do enfermeiro nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Procedimentos: serão realizadas entrevistas gravadas e observação de algumas situações de atendimento nos CAPS (oficinas de terapia ocupacional, reuniões de família, atividades em grupo, consultas, etc.). As gravações terão por objetivo analisar o trabalho do enfermeiro, bem como seu relacionamento com demais integrantes da equipe e o usuário/família/comunidade. Todas as gravações serão confidenciais, serão mantidos sob a guarda da pesquisadora e analisadas somente por ela, não sendo de nenhum modo exibidas ou divulgadas para outra finalidade.

Possíveis riscos e desconforto: Risco nenhum; desconforto mínimo.

Benefícios previstos: Melhorar as condições do tratamento ofertado aos usuários nos CAPS.

Eu.....fui informado dos objetivos, procedimentos, riscos e benefícios desta pesquisa, descritos acima.

Entendo que terei minha identidade preservada, assim, meu nome e identidade pessoal não serão divulgados; terei garantida a proteção de minha imagem e as informações desta pesquisa serão divulgadas sem estarem relacionadas com a minha pessoa. Somente os pesquisadores, terão acesso aos nomes dos participantes desta pesquisa.

Entendo também que a minha participação é voluntária, ou seja, eu posso não querer participar, e que durante a realização da pesquisa, poderei solicitar mais esclarecimentos sobre ela e terei liberdade de recusar-me a participar ou retirar o meu consentimento de participação da mesma em qualquer momento, sem sofrer nenhuma penalidade e sem que a minha assistência no CAPS seja prejudicada. Fui informado ainda que a minha participação nesta pesquisa não trará nenhum risco à minha saúde.

Portanto, confirmo que _____ explicou-me o que consta deste documento e orientou-me sobre como será a minha participação nesta pesquisa. Li e compreendi o que consta deste documento. Concordo em participar desta pesquisa e, após assinar este documento em duas vias, ficarei com uma cópia do mesmo.

Assinatura do participante:

(e do familiar ou responsável):

Assinatura do pesquisador:

Em caso de necessidade, contate a Enfermeira Mestranda Larissa A. Rézio **no telefone 3664-2185 ou no e-mail:** larissarezio@hotmail.com

Em relação a maiores informações sobre a questão ética da pesquisa, procurar o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Muller por meio do telefone (65) 3615-7254

Data (Cidade/dia mês e ano) _____ de _____ de 20__

APÊNDICE 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PROFISSIONAIS DOS CAPS)

Pesquisa: O Processo de Trabalho do Enfermeiro nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)

Pesquisadores e instituições envolvidas: Enfermeira Mestranda da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso/UFMT – Larissa de Almeida Rézio, fone 3664-2185.

Objetivo principal: Analisar o trabalho do enfermeiro nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Procedimentos: serão realizadas entrevistas gravadas e observação do tratamento realizado e de algumas situações de atendimento nos CAPS (oficinas, reuniões de família). Os dados também serão coletados em livros de registros e prontuários dos CAPS. Todas as gravações confidenciais, serão mantidos sob a guarda da pesquisadora e analisadas somente por ela, não sendo de nenhum modo exibidas ou divulgadas para outra finalidade.

Possíveis riscos e desconforto: Risco Nenhum; Desconforto Mínimo

Benefícios previstos: Proporcionar aos profissionais dos CAPS elementos para maior conhecimento a respeito das condições e potencialidades de seu trabalho, que poderão ser utilizadas pela equipe para uma reflexão acerca das atividades dos CAPS e consequentemente uma melhoria no tratamento ofertado e qualificação deste dispositivo de assistência.

Eu....., fui informado dos objetivos, procedimentos, riscos e benefícios desta pesquisa, descritos acima.

Entendo que terei minha identidade preservada, assim, meu nome e identidade pessoal não serão divulgados; terei garantida a proteção de minha imagem e as informações desta pesquisa serão divulgadas sem estarem relacionadas com a minha pessoa e ninguém, além dos pesquisadores, terá acesso aos nomes dos participantes desta pesquisa.

Entendo também que a minha participação é voluntária, ou seja, durante a realização da pesquisa, poderei solicitar mais esclarecimentos sobre ela e terei liberdade de recusar-me a participar ou retirar o meu consentimento de participação da mesma em qualquer momento, sem sofrer nenhuma penalidade.

Portanto, confirmo que _____ explicou-me o que consta deste documento e orientou-me sobre como será a minha participação nesta pesquisa. Li e compreendi o que consta deste documento. Concordo em participar desta pesquisa e, após assinar este documento em duas vias, ficarei com uma cópia do mesmo.

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador:

Em caso de necessidade, contate a Enfermeira Mestranda Larissa A. Rézio **no telefone 3664-2185 ou no e-mail:** larissarezio@hotmail.com

Em relação a maiores informações sobre a questão ética da pesquisa, procurar o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Muller por meio do telefone (65) 3615-7254

Data (Cidade/dia mês e ano) _____ de _____ de 20__

APÊNDICE 3

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE E GERENTES DOS CAPS)

Pesquisa: O Processo de Trabalho do Enfermeiro nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)

Pesquisadores e instituições envolvidas: Enfermeira Mestranda da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso/UFMT – Larissa de Almeida Rézio, fone 3664-2185.

Objetivo principal: Analisar o trabalho do enfermeiro nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Procedimentos: serão realizadas entrevistas gravadas e observação do tratamento realizado e de algumas situações de atendimento nos CAPS (oficinas, reuniões de família). Os dados também serão coletados em livros de registros e prontuários dos CAPS. Todas as gravações serão confidenciais, serão mantidos sob a guarda dos pesquisadores e analisadas somente pelos pesquisadores e pela equipe de profissionais de cada CAPS, não sendo de nenhum modo exibidas ou divulgadas para outra finalidade.

Possíveis riscos e desconforto: Risco Nenhum; Desconforto Mínimo

Benefícios previstos: Ofertar subsídios para os secretários municipais de saúde/gerentes dos CAPS sobre as necessidades do trabalho e das equipes para que os CAPS possam se constituir como um dispositivo de tratamento qualificado na área de saúde mental.

Eu....., fui informado dos objetivos, procedimentos, riscos e benefícios desta pesquisa, descritos acima.

Entendo que terei minha identidade preservada, assim, meu nome e identidade pessoal não serão divulgados; terei garantida a proteção de minha imagem e as informações desta pesquisa serão divulgadas sem estarem relacionadas com a minha pessoa e ninguém, além dos pesquisadores, terá acesso aos nomes e imagens dos participantes desta pesquisa.

Entendo também que a minha participação é voluntária, ou seja, durante a realização da pesquisa, poderei solicitar mais esclarecimentos sobre ela e terei liberdade de recusar-me a participar ou retirar o meu consentimento de participação da mesma em qualquer momento, sem sofrer nenhuma penalidade.

Portanto, confirmo que _____ explicou-me o que consta deste documento e orientou-me sobre como será a realização desta pesquisa. Li e compreendi o que consta deste documento.

Autorizo os pesquisadores a realizar o levantamento de dados na Secretaria Municipal de Saúde de e no CAPS

Após assinar este documento em duas vias, ficarei com uma cópia do mesmo.

Assinatura do dirigente:

Assinatura do pesquisador:

Em caso de necessidade, contate a Enfermeira Mestranda Larissa A. Rézio no telefone 3664-2185 ou no e-mail: larissarezio@hotmail.com

Em relação a maiores informações sobre a questão ética da pesquisa, procurar o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Muller por meio do telefone (65) 3615-7254

Data (Cidade/dia mês e ano) _____ de _____ de 20__

APÊNDICE 4**ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO DIRIGIDA DO TRABALHO DO
ENFERMEIRO NO CAPS**

- Nome da Instituição:

Endereço:

- N° da observação:

- Data (dia/mês/ano):

- Hora Início:

Término:

Duração:

- Assunto observado⁷:

⁷ Horários e dias de trabalho do enfermeiro; atividades realizadas na abordagem aos pacientes e familiares: acolhimento, consulta, grupos, oficinas, administração de medicamentos, outros; atividades administrativas e/ou gerenciais da assistência e do CAPS; integração com a equipe: participação na construção do projeto terapêutico, discussão de casos, reuniões; Espaço e Condições de Trabalho deste profissional.

APÊNDICE 5

ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA COM ENFERMEIRO

Data da entrevista: ____/_____/_____

A- IDENTIFICAÇÃO

Idade:

Sexo:

Conclusão da graduação (instituição/ data):

Pós-graduação (curso/ano de conclusão/ instituição):

Outros cursos realizados na área de saúde mental:

Tempo de trabalho no CAPS:

Tempo de trabalho em saúde mental:

Trabalhos anteriores e/ou atuais simultâneos:

B – QUESTÕES NORTEADORAS

- Por que você trabalha no CAPS?
- Fale sobre o trabalho que realiza no CAPS: passos, seqüência no fluxo de atendimento do usuário, atividades que coordena e participa, responsabilidades, técnicas/saberes que utiliza, normas, leis que conhece.
- Pra você, o que é o CAPS? Qual é a função dele? Para que ele existe?
- Para você, quem é o usuário do CAPS? Como você descreve a sua contribuição no tratamento realizado? O que você espera como resultado do tratamento?
- O CAPS tem Projeto Terapêutico Institucional? Quem o elaborou? Quem tem acesso a ele? O que ele tem haver com sua prática cotidiana?
- Para você, o que é um Projeto Terapêutico Individual (fale um pouco sobre isso)? Já foi realizado com algum usuário? Quantos? Por quais motivos? Quem é responsável por essa elaboração?

- Qual a sua relação com as famílias dos usuários dos CAPS? E com a comunidade? Em quais situações? De que maneira?
- De que forma você participa do trabalho da equipe desse CAPS?
- Qual é a sua opinião sobre o trabalho da equipe desse CAPS (pontos fortes e fracos)?
- Qual é a sua opinião sobre a sua capacitação para trabalhar no CAPS? Suficiências, insuficiências, necessidades.
- De qual tipo é o seu contrato de trabalho nesse CAPS? Qual é a sua opinião sobre ele.
- Qual é o seu salário no CAPS e qual é a sua opinião sobre ele?
- Como é sua relação com a gestão?
- Na sua opinião, o que o enfermeiro precisa saber para trabalhar no CAPS?

APÊNDICE 6

ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA COM PROFISSIONAIS DAS EQUIPES

Data da entrevista: ____/_____/_____

A – IDENTIFICAÇÃO

Profissão:

Idade:

Sexo:

Conclusão da graduação (instituição/data):

Pós-graduação (curso/ ano de conclusão/ instituição):

Outros cursos realizados na área de saúde mental:

B – QUESTÕES NORTEADORAS:

- Pra você, o que é o CAPS? Qual é a função dele? Para que ele existe?
- Como é seu relacionamento com o enfermeiro?
- De que forma o enfermeiro participa do trabalho da equipe? Como são as relações do enfermeiro com: o restante da equipe, usuário, família, comunidade e gestor? Em que situações? De que maneira?
- Qual trabalho o enfermeiro realiza no CAPS? Quais atividades realiza (coordena ou participa)? De que maneira? O que você pensa sobre isso?
- Existe Projeto Terapêutico nesse CAPS (institucional e individual)? Quem elaborou ou elabora? Quando?
- Na sua opinião, o que o enfermeiro precisa saber para trabalhar no CAPS?
- Na sua opinião, quais são os pontos fortes desse CAPS? E as fragilidades, ou o que você melhoraria?
- Fale um pouco sobre as condições de trabalho nesse CAPS.
- Como é o trabalho do CAPS no município (pontos fortes e pontos)?

APÊNDICE 7

ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA COM DIRETORES/GERENTES DOS CAPS

Data da entrevista: ____/_____/____

A – IDENTIFICAÇÃO

Profissão:

Idade:

Sexo:

Conclusão da graduação (instituição/data):

Pós-graduação (curso/ ano de conclusão/ instituição):

Outros cursos realizados na área de saúde mental:

B – QUESTÕES NORTEADORAS:

- Pra você, o que é o CAPS? Qual é a função dele? Para que ele existe?
- “Como é o trabalho em equipe nesse CAPS? Como esse CAPS/enfermeiro trabalha com: usuários/família, comunidade e gestor? Em que situações? De que maneira?
- Existe Projeto Terapêutico nesse CAPS (institucional e individual)? Quem elaborou ou elabora? Quando?
- Como são planejadas as atividades terapêuticas diárias do serviço?
- Ao organizar o serviço, o que você tem como prioridade?
- Qual trabalho o enfermeiro realiza no CAPS? Quais atividades realiza (coordena ou participa)? De que maneira? O que você pensa sobre isso?
- O que o enfermeiro deveria saber para trabalhar no CAPS?
- Você como diretor/gerente do CAPS, o que você possibilita para qualificação do serviço?
- Fale um pouco sobre as condições de trabalho nesse CAPS.

APÊNDICE 8

ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA COM OS GESTORES

Data da entrevista: ____/____/____

A – IDENTIFICAÇÃO

Profissão:

Idade:

Sexo:

Conclusão da graduação (instituição/data):

Pós-graduação (curso/ ano de conclusão/ instituição):

Outros cursos realizados na área de saúde mental:

B – QUESTÕES NORTEADORAS:

- O que você entende do novo modelo de atenção à saúde mental – modelo psicossocial/CAPS?
- Como foi implantado o CAPS no município? Em que contexto? Por que?
- Há um plano de saúde mental? Passou pelo Conselho Municipal de Saúde? Está aprovado?
- O que você considera importante para a qualificação do trabalho em saúde mental, bem como para os gestores municipais de saúde? O município oferece?
- Qual o seu conhecimento acerca do trabalho do enfermeiro no CAPS? Na sua opinião, o que o enfermeiro precisa saber para trabalhar no CAPS?
- Quem participa das decisões administrativas do CAPS?
- Qual o tipo de contrato de trabalho ofertado aos funcionários deste CAPS neste município?
- Qual sua opinião sobre esse contrato de trabalho?
- Qual os pontos fortes e os pontos fracos do CAPS neste município?

APÊNDICE 9

ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA COM OS USUÁRIOS/FAMÍLIA

Data da entrevista: ____/____/____

A – IDENTIFICAÇÃO

Profissão:

Idade:

Sexo:

Tempo de tratamento:

B – QUESTÕES NORTEADORAS:

- O que você acha sobre o trabalho do enfermeiro no CAPS? Fale um pouco sobre isso:
- Como é seu relacionamento com o enfermeiro? Como é o relacionamento do enfermeiro com sua família? Em que situações? De que maneira?
- Como você vê o trabalho do enfermeiro com a equipe?
- Quem participa do seu tratamento? E o enfermeiro? E a equipe?
- Alguém já falou com você sobre seu diagnóstico? Quem? E a equipe? Essa discussão já ocorreu em equipe?
- Alguém já falou pra você sobre projeto terapêutico? Quem? Em que situação? Você sabe me falar o que é?
- O que você acha que o enfermeiro deveria saber pra trabalhar no CAPS?
- O que você acha bom aqui no CAPS (pontos fortes)? E o que você melhoraria? Gostaria de expor algumas contribuições para qualificação desse trabalho?

ANEXO 1

Ministério da Educação
FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JÚLIO MÜLLER

Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Müller

Registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa em 25/08/97

TERMO DE APROVAÇÃO ÉTICA
DE PROJETO DE PESQUISA

REFERÊNCIA: Projeto de protocolo Nº 442/CEP-HUJM/07

“COM PENDÊNCIAS”

APROVADO “ad referendum”

APROVAÇÃO FINAL

NÃO APROVADO

O projeto de pesquisa intitulado: “**O processo de trabalho do enfermeiro nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPs),**” encaminhado pelo (a) pesquisador (a), **Larissa de Almeida Rézio** foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HUJM, em reunião realizada dia 23/01/08 que concluiu pela aprovação final, tendo em vista que atende a Resolução CNS 196/96 do Ministério da Saúde para pesquisa envolvendo seres humanos.

Cuiabá, 23 de Janeiro de 2008.


Profa. Dra. Maria Aparecida Munhoz Gaiva
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa do HUJM

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)