**Universidade de São Paulo
Escola de Enfermagem**

Juliana Arantes Figueiredo

**Práticas e processos de trabalho no Centro de Atenção Psicossocial III:
a perspectiva do campo psicossocial**

**SÃO PAULO
2007**

Juliana Arantes Figueiredo

**Práticas e processos de trabalho no Centro de Atenção Psicossocial III:
a perspectiva do campo psicossocial**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre. Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica.

Orientadora: Prof^a Dr^a Ana Luisa Aranha e Silva

**São Paulo
2007**

AGRADECIMENTOS

À professora Ana Luisa Aranha e Silva, pela dedicação e compromisso em orientar meu processo de trabalho, sempre comprometida em dar voz aos meus pensamentos e orientá-los com cuidado honesto e respeitoso.

À professora Ana Lucia Machado, que me recebeu na Escola de Enfermagem e validou meu desejo frente a esse trabalho. Obrigada pelo acolhimento generoso.

Às professoras Sonia Barros e Márcia Aparecida, pelos ensinamentos e pelo acolhimento nesta Escola.

Aos trabalhadores do NAPS I, que aceitaram compartilhar comigo o seu trabalho.

Aos amigos da pesquisa Pólos: Regina Faria, Teresa Nakagawa, Hudson Pacífico, Marcelo Capi, Camila Reginaldo, Cristiane e, especialmente, à professora Ana Luiza d'Ávila Viana, pela oportunidade de me desenvolver como pesquisadora e pela possibilidade de trabalhar com pessoas queridas, professores de muitas lições.

Às minhas amigas queridas, que compartilharam comigo todo esse percurso e suportaram, orgulhosas, as dificuldades e emoções que permearam a produção deste trabalho. Agradecimentos especiais à Ju, Maira, Mab e Sandra, que estiveram mais próximas deste processo. Obrigada pela presença, cuidado, companheirismo e pela diversão, é claro.

À Fernanda, parceira intelectual, amiga de todas as horas, pelos diálogos frequentes e fundamentais na constituição do meu percurso.

À amiga Julia, que iluminou com vida esse trabalho. Viva o Francisco!

À amiga irmã Joana, que acompanhou de perto esse percurso, suportando os finais de semana queixosos e estimulando com carinho todos os meus passos. Obrigada por compartilhar as alegrias, sofrimentos e percalços da vida.

Ao Gu, que acompanhou, ao seu modo, todo esse caminho. Obrigada pelo aconchego, fundamental.

À minha família do Rio, sempre presente na minha vida.

À vovó Hilda, que se foi durante esse percurso. Saudades.

Aos meus irmãos, Mauricio e Mariana, que, desde cedo, me ensinaram a lidar com amor com as diferenças da vida.

Aos meus pais, Rui e Angela, que sempre me apoiaram, orgulhosos, em todas as minhas escolhas e certamente são co-responsáveis pelas minhas conquistas.

Poema do milho

... Planta de milho na lua-nova
Sistema velho colonial
Planta de enxada
- Seis grãos na cova, quatro na regra, dois de quebra.
Terra arrastada com o pé,
pisada, incalcada, mode os bichos.

Lanceado certo-cabo-da-enxada
Vai, vem... sobe, desce...
Terra molhada, terra soroia...
- Seis grãos na cova, quatro na regra, dois de quebra.
Sobe, desce...
Camisa de riscado, calça de mescla.
Vai, vem...
golpeando a terra, o plantador.

Na sombra da moita,
na volta do toco – o ancorote d'água.

Cavador de milho, que está fazendo?
Há que milênios vem você plantando,
Capanga de grãos dourados a tiracolo.
Crente da Terra. Sacerdote da terra.
Pai da terra
Filho da terra.
Descendente da terra.
Ele, mesmo, terra.

Planta, com fé religiosa.
Planta sozinho, silencioso.
Cava e planta.
Gestos pretéritos, imemoriais
Oferta remota, patriarcal.
Liturgia milenária
Ritual de paz

Em qualquer parte da Terra
Um homem estará sempre plantando,
recriando a Vida
Recomeçando o mundo...

Cora Coralina

RESUMO

Figueiredo JA. Práticas e processos de trabalho no Centro de Atenção Psicossocial III: a perspectiva do campo psicossocial [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2007.

O objeto de estudo desta pesquisa qualitativa são as práticas dos trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial III - CAPS III. A finalidade é contribuir para a compreensão das práticas em saúde mental produzidas no CAPS III, por meio da perspectiva crítica e colaborar com a consolidação da Reforma Psiquiátrica brasileira. Tem como objetivos: descrever as práticas de saúde mental dos trabalhadores do CAPS III; verificar se as práticas se articulam às diretrizes da Reforma Psiquiátrica brasileira e analisar os processos de trabalho desenvolvidos pelos trabalhadores nos seus elementos constitutivos, da perspectiva do campo psicossocial. O cenário de estudo é Núcleo de Atenção Psicossocial I da Secretaria Municipal de Saúde de Santo André. Participaram deste estudo 11 (onze) trabalhadores, um de cada categoria profissional, de nível médio e superior. Os dados empíricos foram obtidos por meio de entrevista individual semi-estruturada e para a caracterização do cenário de estudo, o Instrumento de Captação da Realidade Objetiva, método proposto pela Teoria de Intervenção Prática em Enfermagem em Saúde Coletiva. O material empírico foi analisado de acordo com a orientação de Minayo, baseada na hermenêutica-dialética. A análise dos dados deu origem às categorias: a) o CAPS III e a rede de atenção à saúde mental; b) Organização interna do CAPS III; c) as práticas em saúde mental no CAPS III e as diretrizes da Reforma Psiquiátrica brasileira; d) os processos de trabalho no CAPS III. Os resultados indicam que, no plano descritivo, as práticas de saúde mental dos trabalhadores do CAPS III articulam-se às diretrizes da Reforma Psiquiátrica. A análise dos elementos constitutivos dos processos de trabalho evidencia contradições. Pode-se constatar atitudes coerentes com o quadro teórico de referência adotado, o campo psicossocial, embora estas não se articulem a um projeto coletivo institucional, revelando práxis espontâneas e reiterativas. A consolidação da Reforma Psiquiátrica requer processos de trabalho que se traduzam em práxis criativas, capazes de produzir transformações concretas na vida dos usuários dos serviços. Identifica-se a necessidade de formação dos trabalhadores com relação ao projeto coletivo institucional, visando qualificar a força de trabalho dos Centros de Atenção Psicossocial, dada a função social destes equipamentos, considerados estratégicos na reorientação do modelo de atenção à saúde mental. O material empírico evidencia uma crise na organização do serviço, revelando o sofrimento dos trabalhadores e a precarização da assistência prestada aos usuários do serviço. É necessário que o serviço possa colocar-se em crise para que esta necessidade possa ser tomada pelo poder local, visando transformar essa realidade.

Palavras chave: práticas de saúde mental, campo psicossocial, processos de trabalho, CAPS III, organização de serviço, Reforma Psiquiátrica, Psicologia Social.

ABSTRACT

Figueiredo JA. Práticas e processos de trabalho no Centro de Atenção Psicossocial III: a perspectiva do campo psicossocial [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2007.

The object of study of this qualitative research are practices of the workers of a Pshychosocial Attention Center III (CAPS III). The purpose of this study is to contribute to the understanding of the mental heath practices produced in the Pshychosocial Attention Center III, through a critical perspective, to cooperate with the consolidation of the Brazilian Psychiatric Reform. Objectives are: describe the mental heath practices of the workers of a CAPS III; verify if the mental health practices are related to the references of the Brazilian Psychiatric Reform and; analyze the processes of work developed by the workers of the CAPS III, in its constitutive elements, form a the perspective of the Pshychosocial Field. The scenery of this study is the Núcleo de Atenção Psicossocial I of the Health Department of Santo André. 11 (eleven) workers participated in the study; one form each professional category, medium level and higher education level workers. The empirical data were gathered through individual interviews with the workers and the characterization of the scenery of the study, according to the Method of Praxis Intervention of Nursing in Collective Heath. The empirical data are analyzed according to Minayo's propose, based in dialectical-hermeneutic. The data provided the categories: a) CAPS III and the mental health care net; b) Internal organization of CAPS III; c) mental heath practices in CAPS III and the references of the Brazilian Psychiatric Reform; d) processes of work in CAPS III. The results indicate that, in a descriptive view, the mental health practices of the workers of CAPS III, correspond to the Brazilian Psychiatric Reform's references. The analyzes of processes of work demonstrate contradictions. It is possible to recognize attitudes according to the theoretical references, the Pshychosocial Field, even though these attitudes are not related to a collective project, revealing spontaneous and reiterative praxis. The consolidation of the Brazilian Psychiatric Reform requires processes of work that constitutes creative praxis, capable to produce concrete transformation in user's life. It is identified the need to develop the formation of the workers related to the collective project, aiming to qualify the work strength of the Pshychosocial Attention Center, considering the social function of this equipment, considered strategic in reorientation of the Mental Heath care model. The empirical data indicate crises in the internal organization of the service, revealing workers' suffer and the loss on the quality of the assistance, which makes it necessary to the service to put its self in crises to be assumed by the local government instances.

Key words: mental heath practices; Pshychosocial Field, process of work, CAPS III, service organization, Psychiatric Reform, Social Psychology.

SUMÁRIO

1. A Reforma Psiquiátrica brasileira e a construção da rede de atenção em saúde mental.....	1
2. Objetivos do estudo.....	24
3. Percurso metodológico.....	25
3.1 Bases conceituais de referência.....	27
3.1.1 Os elementos constitutivos do processo de trabalho.....	27
3.1.2 Consciência e práxis.....	31
3.1.3 O campo psicossocial.....	34
3.2 Cenário do estudo.....	45
3.3 Fonte dos dados empíricos.....	45
3.4 Instrumentos, procedimento de coleta e análise dos dados empíricos.....	48
4. Discussão e análise dos dados.....	52
4.1 O CAPS III e a rede de atenção em saúde mental.....	52
4.2 Organização interna do CAPS III.....	58
4.3 As práticas em saúde mental no CAPS III e as diretrizes da Reforma Psiquiátrica brasileira.....	79
4.4 Os processos de trabalho no CAPS III.....	87
5. Consciência e práxis: a força de trabalho necessária para a consolidação da Reforma Psiquiátrica.....	131
 ANEXO 1 - Termo de Autorização para realização da pesquisa.....	 143
ANEXO 2 - Roteiro para Captação da Realidade Objetiva.....	144
ANEXO 3 – Instrumento de coleta de dados.....	145
ANEXO 4 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	146

Índice de figuras, tabelas e quadros

Figura 1: Rede de Atenção à Saúde Mental	10
Gráfico 1: Expansão anual dos CAPS (da década de 80 a dezembro de 2006)	14
Gráfico 2: Distribuição dos sujeitos segundo sexo.....	46
Gráfico 3: Distribuição dos sujeitos segundo faixa etária.....	47
Gráfico 4: Distribuição dos sujeitos segundo tempo de trabalho em Saúde Mental	47
Gráfico 5: Distribuição dos sujeitos segundo tempo de trabalho no NAPS I	48
Tabela 1: Expansão dos Centros de Atenção Psicossocial por UF: serviços existentes (dezembro de 2002 a dezembro de 2006)	13
Tabela 2: Expansão dos Centros de Atenção Psicossocial por tipo.....	14
Tabela 3: Rede Pública de Saúde do município de Santo André	54
Tabela 4: Composição da força de trabalho do NAPS I	59
Quadro 1: Grade de atividades do NAPS I	63
Quadro 2: Processo de trabalho do agente da limpeza.....	90
Quadro 3: Processo de trabalho do agente da copa	94
Quadro 4: Processo de trabalho do agente do serviço social	99
Quadro 5: Processo de trabalho do agente da enfermagem de nível superior	105
Quadro 6: Processo de trabalho do agente de enfermagem de nível médio	111
Quadro 7: Processo de trabalho do cuidador	114
Quadro 8: Processo de trabalho do agente de terapia ocupacional	118
Quadro 9: Processo de trabalho do agente de psicologia	122
Quadro 10: Processo de trabalho do agente administrativo	126
Quadro 11: Processo de trabalho do agente de medicina	129

1. A Reforma Psiquiátrica brasileira e a construção da rede de atenção em saúde mental

A fim de contextualizar o cenário e o objeto de estudo desta pesquisa, respectivamente, o Centro de Atenção Psicossocial III e as práticas em saúde mental dos trabalhadores deste equipamento retoma-se, ainda que brevemente, o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

De acordo com Amarante (1995) pode-se compreender a Reforma Psiquiátrica “como um processo histórico de formulação de crítica e prática, que tem como objetivos e estratégias o questionamento e elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria”.

Ainda segundo Amarante (2001), é comum que Reforma Psiquiátrica seja entendida como simples reestruturação do modelo assistencial, ou seja, sinônimo de modernização das técnicas terapêuticas.

A fim de superar esta noção altamente reducionista sobre este movimento, o autor propõe uma nova conceituação, definindo o processo de Reforma Psiquiátrica a partir de quatro dimensões em que se pretendem as transformações:

- a. Dimensão epistemológica: refere-se ao campo de produção de conhecimentos que fundamentam o saber e a prática da psiquiatria. Trata-se, portanto, da desconstrução de conceitos da psiquiatria e da ciência.
- b. Dimensão técnico-assistencial: diz respeito ao modelo assistencial, pautado nas concepções e conceitos da psiquiatria.

- c. Dimensão jurídico-política: neste âmbito, pretende-se redefinir as relações sociais e civis das pessoas portadoras de transtornos mentais graves, a partir das noções de cidadania, de direitos humanos e sociais.
- d. Dimensão sócio-cultural: esta seria a dimensão estratégica da Reforma Psiquiátrica, refletindo o maior objetivo deste processo: transformar a concepção de loucura no imaginário social, produzindo, portanto, uma nova relação entre sociedade e loucura.

A partir desta conceituação proposta por Amarante (2003), pode-se compreender a Reforma Psiquiátrica Brasileira como um processo social complexo, ou seja, um movimento social permanente que abre um campo de conflitos em função da participação de vários atores envolvidos e que articula dimensões simultâneas e inter-relacionadas.

O processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil remete a uma trajetória ainda recente e que pôde beber das influências dos movimentos reformistas dos países da Europa e dos Estados Unidos. Desta forma, observam-se nas práticas de Saúde Mental influências das comunidades terapêuticas, da psicoterapia institucional, da psiquiatria preventiva e de setor. Contudo, observa-se que a Reforma Psiquiátrica Brasileira encontra na psiquiatria democrática italiana, iniciada com Franco Basaglia em fins da década de 1960, um forte referencial de diálogo¹.

Embora se reconheça as influências das reformas psiquiátricas européias e norte-americana, ressaltando-se o diálogo intenso e fundamental estabelecido com a Reforma Psiquiátrica italiana, pretende-se enfocar, neste estudo, o processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira a partir do colorido particular que adquire no contexto nacional de transformação das políticas de saúde.

¹ A respeito das influências das reformas européias e norte-americana no processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira, ver: Rotelli F, De Leonardis O, Mauri; 2001 e Amarante P; 1995.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira está intimamente ligada ao movimento da Reforma Sanitária, que teve origem no final da década de 1970, quando as críticas dos segmentos organizados de trabalhadores da saúde e de profissionais do circuito acadêmico apontavam para o fracasso das políticas sociais do país (Aranha e Silva, 2006)

A Reforma Sanitária brasileira teve sua grande conquista com a promulgação da Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196, que define a "saúde como um direito de todos e um dever do Estado", estabelecendo as diretrizes para a implantação do Sistema Único de Saúde. A Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica são movimentos vivos, atuais, se constroem e são construídos no cotidiano das ações práticas nos serviços e nas transformações legais e normativas provocadas por estas ações (Aranha e Silva, 2006).

Aranha e Silva (2006) reúne os principais marcos históricos e políticos da Reforma Psiquiátrica Brasileira, definidos pela trajetória das Conferências Nacionais de Saúde Mental e fóruns agregadores de diversos atores sociais:

- a) “VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, que indicou a construção do Sistema Único de Saúde, as diretrizes de municipalização, controle social, nível local como fundamentos estratégicos para a democratização do acesso e participação nas políticas públicas;
- b) II Encontro Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, realizado em 1987, que inscreveu o protagonismo dos trabalhadores de saúde mental, sua co-reponsabilização na elaboração, produção e execução das políticas públicas de saúde e elegeu o projeto político de construir no Brasil uma sociedade sem manicômios;

- c) O projeto de Lei n 3.647/89, do deputado Paulo Delgado, que enunciou pela primeira vez, desde 1934, a necessidade da transformação legislativa no campo da saúde mental”. Destaca-se que este projeto de lei culminou com a conquista mais relevante da Reforma Psiquiátrica, que consiste na promulgação da Lei 10.216, em abril de 2001, que dispõe sobre os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial, estabelecendo um conjunto de medidas fundamentais para sua efetivação;
- d) A Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, realizada em Caracas em 1990, referência fundamental para o processo de reorientação do modelo assistencial na América Latina”.

As diretrizes que vêm fundamentando a reorientação do modelo de atenção à Saúde Mental no Brasil, definidas como temas orientadores da III Conferência de Saúde Mental, em 2001, evidenciam a natureza processual e transitória da Reforma, aceitando a transitoriedade como algo inalienável da realidade em permanente transformação:

- a. superação do modelo assistencial hospitalocêntrico, baseado no modelo médico-psiquiátrico, considerado caro, ineficaz, iatrogênico e violador dos direitos humanos;*
- b. implantação e consolidação, no contexto do Sistema Único de Saúde, SUS, do modelo de atenção comunitário, de base territorial, totalmente substitutivo ao manicomial, que seja humano, eficaz, de amplo acesso, de qualidade, cidadão, com controle social;*

- c. construção da rede de cuidado, articulando as ações desenvolvidas na atenção básica, serviços gerais, considerando a realidade de cada região ou território;*
- d. afirmação, garantia e construção dos direitos humanos dos usuários, incluindo a discussão sobre a tutela, internação voluntária e involuntária;*
- e. construção de redes societárias, municipais, territoriais e comunitárias para incorporação de recursos humanos potenciais das comunidades geralmente subutilizados;*
- f. participação ativa de familiares e usuários, trabalhadores, gestores e outros atores de comunidade, por meio dos conselhos de Saúde, normatizados pelo SUS, como forma de exercer controle social, garantir cobertura, engajamento e responsabilização nas políticas sociais;*
- g. produção de políticas intersetoriais que promovam a qualidade de vida e confrontem mecanismos de exclusão social de usuários de serviços de saúde mental;*
- h. desinstitucionalização de pessoas internadas há longo tempo, com garantia de acolhimento, responsabilização e produção de novas formas de cuidado visando autonomia e novas formas de vida;*
- i. fomento às políticas de gestão com pessoas, uma superação da administração de recursos humanos, considerando os trabalhadores como atores sociais inscritos nos processos políticos, socioculturais, institucionais, produzindo, construindo e transformando a realidade;*
- j. reflexão sistemática sobre os processo de trabalho no cotidiano dos serviços, problematizando a forma de gestão, a separação entre*

elaboração e execução dos projetos de cuidados, da relação de poder entre trabalhadores e entre trabalhadores e usuários e familiares, por meio do Conselho Gestor e do controle social;

- k. gestão democrática do serviço considerando os diversos e distintos direitos dos trabalhadores, projetos, saberes, possibilitando recriação de identidades profissionais, responsabilização ética e sanitária pelas necessidades de saúde da população;*
- l. promoção, articulação entre universidades e serviços para potencializar as estratégias de capacitação, atualização, produção de conhecimento advindos da prática, transformação do perfil da força de trabalho (trabalhadores, gestores, multiplicadores) necessárias para a consolidação do modelo assistencial;*
- m. financiamento do custeio dos serviços e das ações substitutivas e desinvestimento no parque hospitalar com características asilares, reorientando as internações para leitos em emergências e enfermarias de hospital geral (Brasil, 2001).*

No Brasil, de maneira geral, a mudança de modelo tem se dado a partir de um processo concomitante e gradual de desmanche dos hospitais psiquiátricos e criação de novos dispositivos de tratamento. Assim, a consolidação e expansão da rede de serviços ocorrem simultaneamente ao fechamento dos leitos psiquiátricos, que ao serem gradualmente substituídos, um dia, prescindirá da existência do hospital psiquiátrico.

O primeiro Centro de Atenção Psicossocial no Brasil foi criado na cidade de São Paulo, em 1987. Trata-se do CAPS Professor Luiz da Rocha Cerqueira,

conhecido como CAPS Itapeva. Segundo Goldberg (1994), o projeto do Centro de Atenção Psicossocial se desenvolveu com intenso diálogo com outros projetos institucionais que realizavam atendimento a pacientes psicóticos. O autor destaca os intercâmbios mais significativos para o CAPS, nos primeiros anos de sua implantação: a Clínica de La Borde, na França; o projeto de atenção à Saúde Mental em Setúbal, Portugal; e projeto desenvolvido na rede pública da cidade de Trieste, na Itália (Goldberg, 1994). Segundo o autor, estes projetos

rejeitam uma intervenção redutiva e homogeneizadora no tratamento da doença mental e (...) apontam para um acompanhamento de longo prazo dos doentes, numa relação institucional que não é puramente assistencial, que se desdobra como processo, estimulando o paciente a conquistar passo a passo um novo patamar de existência (Goldberg, 1994, p. 90).

Acerca da experiência inovadora de constituição e implantação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial no Brasil, Yasui (1989), aponta que a proposta institucional do CAPS apresentava-se distintamente das demais práticas e modelos de atendimento em saúde na rede pública daquele momento histórico, em função de a) eleger uma parcela de usuários que tinham na hospitalização oferta exclusiva e compulsória de "tratamento"; b) deslocar o foco da atenção da doença para o sofrimento, para a singularidade ("o usuário é centro da atenção") e c) privilegiar a função terapêutica de cada integrante da equipe flexibilizando a especificidade profissional (Yasui, 1989).

Ainda, com relação aos objetivos norteadores do CAPS Itapeva, Barição (1994) indica que o serviço estruturou suas atividades tendo em vista os seguintes objetivos:

criar e desenvolver múltiplas terapêuticas para acolher e tratar pacientes graves, acompanhando os diversos momentos do processo de tratamento e buscando intervenções que preservem a subjetividade do sujeito; desenvolver estratégias e ações dirigidas a

possibilitar a reabilitação através de projetos que visam o desenvolvimento de autonomia e organização da vida objetiva dos usuários e de práticas que facilitem e estimulem a participação na sociedade; oferecer campo para pesquisas e estágios supervisionados para diversas categorias profissionais, buscando refletir e organizar este conjunto de conhecimentos que resultam da prática clínica (Barição 1994).

Estes são os fundamentos e objetivos norteadores das práticas desenvolvidas à época no CAPS Prof. Luiz da Rocha Cerqueira, representando, portanto, a concepção de um serviço original e inovador, que constituiu-se como uma linha de pensamento para a elaboração de portarias e criação de outras unidades tipo CAPS.

Outra experiência fundamental para contextualização do cenário de estudo (o CAPS III), refere-se à criação dos Núcleos de Atenção Psicossocial na cidade de Santos, no Estado de São Paulo. No final da década de 1980, o processo de intervenção da Secretaria Municipal de Saúde de Santos na Casa de Saúde Anchieta, resultou na implantação de uma rede de serviços totalmente substitutiva ao hospital psiquiátrico, tendo os NAPS como equipamentos organizadores do cuidado em saúde mental. Os NAPS, diferentemente do CAPS Professor Luiz da Rocha Cerqueira, constituíram-se como serviços com funcionamento 24 horas por dia, responsabilizando-se por toda a demanda de saúde mental de determinada área da cidade, organizando a atenção em saúde mental (Kinoshita, 1996).

A experiência de Santos merece destaque, pois foi pioneira no país no sentido de demonstrar a viabilidade da superação do hospital psiquiátrico, ao construir uma rede totalmente substitutiva, com os Núcleos de Atenção Psicossocial em funcionamento 24 horas por dia. Pode-se afirmar que a experiência dos NAPS de Santos serviu como base para a criação dos CAPS III.

Em função de intensa mobilização de diversos atores sociais, a transformação da assistência aos portadores de transtornos mentais no Brasil, hoje, é diretriz oficial do Ministério da Saúde.

No plano político-institucional, a aprovação da Lei 10.216, em abril de 2001 (Brasil, 2004a), fornece o norte para as políticas de Saúde Mental, a partir da proposição de que o atendimento nesta área seja predominantemente comunitário, além de regulamentar a internação involuntária e promover a defesa dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais.

A III Conferência Nacional de Saúde Mental (Brasil, 2002), realizada em dezembro de 2001, em Brasília, é considerada um marco histórico, dadas as proporções e força política deste evento, que contou com enorme participação popular e reafirmou as diretrizes da Reforma Psiquiátrica.

Deve-se apontar, ainda no plano legislativo, a Portaria 224/92, que regulamenta o funcionamento dos serviços de Saúde Mental, no contexto do Sistema Único de Saúde, segundo suas diretrizes de “organização de serviços baseada nos princípios de universalidade, hierarquização, regionalização e integralidade das ações” (Brasil, 2004b).

Destaca-se, mais recentemente, em 2002, a Portaria 336/02, que

acrescenta novos parâmetros aos definidos pela Portaria nº 224/92 para a área ambulatorial, ampliando a abrangência dos serviços substitutivos de atenção diária, estabelecendo portes diferenciados a partir de critérios populacionais, e direcionando novos serviços específicos para área de álcool e drogas e infância e adolescência. Cria, ainda mecanismo de financiamento próprio, para além dos tetos municipais, para a rede de CAPS. (Brasil, 2004c , p. 136).

O modelo assistencial definido como política oficial do Ministério da Saúde, de acordo com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica, fundamenta-se na noção de

rede de atenção, tendo como seu principal articulador os Centros de Atenção Psicossocial (Brasil, 2004d).

FIGURA 1: Rede de Atenção à Saúde Mental

Fonte: Ministério da Saúde, 2004d

Compreende-se que

somente uma rede, com seu potencial de construção coletiva de soluções, é capaz de fazer face à complexidade das demandas e de garantir resolatividade e a promoção de autonomia e cidadania das pessoas com transtornos mentais (Brasil, 2007, p. 11)

Pretende-se, com isso, potencializar a utilização de todos os recursos (afetivos, sociais, econômicos, culturais e de lazer) disponíveis, constituindo, dessa

forma, uma rede de cuidados capaz de assistir as pessoas com transtornos mentais. Dessa rede fazem parte recursos como o hospital geral, as residências terapêuticas, o hospital-dia, as escolas, as famílias, as associações de bairro, o Programa de Saúde da Família, as cooperativas de trabalho, entre outros (Brasil, 2004d).

O território constitui conceito central neste novo modelo de atenção. De acordo com Santos (2000), o conceito de território não se restringe a um espaço físico delimitado geograficamente. O território é historicamente construído, constituindo-se como espaço geográfico, onde se dão as relações políticas, sociais, culturais e econômicas de determinada população. Esta noção de território permeia a proposta institucional dos Centros de Atenção Psicossocial, uma vez que a assistência aos portadores de transtornos mentais graves deve pressupor a articulação das relações presentes no território do usuário.

Segundo Nicácio (1999), a criação de novas instituições e intervenções deve possibilitar às pessoas com transtornos mentais não apenas a saída do hospital, mas condições materiais, subjetivas, sociais e culturais capazes de construir e permitir o processo de apropriação da vida, de intercâmbios e de trocas sociais das pessoas portadoras de transtornos mentais. Nesse sentido, torna-se fundamental que os CAPS funcionem de acordo com a lógica do território, sendo responsáveis por tecer a rede de atenção e articulá-la no sentido de potencializar a produção de subjetividades e a apropriação da vida, a partir da compreensão de que é no território que as relações de vida se estabelecem.

Os Centros de Atenção Psicossocial são considerados equipamentos estratégicos na composição e articulação da rede de atenção à Saúde Mental, constituindo-se como serviços de base territorial, pautados na noção de responsabilização pela demanda ao atendimento às pessoas com transtornos mentais

graves (Brasil, 2004d) e desempenham papel fundamental nesta rede, transcendendo os limites da assistência, de forma a abranger as ações de inclusão no território. Estes equipamentos aparecem na rede de cuidados com o

papel estratégico na articulação e no tecimento dessas redes, tanto cumprindo suas funções na assistência direta e na reformulação da rede de serviços de saúde, trabalhando em conjunto com as equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, quanto na promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários, articulando os recursos existentes (Brasil, 2004d, p 12).

Um serviço de alta qualidade é aquele que se ocupa de todos os usuários que a ele se referem e que oferece reabilitação a todos os pacientes que dele possam se beneficiar. Assim, os CAPS devem ser “um serviço com alta integração interna e externa, ou seja, um serviço onde a permeabilidade dos saberes e dos recursos prevalece sobre a separação dos mesmos” (Saraceno, 2001).

A partir da compreensão de que os CAPS constituem-se como equipamentos centrais para organização da rede de atenção, houve grande investimento do gestor federal na criação de novos serviços tipo CAPS (Brasil, 2007). O relatório de Gestão 2003- 2006, da Coordenação Geral em Saúde Mental do Ministério da Saúde, MS, (Brasil, 2007), indica que a expansão, consolidação e qualificação da rede de atenção em Saúde Mental foram objetivos principais das ações e normatizações da Área Técnica do Ministério da Saúde no período acima referido.

O documento apresenta dados atualizados referentes à expansão da rede de CAPS no Brasil e deve-se notar que o expressivo crescimento no número destes equipamentos no país traduz o investimento do gestor federal na reorientação do modelo de atenção em Saúde Mental.

Em 2006, a rede de CAPS totalizou 1011 serviços, sendo estes: 430 CAPS I; 320 CAPS II; 37 CAPS III, 75 CAPSi e 138 CAPSad. Observa-se, ainda, que

existem Centros de Atenção Psicossocial em todas as unidades federativas do país (Brasil, 2007). A tabela abaixo representa a expansão do número de CAPS no Brasil em cada estado, no período compreendido entre dezembro de 2002 e dezembro de 2006.

TABELA 1: Expansão dos Centros de Atenção Psicossocial por UF: serviços existentes - (dezembro de 2002 a dezembro de 2006)

Número de Centros de Atenção Psicossocial					
UF	2002	2003	2004	2005	2006
Região Norte					
AM	0	0	0	1	3
AC	0	1	1	1	2
AP	1	1	2	2	2
PA	12	15	19	20	24
TO	4	5	5	5	5
RR	0	1	1	1	1
RO	2	3	4	7	9
Região Nordeste					
AL	6	7	7	13	35
BA	14	32	37	42	89
CE	24	26	29	36	57
MA	4	5	6	19	36
PB	2	4	12	16	34
PE	11	17	20	24	31
PI	1	1	3	10	21
RN	6	7	9	12	21
SE	3	8	13	16	20
Região Centro-Oeste					
DF	2	2	2	3	3
GO	6	11	13	16	19
MT	9	12	17	24	28
MS	4	4	5	9	12
Região Sudeste					
ES	6	7	9	11	15
MG	56	67	80	91	105
RJ	51	52	59	63	72
SP	105	110	127	143	166
Região Sul					
PR	15	16	22	31	54
RS	55	61	70	78	97
SC	25	25	33	44	50
TOTAL	424	500	605	738	1011

Fonte: Coordenação de Saúde Mental

Ainda, pode-se notar no gráfico abaixo a expansão anual dos CAPS no Brasil.

GRÁFICO 1: Expansão anual dos CAPS (da década de 80 a dezembro de 2006)

Fontes: Ministério da Saúde. A partir de 2001, Coordenação de Saúde Mental. Antes de 2001 - Levantamento CAPS Disque-Saúde 2001

É interessante observar também a expansão da rede de CAPS no país, considerando-se os tipos de CAPS existentes (CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSad, CAPSi):

TABELA 2: Expansão dos Centros de Atenção Psicossocial por tipo - (dezembro de 2003 – dezembro de 2006)

Tipo de Serviço CAPS	2002	2003	Ano 2004	2005	2006
CAPS I	145	173	218	283	439
CAPS II	186	208	236	271	320
CAPS III	19	24	29	26	37
CAPSi	32	37	44	56	77
CAPSad	42	58	78	102	138
Total	424	500	605	738	1011

Fonte: Coordenação Geral de Saúde Mental

É possível notar que o CAPS III, cenário desta pesquisa, foi o equipamento com menor expansão nos últimos 04 anos, "por tratar-se de um dos dispositivos de maior complexidade da rede e por enfrentar o preconceito cultural da necessidade estrita da internação hospitalar" (Brasil, 2007).

Estes números, embora revelem a diretriz ministerial que coloca o CAPS como equipamento estratégico na rede de atenção à Saúde Mental, devem ser compreendidos com a certa cautela, pois se referem não apenas a criação de novos serviços, mas também ao cadastramento de antigos ambulatorios e hospitais-dia em Centros de Atenção Psicossocial, o que apresenta implicações para o tipo de cuidado e projeto institucional oferecidos por estes serviços.

De acordo com a Portaria 336/02, os CAPS III constituem-se como serviços de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 200.000 habitantes (Brasil, 2004c). O relatório de Gestão 2003- 2006, da Coordenação Geral em Saúde Mental do Ministério da Saúde, por sua vez, considerando que o indicador CAPS/100.000 habitantes deve levar em conta a capacidade de cada serviço da rede CAPS, bem como a capacidade de resposta efetiva de cada equipamento, aponta que o CAPS III dá cobertura a 150.000 habitantes (Brasil, 2007).

Os CAPS III devem atuar com as seguintes características (Brasil, 2004c):

- a. constituir-se em serviço ambulatorial de atenção contínua, durante 24 horas diariamente, incluindo feriados e finais de semana;*
- b. responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito de seu território;*

- c. possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), por determinação do gestor local;*
- d. coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território;*
- e. supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial;*
- f. realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de Saúde Mental regulamentados pela Portaria/GM/n 1.077, de 24 de agosto, e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS n 341, de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;*
- g. estar referenciado a um serviço de atendimento de urgência/emergência geral de sua região, que fará o suporte de atenção médica.*

Ainda, segundo a Portaria 336/02, as atividades realizadas em um CAPS III devem compreender atendimentos individuais, atendimentos grupais, oficinas terapêuticas, visitas e atendimentos domiciliares, atendimentos às famílias, atividades comunitárias, acolhimento noturno, limitado a 07 (sete) dias corridos ou 10 (dez) dias intercalados em um período de 30 (trinta) dias, destinado a 05 (cinco) leitos (no máximo), e oferecimento de refeições diárias – 01 (uma) uma refeição para pacientes assistidos em um turno, 02 (duas) duas refeições para pacientes em dois turnos e 04

(quatro) quatro refeições para aqueles que permanecerem no serviço por 24 horas (Brasil, 2004c).

Diante das características e das atividades que devem ser ofertadas neste equipamento, um serviço tipo CAPS III configura-se como numa modalidade complexa de atenção. Anteriormente, foi apontado que, embora possa se observar nos últimos anos, a enorme expansão dos Centros de Atenção Psicossocial no Brasil, os CAPS III tiveram um crescimento menos expressivo.

O interesse em estudar o Centro de Atenção Psicossocial III é decorrente da compreensão que estes serviços constituem-se, por um lado, equipamentos estratégicos na reorientação do modelo em saúde mental, visto que o acolhimento noturno e aos finais de semana possibilita de forma mais radical que o serviço prescindir das internações em hospitais; por outro lado, o fato de estar em funcionamento por 24 diárias, pode facilitar a reprodução da lógica totalizadora das instituições psiquiátricas.

Segundo o dicionário Aurélio, *prática* significa ato ou efeito de praticar; uso, experiência, exercício; rotina, hábito; saber proveniente da experiência, técnica; aplicação de teoria. Nesta pesquisa, compreende-se que as práticas em saúde mental estão circunscritas em um contexto sócio-histórico, constituindo-se como um conjunto de ações das equipes direcionadas à ampliação do poder contratual, à inserção social e à assistência dos usuários dos equipamentos de saúde mental, segundo as diretrizes da Reforma Psiquiátrica e os pressupostos do campo psicossocial.

Deste modo, *práticas em saúde mental* refere-se ao desenvolvimento de um amplo espectro de ações, como projetos terapêuticos, comunitários, a dispensa de medicamentos, o encaminhamento e acompanhamento dos usuários às redes sociais

do território (como a rede sanitária, jurídica, de lazer, cooperativas de trabalho, Centros de Convivência, escolas, empresas, entre outras), a retaguarda para o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde e Equipes de Saúde da Família, o cuidado domiciliar, além das estratégias convencionalmente atribuídas ao cuidado em Saúde Mental, como atendimentos individuais, grupais, familiares, oficinas terapêuticas, entre outras (Brasil, 2004d).

A revisão de literatura realizada nos bancos de dados Dedalus, Lilacs e Bdenf, utilizando-se os descritores *práticas, saúde mental, processo de trabalho, equipe de saúde mental, trabalho*, resultou em 310 publicações. A maioria (cerca de 60%) tratava da relação entre os processos de trabalho e a saúde mental dos trabalhadores, apontando, em geral, o trabalho como gerador de desgaste para aqueles que o executam.

Aproximadamente 20% dos trabalhos encontrados foram descartados, por tratarem de assuntos diversos não relativos a esta pesquisa, tais como desnutrição infantil, práticas escolares, lares abrigados, entre outros. Também foram descartadas publicações anteriores à década de 1980.

As demais publicações encontradas (cerca de 20%) abordavam os processos de trabalho das equipes de saúde mental. Dentre estas, pesquisas investigaram os processos de trabalho desenvolvidos nos hospitais psiquiátricos e em serviços extra-hospitalares de Saúde Mental (cerca de 40 publicações).

Outro descritor utilizado para o levantamento bibliográfico foi *CAPS*. Este descritor foi reconhecido apenas no Dedalus, onde foram encontradas 63 publicações. Destas, 25 tratavam de temas não relativos aos Centros de Atenção Psicossocial, tais como alfabetização, filosofia, e biologia. As demais publicações estavam

relacionadas aos CAPS, sendo que cerca de 15% destas tinham como cenário os CAPS ad.

A revisão bibliográfica indicou que nos serviços extra-hospitalares em geral, observam-se práticas em saúde mental coerentes com o paradigma no qual se fundamenta a Reforma Psiquiátrica e, de forma concomitantemente, processos de trabalho fundamentados no modelo psiquiátrico tradicional.

Oliveira e Alessi (2003) apontam para “duas possibilidades de organização do processo de trabalho em saúde mental: num primeiro, paradigma o modelo médico-psiquiátrico e num segundo, o da Reforma Psiquiátrica”.

Dalmonin (1998) investigou a prática dos enfermeiros em serviços de Saúde Mental extra-hospitalares no Rio Grande do Sul. Constatou que o processo de trabalho predominante entre os enfermeiros era coerente com o campo psicossocial, tendo como objeto de intervenção o sujeito em sua existência sofrimento e como finalidade a ampliação da capacidade de autonomia dos usuários dos serviços. Os instrumentos utilizados consistiam em um conjunto articulado de ações individuais e coletivas, contempladas em um projeto terapêutico individual.

Campos (1998), por sua vez, tendo como cenário de seu estudo hospitais-dia dos municípios de São Paulo e Ribeirão Preto, destacou as diferenças entre os equipamentos da rede e aqueles que se organizaram a partir do hospital psiquiátrico. A autora constatou que nesses serviços, os processos de trabalho tinham seu objeto fundamentado no modelo clínico biológico da psiquiatria tradicional (a doença mental). A finalidade seria prioritariamente a remissão de sintomas. Em contrapartida, os instrumentos utilizados na intervenção haviam sido ampliados e incorporados à concepção de modelo pautado nos princípios da Reforma Psiquiátrica.

Oliveira (2003), analisando o processo de trabalho das equipes de quatro ambulatorios de Saúde Mental, um hospital-dia e um CAPS, em Cuiabá-MT, indicam que os processos de trabalho ainda são organizados em torno do profissional médico. Ainda, apontam que as equipes têm dificuldades em reconhecer os usuários dos serviços como sujeitos-cidadãos, não conseguindo implementar práticas que respeitem os direitos e as potencialidades desses sujeitos. Ainda, apontam para a necessidade de capacitação dos profissionais dos equipamentos extra-hospitalares.

Figueiredo e Rodrigues (2004), em estudo sobre a atuação dos psicólogos nos CAPS do Estado do Espírito Santo, indicam "que conceito de desinstitucionalização aparece mais como um elemento de discussão teórica do que como um orientador das práticas nos CAPS". Observaram a predominância do atendimento clínico e poucas atividades desenvolvidas visando a reinserção social dos usuários e intervenções no campo social (Figueiredo, Rodrigues, 2004).

Cambráia (1999), na dissertação de mestrado, estudou os processos de trabalho de três ambulatorios de Saúde Mental da rede pública estadual do município de São Paulo. Os resultados indicam que os ambulatorios de Saúde Mental desenvolviam ações de cuidado que transcendiam a oferta exclusivamente medicalizante e que as práticas adotadas tendiam a abarcar intervenções pautadas em princípios éticos, envolvendo noções de cidadania, aumento de autonomia e ampliação da rede social (Cambráia, 1999).

Em sua tese de livre-docência, Barros (2004) indica que no contexto de transição paradigmática "é consenso a importância do papel dos trabalhadores na produção e reprodução de novas práticas, novas estratégias de ação e novos discursos para lidar com a loucura".

Com relação à transição, ainda, um estudo constatou que a adoção de um novo modelo de atenção não significa o abandono do modelo anterior, que pode coexistir com aquele. Pode-se reconhecer mais de uma corrente influenciando as ações dos profissionais em uma mesma instituição e:

o que determina a escolha de uma corrente ou outra é a visão de mundo dos profissionais e essa escolha determina o que esses profissionais tomarão como objeto de intervenção e que finalidade terá a assistência aos usuários dos serviços de saúde mental (Campos e Barros, 2000, p.274).

Bichaff (2006) investigou os processos de trabalho da equipe de um CAPS II da cidade de São Paulo. Segundo a autora:

há incoerências entre objetos, instrumentos e finalidades dos processos de trabalho no CAPS (II). Considerando que a práxis é uma unidade indissolúvel entre teoria e ação, para transformar uma determinada realidade, observa-se que há práticas voltadas para o cuidado fundamentalmente assistencial as quais, por basearem-se em concepções tradicionais, não são transformadoras. Por outro lado, as concepções inovadoras, consideradas como tentativas de superação do modelo hegemônico, colocam-se mais como produções teóricas, sem resultar em ações efetivamente transformadoras. No entanto, é inegável a existência de um campo tenso e conflituoso no interior dos processos de trabalho da equipe do CAPS, que pode ser entendido como reflexo desse momento de transição paradigmática, em que convivem o modelo hegemônico e um novo modelo de atenção, necessário para atingir a superação das contradições (Bichaff, 2006, p. 186)

Um estudo sobre CAPS III, de caráter qualitativo, foi realizado por Abuhab (2005), uma avaliação de serviço comunitário de saúde mental da perspectiva do usuário. Os resultados indicam que a população estudada manifesta satisfação com o serviço, que é identificada como a possibilidade de pertencimento a um grupo, mas não qualifica o serviço quanto à sua organização, assistência prestada e acompanhamento do processo terapêutico. O estudo indica que o processo de avaliação deve ser contínuo e envolver todos os atores institucionais, como forma de produzir a qualificação e a consolidação dos serviços comunitários de saúde mental e

constata que construir um serviço de atenção de base comunitária e prestar assistência pautada nos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, onde o protagonismo do sujeito e sua inserção na comunidade devem ser o foco do cuidado, constitui-se um desafio.

A revisão de literatura reflete as contradições próprias de um período de transição de modelos, entre as diretrizes da política de Saúde Mental e as *práticas* efetivamente produzidas nos serviços CAPS. Além disso, em julho de 2006, a participação da pesquisadora no Encontro Nacional de Saúde Mental² possibilitou reconhecer que a discussão sobre os Centros de Atenção Psicossocial III tem mobilizado trabalhadores, usuários, familiares e gestores, entre outros atores sociais, em todo o país.

Neste encontro, o CAPS III foi objeto de uma série de mesas de discussão, apresentações de casos, sendo possível reconhecer que as diferentes experiências em território nacional configuram diferentes formas de operacionalização de serviços de atenção na modalidade CAPS III³.

Neste estudo, acredita-se que o exame das “práticas de saúde se constitua em ferramenta muito importante para a transformação da realidade” (Mendes Gonçalves, 1992). Assim, tendo em vista as diretrizes que orientam o modelo de atenção em saúde mental no campo psicossocial e a partir da compreensão de que os Centros de Atenção Psicossocial são equipamentos estratégicos na rede de atenção, faz-se necessário entender *como* se dão as práticas em saúde mental das equipes dos CAPS.

² *Encontro Nacional de Saúde Mental. A reforma Psiquiátrica que queremos: por uma clínica antimanicomial*, realizado em Belo Horizonte, em julho de 2006.

³ Estas diferenças também puderam ser observadas durante o curso de aprimoramento multiprofissional no Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luiz da Rocha Cerqueira, ainda que um CAPS II, tais como o descompasso entre as atribuições de um CAPS e seu papel na rede de atenção em Saúde Mental e as ações dos trabalhadores da equipe multiprofissional.

Como as diretrizes se traduzem em práticas? De que forma as ações dos profissionais se concretizam, a fim de responder às necessidades de saúde das populações?

Diante deste cenário, a finalidade deste estudo é contribuir para a compreensão das práticas em saúde mental produzidas no Centro de Atenção Psicossocial III, por meio de uma perspectiva crítica, e fornecer elementos para colaborar com a transformação da realidade objetiva.

2. Objetivos do estudo

Tendo em vista as atribuições dos Centros de Atenção Psicossocial e tomando por objeto de estudo as práticas em saúde mental desenvolvidas pelos trabalhadores de um CAPS III, os objetivos desta pesquisa são:

1. Descrever as práticas de saúde mental dos trabalhadores do CAPS III;
2. Verificar se as práticas em saúde mental dos trabalhadores do CAPS III se articulam às diretrizes da Reforma Psiquiátrica brasileira;
3. Analisar os processos de trabalho desenvolvidos pelos trabalhadores em seus elementos constitutivos, da perspectiva do campo psicossocial.

3. Percurso metodológico

A metodologia consiste no caminho e no instrumental próprios para a abordagem da realidade (Minayo, 2004). Aguiar (2001) indica que o método está relacionado a uma determinada concepção de realidade, a uma compreensão da relação do homem com o mundo. Gonçalves (2001) acrescenta que “para além de uma visão instrumental de método, entende-se que a abordagem do real para conhecê-lo revela uma determinada compreensão do que é a realidade e o homem em sua relação com ela”. Entende-se, portanto, que a visão de mundo do pesquisador permeia todo o processo de conhecimento, desde a concepção do objeto até o resultado do trabalho (Minayo, 2004).

Ainda, segundo Ozella (2003) “o processo de pesquisa envolve um compromisso aberto e declarado com uma visão de homem, com seu objeto de estudo e com as consequências de tal escolha”, sendo, portanto, um ato não apenas científico, mas político e ideológico.

Com base nestas considerações, este estudo se fundamenta na perspectiva crítica, o que implica na compreensão que a realidade é contraditória e está em permanente transformação, segundo as leis da dialética materialista.

A dialética materialista é regida por três leis fundamentais:

- a) unidade e luta dos contrários: a contradição é resultante da relação entre dois pólos contraditórios, sendo a característica fundamental que um lado inexistiria sem o outro.
- b) transição das mudanças quantitativas para as qualitativas: a partir da compreensão de que a qualidade consiste na propriedade essencial do sistema

material, entende-se que as transformações existem primeiro na quantidade e preparam-se para as transformações qualitativas.

- c) Negação da negação: a qualidade decorrente da transformação nega e supera a qualidade anterior, embora preserve aspectos daquela (Egry, 1996).

Depreende-se daí alguns aspectos centrais da concepção materialista e dialética (Egry, 1996):

- a) o que desencadeia e impulsiona o desenvolvimento são as contradições internas, ou seja, o choque de várias forças e tendências que são inerentes a um determinado fenômeno;
- b) há uma conexão indissolúvel e uma mútua dependência entre todos os aspectos dos fenômenos;
- c) o processo de desenvolvimento não é uniforme e gradual, mas apresenta episódios de reviravoltas, saltos e revoluções que se iniciam pela acumulação gradativa de quantidade para, em um dado momento posterior, seguir-se a passagem para uma nova qualidade;
- d) o processo de desenvolvimento não é linear, antes, pode ser comparado a uma espiral, porque os estágios podem parecer que são percorridos várias vezes, só que a cada aparente repetição, retorna-se ao anterior, porém num nível superior (Egry, 1996, p. 42).

Ainda segundo Egry, Bertolozzi e Fonseca (2005)

Para se aplicar esse referencial filosófico [materialismo histórico e dialético] como marco teórico de interpretação é preciso entendê-lo como *teoria do conhecimento* que, a partir de uma determinada visão de mundo, tem como meta não só interpretar como transformar a realidade, dado que esta corrente filosófica (...) reconhece o papel político do homem enquanto agente social de transformação da realidade e não como mero receptor das influências sociais (Egry, Bertolozzi e Fonseca, 2005).

Coerente com o referencial teórico-metodológico em que se fundamenta este estudo, compreende-se que a realidade objetiva consiste na articulação entre as dimensões estrutural, particular e singular (Egry, 1996) e que os processos de

trabalho em saúde são determinados pelo conjunto de elementos que compõem dada condição, num dado momento histórico e que conformam essas três dimensões.

No atual cenário da atenção à saúde mental, no Brasil, pode-se identificar que as determinantes de:

- a) ordem estrutural: a lei orgânica da saúde, os princípios do SUS, regulamentações, diretrizes e políticas públicas de saúde mental;
- b) ordem particular: a função do serviço na rede local de atenção, os dispositivos de interdependência ou colaboração das ações no sistema de saúde.
- c) ordem singular: organização do serviço, modelo de atenção institucional e capacidade do serviço produzir saúde, que está relacionada ao nível de satisfação da clientela e do trabalhador, resolutividade e previsibilidade das ações, disponibilidade e capacidade de absorção de demanda espontânea ou produzida nas ações interinstitucionais (Aranha e Silva, 2003),

devem guiar as práticas em saúde mental, objeto deste estudo, pois estas se configuram na articulação destas diferentes dimensões da realidade. Entretanto, é na dimensão singular que estas práticas se realizam, de forma que é por meio deste recorte da realidade que se pode utilizar o referencial do materialismo dialético para aproximação da compreensão das práticas em saúde mental.

3.1 Bases conceituais de referência

3.1.1 Os elementos constitutivos do processo de trabalho

Na obra de Marx, embora a compreensão e definição do homem se dê pela consciência, pela linguagem e religião, o que fundamentalmente o caracteriza é a forma pela qual reproduz as suas condições de existência (Egry, 1996). Desta forma, o trabalho assume significado central na constituição do homem e da sociedade. A consciência, o pensamento e a linguagem foram se desenvolvendo em decorrência do

trabalho humano (Egry, Bertolozzi e Fonseca, 2005). Assim, "as relações entre os homens, unidos no processo de trabalho numa sociedade engendram, formam e desenvolvem todas as qualidades humanas do indivíduo" (Burlatski apud Egry, 1996).

Marx (1988) considera o trabalho em sua forma abstrata, independente da estrutura social em que se realiza. Aponta que o trabalho consiste em um processo do qual participam o homem e a natureza. O ser humano se apropria dos recursos da natureza "imprimindo-lhes forma útil à vida humana" (Marx, 1988).

O processo de trabalho é determinado por uma necessidade humana, constituindo-se em uma atividade orientada a um fim. Trata-se essencialmente de um processo de transformação de um dado objeto em outro, que mantém qualidades do original, porém o supera.

Deste modo, o *objeto de trabalho* é caracterizado por transformar-se no decorrer de um processo de trabalho. Ao fim deste, tem-se o *objeto de trabalho transformado* que, por sua vez, produz novas necessidades. Diferentemente dos demais animais, o homem é capaz de antever o produto de seu processo de trabalho; assim, o objeto transformado já existe idealmente no homem antes de existir concretamente, pois "no processo de trabalho a atividade do homem efetua [...] uma transformação do objeto de trabalho, pretendida desde o princípio" (Marx, 1988).

A capacidade de concepção de um projeto orientador do processo de trabalho é justamente o que faz com que o trabalho seja pressuposto sob forma exclusivamente humana. Percebe-se que, dialeticamente, por meio da dinâmica de apropriação da natureza e objetivação, no processo de transformação da natureza o homem transforma a si mesmo; é "a partir de seu domínio sobre a natureza que o homem se faz, se torna humano" (Paro, 2003).

Segundo Marx (1988) os elementos constitutivos do processo de trabalho são: a *força de trabalho* e os *meios de produção* - o *objeto* e os *instrumentos de trabalho* -, guiados por uma atividade adequada a um fim (*finalidade*).

O *objeto de trabalho* consiste na matéria a ser transformada pela ação do homem. Peduzzi (1998) ressalta não se tratar de um objeto natural, mas sim de um objeto recortado por um olhar determinado, que contém um projeto, “portanto, um certo aspecto da natureza (realidade) destaca-se como objeto de trabalho somente quando o sujeito assim o delimita”. Deste modo, “a escolha do objeto é intencional, o que significa que o objeto da natureza apreendido como objeto de trabalho é dado por um recorte intelectual, guiado por um olhar que antevê um certo resultado” (Egry, 1996). Existem os objetos de trabalho da própria natureza e aqueles que já sofreram a ação de trabalho anterior. Quando “o próprio objeto de trabalho já é, por assim dizer, filtrado por meio de trabalho anterior, denominamo-lo matéria prima” (Marx, 1988).

Os *instrumentos* ou *meios de trabalho* são coisas ou “um complexo de coisas que o trabalhador coloca entre si mesmo e o objeto de trabalho e que lhe serve como condutor de sua atividade sobre esse objeto” (Marx, 1988). Os *meios de trabalho* consistem também no conjunto de condições materiais necessárias para a realização do processo de trabalho. Paro (2003) explicita que, no processo de trabalho, o homem também faz uso de ‘recursos conceituais’, ou seja, conhecimentos e técnicas acumuladas historicamente.

Assim, em um dado *processo de trabalho*, são *instrumentos* recursos materiais e conceituais, que devem ser selecionados pelo homem visando a *finalidade* pretendida (Paro, 2003). Ao longo do processo, ocorre o desgaste dos *instrumentos de trabalho*, utilizados na transformação do objeto. Por sua vez, a

atividade adequada a um fim consiste na *finalidade* do processo de trabalho, ou seja, na antevisão do objeto transformado pelo trabalho.

Deve-se compreender o processo de trabalho a partir da articulação de seus elementos, que não podem ser considerados de forma isolada. Objeto, instrumentos e produtos apenas se configuram enquanto tais em função da relação em que estão colocados diante dos demais elementos do processo. Além disso, entende-se “que um dado processo de trabalho não ocorre isoladamente, mas sim numa rede de processos que se alimentam reciprocamente” (Peduzzi, 1998).

Ao final do processo de trabalho, tem-se um *produto*, que consiste em um valor-de-uso, ou seja “um material de natureza adaptado às necessidades humanas” (Marx, 1988). O autor refere que “um valor-de-uso pode ser considerado matéria-prima, meio de trabalho ou produto, dependendo inteiramente da sua função no processo de trabalho” (Marx, 1988). Ainda, o autor acrescenta:

Quando um valor de uso sai do processo de trabalho como produto, outros valores de uso, produtos de processos anteriores de trabalho, entram nele como meios de produção. O mesmo valor de uso constitui o produto desse trabalho, e o meio de produção daquele. Produtos são, por isso, não só resultados, mas ao mesmo tempo condições do processo de trabalho (Marx, 1988, p. 144).

Desta forma, entende-se que “no processo de trabalho, a atividade do homem opera uma transformação, subordinada a um determinado fim, no objeto sobre que atua por meio do instrumental de trabalho” (Marx, 1988).

Outro aspecto fundamental referente ao trabalho apontado na obra de Marx (1988) diz respeito à concepção de que o trabalho requer a disciplina da vontade:

refere-se a um tipo de subjetividade do sujeito que, em certa medida, precisa ser disciplinada e subordinada às condições de trabalho [...] o trabalho como sociabilidade é a disciplina da vontade plena de indivíduos às normas sociais, portanto vontade socialmente instituída e expressa como projeto (Peduzzi, 1998).

Segundo a autora, este aspecto do trabalho permite distingui-lo das outras formas de atividade humana em geral.

O trabalho consiste na forma pela qual os homens, em sociedade, produzem e re-produzem sua existência, não somente no plano material, mas também, na subjetividade, condicionando-se mutuamente (Pедуzzi, 1998).

3.1.2 Consciência e práxis

Na obra de Marx compreende-se que o modo de produção da vida material condiciona o processo vida social, política e espiritual. A consciência do homem é determinada pelo seu ser social (Egry, 1996).

O ser social determina a consciência social [...] é a categoria mais geral do materialismo histórico utilizada para designar o processo objetivo real da atividade vital dos homens, incluindo a sua interação com a natureza e de uns com os outros na produção social, a estrutura econômica e política da sociedade, as relações entre as classes, nações, grupos sociais (Burlatski apud Egry, 1996, p 34).

A consciência social não consiste na somatória das concepções, idéias e valores de diversos indivíduos, mas sim, assimila o que foi construído pela humanidade no percurso histórico de sua existência. Reflete, portanto, não somente um dado momento histórico, mas os valores e concepções acumulados por gerações anteriores (Egy, Bertolozzi e Fonseca, 2005).

A consciência social é única, mas manifesta-se dialeticamente nas dimensões da realidade objetiva, de diferentes formas: como consciência individual, relativa à consciência dos indivíduos, como consciência de classe, relativa à consciência dos grupos sociais organizados em classes sociais nas sociedades assim estratificadas, e como consciência geral, relativa às formas de pensamento, imagens e conceitos em que toda a sociedade reflete o seu ser, desenrolar objetivo e real do desenvolvimento social (Egry. Bertolozzi e Fonseca, 2005, p. 15-16, grifos meus).

A consciência social se manifesta na super-estrutura da sociedade, ou seja, no sistema jurídico político, na ciência, na arte, na filosofia e na religião. Entende-se que as formas de expressão da consciência social alavancam transformações sociais quando se voltam para a superação das contradições sociais, com conteúdo político que propõe e age em favor das transformações sociais. (Egry, Bertolozzi e Fonseca, 2005).

Marx critica o pensamento desvinculado da prática social, a partir da compreensão de que a atividade consciente só é verdadeira se for crítica, ou seja, sem ser envolvida pela ideologia (Egry, 1996). Deste modo, a atuação do homem no mundo pode ser dar de forma crítica e, portanto consciente, ou de forma alienada.

Segundo esta concepção, a alienação fundamental ocorre na prática do trabalho, no sistema capitalista, quando o trabalhador é separado dos meios e dos produtos de sua atividade produtiva. Insere-se neste processo de alienação conceito de ideologia que consiste em

um conjunto sistemático e coerente de representações (idéias e valores) e de normas ou regras (de conduta) que indicam e prescrevem aos membros da sociedade o que devem pensar e como devem pensar, o que vem valorizar e como devem valorizar, o que devem sentir e como devem sentir, o que devem fazer e como devem fazer. Ela é, portanto, um corpo explicativo (representações) e prático (normas, regras, preconceitos) de caráter prescritivo, normativo e regulador, cuja função é dar aos membros da sociedade dividida em classes uma explicação racional para as diferenças sociais, políticas e culturais, sem jamais atribuir tais diferenças à divisão da sociedade em classes, a partir das divisões na esfera da produção. Pelo contrário, a função da ideologia é a de apagar as diferenças como de classes e de fornecer aos membros da sociedade o sentimento de identidade social, encontrando certos referenciais identificadores de todos para todos (Chauí, 1984, grifos meus).

Deste modo, segundo a concepção do materialismo histórico e dialético, "o conhecimento crítico de uma determinada realidade pode esvaziar-se caso não haja uma ação para transformá-la" (Bichaff, 2006). A atividade humana transformadora

da natureza é *prática*, ou seja, refere-se à unidade dialética teoria e prática (Egry, 1996).

No trabalho, como em toda atividade humana, encontra-se presente a consciência (Paro, 2003). Entretanto, Sánchez Vásquez (1977) aponta que a atividade da consciência em si é considerada teórica, pois como mera atividade da consciência, não leva necessariamente à transformação da realidade. Segundo o autor, toda *práxis* é atividade, embora nem toda atividade se configure como *práxis*.

A essa atividade, de formulação de finalidade [consciência], deve se agregar uma ação objetiva e transformadora da realidade para tornar-se *práxis*, caso contrário é somente uma produção teórica. Do mesmo modo, uma ação reiterativa sobre a realidade, não mediada pela finalidade consciente da transformação, não se torna *práxis* e configura-se na atividade alienada (Bichaff, 2006, p.38).

Em toda *práxis* intervém, em maior ou menor grau, a consciência do homem (Paro, 2003). Na relação do homem com a natureza, criação e repetição são processos que ocorrem simultaneamente. Criar consiste na mais vital necessidade humana. Segundo Sánchez Vásquez (1977) o homem cria para adaptar-se a novas situações ou para satisfazer novas necessidades.

Mas as soluções alcançadas têm sempre, no tempo, certa esfera de validade, daí a possibilidade e a necessidade de [...] repeti-las, enquanto essa validade se mantenha. A repetição só se justifica enquanto a própria vida não reclama uma nova criação (Sánchez Vásquez, 1977, p. 247).

Na *práxis criadora* há uma unidade indissolúvel entre atividade da consciência e a realização de determinado projeto, uma vez que a criação implica na idealização e objetivação de algo novo. É interessante notar que no processo de materialização do objeto,

o projeto inicial defronta-se com resistências em sua concretização [...] resultando, no final, um produto que não será mais idêntico ao inicialmente projetado. Verifica-se, portanto, uma indeterminação

e imprevisibilidade tanto do processo quanto do produto dele resultante (Paro, 2003, p. 27).

Na *práxis reiterativa*, por sua vez, observa-se a repetição de um processo e um resultado alcançados por uma *práxis criadora*. Desta forma, há uma duplicação do objeto ideal, não havendo, portanto, a imprevisibilidade e unicidade da *práxis criadora*. Diferentemente desta, na *práxis reiterativa*, a lei que rege o processo de realização já é conhecida *a priori*.

O aspecto positivo da *práxis reiterativa* consiste na possibilidade de ampliação e multiplicação de uma *práxis criadora* que a antecedeu. No entanto, seu aspecto negativo reside em impedir possibilidades de novas criações.

Existem ainda dois outros níveis de *práxis*, que, embora intimamente relacionados aos níveis acima apresentados, não coincidem com aqueles. Tratam-se das *práxis reflexiva* e *espontânea*. Estes dois níveis estão relacionados ao grau de consciência que o sujeito tem de sua *práxis*. Na *práxis reflexiva* “ocorre uma alta consciência da atividade prática que, no segundo caso (*práxis espontânea*), encontra-se bastante reduzida ou quase não existe” (Paro, 2003).

3.1.3 O campo psicossocial

Modelo de atenção à saúde ou modelo assistencial diz respeito à forma como a produção de serviços de saúde é organizada em função de um determinado arranjo de saberes e de projetos de ações específicas, como uma estratégia política de determinados agrupamentos sociais (Merhy, 1991).

Para Campos (1992), modelo de atenção é um conceito que estabelece intermediações entre o *técnico* e o *político*. O modelo de atenção compreende um

projeto composto por interesses e necessidades da sociedade e diretrizes políticas relacionadas ao modo de gestão dos sistemas públicos.

As definições de modelo assistencial fundamentam-se num campo *epistemológico*, onde a questão do saber é colocada, isto é, as práticas em saúde mental se inscrevem pelas concepções de processo saúde-doença mental; e num campo *político*, no qual se inserem as diretrizes e estratégias políticas para a produção dos serviços de saúde.

Para Campos (1992), esta é uma relação tensa, contraditória e em permanente construção, em que a política deve traduzir a orientação do Estado com relação a um interesse público (Viana e Batista, 2007).

Deste modo, a transformação do paradigma de atenção no campo da saúde mental em curso no Brasil não deve ser compreendida de forma linear, ou seja, trata-se de uma transição paradigmática que, como qualquer fenômeno social, ocorre de forma contraditória e processual.

Quando, a partir da segunda metade do século XX, o paradigma psiquiátrico começou a ser questionado em função desenvolvimento da psicofarmacologia e de novas intervenções psicossociais, solidificou-se o movimento em favor dos direitos humanos e da incorporação de componentes sociais e mentais na concepção de saúde (OPAS/OMS, 2001).

Da mesma forma, no Brasil, nos últimos vinte anos, a atenção em saúde mental foi parcialmente modificada em função de políticas públicas de saúde mental, da organização dos trabalhadores, usuários, familiares, com novas ofertas de serviços, incorporando ações de saúde não hospitalar (Aranha e Silva & Fonseca, 2005).

A emergência do novo paradigma de atenção à saúde mental, sustentado pelos eixos orientadores da Reforma Psiquiátrica brasileira (já descritos na Introdução deste estudo) e a construção o campo psicossocial onde práticas emancipatórias podem ser produzidas, são fruto do processo social intenso que se originou no questionamento do saber e das práticas psiquiátricas, especificamente na contraposição à tríade pineliana (Foucault, 2003):

- a) um saber: a nosografia, o corpo conceitual de base científico-positiva que inscreveu a loucura nas categorias médicas impondo-lhe o estatuto de doença mental, diferenciando-a da ociosidade e excluindo-a da normalidade social produtiva;
- b) uma relação específica de poder entre o médico e o doente, onde o primeiro pode dizer a verdade da doença pelo saber e submete-la pelo poder que sua vontade exerce sobre o doente;
- c) um lugar para o exercício deste poder, o manicômio, onde a medicina pode descobrir a verdade da doença, afastando tudo que pode mascará-la, confundi-la ou dar-lhe formas bizarras (Barros, 1996; Aranha e Silva, 2003).

O modelo asilar opera nesta lógica, a partir de uma concepção de doença mental como fenômeno homogêneo, classificável, passível de submissão a uma determinada ordenação nosográfica e, portanto, a ação do profissional se realiza a partir da expressão dos sintomas e a finalidade da intervenção se reduz à obtenção de resultados pré-fixados.

Coerentemente, neste modelo de atenção o *objeto de intervenção* é a *doença*, o *agente* (profissional médico) preside os processos de trabalho porque detém o poder sobre a concepção e a execução da intervenção e os instrumentos de intervenção. A *finalidade* do processo de trabalho consiste na redução dos sintomas, adequando o sujeito a um nível aceitável de adaptação social. (Aranha e Silva, 1997). O trabalho da equipe acontece de forma fragmentada e o tratamento é essencialmente medicamentoso, tendo como *lôcus* o hospital psiquiátrico (Costa-Rosa, 2000).

O contexto político no qual se conformou o modelo asilar refere-se à passagem do modo de produção feudal para o modo de produção capitalista, em que a loucura foi associada à inadaptabilidade social do ser humano de incluir-se no mundo produtivo. Desta forma, a loucura é identificada com a incapacidade produtiva e sua inscrição no campo da medicina indica para a possibilidade de tratamento do louco, sendo a doença compreendida como paixão pervertida (Foucault, 2003).

No paradigma emergente no campo da saúde mental, o modo de atenção psicossocial, o termo psicossocial, como conceito, designa um campo de práticas em saúde mental que se inscrevem como transição paradigmática da psiquiatria (Costa-Rosa, Luzio e Yassui, 2003). A configuração deste novo paradigma se insere no contexto das transformações no campo das práticas, dos saberes e das políticas de saúde mental, possibilitando e produzindo, ao mesmo tempo, os novos serviços.

No contexto de questionamento dos saberes e das práticas psiquiátricas, o conceito de desinstitucionalização é considerado central no que diz respeito às influências para uma nova construção paradigmática no campo da saúde mental.

A noção de desinstitucionalização surgiu nos Estados Unidos e remete a um conjunto de medidas que integravam uma política de desospitalização (Nicácio, 2003).

Segundo Rotelli, de Leonardis e Mauri (2001), a desinstitucionalização assumiu nos EUA caráter de desospitalização, com a implantação de uma política de altas hospitalares e da redução relativamente gradual do número de leitos em hospitais psiquiátricos. Como efeito deste processo, observou-se que a internação psiquiátrica continuou a existir, os serviços territoriais criados coexistiram com os hospitais psiquiátricos (sem o substituir, mas sim, confirmando sua necessidade de

existência) e, ainda, que o sistema de saúde mental passou a funcionar como um circuito, o “revolving door” (Rotelli, de Leonardis e Mauri, 2001).

Desta forma, nos países que praticaram suas reformas pautadas nesta noção de desinstitucionalização, observou-se a desassistência, o abandono e a transinstitucionalização da população com transtornos mentais.

O conceito de desinstitucionalização, que influenciou o movimento de questionamento do saber e das práticas psiquiátricas no Brasil, deve ser compreendido sob a perspectiva da Reforma Psiquiátrica Italiana.

Rotelli, de Leonardis e Mauri (2001) apontam que

o mal obscuro da psiquiatria está em haver separado um objeto fictício, a ‘doença’, da ‘existência global, complexa e concreta’ dos pacientes e do corpo social. Sobre esta separação artificial se construiu um conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos (precisamente a ‘instituição’), todos referidos à doença.

O projeto de desinstitucionalização italiano refere-se a um processo social complexo, de desconstrução deste conjunto de aparatos científicos, administrativos e legislativos construídos em torno do objeto “doença mental”.

No campo epistemológico e científico, inicialmente, o alvo é a desconstrução do próprio objeto da psiquiatria. Há, portanto, uma ruptura conceitual, e uma reconstrução do objeto, que deixa de ser a *doença mental* para ser a *existência sofrimento* de quem porta um sofrimento psíquico intenso. Nesta perspectiva, pretende-se retomar o contato com a existência real dos sujeitos. Deve-se apontar que uma ruptura conceitual implica na transformação das práticas, que passam a ser reorientadas, não mais para a cura (posto que não se cura de si mesmo), mas sim para a produção de subjetividade, de novas possibilidades de vida.

Desta forma, o modelo hospitalocêntrico, instituído a partir do paradigma fundado na concepção de doença mental, é questionado, promovendo transformações em níveis administrativos, com a criação de equipamentos substitutivos ao hospital psiquiátrico.

Ainda, quando se pensa na pessoa global, complexa e concreta, colocando-se a “doença entre parênteses” como propõe Basaglia, ocorre uma repercussão na dimensão jurídica (legislativa), segundo a qual o paciente se torna cidadão de direitos. A noção de cidadania dos sujeitos da experiência da loucura orienta as práticas a partir do projeto da desinstitucionalização.

Desta perspectiva, a desinstitucionalização consiste em um “processo crítico-prático para a reorientação de todos os elementos constitutivos da instituição” (Rotelli, de Leonardis e Mauri, 2001) para seu novo objeto, ou seja, a existência-sofrimento dos pacientes e sua relação com o tecido social. O principal objetivo do projeto da desinstitucionalização é a transformação das relações de poder entre as instituições e os pacientes, entendidos como cidadãos-atores deste processo de transformação.

Esta concepção de desinstitucionalização fundamenta o campo psicossocial e é caracterizada, em síntese, por três aspectos:

- a) construção de uma nova política de saúde mental, a partir da mobilização e participação de todos os atores envolvidos neste processo (técnicos, usuários, familiares, gestores locais, políticos e sociedade civil);
- b) centralização do trabalho terapêutico com objetivo de enriquecer a existência global, complexa e concreta dos pacientes. O tratamento deixa de ser focado na disciplina com intenção de cura e passa a ser orientado no sentido da produção de subjetividade, de sentido e de sociabilidade;

- c) construção de estruturas externas totalmente substitutivas ao manicômio e que nascem exatamente de sua decomposição e do uso e transformação de seus recursos materiais e humanos (Rotelli, de Leonardis e Mauri, 2001).

O processo de desinstitucionalização propõe uma ruptura com toda a lógica na qual se fundamenta a existência do hospital psiquiátrico e, desta forma, não pode ser reduzido a uma simples modernização das técnicas terapêuticas nem a proposição da criação de estruturas externas ao hospital, pois

a eliminação da internação psiquiátrica é um resultado indireto de um processo social mais amplo” e, neste sentido, “a ausência do manicômio [...] não é solução e depende de que a nova cultura e prática institucional continuem a construir uma realidade que torne possível tal ausência (de Leonardis, 1987, apud Nicácio, 2003).

Entende-se que a consolidação do paradigma psicossocial é permeado por este processo de desconstrução e ruptura com a lógica do modelo asilar, o que ocorre de forma processual e não linear.

No modo de atenção psicossocial, *objeto de intervenção* é a pessoa e sua vida em relação. Desta forma, tem-se um novo olhar orientador das práticas, ou seja, um olhar que se direciona para o sujeito que sofre, para uma subjetividade em sofrimento.

Os *processos de trabalho* são orientados pelas *necessidades de saúde do usuário*. Assim, a *finalidade* dos processos de trabalho neste campo deve responder às necessidades de saúde de uma população determinada, por meio da produção de produtos de saúde mental que façam sentido para esta população determinada (Aranha e Silva, 2003).

Diante da complexidade e peculiaridade deste *novo objeto* (um ser humano que pensa, sente, deseja, rejeita, vive), ocorre a ampliação dos *instrumentos de intervenção*, que extrapolam a intervenção medicamentosa e convocam ações

direcionadas à ampliação do poder de contratualidade dos usuários dos serviços de saúde mental.

Os instrumentos de intervenção (*como*) devem adaptar-se à dinamicidade e flexibilidade das *necessidades de saúde*. Nesse sentido, a organização do trabalho deve ser o principal instrumento de produção de produtos de saúde, a partir do qual os agentes possam experimentar novas tecnologias, testa-las, produzi-las, dispensá-las ou recuperá-las (Aranha e Silva, 2003, p. 85).

O campo psicossocial é o lugar onde as ações de saúde são produzidas por sujeitos (*agentes*) historicamente constituídos "o que traduz no limite da interação, o saber e o poder aderente ao seu lugar social" (Aranha e Silva, 2003).

Costa-Rosa, Luzio e Yassui (2003) indicam quatro dimensões essenciais da atenção psicossocial:

- a. *Concepção do processo saúde-doença e dos meios teórico-técnicos sustentados para lidar com este processo*, o que implica em ampliar a determinação orgânica dos problemas, conceber conflitos e contradições como constitutivos do sujeito e contingentes às situações de vida, necessidade de tratamento da demanda, clínica da escuta e da criação de si, tomada do sujeito como sujeito, sendo as ações dos trabalhadores pré-requisitos para subjetivação dos usuários da população;
- b. *Concepção da organização das relações intrainstitucionais*, caracterizada pela horizontalização das relações intrainstitucionais, divisão entre o poder decisório e o poder de coordenação, livre trânsito do usuário e da população, participação dos usuários e da população em forma de auto-gestão e co-gestão;
- c. *Concepção das relações da instituição e seus agentes com a clientela e com a população geral*, com a instituição situada como exterioridade em relação ao

território, estabelecendo relações de interlocução. As ações visam integralidade em extensão (no território) e em profundidade (considerando a complexidade das demandas);

- d. *Concepção efetiva dos efeitos das ações em termos terapêuticos e éticos*, com o reposicionamento do sujeito, a partir da recuperação dos direitos de cidadania, do poder de contratualidade social e da implicação subjetiva, como forma de singularização (Costa-Rosa, Luzio e Yasui, 2003, p. 36-40).

Saraceno, Asioli e Tognoni (2001) indica que no campo psicossocial, o trabalho em equipe deve caracterizar-se pelos seguintes elementos fundamentais:

- a. Ultrapassar a organização exclusivamente médica do trabalho e da atenção;
- b. Racionalizar a distribuição do trabalho na equipe: delegar e ultrapassar a rigidez dos papéis;
- c. Racionalizar o emprego do tempo: mais tempo para a atenção e menos tempo para a burocracia;
- d. Manter a continuidade terapêutica;
- e. Utilizar todas as medidas terapêuticas: não somente os psicofármacos como também o manejo psicoterapêutico;
- f. Envolver o trabalho da equipe em toda a vida social e de relação do paciente; e
- g. Manter um registro de dados essenciais sobre as atividades do serviço (Saraceno, Asioli, Tognoni, 2001 p. 28-29).

Saraceno, Asioli e Tognoni (2001) indicam que

Todo trabalhador da equipe, na sua organização, tem de garantir continuamente algumas atitudes básicas em relação à comunidade (atitude de participação), em relação aos membros da equipe (atitude de integração interna e externa) e em relação ao paciente (atitude solidária e afetiva, psicoterapêutica, reabilitatória e farmacológica) (Saraceno, Ascoli e Tognoni, 2001, p. 25).

O modo psicossocial apresenta-se, portanto, como modelo de atenção em saúde mental, antagonizando com o modelo hospitalocêntrico, ao questionar

o saber psiquiátrico e a concepção exclusivamente orgânica dos transtornos mentais, ampliando-se a concepção de saúde e doença mental como um processo social. Coerentemente, práticas assistenciais anteriormente focalizadas na sintomatologia e no hospital psiquiátrico, como locus das intervenções, transformam-se em práticas inovadoras, produzidas em serviços abertos e comunitários de saúde mental. O respeito aos direitos humanos produz a necessidade de conceber a cidadania como uma posição ética, por parte dos trabalhadores, serviços e sociedade em geral. No plano sócio-cultural, torna-se fundamental criar novas formas de relação entre sociedade e loucura, para possibilitar a inserção social dos portadores de transtornos mentais (Bichaff, 2006).

O quadro abaixo sintetiza as atitudes básicas que devem orientar as práticas em saúde mental dos trabalhadores no campo psicossocial⁴.

I. Atitudes básicas com relação à comunidade
<ul style="list-style-type: none"> 1. A população 2. Os serviços de saúde 3. Os serviços de ensino 4. As organizações estatais e privadas 5. As organizações da sociedade civil
II. Atitudes básicas com relação aos membros da equipe
<p>a) Atitude de integração interna:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Atender os pacientes 2. Manejar-se a si mesmo enquanto equipe 3. Favorecer a formação dos trabalhadores <p>b) Atitude de integração externa:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Integrar-se aos outros serviços 2. Integrar-se à comunidade
III. Atitudes básicas com relação ao paciente
<p>a) Atitude solidária e afetiva:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Respeito com a experiência do usuário 2. Devolução da dignidade 3. Reconhecer como sujeito <p>b) Atitude psicoterapêutica:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Compreender e aceitar a experiência do usuário 2. Ajudar a discriminar aspectos objetivos e subjetivos que envolvem seus problemas 3. Falar pouco, fazer perguntas <p>c) Atitude reabilitatória:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Restabelecer relações sociais e afetivas 2. Reconquistar seus direitos 3. Reconquistar seu poder social
IV. Atitude psicofarmacológica
<p>O manejo de psicofármacos é atividade privativa do profissional médico e na equipe integrada todos os agentes de saúde devem ter acesso aos conhecimentos fundamentais de farmacocinética e farmacodinâmica.</p>

⁴ Quadro de referência adaptado do quadro elaborado por Aranha e Silva, 2003, com base no texto de Saraceno, Asioli e Tognoni, 2001.

3.2 Cenário do estudo

A pesquisa foi realizada em um Centro de Atenção Psicossocial III do Município de Santo André, no Estado de São Paulo.

No Município de Santo André existem dois CAPS III que não atendem à demandas de grupos específicos (crianças, adolescentes ou usuários de álcool e drogas). A pesquisadora visitou ambos os equipamentos antes de dar início à coleta dos dados e o critério de seleção para a escolha do cenário de estudo foi o tempo de existência do serviço. Optou-se pelo CAPS mais antigo: o Núcleo de Atenção Psicossocial I (NAPS I⁵).

3.3 Fonte dos dados empíricos

O projeto de pesquisa, previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, foi encaminhado à Secretaria Municipal de Saúde de Santo André e foi aprovado, em seguida, pelo Comitê de Ética em Pesquisa desta instituição. O Termo de Autorização para Realização da Pesquisa encontra-se no Anexo 1.

Os dados empíricos deste estudo foram obtidos por meio de entrevistas realizadas com trabalhadores do NAPS I e uma entrevista com o diretor do serviço.

Participaram deste estudo 11 (onze) sujeitos, sendo 01 (um) o diretor do NAPS I e outros 10 (dez) trabalhadores, um de cada categoria profissional: auxiliar de enfermagem; auxiliar administrativo; cuidador; profissional da limpeza;

⁵ Deve-se ressaltar que o NAPS I, cenário deste estudo, é um Centro de Atenção Psicossocial III, cadastrado no Ministério da Saúde de acordo com as regulamentações da Portaria 336/02. O serviço é denominado NAPS I por ter ser o primeiro Núcleo de Atenção Psicossocial do município.

profissional da cozinha; enfermeiro; terapeuta ocupacional; psicólogo; médico e assistente social de forma que todas as categorias profissionais estivessem representadas.

Os sujeitos foram convidados a participar da pesquisa e apenas um trabalhador se voluntariou para participar do estudo. Os demais foram contatados pela pesquisadora, que apresentou a pesquisa e as agendou em função da disponibilidade de agenda dos profissionais.

A maioria dos sujeitos da pesquisa tem mais de 30 (trinta) anos de idade, trabalham no NAPS I há mais de 02 (dois) anos e trabalham na área de Saúde Mental há mais de 05 (cinco) anos. Segundo informação do diretor do NAPS I, 02 (dois) profissionais (o diretor – psicólogo - e uma enfermeira) têm especialização em Saúde Mental. Seguem abaixo os gráficos que caracterizam os sujeitos que participaram da pesquisa, segundo dados obtidos no Instrumento de Coleta de Dados (Anexo2). Em todos os gráficos considera-se $n=11$.

GRÁFICO 2: Distribuição dos sujeitos segundo sexo

GRÁFICO 3: Distribuição dos sujeitos segundo faixa etária **GRÁFICO 4: Distribuição dos sujeitos segundo tempo de trabalho em Saúde Mental**

GRÁFICO 5: Distribuição dos sujeitos segundo tempo de trabalho no NAPS I

3.4 Instrumentos, procedimento de coleta e análise dos dados empíricos

Segundo Minayo (2004), “de acordo com os objetivos da pesquisa, deve-se estabelecer a forma e o conteúdo dessa atividade fundamental na abordagem qualitativa”. Foram adotados dois instrumentos de coleta de dados.

Para caracterizar o *cenário de estudo*, adotou-se o método proposto pela Teoria da Intervenção Prática em Enfermagem em Saúde Coletiva – TIPESC (Egry, 1996), que tem suas bases teóricas assentadas no materialismo histórico (historicidade) e na dialética marxista (dinamicidade) utilizado, neste caso, para a captação da dimensão singular da realidade, a organização do serviço (Anexo 2).

O instrumento de coleta de dados utilizado para conhecer *as práticas de saúde mental dos trabalhadores* do NAPS I foi a entrevista semi-estruturada e individual (Anexo 3). Os sujeitos foram solicitados a descrever com a maior riqueza de detalhes possível o seu cotidiano no serviço; em seguida, foi solicitado que os

trabalhadores escolhessem uma prática relevante em seu cotidiano e descrevessem como esta prática é realizada. Finalmente, foi pedido que indicassem por que realizavam a prática descrita. Os dados foram coletados no período de junho a novembro de 2006. As entrevistas foram agendadas de acordo com a disponibilidade de horário dos profissionais, que consentiram sua participação por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 4). As entrevistas foram gravadas e transcritas em seguida.

A análise do material empírico inspira-se na proposta de Minayo (2004) baseada na hermenêutica-diáletica.

A hermenêutica-diáletica se desenvolveu a partir da década de 1960, fruto do debate entre Habermas e Gadamer, a partir da busca de conseguir objetividade e de abordar a práxis. Habermas propõe a hermenêutica dialética como uma metodologia de abordagem da comunicação, buscando superar o formalismo das análises do discurso e de conteúdo. A hermenêutica-dialética configura-se, nesta proposição, como um "caminho do pensamento". Ressalta-se, entretanto, que os recursos técnicos para operacionalização desta metodologia não são abordados por Habermas (Minayo, 2004).

Segundo Minayo (2004)

A união da hermenêutica com a dialética leva a que o intérprete busque entender o texto, a fala, o depoimento como resultado de um processo social (trabalho e dominação) e processo de conhecimento (expresso em linguagem), ambos frutos de múltiplas determinações, mas com significado específico. Esse texto é a representação social de uma realidade que se mostra e se esconde na comunicação, onde o autor e o intérprete são parte de um mesmo contexto ético-político e onde o acordo subsiste ao mesmo tempo que as tensões e perturbações sociais (Minayo, 2004, p. 227).

A fim de dar corpo a uma proposta de interpretação que tome a hermenêutica-dialética como procedimento de tratamento dos dados obtidos em campo, Minayo (2004) propõe as seguintes etapas de operacionalização da interpretação:

1. *Ordenação dos dados, envolvendo as seguintes etapas:*
 - a. transcrição de fitas-cassetes;
 - b. releitura do material;
 - c. organização dos relatos em determinada ordem, o que já supõe um início de classificação;
 - d. organização dos dados de observação também em determinada ordem, de acordo com a proposta analítica.
2. *Classificação dos dados:* fruto de uma relação entre as questões teoricamente elaboradas e dirigidas ao campo e num processo de inacabado de perguntas suscitadas pelo material empírico com relação às referências teóricas do pesquisador. Esta etapa envolve:
 - a. Leitura exaustiva e repetida dos textos, que ajuda o pesquisador a estabelecer as categorias empíricas, confrontando-as com as categorias analíticas teoricamente estabelecidas como balizas da investigação, buscando as relações dialéticas entre ambas;
 - b. Constituição de um "corpus" ou vários "corpus" de comunicações se o conjunto de informações não é homogêneo. Nesta etapa, faz-se uma "leitura transversal" considerando-se cada entrevista em termos de "unidade de registro". O movimento classificatório é refinado, sendo os múltiplos tópicos e temas das unidades de registro reagrupados em torno de categorias centrais, concatenando-se numa lógica unificadora.
3. *Análise Final:* A totalização final consiste no encontro da especificidade do objeto pela prova do vivido com as relações essenciais. Trata-se do produto final e sempre provisório do processo de investigação.

Entende-se que

a investigação social enquanto processo de produção e produto é ao mesmo tempo uma objetivação da realidade e uma objetivação do investigador que se torna também produto de sua própria produção (Minayo, 2004, p. 236).

Os dados obtidos em campo, por meio dos dois instrumentos de coleta de dados foram tratados segundo a proposta de Minayo (2004) e dialogaram com as bases conceituais de referência eleitas, aqui tomadas como categorias analíticas.

Desta forma, o material produzido pelo procedimento de captação da realidade objetiva resultou nas categorias empíricas:

1. O CAPS III e a rede de atenção à saúde mental
2. Organização interna do CAPS III

Os dados coletados nas entrevistas individuais deram origem às seguintes categorias empíricas:

1. Organização interna do CAPS III (complementando o instrumento de captação da realidade objetiva)
2. As práticas em saúde mental no CAPS III e as diretrizes da Reforma Psiquiátrica brasileira
3. Os processos de trabalho no CAPS III

Após a categorização e organização dos dados, todos os pesquisados foram identificados no masculino, caracterizando a concepção do trabalhador genérico, que pode se encontrar em qualquer serviço desta natureza.

4. Discussão e análise dos dados

4.1 O CAPS III e a rede de atenção em saúde mental

Segundo o referencial teórico-metodológico adotado neste estudo, compreende-se que, no campo da saúde mental, a *dimensão particular* da realidade objetiva corresponde à inserção do serviço na rede local de atenção e aos dispositivos de interdependência ou colaboração das ações no sistema de saúde (Aranha e Silva, 2003).

A esta atitude do serviço, Saraceno et al (2001) chama de *atitudes de participação - atitudes básicas em relação à comunidade* que se refere às ações destinadas à integração do serviço com:

- a) a população;
- b) os serviços de saúde;
- c) os serviços de ensino;
- d) as organizações estatais e privadas;
- e) as organizações da sociedade civil.

O Município de Santo André localiza-se na região do ABC paulista e conta com população estimada de 670.000 pessoas⁶. Segundo dados obtidos no site da Prefeitura de Santo André⁷, 1,3% da população do município apresenta "problemas mentais permanentes".

Santo André conta com uma rede de serviços de saúde mental composta pelos seguintes equipamentos:

⁶ Dados do IBGE, acesso internet em 17/11/06 (www.ibge.gov.br)

⁷ Dados obtidos no site da Prefeitura de Santo André, a partir do Censo 2000/IBGE. Acesso em 24/03/2007.

- a. 02 (dois) Centros de Atenção Psicossocial III (denominados NAPS I - cenário deste estudo - e NAPS II)
- b. 01 (um) Centro de Atenção Psicossocial ad (denominado NAPSad - em funcionamento 24 horas por dia e finais de semana)
- c. 01 (um) Centro de Atenção Psicossocial infantil
- d. 01 (uma) Unidade de redução de danos (que atua conjuntamente com a equipe do NAPSad)
- e. 01 (uma) Retaguarda psiquiátrica no Centro Hospitalar Municipal
- f. 01 (uma) Mini-equipe de saúde mental nos Centros de Especialidades I e III (ambos mantêm contato com o NAPS I. O Centro de Especialidade II fica localizado na região II e não atua diretamente com o NAPS I)
- g. 01 (um) Núcleo de Projetos Especiais (projetos de geração de renda, em sua maioria).

Além dos serviços de saúde mental destacados acima, o município de Santo André conta com outros equipamentos, que compõem a rede pública de saúde do município, descrita abaixo.

TABELA 3: Rede Pública de Saúde

Unidade – tipo	Número de serviços
CAPS III	02
CAPS infantil	01
CAPS álcool e drogas	01
Residência Terapêutica Feminina	02
Residência Terapêutica Masculina	01
Núcleo de Projetos Especiais	01
Centro Hospitalar Municipal	01
Pronto Atendimento	04
Centro de Especialidades	03
Unidade Básica de Saúde	28 (05 unidades com PSF)
Unidade móvel de saúde	02 (com PSF)
Programa de cuidados domiciliares	01
Núcleo de prevenção do programa municipal de DST/Aids	01
Vigilância Epidemiológica e Sanitária	01
Controle de zoonoses	01
Centro de reabilitação municipal	01
Centro de Saúde Escola	01
Centro de Referência de Saúde do Trabalhador	01
Casa da gestante	01
Centro de Especialidade odontológica	01
Ambulatório de Especialidade cirúrgica	01
Farmácia Popular	01

Fonte: Prefeitura municipal de Santo André. www.santoandre.sp.gov.br. Acesso em 25/03/07.

O Núcleo de Atenção Psicossocial I foi criado em 1999 e é cadastrado no Ministério da Saúde como uma unidade tipo CAPS III, de acordo com as regulamentações da Portaria 336/02 (Brasil, 2004c). O serviço encontra-se na região I do município de Santo André e atende a população desta região e da região III, que não conta com uma unidade de atenção psicossocial. Desta forma, o NAPS I é referência para uma população de aproximadamente 430.000 pessoas.

A captação da realidade objetiva indica a maior parte da demanda de atendimento do serviço é procedente da região III:

"que é uma população mais pobre que não tem outro recurso a não ser o serviço público mesmo"

Os dados obtidos no procedimento de captação da realidade objetiva informam que os recursos territoriais com os quais o CAPS III se relaciona com maior frequência são as equipes do Programa de Saúde da Família, PSF, de bairros próximos à unidade; com o serviço de Vigilância Sanitária e Zoonoses e Departamento de Assistência Social. Estes equipamentos são acionados ou acionam o NAPS I para realização de atividades conjuntas, como visitas de reconhecimento de regiões, resgate de usuários ou visitas domiciliares.

Com relação ao trabalho com as equipes de PSF, os dados indicam que:

"não existe um trabalho formal. O que acontece é que eles, nas visitas, detectam alguns casos que vêem que a pessoa tem algum problema de saúde mental e acabam acionando a gente. (...) se for o caso, acabamos assumindo o caso por inteiro"

A articulação informal do CAPS III com as equipes do PSF podem indicar fragilidade na *atitude básica com relação à comunidade –integração com serviços de*

saúde, pois tal informalidade pode revelar que tal procedimento não é parte do projeto institucional do serviço.

No campo psicossocial, é fundamental que os serviços de saúde mental interajam com diferentes recursos do território, sejam eles de saúde mental, da área da saúde como um todo ou de demais setores, pois isso revela o grau de articulação do serviço com estes recursos.

Entretanto, observa-se que existem mecanismos de articulação, uma vez que o Conselho Diretor do serviço reúne-se mensalmente e é composto por 06 (seis) usuários (titulares e suplentes), 04 (quatro) funcionários e o diretor do CAPS III. Com exceção do diretor do serviço, os demais representantes são eleitos. Em 2007 haverá nova eleição para composição do Conselho Diretor e duas pessoas do NAPS I são membros do Conselho Municipal de Saúde de Santo André.

À época da coleta de dados, o CAPS III não era campo de estágio para instituição de ensino. Segundo dados obtidos na captação da realidade objetiva, um estágio de psicologia do Centro Universitário de Santo André (UniA) e um terceiro momento de um estágio com alunos de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo tinham previsão de início, porém sem data definida. A característica desta atividade

"não chega a ser um convênio, é uma coisa meio momentânea".

Este dado indica também certa fragilidade da *atitude básica com relação à comunidade* – referente à *integração com serviços de educação*.

Com relação aos demais recursos e organizações da sociedade civil, a Organização Social Associação José Martins de Araújo Júnior (OS) com a qual o NAPS I se vincula, administra recursos materiais (móveis e materiais para oficinas) e

humanos, com a contratação de três oficineiros/cuidadores. Não se observa aqui uma articulação com dispositivos de organização social, mas uma forma de gestão do serviço.

4.2 Organização interna do CAPS III

A *dimensão singular* da realidade objetiva corresponde "àquilo que é mais específico e mais próximo do objeto" (Egry, 1996) de estudo, ou seja, nesta pesquisa é o campo onde ocorrem as práticas de saúde mental. Segundo Aranha e Silva (2003), no campo da saúde mental, a dimensão singular refere-se à

organização do serviço, ao modelo de atenção institucional e capacidade do serviço produzir saúde, que está relacionada ao nível de satisfação da clientela e do trabalhador, à resolutividade e previsibilidade das ações, disponibilidade e capacidade de absorção de demanda espontânea ou produzida nas ações interinstitucionais (Aranha e Silva, 2003, p.2).

No campo psicossocial *as atitudes básicas com relação aos membros da equipe* (Sareceno, Asioli e Tognoni, 2001) dizem respeito à *atitude de integração interna* dos trabalhadores para:

- a) atender os pacientes;
- b) manejar-se a si mesmo enquanto equipe;
- c) favorecer a formação dos trabalhadores.

E à *atitude de integração externa* da equipe, que diz respeito à capacidade dos trabalhadores, a partir de um projeto institucional coletivo:

- a) produzirem ações de integração com outros serviços;
- b) integrarem-se à comunidade.

Com relação aos recursos humanos do CAPS III, pode-se constatar que existem diversas formas de contratação de pessoal: funcionários concursados da Prefeitura e do Estado; contratados pela OS; pela Fundação de Medicina do ABC, pela Fundação Acqua; pela Fundação de Assistência à Infância de Santo André (Faixa) e pela Ong Saúde e Cidadania.

À época da coleta de dados, o CAPS III contava com 46 (quarenta e seis) funcionários, além do diretor da unidade. É possível observar que 14 (quatorze) trabalhadores possuem nível superior, caracterizando a força de trabalho de nível superior e os demais 32 (trinta e dois) funcionários, compõem a força de trabalho de nível médio. A tabela abaixo indica as categorias profissionais, o número de trabalhadores e o regime de carga horária de cada um.

TABELA 4: Composição da força de trabalho do CAPS III

Categoria profissional	Número de profissionais	Carga horária semanal
Médico psiquiatra	03	01 médico - 30 horas 02 médicos - 20 horas
Psicólogo	03	01 psicólogo - 40 horas 02 psicólogos - 30 horas
Assistente social	02	02 assistentes sociais - 20 horas
Terapeuta Ocupacional	02	02 terapeutas ocupacionais – 30 horas
Enfermeiros	04	04 enfermeiros 12 por 36 horas
Auxiliar de enfermagem	14	14 auxiliares de enfermagem 12 por 36 horas
Funcionários administrativos	04	04 funcionários - 40 horas
Funcionários de limpeza	02	02 funcionários – 12 por 36 horas
Funcionários da copa	02	02 funcionários - 12 por 36 horas
Cuidador	02	Carga horária semanal, entre 08 e 16 horas
Oficineiro	06	01 que trabalha exclusivamente no Naps I e 05 que são compartilhados com outras unidades

Fonte: Dados obtidos por meio de instrumento de captação da realidade objetiva da Teoria de Intervenção Prática em Enfermagem em Saúde Coletiva - TIPESC.

O CAPS III está organizado em uma equipe única. Existem reuniões diárias de passagem de plantão dos trabalhadores no período da manhã para os trabalhadores do período da tarde. No período noturno, bem como nos finais de semana, somente a equipe de enfermagem trabalha na unidade. As principais intercorrências do dia são passadas para os trabalhadores do período noturno por meio de anotações em um livro.

"O pessoal da noite já não participa tanto"

Este dado indica que existe uma parcela dos trabalhadores que não têm acesso aos debates relacionados à organização do serviço, que o torna vulnerável com relação à *atitude básica com relação aos membros da equipe - atitude de integração interna – manejo de equipe*, visto os trabalhadores do período noturno têm pouca articulação com os trabalhadores do dia, o que representa um ponto de fragilidade no atendimento dos usuários que se encontram em acolhimento noturno.

Quanto ao atendimento aos usuários do CAPS III, observa-se que a chegada ao serviço ocorre por demanda espontânea, encaminhamento do Centro Hospitalar, unidades de saúde, equipes de PSF, população em geral e Justiça.

O usuário é acolhido no CAPS III por um profissional técnico, plantonista no período em que a pessoa procura o serviço. Os acolhimentos acontecem nos períodos da manhã (das oito às doze horas) e da tarde (das quatorze às dezoito horas). No intervalo do almoço (das 12 às 14 horas) são atendidas apenas emergências.

Não há, portanto, chegada de novos usuários no período noturno, nem aos finais de semana. Nestes momentos, o CAPS recebe pessoas que já são usuárias do serviço em

"situação que implique em algum tipo de risco de vulnerabilidade"

Caso a pessoa ainda não seja usuária do CAPS III, ela é orientada a procurar o Pronto Socorro no Centro Hospitalar e, em se tratando de pessoas com perfil para atendimento em CAPS, são encaminhadas ao serviço durante o dia. O perfil dos usuários atendidos pelo NAPS I é caracterizado por casos

"de médio prá grave (...) Se a pessoa tá se tornando grave (...) e a gente percebe que quebrou aquela história de vida normal (...), pode ser considerado caso de médio prá grave. Outros casos obviamente, como tentativa de suicídio, depressão severa, surto psicótico, agitação delirante, que é óbvio que são casos que a gente deve assumir".

O procedimento de captação da realidade objetiva indica que os casos mais frequentes são esquizofrenias, transtornos bipolares e alguns casos de deficiência mental com transtorno de conduta.

O acolhimento é realizado pelo plantonista, um profissional de nível superior que está disponível para receber o usuário na sua chegada ao serviço. O plantonista deve realizar um diagnóstico "sindrômico da patologia", um diagnóstico "situacional" (situação social e entorno familiar) e orientar a respeito do tipo de atendimento realizado no CAPS III, caso haja necessidade. Em seguida, na reunião de equipe, o plantonista traz informações sobre a pessoa atendida no acolhimento e, caso seja compreendido que tem perfil para acompanhamento no CAPS III, elabora-se um projeto terapêutico individual.

O plantonista torna-se o profissional de referência do usuário por ele acolhido. Todos os usuários devem ter, em tese, uma referência de um profissional de nível superior (plantonista que realizou o acolhimento) e uma referência médica. Entretanto, isso não tem ocorrido desta forma, em função de uma carência de profissionais médicos no serviço.

Estima-se que cerca de 1.900 (mil e novecentos) usuários são atendidos no serviço, sendo que 1.300 (mil e trezentos) freqüentam o serviço pelo menos uma vez por semana (atendimentos passíveis de cobrança por APAC) e cerca de 600 (seiscentos) freqüentam a unidade em tratamento ambulatorial. À época da coleta de dados havia a previsão de que no final de 2006 o número de prontuários deveria chegar a 10.000 (dez mil).

O CAPS III possui 07 (sete) leitos para acolhimento noturno de seus usuários. Em média, cerca de 14 (quatorze) pacientes permanecem em hospitalidade noturna no serviço. Quando o número de usuários extrapola o número de leitos, utilizam-se leitos no NAPS II, no NAPSad e no Centro Hospitalar Municipal. Os usuários são levados para dormir nas outras unidades e retornam ao NAPS I pela manhã. À noite, ficam na unidade apenas um enfermeiro e dois auxiliares de enfermagem.

Do ponto vista do quadro teórico de referencia, (Sarceno, Asioli e Tognoni, 2001), este dado revela que a articulação entre os serviços que oferecem acolhimento noturno (Centros de Atenção Psicossocial do município - responsáveis pela atenção às pessoas adultas com transtornos mentais graves e Centro Hospitalar Municipal), pode ser qualificada como uma *atitude básica com relação à comunidade – articulação com serviços de saúde* ou pode ser compreendida como uma *atitude básica com relação aos membros da equipe – atitude de integração externa – integração com outros serviços*.

A primeira atitude diz respeito à uma articulação no nível de gestão do serviço, portanto na *dimensão particular* da realidade e a segunda atitude diz respeito à execução de um projeto terapêutico para os usuários, concebido no interior da equipe, portanto na *dimensão singular* da realidade.

Não fica claro se esta atitude – encaminhar os usuários em acolhimento noturno para outros serviços - revela uma articulação no nível de gestão ou no nível de equipe. Esta atitude que tem identidade com o campo psicossocial e poderia responder à organização interna do serviço de forma eficiente, pode ser também considerada, em função de sua inespecificidade, inconsistente.

O quadro abaixo, obtido na captação da realidade objetiva, elenca os espaços terapêuticos coletivos que ocorrem durante a semana.

QUADRO 1: Grade de atividades do CAPS III

Período	2 feira	3 feira	4 feira	5 feira	6 feira
Manhã	Oficina de Lian Gung Grupo de início de semana Grupo de pintura Grupo de familiares	Espelho mágico Oficina de artes Atividade física externa Grupo de mulheres	Grupo de Psicodrama Grupo de psicoterapia Grupo de Terapia Ocupacional Atividade física externa	Oficina de expressão corporal Oficina de culinária Oficina de música	Oficina de costura Oficina de madeira Atividade física externa Assembléia geral
Tarde	Grupo de Terapia Ocupacional Grupo de psicoterapia Atividade física externa	Grupo de bijuteria Oficina de Rap Oficina de artes Atividade física externa	Oficina de vídeo Grupo de eventos Oficina de Rap Grupo de Família	Grupo de Terapia Ocupacional Oficina de teatro	Oficina de Lian Gun

Além das atividades do quadro, acontecem na unidade:

- a) atendimentos individuais (ambulatório médico);

- b) acompanhamento de usuários (realizado por profissionais de referência);
- c) visitas domiciliares (cerca de 10 visitas por semana⁸);
- d) Atendimento de plantão (acolhimento⁹).

As atividades mencionadas acima constituem os meios/instrumentos para atendimento da clientela do CAPS III.

A captação da realidade objetiva indica que a forma como o serviço está organizado é avaliada positivamente, "uma coisa dada", balizada pelas Portarias 336/02 e 224/92, com alguns aspectos exclusivos de Santo André, pensados pelos funcionários do Colegiado.

A organização do serviço segundo os dados captados tem um conjunto de finalidades em um horizonte a ser alcançado:

"se for pra resumir, a gente procura aumentar o grau de autonomia da pessoa (...), promover a reabilitação psicossocial, seja para que ela possa ter uma condição social e relacionamento com as pessoas melhor (...) ter uma autonomia que vá até ela mesma ta podendo se sustentar financeiramente. A gente sabe que nem todos os casos isso é possível, muitos têm limitações muito graves, a gente tem casos de gente que passou décadas em hospital psiquiátrico; a gente sabe que é muito difícil a pessoa atingir esse grau, a gente sempre tem esse horizonte pra que a gente se dirige, não que necessariamente a gente chegue até lá, mas é onde a gente leva como direcionamento".

Outro dado positivo detectado, diz respeito ao envolvimento com o trabalho, diante de um projeto institucional tão complexo, em que 09 (nove) entre os 10 (dez)

⁸ Para realização das visitas domiciliares, o CAPS III entra em contato com o Setor de Transportes da Prefeitura, para efetuar o agendamento do transporte. Este processo dura, em média, três dias. Quando as visitas são feitas em conjunto com as equipes de PSF ou com o Departamento de Assistência Social (DAS), utiliza-se o meio de transporte destas instituições.

⁹ É feita uma avaliação do usuário que vem ao serviço e casos considerados de média ou baixa complexidade são encaminhados para os Centros de Especialidades (I e III). "Se o caso demandar cuidados, pode ser que a pessoa fique esse mês ou dois com a gente, até começar o tratamento no CE [Centro de Especialidades]".

trabalhadores entrevistados, relataram com muito entusiasmo suas práticas cotidianas no NAPS I, como revelam os fragmentos abaixo:

"eu gosto muito do meu trabalho"

"em termos de experiência profissional é a minha primeira e eu tava muito contente, vendo o resultado. E isso motiva a gente (...) porque você vê que dá certo"

"rico é pouco prá dizer [sobre o trabalho realizado]. É uma coisa que emociona"

"a riqueza está na troca, naquilo que você constrói no dia a dia, nesse coletivo, junto com uma equipe"

"só sei que eu acabo arrumando coisa [para fazer], muitas vezes eu acabo ficando no portão com eles, conversando (...). Eu gosto muito de estar aqui livre com eles"

"sinceramente, falei até prá minha diretora que eu não queria pegar nem férias, que eu gosto de trabalhar aqui"

"o meu dia a dia aqui, como profissional, é um dos mais gratificantes que eu possa ter"

"No começo eu estranhei muito (...), aí me acostumei. Agora prá sair só se eu for mandada embora"

Por outro lado, chama a atenção os discursos dos trabalhadores, que foram praticamente unânimes (09 entre 10 trabalhadores) em apontar para uma crise na organização do serviço.

Um primeiro aspecto ressaltado refere-se ao *regime de contratação* dos profissionais. De acordo com o que foi destacado anteriormente, existem no CAPS

III funcionários concursados pela Prefeitura e pelo Estado; contratadas por uma OS (José Martins de Araújo Junior); pela Fundação de Medicina do ABC, pela Fundação Acqua; pela FAISA e pela Ong Saúde e Cidadania.

Os diferentes vínculos de provocam dificuldade para a gestão do serviço, visto que, em função do regime de contratação, os trabalhadores do CAPS III têm direitos e deveres diferentes entre si, o que torna a administração dos vínculos mais trabalhosa.

Outro aspecto intensamente ressaltado nas entrevistas refere-se à *sobrecarga de demanda* do CAPS III:

"Hoje a gente não tem uma estrutura prá atender a população toda de Santo André, nem pelo menos a região que cabe, não tem, infelizmente. Eu não posso tapar o sol com a peneira, porque todo mundo sabe"

"É uma pena que o serviço esteja nesse pé. Talvez se tivesse um NAPS na região III...."

"O serviço social em si aqui dentro ele é bem emergencial, apaga fogo mesmo, porque a carga horária é curta (...) a gente acaba fazendo sempre mais de vinte horas (...) é pouco tempo pra bastante coisa"

No município de Santo André existem dois CAPS III, responsáveis pelo atendimento de pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. O cenário desta pesquisa, é responsável pelo atendimento à população de duas regiões da cidade: a região I e a região III. Estas duas regiões totalizam uma população de cerca de 430.000 pessoas, o que praticamente triplica o que preconiza documento recente do Ministério da Saúde, segundo o qual os CAPS III devem dar cobertura a uma população de 150.000 habitantes (Brasil, 2007).

Em função da sobrecarga de demanda, o acolhimento no CAPS III chegou a ser fechado por um período:

“Há um tempo atrás a gente tava com o acolhimento fechado, a gente ainda tá (...) porque chegou num momento que a gente viu que tava superlotando a unidade, a gente não tava tratando dos que já estavam dentro, nem dos que estavam chegando”

Os trabalhadores das equipes de enfermagem, limpeza e cozinha, são contratados em regime de 12/36 horas. Com relação a essa dinâmica de trabalho, um dos profissionais afirmou, revelando a sobrecarga de trabalho:

"eu agradeço que é um dia sim e um dia não, porque se fosse todo dia eu acho que eu não agüentaria não. É muito pesada a opressão deles (...) com esse intervalo de um dia pro outro, você releva as coisas. Agora todo dia a casa cai pra sua mente"

Segundo Levcovitz (2000), a área adscrita é uma maneira de organizar a demanda nos serviços de saúde mental e é uma premissa de qualidade do serviço. É perceptível, na fala dos profissionais que a qualidade da assistência prestada aos usuários está comprometida em função da sobrecarga da demanda e da falta de organização interna do serviço.

"a demanda aqui tá absurda, a gente não tá tendo perna, de verdade, pra manter a casa organizada, o quadro de atividades no lugar"

"a gente vê que a gente tá indo conforme o que dá pra fazer, a qualidade, a gente tem que ser honesto, porque é o nosso serviço, o que a gente se propôs a fazer não tá acontecendo"

Outro fragmento que indica a sobrecarga de trabalho foi extraído da entrevista realizada com um trabalhador que iniciou o trabalho no CAPS III há dois meses, à época da entrevista:

"eu tenho mais ou menos uns cinquenta pacientes de quem sou referência"

Este dado pode revelar, novamente, a sobrecarga de trabalho dos profissionais do CAPS III, visto que assumir referências implica na vinculação usuário-profissional e na responsabilização por esse vínculo e o curto tempo em que o profissional atua no serviço pode indicar a necessidade de assumir referências como um ato mais formal do que terapêutico.

Outro aspecto ressaltado nas entrevistas diz respeito à *necessidade de contratação de trabalhadores* para o CAPS III.

"[o cotidiano é] um absurdo, falta uma série de coisas aqui, a começar por RH"

"[falta] principalmente isso [RH], mas não é só isso, fala medicação também"

Foi dado especial destaque à *necessidade de contratação de profissionais médicos*, pois, segundo entrevistados, embora o CAPS III tenha em seu quadro de funcionários três psiquiatras, apenas um atua no cotidiano do serviço:

"A situação dos médicos, não tem nem o que dizer. Não tem [médico], só tem um. Legitimamente, só tem um médico atendendo na unidade. Você imagina o que é um médico pro tamanho disso aqui. (...) a gente atende duas regiões, não tem a mínima condição"

"O plantão de porta são sempre duas pessoas, um técnico e um médico (...) e na parte da tarde era prá ser assim, mas não tá sendo. Aí fica tudo acontecendo nos plantões em que fica o médico."

Se só tem um médico, você imagina que o cara já não tá... não tá agüentando mais"

"Teoricamente teriam mais três médicas, mas o serviço é muito precário por parte delas"

"O mais difícil de você encontrar aqui são outros médicos"

O profissional médico entrevistado apontou as implicações da carência de médicos no CAPS III para o desenvolvimento de sua prática:

"Isso se torna uma loucura, eu acho um absurdo um médico ter por volta de 80 pacientes de hospital dia sob sua responsabilidade. Eu não sei mais quais são [os pacientes](...)"

"meu agendamento agora está prá fevereiro [entrevista realizada em novembro] (...) porque eu não dou conta de tudo, a não ser emergência, que aí não tem dia e não tem hora. (...) essa retaguarda você obrigatoriamente tem que fazer. Você vira plantonista sem ser. Eu teria que tá com outros colegas [médicos] aqui e não tem"

"Eu sou responsável por três dos quatro dias que eu venho, pelo acolhimento"

O discurso de um profissional apontou para a falta de profissionais do CAPS III e as implicações na atenção aos usuários:

"a gente tá com um número pequeno de funcionários, muitos usuários, (...) o sistema de atendimento de porta aberta inclusive foi fechado, porque nós perdemos vários pacientes esse ano, perdemos pro cemitério. Suicídio teve três ou quatro (...) a demanda tá muito grande prá pouco funcionário, de quatro anos pra cá, a gente perdeu, entre suicídio e quem desapareceu e também morreu, a gente ficou sabendo que morreu já tem mais de doze [pessoas]"

Estes discursos revelam a angústia dos trabalhadores do serviço com relação à *atitude básica com relação aos membros da equipe - atitude de integração interna – atendimento aos pacientes* (Saraceno, Asioli e Tognoni, 2001). É nítido que a atenção aos usuários está comprometida em função da sobrecarga de demanda e da necessidade de contratação de profissionais.

Isso não é uma contradição exclusiva dos serviços comunitários ou de saúde mental, visto que são pressionados pela demanda de usuários e por diretrizes políticas de produtividade e resolutividade, mas é muito preocupante porque no campo psicossocial, especificamente, o objeto de intervenção é a vida das pessoas e os serviços devem ter condições estruturais, físicas e de financiamento, para desenvolver processos de trabalho e instrumentos de intervenção capazes de responder a esse desafio.

Outro aspecto identificado no discurso dos trabalhadores diz respeito à necessidade da avaliação do *projeto coletivo* do CAPS III:

"aqui no NAPS o serviço social é muito amplo, mas, infelizmente mesmo, não dá pra fazer tudo aquilo que a gente quer"

"então essa organização a gente resolveu adotar prá se organizar e também pra orientar os pacientes (...) precisa ter uma organização, se não a gente fica perdido"

"não tem uma rotina rígida, pré-estabelecida"

"então esse é o momento que a gente vive, seguramente há mais de um ano. Então por isso que as coisas vão se perdendo aqui, a gente vai conforme o que dá prá fazer (...) é uma pena que esteja dessa forma"

O trecho abaixo também pode indicar a necessidade de discussão do projeto coletivo do CAPS III, visto que se nota que existem atividades que ocorrem na instituição sem conhecimento da gerência:

"eu dou uma oficina (...) ainda não oficializada. É uma coisa que na verdade nem os meus superiores sabem. (...) eu dou as minhas aulinhas aqui porque as pessoas pedem; se elas querem conhecer minha obrigação é ensinar"

Isso pode revelar a fragilidade também na *atitude básica em relação aos membros da equipe - atitude de integração interna – manejo de equipe*, no CAPS III. Segundo este referencial, é fundamental que o serviço se organize a partir de um projeto institucional claro para todos os trabalhadores e usuários. Desta forma práticas isoladas e desarticuladas do projeto coletivo se opõem ao modo de atenção psicossocial.

Ainda, outro fragmento corrobora a necessidade de discussão coletiva sobre o projeto institucional do CAPS III, pois é possível notar que não há uma compreensão clara por parte de um profissional com relação a um serviço tipo CAPS.

Estes equipamentos são considerados estratégicos no processo de reorientação do modelo de atenção (Brasil, 2004d), o que torna fundamental a compreensão por parte de todos os profissionais que trabalham nesse serviço dos pressupostos aos quais se vinculam os Centros de Atenção Psicossocial.

Embora exista um discurso que reconhece o antagonismo da proposta com relação ao modelo asilar

[a pessoa] vem num lugar como esse, que é uma outra proposta"

a fala abaixo indica a indiferenciação entre o modelo psicossocial e o modelo asilar:

"todo dia aqui é dia de louco mesmo (...) tem dia que é light, que nem parece que você tá trabalhando num hospital psiquiátrico"

Outro ponto levantado nas entrevistas refere-se à *dificuldade de articulação externa do Naps I com outros serviços da rede* revelando dificuldade com relação à *atitude básica com relação à comunidade – integração com outros serviços de saúde* (Saraceno, Asioli, Tognoni, 2001). Como destaca Coimbra (2003), os encaminhamentos são pontos importantes para a organização da demanda. Segundo a autora:

Na perspectiva de atuação de uma rede de atenção integral à saúde, os encaminhamentos exigem um cuidado especial, pois eles deveriam ser adequados e resolutivos para cada situação, além de ser uma forma de propiciar o acolhimento, pois evitaria que o usuário se deslocasse a serviços de saúde desnecessariamente (Coimbra, 2003, p. 117).

Foi possível reconhecer no discurso dos trabalhadores a dificuldade de articulação com outros serviços da rede, indicando a falta de agilidade do sistema para encaminhamentos resolutivos com relação às necessidades dos usuários.

"prá você ver o caos que a gente tá nesse momento, já faz algum tempo. [Com acolhimento fechado] a gente entende que vai tá responsabilizando outros serviços que não se responsabilizam e mandam prá gente coisas que não são nossas"

"então banalizou tanto [o atendimento], você chega lá no posto de saúde e você fala pro clínico que te atende 'eu to muito nervosa', (...) falou a palavra nervosa, triste, ansiosa, estressado, irritado, não precisa de mais nada de anamnese, tacam ali um encaminhamento e a gente tem que pegar exame de fezes, de urina. Banalizou, né?"

"lá [outro município] não tem esse serviço [Caps III], graças a deus. (...) porque a retaguarda é pouca, você chega no final de semana, não tem médico trabalhando aqui dentro. Então qualquer emergência, a enfermagem tem que se virar e correr pro Pronto-Socorro. Então o plantão é o Pronto-Socorro"

Outro aspecto destacado nas entrevistas com os trabalhadores diz respeito ao *espaço físico* do CAPS III que, na compreensão de alguns profissionais, constitui-se também como um ponto de fragilidade na organização do serviço:

"não sei (...) o espaço físico também tem contribuído muito [negativamente] A casa é muito grande, muito bonita, mas é mal distribuída. Teve um usuário que não conseguiu ficar aqui porque tem problema, deficiência visual, auditiva não se adaptou aqui"

"o critério [para participação no grupo], por conta da casa, é a agressividade, estar em franca crise mesmo"

"[espaço físico da casa] é muito ruim, essa casa, no meu entendimento, ela não é nunca prá NAPS, jamais ela é prá NAPS"

Outro ponto que pode ser observado nas entrevistas refere-se à *dificuldade de articulação interna* com os trabalhadores que atuam no CAPS III no período noturno, já abordado anteriormente:

"o pessoal da noite tem um contato mais difícil com a equipe do dia. Agora o pessoal da manhã e da tarde normalmente se encontra na passagem de plantão; a gente tira decisões na reunião"

"não fica ninguém na copa [à noite]"

De acordo com o que foi destacado anteriormente, aos finais de semana e às noites, somente a equipe de enfermagem trabalha no CAPS III. Há também um

cuidador que trabalha como voluntário aos finais de semana (quinzenalmente), por compreender que não há equipe suficiente para o atendimento aos usuários nos finais de semana:

"A gente não tem uma equipe suficiente pra atender os usuários como eles devem ser atendidos aos finais de semana"

Outro ponto de fragilidade identificado refere-se à *elaboração dos projetos terapêuticos individuais* dos usuários do serviço. Observou-se que, no CAPS III, de maneira geral, os projetos terapêuticos individuais são elaborados em função da oferta de instrumentos/recursos institucionais, embora exista o reconhecimento da necessidade da utilização de recursos externos ao serviço:

"[os projetos terapêuticos] são muito dependentes dos dispositivos e recursos da instituição, das oficinas (...) Um projeto terapêutico deveria se compor não só por isso, como também pra você tá ajudando a pessoa na sua própria comunidade, a ter uma outra relação com os recursos que a comunidade pode estar dispondo pra ela. Quanto mais grave [o caso] mais atendimento médico tem, mais uso da comunidade a gente acaba fazendo, mais uso de outros dispositivos de saúde da região da pessoa a gente acaba fazendo"

Um dos pressupostos fundamentais do campo psicossocial diz respeito à produção de projetos que façam sentido para a vida das pessoas, por isso individualizado, e não devem se limitar às ofertas disponibilizadas *a priori*.

O programa terapêutico personalizado se materializa no trabalho sobre o conflito entre organização do serviço e o caráter concreto dos problemas postos pelo paciente (as suas necessidades). Aquilo que definimos flexibilidade, ou seja, a capacidade de determinar em cada situação as adequadas respostas operativas, não pode ser simplesmente definido pela organização do trabalho, pelas "disposições do serviço" (Dell' Acqua e Mezzina, 1991, p. 73).

Segundo Dell'Acqua e Mezzina (1991), o conceito de crise em psiquiatria nasce da intenção de se considerar a doença mental através da investigação do sofrimento existencial do sujeito. Os autores indicam que à condição de crise corresponde uma complexa situação existencial, sendo os recursos e instrumentos para afrontá-la da mesma ordem de complexidade.

Esta concepção de crise, embora se refira à crise do sujeito, pode ser analogamente utilizada para indicar a crise do serviço, ou seja, toma-se a “crise” do serviço na sua dimensão complexa do sofrimento.

Dell'Acqua e Mezzina (1991) indicam que

o serviço é [...] sempre um espaço institucional e como tal reproduz continuamente aspectos regressivos de 'institucionalização', quer nos pacientes em sua relação com o serviço, quer nos operadores e na sua relação com o trabalho (Dell'Acqua e Mezzina, 1991, p. 74)

Os autores chamam a atenção para a possibilidade constante "de se verificar no serviço a reprodução da distância entre operador e paciente, a não escuta, a objetivação, a precarização, a indução passiva da cronicidade" (Dell'Acqua e Mezzina, 1991). Desta forma, apontam para a necessidade de o serviço "colocar-se em crise", pois, em geral, o que se evidencia é a crise do paciente. Entende-se que, em um serviço comunitário de Saúde Mental, com sua complexidade, o trabalho com o sujeito pressupõe, simultaneamente, um “trabalho sobre o serviço” (Dell'Acqua e Mezzina, 1991).

No discurso dos trabalhadores do CAPS III é possível reconhecer a crise na organização do serviço, em função dos aspectos acima destacados. É também possível reconhecer o sofrimento nas falas dos trabalhadores, que percebem a qualidade do serviço comprometida em função desta crise. Os trechos abaixo corroboram este apontamento:

"Antigamente, com um número mais reduzido eu sabia quem eram os pacientes que estavam sob os meus cuidados. Hoje eu não me sinto seguro com isso, eu não consigo manter um controle maior"

"a gente chega à conclusão, com muito choro, com muita tristeza, mas que foi falta de atenção por ter pouco funcionário (...) às vezes tem um usuário que tá muito entristecido, muito deprimido, ele às vezes tá num canto, e por ele estar num canto e a gente estar muito atarefado aqui, a gente acaba não vendo esse usuário, e quando a gente vai prestar mais atenção..."

"A mental tá ficando louca, tá ficando doente. Ai você vai conversando com um, conversando com outro e você vê que isso é uma fala geral, uma fala coletiva (...) a gente tá adoecendo junto com o serviço, daqui a pouco vai tá todo mundo misturado, técnico e usuário, sem saber porque caminho seguir (...) É uma pena que esteja dessa forma (...) mas eu ainda acho que a gente vai olhar prá trás e isso vai ficar na parte da história da reforma psiquiátrica"

"O modelo NAPS, o modelo antimanicomial, no exato momento, a gente tá tendo problemas (...) então a gente acha que o modelo é esse, mas tem alguma coisa que não tá dando certo, então a gente precisa corrigir, prá acertar o passo"

"a reconstrução de um modelo, não é desconsiderar o que foi feito até agora, mas dentro daquilo que foi feito, saber de que forma nós podemos inclusive aparar as arestas (...) é importante desenvolver uma visão crítica de modelos assistenciais, para que a gente possa superar e, assim, consertar alguns erros que foram sendo cometidos"

Estes fragmentos indicam o desconforto e a disposição para uma auto-crítica corajosa dos trabalhadores, configurando o "sofrimento do serviço". Com isso,

propõe-se que a demanda explicitada pelos trabalhadores possa ser "tomada", considerando-se a analogia ao conceito de tomada de responsabilidade, que

diz respeito, em primeiro lugar, à responsabilidade do serviço sobre a saúde mental de toda a área territorial de referência e pressupõe um papel ativo na sua promoção. [...] Assumir a responsabilidade quer dizer, portanto, assumir a demanda com todo o alcance social conectado ao estado de sofrimento [...] [consiste na] assunção da demanda como globalidade de solicitações (Dell'Acqua e Mezzina, 1991, p. 62-63).

A tomada de responsabilidade, segundo a concepção acima, consiste em uma forma de intervenção na crise, a partir da disposição em apreender as diversas formas e momentos da existência que sofre, e visa à recomposição da identidade do paciente e da ruptura de relações que precedeu a crise (Dell'Acqua e Mezzina, 1991).

Analogamente à tomada de responsabilidade do serviço com relação à demanda do território, identifica-se, em função da crise vivenciada pelo NAPS I, a necessidade de ser tomada a responsabilidade sobre o serviço, ou seja, é preciso que, na *dimensão particular* da realidade, as demandas do NAPS I sejam tomadas em sua complexidade, visando à recomposição da identidade do serviço.

Entende-se que

a crise pode [...] assumir um valor dinâmico, tão contraditório à própria existência quanto a esta sempre possível de ser reconduzida, [...] torna-se, então, um evento histórico [...] que pode criar uma expropriação e evidenciar a ruptura ou, inversamente, operar uma tentativa de busca e de resposta (Dell'Acqua e Mezzina, 1991, p. 76).

A busca de respostas, instrumentos e recursos para o enfrentamento da crise é uma tarefa complexa, que deve envolver a compreensão de seus elementos constitutivos (Dell'Acqua e Mezzina, 1991).

A fala dos trabalhadores aponta elementos que caracterizam esta demanda complexa. É possível reconhecer, portanto, diversos pontos de fragilidade apontados

pelos trabalhadores, que podem ser qualificados como os elementos constitutivos da crise na organização do serviço:

- a) regime de contratação dos profissionais;
- b) sobrecarga de demanda (o que implica na perda da qualidade da atenção prestada aos usuários e acarretou no fechamento do acolhimento realizado no serviço);
- c) necessidade de contratação de força de trabalho;
- d) necessidade de discussão sobre o projeto coletivo do NAPS I;
- e) dificuldade de articulação externa com outros serviços;
- f) espaço físico do NAPS I;
- g) dificuldade de articulação com equipe da noite; e
- h) elaboração de projetos terapêuticos particularizados.

Assim como o serviço comunitário de saúde mental deve assumir a função de referencial ativo às demandas relativas a situações de miséria, de distúrbio e de conflitos (Dell'Acqua e Mezzina, 1991), configura-se a necessidade de que o NAPS I possa colocar-se em crise (sua potência e sua fragilidade) e ser assumido ativamente pelo poder local na globalidade de suas solicitações, na sua existência em sofrimento.

4.3 As práticas em saúde mental no CAPS III e as diretrizes da Reforma Psiquiátrica brasileira

Este item faz o inventário das práticas realizadas no cotidiano de trabalho no NAPS I pelos trabalhadores entrevistados. Como se trata da *dimensão singular* da realidade objetiva, o serviço e sua organização, os dados foram confrontados com a Portaria GM 336/02 (Brasil, 2004c), no seu Artigo 4, subitem 4.3.1, sobre a assistência prestada ao paciente no CAPS III e com o documento orientador da política de Saúde Mental no Sistema Único de Saúde (Brasil, 2004d).

Inventário das práticas de saúde mental no cotidiano de trabalho no NAPS I:

1. acompanhamento de banhos;
2. acompanhamento de usuários em saídas da unidade;
3. acompanhamento do projeto terapêutico individual de usuários do serviço;
4. administração de diferentes vínculos dos funcionários;
5. administração e distribuição de medicamentos;
6. atendimento à recepção;
7. atendimento em psicoterapia individual (menos frequentes, mas realizados quando necessário);
8. atendimento psiquiátrico individual;
9. convivência com usuários;
10. cuidar da portaria do NAPS;
11. elaboração de ofícios;
12. elaboração de relatórios;
13. encaminhamentos para outras unidades de saúde;
14. entrega de receitas;
15. envio de boletim de produção ambulatorial para a Secretaria Municipal de Saúde;
16. evolução de prontuários;
17. grupo de arte marcial;
18. grupo de eventos;
19. grupo de expressão corporal;
20. grupo de família;

21. grupo de início de semana;
22. grupo de psicodrama;
23. grupo de teatro;
24. grupo de terapia ocupacional;
25. intervenções fora da unidade (visitas de reconhecimento de regiões da cidade, resgate de usuários, visitas domiciliares);
26. limpeza geral da casa;
27. oficina de arte culinária;
28. oficina de música;
29. oficina de terapia ocupacional – bijuteria;
30. organização e controle de materiais e mantimentos;
31. orientações de queixas;
32. participação no Colegiado de Saúde Mental do município;
33. participação no Conselho Municipal de Saúde;
34. plantão social;
35. plantão/acolhimento;
36. reuniões de equipe;
37. servir refeições;
38. visitas a instituições (recursos territoriais);
39. visitas domiciliares;

As práticas descritas pelos trabalhadores foram reorganizadas abaixo segundo as categorias da Portaria GM 336/02, no seu artigo 4.3.1, que trata das atividades realizadas na assistência prestada aos pacientes nos CAPS III. São elas (Brasil, 2004c):

a) atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, orientação, entre outros)

Atividades descritas pelos trabalhadores do NAPS I:

1. Atendimento em psicoterapia individual;
2. Atendimento psiquiátrico individual;
3. Orientações referentes às queixas dos usuários.

b) atendimento grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras)

Atividades descritas pelos trabalhadores do NAPS I:

1. Grupo de arte marcial;
2. Grupo de expressão corporal;
3. Grupo de início de semana;
4. Grupo de psicodrama;
5. Grupo de teatro;
6. Grupo de Terapia Ocupacional.

c) atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou médio

Atividades descritas pelos trabalhadores do NAPS I:

1. Oficina de arte culinária;
2. Oficina de música;
3. Oficina de Terapia Ocupacional – bijuteria.

d) visitas e atendimentos domiciliares

Atividades descritas pelos trabalhadores do NAPS I:

1. resgate de usuários;
2. visitas domiciliares.

e) atendimento à família

Atividade descrita pelos trabalhadores do NAPS I:

1. Grupo de família.

f) atividades comunitárias, enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção familiar e social

Atividades descritas pelos trabalhadores do NAPS I:

1. Grupo de eventos (saídas semanais da instituição);
2. Visitas de identificação dos recursos territoriais.

É possível observar que há, no plano descritivo, um alinhamento evidente entre as atividades preconizadas pela Portaria GM 336/02 e as práticas realizadas pelos profissionais do NAPS I. Todas as atividades previstas na Portaria são exercidas pelos profissionais do serviço, em seu cotidiano de trabalho.

A publicação do Ministério da Saúde que orienta a política de Saúde Mental no SUS (Brasil, 2004d) acrescenta à Portaria GM 336/02 as assembleias ou reuniões de organização do serviço como

instrumento importante para o efetivo funcionamento dos CAPS como um lugar de convivência. É uma atividade, preferencialmente semanal, que reúne técnicos, usuários, familiares e outros convidados, que juntos discutem, avaliam e propõem encaminhamentos para o serviço (Brasil, 2004d).

A participação em assembleias, não foi mencionada por nenhum trabalhador, embora tenha sido informada no procedimento de captação da realidade objetiva.

Com relação às demais atividades previstas na Portaria, a seguir, é necessário fazer duas observações.

- g) acolhimento noturno, nos feriados e finais de semana, com no máximo 05 (cinco) leitos, para eventual repouso e/ou observações;**
- h) os pacientes assistidos em um turno receberão uma refeição diária, os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias e os que permanecerem no serviço durante 24 horas contínuas receberão quatro refeições diárias;**
- i) a permanência de um mesmo paciente no acolhimento noturno fica limitada a 07 (sete) dias corridos ou 10 (dez) dias intercalados em um período de 30 (trinta) dias.**

Na captação da realidade objetiva, identificou-se que é comum que o NAPS I acolha mais do que cinco usuários no período noturno (em média, cerca de 14 - quatorze- pessoas em hospitalidade noturna) e que o tempo de permanência do usuário no acolhimento noturno também extrapole, com frequência, a determinação da Portaria 336/02 (07 (sete) dias corridos e 10 (dez) intercalados no período de 30 (trinta) dias).

Este dado pode indicar a sobrecarga do serviço, em função da abrangência territorial do CAPS III exceder o que preconiza o relatório de gestão (Brasil, 2007), que indica que um CAPS III deve dar cobertura a uma população de 150.000 habitantes. Este dado confirma a inviabilidade de um serviço como este ser referência para uma população de 430.000 pessoas.

Por outro lado, este dado deve ser visto com cautela, pois também pode expressar uma tendência de institucionalização do serviço e deve-se atentar para a avaliação da real necessidade de manter os usuários em acolhimento noturno em tempo excedente ao indicado pela Portaria.

Além das atividades relacionadas diretamente com a assistência ao usuário, que correspondem às mencionadas acima, pode-se constatar no discurso dos trabalhadores a realização de outras atividades que não constam na Portaria. Foram introduzidas três categorias para agregá-las: *atividades de organização interna do serviço, atividades indiretas de assistência ao usuário, atividades de articulação com a rede*, a fim de identificar estas práticas e com quais diretrizes se relacionam.

O primeiro conjunto de atividades corresponde às práticas realizadas por trabalhadores de nível médio, que dizem respeito às atividades internas necessárias para a organização do serviço. É possível reconhecer que estas são práticas que

fazem parte do cotidiano dos trabalhadores, fundamentais para administração do serviço e que compõem a infra-estrutura necessária à assistência ao usuário.

É relevante que estas práticas sejam consideradas na avaliação do total de trabalho desenvolvido pela equipe pois, embora não se classifiquem entre as atividades assistenciais ofertadas aos usuários – previstas na Portaria-, compõem o conjunto da força de trabalho dos CAPS.

Atividades internas de organização do serviço relatadas pelos trabalhadores do CAPS III:

1. acompanhamento de banhos;
2. administração de diferentes vínculos de funcionários;
3. atendimento à recepção;
4. cuidar da portaria;
5. elaboração de ofícios;
6. elaboração de relatórios;
7. envio de boletim de produção ambulatorial para secretaria municipal de saúde;
8. limpeza geral da casa;
9. organização e controle de materiais e mantimentos;
10. servir refeições.

Este outro conjunto de atividades, as seguir, que estão previstas na Portaria GM 336/02 de forma genérica, exceto plantão/acolhimento - que caracteriza uma prática diretamente ligada à assistência, traduzem práticas indiretas de assistência, estão diluídas no cotidiano do trabalho e repercutem de forma importante no cuidado dos usuários.

Atividades indiretas de assistência ao usuário relatadas pelos trabalhadores do CAPS III:

1. plantão/acolhimento;
2. evolução de prontuários;
3. administração e distribuição de medicamentos;
4. reuniões de equipe.

Ainda, pode-se constatar práticas que estão vinculadas à articulação com a rede. As atividades de articulação com a rede são atribuições fundamentais dos Centros de Atenção Psicossocial e são tratadas no artigo 4.3 da Portaria GM 336/02, que dispõem que esses serviços devem:

1. responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito de seu território;
2. possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), por determinação do gestor local;
3. coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território;
4. supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território/e ou módulo assistencial;
5. estar referenciado a um serviço de atendimento de urgência/emergência geral de sua região, que fará o suporte de atenção médica (Brasil, 2004c).

As práticas dos trabalhadores do CAPS III que remetem às **atividades de articulação com a rede** são identificadas abaixo:

1. Participação no Colegiado de Saúde Mental do município;
2. Participação no Conselho Municipal de Saúde;
3. Visitas a outras instituições.

É possível notar que estas práticas de articulação com a rede não são tão expressivas, em termos quantitativos, mas traduzem ações fundamentais que, inseridas em um conjunto maior de ações, possibilitam que os CAPS cumpram as atribuições fundamentais indicadas no artigo 4.3 da Portaria GM 336/02 (Brasil, 2004c).

É possível reconhecer que os trabalhadores do CAPS III produzem um conjunto expressivo de práticas no cotidiano no serviço. É necessário que estas práticas que compõem o dia-a-dia dos trabalhadores sejam validadas.

Entende-se que a Portaria trata essencialmente das atividades que devem ser ofertadas na assistência ao usuário, sem mencionar, entretanto, as que sustentam indiretamente o cuidado em si, como as que permitem a organização interna do serviço, as atividades indiretas de atenção ao usuário e as atividades de articulação com a rede. Compreende-se que estes processos de trabalho devem ser considerados, inclusive, para a recomposição da força de trabalho dos Centros de Atenção Psicossocial.

4.4 Os processos de trabalho no CAPS III

Visando compreender como se produzem as práticas em saúde mental no CAPS III e buscando verificar se elas se articulam com os referenciais do campo psicossocial, optou-se por solicitar a descrição de um processo de trabalho de cada trabalhador entrevistado, considerado relevante pelo trabalhador.

Com relação às práticas relevantes escolhidas e descritas pelos profissionais, destaca-se que 09 (nove) entre os 10 (dez) trabalhadores entrevistados relataram atividades que estão diretamente vinculadas aos usuários, o que indica alinhamento com um pressuposto fundamental da Reforma Psiquiátrica, referente à compreensão de que todos os profissionais do serviço de saúde mental (independente da sua formação) estão potencialmente vinculados ao cuidados dos usuários.

Estas foram:

- a) acompanhamento de referências – 02 (dois) trabalhadores
- b) relacionamento com usuários – 01 (um) trabalhador
- c) convivência com os usuários – 01 (um) trabalhador
- d) oficinas terapêuticas - 02 (dois) trabalhadores;
- e) grupo psicoterapêutico -01 (um) trabalhador;
- f) atendimento aos usuários / familiares -02 (dois) trabalhadores.

Observou-se que os trabalhadores de nível médio também atuam diretamente com os usuários, destacando o acompanhamento individual, participação em grupos e atendimento aos usuários e familiares como práticas relevantes de seu dia-a-dia.

Vale destacar que nenhum dos trabalhadores indicou como prática relevante ações no território, associadas à *atitudes básicas em relação à comunidade - atitude*

de participação, o que pode revelar menor expressividade deste tipo de intervenção no cotidiano do serviço. Ressalta-se, novamente, que as articulações no território fazem parte das atribuições fundamentais de um Centro de Atenção Psicossocial (Brasil, 2004d).

Os processos de trabalho, nos seus elementos constitutivos, foram analisados segundo o Quadro de Referência: AS ATITUDES BÁSICAS QUE DEVEM ORIENTAR AS PRÁTICAS EM SAÚDE MENTAL DOS TRABALHADORES NO CAMPO PSICOSSOCIAL, disponível na página 44 e das Bases Conceituais eleitas, particularmente, as categorias Consciência e Práxis.

O PROCESSO DE TRABALHO DO AGENTE DA LIMPEZA

O agente (*força de trabalho*) deste processo de trabalho indicou uma atividade em seu cotidiano no serviço: limpar a casa.

"É só isso mesmo"

A *finalidade* da prática descrita consiste na manutenção da casa limpa. Quando perguntado por que realiza esta atividade, o profissional responde que:

"tem que limpar, né? Porque eles sujam muito (...) Acho que eles não têm [aponta que a mão para a cabeça]"

Este processo de trabalho é realizado com a utilização dos seguintes *instrumentos de trabalho*:

- a) produtos de limpeza

"tem água sanitária, desinfetante, álcool, várias coisinhas"

- b) priorização dos espaços

"eu começo a limpar aqui embaixo (...), depois nós sobe, limpa lá, (...) aí depois da hora do almoço, a gente espera eles almoçar (...) dá uma limpeza geral do quintal"

O *objeto de trabalho* revelado no discurso do trabalhador é a casa, ou seja, o emprego de sua *força de trabalho* se dá sobre a casa. Ao final deste processo de trabalho, o produto que se observa é a casa limpa.

QUADRO 2: Processo de trabalho do agente da limpeza

Agente	Trabalhador da limpeza
Processo de trabalho	Limpar da casa
Objeto	A casa suja
Finalidade	Manter a casa limpa
Instrumentos	a) Produtos de limpeza b) Priorização dos espaços
Produto	Casa limpa

Na descrição deste processo de trabalho, percebe-se que não há articulação com outros processos de trabalho dos profissionais da equipe, não se verifica *atitude básica com relação aos membros da equipe - atitude de integração interna – manejo de equipe* (Saraceno, Asioli e Tognoni, 2001).

Aparece, no fragmento abaixo, a articulação de sua prática de limpeza da casa com os usuários do serviço, porque os usuários sujam muito a casa, e o trabalhador

"tem que tá com vassoura na mão, senão, acumula"

Em outro momento da entrevista, também aparecem referências à percepção do trabalhador com relação aos usuários do serviço:

"O dia passa rápido, a gente se diverte com eles, eles são legal prá caramba (...) acostumei tanto com eles (...) no começo eu estranhei (...) quando eu vi que era isso, eu chorava dia e noite"

O discurso deste trabalhador revela a compreensão de que não cabe ao profissional da limpeza outras práticas, a não ser a limpeza da casa.

"porque outro serviço a gente não pode, não é área da agente"

A descrição do processo de trabalho deste profissional não revela nenhuma especificidade referente ao campo psicossocial, de forma que o mesmo processo de trabalho poderia ser realizado em qualquer outro serviço. O objeto, os instrumentos e a finalidade da prática destacada pelo trabalhador não se inscrevem no campo psicossocial.

Aranha e Silva (2003) pondera que, para Bourdieu (1998), todo *ato de fala*, *toda ação* é uma conjuntura, um encontro de séries causais independentes:

- a) das disposições socialmente modeladas;
 - b) das estruturas do mercado lingüístico, que se impõem como um sistema de sanções e censuras.
- Seu produto é o modelo de produção e acumulação lingüística, a relação entre o *habitus* e o mercado ao qual ele oferece.

Tal como no estudo citado acima, o segmento de trabalhadores de nível médio ou fundamental, não compartilha o mercado lingüístico comum com o total de agentes de saúde da instituição, de nível superior. Especificamente porque o limite de acumulação lingüística e de agregação de conhecimentos permaneceu no nível secundário de educação formal, assim o *habitus* lingüístico destes trabalhadores produz um determinado padrão discursivo, portanto, um determinado poder de trocas.

A autora recomenda que

Esta condição peculiar precisa ser considerada (no contexto do trabalho), porque a circulação e o valor das trocas lingüísticas estão submetidas a determinações que definem o significado do discurso:

- a) o mercado mesmo onde as trocas lingüísticas ocorrem;
- b) a definição prática do sentido que é transferido automaticamente de fora para o interior do discurso;
- c) o valor distintivo do produto elaborado pelo locutor, ou seja, a relação consciente ou inconsciente entre o produto lingüístico oferecido por um locutor socialmente caracterizado e os

- produtos simultaneamente propostos por outros locutores num espaço social determinado;
- d) o produto lingüístico se realiza como mensagem somente se for decifrado, se for tratado como tal e isto pressupõe algum valor lingüístico incorporado;
 - e) e, ainda depende dos esquemas de interpretação que os receptores põem em ação em sua apropriação criativa do produto, isto porque os receptores podem estar mais ou menos próximos ou distanciados dos produtores (como é o caso da posição ocupada no mercado institucional pelo segmento de agentes de enfermagem e pelos agentes com formação profissional superior) (Aranha e Silva, 2003).

O campo extremamente assimétrico de trocas lingüísticas e, portanto, de exercício de um dado saber/poder é o lugar onde pode advir a “violência simbólica” (Aranha e Silva, 2003), na relação entre trabalhadores, entre estes e usuários, entre usuários e usuários.

O campo psicossocial, com relação às *Atitudes básicas com relação aos membros da equipe - Atitude de integração interna*, prescreve:

1. Atender os pacientes
2. Manejar-se a si mesmo enquanto equipe
3. Favorecer a formação dos trabalhadores

Ao admitir uma relação horizontalizada, a troca de saberes, o reconhecimento de saberes diferentes e a necessidade de formação dos trabalhadores, o serviço coloca na sua agenda a busca necessária de uma forma de enfrentar uma necessidade específica – o acesso ao mercado de saberes - desta parcela da força de trabalho que “não compartilha das trocas no mercado institucional” onde este produto circula.

O PROCESSO DE TRABALHO DO AGENTE DA COPA

O agente (*força de trabalho*) deste processo de trabalho elegeu "o bom atendimento com eles [usuários e familiares]" como prática relevante em seu dia a dia.

Na fala do trabalhador identificam-se duas *finalidades* distintas para a realização do processo de trabalho, que consistem na manutenção de seu emprego e em deixar usuários e familiares felizes:

"então, como eu preciso de emprego, a gente tem que dar um bom atendimento"

"todo mundo fica feliz de ter um bom atendimento"

Na descrição desta prática identifica-se que os *instrumentos* utilizados pelo trabalhador na realização do atendimento consistem em:

a) Solidariedade

"Eu sou meio solidário"

b) Educação

"a pessoa gosta do jeito que você fala com ela. Do jeito que você não sabe falar, a pessoa vai chamar a autoridade, vai fazer um escândalo"

c) colocar-se no lugar do outro

"você se põe no lugar da pessoa, e se fosse eu?"

d) separação de problemas pessoais e trabalho

*"não trazer os problemas que a gente tem na vida da gente (...)
separar as coisas"*

O *objeto de trabalho* deste profissional são os usuários e familiares do serviço e os *produtos* obtidos ao final do processo de trabalho correspondem a um trabalhador empregado e usuários e familiares felizes com o seu atendimento.

QUADRO 3: Processo de trabalho do agente da copa

Agente	Trabalhador da copa
Processo de trabalho	Atender usuários e familiares
Objeto	Usuários e familiares
Finalidade	a) Manter o emprego b) Deixar usuários e familiares felizes
Instrumentos	e) Educação f) Solidariedade g) Colocar-se no lugar do outro h) Separar problemas pessoais e trabalho
Produto	a) Trabalhador empregado b) Usuários e familiares felizes com atendimento do copeiro

A manutenção do emprego como *finalidade* deste processo de trabalho evidencia um aspecto fundamental que diz respeito ao trabalho como forma de produção e reprodução da vida (Egry, 1996).

Este processo de trabalho se inscreve no campo das *atitudes de integração interna - atitudes básicas com relação aos membros da equipe - atender os pacientes* (Saraceno, Asioli e Tognoni, 2001).

Segundo o referencial de análise adotado neste estudo, identifica-se que solidariedade, educação, colocar-se no lugar do outro e separar problemas pessoais do trabalho são *instrumentos* que caracterizam *atitudes solidária e afetiva e*

psicoterapêutica (Saraceno, Asioli e Tognoni 2001), pois envolvem respeito e compreensão com a experiência do usuário e seu reconhecimento como sujeito.

Por outro lado, observa-se que os *instrumentos* utilizados pelo trabalhador apóiam-se no universo de conhecimentos do senso comum, advindos da própria experiência de vida do trabalhador. Com relação ao conhecimento caracterizado como senso comum, Bichaff (2006) aponta que, segundo Teixeira (2004)

A utilização das suposições de senso comum, no caso das práticas em saúde mental ocorre em função *da ausência de elementos e parâmetros operativos, que sustentam o cotidiano da atenção*, fazendo com que os trabalhadores recorram às obviedades e clichês sobre idéias mais gerais de felicidade, vida social, respeito, inclusão social e cidadania (Teixeira apud Bichaff, 2006, p. 88 – grifos meus).

Assim, embora seja possível reconhecer neste processo de trabalho características que orientam os processos de trabalho no campo psicossocial (*atitudes básicas com relação ao paciente*), isso não ocorre de forma consciente para o trabalhador e pode representar um trabalho alienado, porque não há na descrição nenhuma articulação do trabalho do profissional com outros processos de trabalho, não se observam referências ao trabalho em equipe ou articulação com um projeto institucional, de forma que o "bom atendimento" do trabalhador pode ocorrer por sua própria conta.

O risco que se corre é de que os usuários e familiares “fiquem felizes” com o atendimento de um trabalhador isolado e não com o atendimento disponibilizado para a população, como uma política de saúde, um projeto institucional, definido por "elementos e parâmetros operativos que sustentem o cotidiano da atenção" (Teixeira, 2004), ou seja, diretrizes que orientem a ação de todos os trabalhadores do serviço.

A prática do trabalhador, quando práxis espontânea, como parece ser o caso, para se constituir como processo de trabalho orientado e alinhado com o campo psicossocial, precisa compor o projeto institucional para torna-se práxis.

Neste processo de trabalho observa-se também a necessidade do serviço avaliar as *Atitudes básicas com relação aos membros da equipe - Atitude de integração interna*.

O PROCESSO DE TRABALHO DO AGENTE DO SERVIÇO SOCIAL

O agente (*força de trabalho*) deste processo de trabalho escolheu o acompanhamento de um usuário de quem é referência como prática relevante em seu cotidiano no serviço.

A *finalidade* deste processo de trabalho revelada no discurso do trabalhador refere-se à necessidade de adaptação social do usuário e a necessidades pessoais do trabalhador. Os fins pessoais da prática destacada dizem respeito à necessidade do trabalhador dar continuidade a um trabalho iniciado, de cumprir um compromisso assumido e sua responsabilidade de atender uma pessoa que precisa do atendimento.

A *finalidade* da prática vinculada ao usuário consiste em:

"passar pra ele [usuário] que o mundo é esse, que o mundo não vai se adaptar a ele, que ele que tem que se adaptar ao mundo, esse mundo que eu digo, pelo menos no nível de Brasil, mas é uma política econômica que não é só nossa, nós dependemos de outras políticas, mas até ele entender tudo isso..."

Observa-se a utilização de diversos *instrumentos* no processo de trabalho deste profissional, envolvendo:

a) articulação com a família

"a família é super importante no tratamento, muito mesmo"

b) o saber do usuário

"Muitas vezes eles [usuários] trazem as respostas"

c) orientação sobre procedimentos para obtenção de documentos

"aí eu orientei, vai lá na Caixa Econômica (...) Ele organizou toda a vida dele em relação a documentação"

d) dinheiro para transporte para procurar emprego

"muitas vezes eu já peguei dinheiro, eu dei prá ele, mas sempre trabalhando com ele 'isso é que eu estou fazendo é ilegal (...) eu to fazendo isso porque eu acredito em você"

e) busca de emprego e moradia

"eu comecei a procurar emprego prá ele também, ajudar, fazer currículo"; "aí não tinha lugar prá ele morar, a gente conseguiu um albergue prá ele"

f) estímulo para a reflexão do usuário

"eu vou jogando as coisas pra ele refletir"

g) orientação sobre questões legais

"ele ainda não se separou legalmente, mas vai, até porque eu to orientando que essas questões legais são necessárias"

h) compreender a situação do usuário

"perceber o que tá causando, quais são as causas, prá não ficar limitado só à medicação (...) perceber o que tá acontecendo"

i) continuidade terapêutica

"eu procuro trabalhar assim (...) porque também ficar encaminhando prá muitos lugares acaba fugindo um pouco. A gente orienta de uma forma, a pessoa vai á e é orientada de outra forma, ela fica sem referência"

j) trabalho em equipe

"eu falo o que eu faço mas eu não trabalho sozinha. Eu sei que aqui dentro tem muita gente que ajuda. Você sabe que dentro de um lugar, tem uma equipe (...) Então isso é muito importante, você não faz nada sozinha"

O uso de diversos *instrumentos* na prática de acompanhamento do usuário pode revelar um *objeto de trabalho complexo* (o sujeito), considerado na dimensão concreta de sua vida, e é possível reconhecer no processo de trabalho deste profissional, *necessidades* concretas do usuário, como moradia e emprego. Ao final do processo de trabalho verifica-se o usuário empregado, morando no albergue, com os documentos em ordem e o trabalhador encontra-se satisfeito. Estes são os produtos do processo de trabalho deste profissional.

QUADRO 4: Processo de trabalho do agente do serviço social

Agente	Assistente social
Processo de trabalho	Acompanhar usuário de quem é referência
Objeto	Usuário com necessidades complexas
Finalidade	<ul style="list-style-type: none"> a) Adaptar o sujeito ao mundo b) Dar continuidade a um trabalho iniciado c) Cumprir um compromisso assumido d) Atender uma pessoa que precisa do atendimento
Instrumentos	<ul style="list-style-type: none"> a) Articulação com a família b) O saber do usuário c) Orientação para obtenção de documentos d) Dinheiro e) Busca de emprego e moradia f) Estímulo para a reflexão do usuário g) Orientação sobre questões legais h) Compreender a situação do usuário i) Continuidade terapêutica j) Trabalho em equipe
Produto	<ul style="list-style-type: none"> a) Usuário empregado b) Usuário morando no albergue c) Usuário com documentação em dia

	d) Trabalhador satisfeito
--	---------------------------

A função de *referência de usuário*, desenvolvida pelo trabalhador num serviço tipo CAPS, diz respeito à produção conjunta de projetos de vida, que façam sentido na realidade concreta dos usuários do serviço. O profissional descreve um acompanhamento ativo deste usuário de quem é referência, o que ilustra a *atitude básica com relação aos membros da equipe - atitude integração interna da equipe - atender os pacientes* (Saraceno, Ascoli e Tognoni, 2001).

O trabalhador menciona que o trabalho equipe é um *instrumento* para a realização do seu processo de trabalho (“*eu falo o que eu faço, mas eu não trabalho sozinha*”), entretanto, não foi possível reconhecer na descrição da sua prática, a forma como esta articulação com os outros processos de trabalho se realiza e como sua prática está integrada ao trabalho da equipe, de forma que o projeto terapêutico do usuário parece ser estabelecido e manejado pelo trabalhador, sem caracterizar *atitude de integração interna - manejo da equipe*.

Outro aspecto que deve ser ressaltado diz respeito ao ‘uso de dinheiro para busca de emprego e moradia’ como *instrumento* no processo de trabalho descrito. Observa-se no discurso do trabalhador um julgamento moral com relação a isso, associado à noção de ilegalidade e caridade:

"muitas vezes eu já peguei dinheiro, eu dei pra ele, mas sempre trabalhando com ele 'isso é que eu estou fazendo é ilegal (...) eu to fazendo isso porque eu acredito em você"

Este aspecto é contraditório, na medida em que não é compartilhado, discutido e acordado como parte de um projeto terapêutico da equipe. Entende-se que o uso do dinheiro como *instrumento* neste processo de trabalho pode ocorrer, desde

que isso não fique no campo da ilegalidade, daquilo que não pode ser revelado, que não é lícito.

Ao contrário, o uso de recursos econômicos pode ser considerado uma etapa transitória, para que a pessoa se organize, tenha acesso a uma proteção social, ou trabalho, ou até que possa restituir o investimento que lhe foi feito. O uso de dinheiro pode estar associado ao empréstimo de poder contratual e constituir-se como *atitude solidária e afetiva*, podendo indicar *consciência praxica* do trabalhador da falta de poder contratual do paciente (Saraceno, Asioli e Tognoni, 2001). Deste modo, este aspecto revela a carência de *atitude de integração interna*, visto que não ocorre, ao menos no nível do discurso, o manejo coletivo (realizado pelos membros da equipe) do projeto terapêutico.

É possível reconhecer nos *instrumentos* utilizados alguns pressupostos da atenção psicossocial, como o reconhecimento do saber do usuário, o trabalho com a família e a manutenção terapêutica. Nota-se o respeito e aceitação com a experiência do usuário, a ruptura da separação entre o poder da organização médica e as necessidades do paciente, a escuta e o estímulo à reflexão, ou seja, atitudes que caracterizam *atitudes básicas com relação ao paciente - atitudes solidária e afetiva, psicoterapêutica e reabilitatória* (Saraceno, Asioli e Tognoni, 2001). Com relação ao reconhecimento do saber do usuário na elaboração dos projetos terapêuticos, entende-se que:

No contexto da Reforma Psiquiátrica que, entre seus pressupostos, defende o exercício da cidadania, é inconcebível o não reconhecimento do saber do usuário (Bichaff, 2006, p. 90).

Ainda, é possível reconhecer que parte dos *instrumentos* utilizados se articulam ao conceito de Reabilitação Psicossocial. Segundo Saraceno (2001), a

noção de Reabilitação Psicossocial implica em um conjunto de estratégias orientadas a aumentar as oportunidades de troca (de recursos e afetos) dos usuários. Trata-se, portanto, de um processo que implica na abertura de espaços de negociação entre o paciente e o meio social em que está inserido, visando desenvolver o poder de contratualidade dos usuários. As ações direcionadas nesse sentido devem incidir sobre três eixos: *morar, trocar as identidades e produzir e trocar mercadorias e valores* (Saraceno, 2001).

Nota-se, no processo de trabalho deste profissional, que alguns *instrumentos* utilizados (orientações sobre questões legais, procedimentos para obtenção de documentos e intervenções voltadas para moradia e emprego) estão articulados à esta noção de Reabilitação Psicossocial, visando transformações concretas na vida do usuário. Entretanto, não houve em nenhum momento da entrevista menção por parte do trabalhador com relação à Reabilitação Psicossocial, o que pode revelar uma *práxis espontânea*, ou seja, sem consciência crítica daquilo que a fundamenta.

Outro aspecto que pode revelar uma *práxis espontânea* e, portanto, não *transformadora* está ligada à *atitude psicoterapêutica* do trabalhador (*atitude básica em relação ao paciente* – Saraceno, Asioli e Tognoni, 2001).

O trabalhador utiliza entre seus *instrumentos*, o estímulo à reflexão do paciente. Entretanto, a *atitude psicoterapêutica* se processa quando a “pessoa que escuta o paciente, ajuda a esclarecer os termos dos problemas e a favorecer a autonomia das decisões” (Saraceno, Asioli, Tognoni, 2001). Nota-se que, embora os instrumentos estejam voltados para a produção de autonomia do usuário, isso não ocorre de forma consciente por parte do trabalhador.

Desta forma, é possível perceber contradições no processo de trabalho descrito pelo trabalhador. O *objeto* e os *instrumentos* estão alinhados aos processos

de trabalho no campo psicossocial, mas a *finalidade* da ação identifica-se com o modelo asilar e é, ao mesmo tempo, deslocada para a o próprio trabalhador, o que indica um processo de trabalho contraditório.

O processo de trabalho deste profissional revela-se voluntarioso, pois é visível o empenho do trabalhador no acompanhamento do usuário de quem é referência. Entretanto, não se trata de uma *práxis criativa*; os *instrumentos* utilizados não correspondem à *finalidade* da ação e não é possível observar consciência crítica no processo de trabalho.

As atitudes do campo psicossocial (*atitudes básicas em relação ao paciente – solidária afetiva, psicoterapêutica e reabilitatória - e em relação aos membros da equipe – atender pacientes*) ficam subsumidas ao trabalho não compartilhado e elaborado por uma equipe e depende, aparentemente, do desempenho isolado deste trabalhador revelando uma *práxis espontânea*.

A fim de configurar um processo de trabalho coerente com os pressupostos do campo psicossocial, esta prática deve se inserir como parte de um projeto institucional, ou seja, o acompanhamento do usuário deve ocorrer enquanto execução de um projeto terapêutico manejado por uma equipe, permeado e sustentado pelo projeto coletivo institucional.

PROCESSO DE TRABALHO DO AGENTE DE ENFERMAGEM DE NÍVEL SUPERIOR

O agente (*força de trabalho*) elegeu a convivência com os usuários como prática relevante em seu cotidiano no CAPS III.

Pode-se reconhecer que a *finalidade* da prática descrita consiste em possibilitar que o usuário esteja mais próximo do serviço, da família e da comunidade. Com intuito de aproximar o usuário do serviço, o trabalhador descreve a utilização dos seguintes instrumentos:

a) Busca ativa

"é estar mais próximo desse usuário (...) se ele deixa de vir, você tem a possibilidade de entrar em contato, buscar saber porque ele não veio"

b) Construção de vínculo

"é uma coisa importante nesse cotidiano, construir esse vínculo, trabalhar com o vínculo, construir essa relação diária"

c) Reconhecimento de necessidade do usuário

"e ele vem no momento em que ele precisa, até prá dizer que tá bem"

Os *instrumentos* utilizados que visam a aproximação do usuário com a família são a utilização da família como fonte de informações para o trabalhador, participação da família no processo, caracterizando um atendimento não protocolar. Finalmente, buscando aproximar o usuário da comunidade, o trabalhador descreveu a utilização de passeios, idas à praia, ao teatro e jogos de futebol como *instrumentos* do processo de trabalho.

O processo de trabalho descrito indica o *objeto* de trabalho deste profissional:

"um sujeito, de fato, na sua condição única de ser, cada pessoa tem a sua individualidade, o direito de escolher sua própria vida"

QUADRO 5: Processo de trabalho do agente de enfermagem de nível superior

Agente	Enfermeiro
Processo de trabalho	Convivência com usuários
Objeto	Usuário
Finalidade	Possibilitar que o usuário esteja mais próximo da instituição, da família e da comunidade
Instrumentos	<p><i>Relacionados à instituição</i></p> <ul style="list-style-type: none"> a) Busca ativa c) Construção de vínculo d) Reconhecimento das necessidades do usuário <p><i>Relacionados à família</i></p> <ul style="list-style-type: none"> a) família como fonte de informações para o profissional b) partilhar de forma não protocolar o cotidiano do usuário <p><i>Relacionados à comunidade</i></p> <ul style="list-style-type: none"> a) passeios ao shopping, jogos de futebol, idas ao teatro e a praia
Produto	Não há produto identificado

Nota-se que o discurso é contraditório; o trabalhador não descreveu com clareza o seu processo de trabalho e a fala parece estar associada ao *como o serviço deve funcionar*, sem indicar *como suas ações se dão*.

A contradição reside, portanto, na identificação daquilo que o serviço deve fazer x aquilo que se identifica que o trabalhador realiza. A nomeação da prática

(convivência com os usuários) não corresponde á descrição do processo de trabalho, produzindo nova contradição.

A atividade de transformação de um objeto em outro (processo de trabalho) pressupõe um produto (Marx, 1988). Não foi possível identificar, no discurso do trabalhador, um produto da sua prática, de forma que sua ação, desta perspectiva, não se configura como *práxis*. Assim, identifica-se, no campo discursivo – *como o serviço deve funcionar* - os pressupostos da atenção psicossocial.

No campo discursivo - *como o serviço deve funcionar* - observa-se a compreensão do trabalhador que os processos de trabalho no campo psicossocial devem extrapolar a centralidade das práticas do profissional médico, contemplando ações que não somente a medicação dos usuários:

"porque eu acho que o cuidar não tá voltado só para a assistência medicamentosa, tem que olhar pros aspectos bio-psico-sociais"

"sair do modelo biomédico, os aspectos biomédicos são importantes, mas não é só isso, eles devem ser compostos de outras variantes, ele é um sujeito dentro do aspecto bio-psico-social, mesmo"

"ele precisa do remédio, mas ele precisa também de um trabalho com sua auto-estima, ele precisa estar inserido dentro de um contexto social, trabalhar a questão da marginalidade, (...) da reinserção, (...) o resgate dos direitos de cidadania"

O trabalhador indica que os processos de trabalho no serviço devem desenvolver a autonomia e ampliar os espaços de convivência do usuário:

"que ele tenha autonomia dentro das suas possibilidade e tente buscar lá fora, preservar o máximo possível esse espaço social"

"prá que ele possa buscar, dentro de seu contexto social, a sua condição de vida, que não é dentro da instituição"

"porque a tendência sempre é trazer para dentro e permanecer tudo dentro, eu acho que você tem que estar fora (...) para abrir um pouco mais os espaços de convivência, que essa convivência não se faça somente dentro dessa unidade, que ela se faça fora também, em espaços coletivos"

O trabalhador, ainda, ressalta a necessidade de "desenvolver uma visão crítica dos modelos assistenciais" e de se rever a formação dos profissionais:

"isso é um processo que precisa ser mudado culturalmente. Hoje, quando nós falamos do modelo, nós temos universidades, faculdades, que ainda pregam o modelo biomédico, o eletrochoque, como possibilidade de tratamento. Então isso é uma das coisas que precisa ser pensada, precisa ser revista"

É possível reconhecer que, *no campo discursivo*, o trabalhador indica pressupostos fundamentais da atenção psicossocial. A *finalidade* dos processos de trabalho no campo psicossocial consiste em responder às *necessidades de saúde* dos usuários, buscando ampliar o poder contratual e desenvolver a autonomia dos usuários.

A organização dos processos de trabalho deve possibilitar a ampliação das intervenções, que se deslocam de uma atenção médico-centrada para a utilização de *instrumentos* diversos, produzidos ou desenvolvidos segundo *finalidade* de ampliar os espaços de convivência, a contratualidade e autonomia dos usuários.

Ainda neste campo, o trabalhador aponta para a necessidade do serviço desenvolver ações no território, configurando *atitude básica em relação à comunidade - atitudes de participação* (Saraceno, Ascoli e Tognoni, 2001). Deste

modo, pode-se afirmar que no campo discursivo, a compreensão do trabalhador está alinhada aos pressupostos do campo psicossocial.

No processo de trabalho *descrito* é possível reconhecer *atitudes solidária e afetiva, psicoterapêutica e reabilitatória (atitudes básicas em relação ao paciente)*, pois os *instrumentos* utilizados revelam a compreensão/aceitação do usuário, relação de proximidade com ele, respeito com sua experiência, necessidade de reconquistar seu poder social e restabelecer relações afetivas e sociais (Saraceno, Asioli e Tognoni, 2001).

Outro aspecto que se pode ressaltar referente ao processo de trabalho descrito diz respeito aos *instrumentos* utilizados para a aproximação do usuário com a comunidade (uma das finalidades destacadas neste processo de trabalho). Passeios ao shopping, idas ao teatro, à praia e jogos de futebol podem se inscrever no que Saraceno (2001) denomina *entretenimento*. Segundo o autor:

Entreter significa 'ter dentro' e também 'passar prazerosamente o tempo'. [...] o doente pode ser também entretido com medicamentos, com conversas, com atividades recreativas, com atividades ergoterápicas, com atividades criativas etc, dentro dos ambulatorios, dentro do hospital-dia, dentro de sua própria família. Entretido no sentido de posto dentro de um sistema de tratamentos que são administrados com um grau notável de casualidade, de falta de previsões, de ausência de avaliações, 'à espera de' (Saraceno, 2001, p. 16-17).

Assim, entende-se que estas atividades, que correspondem aos *instrumentos* utilizados no processo de trabalho descrito, tendem a se constituir como forma de entretenimento, no sentido exposto por Saraceno (2001), se não estiverem articuladas a um projeto terapêutico produtor de vida, que faça sentido na história e na vida concreta do usuário.

Ainda, deve-se observar que no processo de trabalho descrito, embora uma das *finalidades* seja aproximar usuário e família, esta aparece na fala do trabalhador como fonte de informações do paciente, de forma que não se apresenta como um *instrumento* coerente com a *finalidade* descrita. A família como fonte de informações para o trabalhador corresponderia à finalidade de ampliar o saber do trabalhador com relação ao usuário, e não à finalidade de aproximar família e usuário.

Deste modo, o processo de trabalho *descrito* é contraditório, pode ser identificado como uma *práxis espontânea*, pois não revela seu produto e permite identificar incoerência entre objeto, instrumentos e finalidades.

PROCESSO DE TRABALHO DO AGENTE DE ENFERMAGEM DE NÍVEL MÉDIO

O agente (*força de trabalho*) deste processo de trabalho elegeu como prática relevante em seu cotidiano a participação em uma oficina de teatro. A *finalidade* da prática descrita consiste em destravar o usuário e deixá-lo livre:

"o teatro destrava bastante (...) eu sinto que o teatro faz eles assim. Se a gente for exercitando isso, a gente vai pegando a confiança deles e eles gostam de fazer, e daí prá frente você vai deslanchando, você vai conseguir mais coisas"

No processo de trabalho deste trabalhador, foi possível reconhecer que os *instrumentos* de trabalho utilizados são brincadeiras, música, teatro, dança, palhaçadas, expressão corporal, aquecimento e a confiança do usuário.

"eu sou muito voltada prá arte, até porque eu fiz teatro por dez anos. Dança, música, palhaçada (...) você pode brincar, falar coisas, gesticular, expressão corporal, que envolve muito (...) a gente faz um aquecimento (...) se a gente for exercitando isso, a gente vai pegando a confiança deles"

Depreende-se deste processo de trabalho que o *objeto* sobre o qual opera este trabalhador é o usuário travado sendo possível reconhecer, ao final deste processo de trabalho, o usuário destravado. Trata-se de um produto subjetivo que é, contudo, perceptível para o trabalhador:

"você vê isso no rosto deles, na expressão, eles destravam"

QUADRO 6: Processo de trabalho do agente de enfermagem de nível médio

Agente	Auxiliar de enfermagem
Processo de trabalho	Participar de oficina de teatro
Objeto	Usuário travado
Finalidade	Destruar o usuário e deixá-lo livre
Instrumentos	b) Música c) Teatro d) Dança e) Palhaçadas f) Expressão corporal g) Aquecimento h) Confiança do usuário
Produto	Usuário destravado

É possível perceber que o processo de trabalho descrito se inscreve no campo das *atitudes básicas em relação aos membros da equipe – atitude de integração interna- atender pacientes*.

Na descrição deste processo de trabalho não foi possível identificar outras atitudes do quadro teórico de referência (Saraceno, Asioli e Tognoni, 2001). Entretanto, deve-se ressaltar que o discurso do trabalhador revelou *atitudes básicas com relação aos membros da equipe – atitudes de integração externa*, além de *atitudes básicas com relação ao paciente – atitude solidária e afetiva*.

É interessante observar que, em outros trechos do discurso, o trabalhador reconhece a necessidade de ampliar sua atuação específica:

"a gente procura ampliar um pouco o leque de atividades aqui dentro, não ficar só como auxiliar de enfermagem, só administrando medicamentos, entrega de receita, orientando as queixas dos pacientes (...) se você chegar aqui e ficar só

administrando medicação (...), eu não conseguiria fazer só isso, acho que você não tá fazendo a outra parte que é o NAPS"

Este fragmento alinha-se à concepção psicossocial do trabalho em equipe, com relação à possibilidade que este campo permite de flexibilizar a rigidez dos papéis profissionais, o que pode revelar *atitude básica em relação aos membros da equipe - atitude de integração interna – manejo de equipe* (Saraceno, Asioli e Tognoni, 2001), visto que a flexibilidade dos papéis só se torna efetivamente possível se a equipe está articulada e integrada.

Num serviço CAPS é necessário que o trabalhador exercite sua capacidade criativa, ouse novos instrumentos, produza novas ações que respondam a velhos problemas, aquelas que não estão ligadas diretamente à sua função específica. Esta atitude pode revelar *consciência crítica* da função social do trabalho no Centro de Atenção Psicossocial, quando um trabalhador faz referência a este aspecto central da organização do trabalho em um serviço como este.

No entanto, é necessário atenção e vigília, para que esta premissa não se transforme em indiscriminação, qualquer um faz qualquer coisa, somos todos iguais, chavões preocupantes, porque na realidade, os saberes são diferentes – não hierarquizados, os lugares são diferentes – não indiferenciados, as relações são democráticas – não abandonicas e o processos de trabalho são formas conscientes de intervenções na vida de pessoas reais (*práxis*)– não entretenimento (*práxis espontânea*).

PROCESSO DE TRABALHO DO CUIDADOR

O agente (*força de trabalho*) elegeu como prática relevante de seu cotidiano no serviço o relacionamento com os usuários. A *finalidade* da prática destacada pelo trabalhador consiste em mediar a relação médico-paciente:

"eu acho que falta ali um meio de campo, alguém que seja o caminho, a ligação entre o médico e o paciente. (...) Tem que ter alguém flutuando, viajando nesse espaço (...); eu acho que tanto o paciente não tem condição de entender o que o médico fala, nem sempre os médicos entendem o que o paciente fala"

Neste processo de trabalho, é possível perceber que o *instrumento* utilizado é o próprio trabalhador, ou seja, sua facilidade no relacionamento com os usuários:

"eu acho que o mais importante (...) é a minha facilidade, eu nem diria facilidade, eu diria que é meu modo de relacionamento com essas pessoas"

Identifica-se que a ação do trabalhador incide sobre dois *objetos*: o usuário identificado como alguém que não tem condição de "entender o que o médico fala", e o médico, que nem sempre entende o usuário. Não é possível reconhecer um produto do processo de trabalho na descrição do trabalhador.

QUADRO 7: Processo de trabalho do Cuidador

Agente	Cuidador
Processo de trabalho	Relacionamento com usuários
Objeto	Usuário que não compreende o médico Médico que não compreende o usuário
Finalidade	Possibilitar a relação médico-paciente
Instrumentos	Habilidade pessoal de relacionamento com os usuários
Produto	Não há produto identificado

Nesta descrição, evidencia-se uma concepção coerente com os processos de trabalho orientados por um modelo tradicional de atenção, em que a atuação do profissional médico é valorizada e preponderante frente às demais, porque a prática descrita, o relacionamento com os usuários, tem como *finalidade* a mediação da relação médico-paciente.

Por outro lado, é possível reconhecer, na prática descrita, *atitudes básicas com relação à equipe – atender o paciente*, pois o trabalhador busca restabelecer relações sociais e afetivas, ainda que vinculadas à figura do médico (relacionamento médico-paciente).

Deste modo, a prática deste profissional não se alinha ao campo da atenção psicossocial, pois não é possível reconhecer outras *atitudes básicas em relação à comunidade e em relação aos membros da equipe*.

A prática descrita pelo trabalhador se configura como *práxis reiterativa*, pois não é possível reconhecer um produto da ação descrita e não se verifica uma ação transformadora, mas um processo de trabalho deve promover a adequação da relação médico-paciente.

PROCESSO DE TRABALHO DO AGENTE DE TERAPIA OCUPACIONAL

O agente (*força de trabalho*) deste processo de trabalho descreveu a condução de uma Oficina de Arte Culinária como prática relevante de seu cotidiano no serviço.

Pode-se reconhecer três *finalidades* distintas na realização deste processo de trabalho:

a) finalidade de ordem pessoal

"é uma Oficina [arte culinária] que eu pelo menos sempre tive vontade de fazer, porque eu gosto muito de cozinhar (...) Eu cheguei aqui com essa proposta, mas não tinha ninguém que se interessava muito"

b) trabalhar com atividades da vida diária

"A gente trabalha com organização, com regra, com tempo, com a criatividade, com sentimento"

"é trabalhar com atividade da vida diária (...) é uma prática do cotidiano de todo mundo. Então a gente trabalha uma série de coisas do cotidiano das pessoas através do comer e do fazer"

a) produzir alimentos para vender e reverter em verba para atividades com os usuários, para a Oficina e para o serviço

"a gente guarda o dinheiro [das vendas dos produtos] (...) dá pra levar eles no shopping, sentar num lugar e comer mesmo, sair para comprar livro, para comprar tela, material para biju, para coisas (...) outras atividades, e para casa de um modo geral, se for necessário"

Os *instrumentos* utilizados no processo de trabalho descrito são:

a) espaço físico

"dentro de uma sala de TO que não é adaptada"

b) interesse dos usuários

"quem gosta de cozinhar fica. (...) a gente não se preocupa, que tem que fazer assim alguma coisa para fazer com que eles se estimulem, porque quem gosta, gosta"

c) compras para a Oficina

"normalmente na quarta-feira a gente sai com eles para fazer as compras para atividade na quinta-feira"

d) uso de materiais de higiene

"obrigatoriamente as pessoas têm que estar de luva e de touca"

e) conversa com o usuário

"a gente tenta ter um pouco de cuidado com as facas, com o fogo (...) sempre que a gente começa a atividade, a gente tenta dar um toque 'se alguém de repente não tá se sentindo bem, tiver passando alguns pensamentos na cabeça, fala com a gente, para nada de ruim acontecer"

"durante a atividade as conversas vão surgindo, as pessoas vão trazendo suas questões"

f) divisão das tarefas

"a gente meio que divide as tarefas e as pessoas vão fazendo, como se estivessem na cozinha de casa"

g) controle de produção e vendas

"a gente sempre tem um caderninho, onde a gente vai anotando, (...) o que foi feito. Aí a gente sai para vender e só volta quando tiver vendido tudo"

h) planejamento

‘normalmente a gente sai na quarta para fazer as compras para atividade de quinta’

O *objeto* de trabalho deste profissional é o usuário que tem interesse em cozinhar:

"quem gosta [de cozinhar], gosta; quem gosta fica"

Ao final do processo de trabalho descrito, o trabalhador encontra-se satisfeito, materiais são comprados para a Oficina de Arte Culinária e para o serviço, os usuários saem para atividades de lazer, configurando os produtos deste processo de trabalho.

QUADRO 8: Processo de trabalho do agente de Terapia Ocupacional

Agente	Terapeuta ocupacional
Processo de trabalho	Conduzir uma oficina de arte-culinária
Objeto	Usuário que tem interesse em cozinhar
Finalidade	a) Pessoal b) Produzir alimentos para vender e reverter em verba para atividades com os usuários, para a oficina e para o serviço c) Trabalhar com atividades da vida diária
Instrumentos	a) Espaço físico b) Interesse do usuário c) Compras para a Oficina d) Material de higiene e) Conversa / escuta f) Divisão das tarefas g) Controle de produção e vendas h) Planejamento
Produto	a) Trabalhador satisfeito b) Recurso material para usuários e para o serviço

É possível reconhecer que o processo de trabalho descrito pelo trabalhador se inscreve no campo das *atitudes básicas com relação aos membros da equipe - atitudes de integração interna – atender pacientes*. Além disso, na descrição do processo de trabalho, pode-se notar *atitudes básicas com relação ao paciente, como atitudes solidária e afetiva, atitude psicoterapêutica e atitude reabilitatória* (Saraceno, Asioli e Tognoni, 2001), pois se identifica respeito e compreensão com relação à experiência do usuário, escuta e a busca em restabelecer relações afetivas e sociais por meio do trabalho da Oficina de Arte Culinária.

O processo de trabalho descrito pelo trabalhador revela pouco apoio institucional para a realização da Oficina e pode reiterar a fragilidade da *atitude de integração interna (atitude básica em relação aos membros da equipe)*, no que diz respeito ao *manejo da equipe*, quando fica evidente a carência de infra-estrutura para a realização de uma atividade que é apresentada como agregadora de pessoas que têm um interesse comum:

"tem uma pia minúscula, tem um fogão e uma mesa tipo essa daqui, uma mesa de atividade normal, a gente não tem geladeira (...) é tudo muito improvisado. (...) Normalmente a gente não tem instrumentos, não tem equipamento adequado"

Tal dificuldade de operacionalização do processo de trabalho contrapõe-se à potencialidade do projeto que, mesmo diante da falta de investimento, é reconhecido pelo trabalhador como uma prática que "deu super certo".

Outro aspecto destacado na descrição deste processo de trabalho refere-se à dificuldade em conseguir material para realização da Oficina, que confirma a falta de apoio institucional:

"é super difícil [conseguir] material. Pra você conseguir material é duro. Tem que esperar um ano e quando vem, vem um terço do que você pediu. A gente já brigou muito, porque, por que pra eles tem que ser o pior, o da pior qualidade? A gente fala de reciclagem, de trabalhar com sucata, mas por que eles tem fica com o lixo, com que sobra? (...) Então às vezes a gente usa esse dinheiro da arte culinária pra comprar material"

O processo de trabalho descrito indica *intencionalidade* e coerência entre a *finalidade*, os *instrumentos* e o *objeto* de trabalho, portanto, é um trabalho guiado por uma dada *consciência*.

Por outro lado, o processo de trabalho descrito traduz uma *práxis reiterativa*, à medida que se retro-alimenta: a *finalidade* principal da prática consiste em reverter as vendas dos produtos para atividades com os usuários, para compra de materiais para a Oficina e para compra de materiais para o serviço.

A potência oculta (*práxis transformadora*) deste projeto está na sua superação, com vistas a constituir-se *atitude reabilitatória*, transformando-se também numa alternativa de trabalho e renda para os usuários aderidos, como forma de produzir *valor de troca* quando os usuários se apropriam do valor que seu trabalho produz, em forma de dinheiro, quando a *finalidade* do processo de trabalho está vinculada à produção de valor social, o que possibilitaria a conquista de poder contratual dos trabalhadores da Oficina.

Este devir projeto de geração de trabalho e renda rompe radicalmente com as práticas asilares, alienantes e exploradoras, operadas em todas as instituições totais, particularmente nos manicômios, lugar de excelência do empobrecimento humano, da desfiguração da vida em relação e da violência real e simbólica. A terapia ocupacional já há tempos acumula produções teóricas e práticas que negam e transformam essa realidade e afirmam o caminho da desinstitucionalização (Nicácio, 2004) e da reabilitação psicossocial que produz cidadania.

PROCESSO DE TRABALHO DO AGENTE DE PSICOLOGIA

O agente (*força de trabalho*) deste processo de trabalho descreveu como prática relevante de seu cotidiano no serviço, a condução de um grupo de psicodrama. A *finalidade* desta prática consiste desenvolver a interação entre os participantes do grupo, visando a ressocialização dos usuários:

"elas vem aqui no começo, nem lembram de aniversários nem nada, agora elas fazem questão de comemorar os aniversários, querem trazer bolinho, elas vão se reconduzindo socialmente. Elas se juntam, compartilham dificuldades e começam a achar outro caminho (...) vai ter a festa de final de ano, elas já estão se organizando"

Os *instrumentos* mencionados nesta prática correspondem a recursos do psicodrama, tais como escolha de protagonista, uso de ego auxiliar, montagem de cenas, dramatização, além dos encontros semanais com duração de duas horas.

O *objeto* de trabalho, revelado no discurso do trabalhador, são os usuários que têm dificuldade de expressão.

"os pacientes têm uma dificuldade de expressão muito grande"

Ao final do processo de trabalho descrito é possível reconhecer os seguintes produtos: o aprendizado do trabalhador e dos usuários

"é um grupo que na minha formação em psicodrama eu comecei com ele e o grupo vem vindo (...) desde quando a gente começou até hoje, a gente cresceu, eu aprendo muito com elas"

"houve um desenvolvimento muito grande de todas elas"

e a compreensão de que as usuárias estão se ressocializando:

"a atividade em grupo ela é mais exitosa, pensando na saúde mental, pensando na proposta de ressocializar (...) O feedback delas (...) foi muito melhor"

QUADRO 9: Processo de trabalho do agente de Psicologia

Agente	Psicólogo
Processo de trabalho	Conduzir um grupo de psicodrama
Objeto	Usuário que tem dificuldade de se expressar
Finalidade	a) Ressocializar o usuário b) Desenvolver a interação entre usuários
Instrumentos	a) Recursos técnicos de psicodrama <ul style="list-style-type: none"> – escolha de protagonista – uso de ego auxiliar – montagem de cenas – dramatização b) Encontros semanais
Produto	a) Aprendizado do terapeuta e dos usuários b) Usuários ressocializados

O processo de trabalho descrito se insere no campo das *atitudes básicas em relação aos membros da equipe - atitudes de integração interna – atender os usuários*. Ainda, é possível reconhecer uma série de *atitudes básicas em relação ao paciente* (Saraceno, Asioli e Tognoni, 2001), tais como:

- a) *Atitude solidária e afetiva*, pois o processo de trabalho descrito envolve o respeito com a experiência do usuário, a devolução de sua dignidade e seu reconhecimento como sujeito;

- b) *Atitude psicoterapêutica*, com a compreensão e aceitação da experiência do usuário, ajuda em discriminar aspectos objetivos e subjetivos que envolvem os seus problemas e o estímulo à fala.

A *finalidade* do processo de trabalho descrito indica *atitude básica com relação ao paciente – atitude reabilitatória*, pois revela a intencionalidade de restabelecer relações sociais e afetivas, ainda que, em um primeiro momento, dentro do próprio grupo. A fim de constitui-se como *práxis criadora*, o processo de trabalho deve orientar-se para a transformação concreta na vida dos usuários e o restabelecimento das relações sociais e afetivas, deve se dar para fora do grupo.

Vale ressaltar que, embora o processo de trabalho descrito não indique *atitude básica em relação à comunidade - atitude de participação*, em outros fragmentos do discurso é possível perceber esse tipo de atitude, fundamental na estruturação de um serviço orientado pelo campo psicossocial. O trabalhador participa do Colegiado de Saúde Mental do município, afirmando a necessidade de integração com outros serviços da rede.

"a gente se reúne para discutir, para conversar, para atualizar, para contextualizar situações"

"um dos meus papéis é esse, vou até as secretarias, tenho uma interação com os outros segmentos, da rede como um todo"

Ainda no campo das *atitudes de participação*, o trabalhador relata que

"as intervenções fora [acontecem] quase todo dia"

O trabalhador descreve sua compreensão com relação ao papel dos trabalhadores do CAPS, indicando a necessidade de flexibilizar os papéis profissionais:

"todo mundo tem que ser pau pra toda obra, (...) as coisas não são tão definidas, porque a gente extrapola o papel (...) aqui você faz de tudo um pouco"

Outro fragmento indica que os processo de trabalho são orientados a partir das necessidades dos usuários:

"você ta vendo que eu tô de moletom, né? É assim mesmo, tem hora que de repente alguém chama, 'olha, fulano ta no chuveiro', e você tem que entrar (...) você tem que estar mais pronto para a ação"

Finalmente, o trabalhador aponta para a necessidade rever a formação dos trabalhadores para atuar no campo psicossocial:

"as universidades precisam formar gente para trabalhar nisso. Porque enquanto isso não acontece, você aprende a teoria que é estanque, totalmente desconectada da realidade. Eu acho que tem formar gente, em todas as áreas, para tratar com gente (...) formar gente para olhar para gente, não para doença"

PROCESSO DE TRABALHO DO AGENTE ADMINISTRATIVO

O agente (*força de trabalho*) elegeu como prática relevante em seu cotidiano o acompanhamento de um usuário de quem é referência. Vale notar que os dados obtidos na captação da realidade objetiva indicam que a referência do usuário é, em termos formais, sempre um profissional de nível superior. O trabalhador de nível médio, agente deste processo de trabalho, é referência de um usuário e destacou esta prática como atividade relevante de cotidiano no serviço.

Com relação à *finalidade* da prática eleita, o trabalhador afirma:

"eu não sei (...) para ser sincera com você, eu não sei como começou esse nosso relacionamento"

Outros fragmentos do discurso indicam que a *finalidade* da prática refere-se a ajudar o usuário.

Os *instrumentos* utilizados nesta prática são:

a) colocar-se como "secretário" do usuário

"eu sou assim, meio que secretária dele, (...) eu sou intermediário"

b) ser intérprete do usuário

"às vezes as meninas falam 'o que ele quer falar?' eu falo 'espera aí'. Aí eu passo para elas, olha, ele tá falando isso, isso e aquilo"

c) contatos com abrigo onde mora o usuário

"às vezes ele vem brava da Casa Amarela, eu ligo lá pra saber o que aconteceu"

"aí eu vou, levo ele, coloco ele na perua, converso com os dois [motoristas] da perua"

d) contato com Pronto Socorro do Centro Hospital Municipal

"às vezes ele fala que foi pro municipal [Centro Hospitalar Municipal], aí eu ligo pra lá perguntando"

e) convencimento, sedução, compaixão

"eu já tenho aquilo de conversar com ele, que eu vou ficar triste que ele tá fazendo aquilo, e então ele devolve a coisa [objeto cortante] pra mim"

"você tem que pensar que ele já tem problema, não tem ninguém, coitado"

QUADRO 10: Processo de trabalho do agente administrativo

Agente	Funcionário administrativo
Processo de trabalho	Acompanhamento de usuário com necessidades especiais
Objeto	Usuário com necessidades especiais sem referência familiar e sem documentos
Finalidade	Fazer coisas pelo usuário e ajudá-lo
Instrumentos	a) Colocar-se como secretário do usuário b) Ser intérprete do usuário c) Fazer contatos com o abrigo d) Fazer contato com Centro Hospitalar Municipal e) Convencimento, sedução, compaixão
Produto	Usuário dependente do trabalhador

É possível reconhecer que o processo de trabalho descrito se inscreve no campo das *atitudes de integração interna – atender os pacientes - atitudes básicas com relação aos membros da equipe* (Saraceno, Asioli e Tognoni, 2001).

O trabalhador menciona que entra em contato com o abrigo onde mora o usuário e com o Centro Hospitalar Municipal, quando nota que há necessidade. O

processo de trabalho descrito pelo trabalhador pode remeter à *atitude básica com relação aos membros da equipe - atitude de integração externa – integração com outros serviços*. Entretanto, para traduzir este tipo de atitude, é fundamental que esta integração com outros serviços não aconteça como atitude isolada do trabalhador, mas sim como parte de um projeto terapêutico discutido e manejado pela equipe, sustentado, portanto, por um projeto coletivo institucional. Não foi possível identificar no discurso esse tipo de integração com a equipe, o que possibilita depreender que a *articulação externa* só aconteça em decorrência de um trabalho isolado do trabalhador.

Ainda, nota-se no processo de trabalho descrito, *atitudes básicas com relação ao paciente*, como *atitude solidária e afetiva*. Entretanto, esta atitude não se apresenta como ação consciente, mas como *práxis alienada*, o que é corroborado pela fala do trabalhador, quando questionado acerca da *finalidade* da ação descrita:

"eu não sei, eu não se como começou esse nosso relacionamento"

Deste modo, em função das *atitudes básicas com relação ao paciente* não ocorrerem de forma consciente por parte do trabalhador, embora seja possível reconhecer grande empenho e boa vontade, o processo de trabalho não promove emancipação e tende a gerar maior dependência do usuário com relação ao trabalhador:

"ele vem todos os dias [usuário]. Até as meninas falam: 'você vai ter que trabalhar de sábado e domingo pra dar remédio pra ele'"

"quando ele tá muito agitado, quando eu não tô aqui no final de semana, elas pedem para eu vir aqui"

Os processos de trabalho no campo psicossocial devem visar a emancipação dos usuários e o desenvolvimento de sua autonomia e poder de contratualidade. Ainda que se reconheça *atitudes básicas em relação ao paciente*, pode-se afirmar que o processo de trabalho descrito é contraditório, pois embora sustentado por grande boa vontade e implicação, não desenvolve a autonomia do sujeito; não traduz, portanto, em *práxis*.

PROCESSO DE TRABALHO DO AGENTE DA MEDICINA

O agente (*força de trabalho*) indicou uma atividade em seu cotidiano no serviço, que corresponde a atendimentos psiquiátricos. Não foi possível reconhecer no discurso do trabalhador a *finalidade*, nem o *produto* de sua ação. Os *instrumentos* utilizados nesta prática referem-se à prescrição de medicamentos e aos atendimentos individuais:

"se você pensar que tem que prescrever, só pode ser individual"

O *objeto* de trabalho deste profissional é, portanto, o usuário do serviço. Ressalte-se que, em função da sobrecarga de demanda (descrita no item 4.2), os atendimentos do psiquiatra ocorrem com agendamento prévio:

"Eu sei que o meu agendamento agora é para fevereiro"

QUADRO 11: Processo de trabalho do agente da Medicina

Agente	Médico
Processo de trabalho	Atendimento psiquiátrico
Objeto	Usuários do serviço
Finalidade	Não foi possível reconhecer
Instrumentos	a) Prescrição de medicamentos b) Agendamento prévio c) Atendimento individual
Produto	Não é possível reconhecer

A prática descrita se inscreve no campo das *atitudes de integração interna* – *atender pacientes* - *atitudes básicas em relação aos membros da equipe*. Ainda, o discurso indica o *manejo da equipe* (*atitude básica em relação aos membros da*

equipe) como característica de sua prática e como aspecto fundamental do trabalho em um CAPS:

"se não [sem participar de reuniões] como eu sigo com os casos adiante? Não tem como. A reunião de equipe é obrigatória numa unidade tipo CAPS ou NAPS não tem como você se furtar a isso"

A participação do trabalhador nas reuniões de equipe ocorre apenas uma vez por semana, em função de sua carga horária, o que pode revelar que, embora as reuniões de equipe sejam fundamentais para "seguir com os casos", as ações não ocorrem de forma articulada.

A prática do profissional restringe-se, deste modo, aos atendimentos psiquiátricos, nos quais a prescrição de medicamentos e os atendimentos individuais consistem nos *instrumentos* de trabalho. Em função de não ser possível indicar um *produto* da ação descrita pelo trabalhador, pode-se afirmar que a prática descrita se configura como *práxis espontânea*.

Na descrição do trabalhador não se reconhece *atitudes básicas em relação à comunidade, nem atitudes básicas em relação ao paciente – atitude solidária e afetiva, psicoterapêutica ou reabilitatória* (Saraceno, Asioli e Tognoni, 2001).

Ainda, observa-se na descrição do trabalhador a ausência de *atitude psicofarmacológica* (Saraceno, Asioli e Tognoni, 2001), pois não se identifica se o trabalhador trabalha no sentido de possibilitar que os membros da equipe conheçam os fundamentos básicos para o manejo dos fármacos, como prescreve tal atitude no campo psicossocial.

5. Consciência e práxis: a força de trabalho necessária para a consolidação da Reforma Psiquiátrica

Este estudo buscou conhecer as práticas de saúde mental dos trabalhadores de um CAPS III, com o objetivo de verificar se elas se articulam aos pressupostos da Reforma Psiquiátrica. E estudou, ainda, os processos de trabalho dos trabalhadores do CAPS III, nos seus elementos constitutivos, da perspectiva teórica do campo psicossocial.

Desta forma, procurou-se estabelecer um diálogo entre o material empírico, os referenciais do campo psicossocial (Saraceno, Asioli e Tognoni, 2001) e as diretrizes da Reforma Psiquiátrica brasileira, referenciadas à Portaria 336/02 e à publicação do Ministério da Saúde com relação aos Centros de Atenção Psicossocial (Brasil, 2004d).

Primeiramente, é possível constatar que as práticas dos trabalhadores do CAPS III ocorrem de acordo com as diretrizes da Portaria 336/02, com relação às atividades assistenciais que os Centros de Atenção Psicossocial devem ofertar, uma vez que todas as atividades indicadas na Portaria acontecem no serviço evidenciando, em um plano descritivo, alinhamento com diretrizes da Reforma Psiquiátrica.

A análise das práticas e dos processos de trabalho dos trabalhadores, à luz dos referenciais do campo psicossocial (Saraceno, Asioli e Tognoni, 2001) indicam contradições nas dimensões *particular* e *singular* da realidade objetiva.

Na dimensão *particular* da realidade objetiva, é possível reconhecer fragilidade nas *atitudes básicas com relação à comunidade*, evidenciando pouca articulação do serviço (enquanto instituição) com os recursos territoriais. Alguns

trabalhadores mencionam articulação com outros serviços de saúde ou recursos do território, porém, estas ações não se mostram, nos discursos, parte de um projeto institucional, mas atitudes isoladas dos trabalhadores, com exceção de um trabalhador que compõe o Conselho Municipal de Saúde e reconhece este fórum como lugar de produção de projetos e ações de dimensão coletiva e pública.

Na dimensão *singular* da realidade objetiva, ou seja, no interior da organização do serviço, com relação às *atitudes básicas com relação aos membros da equipe*, é possível perceber nos processos de trabalho descritos pelos trabalhadores, bem como na captação da realidade objetiva, fragilidade em relação às *atitudes de integração interna, em relação ao manejo de equipe*.

Os processos de trabalho descritos indicam falta de articulação interna dos membros da equipe, demonstrando ações isoladas dos trabalhadores. A captação da realidade objetiva e os fragmentos dos discursos dos trabalhadores apontam a dificuldade de articulação dos trabalhadores do período noturno com os trabalhadores do período diurno, o que pode repercutir na atenção prestada aos usuários em acolhimento noturno. Um número pouco expressivo de trabalhadores menciona a importância de articular sua prática com a equipe de trabalho, embora nesses casos, não tenha sido perceptível esta articulação. Parece que essa articulação é uma “coisa dada” e que não aparece como uma importante sustentação teórica das práticas.

Ainda com relação às *atitudes básicas com relação aos membros da equipe*, a maioria dos processos de trabalho descritos pelos trabalhadores se relacionam com o *atendimento aos pacientes*, entretanto, os discursos revelam pouca coesão interna para articular projetos terapêuticos ou de vida.

As *atitudes básicas com relação ao paciente (atitudes solidária e afetiva, atitude psicoterapêutica e atitude reabilitatória)* se fazem presentes, de forma expressiva, nos processos de trabalho do serviço. Entretanto, estas atitudes parecem ocorrer em função de características pessoais dos trabalhadores. Os achados indicam, que no período da coleta dos dados, evidenciava-se dificuldade de articulação do projeto institucional, uma diretriz fundante da Reforma Psiquiátrica e do campo psicossocial.

No discurso dos trabalhadores, não é possível identificar de forma marcante a articulação entre as práticas e a dimensão *estrutural* da realidade porque nas entrevistas a menção explícita às diretrizes da Reforma Psiquiátrica e aos referenciais do campo psicossocial ocorre de forma esparsa, assemelhada à concepção de um trabalho já inscrito nesta perspectiva. Isto possibilita indicar que a prática dos trabalhadores pode não ocorrer de forma crítica, ou seja, consciente e comprometida com a transformação da realidade.

A prática alienada dos trabalhadores de saúde mental representa um ponto de fragilidade para a consolidação da Reforma Psiquiátrica, quando o cuidado fica identificado com características pessoais dos trabalhadores.

Com relação aos referenciais do campo psicossocial, não se verifica no discurso dos trabalhadores a *atitude psicofarmacológica*, visto que em nenhuma das entrevistas se constata que os profissionais do serviço tenham acesso aos conhecimentos fundamentais de psicofármacos.

O material empírico obtido por meio das entrevistas individuais revela situação de fragilidade na dimensão *singular* da realidade, isto é, na organização interna do serviço. Foram elencados problemas de ordem gerencial, de recursos humanos e sua administração, que reflete na oferta do cuidados aos usuários, com

fechamento do acolhimento para casos novos e sofrimento por parte dos trabalhadores. Entende-se que as práticas em saúde mental são produzidas, neste cenário, em meio a esta crise. Para ser coerente com os referenciais do campo psicossocial, a atitude corajosa de um serviço de colocar-se em análise, como neste caso, deve avançar, superar-se e colocar-se a si, em crise.

A concepção de crise adotada neste estudo pode impulsionar os agentes internos e externos aos serviços a acolherem também no seu projeto político e institucional, a possibilidade de tomar a crise como uma forma de intervenção, a partir da disposição, tal como se propõe com a população usuária, de apreender as diversas formas e momentos da existência que sofre e que visa à recomposição da identidade do sujeito (serviço e força de trabalho) e da ruptura de relações que precederam a crise (Dell'Acqua e Mezzina, 1991).

No campo psicossocial os trabalhadores têm que ter *consciência crítica* da sua função social, a fim de produzir práticas emancipatórias e transformadoras. A *práxis alienada* não se compatibiliza com os processos de trabalho orientados pelo campo psicossocial.

As atitudes orientadas (*processos de trabalho*) segundo os referenciais do campo psicossocial, só cumprem sua *finalidade transformadora* se o trabalhador (*força de trabalho*) destina seu fazer articulado ao projeto instrucional (*instrumento de trabalho organizador dos processos de trabalho*), a um *objeto* complexo (um ser humano em relação, com necessidades singulares). É este o trabalho que se transforma em *práxis criadora*.

Como as diretrizes se configuram em práticas? E como as práticas se transformam em *práxis*?

Na articulação entre a dimensão *estrutural* e as dimensões *particular* e *singular* da realidade objetiva, torna-se evidente a função intransferível da força de trabalho dos serviços. É por meio da ação da força de trabalho que as diretrizes podem ou não se configurar em *práxis* e estas em ações que pressionam a transformação das realidades postas, por meio de novas diretrizes, numa dialética incessante, como a própria vida.

A *força de trabalho* é a vida dos serviços e trabalham para transformar as vidas das pessoas que têm *necessidades* que se apresentam aos serviços.

É por meio da consciência, individual e social, que os trabalhadores podem efetivar *práxis criativas*. De acordo com os referenciais teórico-metodológicos em que se fundamenta esse estudo, entende-se que a atividade crítica não remete à consciência individual dos sujeitos, apenas, mas revela sua consciência social, ou seja, aquela determinada pelo ser social, pelo real da atividade dos seres humanos em interação com a natureza e com outros seres humanos na produção social.

Assim, é fundamental que os Centros de Atenção Psicossocial intensifiquem a formação e qualificação da *força de trabalho*. As ações intersetorias são um instrumento potente para alcançar esta finalidade (as parcerias com as instituições formadoras não podem ser subutilizadas), visando integrar as práticas dos trabalhadores a um projeto institucional coletivo, que produz processos de trabalho guiados pelas *necessidades* de saúde da população assistida e comprometidos com a produção de vida.

A prática alienada, ainda que bem intencionada, não tem potência de transformação, pois tende a ser compreendida pela população usuária do serviço como ação de um trabalhador genérico, a-histórico, descomprometido com as transformações necessárias que a Reforma Psiquiátrica vem produzindo e

inscrevendo na história do cuidado às pessoas que portam sofrimento psíquico intenso no Brasil.

O Centro de Atenção Psicossocial foi criado num contexto de crítica aos saberes e práticas de um modelo hegemônico de atenção à saúde mental, o modelo asilar. Deste modo, para que as práticas deste serviço, de fato, se constituam *práxis* e sustentem a oposição ao campo dos saberes e práticas com os quais antagoniza e, principalmente, se comprometa com a produção de vida, é irreduzível que a força de trabalho dos CAPS seja o *lugar* da *consciência crítica* com relação ao seu papel de ator social produtor desta transformação.

5. Referências Bibliográficas

Abuhab D. Serviço comunitário de saúde mental de Santo André sob a ótica dos usuários: conquistas e desafios [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2005.

Aguiar WMJ. A pesquisa em psicologia sócio-histórica: contribuições para o debate metodológico. In: Bock AMB, Gonçalves MGM, Furtado O, organizadores. Psicologia sócio-histórica (uma perspectiva crítica em psicologia). São Paulo: Cortez; 2001. p. 129-140.

Amarante P. A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica. In: Amarante P, coordenador. Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro: Nau; 2003. p. 45-65.

Amarante P. Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995.

Amarante P. Sobre duas proposições relacionadas à clínica e à reforma psiquiátrica. In: Quinet A, organizador. Psicanálise e psiquiatria: controvérsias e convergências. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos; 2001. p. 103-110.

Aranha e Silva AL, Fonseca RMGS. Processo de trabalho em saúde mental e o campo psicossocial. Revista Latino-Americana de Enfermagem 2005; 13: 441-449.

Aranha e Silva AL. Enfermagem em saúde mental: a ação e o trabalho de agentes de enfermagem de nível médio no campo psicossocial [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2003.

Aranha e Silva AL. O Projeto Copiadora do CAPS: do trabalho de reproduzir coisas à produção de vida [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1997.

Aranha e Silva AL. Reforma psiquiátrica e reabilitação no campo da saúde mental: as implicações para as práticas de enfermagem em saúde mental. São Paulo. mimeo. 2006.

Barição SMF. Centro de Atenção Psicossocial: construindo um projeto. Saúde atual. v1, n1, 1994.

Barros S. Concretizando a transformação paradigmática em saúde mental: a práxis como horizonte para a formação de novos trabalhadores [tese livre docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2004.

Barros S. O louco, a loucura e a alienação institucional: o ensino de enfermagem sub-judice [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1996.

Bichaff R. O trabalho no Centro de Atenção Psicossocial: uma reflexão crítica das práticas e suas contribuições para a consolidação da Reforma Psiquiátrica [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2006.

Bourdieu P. A economia das trocas lingüísticas: o que o falar quer dizer. 2 ed. São Paulo: EDUSP; 1998. A economia das trocas lingüísticas – parte I; p.23-83.

Brasil. Lei n. 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. In: Ministério da Saúde. Legislação em Saúde Mental 1990-2004. 5ª ed. Brasília; 2004a. p. 17-19.

Brasil. Ministério da Saúde. Caderno de textos. III Conferencia Nacional de Saúde mental: cuidar sim, excluir não. Ministério da Saúde: Brasília, dezembro de 2001.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília; 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. Legislação em Saúde Mental 1990-2002. 5ª ed. Brasília; 2004c. Portaria/GM n. 336, de 19 de fevereiro de 2002. Acrescenta novos parâmetros aos definidos pela Portaria n. 224/92; p. 125-135.

Brasil. Ministério da Saúde. Legislação em Saúde Mental 1990-2004. 5ª ed. Brasília; 2004b. Portaria SNAS n. 224, de 29 de janeiro de 1992. Regulamenta o funcionamento de todos os serviços de saúde mental; p. 243-251.

Brasil. Ministério da Saúde. Relatório final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília , 11 a 15 de dezembro de 2001. Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, 2002, p 213.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Editora MS; 2004d.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção – Relatório de Gestão 2003-2006. Ministério da Saúde: Brasília, janeiro de 2007.

Burlatski F. Fundamentos da filosofia marxista leninista. URSS, Moscovo, 1987. In: Egry EY. Saúde coletiva: construindo um novo método em enfermagem. São Paulo: Ícone; 1996.

Cambraia M. As práticas e os processos de trabalho nos ambulatorios de saúde mental [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 1999.

Campos CMS, Barros S. Reflexões sobre o processo de cuidar da enfermagem em saúde mental. Revista Latino-Americana de Enfermagem 2000; 34: 271-276.

Campos CMS. Consolidando a reforma psiquiátrica no Brasil através dos hospitais dia: a emergência das contradições entre a intencionalidade e a operacionalidade [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1998.

Campos, GWS. Reforma da reforma: repensando a saúde. São Paulo: Hucitec; 1992.

Chauí M. O que é ideologia. São Paul: Brasiliense; 1984.

Coimbra VC. O acolhimento no Centro de Atenção Psicossocial [dissertação]. Ribeirão Preto (SP). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2003.

Costa-Rosa A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: Amarante P, organizador. Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000. p. 141-168.

Costa-Rosa, Yassui S, Luzio CA. Atenção psicossocial: rumo a um novo paradigma na saúde mental coletiva. In: Amarante P, coordenador. Archivos de saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Nau; 2003. p. 13-44.

Dalmonin BM. Reforma psiquiátrica em construção na prática dos enfermeiros do Rio Grande do Sul [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 1998.

Dell'Acqua G, Mezzina R. Resposta à crise: estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial. In: Delgado J, organizador. A loucura na sala e Jantar. São Paulo: Resenha; 1991.

Egry EY, Bertolozzi MR, Fosenca RMGS. O materialismo histórico e dialético como teoria da cognição e método para a compreensão do processo saúde-doença. In: Egry EY, Fonseca RMGS. Textos de apoio da disciplina de atualização em Saúde Coletiva. Escola de Enfermagem da USP; 2005.

Egry EY. Saúde coletiva: construindo um novo método em enfermagem. São Paulo: Ícone; 1996.

Figueiredo VV, Rodrigues MMP. Atuação do psicólogo nos CAPS do Espírito Santo. *Psicol Estudo (Maringá)*. 2004; 9(2): 173-81.

Foucault M. História da loucura na idade clássica. São Paulo: Perspectiva; 2003.

Goldbeg J. Clínica da psicose: um projeto na rede pública. Rio de Janeiro: Te Corá; 1994.

Gonçalves MGM. Fundamentos metodológicos da Psicologia Sócio-Histórica. In: Bock AMB, Gonçalves MGM, Furtado O, organizadores. *Psicologia sócio-histórica (uma perspectiva crítica em psicologia)*. São Paulo: Cortez; 2001. p. 113-128.

Kinoshtita RT. Desinstitucionalização de um hospital psiquiátrico. In: Campos FCB, Henriques CMP, organizadores. *Contra a maré à beira mar: a experiência do SUS em Santos*. São Paulo: Ed. Página Aberta; 1996. p. 39-49.

Levcovitz S. Grupos de recepção ambulatorial: uma introdução ao tema. In: *A clínica da recepção nos dispositivos de saúde mental*. Cadernos IPUB. Rio de Janeiro. v.4, n. 17, p.21-29, 2000.

Marx K. O capital. Volume I. 3ª ed. São Paulo: Nova Cultural; 1988.

Mehry EE, Cecílio LCO, Nogueira Filho RC. Por um modelo técnico-assistencial da política de saúde em defesa da vida: contribuição para as conferências de saúde. *Revista Saúde em debate*. (Rio de Janeiro) 1991; n.33, p. 80-83.

Mendes Gonçalves RB. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: CEFOR; 1992.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2004.

Nicácio MFS. Síntese: “a questão das pessoas a longo prazo internadas nos hospitais psiquiátricos. A questão das moradias e do habitar”. São Paulo. mimeo. 1999.

Nicácio MFS. Utopia da realidade: Contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde mental [tese]. Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 2003. 279 p. Capítulo 3 – Desinstitucionalização.

Oliveira AGB, Alessi NP. A reforma psiquiátrica e o processo de trabalho das equipes de saúde mental. *Revista Paulista de Enfermagem* 2003; 22: 31-42.

Oliveira AGB. A reforma psiquiátrica em Cuiabá/MT: análise de processo de trabalho das equipes de saúde mental [tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2003.

Organização Panamericana de Saúde (OPAS), Organização Mundial da Saúde (OMS). Relatório sobre a saúde no mundo 2001: saúde mental: nova concepção, nova esperança. Genebra; 2001.

Ozella S. Pesquisar ou construir conhecimento: o ensino da pesquisa na abordagem sócio-histórica. In: Bock, AMB, organizadora. A perspectiva sócio-histórica na formação em Psicologia. Petrópolis: Vozes; 2003. p. 113-131.

Paro VH. Educação escolar: introdução crítica. São Paulo: Cortez; 2003.

Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação [dissertação]. Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 1998.

Rotelli F, De Leonardis O, Mauri D. Desinstitucionalização, uma outra via: a reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos “países avançados”. In: Nicácio F, organizadora. Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec; 2001. p. 17-60.

Sánchez Vásquez A. Filosofia da práxis. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1977

Santos M. Território e sociedade. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; 2000.

Saraceno B, Ascoli F, Tognoni G. Manual de saúde mental: guia básico para atenção primária. 3ª ed. São Paulo: Hucitec; 2001.

Saraceno B. Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Rio de Janeiro: Te Corá/Instituto Franco Basaglia; 2001.

Teixeira MOL. Da tomada de responsabilidade como eixo de trabalho e suas repercussões. *Academus Rev Cienc Saúde* (Rio de Janeiro) [periódico on line]. 2004; 3(4). Disponível em <<http://www.saude.rio.rj.gov.br/>>. [acesso em 13 de jun. 2006]. In: Bichaff R. O trabalho no Centro de Atenção Psicossocial: uma reflexão crítica das práticas e suas contribuições para a consolidação da Reforma Psiquiátrica [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2006.

Viana AL, Batista T. Análise de políticas de saúde. In: Giovanela L, Noronha JC, Lobato N, organizadores. Sistema e Política de Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz (prelo); 2007.

Yassui S. CAPS: aprendendo a perguntar. In: Lancetti A, coordenador. Saúde e loucura. São Paulo: Hucitec; 1989. p. 47-59.

ANEXO 1 - Termo de Autorização para realização da pesquisa

Secretaria Municipal de Saúde de Santo André

Dra. Ieda Maria Cabral da Costa

Diretora do Departamento de Assistência à Saúde do Município de Santo André

São Paulo, 01 de fevereiro de 2006

Eu, Juliana Arantes Figueiredo, RG 27811201-1, aluna do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, nível Mestrado, sob orientação da Profª Drª Ana Luisa Aranha e Silva, do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica, venho solicitar a autorização para a coleta de dados para uma pesquisa, junto a profissionais de nível superior e nível médio em 01 (um) serviço cadastrado no Ministério da Saúde como Centro de Atenção Psicossocial III.

Considerando as atribuições de um Centro de Atenção Psicossocial e tomando por objeto de estudo as práticas em saúde mental desenvolvidas pelos profissionais da equipe multiprofissional deste serviço, os objetivos da pesquisa são:

- a) Descrever as práticas de saúde mental dos trabalhadores do CAPS III;
- b) Verificar se as práticas em saúde mental dos trabalhadores do CAPS III se articulam às diretrizes da Reforma Psiquiátrica;
- c) Analisar os processos de trabalho desenvolvidos pelos trabalhadores em seus elementos constitutivos, da perspectiva do campo psicossocial.

Contato: 11 3819.0601 ou 11 8326.5046. E-mail: jufigue1@yahoo.com

11 3066.7609 ou 11 9913.0773. E-mail: anaranha@usp.br

Contanto com sua cooperação, agradeço antecipadamente.

Cordialmente,

Juliana Arantes Figueiredo

ANEXO 2 - Roteiro para Captação da Realidade Objetiva

Captação e Interpretação do fenômeno da estruturação do processo de trabalho de produção dos serviços de saúde

Dimensão	Estrutural	Particular	Singular
Categoria Interpretativa	Rede Nacional = sistema	Rede distrital = regional	Unidade = tipo
Quantidade	Modo de produção		
Qualidade	Políticas sociais e de saúde Políticas de Educação	Demografia	Instituição UBS, AMB, UI, outros
Historicidade		Descrição geopolítica	
Situacionalidade	Espacialização e distribuição população, serviços, recursos humanos em saúde.	Equipamentos de Saúde e Educação (formais, não formais, público e privado)	Localização – Relação com os sistemas de referência e contra- referência
Necessidade	Sistemas de saúde	outros equipamentos sociais	Sistema de gestão
Causalidade	Vigilância à saúde	Acessibilidade e uso de diretrizes	Objetivos e finalidades
Categorias sociais	Perfil Epidemiológico diferencial por categorias sociais		Composição força de trabalho
Classe social			
Rça, etnia, gênero			Programas e atividades
Categorias Conceituais	Controle social		Fluxograma do usuário
			Instrumentos/meios
			Perfil de necessidades assistenciais
			Demografia
			Perfil Saúde/Doença
			Perfil de consumo
			Simples e ampliado
			Perfil de produção e reprodução
			-participação comunitária

ANEXO 3 – Instrumento de coleta de dados

Roteiro da Entrevista Individual Semi-estruturada

a) Caracterização do sujeito:

Nome¹⁰:

Idade:

Sexo:

Formação profissional:

Tempo de trabalho na Saúde Mental:

Tempo de trabalho no serviço:

b) Questões para a entrevista:

1. Descreva com a maior riqueza de detalhes possível seu cotidiano no serviço.
2. Escolha uma prática relevante no seu dia a dia e descreva como você a realiza
3. Por que você realiza esta atividade?

¹⁰ Os sujeitos foram identificados por meio de números e esta codificação fica em poder da pesquisadora, como forma de garantir o sigilo contratado.

ANEXO 4 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Pelo presente **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, eu, _____ me disponho a participar da pesquisa *Estudo sobre as ações em saúde mental da equipe multiprofissional no Centro de Atenção Psicossocial*, sob responsabilidade de Juliana Arantes Figueiredo. O meu consentimento em participar da pesquisa deve-se ao fato de ter sido informada pela pesquisadora que a finalidade deste estudo é contribuir para a compreensão das práticas em saúde mental produzidas no Centro de Atenção Psicossocial III, por meio de uma perspectiva crítica, e fornecer elementos para colaborar com a transformação da realidade objetiva.

Objetivos do estudo são:

1. Descrever as práticas de saúde mental dos trabalhadores do CAPS III;
2. Verificar se as práticas em saúde mental dos trabalhadores do CAPS III se articulam às diretrizes da Reforma Psiquiátrica;
3. Analisar os processos de trabalho desenvolvidos pelos trabalhadores em seus elementos constitutivos, da perspectiva do campo psicossocial.

Qualquer questão, dúvida, esclarecimento ou reclamação sobre aspectos éticos desta pesquisa favor entrar em contato com: Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Av Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 – 2º andar. Telefone 3066.7548. E-mail: edipesq@usp.br

A investigação tem caráter qualitativo. A coleta do material será feita por meio de entrevistas e observação participante. A participação é voluntária. Há liberdade para desistência durante o processo de coleta de dados, sem qualquer risco de penalização. Será garantido o meu anonimato por ocasião da divulgação dos resultados e guardado sigilo dos dados confidenciais.

Deve-se observar que as entrevistas, que serão agendadas de acordo com a disponibilidade dos sujeitos de pesquisa, serão gravadas pela pesquisadora.

Os resultados da pesquisa serão divulgados por meio de apresentação do relatório final para a equipe do serviço e para coordenação de Saúde Mental do município de Santo André. Além disso, também serão publicados artigos em periódicos científicos.

Caso precise, posso entrar em contato com a pesquisadora pelos telefones 0xx11 38190601 e-mail jufigue1@yahoo.com