

## EQUIPES E CONDIÇÕES DE TRABALHO NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM MATO GROSSO

Work teams and conditions at the Mental Health Services in Mato Grosso.

Equipos y condiciones de trabajo en los centros de servicios de salud mental en mato grosso

Larissa de Almeida Rézio<sup>1</sup>

Alice Guimarães Bottaro de Oliveira<sup>2</sup>

### RESUMO

As condições de trabalho das equipes dos CAPS incidem na realização da atenção psicossocial, que pressupõe territorialidade, responsabilidade e vínculo terapêutico. Objetivo: caracterizamos as equipes e analisamos alguns condicionantes organizacionais e psicossociais para o desenvolvimento do trabalho nos CAPS I de dois municípios de Mato Grosso. Foi realizado um estudo descritivo e qualitativo em 2008, por meio de observação e entrevistas com 46 sujeitos (trabalhadores, gestores e usuários/familiares). A análise considerou a historicidade dos fenômenos sociais e o trabalho como categoria analítica. Os dados apontaram descontentamento dos trabalhadores e dos usuários relativo às condições de trabalho e atendimento, respectivamente. Entre os 18 profissionais de nível superior, quatro se especializaram ou estavam realizando especialização na área de saúde mental. Concluímos que neste contexto há pouca possibilidade de o trabalhador se perceber sujeito de seu trabalho e, conseqüentemente, ampliar a autonomia e reinserção social do usuário.

**Palavras-chaves:** Trabalho. Saúde Mental. Serviços de Saúde Mental.

### Abstract

The work conditions of the CAPS teams are related to the psychosocial attention, which presupposes territoriality, responsibility and a therapeutic link. Objective: We characterized the teams and analyzed some organizational and psycho-social conditionals for the development of the work at the CAPS I of two municipalities of Mato Grosso. A descriptive and qualitative study has been performed in 2008, by means of observation and interviews with 46 subjects (workers, managers and users/family members). The analysis considered the historicity of the social phenomena and the work as an analytic category. The data pointed to a discontent of the workers and the users in relation to the work and attendance conditions, respectively. Among the eighteen professionals of superior level, four were already specialized or were taking specialization courses in the area of mental health. We concluded that, within this context, there are scarce possibilities for the worker to perceive himself/herself as a subject of his/her work and, consequently, to enlarge the user's autonomy and social reinser tion.

**Keywords:** Work. Mental health. Mental health services.

### Resumen

Las condiciones de trabajo de los equipos del CAPS se centran en la aplicación de la atención psicossocial, que implica territorialidad, responsabilidad y vínculo terapéutico. Objetivo: Caracterizar y analizar algunas condiciones organizativas y psicossociales del equipo para el desarrollo de los trabajos en los CAPS I de dos municipios en Mato Grosso. Se realizó un estudio descriptivo y cualitativo en 2008 a través de la observación y entrevistas con 46 sujetos (empleados, gestores y usuarios / familiares). El análisis determinó la historicidad de los fenómenos sociales y el trabajo como categoría analítica. Los datos revelaron la insatisfacción de los trabajadores y los usuarios sobre las condiciones de trabajo y atención, respectivamente. Entre los dieciocho profesionales de nivel superior, cuatro se especializaron o estaban haciendo una especialización en la área de la salud mental. Llegamos a la conclusión de que, en este contexto, hay poca posibilidad de que el trabajador se perciba como sujeto de su trabajo y, conseqüentemente, pueda ampliar la autonomía y la reinserción social del usuario.

**Palabras clave:** Trabajo. Salud mental. Servicios de salud mental

<sup>1</sup> Enfermeira. Professora da Faculdade de Enfermagem-UFMT. Mestre em Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem – UFMT. Membro do Núcleo de Estudos em Saúde Mental (NESM-MT) da Faculdade de Enfermagem – UFMT. Brasil. E-mail: larissarezio@hotmail.com,<sup>2</sup> Enfermeira. Professora Associada da Faculdade de Enfermagem-UFMT. Doutora em Enfermagem Psiquiátrica. Líder do Grupo de Pesquisa NESM-MT/UFMT. Brasil. E-mail: alicegbo@yahoo.com.br

## INTRODUÇÃO

O modelo de atenção psicossocial se constitui pela crítica ao modelo biomédico/asilar e por práticas que superam esse paradigma na saúde mental.<sup>1</sup>

No contexto brasileiro atual, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são centrais na organização da atenção em saúde mental. Constituem-se nos tipos I, II e III, por ordem crescente de complexidade e abrangência populacional, e em serviços relativos ao abuso de álcool e outras drogas (CAPSad) e para a infância e adolescência (CAPSi).<sup>2</sup>

Em Mato Grosso, o número de CAPS vem aumentando em função da reestruturação da assistência psiquiátrica no Brasil e também pela garantia do financiamento<sup>3</sup>. Nesse processo de expansão de serviços, impulsionados pelo financiamento e deslocados da descentralização do poder político e das instâncias de participação do SUS, há grandes dificuldades para a efetivação da atenção psicossocial.

Apesar dessa situação apresentada, o CAPS, como dispositivo estratégico na substituição ao modelo psiquiátrico, deve se apresentar como articulador da rede de atenção à saúde mental, utilizando recursos tanto da comunidade como da saúde em geral<sup>1</sup>, sendo, portanto, formado por uma equipe interdisciplinar pautada na responsabilidade e no vínculo terapêutico. Porém, uma das condições para que a atenção psicossocial se efetive é a oferta de boas condições de trabalho. Com base nesse pressuposto, tivemos por objetivo geral neste estudo caracterizar as equipes e analisar alguns condicionantes organizacionais e psicossociais para o desenvolvimento do trabalho nos CAPS I de dois municípios de Mato Grosso, uma vez que a atenção psicossocial só é substitutiva quando se tem a prática realizada, os sujeitos envolvidos e as condições de trabalho também substitutivos ao modelo psiquiátrico.

Portanto, é importante que leis sejam aprovadas, mas também devemos pensar como o trabalho tem sido feito e, antes disso, que condições têm sido ofertadas para que a atenção psicossocial se efetive e quem são os sujeitos envolvidos nesse processo. Desse modo, é necessário que atendamos a quatro dimensões colocadas por Amarante<sup>1</sup>: teórico-conceitual, técnico-assistencial, jurídico-política e sociocultural.

## METODOLOGIA

Este estudo exploratório-descritivo foi realizado em dois CAPS tipo I do Estado de Mato Grosso, nos meses de fevereiro e março de 2008, e a coleta de dados ocorreu durante três semanas em cada local, nos dois turnos do serviço.

As fontes de dados foram entrevistas semiestruturadas [com as seguintes perguntas: Para você, o que é o CAPS? Qual é a função dele? Para que ele existe? Como é o trabalho em equipe nesse CAPS? Como esse CAPS trabalha com: usuários/família, comunidade e gestor? Em que situações? De que maneira? Como são planejadas as atividades terapêuticas diárias do serviço? Ao organizar o serviço, o que você tem como prioridade? Existe Projeto Terapêutico nesse CAPS (institucional e individual)? Quem elaborou ou elabora? Quando? Na sua opinião, quais são os pontos fortes desse CAPS? E as fragilidades? Fale um pouco sobre as condições de trabalho nesse CAPS. Como é o trabalho do CAPS no município (pontos fortes e pontos fracos)?] e observação participante registrada em diário de campo e documentos dos CAPS. Participaram da pesquisa 46 pessoas: 11 usuários/familiares, 2 gestores e 33 trabalhadores. Os trabalhadores foram identificados com os códigos NFM (nível fundamental e médio) e NS (nível superior) e os usuários e familiares, com U/F. Os CAPS foram denominados A e B.

A análise dos dados seguiu os seguintes passos: transcrição, organização e classificação inicialmente por tipo de instrumento e fonte de dados (ordenação dos dados). Em seguida, efetuamos uma leitura exaustiva, visando descobrir os núcleos de sentido, identificação das categorias empíricas e, posteriormente, o tratamento dos resultados obtidos e interpretação por meio da técnica de análise de conteúdo temática segundo Bardin.<sup>4</sup> Neste momento relacionamos as inferências e interpretações com os princípios (historicidade e totalidade da existência humana, e união dos contrários) que sustentam o referencial teórico materialista histórico-dialética a partir de Minayo.<sup>4</sup>

Para a construção da revisão de literatura, selecionamos artigos, dissertações e teses a partir de buscas em bases de dados eletrônicas de cobertura nacional e/ou internacional (LILACS, MEDLINE, SCIELO) com os descritores: saúde mental, trabalho, serviços de atenção psicossocial/centros de atenção psicossocial, enfermagem.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Müller em Cuiabá – MT (Nº 442/CEP-HUJM/07). O consentimento dos informantes foi obtido mediante Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, garantindo-se o anonimato e a liberdade de desistir do estudo a qualquer momento. A pesquisa teve apoio financeiro do CNPq (P:554534/2005-3).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### Os CAPS: localização, acesso e estrutura material

A observação do trabalho nos dois CAPS evidenciou alguns aspectos semelhantes, destacando-se o funcionamento em oito horas diárias, com interrupção de duas horas para o almoço, considerando que no CAPS A não permanecia ninguém no serviço no horário do almoço e o CAPS B era restrito aos usuários neste horário. Nesse sentido, tínhamos serviços que não eram disponibilizados aos usuários em período ininterrupto, sendo portanto, difícil atingir a efetividade e atender usuário em crise<sup>5</sup>.

O CAPS A funcionava em uma casa alugada próximo ao centro da cidade, em local de fácil acesso. Se pensarmos que o CAPS é um dispositivo de atenção à saúde mental substitutivo dos hospitais psiquiátricos, a sua existência em casa alugada parece indicar uma condição provisória de funcionamento, o que não condiz com a proposta de que este serviço seja substitutivo e definitivo.

As oficinas, instrumento do trabalho no CAPS, aconteciam em condições precárias e em salas não climatizadas. Uma das salas climatizadas funcionava apenas uma vez por semana, o que indicava uso não racional dos ambientes.

*[...] Tem muitas dificuldades, falta muitas coisas, o ambiente às vezes não é o lugar ideal pra fazer uma oficina, [...] a questão de espaço, a questão de ter um ar, um ambiente gostoso pra todos eu acho que é uma questão de estrutura mesmo [...]* (NS 1).

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

*[...] a gente exige, pede pra arrumar o banheiro lá do fundo, não arruma o ventilador, queria mais sala, [...] tinha que ser mais amplo, ter uma parte aberta pra fazer exercício, um lazer, [...] mas não tem espaço [...]* (NS 15).

*[...] Numa mesma sala, onde de um lado o médico realizava a consulta sem nenhuma privacidade e*

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

As falas apontavam para um descontentamento com a estrutura física e material, pela inadequação do local, precariedade do ambiente e restrição de materiais para a realização das oficinas. Porém, mesmo com tais relatos, percebemos não haver busca por melhorias por parte desses profissionais, apesar das dificuldades de trabalho. Condição próxima a esta, foi identificada em estudo realizado recentemente em CAPS de Fortaleza – CE<sup>6</sup> apontando também que “as condições de trabalho não são satisfatórias, [e] concorrem para que a maioria (60%) manifeste desconfortos decorrentes do processo de trabalho”<sup>6:422</sup>. Porém, mesmo com tais relatos, percebemos não haver busca por melhorias por parte desses profissionais, apesar das dificuldades de trabalho.

O CAPS B, apesar de funcionar em casa própria, era distante do centro da cidade, de difícil acesso, sem placas indicativas e sem identificação de que funcionava ali um serviço desse tipo. Essa dificuldade de acesso geográfico foi relatada tanto por uma usuária como por um profissional.

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

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

O acesso foi considerado sob as perspectivas geográfica, cultural, econômica e funcional. A dificuldade de acesso geográfico incidia na efetividade das práticas. É importante

considerar a localização do serviço, as vias de acesso, quem são os usuários/familiares e qual a distância que está sendo percorrida por eles, o tempo gasto e o custo do deslocamento, pois esses aspectos se relacionam com a equidade e territorialidade e são significativos principalmente para populações pobres de áreas periféricas das grandes cidades.<sup>7</sup>

Foram apontados também outros aspectos da estrutura material:

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

A implantação dos CAPS, que em Mato Grosso é determinada principalmente pelo financiamento<sup>3</sup>, muitas vezes resulta nessa condição observada: serviços com condições de trabalho precárias, difícil localização e acesso, que prejudicam a territorialidade, responsabilização e vínculo terapêutico, ou seja, a atenção psicossocial nesse contexto tinha pouca probabilidade de ser efetiva.

Também é importante considerarmos que atualmente há pouca organização sindical, resultando na resignação de trabalhadores no que diz respeito à busca por melhorias nas

condições de trabalho.<sup>8</sup> Em Mato Grosso, essas condições são intensificadas pelo processo de ocupação do território e urbanização recente.<sup>3</sup> Como agravante dessa situação, temos a criação dos CAPS incentivada pelo financiamento transformando a Reforma Psiquiátrica em um movimento de gestão, sendo mais relevante a velocidade na implantação dos CAPS do que a direção que tem tomado.<sup>9</sup>

Neste contexto, enquanto usuários e trabalhadores permanecem resignados, o gestor possui uma autonomia ampliada e decide, nem sempre considerando as necessidades da população, o local, os materiais e as condições de trabalho, reduzindo assim a participação de usuários/familiares e trabalhadores nos processos de trabalho e gestão. Desta forma, as condições que oprimem o sujeito trabalhador e os usuários, empoderam o gestor, mas isso não se dá em um só sentido, pois essas condições também podem mobilizar reivindicações coletivas, que lamentavelmente têm ocorrido com pouca frequência, por ser difícil aglutinar interesses dos trabalhadores nas situações de vínculo de trabalho que serão discutidas adiante.

São os trabalhadores e usuários/familiares que podem ampliar as possibilidades de democratização e melhorias nas condições de trabalho, por meio dos Conselhos, Colegiados, Assembleias, ou seja, uma cogestão que acontece mediante inter-relação dialética em espaços coletivos de atores sociais distintos<sup>6</sup>, sendo necessário, para tanto, que os trabalhadores busquem a construção desses espaços.

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

### Os trabalhadores das equipes dos CAPS

Ambos os CAPS possuíam a equipe técnica mínima estabelecida pelo Ministério da Saúde para atuação em CAPS I, de acordo com a Portaria GM nº 336/2002: um médico com formação em saúde mental, um enfermeiro, três profissionais de nível superior e quatro profissionais de nível médio - técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e arteção<sup>2</sup> -, sendo 14 trabalhadores no CAPS A e 19 no CAPS B.

A maioria da população deste estudo era adulta/jovem com idade entre 31 e 40 anos (36,3%), sendo que a proporção da população feminina (75,7%) nas unidades estudadas era maior que a masculina (24,2%).

Quanto à formação, destacava-se grande percentual de trabalhadores sem formação superior (45,6%), e, entre os que possuíam nível superior (54,5%), poucos (15%) se especializaram ou estavam no momento da pesquisa realizando

especialização na área de saúde mental (saúde mental e atenção psicossocial, residência em psiquiatria e teoria e clínica psicanalítica).

Houve um aumento da participação da força feminina no mundo do trabalho, ocorrendo, também, no trabalho em saúde<sup>8</sup>, e neste estudo, nos CAPS. É importante destacarmos que o aumento da participação feminina no mundo do trabalho está diretamente relacionado à facilidade de submissão da mulher à exploração do capital. A mulher inserida nas relações de trabalho, nas quais, por determinação histórica, há dominação e opressão, tem maiores probabilidades de aceitar condições precárias de trabalho<sup>8</sup>. Portanto, consideramos que, dialeticamente, a mulher inicia uma conquista de espaços públicos no mercado de trabalho, ao mesmo tempo em que se submete a uma maior exploração do capital.

Em relação à formação, sabemos que, normalmente, as questões relativas à saúde mental são ignoradas, e, nós, trabalhadores egressos da graduação, conhecemos muito pouco sobre a história de cuidado ao *louco*, das singularidades da saúde mental, da reforma psiquiátrica e muito menos do modelo de atenção psicossocial.<sup>10</sup> Em vez de realizar práticas em modelos substitutivos ao asilar, os hospitais psiquiátricos ainda são utilizados para aulas práticas acadêmicas, e “*os ditos loucos são exibidos como criaturas à parte, que os muros e as grades isolam para a observação dos estudiosos*”<sup>11:174</sup>.

Consideramos que, para realizar uma atenção à saúde mental no modelo psicossocial, a formação/capacitação deve voltar-se para a reinserção social do usuário em sofrimento psíquico, com ideias antimanicomiais, condições importantes que deveriam ser pensadas e incentivadas pelos gestores, oferecidas por instituições de ensino e, também, buscadas pelos trabalhadores da área da saúde.

Quando nos referimos a *Reforma Psiquiátrica*, estamos nos direcionando a rupturas/superação do modelo psiquiátrico e não em reforma como sendo apenas modificação das condições precárias de um hospital psiquiátrico<sup>10</sup>. Isto é, “*se não existirem rupturas, não existirão os novos serviços, existirão não mais que metamorfoses, roupagens ‘novas’ para velhos princípios*”<sup>12:33</sup>.

Sendo assim, para que implantemos o modelo de atenção psicossocial, precisamos construir um conhecimento teórico e prático, embasado em ação e reflexão, pensando para quem e para quem estamos fazendo um aprender que se promove no fazer. Além disso, devemos considerar que é um desafio extremamente complexo, pois está intrinsecamente relacionado à ordem econômica, social, política e intersubjetiva, podendo equacionar diferentes âmbitos que vão do técnico ao político, do social ao individual<sup>10-11</sup>. Para que o trabalho com qualidade

aconteça, depende também de nós trabalhadores, detentores de uma autonomia relativa, a busca por essa qualificação.

Ainda em relação à formação, devemos considerar os aspectos do contexto: Mato Grosso tem poucos movimentos sociais organizados, os municípios estudados estão longe dos grandes centros urbanos e, por conseguinte, têm maior dificuldade de acesso ao poder político, econômico e acadêmico, o que resulta em limitados recursos técnicos. Apesar de existir o Núcleo de Estudos em Saúde Mental (NESM/MT), único centro formador de recursos humanos em saúde mental do estado, ainda há pouca formação nesta área, considerando as dimensões de Mato Grosso. O NESM já ofereceu, de 1996 a 2006, quatro especializações em Saúde Mental, que formaram 48 profissionais especialistas em saúde mental e 11 com curso de aperfeiçoamento.<sup>3,13</sup>

Quanto menor a nossa participação nas decisões por meio da cogestão, por exemplo, e menos formação técnica e política tivermos, maior será a ação do capital e, por conseguinte, maior será também o nível de alienação. Assim, teremos poucas possibilidades de entender a inserção social do usuário na atenção psicossocial e nos vemos como sujeitos nesse processo de mudança. Isso resulta em condições atuais no estado de “*pouco acúmulo crítico ao modelo hospitalocêntrico psiquiátrico, a inexistência de movimentos sociais em saúde mental e a incorporação da Reforma Psiquiátrica apreendida como desospitalização*”<sup>14:699</sup>.

Também devem ser considerados os vínculos, o tempo de trabalho e a rotatividade do trabalhador, situações que dificultam a sua especialização. Havia um maior percentual de trabalhadores com menos de um ano nos serviços estudados (39,3%). Julgamos que o concurso recente no CAPS A e os contratos temporários no CAPS B se relacionam com estes dados. Dos 9 profissionais que estavam no serviço há mais de 4 anos, apenas 3 tinham vínculos efetivos, sendo assim, a maioria dos trabalhadores tinha contrato temporário (72,7%). O salário também era um fator desfavorável no trabalho dos CAPS, pois 78,7% dos trabalhadores recebiam até dois salários mínimos. Situação que será tratada adiante.

### Condições de trabalho

Para discutirmos as condições de trabalho apresentadas anteriormente, é importante realizarmos uma contextualização, já que a mudança da sociedade se faz em condições determinadas.<sup>15</sup> Sendo assim, cabe aqui trazeremos o Plano de Reforma Administrativa do Estado criado em 1995, que tinha como objetivo consolidar e estabilizar o crescimento econômico após uma crise fiscal. Em decorrência disso, o Estado passou a utilizar formas flexíveis de contratação, limitando o ingresso no trabalho por meio de concurso público, impedindo

o trabalhador de ascender no seu serviço,<sup>16</sup> criando também barreiras para sindicalismos e corporações profissionais.

Embora o Estado tivesse como objetivo a contenção de gastos,<sup>17</sup> esse Plano apresentou como alguns de seus resultados os contratos temporários, ausência de concurso público, inexistência de cogestão, carência de educação permanente no trabalho, pouca proteção social, o que remete à flexibilização do trabalho para o gestor.<sup>6</sup> Porém, o que é mais flexível para o empregador é sinônimo de precariedade para nós, trabalhadores, e, conseqüentemente, essa flexibilidade do trabalho aumenta a autonomia financeira e administrativa da gestão e diminui as possibilidades de espaços intercessores.

Diante desse quadro, o MS criou o Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS - DesprecarizaSUS, adotando uma política de valorização do trabalhador, com intuito de promover a desprecarização do trabalho, por meio de melhores salários, contratos efetivos e políticas de humanização.<sup>17</sup>

Porém, mesmo com essa política de desprecarização do trabalho, notamos a maior prevalência de trabalhadores com contrato temporário nos serviços, 72,7%, com maior incidência no CAPS B (89,4%). Apesar de o CAPS A apresentar um percentual equitativo, devemos considerar que o concurso recente (julho de 2007), com contrato efetivo, atingiu apenas 50% dos trabalhadores, sendo a maioria de nível superior.

*[...] eu estou meio desanimada esses dias, porque esse contrato até hoje, quando você vai assinar o contrato já está quase no meio do ano, aí eu não sei como é que fica esse negócio [...]* (NFM 2).

*[...] eu gostaria de que a gente fosse efetivado, pra gente ter um pouco mais de tranquilidade, [...] a gente não tem direito, porque não tem carteira assinada, é só um contrato provisório, duração de um ano, terminou o ano a gente está desempregado, e agora o ano que vem vai mudar os políticos, a gente fica com aquela insegurança total sobre o trabalho da gente [...]* (NFM 5).

*[...] quando você vai trabalhar com esse contrato, você fica muito instável. A qualquer momento você vai ser mandado embora, e vem outro, e a projeção que você fez na unidade acaba, você fica na dúvida [...] vai investir mesmo? Você acaba investindo e pode amanhã ser mandada embora, então você fica meio insegura [...]* (NS 17).

Em um contexto de política neoliberal, esses profissionais viviam um processo de trabalho marcado por insegurança, instabilidade e vínculos fragilizados. Mesmo com a existência do DesprecarizaSUS desde 2003 e direitos trabalhistas previstos em lei, a maioria dos contratos era precária, com poucos ou nenhum direito trabalhista, a exemplo das artesãs. No CAPS A, as artesãs trabalharam desde o mês de janeiro de 2008, mas assinaram o contrato apenas em março de 2008.

Vivenciamos uma subproletarização, por meio da expansão do trabalho parcial, temporário, precário, subcontratado, terceirizado, que marca a sociedade no capitalismo avançado.<sup>8</sup> Neste cenário, os trabalhadores pouco exerciam sua autonomia parcial, pois um vínculo frágil dificultava-lhes a busca por melhores condições de trabalho, pelo risco de perderem o emprego.

Os contratos temporários aliados a outras condições precárias de trabalho, uma característica do capitalismo atual, podem ajudar a entender as reduzidas taxas de sindicalização.<sup>8</sup> O que devemos enfatizar é que os trabalhadores vinculados ao serviço por contratos temporários terão pouco incentivo pessoal e institucional para qualificação. Desta forma, se temos menos força sindical, e reduzida formação, naturalmente teremos mínimas condições de fazer críticas sobre o contexto em que estamos inseridos. Logo, a probabilidade de nos alienarmos no processo de trabalho é muito maior, pois passamos a agir de forma independente, dificultando a construção de uma consciência solidária, perdendo nossos direitos e reivindicações de classe<sup>11</sup>, e favorecendo a exploração do capital sobre a força de trabalho.

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

Apesar de o concurso público ser um meio de garantir direitos aos trabalhadores, assim como melhores condições de trabalho, e ser um item indispensável para os serviços substitutivos de saúde mental, poucos gestores investem na contratação efetiva, e quando o fazem, são apenas em situações críticas. E a bibliografia muitas vezes nada tem a ver com o modelo de atenção psicossocial<sup>11</sup>. Sendo assim, encontramos a maioria dos trabalhadores com contratos temporários, limitados a se posicionarem de forma autônoma nas discussões em equipe e com o usuário e, menos ainda, na exigência por melhorias no serviço, pois isso pode repercutir em demissões. Como exemplos dessa situação, temos as seguintes falas:

*[...] Não tem material na minha oficina, a gente vive de favores, que não deveria, porque aqui é da prefeitura, tem dinheiro, saúde mental tem dinheiro, mas não sabemos porque, nem pra onde, nem*

*convém; se eu falar alguma coisa, amanhã estou na rua né [...] (NFM 10).*

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

O mundo do trabalho capitalista favorece a não participação dos profissionais nos processos decisórios, dificultando ao trabalhador se ver como sujeito de seu trabalho. Este estudo, assim como uma pesquisa realizada recentemente nos CAPS de Mato Grosso<sup>3</sup>, apontou que a maioria dos profissionais possuía vínculo temporário de trabalho, apresentando medo em relação à demissão e insegurança quanto à forma de contratação, ambos fatores determinantes para a qualidade do trabalho e do tratamento.

O salário também era um fator desfavorável no trabalho dos CAPS. 78,7% dos trabalhadores recebiam até dois salários mínimos vigente à época de realização da pesquisa. Nenhum trabalhador NFM recebia mais de dois salários mínimos, 11 trabalhadores NS recebiam menos que dois salários mínimos, e somente 7, mais que dois salários mínimos. Os contratados temporariamente eram os que recebiam menores salários e realizavam a maior carga horária semanal de trabalho.

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

*[...] se for pra trabalhar só aqui é pouco, é onde tem que ter outro trabalho, [...] o salário aqui é 450 [...] muito pouco [...] (NS 1).*

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

*[...] eu me sinto desvalorizada [...] salário de 600 reais, como a gente ganha o passe, que é um diferencial, alguns ganham; e tem os 200 reais que*

*é estilo..., ah eu ganho insalubridade também, que é 120 reais, e não são todos que ganham, o pessoal começou a ganhar tem um mês pra cá, porque entrou com pedido [...] 970 bruto [...] Mas isso nunca é pago junto, [...] você ganha 700, aí esses 200 você ganha quando eles acharem melhor, como está devendo 3 meses disso [...] (NS 9).*

*[...] eu estou janeiro, fevereiro e março sem receber, e agora abril, na folha de abril meu nome não veio [...] [o salário] é 560 ou 580, e com ajuda de insalubridade e passe de ônibus que chega 880 mais ou menos, creio que seja isso, não posso nem falar direito porque não recebi. [...] eu estou com dois empregos [...] (NS 16).*

O investimento no setor saúde não tem sido prioridade, a não ser por iniciativas isoladas em contextos históricos específicos. Desse modo, o trabalho no serviço público tem sido “desvalorizado e não é visto como opção para muitos trabalhadores, mas sim como complemento de outras funções que desempenham ou como lugar para adquirirem experiência profissional”<sup>10:191</sup>.

Encontramos também nas falas dos entrevistados a necessidade de ter mais de um emprego para suprir essa carência de salários e a grande rotatividade de trabalhadores, como resultado das condições precárias de trabalho. Assim, os baixos salários oferecidos, aliados aos contratos temporários e à falta de materiais, dentre outras dificuldades encontradas, podem influenciar o processo de trabalho da equipe no CAPS.

Em uma área considerada essencial, como a saúde, devemos enfatizar que a maioria dos trabalhadores não possuía proteção social. A ausência desses direitos e de outros benefícios ocasionava alto grau de desmotivação e desvalorização e, conseqüentemente, grande rotatividade desses trabalhadores nos serviços, prejudicando a continuidade do tratamento ofertado bem como o seu resultado final.

Trabalhando com contratos temporários e com salários não condizentes com o piso salarial, a equipe do CAPS B assinava um contrato de 40 horas semanais, mas por meio de um acordo com a gestão apenas 20 horas semanais eram cumpridas.

De um lado temos o objetivo formalmente assumido de ter um CAPS substitutivo das internações e estratégico na mudança de modelo<sup>2</sup>, porém, por outro lado, encontramos como predominante o improvisado e a aparência de mudança, que se observam nos prédios alugados, em locais de difícil identificação

e acesso e com trabalhadores majoritariamente temporários e mal remunerados.

Mesmo trabalhando em condições precárias, notamos que alguns trabalhadores ainda conseguiam encontrar justificativas para não lutarem por melhorias e permanecerem neste local nem um pouco interessante.

*[...] hoje em dia não dá nem pro mercado, [...] então não é bom, mas quantas pessoas têm vontade de ganhar esse dinheirinho que eu ganho (NFM 3).*

*[...] o salário é pouco, só que quando eu fiz o concurso eu sabia que era esse e eu aceitei, então não tem como brigar por ele [...] (NFM 4).*

*[...] se você não quer, tem outro que quer [...] (NS 9).*

Neste caso temos duas situações. Primeiro, a condição concreta de desemprego/ subemprego a que o trabalhador se submete e, assim, por temer a perda do emprego, não se percebe dentro do processo coletivo e de classe. Segundo, a “naturalização” da condição de insatisfação e de não poder fazer muita coisa para mudar, o que remete a uma produção ideológica resultado de alienação. A alienação social se manifesta numa teoria “do conhecimento espontâneo, formando o senso comum da sociedade. Por seu intermédio, são imaginadas explicações e justificativas para a realidade tal como é diretamente percebida e vivida”<sup>15:174</sup>.

Esse senso comum, na verdade, é uma elaboração intelectual que descreve e explica o mundo a partir do ponto de vista da classe dominante de uma sociedade. Essa elaboração incorporada pelo senso comum social é a ideologia que procura ocultar as divisões sociais e políticas, levando-nos a crer que somos todos ‘iguais’ perante a sociedade e que as desigualdades sociais apenas existem por uma questão de subjetividade, que a sociedade nada tem a ver.<sup>15</sup> Portanto, a ideologia elimina dúvidas e ansiedades, assegurando o comportamento da sociedade perante as diferenças sociais; ela só se faz por meio da alienação.

Logo, se temos essa ideologia de que “as coisas são assim mesmo” e uma alienação intensamente presente em nós, trabalhadores, as possibilidades de construção de espaços de cogestão e cidadania no trabalho ficam prejudicadas. Além disso, temos a instabilidade, insegurança, baixos salários somados a poucos movimentos sociais estruturados em Mato Grosso e uma luta sindical enfraquecida, já que nos sentimos vulneráveis diante dessas condições precárias de trabalho. Essa

realidade se constitui um obstáculo para o desenvolvimento da atenção psicossocial.

Apesar de o Ministério da Saúde reconhecer as condições precárias de trabalho, criando o DesprecarizaSUS, este apenas atenua os efeitos perversos do capital. Um programa da gestão não é suficiente para modificar a situação global da classe trabalhadora, sobre a qual o interesse do capital se coloca fortemente. Neste contexto, há um descompasso entre as políticas de recursos humanos que estão sendo implantadas pelo poder público e sua operacionalização em nível local, “pois estas políticas ainda são desenvolvidas de forma tímida, em constante tensão entre os interesses da sociedade e os impostos pela política econômica”<sup>6:424</sup>. Portanto, é necessário que essa política seja operacionalizada e implantada de forma intensa, para que possamos superar essa dicotomia entre o proposto e o realizado.

Nesta perspectiva, urge a adoção de melhores condições de trabalho, implantação e efetivação da cogestão e educação continuada, mas também é necessário que os trabalhadores usem de sua autonomia parcial.

Os limites deste estudo, como o reduzido prazo para coleta e análise de dados e a complexidade do referencial teórico materialista histórico-dialético, que não é comumente utilizado nas produções científicas da saúde e enfermagem, resultaram em dificuldades que mesmo identificadas por nós, nesse momento, não foram totalmente neutralizadas. Entretanto, apesar disso, foi possível acrescentar subsídios para uma reflexão crítica comprometida com a construção da atenção psicossocial no Brasil e com a saúde dos trabalhadores.

## CONCLUSÕES

A maioria dos profissionais encontrava dificuldades para trabalhar no modelo de atenção psicossocial, pois se por um lado a política do SUS propõe um trabalho que supere o modo asilar, de outro os dados apontaram para uma estrutura física e material inadequadas, contratos temporários, rotatividade dos trabalhadores, baixos salários, déficit na formação em saúde mental, ou seja, condições de trabalho muito precárias.

Diante dessa situação, em que tínhamos condições precárias de trabalho ofertadas a uma equipe que possuía uma história de pouca/nenhuma luta sindical e com reduzida formação em saúde mental, nos perguntamos: qual o trabalho possível de ser realizado em um cenário que apresentava grande divergência entre as condições oferecidas para sua realização e a proposta da atenção psicossocial efetivada?



As condições precárias diminuíam a possibilidade de o profissional se perceber sujeito de seu trabalho e, conseqüentemente, corresponsável pela qualidade do cuidado ofertado aos pacientes. Nessa condição, não se pode promover, como resultado, a ampliação da condição de sujeito dos usuários e a reinserção social preconizada na atenção psicossocial. Consideramos relevante a consciência do trabalhador sobre a sua participação no processo de trabalho em saúde mental e de sujeito-cidadão.

No contexto da Reforma Psiquiátrica, a finalidade de promoção de vida em todas as dimensões exige novos sujeitos trabalhadores, mas também é necessário que haja melhores condições de trabalho para que os serviços tenham maior possibilidade de serem substitutivos aos hospitais e efetivos na atenção psicossocial.

## REFERÊNCIAS

- 1- Amarante P. Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro (RJ): FIOCRUZ; 2007.
- 2- Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: gestão participativa: co-gestão. Brasília (DF); 2004.
- 3- Oliveira AGB, Terzian ACC, Lucchese R, Ataíde IFC et al. Análise da efetividade das práticas terapêuticas nos Centros de Atenção Psicossocial-CAPS do Estado de Mato Grosso PRATICAPS – MT. Relatório de pesquisa. Cuiabá (MT): UFMT; 2008.
- 4- Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9ª ed. rev. Rio de Janeiro (RJ): Hucitec; 2006.
- 5- Onocko-Campos RT. Clínica: a palavra negada: sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental. Saúde em Debate. 2001 maio/ago; 25(58): 98–111.
- 6- Jorge MSB, Guimarães JMX, Nogueira MEF, Moreira TMM et al. Gestão de recursos humanos nos centros de atenção psicossocial no contexto da política de desprecarização do trabalho no Sistema Único de Saúde. Texto&Contexto Enferm 2007 jul/set; 16(3): 417-25.
- 7- Unglert CVS, Rosenberg CP, Junqueira CB. Acesso aos serviços de saúde. Uma abordagem de Geografia em Saúde Pública. Rev Saude Publica 1987; 21(5): 439-46.
- 8- Antunes R. Adeus ao trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 6ª ed. São Paulo(SP): Cortez; 1999.
- 9- Alverga AR, Dimenstein M. A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. Interface: comunic saude educ 2006 jul/dez; 10(20): 299-316.
- 10- Scarcelli IR. Trabalhadores em saúde mental e a rede substitutiva paulistana: os interstícios da prática. In: Scarcelli IR, Fernandes MI, Costa ES, organizadoras. Fim de séculos: ainda manicômios? São Paulo (SP): Instituto de Psicologia /USP; 1999, p. 187-205.
- 11- Lobosque AM. Clínica em movimento: por uma sociedade sem manicômios. Rio de Janeiro (RJ): Garamond; 2003.
- 12- Amarante P, Torre EHG. A constituição de novas práticas no campo da atenção psicossocial : análise de dois projetos pioneiros na reforma psiquiátrica no Brasil. Saúde em Debate. 2001 maio/ago; 25(58): 26-34.
- 13- Milhomem MAGC. O trabalho das equipes nos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS) de Cuiabá-MT. [dissertação de mestrado]. Cuiabá (MT): Faculdade de Enfermagem/UFMT; 2007.
- 14- Oliveira AGB. Trabalho e cuidado no contexto da atenção psicossocial- algumas reflexões. Esc Anna Nery Rev Enferm 2006; 10 (4): 694-702.
- 15- Chaui MS. Convite à filosofia. 3ª ed. São Paulo (SP): Ática; 1995.
- 16- Presidência da República (BR). Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado. Brasília (DF); 1995.
- 17- Ministério da Saúde (BR) Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS - DesprecarizaSUS: perguntas & respostas. Brasília (DF); 2006.

Data de recebimento: 05/03/2009

Data de representação 8/09/2009

Data de aprovação 02/12/2009