

Desafios e avanços do processo de gestão de um centro de atenção psicossocial de um município do interior do nordeste brasileiro

Challenges and advances in management process of a psychosocial care center of a countryside municipality of brazilian northeast

Desafíos y avances en el proceso de gestión de un centro de atención psicossocial de un municipio del interior del nordeste brasileño

Israel Coutinho Sampaio Lima¹; Sérgio Beltrão de Andrade Lima²; Antonio Dean Barbosa Marques³

Como citar este artigo:

Lima ICS; Lima SBA; Marques ADB. Desafios e avanços do processo de gestão de um centro de atenção psicossocial de um município do interior do nordeste brasileiro. Rev Fund Care Online. 2017 abr/jun; 9(2):408-415. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i2.408-415>

ABSTRACT

Objective: To analyze the process of work adopted by professionals involved in the management and care of a Psychosocial Care Center and the appropriateness of the physical structure of the unit and the mental health practices. **Methods:** qualitative, descriptive study held at the Psychosocial Care Center, in a city in the countryside of Ceará, Brazil, with nine professionals, between the months of September and October 2014. We used a semi-structured data collection; the data were categorized and analyzed according to Minayo. The authorization was obtained from the CEP-UECE under protocol CAAE: 36971014.0.0000.5534. **Results:** there is lack of coparticipation between management and workers, shortage of financial resources and inadequate physical structure, which confirms the fragmentation of the work process. **Conclusion:** it is essential that there is an implementation of measures that consolidate the psychiatric reform, and that professionals interrelate in a co-participative way, aiming at the quality of care.

Descriptors: Health management, Mental health, Quality of management.

¹ Mestrando em Saúde da Família pela Universidade Estácio de Sá – UNESA. Especialista em Gestão, Auditoria e Perícia em Sistemas de Saúde pela Universidade Estadual do Ceará – UECE. Brasília, Distrito Federal, Brasil. E-mail: isracoutinho@hotmail.com.

² Mestre em Gestão de Tecnologia e Inovação em Saúde pelo Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Docente do curso de Pós-graduação em Gestão, Auditoria e Perícia em Sistemas de Saúde da Universidade Estadual do Ceará - UECE. Fortaleza, Ceará. E-mail: sergio.lima@outlook.com.

³ Doutorando em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, pela Universidade Estadual do Ceará -UECE. Mestre em Saúde Coletiva, pela Universidade de Fortaleza - UNIFOR. Fortaleza, Ceará. E-mail: antonio-dean@hotmail.com.

RESUMO

Objetivo: Analisar o processo de trabalho adotado por profissionais envolvidos na gestão e assistência de um Centro de Atenção Psicossocial e a adequabilidade da estrutura física da unidade às práticas de saúde mental. **Métodos:** estudo qualitativo, descritivo e exploratório. Realizado no Centro de Atenção Psicossocial, em um município do interior do Ceará, com nove profissionais, entre os meses de setembro e outubro de 2014. Foi utilizado um roteiro semiestruturado para coleta de dados, os quais foram categorizados e analisados conforme Minayo. Obteve-se autorização do CEP-UECE sob o protocolo CAAE: 36971014.0.0000.5534. **Resultados:** há ausência de coparticipação entre gestão e profissionais, escassez de recursos financeiros e inadequação da estrutura física, que corrobora para a fragmentação do processo de trabalho. **Conclusão:** é fundamental a implantação de medidas que consolidem a Reforma Psiquiátrica, e que os profissionais se interrelacionem de forma coparticipativa, almejando a qualidade da assistência.

Descritores: Gestão em saúde, Saúde mental, Gestão da qualidade.

RESUMEN

Objetivo: Analizar el proceso de trabajo adoptado por los profesionales implicados en el manejo y cuidado de un Centro de Atención Psicossocial y la adecuación de la estructura física y de las prácticas de la unidad de salud mental. **Métodos:** estudio cualitativo, descriptivo. Realizada en el Centro de Atención Psicossocial, en una ciudad del interior de Ceará, con nueve profesionales, entre los meses de septiembre y octubre de 2014. Se utilizó una hoja de ruta semi-estructurada para la coleta de datos, que son clasificados y analizados según Minayo. La autorización obtenida del CEP-UECE bajo el protocolo CAAE: 36971014.0.0000.5534. **Resultados:** hay falta de participación conjunta entre la dirección y los trabajadores, escasez de recursos financieros y estructura física inadecuada, lo que confirma la fragmentación del proceso de trabajo. **Conclusión:** es esencial la aplicación de medidas que consoliden la reforma psiquiátrica, y que los profesionales se interrelacionan de manera co-participativa, por la calidad de la atención.

Descriptorios: Gestión en Salud, Salud Mental, Gestión de la Calidad

INTRODUÇÃO

O processo de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) ligado ao movimento de Reforma Psiquiátrica mobilizou uma importante discussão sob o resgate da cidadania e autonomia dos usuários dos serviços de saúde mental. Teve sua operacionalização na década de 1990, através da Coordenação Nacional de Saúde Mental (CORSAM), órgão que inaugurou uma nova ótica, sobre a produção de normativas em saúde mental.¹

Com isso, a Lei 10.216/01 vem buscando consolidar um modelo de atenção psicossocial aberto e de base comunitária. Garante à população livre circulação entre todos os serviços de saúde, participação ativa dentro da sociedade, oferecendo-lhe cuidados com base nos recursos dispostos na comunidade.²

Assim, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são considerados serviços estratégicos para a organização da rede de atenção à saúde mental em um determinado território e para a consolidação da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Sua implantação e qualificação vêm sendo incentivadas pelo Ministério da Saúde (MS) de tal modo que o número de centros mais do que dobrou nos últimos cinco anos.³

Tem como portaria fundamental para a Reforma Psiquiátrica a GM/MS N.º 336, de 2002, que estabelece modalidades de serviços dos CAPS e define sua remuneração pelo Sistema de Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo (APAC) e seu financiamento com recursos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC). Isto foi fundamental para a ampliação e consolidação deste modelo.⁴

O crescimento dos CAPS começa de forma tímida no país, pois a sua implantação competia com outros dispositivos no teto financeiro dos municípios. Em 1996, o Brasil contava com 154 CAPS, passando para 1.620 CAPS implantados em 2010, com cobertura de 0,66 por 100.000 habitantes. O financiamento por meio do FAEC garantiu aos municípios recursos financeiros necessários para o desenvolvimento e manutenção dos serviços em seu território, pela ampliação dos recursos extrateto.^{1,5}

Destarte, a engrenagem do desmonte de uma instituição manicomial concomitantemente à montagem de uma rede territorial são questões-chave postas no debate da saúde mental no Sistema Único de Saúde, uma vez que requer o desenho metodológico de práticas de gestão integradas, estratégias terapêuticas e intervenções sociais, ligadas diretamente aos usuários.⁶

O foco da atenção em saúde mental, o qual recai sobre os profissionais, acaba por exigir a capacidade de trabalho em equipe, com certa predisposição subjetiva para receber e fazer críticas para a tomada de decisões de modo compartilhado. Há a necessidade de reconhecer a interdependência dos sujeitos e das organizações, a qual permite que a assistência aos sujeitos em sofrimento psíquico seja integral e resolutiva.⁷

Exige-se de gestores e da equipe assistencial multidisciplinar conhecer as características epidemiológicas locais da rede de atenção psicossocial, os recursos, a dinâmica, as fragilidades e os potenciais. Além de conhecer as questões que envolvam a política de saúde mental como os paradigmas e as ferramentas de gestão, contingente sobre demanda a ser absorvida e acolhida, responsabilização do gestor, quanto ao processo gerencial o qual envolve a priorização de ações, através da articulação de recursos no sentido de construir respostas efetivas, na perspectiva de promover a desinstitucionalização e integração da rede em saúde, tornando-a acessível, interligada, universal e resolutiva.⁶

Frente a essa realidade, o estudo justifica-se pela necessidade intrínseca em buscar significância real diante do cenário em que as políticas públicas em saúde mental se operacionalizam.

Teve-se como objetivo analisar o processo de trabalho adotado por profissionais envolvidos na gestão e assistência de um Centro de Atenção Psicossocial e a adequabilidade da estrutura física da unidade às práticas de saúde mental de um município do interior do Estado do Ceará.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo e exploratório. Realizado em um CAPS I, em um município de referência dos Sertões de Crateús-Ceará, com porte populacional de 72.812 habitantes, o qual dá suporte a mais quatro municípios circunvizinhos, estes juntos somavam 156.25 habitantes, conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)⁸, tal unidade possuía seis mil usuários cadastrados.

A seleção dos sujeitos foi orientada pelos seguintes critérios de inclusão: profissionais de nível superior que exerceram a gestão ou assistência em saúde mental, do Centro de Atenção Psicossocial I, conforme contato prévio e agendamento da entrevista no próprio serviço que estiveram inseridos. Teve caráter de exclusão: profissionais de nível médio e substitutos inseridos ou não nesse serviço.

Os sujeitos do estudo foram nove profissionais que exerceram atividades assistenciais e de gestão no referido centro; tais como: coordenador da unidade e profissionais de nível superior: médico, enfermeiro, assistente social, terapeuta ocupacional, psicólogo, e residentes multiprofissionais em saúde mental. Os dados foram produzidos entre os meses de setembro e outubro de 2014, através de um roteiro semiestruturado, em que a primeira etapa constituiu a caracterização dos sujeitos do estudo com perguntas fechadas, a segunda etapa conformou-se através de perguntas abertas as quais foram gravadas em um aparelho MP3.

As falas dos entrevistados foram ouvidas, transcritas na íntegra e organizadas de acordo com a similaridade do conteúdo, de maneira que permitiu uma melhor compreensão dos sentidos, buscados nos objetivos da pesquisa, sendo esses depoimentos categorizados, analisados e interpretados conforme Minayo.⁹ Formulou-se as seguintes categorias: desafios e avanços em processos de trabalho; e problemas e vantagens de estrutura.

O estudo obteve autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará pelo protocolo CAAE: 36971014.0.0000.5534, conforme estabelece o Conselho Nacional de Saúde¹⁰ a Resolução nº 466/2012.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização dos sujeitos do estudo

Dos nove entrevistados, apenas um era do sexo masculino, quatro possuíam idade variando entre 26 a 28 anos e cinco sujeitos entre 32 a 38 anos. No que se refere ao estado civil, cinco eram solteiros e quatro eram casados. Quanto à qualificação profissional, um tinha formação em Medicina, com especialização em Medicina do Trabalho e Saúde Mental; dois em Terapia Ocupacional, um com especialização em Gerontologia e um em Desenvolvimento Infantil; dois em Psicologia, um com especialização em Intervenções Comunitárias e Políticas Públicas, um em Neuropsicologia e Terapia Cognitivo Comportamental; três em Serviço Social, um com especialização em Saúde Mental; dois em Enfermagem,

ambos com especialização em Saúde Mental, não havendo especialistas em Gestão em Saúde entre os sujeitos do estudo.

Ao analisar o tempo de formação acadêmica, o mesmo ficou em torno de um a dez anos, e de seis meses a sete anos o tempo de vínculo com a unidade. Quanto ao cargo, do total de sujeitos do estudo, um possuía cargo de gestão, três eram residentes e os demais exerciam cargos assistenciais. A renda mensal dos profissionais envolvidos no estudo apresentou-se da seguinte forma: sete profissionais recebem três a quatro salários mínimos, um profissional recebe cinco a sete salários mínimos e um profissional recebe acima de sete salários mínimos. A partir da análise e discussão das categorias surgidas dos depoimentos dos entrevistados, podem-se compreender os desafios e avanços do processo de gestão do Centro de Atenção Psicossocial.

Desafios e avanços em processos de trabalho

A presente categoria aborda o processo de trabalho pautado em desafios e avanços sobre a dimensão que constitui a base dos processos laborais, sejam eles: recursos financeiros, disposição de recursos humanos, ótica sobre a inter-relação interdisciplinar entre equipe assistencial e gestora, capacitação profissional a qual pode ser entendida neste estudo como a valorização profissional.

Neste contexto, a abordagem sobre a gestão e financiamento de recurso para a saúde mental vem sofrendo depreciação de interesse político, o que afeta diretamente os processos laborais e estruturais para prover insumos e recursos humanos básicos para o funcionamento satisfatório dos CAPS.¹¹ Seguem as seguintes falas:

“O recurso Federal é mínimo. São 28 mil para manter a folha dos profissionais, manter os grupos, alimentação dos usuários, não é o suficiente, a contrapartida é o município tem que manter [...]” (05G)

“[...] em relação à verba, vai do interesse também do gestor e dos coordenadores [...] tem verbas que o Ministério disponibiliza, porém o município, os gestores e os trabalhadores têm uma ausência de interesse em encaminhar esses projetos [...]” (03A)

O quantitativo sobre o financiamento do CAPS I, exposto em uma das falas, se confirma na Portaria nº 3.089, de 23 de dezembro de 2011, a qual institui em seu art. 1º o valor fixo para os CAPS credenciados pelo Ministério da Saúde, destinado ao custeio das ações de atenção psicossocial realizadas conforme descrição a seguir: CAPS I R\$ 28.305,00; CAPS II R\$ 33.086,25; CAPS III R\$ 84.134,00; e CAPS AD III R\$ 105.000,00.¹²

Diante do exposto, é fortemente sugestivo o cenário de subfinanciamento sobre o repasse financeiro por meio da União, ficando a cargo da gestão municipal arcar com todo

um montante de despesas e custos orçamentários, que permita o funcionamento básico do Centro de Atenção Psicossocial.

Subentende-se conforme analisado nas falas que para o município é uma tarefa árdua manter toda uma conjuntura de custos como recursos humanos, insumos e manutenção do CAPS. Se avaliarmos que em uma situação hipotética o valor despendido pela União dificilmente conseguiria suprir sequer a folha de honorários empregatícios, a gestão municipal neste cenário tenderá a passar por dificuldades para custear a folha de pagamento de profissionais e demais recursos inerentes ao funcionamento mínimo da unidade.

Assim, a análise intrínseca das falas sobrepostas da realidade já mencionada por Sampaio *et al.*¹³ nos remete ao descaso político sobre a reformulação da nova rede substitutiva em saúde mental, em que a União, que ideologicamente incentivou por todo o Brasil a abertura e disseminação dos CAPS, não dá o aporte necessário aos gestores municipais, os quais tem deficiência para arcar com o orçamento ligado a saúde. As verbas pactuadas e programadas para um determinado serviço de saúde não podem ser usadas ou transferidas para unidades que tem menor capital financeiro e se o fizerem estarão incorrendo no crime de improbidade administrativa.

Outro ponto primaz observado nos depoimentos diz respeito à aquisição de verba extra pela gestão através do desenvolvimento de projetos terapêuticos. Estes possuem pouca aderência da gestão em saúde, até mesmo dos profissionais. Esse desinteresse pode estar correlacionado à falta de inter-relação coparticipativa entre gestão e profissionais da assistência. Torna-se relevante a observação indireta feita pelo pesquisador sobre os esforços munidos pela gestão municipal em tentar manter funcionando o CAPS, mesmo com recursos financeiros escassos.

Outro aspecto importante juntamente com os recursos financeiros são os recursos humanos e a qualidade da gestão do trabalho em saúde. Tal processo de trabalho segundo Jorge *et al.*¹⁴ é visto como produtor e produto das condições de trabalho nas quais estão inseridos os atores sociais.

Torna-se um grande desafio para a gestão dos serviços de saúde vislumbrar um conjunto de demandas e necessidades, numa ótica que contemple os interesses da coletividade e as necessidades de usuários e dos diversos seguimentos trabalhistas em saúde.¹⁵ As falas a seguir, demonstram em seu cerne aspectos ligados à adequação do profissional ao serviço, cumprimento da jornada de trabalho, deficiência de recursos humanos, confronto com o modelo biomédico e demanda acima da capacidade a ser suprida.

“Há deficiência de equipe profissional [...] a médica só atende duas vezes na semana no período da tarde [...] têm profissionais que não entram no horário, desde o nível médio até o superior, porque tem a parte política, que funciona para uns e para outros, isso desmotiva, tentar fazer um trabalho sério [...] e outros que são concursados não cumprem com horários da instituição [...]” (03A)

“Realmente depois que a residência chegou né, a gente viu que supriu um pouco da demanda, mais ainda vemos, que a demanda ainda não tá suprida [...] aqui falta médico, a médica só pode atender duas tardes [...] há fila de espera [...]” (07B)

O trabalho em saúde como observado é marcado pela história das profissões que obtiveram uma definição de seu domínio de competências e atos próprios que fortalece a divisão do trabalho e sobre a criação de uma fronteira entre os grupos.¹⁵

O enfoque dado demonstra a insatisfação de membros da equipe multiprofissional sobre a priorização de relações pessoais que inferiorizam o cumprimento de normas estabelecidas a um grupo como todo. O processo de trabalho deve estar desvincilhado da prática informal de troca de favores, devendo ser trabalhada de forma unânime e plena por todos que compõem a equipe, para que se possa evitar atritos.

A desmotivação nesta situação poderá surgir como forma de reação às condições de favorecimento profissional para uns, como também pela falta de resolutividade do sistema em atender a demanda reprimida. A sobrecarga de trabalho devido à demanda de usuários pode ser suprida em parte pela implantação da residência terapêutica, a qual levou ao serviço de saúde buscar profissionais com nível superior, no entanto tal medida não se pôs suficiente para dirimir a problemática, já que a falta do profissional médico é citada de forma enfática.

Frente a essa sobrecarga de trabalho, se faz necessário demonstrar a conformação mínima de uma equipe para o funcionamento do CAPS, conforme o Ministério da Saúde¹⁶ a qual deve ser composta por: 1 médico psiquiatra ou médico com formação em saúde mental; 1 enfermeiro; 3 profissionais de nível superior de outras categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico; 4 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão. Com funcionamento de segunda a sexta feira das 8 às 18 horas, conforme Portaria 336/2012.

Neste contexto, desponta-se um descompasso entre as políticas de recursos humanos que estão sendo implantadas pela gestão pública e sua operacionalização em nível local. Ou seja, as práticas políticas ainda são desenvolvidas de forma tímida, sob a tensão entre interesses da sociedade e os impostos pela economia. É frente a tal situação, que urge a necessidade de implantação mais intensa do que é proposto, frente ao que é operacionalizado.¹⁴

Por sua vez, a Atenção Psicossocial é nitidamente uma proposta política, gestora e assistencial contra-hegemônica. No entanto, as conquistas das leis da Reforma Psiquiátrica e dos serviços substitutivos, indicam a existência abundante das perspectivas medicalizantes no cuidado.⁶

Pode-se vislumbrar nas unidades do sentido que há deficiência do serviço prestado, que estão correlatos pela falta do

profissional médico, e que tal exercício ainda está impregnado com o modelo biomédico, o qual tem como principal profissão a medicina e seu exercício medicalizante.

É sobre tal perspectiva que há um consenso na literatura em saúde, em especial na discussão sobre o SUS, de que é necessário rever a hegemonia do médico no trabalho em saúde e caminhar no sentido de práticas interdisciplinares para ampliar a qualidade da atenção à saúde. O trabalho médico e dos demais profissionais de saúde deve ser concebido como parte de uma totalidade complexa e multideterminada, pois centralizar o trabalho na figura do médico constituiu em um paradoxo que contribui para a manutenção de um modelo assistencial descompromissado com o usuário e centrado no procedimento como forma a qual possa constituir em um novo agir em saúde.¹⁵

Faz-se necessário frisar que o modelo psicossocial considera os fatores políticos e determinantes biopsicossociais de modo específico na gênese e no tratamento do sofrimento. Os meios considerados para o trabalho terapêutico incluirão psicoterapias, socioterapias, laborterapias e a medicação quando necessária.¹⁷

Portanto, procura-se a valorização do trabalho, mediante a ressignificação dos pilares e processos das relações, com a transformação das formas de sociabilidade que envolve trabalhadores, gestores e usuários em sua experiência cotidiana de produção, organização, e condução dos serviços de saúde, afim de mudanças nos modelos de gestão.¹¹ É sobre a perspectiva multiprofissional e interdisciplinar entre profissionais envolvidos na assistência e a gestão que se apresenta a seguinte fala:

“Aqui dentro da unidade eu creio que os profissionais, têm livre acesso uns com os outros [...] agora com a residência terapêutica melhorou muito [...] acho que abriu mais as portas, para conversar, discutir casos. Voltamos a fazer o estudo dos pacientes, estudo de casos, fazer plano de tratamento, traçar metas [...] com a coordenação temos um livre acesso, de tá conversando, de tá colocando alguma coisa que a gente não tá tendo resultado. Já com a secretaria de saúde, eu não vejo muito essa abertura [...]” (01L)

Seguindo a linha de raciocínio na qual é expressa uma barreira entre as profissões, pode-se inferir que as relações neste serviço de saúde encontravam-se fragmentadas e impessoais, focadas na defesa de suas profissões e embate pelo espaço individual. Tal percurso foi quebrado pela inserção de residência terapêutica, a qual promoveu o diálogo entre os profissionais, tornando livre e receptiva as relações pessoais, na qual foi utilizado como estratégia o estudo de casos, planejamento de metas e planos de tratamento, além da discussão das relações pessoais. Isso favoreceu a melhoria e interligação dos processos interdisciplinares.

Para a realização de um trabalho, existe uma prescrição que consiste em um objetivo definido, assim como regras e

procedimentos relativos aos resultados esperados e a maneira de obtê-lo. A prescrição é feita pela instituição, mas também pelo próprio trabalhador, individualmente ou em grupo. O trabalho real corresponde à atividade realizada e também àquilo que é avaliado na incerteza, descartado com pesar ou sofrimento, por meio do debate de normas sempre presente.¹⁵

Na análise feita, pode-se perceber que a relação entre profissionais e coordenação da unidade é amena. No entanto, com a gestão municipal de saúde não há uma aproximação e coparticipação sobre ações a serem desenvolvidas, criando uma cisão interdisciplinar entre gestor e profissionais assistenciais. Os sujeitos veem tal relação como ordem e inferem a importância da liderança como característica positiva para o desenvolvimento da gestão de pessoas.

É importante a promoção da cogestão, através do respeito da instituição para com as opiniões dos funcionários, do estímulo da instituição para que o trabalhador participe nas tomadas de decisões, da efetividade dos veículos de comunicação interna e da transparência das relações expressa pela honestidade.¹⁴

A falha na relação entre profissionais assistenciais e gestores pode ser vista também no estudo feito por Oliveira¹⁸ em que a falta de liberdade terapêutica, desacordo entre as políticas de gestão do serviço e a burocracia, interferiram sobre a qualidade e satisfação da assistência prestada aos usuários. Desta forma, é necessário que os serviços apresentem uma gestão unificada e clara com profissionais qualificados, a fim de auxiliar em intervenções eficientes para atender a demanda do serviço, dos profissionais e dos próprios usuários.

É sobre a capacitação profissional que se faz necessário analisar as perspectivas dos profissionais de saúde, quanto às práticas de incentivo as quais se pode subentender que corroboram para a valorização do profissional, o que torna sua eficiência evidente e eficaz. Percebe-se que existe uma carência de capacitação para os aspectos subjetivos e práticos do cuidar em saúde mental:

“Não há práticas de capacitação ou educação aqui no município. Recentemente, os residentes trouxeram novas formas de cuidados, de intervir na vida do usuário [...] eles que estão fazendo a diferença aqui.” (02E)

“Educação continuada a gente não tem [...] não saímos para fazer cursos, até pelo que eu vejo é uma falha da saúde mental estadual, não recebemos quase nada. Aí eu vejo que a falha nem é tanto do município, e sim do Ministério e do Estado. Quando sabemos de alguma coisa é congresso, quem “banca”, somos nós [...]” (06Z)

Oliveira *et al.*¹⁸ ressaltam que os profissionais devem ser capacitados a fim de atuarem como elo de união entre serviço e os usuários, bem como entre a família e a comunidade. Sentido este alicerçado segundo o Ministério da Saúde¹¹ na Por-

taria 3.088/2011, que confere à gestão o encargo de promover estratégias para a educação permanente dos profissionais.

A fragilidade sobre os processos de educação continuada, permanente ou qualificação profissional, é evidente aqui, é clara. A capacitação é evidenciada como sendo um ato unitário, pela busca individual pelo conhecimento, não havendo incentivos públicos para tal. O Ministério da Saúde e a gestão em saúde do Estado foram citados como instituições que poderiam viabilizar tal processo de qualificação, eximindo em parte a responsabilidade da gestão municipal. A inserção do programa de residência terapêutica é inferida mais uma vez, como sendo fundamental, pois promove o desenvolvimento de estudos dentro do Centro de Atenção Psicossocial, favorecendo assim a educação permanente dos sujeitos do estudo.

Com isso, o processo de produção requer uma qualificação permanente da força de trabalho, na perspectiva de aprimoramento constante da competência técnica. Requer o desenvolvimento de habilidades direcionadas para o trabalho em grupo e a satisfação dos usuários, como requisitos fundamentais para o perfil dos trabalhadores. Até porque, nos serviços de saúde mental, no que se refere à qualificação, parece haver uma exigência de formação específica em virtude da reorganização do modelo assistencial, o que impõe uma nova lógica de formação dos trabalhadores. No entanto, a realidade demonstra o descompasso entre o que se propõe na gestão dos recursos humanos no SUS e a realidade encontrada.¹⁴

Problemas e vantagens de estrutura

Nesta categoria será abordado, com enfoque dinâmico, os problemas e vantagens da estrutura física, no que se refere à percepção dos profissionais que trabalham na assistência e gestão do CAPS, quanto à adequabilidade, qualidade e manutenção da área física, na qual a unidade foi implantada, conforme as seguintes falas:

“O projeto do CAPSI foi implantado e adaptado à antiga Secretaria Municipal de Saúde [...] deveria ter um auditório climatizado, uma sala para atividades terapêuticas. Temos o espaço, mas não é adequado para funcionar no horário da tarde, porque é muito quente [...] deveria ser um espaço mais agradável, no sentido de não ser aquela pintura forte. Não são cores sensíveis para os usuários.” (05G)

“[...] é um espaço segregador. Salas fechadas, que infelizmente torna as práticas manicomial e isoladas né [...] é como, se cada profissional tivesse sua casa, talvez se tivesse menos salas e os profissionais ficasse mais agregado.” (08W)

Como observado, nas visões dos entrevistados, há inadaptabilidade da estrutura física às necessidades da equipe assistencial e gestora da unidade, frisada pela falta de clima-

tização do auditório, que impossibilita o desenvolvimento de atividades terapêuticas durante o período da tarde; deficiência de salas e/ou salas multiprofissionais, que implica diretamente sobre a assistência multidisciplinar e interdisciplinar.

Há desarmonia das cores, com as quais a unidade é vestida, desabonando os preceitos do acolhimento, o qual deve ser harmonioso e acolhedor para os usuários, familiares e profissionais; além da arquitetura espacial, a qual o serviço é apresentado, necessitando de uma possível estrutura que possuísse um sistema arredondado, o qual favorecesse maior contato humano.

Conforme a Portaria 3.088/2011 a qual deu base para o planejamento de projetos de construção, reforma e ampliação da estrutura física, os ambientes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) as quais se constituem por base operacional fundamental para garantir a qualidade do cuidado e das relações usuário-equipas-territórios, devem promover relações e processos de trabalho em consonância com as diretrizes e os objetivos da rede em saúde mental caracterizada pela atenção humanizada, de base comunitária, territorial, substitutiva ao modelo asilar, pelo respeito aos direitos humanos, à autonomia e à liberdade das pessoas.¹⁹

Fica claro que o contexto desvelado se deve à tímida investidura ideológica, política e profissional sobre o desenvolvimento, lapidação e priorização dos serviços substitutivos em saúde mental, e que tais problemas estão emergindo no cotidiano das equipes de saúde. Já que a própria implantação dessa rede de Atenção Psicossocial não vem se constituindo como prioridade nos orçamentos públicos, o que reflete diretamente na estrutura das instituições e nas condições de trabalho da equipe.¹¹

Por conseguinte, ao compreender a unidade dialética das falas analisadas pode-se denotar que a construção política gestora a qual manifesta interesse e apoio à implantação de um CAPS não se adequa aos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, a qual instituiu a socialização, a quebra de barreiras, a humanização com uma vertente para as condições estruturais sob a qual a futura unidade psicossocial seria implantada. Há a expressa notoriedade na inadequação da área física e dos componentes que se fazem necessários para um bom funcionamento e desenvolvimento de práticas que objetivem a socialização e desmistificação da loucura.

A inadequação das instalações físicas pode ser observada também em outra pesquisa que abordou a insatisfação com o trabalho em saúde mental em um CAPS de Fortaleza, na qual expõe as más condições de trabalho, além das dificuldades em desenvolver atividades terapêuticas em espaços pequenos e inadequados.¹¹

As orientações para a elaboração de projetos de construção, para a reforma e ampliação dos CAPS, estão descritas no Manual de Estrutura Física destas unidades segundo o Ministério da Saúde¹⁹ em que devem contar, no mínimo, com os seguintes ambientes: recepção, salas de atendimento individualizado, salas de atividades coletivas, espaço de convivência, banheiros com chuveiro e com

sanitário adaptado para pessoas com deficiência, posto de enfermagem, sala administrativa, sala de reunião, almoxarifado, refeitório, cozinha, banheiro com vestiário para funcionários, depósito de material de limpeza, rouparia, abrigo de recipientes de resíduos (lixo) e abrigo externo de resíduos sólidos, área externa para embarque e desembarque de ambulância e área externa de convivência.

Conforme observado no Manual de Estrutura Física dos Centros de Atenção Psicossocial, a conformação espacial arquitetônica destas unidades de saúde se constrói de forma coletiva, não havendo aparente segregação ou conformação de núcleos profissionais isolados. Contraria a organização da estrutura física existente caracterizada no cenário do estudo, onde os profissionais se resguardam dentro de seus consultórios, exercendo conforme observado nas falas supracitadas um cuidar fragmentado isolado, o qual tende a segregar e dificultar as relações interpessoais e a troca de conhecimento.

As vantagens extraídas da significação do contexto analisado são poucas, em que é apontada a qualidade da amplitude da estrutura, a qual é quebrada pela exposição da grande demanda de usuários e profissionais que trabalham na unidade, corroborando para a sua inadequação. Para a gestão, a readaptação de um serviço de saúde a exemplo o Centro de Atenção Psicossocial em um espaço o qual se constituiu um órgão administrativo, por questões de reaproveitamento pode-se configurar como vantagem, uma vez que, a unidade já estava solidificada. Porém, essa solidificação se constituiu em um modelo segregador, o qual não atende ao viés da Reforma Psiquiátrica, que trabalha com seres humanos em uma coletividade.

CONCLUSÃO

O contexto desvelado neste estudo demonstra que há inconformidade na harmonia da estrutura física, pela inadequação da arquitetura da unidade, a qual predispõe a individualização das relações, havendo a necessidade de ambientes multiprofissionais para práticas coletivas, devidamente climatizados e harmônicos com as cores que revestem a unidade. Tamanha desconstrução acaba por não satisfazer as necessidades da equipe de saúde e da população adscrita.

Quanto ao processo de trabalho, o cenário é sugestivo de subfinanciamento em que o município tem que arcar com grande parte dos custos, tendo a União, uma tímida participação. A relação interdisciplinar entre profissionais assistenciais e gestão é desvelada como falha, pela falta de cogestão. Há inconformidade do cumprimento da jornada de trabalho semanal entre os profissionais, ligado à prática informal da troca de favores, e a regulamentação da jornada laboral pelos Conselhos de Classe.

Tais deficiências corroboram para uma possível sobrecarga de trabalho, somando-se a uma grande demanda de usuários e a falta do profissional médico. É notório que a

inclusão da educação permanente desenvolvida neste estudo através da Residência Terapêutica em Saúde Mental trouxe um impacto positivo, pois se tornou fundamental para a conformidade das relações multiprofissionais, através do desenvolvimento crítico e metodológico da relação sujeito-trabalho. Isso motiva os profissionais a buscar iniciativas coparticipativas dentro do nicho laboral o qual se encontram.

Assim, percebe-se a necessidade da implantação de medidas que consolidem a Reforma Psiquiátrica, a qual trabalha com a coletividade em saúde pública. Que os membros que fazem parte da assistência e da gestão se inter-relacionem de forma coparticipativa, almejando a qualidade da atenção prestada. Sugere-se que os gestores desenvolvam reuniões mensais com os coordenadores e profissionais envolvidos nos serviços de saúde, para que se possam conhecer os nós do CAPS, promovendo debates, planejamento de ações que possam melhorar o desempenho da qualidade da assistência prestada.

REFERÊNCIAS

1. Borges CF, Baptista TW. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2008 Feb [cited 2014 Maio 11]; 24(2):456-68. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000200025&lng=en.
2. Ministério da Saúde (BR). Sistema Único de Saúde. Portal da Saúde. O que é Reforma Psiquiátrica? Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
3. Campos RT, Furtado JP, Passos E, Ferrer AL, Miranda L, Gama CA, et al. Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2009 Aug [cited 2014 Maio 11]; 43(Suppl 1): 16-22. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000800004&lng=en.
4. Barros S, Salles M. Gestão da atenção à saúde mental no Sistema Único de Saúde. *Rev. esc. enferm. USP* [Internet]. 2011 Dec [cited 2014 Maio 04]; 45(spe2): 1780-5. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000800025&lng=en.
5. Ministério da Saúde (BR). Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 86p.
6. Machado DK, Camatta MW. Apoio matricial como ferramenta de articulação entre a Saúde Mental e a Atenção Primária à Saúde. *Cad. saúde colet.* [Internet]. 2013 June [cited 2014 Maio 04]; 21(2): 224-32. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2013000200018&lng=en.
7. Hartz ZM, Contandriopoulos AP. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2004 [cited 2014 Maio 04]; 20(Suppl 2):331-6. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000800026&lng=en.
8. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (BR). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo populacional 2010. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2010.
9. Minayo MC. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11.ed. São Paulo: Hucitec, 2008.
10. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde – CNS. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. Resolução n. 466/2012. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
11. Guimarães JM, Jorge MS, Assis MA. (In)satisfação com o trabalho em saúde mental: um estudo em Centros de Atenção Psicossocial. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2011 Apr [cited 2014 Maio 04]; 16(4): 2145-54. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000400014&lng=en.
12. Ministério da Saúde (BR). Portaria n° 3.089, de Dezembro de 2011. Financiamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
13. Sampaio JJ, Guimarães JM, Carneiro C, Garcia FC, et al. O trabalho em serviços de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica: um desafio técnico, político e ético. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2011 Dec [cited 2014 Maio 04]; 16(12): 4685-94. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001300017&lng=en.
14. Jorge MS, Guimarães JM, Nogueira ME, Moreira TM, Moraes AP, 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.* [Internet]. 2007 Sep [cited 2014 Maio 04]; 16(3): 417-25. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072007000300006&lng=en.
15. Scherer MD, Pires D, Schwartz Y. Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2009 Aug [cited 2014 Maio 04]; 43(4): 721-5. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000400020&lng=en.
16. Ministério da Saúde (BR). Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da reforma psiquiátrica. Relatório de Gestão: 2007-2010. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
17. Tesser, CD, Sousa, IM. Atenção primária, atenção psicossocial, práticas integrativas e complementares e suas afinidades eletivas. *Saude soc.* [internet]. 2012 June [cited 2014 Maio 04]; 21(2):336-50. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000200008&lng=en&nrm=iso.
18. Oliveira M A, Cestari TY, Pereira MO, Pinho PH, Gonçalves RM, Claro HG, et al. Processos de avaliação de serviços de saúde mental: uma revisão integrativa. *Saúde debate* [Internet]. 2014 June [cited 2014 Maio 04]; 38(101): 368-78. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000200368&lng=en.
19. Ministério da Saúde (BR). Manual de Estrutura Física dos Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento: Orientações para Elaboração de Projetos de Construção de CAPS e de UA como lugares da Atenção Psicossocial nos territórios. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

Recebido em: 05/02/2016

Revisões requeridas: Não

Aprovado em: 15/06/2016

Publicado em: 10/04/2017

Autor responsável pela correspondência:

Israel Coutinho Sampaio Lima

Rua Alameda Gravatá, Quadra 301, n°10

Edifício Andrea Palladio, Apt. 303

Águas Claras, Brasília, Distrito Federal

E-mail: isracoutinho@hotmail.com

CEP: 71901-200