

Reflexões sobre os ruídos presentes no processo de trabalho no Centro de Atenção Psicossocial¹

Reflections on the noise present in the process of working on Psychosocial Care Center
Reflexiones sobre el ruido de presente proceso de trabajo en lo Centro de Atención Psicossocial

Valéria Cristina Christello COIMBRA², Luciane Prado KANTORSKI³,
Michele Mandagará de OLIVEIRA⁴, Cláudio Tosi CAVADA⁵,
Gimene Cardozo BRAGA⁶, Denise Bermudez PEREIRA⁷,
Cristiane Kenes NUNES⁸, Eneida Mandagará de OLIVEIRA⁹.

RESUMO

Este artigo objetiva discutir os ruídos do processo de trabalho de um Centro de Atenção Psicossocial. Este estudo se caracteriza por ser um estudo de caso, descritivo e analítico, com abordagem qualitativa dos dados. O trabalho de campo foi realizado nos meses de maio e junho de 2003. Os sujeitos da pesquisa foram 11 usuários acolhidos no CAPS e os 4 profissionais responsáveis pelo acolhimento. Os dados foram analisados a partir da análise temática. Foi observado como ruídos: a divisão social do trabalho da equipe do CAPS estudado, dificuldades no sistema de referência e contra-referência e o trabalho do médico psiquiatra centrado apenas nas consultas e pouco participativo do acolhimento no CAPS. O acolhimento do CAPS é uma estratégia de organização dos serviços de saúde de forma para que seja usuário-centrado, mas para isso os ruídos devem ser observados e discutidos entre equipe e usuários para que o trabalho no CAPS garanta o acesso, a integralidade das ações e a resolutividade das necessidades.

Descritores: saúde mental; acolhimento; processo de trabalho.

ABSTRACT

This article discusses the noise of the working process of a Psychosocial Attention Center. This study is characterized as a case study, descriptive and analytical, with a qualitative approach. The fieldwork was conducted during May and June 2003. The study subjects were 11 users welcomed the CAPS and four professionals responsible for the welcoming. The data were analyzed using thematic analysis. Was observed as noise: the social division of labor CAPS team studied difficulties in the reference system and cross-reference and the work of the psychiatrist focusing only on participatory consultations and little acceptance in CAPS. The host of CAPS is a strategy for organizing health services in order to be user-centric, but for this noise should be observed and discussed among staff and users to work in CAPS ensure access, the integrity of actions and the resolution needs.

Descriptors: mental health; user embracement; process work.

RESUMEN

Este artículo aborda el ruido del proceso de trabajo de un Centro de Atención Psicossocial. Este estudio se caracteriza por ser un estudio de caso, descriptivo y analítico, con un enfoque cualitativo. El trabajo de campo se llevó a cabo durante mayo y junio de 2003. Los sujetos del estudio fueron once usuarios del CAPS y cuatro profesionales responsables de la acogida. Los datos fueron analizados utilizando La análisis temática. Se observó como ruido: la división social del trabajo del equipo CAPS estudiado, las dificultades en el sistema de referencia y la referencia cruzada y el trabajo del psiquiatra centrarse sólo en las consultas. La acogida del CAPS es una estrategia para la organización de los servicios de salud a fin de ser centrado en el usuario, pero todos los ruidos deben ser observados y discutidos entre los profesionales y los usuarios trabajar en equipos para garantizar el acceso, la integridad de las acciones y la resolución de las necesidades.

Descriptorios: salud mental; acogimiento; proceso de trabajo.

¹Este artigo é parte da dissertação de mestrado intitulada: O acolhimento no centro de atenção psicossocial apresentada na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2003. Bolsa CAPES.

²Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. E-mail: valeriacoimbra@hotmail.com

³Professora Doutora do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. Apoio CNPq.

⁴Professora Doutora do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas.

⁵Enfermeiro mestrando do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas.

⁶Enfermeira Mestranda do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas e Bolsista de Demanda Social da CAPES.

⁷Enfermeira. Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas.

⁸Acadêmica do 6º semestre da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. Bolsista de Iniciação Científica CNPq.

⁹Enfermeira da Estratégia Saúde da Família de Itajaí-SC. Especialista em Formação Profissional UFES/FIOCRUZ.

INTRODUÇÃO

A reorientação do modelo de cuidado a saúde mental tem possibilitado a criação de novos serviços que são serviços não só extra-hospitalares, mas que tem uma complexidade de funções envolvendo um caráter, não só de atendimento centrado no diagnóstico da doença, mas, sobretudo, de produzir também novas intervenções sociais e novas concepções culturais da loucura.

Neste novo modelo de atenção a doença deve ser colocada entre parênteses, com isso o olhar deixa de ser exclusivamente técnico ou clínico, a pessoa passa a ser o objeto de trabalho, a ênfase não será mais no processo de cura, mas no processo de invenção da saúde e de reprodução social do paciente.¹

É necessário explicar melhor esta mudança de objeto de trabalho na área de saúde mental, que não significa apenas que se ignore a doença, até porque não se pode ignorá-la, mas trata-se de reconstituir as pessoas, enquanto pessoas que sofrem, como sujeitos, e para isso é necessário ter um olhar ampliado sobre a doença.²

Assim, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) destinam-se a acolher, escutar, tratar, reintegrar e oferecer liberdade de ir e vir aos usuários, tendo a comunidade e outros setores como parceiros. O apoio técnico nos CAPS é feito por uma equipe multiprofissional, que deve estar voltada para facilitar a interação paciente/família/comunidade, através de atividades desenvolvidas no serviço.³

Dentre as varias atividades da equipe multiprofissional no CAPS está o acolhimento que busca a escuta e da resolução do problema do usuário.

As práticas atuais identificam as necessidades constituídas em um processo sócio-histórico que se expressam de várias formas e que podem ou não ser reconhecidas e tomadas como objeto, o acolhimento se dá nessa relação ao reconhecer as necessidades individuais/coletivas, transformando estas em objeto das ações de saúde.⁴

O novo modelo da assistência visa a satisfação das “necessidades sociais”, defende o direito de cidadão do indivíduo com transtorno mental, o direito de possuir um atendimento digno, em que não aconteça sua despersonalização e reclusão.⁵

Ressalta-se que as “necessidades da sociedade” aos poucos vêm se transformando.⁵ O que antes era a exclusão dos doentes mentais da sociedade, para “livrar a sociedade dos incapazes e da periculosidade”, atualmente, está se transformando, com a necessidade de reinserção desses, então excluídos.

As importantes mudanças no sistema de saúde brasileiro, como por exemplo, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) privilegiaram a implantação e as transformações efetivas na área de saúde mental, pois este sistema de saúde objetiva a descentralização, a universalidade, serviços organizados de forma regionalizada e hierarquizada, a integralidade da atenção e a participação social, tudo visando o direito à saúde e à cidadania.⁶

A partir dessas reflexões iniciais, este artigo objetiva discutir os ruídos do processo de trabalho de um Centro de Atenção Psicossocial.

METODOLOGIA

Este estudo se caracterizou por ser um estudo de caso, descritivo e analítico, com abordagem qualitativa dos dados.

O estudo foi realizado no CAPS Simões Lopes Neto e a escolha dos profissionais entrevistados foi de forma intencional, uma vez que tinha interesse de trabalhar com os profissionais ligados diretamente com o ato de acolher, logo, o número total de entrevistados foi de 4 profissionais. Dos usuários acolhidos no período de coleta de dados, foram entrevistados aqueles que preenchessem os critérios de seleção, sendo assim foram entrevistados 11 usuários. Os dados para a discussão também foram obtidos a partir da observação realizada no serviço durante o mês de maio e junho de 2003, totalizando 65h e 40 minutos.

Os usuários observados foram selecionados a partir de um critério único que foi de serem acolhidos no serviço dentro do período de coleta de dados.

A coleta de dados deu-se através de duas técnicas de pesquisa: a observação e as entrevistas. Estas duas técnicas complementaram-se e a partir delas foram coletadas as informações necessárias para analisar o acolhimento no CAPS.

O trabalho de campo foi realizado no período de maio a junho de 2003, pelo período da manhã e tarde de acordo com o expediente externo do CAPS, que funcionava de segunda à sexta das 8:00 às 12:00 horas e das 13:30 às 18:00 horas, menos nas quartas pela manhã, que era destinado ao expediente interno, para reuniões de equipe ou reuniões da coordenação dos CAPS, não funcionando, assim, para qualquer tipo de atendimento.

Os 4 profissionais envolvidos na pesquisa foram identificados com os seguintes nomes: Nunes, Moura, Aparecida e Jarau. Estes foram extraídos do livro "Lendas do Sul", do escritor pelotense Simões Lopes Neto, e são personagens principais dos seguintes contos: A Salamandra do Jarau e O Negrinho do Pastoreio.

Os usuários envolvidos na pesquisa foram identificados com os seguintes nomes: Chico, João, Lalica, Juca, Rosa, Tudinha, Maria, Tanásia, Talapa, Lessa, Bonifácio. Estes foram extraídos do livro "Contos Gauchescos", do escritor pelotense Simões Lopes Neto, e consistem em personagens principais dos seguintes contos: O Jogo do Osso, O Mate de João Cardoso, Os Cabelos da China, O Negro Bonifácio, No Manantial, Melância e Coco Verde, e Deve um Queijo.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo protocolo 0347/2003.

A análise dos dados se deu por meio da análise temática. Neste recorte será discutido o tema referente reflexões sobre os ruídos presentes no processo de trabalho no Centro de Atenção Psicossocial abordando os seguintes aspectos a divisão do trabalho da equipe do CAPS estudado, o

sistema de referência e contra-referência e como acontece e o trabalho do médico psiquiatra no CAPS.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

O CAPS iniciou seu funcionamento em setembro de 1992. No início, era um serviço de saúde mental dentro da unidade de saúde do bairro.

A equipe realizava intervenções na comunidade, sem muitos resultados, isto os levou a criar estratégias que pudessem facilitar um diagnóstico mais correto das pessoas com transtornos psíquicos da comunidade. Assim, foram realizadas visitas domiciliares a essas pessoas e suas famílias, tentando mobilizá-las para a criação de um serviço de saúde mental no bairro.³

Em novembro de 1993, mês em que passou a se comemorar o aniversário do serviço, a casa, abriu suas portas e recebeu o novo trabalho.⁷

Trata-se de um CAPS tipo II, de acordo com a portaria 336, 19 de fevereiro de 2002 do Ministério da Saúde, pois têm capacidade operacional para atender 70.000 habitantes, e é um dos sete CAPS do município de Pelotas cadastrados no Ministério da Saúde.

Este serviço adotou algumas premissas que visam desconstruir a relação manicomial, presente nas mais variadas modalidades de atenção à saúde. A liberdade de ir e vir do serviço visava a não imposição de rotinas e horários de participação ao usuário, a equipe discutia sobre as atividades que poderiam oferecer mais benefícios ao usuário. Na reintegração social, o usuário participava de oficinas, tinha acompanhamento individual e grupal, dentre outras atividades, para estimular sua socialização, compartilhar seus sentimentos, estabelecer um diálogo com a família e uma interação com a comunidade.³

*Gostei do atendimento, bastante espaço para a pessoa esperar com tempo, olha formidável, bem perto da minha casa, até ali é 8 ou 10 minutos (a pé) se levar, tomara que eu fique boa.
(Maria)*

A proximidade com os bairros de sua área adscrita e o fácil acesso geográfico também contribuem para o acolhimento dos usuários.

Na ocasião do desenvolvimento deste trabalho o CAPS atendia encaminhamentos de qualquer serviço de saúde de qualquer parte da cidade, desde que este estivesse especificado para o CAPS e que a pessoa encaminhada fosse moradora da área adscrita do serviço.

O encaminhamento era atendido pelo profissional responsável pelo acolhimento, que avaliava se esta pessoa necessitava ser acompanhada ou não, e de acordo com esta avaliação a pessoa era encaminhada para uma avaliação psiquiátrica, psicológica ou para qualquer outra intervenção terapêutica oferecida pelo serviço.

Os usuários nos chegam e de uma forma rápida e acessível, a gente disponibiliza o acolhimento, onde nós, através desse processo, a gente determina e encaminha as pessoas de acordo com suas necessidades. (Nunes)

Para cada usuário em tratamento, a equipe estabelecia um plano terapêutico individual, este era feito de acordo com as necessidades do usuário, sendo dirigido à pessoa e não somente a sua patologia. A equipe procurava utilizar as atividades do CAPS que mais ofereciam ajuda ao usuário, garantindo assim a participação do usuário e da sua família no tratamento.

Os familiares dos usuários participavam de grupos de medicação, de grupos de familiares de usuários com recaídas de drogas, de grupos de familiares com e sem os usuários, algumas mães de usuários freqüentavam e orientavam as oficinas de culinária e de costura.

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS II, segundo a portaria 336/02 do Ministério da Saúde, deve ser composta por 1 médico psiquiatra, 1 enfermeiro com formação em saúde mental, 4 profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico, 6 profissionais de nível médio (técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão).

No CAPS, o trabalho interdisciplinar acontecia de forma que o Campo de Competência e o Núcleo de Competência dos profissionais interagiam durante a maioria do tempo durante a execução do trabalho.

O trabalho interdisciplinar caracteriza-se pelo fato de que cada profissional da equipe tem suas responsabilidades individuais e ao mesmo tempo é co-responsável pelo conjunto de intervenções realizadas pela equipe, e ela responde pela obtenção dos resultados esperados frente às necessidades de saúde de cada usuário, família e comunidade.⁸

Foi observado que no acolhimento do CAPS existia uma divisão social e técnica do trabalho, ou seja, uma divisão entre a equipe técnica (profissionais de nível superior) e a equipe de apoio (profissionais de nível médio).

A divisão técnica no acolhimento do CAPS se dava no parcelamento do trabalho, os recepcionistas ficavam responsáveis por recepcionar o usuário e encaminhar direto para o profissional responsável pelo acolhimento no dia. Os profissionais responsáveis pelo acolhimento (um enfermeiro, uma assistente social, e duas psicólogas) realizavam o acolhimento e encaminham de acordo com a necessidade do usuário, para uma intervenção terapêutica. Os outros profissionais, como, por exemplo, o médico psiquiatra ficava responsável pelos atendimentos mais complexos que necessitassem de uma intervenção para avaliação ou medicamentosa, poderia se dizer que ele ficava na retaguarda do acolhimento.

A divisão social do trabalho se dava por meio da divisão do trabalho intelectual e manual entre os profissionais. A equipe técnica responsável pelo acolhimento dos usuários elaborava, pensava, definia e realizava o mesmo, participando de todas as etapas do trabalho em saúde. Já os recepcionistas, que faziam parte da equipe de apoio, apenas participavam da primeira etapa do acolhimento, que era estritamente manual (preenchimento dos dados pessoais do usuário), eles não participavam da organização do acolhimento. Nessa divisão social do trabalho, o produto do

trabalho de um profissional pertence a outro. No caso, o produto do trabalho do recepcionista pertencia ao técnico responsável pelo acolhimento.

Os recepcionistas, apesar de terem seu trabalho ser normatizado, ou seja, atos estabelecidos em seu "modo de atuar", eles estabeleciam uma relação "acolhedora" com o usuário que chegava ao CAPS.

Mehry diz que o recepcionista pode decidir ser um "quebra o galho" do usuário, ou pode até decidir se o usuário está em situação de maior ou menor "necessidade" por serviço, e assim por diante.⁹

Neste estudo foi observado que os recepcionistas têm importante papel no acolhimento, pois estes profissionais não barravam os usuários na entrada, mesmo se o usuário não tivesse encaminhamento.

Um exemplo é o de Tanásia que veio encaminhada ao CAPS, mas o atual endereço ficava na área de abrangência de um outro CAPS, outro exemplo é o caso de Lessa, que foi ao CAPS com um encaminhamento para o CAPS, não foi "barrado na porta", ou seja, o recepcionista foi conversar com o profissional que estava responsável pelo acolhimento para explicar a história do usuário, e só depois fez a ficha de acolhimento, o endereço residencial de Lessa só foi confirmado no ato do acolhimento.

Aparecida perguntou por que Lessa foi até o CAPS estudado se o encaminhamento era para outro CAPS.

Lessa respondeu que morava perto do CAPS estudado.

Aparecida perguntou por que então ele consultou na UBS do bairro do outro CAPS.

Lessa respondeu que no bairro da UBS onde consultou mora sua tia e ele não estava morando mais com ela, pois há alguns meses mudou-se para o bairro do CAPS estudado.

Aparecida perguntou com quem Lessa morava.

Aparecida perguntou se caso precisasse fazer uma visita domiciliar e fosse na casa dele se iria encontrá-lo.

Lessa respondeu que sim, menos no final de semana, que ele vai para a casa da tia. (OBS 1).

Mehry diz que a função da porta não é mais barrar e limitar o atendimento e, sim, responder aos problemas que ali aparecem de modo criativo, explorando ao máximo as tecnologias leves que os profissionais dispõem, utilizando seus saberes nas relações.⁹

Na maioria dos serviços de saúde, os usuários vão em busca de uma consulta médica para resolver suas necessidades, mas o que percebeu-se no CAPS foi que os usuários iam ao serviço buscando ser atendidos por algum profissional, não importando qual fosse sua formação, desde que este estivesse disposto a escutá-lo e entender suas necessidades.

A lógica do trabalho interdisciplinar também está sendo entendida pelos usuários, pois, de todos os acolhidos, apenas um, foi ao CAPS querendo ser atendido pelo médico.

Os encaminhamentos também são pontos importantes para a organização da demanda, pois o CAPS é um serviço de referência da atenção básica. Notou-se a dificuldade da rede de saúde no que se relaciona com as referências e contra-referências.

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, evitando que o usuário se desloque a serviços de saúde desnecessariamente, tornando sua busca pela resolução de seu problema.

A referência e contra-referência deveriam funcionar de acordo com a lógica da complexidade do caso, garantir o retorno do usuário ao local que deu origem ao encaminhamento, quando for esta a indicação.

Os profissionais que realizavam o acolhimento no CAPS foram capazes de sensibilizar os usuários sobre a importância da área adscrita do serviço enquanto organizadora de demanda como também se mostraram acolhedores em seus atendimentos.

Foi observado que existem lacunas na rede de serviços de saúde mental, para atender uma demanda, que as vezes não é específica para o CAPS, mas que necessita de algum tipo de assistência à saúde mental.

Esta ausência de serviços extra-hospitalares, de caráter social, que dêem suporte ao CAPS e que possam assumir esta demanda que necessita de uma interação social, deveria também fazer parte das políticas de saúde mental dos municípios, como, por exemplo, os centros de convivência, ou que as comunidades através das associações de bairros, disponibilizassem atividades culturais, artísticas e de lazer em seu bairro com apoio das secretarias municipais.

Em outra observação, percebeu-se a falta de uma organização no sistema local de saúde que fazia com que casos que poderiam ser resolvidos na atenção básica à saúde passassem a ser encaminhados ao CAPS, que devolvia o usuário para a rede básica, pois entendia que era um caso de transtorno leve e que poderia ser tratado a nível de Unidade Básica de Saúde (UBS).

Se houvesse de um processo educação permanente sobre saúde mental para os profissionais da rede básica, muitos casos poderiam ser assistidos na atenção básica. Para, episódios como este, poderiam obedecer a uma outra dinâmica totalmente diferente se as UBS representassem uma oferta significativa de atendimento ambulatorial de qualidade.¹⁰

O CAPS possuía um trabalho volante, ou seja, existia um profissional que ficava responsável para dar suporte à UBS do bairro, uma vez por semana. Este trabalho tinha o objetivo de qualificar e ajudar as UBS no que se refere à capacitação das equipes de atenção básica sobre a saúde mental.

A substituição asilar depende da construção e do bom funcionamento de uma rede de atenção em saúde mental, rede que tem os CAPS como unidades estratégicas, mas que inclui uma série de outros serviços, como unidades psiquiátricas em hospital geral, ambulatorios, bom atendimento de saúde mental nas unidades básicas, programas de moradia terapêutica, um bom

sistema de emergência e de controle das interações, e ainda acrescenta-se uma rede social e educacional, como programas de alfabetização de adultos, grupos de idosos, atividades culturais, dentre outros.¹⁰

O médico ficava restrito a participação apenas em um grupo e nas consultas médicas. O trabalho médico tinha como lógica a agenda/consulta tornando seu trabalho numa tecnologia dura.

A organização parcelar do trabalho fixa os trabalhadores em uma determinada etapa do projeto terapêutico, desta forma ficam os trabalhadores sem interação com o produto final da sua atividade laboral, mesmo que tenham dele participado, pontualmente como não há interação não haverá compromisso com o resultado de seu trabalho.¹¹

As práticas estereotipadas que ocorrem nas profissões muitas vezes cristalizam procedimentos, e isso pode ser entendido “preconceito tecnológico”, um o preconceito que leva cada profissional a fazer exatamente o que assimilou de um repertório de comportamento convencional moldado por sua profissão.¹²

Entretanto, o próprio processo de trabalho pode aprisionar o fazer saúde dos diversos profissionais, o profissional médico, por exemplo, muitas vezes, vê e percebe seu trabalho direcionado exclusivamente para clínica, mesmo sem concordar com isso acaba se tornando uma vítima de sua própria formação centrada no modelo biomédico que ainda é hegemônico.¹³

Ele percebe isso, assim como todos os outros, entretanto, a transformação deste modelo é necessária e urgente para a qualificação das práticas em saúde, em específico da saúde mental.

CONCLUSÃO

O acolhimento do CAPS mostrou-se como uma estratégia para organizar os serviços de saúde de forma que seja usuário-centrado, ou seja, no eixo da organização do trabalho esteja o usuário, e para isso deverá ser garantido o acesso, a integralidade das ações e a resolutividade das necessidades.

O atendimento da rede de saúde e social de apoio ao CAPS precisa ser fortalecido por meio de maiores investimentos e melhores distribuições dos serviços de referência, pois muitos casos que poderiam ser atendidos na atenção básica são encaminhados ao CAPS.

A atenção básica tem potencialidades para atender a demanda de usuários com transtornos leves, e para isso seria necessária uma educação permanente de saúde mental para estes profissionais da rede básica, além de ampliar o apoio matricial que já vem recebendo.

Outra premissa importante consiste na necessidade de organizar o processo de trabalho no sentido que todos profissionais possam participar do acolhimento, inclusive os recepcionistas e o médico, que muitas vezes se vê aprisionado unicamente a clínica.

REFERÊNCIAS

1 Amarante P. O homem e a serpente. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

- 2 Rotelli F, Amarante P. Reformas psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos. In: Bezerra Jr B, Amarante P. (org). *Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992. p.41-55.
- 3 Kantorski LP, Machado AT, Oliveira CA. *Centro de Atenção Psicossocial - Reinventando o cuidado em Saúde Mental*. Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis 2000, jan./abr, 9(1): 233-43.
- 4 Matumoto S. *O Acolhimento: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde*. 1998. 226 p. Dissertação [mestrado]-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- 5 Mendes Gonçalves RB. *Práticas de saúde: processo de trabalho e necessidades*. Cadernos CEFOR, São Paulo 1992, Prefeitura Municipal de São Paulo.
- 6 Alves DSN, Seidl EF, Schechtman A, Silva RC. *Reestruturação da atenção em Saúde Mental: Situação atual, diretrizes e estratégias*. In: Amarante P.(org). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.p.195-201.
- 7 Oliveira C. *O cuidado em saúde mental em um serviço de atenção diária*. 2000. Monografia [conclusão de curso] Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.
- 8 Peduzzi SA. *O enfermeiro no PSF*. São Paulo: Secretaria da Saúde, 2000.
- 9 Merhy EE. *Em busca do Tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde*. In: Merhy EE, Onocko R. (org). *Agir em saúde um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71-112.
- 10 Tenório F. *Desmedicalizar e subjetivar: a especificidade da clínica da recepção* In: *A clínica da recepção nos dispositivos de saúde mental*. Cadernos IPUB. Rio de Janeiro 2000, 4(17): 79-91.
- 11 Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. *O acolhimento e os processos de trabalho em saúde:o caso de Betim Minas Gerais, Brasil*. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro 1999, abr./jun. 15 (2): 345-53.
- 12 Goldberg J. *Reabilitação como processo - o centro de atenção psicossocial - CAPS*. In: Pitta AMF. (org) *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitc, 1996. p. 33-47.
- 13 Goncalves RJ, Soares RA; Troll T, Cyrino EG. *Ser médico no PSF: formação acadêmica, perspectivas e trabalho cotidiano*. Rev. bras. educ. med. [online]. 2009, 33(3):382-92.