



Revista de Saúde Pública

ISSN: 0034-8910

revsp@usp.br

Universidade de São Paulo
Brasil

Terra da Silva, Marcia; Lancman, Selma; do Carmo Alonso, Carolina Maria
Conseqüências da intangibilidade na gestão dos novos serviços de saúde mental
Revista de Saúde Pública, vol. 43, núm. 1, agosto, 2009, pp. 36-42
Universidade de São Paulo
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67240181007>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Marcia Terra da Silva^I

Selma Lancman^{II}

Carolina Maria do Carmo
Alonso^{III}

Conseqüências da intangibilidade na gestão dos novos serviços de saúde mental

Consequences of intangibility in the management of new mental health services

RESUMO

OBJETIVO: Analisar a organização do trabalho em centros de atenção psicossocial a partir da lógica da área de gestão de serviços.

MÉTODOS: Foi realizada uma análise organizacional por meio de estudo de caso em um serviço de atenção psicossocial em São Paulo (SP), entre 2006 e 2007. Foram analisadas cinco fontes de informação: documentos do Ministério da Saúde, relatórios de pesquisa realizada no serviço estudado, registros do serviço, entrevistas com trabalhadores do CAPS e gestores de saúde e observação simples. As entrevistas versaram sobre objetivos, resultados e avaliação do processo de trabalho. Cada fonte recebeu tratamento diferenciado de acordo com sua finalidade. Posteriormente um diálogo dos resultados obtidos visou a construção de uma cadeia de observações sobre a qual se fundamentou o estudo do caso.

RESULTADOS: O CAPS se propõe a entregar resultado altamente intangível, que contempla o usuário no seu contexto social. A mudança almejada nas condições do usuário foi descrita como “a pessoa vivendo melhor”. Tal condição possui difícil definição e compreensão acerca dos detalhes e limites dessa mudança, sendo, portanto, difícil medir os resultados. Aliado a isso, o processo de trabalho envolve atividades não rotineiras, não previstas e algumas vezes simultâneas, de tal forma que a equipe encontra dificuldade de reconhecer e legitimar os esforços para fazer o trabalho acontecer, fato descrito pelos trabalhadores como invisibilidade do trabalho.

CONCLUSÕES: O processo de avaliação mostrou-se um aspecto complexo dessa intangibilidade aliado à inadequação e a insuficiência da estrutura administrativa do sistema de saúde municipal para acolher um serviço dessa natureza. Os resultados permitiram compreender melhor um campo de trabalho em que a subjetividade de trabalhadores e de usuários é inerente ao processo de gestão de serviços.

DESCRITORES: Serviços de Saúde Mental. Recursos Humanos em Saúde. Gestão em Saúde. Estudos de Casos Organizacionais. Organização do trabalho.

^I Departamento de Engenharia de Produção. Escola Politécnica. Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil

^{II} Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional. Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo. (FMUSP) São Paulo, SP, Brasil

^{III} Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação. FMUSP. São Paulo, SP, Brasil

Correspondência | Correspondence:

Marcia Terra da Silva
Depto. Engenharia de Produção
Escola Politécnica da Universidade de São Paulo
Av. Prof. Almeida Prado, trav. 2, n. 128
Cidade Universitária
05508-070 São Paulo, SP, Brasil
E-mail: mtdsilva@usp.br

ABSTRACT

OBJECTIVE: To analyze work organization in psychosocial healthcare services from the logic of the service management field.

METHODS: Organizational analysis was performed, using a case study in a psychosocial healthcare service located in the city of São Paulo, Southeastern Brazil, between 2006 and 2007. A total of five sources of information were analyzed: *Ministério da Saúde* (Brazilian Ministry of Health) documents, research reports made in the service studied, service records, interviews with healthcare workers and managers and simple observation. Interviews dealt with objectives, results and assessment of work process. Each source was treated differently, according to its purpose. A subsequent dialogue about the results obtained aimed to make a set of observations on which the case study was founded.

RESULTS: The service proposes to deliver a very intangible result, which views the user in their social context. The intended change in the user's conditions was described as "the person living better". Such condition is difficult to be defined and understood in terms of the details and limits of this change, thus hindering measurement of results. In addition, the work process involves activities which are not routinary, not predictable and sometimes simultaneous, so that the team finds it difficult to recognize and legitimize efforts made to perform work, a fact described as "work invisibility" by workers.

CONCLUSIONS: The assessment process was found to be a complex aspect of this intangibility, associated with inadequacy and insufficiency of the municipal health system's management structure to include a service of this nature. Results enabled better understanding of a field of work where workers' and users' subjectivity is inherent in the service management process.

DESCRIPTORS: Mental Health Services. Health Manpower. Health Management. Organizational Case Studies. Work Organization.

INTRODUÇÃO

Com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil na década de 1990, os serviços públicos de saúde têm sofrido transformações. O SUS prevê um modelo de atenção em saúde mental com a criação de uma rede de serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, em que os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) desempenham papel estratégico e inovador.

O caráter estratégico refere-se ao seu papel central na articulação da rede de cuidados em saúde mental no território de abrangência. As atividades desenvolvidas pelos CAPS incluem: direcionamento local de políticas e programas de saúde mental, regulação da porta de entrada da rede de assistência, suporte e supervisão para o trabalho das equipes do Programa Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde, coordenação com o gestor local das atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas do território e atualização da lista de pessoas da região que fazem uso de medicamentos para saúde mental.⁸

O papel inovador do CAPS está na quantidade e diversidade de suas atribuições que envolvem o atendimento

clínico dos usuários e a articulação da rede de cuidados de saúde mental territorial.

A assistência prestada no CAPS é construída a partir de demandas individuais: dependendo do usuário e do acordo com ele estabelecido, define-se o processo terapêutico que pode ser atendimento individual (psicoterapia, acompanhamento terapêutico, consulta médica, atendimento domiciliar) e/ou grupal (grupos terapêuticos, oficinas, projetos de geração de renda, participação em eventos culturais e artísticos, entre outros). São processos longos, contínuos e permanentes, resultando no desenho de uma operação que suporte essas características.

O CAPS visa a mudar a cultura hegemônica em relação aos portadores de transtornos mentais severos e/ou persistentes. A construção de um projeto organizacional dessa natureza é uma tarefa difícil e deve ser tema de planejamento, reflexão e ações específicas.

Estudos mostram que a organização do trabalho no CAPS ocorre mais por acordos internos e pelas

condições de execução do trabalho do que em função do modelo que gerou esses serviços. Assim, cada equipamento define seu processo de trabalho a partir dos recursos de que dispõe.¹⁰

Esse funcionamento assegura um grau elevado de autonomia ao serviço, mas diminui as possibilidades de negociação com os gestores e a garantia de condições de trabalho e de infra-estrutura de pessoal, dos materiais necessários aos projetos e das instalações que diminuem o risco de um funcionamento improvisado e sem planejamento dos funcionários. Assim, o caráter inovador do CAPS demanda esforço na implantação de uma organização ajustada às suas necessidades, sendo necessário explicitar os pressupostos conceituais sobre a organização do trabalho.¹²

Tendo como pressuposto que o serviço prestado pelo CAPS configura-se como um caso extremo de produção de resultados intangíveis,² o presente estudo teve por objetivo analisar a organização do trabalho em centros de atenção psicossocial a partir da lógica da área de gestão de serviços.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Estudo integrante de uma pesquisa mais ampla sobre o processo de trabalho em serviços de saúde mental sobre as mudanças que vinham ocorrendo nas políticas deste setor, por meio de abordagens distintas.⁵

As teorias de gestão da produção fundamentam-se no sistema de produção industrial e passaram por transformações no século XX. Apresentaremos alguns marcos importantes dessa evolução teórica para embasar nossa discussão.

O modelo de produção industrial preconizado por Ford no início do século XX baseava-se na padronização e na especificação detalhada do produto e do processo de produção, na especialização do trabalhador e no controle da tarefa e do produto. Suas medidas de eficácia relacionavam-se com o alto volume de produção e o baixo custo do produto. Embora questionado nos últimos 50 anos, esse modelo não foi completamente superado, pois alguns de seus atributos permanecem nos novos modelos e são encontrados também na produção de serviços.

No contexto de serviços, os modelos de gestão mais desenvolvidos adicionam a concepção de valor para o cliente ao enfatizar que a produção do serviço está intrinsecamente ligada à existência de uma relação entre o usuário e o serviço. Os principais atributos da gestão de serviço remetem a quatro características fundamentais de produção: intangibilidade (condição de imaterialidade do resultado produzido); heterogeneidade (relacionada à dificuldade de padronizar resultados e processos de produção); perecibilidade (o serviço não pode ser “estocado” para consumo posterior) e simultaneidade

da produção e consumo, que leva o usuário a participar da produção como um co-produtor.

Bowen & Ford² constatam diferenças na avaliação da efetividade e da eficiência das operações, na elaboração da estratégia de produção e na definição dos processos de produção entre a produção de bens tangíveis e serviços intangíveis. Descrevem a diferença entre organizações de serviços e manufaturas como “uma organização que produz alguma coisa que pode ser percebida, sentida e experimentada,” em contraposição a “uma organização que produz alguma coisa que pode ser vista, tocada e segurada.”

Devido à intangibilidade dos resultados, o administrador não tem medidas diretas para constatar a qualidade da produção, pois depende de percepções dos resultados dos usuários. Assim, os resultados finais de um serviço como o CAPS estão na percepção do usuário e da comunidade e não são apreendidos por instrumentos objetivos ou parâmetros desenvolvidos para outros serviços de saúde. Entretanto, do ponto de vista de gestão do serviço, os instrumentos de avaliação são necessários para conhecer falhas no processo e corrigi-las de modo a aprimorar os processos de gestão.

Alguns autores especializados em qualidade de serviços^{4,9} defendem o uso de questionários de pesquisa de opinião entre os usuários, definindo qualidade de serviço como a diferença entre percepção e expectativa do serviço pelos usuários. No entanto, esta forma de aferir qualidade é afetada pelo grau e tipo e intangibilidade do serviço.

A intangibilidade dos serviços possui duas dimensões: a física, relacionada ao grau de materialidade do serviço e a mental, referente ao grau de dificuldade para definir, formular ou entender o serviço de maneira precisa. Quanto maior a segunda dimensão, mais difícil será explicitar percepção e expectativa no processo de aferição de qualidade, sendo necessária a validação de especialistas sobre o processo de produção.⁶

Esse caráter subjetivo tem implicações para a gestão do CAPS, em que a dificuldade da definição do processo de trabalho tem papel preponderante. Além da dificuldade de avaliação, o CAPS tem dificuldade de expressar as particularidades do processo de trabalho que não obedece a parâmetros descritivos das tarefas. Mesmo os trabalhadores têm dificuldade em definir o que fazem, pois seu trabalho não possui forma objetiva na esfera de um trabalho prescrito.³

O processo de produção deve ser capaz de lidar com a heterogeneidade dos indivíduos. Na produção industrial, os insumos são padronizados e controlados visando igualar o processo produtivo. Analogamente, nos serviços em massa, mesmo em serviços de saúde, a tentativa de controlar o processo leva a não se considerar toda a variabilidade entre usuários.

Ao propor novas formas de atendimento em saúde mental, novas formas de gestão são delineadas. No CAPS, o processo terapêutico é negociado entre usuário e profissional no início do tratamento e renegociado quando necessário, resultando em processos terapêuticos diferentes mesmo que o diagnóstico seja igual, pois as pessoas, as histórias, os contextos sociais não o são. A busca da uniformidade de padrão de comportamento ou de rotina dos trabalhadores não se aplica à gestão do CAPS e a heterogeneidade de processos é intensa e inerente a esse serviço.

O processo de produção dos serviços realizados no CAPS depende de um engajamento do usuário para que o serviço seja realizado.⁷ Trabalhador e usuário devem trabalhar juntos para obter resultados, definindo a participação nas atividades previstas, na avaliação e na eventual mudança do projeto terapêutico, o que exige desse usuário um comprometimento com todo o processo de produção do serviço no CAPS. Em outras palavras, o consumo e a produção do serviço prestado são simultâneos. Organizações com essa característica são forçadas a criar uma relação com o usuário que permita construir juntos alternativas de ação.

A simultaneidade entre produção e consumo influencia outro atributo: a perecibilidade, elemento-chave na gestão da capacidade e da demanda de um serviço, uma vez que um serviço não pode ser produzido com antecedência e armazenado para utilização posterior.

A avaliação de serviços de saúde, atualmente, considera as especificidades de cada contexto, incluindo as relações que produzem reflexos na operacionalização das práticas. No planejamento de saúde, a avaliação deve se adequar ao escopo da intervenção ou da racionalidade que dá suporte às diferentes práticas e contextos, além de considerar o caráter multidimensional, que abrange dimensões objetivas e subjetivas.¹

A avaliação dos serviços de saúde é concebida, tradicionalmente, a partir do número de atendimentos realizados ou do tempo de permanência do usuário no serviço. A produção desses serviços é apreendida pela diferença produzida nos indivíduos atendidos, diferença que nem sempre se traduz em medidas objetivas, mas na mudança de estado percebida pelo próprio usuário.

Na saúde mental, sobretudo no atendimento a usuários graves, a formulação de indicadores de gestão é complexa, pois a cura, pelo caráter crônico das patologias, nem sempre é possível. O atendimento pode não produzir nenhuma mudança no estado do paciente em curto prazo, quando são consideradas exclusivamente a “cura” ou a “alta” como finalidade.

As ações realizadas, contudo, produzem resultados na qualidade de vida, na redução de internações, na melhora do convívio familiar, entre outros. Esses

resultados não são mensuráveis e dificilmente poderão ser transformados em indicadores objetivos, dificultando a apreensão dos resultados, que são carregados de subjetividade e dubiedade para os trabalhadores e gestores.

Para a análise organizacional,¹¹ utilizou-se um estudo de caso como estratégia de pesquisa para averiguar um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto real.¹⁴

Foram utilizadas cinco fontes de informação: documentos governamentais federais, estaduais e municipais; relatórios e publicações dos dados da pesquisa a que se integra este artigo,⁸ análise de registros do CAPS estudado; entrevistas e observação simples. Essas diferentes fontes corroboraram na compreensão da inserção do serviço no cenário atual das políticas públicas em saúde mental.¹³

A coleta de dados em campo e a consulta a fontes documentais foram realizadas no período de fevereiro de 2006 a agosto de 2007. O serviço estudado foi um CAPS-I da cidade de São Paulo, SP, que contava com um quadro de 26 trabalhadores sendo 12 técnicos especializados: psiquiatras (3), psicólogos (4), terapeutas ocupacionais (2), enfermeiro (1) e assistentes sociais (2); nove profissionais de apoio: auxiliares de enfermagem (4), auxiliar de farmácia (1) e da administração (4) e cinco funcionários terceirizados divididos nas seguintes áreas: segurança patrimonial (2), limpeza (2) e cozinha (1). O fato de 30% dos profissionais desse serviço trabalharem na região há mais de 20 anos e possuírem uma dimensão histórica e crítica da concepção e implantação do serviço enriqueceu o estudo de caso.

Cada fonte recebeu tratamento de acordo com a finalidade de sua utilização. Posteriormente, realizou-se diálogo dos resultados para a construção de uma cadeia de observações¹⁴ sobre a qual se construiu o estudo do caso.

Os documentos governamentais e o relatório de pesquisa foram utilizados como fontes de dados simples, sem passarem por tratamento analítico. Entre outras informações, os documentos permitiram identificar o papel da organização e entender o conceito de serviço. A contraposição entre o previsto nos documentos e o descrito pelos trabalhadores fornece a base para a análise da organização do trabalho e auxilia a desvendar eventuais falhas de planejamento ou identificar condições de operação que são inerentes ao tipo de serviço prestado.

O estudo dos registros identificou o fluxo e a oferta de atendimentos, permitindo analisar dados de volume, variedade, capacidade, intensidade de trabalho e demanda do serviço. O levantamento abrangiu também instalações, profissionais envolvidos, atribuições e vínculos empregatícios, o processo de operação de serviços (as várias etapas e atividades que compõem esta operação, atividades concomitantes e/

ou concorrentes); atividades realizadas dentro e fora do CAPS; atividades que envolvem outras instituições e parcerias, entre outras.

Nas entrevistas, buscou-se compreender o significado para os trabalhadores de administrar e participar de um processo de gestão dessa natureza e suas conseqüências para o cotidiano das atividades.

Foram realizadas nove entrevistas: quatro com trabalhadores do setor administrativo, quatro com técnicos de saúde mental e uma com a coordenadora do distrito de saúde (para verificar a visão de quem recebe as informações vindas do CAPS).

Os entrevistados foram escolhidos segundo critérios de representatividade em relação ao conjunto de trabalhadores, contemplando a diversidade de atribuições e os níveis hierárquicos. Foram escolhidos trabalhadores responsáveis por atividades de chefia, diferentes atividades clínicas, apoio administrativo e que possuíssem informações relevantes.

As entrevistas seguiram um roteiro semi-estruturado, elaborado a partir das seguintes questões: o que é produzido neste serviço? Qual o conceito e o valor deste serviço? Como os resultados previstos no conceito do serviço são produzidos? Como o serviço é avaliado? Quais as dificuldades operacionais e de gestão de serviço mais relevantes e as estratégias desenvolvidas para superá-las? As entrevistas foram analisadas quanto a diferenças e similitudes que auxiliassem a caracterizar visões distintas entre os entrevistados sobre a operação do CAPS.

O estudo foi aprovado na Comissão de Ética de Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Todos os participantes assinaram termo de consentimento livre e esclarecido.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Inaugurado em 2002, o serviço estudado possuía média mensal de 125 usuários, na maior parte psicóticos, atendidos em regimes diversos. Eram oferecidos: atendimentos individuais, grupais, eventos comunitários e assembléias

A rede de atenção da região estudada compreendia os seguintes serviços que contavam com profissionais de saúde mental ou eram referências em saúde mental na região: um CAPS-I, um centro de convivência e cooperativa, oito unidades básicas de saúde e um centro de saúde escola.

O CAPS estudado tinha uma população adscrita de aproximadamente 380.000 pessoas. A política nacional de saúde mental preconiza um CAPS-I para uma população de 20.000 a 70.000 habitantes.⁷ Tal fato

levou os pesquisadores a questionar a plenitude da implantação do atual modelo. O motivo para isso seria falta de um projeto de gestão, prevendo recursos para a implantação das unidades necessárias; de programas de capacitação para os trabalhadores e para a gestão desses órgãos; de recursos materiais e de instalações. A implantação completa da rede de serviços também somaria esforços e seria referência para o CAPS. A implantação parcial compromete o funcionamento da rede como um todo e de cada serviço em particular podendo, inclusive, descaracterizar o sentido do novo modelo, conforme ilustrado nos relatos de profissionais técnicos especializados.

“O CAPS só pode ser dispositivo de luta antimanicomial se estiver em rede de serviços de saúde e de saúde mental. O intensivo tem que ser enquanto o paciente está muito mal. Não devemos manter ele num dispositivo institucionalizado quando ele já não está tão ruim.” (trab1)

“Não temos referência (...) você precisa e não tem como encaminhar, não tenho acordo com nenhum outro CAPS (...), se o caso é grave precisa de um cuidado especial e não posso fazer nada.” (trab2)

Os objetivos do CAPS consideram o contexto global e as necessidades individuais de cada usuário, mediante ações direcionadas à melhoria tanto do quadro clínico quanto do contexto social por meio da articulação dos equipamentos de seu território. Essas duas frentes exigem esforços, habilidades, recursos e estratégias distintas.

“O CAPS é um serviço projetado para inclusão social: uma coisa é (o paciente) estar estabilizado e outra é ter perspectiva de reinserção... Nossas parcerias tentam criar uma rede... a partir da nossa concepção de território e dessa idéia de saúde mental pública... Todas as composições são desse tipo. A mais antiga é com o MAM (Museu de Arte Moderna)... Queriam abrir vagas numa turma de fotografia para (nossos pacientes) e outra para o público geral. Assim não queremos, porque não forma rede. (Propusemos): metade das vagas pra gente, metade a gente oferece: fizemos contato com uma ONG, com uma escola próxima (com vagas para pais ou professores). (trab2)

As articulações com organizações parceiras são necessárias para tecer a rede de relações do usuário, exigindo tempo e habilidades que nem todos possuem.

Também cabe ao CAPS se autogerir, atribuindo à equipe a responsabilidade pela construção da estrutura organizacional e gerencial interna, além das demais atividades. Esse processo demanda a antecipação das necessidades de recursos, de ações e articulações inter-institucionais, a execução do planejado, a avaliação dos resultados e ações de correção, revendo e aprimorando etapas.

A intangibilidade, atributo preponderante na gestão de serviços, apareceu principalmente como dificuldade de definir, formular ou compreender o serviço de forma mais precisa. Para os gestores, trabalhadores e usuários, a dificuldade de reconhecer o que é produzido no CAPS, aliada à complexidade dos objetivos propostos, gera a incapacidade de reconhecer a qualidade e a quantidade do que foi feito em um dado período.

“O resultado do trabalho é... a pessoa vivendo melhor... mas o tempo de tratamento e os resultados não têm parâmetros, dependem de tantas variáveis. (Por isso) não existem indicadores de produção...” (trab4)

Esse fato também pôde ser observado pela dificuldade de se obter dados de produção mensal. O funcionário administrativo conseguia dizer quantas pessoas foram atendidas no mês, mas não quanto trabalho foi necessário, pois depende do tipo de tratamento, do paciente e das oficinas ofertadas no período.

Outra dificuldade da gestão do serviço decorre da imprecisão no estabelecimento do início e fim dos tratamentos, pelo caráter crônico, cíclico e incurável da clientela.

A organização dos prontuários refletia essa imprecisão. O CAPS mantinha 826 prontuários, mas os profissionais reconheciam que muitos podiam estar inativos, pois o usuário podia ter mudado ou falecido. Alguns usuários não apareciam há muito tempo e eram considerados “em alta”, mas poderiam voltar um dia. Esses depoimentos refletem a dificuldade do serviço contabilizar e comemorar seus sucessos, assim com analisar e aprender com erros e falhas.

O processo de trabalho é pouco explicitado porque envolve grande diversidade de tarefas, muitas não rotineiras nem previstas. Quando solicitados, os profissionais, inclusive a gestora, tiveram dificuldade em enumerar as atividades realizadas e discriminar onde dependem suas horas trabalhadas.

Muitos procedimentos ali realizados não são devidamente reconhecidos como parte do trabalho, embora sejam necessários para o andamento do serviço. A falta de rotina decorre da quantidade e da variabilidade dos eventos, fato inerente a um projeto terapêutico em que a ambiência é uma das formas de tratamento. Esse processo de trabalho não gera evidências quantitativas nem qualitativas da produção. Isso dificulta a visualização do resultado e do esforço realizado, criando a sensação de invisibilidade para trabalhadores e gestores do serviço.

Essa invisibilidade dificulta também o planejamento, por exemplo, em como dimensionar recursos, expressar, justificar e transformar necessidades em itens orçamentários quando o processo não está claro e evidente para os trabalhadores e a administração.

A interlocução com a administração municipal também é difícil. A racionalidade burocrática é rígida, com normas e itens orçamentários pré-definidos e sem flexibilidade para as especificidades dos serviços. Os recursos são dimensionados pela administração central. As necessidades específicas do CAPS não são reconhecidas e, como são subordinados ao setor de saúde, por vezes, não conseguem captar recursos para oficinas e atividades sociais e culturais, fundamentais ao processo terapêutico, mas não reconhecidas, do ponto de vista administrativo, como atividades de saúde.

No processo de avaliação dos resultados, verificou-se que os registros referem-se apenas às consultas efetuadas, contabilização que não reflete o valor de serviço, pois elas são apenas parte do que é oferecido.

Os trabalhadores reconhecem seus esforços, mas não conseguem mostrá-los em resultados imediatos nem em registros formais de produção. A permanência dos usuários no serviço é longa, as chances de recuperação são baixas, os resultados são lentos, e o desligamento, ou a melhora clínica, não caracteriza nem o final nem o êxito do atendimento, em função do caráter crônico dos usuários e cíclico do processo de atenção.

Do ponto de vista da gestão, os processos de avaliação utilizados, ou a falta deles, mostraram-se um dos aspectos mais complexos relacionados à intangibilidade. As propostas disponíveis na literatura de gestão explicam, mas não resolvem o problema, sendo de difícil transposição para o serviço aqui analisado. Zarifian,¹⁵ por exemplo, explora a avaliação do serviço a partir de conceito amplo do valor produzido ao criticar as formas clássicas de avaliação que não se aplicariam a serviços que se propõem a objetivos amplos como os CAPS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No CAPS, a intangibilidade resulta em invisibilidade e dificuldade de reconhecer e legitimar os esforços realizados para fazer o trabalho acontecer e caracterizar os resultados do serviço. Constataram-se inadequação e insuficiência dos modelos de gestão em saúde para acolher um serviço inovador, tão complexo e que apresenta resultados tão pouco definidos. Esse estudo indicou o caráter intangível das atividades do CAPS, pois não basta contabilizar usuários atendidos ou atendimentos realizados, é necessário ir além e considerar a complexidade inerente aos objetivos previstos para esse serviço.

No entanto, admitir as especificidades desse serviço não basta. A rotina e o planejamento do CAPS devem orientar seus trabalhadores e gestores a avaliarem o caminho percorrido, indicar as atividades realizadas e as dificuldades encontradas para desenvolverem o serviço. Planejar a objetivação do trabalho evitaria um desgaste desnecessário dos trabalhadores e facilitaria, a médio

prazo, o reconhecimento de práticas que contribuam com o avanço deste e de outros CAPS.

O diálogo entre autores de gestão de serviços e as dificuldades de gestão do CAPS permitiu trocas proveitosas

para ambos os lados. As indagações suscitadas levaram os trabalhadores a refletirem sobre o próprio trabalho. Do ponto de vista da gestão, o estudo permitiu compreender melhor um campo onde a subjetividade é inerente ao processo de trabalho.

REFERÊNCIAS

1. Bosi MLM, Uchimura KY. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado de saúde. *Rev Saude Publica*. 2007;41(1):150-53. DOI: 10.1590/S0034-89102007000100020
2. Bowen J, Ford RC. Managing Services Organizations: Does have a thing make a difference? *J Manage*. 2002;28(3):447-69.
3. Campos CMS, Soares CB. A produção de serviços de saúde mental: a concepção dos trabalhadores. *Cienc Saude Coletiva*. 2003;8(2):621-8. DOI: 10.1590/S1413-81232003000200022
4. Harvey J. Service Quality: a tutorial. *J Oper Manage*. 1998;16(5):583-97.
5. Lancman S, organizador. Políticas públicas e processo de trabalho em saúde mental. Brasília: Paralelo15; 2008.
6. Lovelock C, Gummesson E. Whither services marketing? In search of a new paradigm and fresh perspectives. *J Serv Res*. 2004;7(1):20-41. DOI: 10.1177/1094670504266131
7. Onocko-Campos RT, Furtado JP. A transposição das políticas de saúde mental no Brasil para a prática nos novos serviços. *Rev Latinoam Psicopatol Fundam*. 2005;8(1):109-22.
8. Pereira LMF, Rizzi HJ, Francischete da Costa AC. Análise sócio-histórica das políticas públicas em saúde mental no Brasil. In Lancman S, organizador. Políticas públicas e processo de trabalho em saúde mental. Brasília: Paralelo15, 2008.
9. Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL. A conceptual model of service quality and its implications for future research. *J Marketing*. 1985;49(4):41-50. DOI: 10.2307/1251430
10. Ramminger T, Nardi HC. Modos de subjetivação dos trabalhadores de saúde mental em tempos de reforma psiquiátrica. *Physis*. 2007;17(2):265-87. DOI: 10.1590/S0103-73312007000200004
11. Silva MT, Salomão S, Alonso CMC, Silva T, Matsubara S, Freitas ET, Gomes CES, Cipulo GHG. Transformação do modelo de atenção em saúde mental e seus efeitos no processo de trabalho e na saúde mental dos trabalhadores. In Lancman S, organizador. Políticas públicas e processo de trabalho em saúde mental. Brasília: Paralelo15, 2008.
12. Souza LEPF, Condrandriopoulos AP. O uso de pesquisas na formulação de políticas de saúde: obstáculos e estratégias. *Cad Saude Publica*. 2004;20(2):546-54. DOI: 10.1590/S0102-311X2004000200023
13. Voss C, Tsiriktsis N, Frohlich M. Case Research in operations management. *Int J Oper Prod Manag*. 2002;22(2):195-219. DOI: 10.1108/01443570210414329
14. Yin RK. Estudo de Caso: planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman; 2003.
15. Zarifian P. Valor, organização e competência na produção de serviço. In: Salerno MS, editor. *Relação de Serviço*. São Paulo: Editora SENAC; 2001. p.1-65.

Pesquisa financiada pelo Ministério da Saúde e Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq – Proc. nº: 554503/2005-0).

Artigo submetido ao processo de julgamento por pares adotado para qualquer outro manuscrito submetido a este periódico, com anonimato garantido entre autores e revisores. Editores e revisores declaram não haver conflito de interesses que pudesse afetar o processo de julgamento do artigo.

Os autores declaram não haver conflito de interesses.