

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
CENTRO DE ESTUDOS EM SAÚDE DO TRABALHADOR E ECOLOGIA HUMANA

**“Cada Caps é um Caps”:
a importância dos saberes investidos na atividade para o
desenvolvimento do trabalho em saúde mental**

Tatiana Ramminger

Orientadora: Jussara Cruz de Brito

Tese de Doutorado

Rio de Janeiro

Setembro de 2009.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA

CENTRO DE ESTUDOS EM SAÚDE DO TRABALHADOR E ECOLOGIA HUMANA

**“Cada Caps é um Caps”:
a importância dos saberes investidos na atividade para o
desenvolvimento do trabalho em saúde mental**

Tatiana Ramminger

Tese apresentada ao Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, como requisito parcial para obtenção do Grau de Doutora, em setembro de 2009.

Orientadora:

Dr^a Jussara Brito

Examinadores:

Dr. Milton Athayde

Dr^a Heliana Conde

Dr^a Cláudia Osório

Dr. Paulo Amarante

AGRADECIMENTOS

Este trabalho, mais que uma tese, é o encerramento de um ciclo de vida e trabalho. Há muitos a quem agradecer neste percurso.

Começo pelos meus pais, fundamentais e complementares em suas diferenças. A eles devo o gosto pela liberdade e pelo aprender. Meu agradecimento especial ao meu pai, Erich, que acolheu e sustentou – em todos os sentidos – minha vinda para o Rio de Janeiro; e à minha mãe, Ignez Maria que, superando a ausência e a saudade, cuidou de mim e viabilizou minha saída de Porto Alegre.

Às minhas filhas Marina e Amanda que cresceram nestes quatro anos na ponte aérea Porto Alegre-Rio de Janeiro. Suportaram minhas ausências (mesmo quando eu estava em casa!) e me ensinam dia-a-dia o que realmente importa.

À minha querida vó Ignez Gay Serpa, matriarca de uma família especial.

Ao meu tio dionisíaco Beto Daiello, pela beleza de sua experiência de vida e trabalho.

Aos meus irmãos, Cristiano e Ulisses, pelo nosso essencial reencontro.

À Adriana Kelly dos Santos, pelo presente de sua amizade. Foi a primeira pessoa que conheci ao chegar à Fiocruz e com ela formei minha família em terras estrangeiras. Ao redigir este agradecimento em frente à sua estante de livros e adega mineira, tenho a dimensão do que nos une!

A Valterson Faria dos Santos, pelo sol que trouxe à minha vida.

À Jussara Cruz de Brito, querida orientadora que me acolheu desde o início do doutorado, mesmo quando ainda não era sua orientanda. Por trás de sua simplicidade e timidez, encontrei a generosidade e rigor dos verdadeiros mestres, ou melhor, mestras.

Em meio ao incentivo à produtividade, ainda há aqueles que resistem em ensinar. Aos mestres com quem tive o prazer de conviver e aprender: Lígia Ferreira, Carmem Oliveira, Maria da Graça Jacques, Henrique Nardi, Jaqueline Tittoni, Jussara Brito, Milton Athayde, Roberto Machado e Heliana Conde.

À Comunidade (bem) Ampliada de Pesquisa sobre o trabalho sob o ponto de vista da atividade, pelos belos encontros de estudo, reflexões e samba: Cláudia Osório, Helder Muniz, Denise Alvarez, Marcelo Figueiredo, Mary Yale, Maristela França, Milton Athayde, Elisa Borges, Adilson Bastos, Wladimir de Souza, Irapoan Nogueira, Ana Cláudia Barbosa da Silva, Neide Ruffeil, Francinaldo Pinto, Jussara Brito, Marcello Rezende, Letícia Masson, Suyanna Barker, Kátia Santorum, Kátia Souza, Simone Oliveira, Rafael Gomes e Luciana Gomes.

À minha primeira orientadora, Karen Giffin, pela generosidade em me permitir escolher.

À Caroline Brasil e Martinho Silva, pela paciência da leitura de um trabalho inconcluso e preciosas sugestões para ajudar a concluí-lo.

A Ulisses Ramminger, meu competente "tradutor oficial" de *abstracts*.

Às "meninas super poderosas" do CRH-TCE, mais que colegas de trabalho, amigas que levo comigo: Martha Marques, Adriana Serafim, Ana Cristina Lessa e Carina.

Ao Conselheiro do TCE-RS, Dr. Sandro Pires, que sustentou minha licença para a realização do Doutorado e à Márcia Ferreira, Diretora Administrativa, pela compreensão e sensibilidade.

Ao querido casal Martinho Silva & Moema Schmidt, pelo acaso transformado em parceria de vida e trabalho. Com as boas vindas à Catarina!

À minha família "extendida": Ana Paula Veneo, Caroline Brasil, Lair Mânica e Luís Carlos "Cadron" Lino, pelo apoio e amizade em todos os momentos.

À Sandra, Lúcia Helena e Dedé, por cuidarem das minhas filhas e de mim. Ao Roberto Juruna, pelas preciosas "caronas".

Aos queridos companheiros do Fórum Gaúcho de Saúde Mental, pela vida partilhada (quanta saudade!): Paulo Michelon, Susana, Maria Tereza, Ivarlete França, Sandra Fagundes, Fátima Fischer, Míriam Dias, Régis Cruz, Simone Frichembruder, Analice Palombini, Rebeca Litvin, Maria Cristina Carvalho da Silva, Cristiane Knijnik, Alexandra Ximendes, Loiva Santos, Károl Cabral, Márcio Belloc.

Aos meus companheiros de PluralPsi, atual gestão do Conselho Regional de Psicologia (CRP07), pela compreensão e apoio.

À Flávia Mendes de Oliveira, pela confiança e empatia mútuos.

À Prefeitura Municipal de Barra do Piraí, que viabilizou minha permanência no Rio de Janeiro, ao mesmo tempo em que me permitiu contribuir com a rede de saúde mental da cidade onde cresci.

A Irapoan Nogueira, pela disponibilidade em se deslocar e pelas valiosas contribuições no percurso da pesquisa.

À Comunidade Ampliada de Pesquisa que sustentou a realização desta tese: Jussara, Irapoan, Flávia, Georgina, Maria Eugênia, Maria Fernanda, Marília, Maíse, Neila, Simone e Margareth. Como mencionei na Qualificação, gostaria que a burocracia acadêmica permitisse que o nome de cada um deles integrasse a autoria deste trabalho.

Aos meus colegas "gestores" do NGE-HSE por nosso, mesmo que ainda breve, promissor encontro.

Por fim, um agradecimento muito especial a todos os trabalhadores dos Caps Nossa Casa (Barra do Piraí-RJ) e Casa Verde (Mesquita-RJ), pela generosidade em partilhar comigo seus saberes.

PARA
MARINA & AMANDA
PORTO AMADO

EXISTE A TRAJETÓRIA
E A TRAJETÓRIA SOMOS NÓS MESMOS
EM MATÉRIA DE SE VIVER
NUNCA SE PODE CHEGAR ANTES...
(CLARICE LISPECTOR)

RESUMO

“Cada Caps é um Caps”: a importância dos saberes investidos na atividade para o desenvolvimento do trabalho em saúde mental. psychosocial attention centers

Esta tese tem como principal objetivo incorporar as experiências de trabalho dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps) aos estudos acadêmicos, não apenas para formalizá-las, mas para auxiliar em seu desenvolvimento e na conseqüente ampliação da capacidade de defesa da saúde dos trabalhadores de saúde mental.

Para tanto, vale-se das contribuições da clínica do trabalho francesa, especialmente a ergologia e a clínica da atividade, para colocar em diálogo o pólo dos saberes formalizados (das disciplinas) e o pólo dos saberes investidos na atividade (da experiência).

No pólo dos saberes formalizados, relaciona diferentes concepções de saúde e trabalho, e apresenta as contribuições do ponto de vista da atividade para analisar o trabalho em saúde, o patrimônio de estudos sobre a relação entre saúde e trabalho em saúde mental e, finalmente, o processo de criação dos Caps, suas principais propostas e algumas considerações sobre os desafios da atividade de trabalho nestes serviços.

No pólo dos saberes investidos na atividade, a partir da constituição de uma Comunidade Ampliada de Pesquisa com pesquisadores acadêmicos e profissionais de um Caps, analisa a atividade de trabalho nos Caps sob o ponto de vista da atividade, considerando a importância do fortalecimento de um patrimônio compartilhado sobre o trabalho em saúde mental para serviços produtores de saúde para usuários, familiares e trabalhadores.

Palavras-chave: trabalho em saúde, reforma psiquiátrica, ergologia, clínica da atividade, saúde mental, saúde do trabalhador.

ABSTRACT

"Each Caps is a Caps": the importance of the knowledges invested in the activity for the development of the work in mental health.

This thesis has like principal objective incorporate the experiences of work of the professionals of the Psychosocial Attention Centers (Caps) to the academic studies, not only to formalize them, but to help in his development and in the consequent enlargement of the capacity of defense of the health of the mental health workers.

To do so, this thesis uses the contributions of the french clinic of the work, specially the ergology and the clinic of the activity, to put in dialog the pole of the knowledges when they were formalized (of the disciplines) and the pole of the knowledges invested in the activity (of the experience).

In the pole of to the formalized knowledges, it makes the relation between the different conceptions of health and work, and presents the contributions of the point of view of the activity to analyse the work in health, the inheritance of studies on the relation between health and work in mental health and, finally, the process of creation of the Caps, its principal proposals and some considerations on the challenges of the activity of work in these services.

In the pole of the knowledges invested in the activity, from the constitution of an Enlarged Community of Research with academic and professional researchers of a Caps, it analyses the activity of work in the Caps from the point of view of the activity, considering the importance of the strengthening of an inheritance shared on the work in mental health for producing services of health for users, relatives and workers.

key words: work in health, psychiatric reform, ergology, clinical of the activity, mental health, worker health

SUMÁRIO

SECAO I: INÍCIO DE CONVERSA	11
INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA	12
UMA ESCOLHA METODOLÓGICA: DISPOSITIVO DINÂMICO DE TRÊS PÓLOS	18
COMO PESQUISAR?	18
O QUE PESQUISAR?	31
SECAO II: SABERES FORMALIZADOS	35
QUE SAÚDE?	36
SAÚDE COLETIVA: UMA RUPTURA?	37
GEORGES CANGUILHEM: A SAÚDE COMO VERDADE DO CORPO	44
ENTRE A NORMATIVIDADE E A NORMALIDADE: DIÁLOGO ENTRE CANGUILHEM E FOUCAULT	51
PROBLEMATIZANDO AS PRÁTICAS DE SAÚDE: ALGUMAS CONTRIBUIÇÕES DE CANGUILHEM E FOUCAULT	57
QUE TRABALHO?	64
CONSIDERAÇÕES DA SOCIOLOGIA: AS METAMORFOSES DO TRABALHO	65
FILOSOFIA: O TRABALHO COMO OBJETO OU MATÉRIA ESTRANGEIRA?	74
O TRABALHO EM SAÚDE SOB O PONTO DE VISTA DA ATIVIDADE	83
SAÚDE E TRABALHO EM SAÚDE MENTAL	99
ESTRESSE, CARGA E SOBRECARGA NO TRABALHO EM SAÚDE MENTAL	101
SOFRIMENTO E PRAZER NO TRABALHO EM SAÚDE MENTAL	104

SUBJETIVIDADE, DISCURSOS, PRÁTICAS E VIVÊNCIAS DOS TRABALHADORES DE SAÚDE MENTAL	106
<u>OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: TEXTO, CONTEXTO E FORA DO TEXTO</u>	112
OS CAPS E A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA: O CONTEXTO	113
AFINAL O QUE SÃO OS CAPS? – O TEXTO	122
OS CAPS E O TRABALHO EM SAÚDE MENTAL: O FORA DO TEXTO	129
<u>SEÇÃO III: SABERES INVESTIDOS NA ATIVIDADE</u>	143
<u>PRIMEIRO MOVIMENTO</u>	144
NOSSA CASA: ENTRE O RIO E O TREM	144
O INUSITADO DA VIDA E OS IMPREVISTOS DA PESQUISA	146
<u>SEGUNDO MOVIMENTO</u>	151
OBSERVAÇÕES PRELIMINARES SOBRE A ATIVIDADE DE TRABALHO NOS CAPS	151
CONSTITUINDO A COMUNIDADE AMPLIADA DE PESQUISA	166
COMO VOCÊ COMEÇOU A TRABALHAR NO CAPS?	167
<u>TERCEIRO MOVIMENTO</u>	175
O QUE VOCÊ FAZ NO CAPS?	175
<u>TECENDO CONSIDERAÇÕES</u>	205
<u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	212

SECAO I: INÍCIO DE CONVERSA

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

A VIDA É A ARTE DO ENCONTRO
VINÍCIUS DE MORAES

Certamente as questões (curiosidades) que me motivaram a iniciar o percurso do doutorado, não são as mesmas que me levam a terminá-lo. Agora percebo que trata-se de um esforço de fechamento de um ciclo de vida e trabalho iniciado há exatos dez anos. Esta trajetória é feita de Encontros, especialmente de Bons Encontros – aqueles que nos potencializam e fortalecem – no melhor sentido espinosiano.

Recém saída da graduação, fui convidada a integrar a equipe da coordenação da política de atenção integral à saúde mental do primeiro governo gaúcho que assumiu, de forma explícita, um compromisso financeiro, político e institucional com a reversão do modelo de tratamento hospitalocêntrico em saúde mental. O primeiro ano de trabalho foi de aprendizado intenso e de uma profunda decepção com minha formação acadêmica, onde eu nunca ouvira o conceito de saúde pública ou coletiva, tampouco conhecera o processo da Reforma Sanitária e as diretrizes do SUS – Sistema Único de Saúde.

A oportunidade de integrar esta gestão foi daqueles Acontecimentos, que rompem e fundam outros mundos possíveis. É difícil dizer sobre o que aprendi. Vivenciei a máxima “modos de trabalhar, modos de subjetivar” e tornei-me *outra* a partir desta experiência. Esta *outra* pôde usufruir do conhecimento, experiência e generosidade de uma equipe madura que a acolheu e nutriu. Com este coletivo pôde exercitar-se em uma “atividade de gestão” para a consolidação e ampliação da rede de serviços “substitutivos” ao hospital psiquiátrico, que incluiu desde formação e capacitação para os trabalhadores, até negociação com os gestores municipais, passando pela regulação e financiamento das ações em saúde.

Deste Encontro nasceram outros tantos, dos quais destaco especialmente dois: o encontro com o Fórum Gaúcho de Saúde Mental que me permitiu ter como parceiros de luta (bio)política aqueles que, como profissionais de saúde, pretendemos cuidar e tratar; e o encontro com os trabalhadores do Hospital Psiquiátrico São Pedro – aqueles que, como gestores à época,

pretendíamos “gerir”. Da mesma forma que a experiência profissional colocou em xeque a formação universitária, com as experiências de vida e trabalho reunidas nestes coletivos, as certezas deram lugar às perguntas.

Em que medida o fechamento dos manicômios garante o fim das práticas manicomialis? Em que medida a institucionalização da reforma psiquiátrica como política pública reduz sua potência como movimento instituinte, transformando-a em mais um, entre tantos outros, discursos hegemônicos e impermeáveis? Se a reforma psiquiátrica vai muito além de mudanças no âmbito assistencial, jurídico, pedagógico ou ideológico, há que se abrir espaço para o questionamento dos diferentes discursos, racionalidades, práticas ou “verdades” sobre a loucura e, igualmente, para a análise de como nos relacionamos com o erro, a diferença, o desvio e a linha imaginária e histórica que separa o normal do patológico.

Da mesma forma, o objetivo do trabalho em saúde mental transformou-se. Atravessou os muros segregadores dos hospitais psiquiátricos e ganhou as ruas. O trabalhador de saúde mental não mais restringe suas atividades de trabalho à internação e ao asilo, podendo integrar, por exemplo, as equipes de referência matricial em saúde mental, ou de um Centro de Atenção Psicossocial (Caps) ou ainda de um Serviço Residencial Terapêutico (SRT). Mas será que esta mudança garante, por si só, a transformação dos modos de trabalhar? Serão as condições e possibilidades de trabalho nos Caps, melhores ou mais dignas, do que aquelas do hospital psiquiátrico? Como o trabalho está organizado? Como é gerido? Como são as relações entre os trabalhadores e destes com os usuários e gestores? Há espaço para compartilhamento de experiências? E para o “cuidado de quem cuida”? O que mudou? O que permaneceu? Será possível sustentar uma rede de saúde mental robusta como a que se pretende, sem o protagonismo e valorização dos trabalhadores?

As perguntas cresceram e com elas a busca por outros Encontros. Desta vez com aqueles que poderiam me auxiliar na formalização e desenvolvimento destas impressões e experiências tão intensas, mas ainda dispersas e disformes. Na especialização em Saúde e Trabalho (Ufrgs) conheci

a política de Saúde do Trabalhador e seu projeto de defender mudanças em processos de trabalho potencialmente produtores de adoecimento, valorizando o saber e a experiência do trabalhador. Neste primeiro momento, minha pesquisa voltou-se para os trabalhadores do hospital psiquiátrico e os afastamentos do trabalho decorrentes de diagnóstico psiquiátrico (Ramminger, 2002).

Já no mestrado em psicologia social e institucional, também na Ufrgs, o objetivo foi fazer a aproximação entre estes dois campos que, embora nascentes no bojo do mesmo movimento (a Reforma Sanitária), parecem ainda ter dificuldades em dialogar: a Saúde Mental e a Saúde do Trabalhador. Minha questão girou em torno do espaço reservado para a problematização do trabalho nas instituições que passam por transformações ou se criam a partir da Reforma Psiquiátrica. Procurei, ainda, conhecer as políticas e ações de atenção à saúde do trabalhador de saúde mental, percebendo que a Saúde do Trabalhador, enquanto rede enunciativa e política pública, tem priorizado o setor privado e a relação Capital/Trabalho, com raras intervenções no setor público (Ramminger, 2006).

Os servidores públicos contam com os Departamentos de Perícia Médica – campo ainda hegemônico da Medicina do Trabalho - assim como não costumam acessar os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, preferindo buscar atendimento na rede privada de saúde, via convênio, onde igualmente o adoecimento é desvinculado das atividades de trabalho. Assim, constatamos a extrema vulnerabilidade das ações voltadas à atenção da saúde do servidor público que, definitivamente, não integram uma política pública, estando à mercê das diferentes prioridades eleitas pelos governos. O servidor público, como trabalhador, parece não merecer investimento, apenas controle, em consonância com um longo histórico de desvalorização do setor público.

Esta carência de políticas públicas de atenção à saúde do servidor público, bem como a constante desvalorização de sua função, sem dúvida, refletem-se nos serviços de saúde mental. O acolhimento das questões relacionadas à saúde no trabalho acaba dependendo, exclusivamente, do

funcionamento e das diretrizes particulares de cada serviço. Da mesma forma, é inegável a precariedade dos investimentos e de ações intersetoriais, que tanto impõem limites para a prática, como responsabilizam individual e excessivamente o trabalhador pelo bom funcionamento dos serviços.

Não posso deixar de mencionar, ainda, neste percurso do mestrado, o Encontro com o “careca”. Michel Foucault nos é apresentado por sua “História da Loucura” ou “Vigiar e Punir”, mas ao ter oportunidade de estudar o conjunto de sua obra, percebemos o quanto nos força e ensina a pensar. Seja desnaturalizando verdades absolutas, seja atentando para os “perigos de cada época”, seja nos incitando a produzir modos mais belos e éticos de viver e trabalhar...

Por outro lado, a pesquisa do mestrado que, inicialmente, pretendia ser uma pesquisa-intervenção, limitou-se a apenas um encontro com os trabalhadores de um Caps. A brevidade do mestrado, assim como questões políticas (troca do governo municipal), sem dúvida dificultaram minha inserção nos serviços de saúde mental. No entanto, não pude deixar de questionar-me sobre os objetivos e métodos das pesquisas que pretendem compreender a complexa relação entre saúde e trabalho. Como nos aponta Brito (2004:106), as pesquisas acadêmicas tendem a privilegiar o “trabalho abstrato em sua forma desvitalizada e genérica, mesmo quando são feitas observações de campo”. Isto me levou a perceber a carência de métodos adequados, que consigam privilegiar a experiência daqueles que vivem as situações de trabalho, na produção científica sobre o tema.

Não nos iludamos, porém, que é apenas a falta de uma metodologia mais precisa que impede a real valorização do saber do trabalhador, pois a compreensão de sua importância, nem sempre é suficiente “para eliminar um obstáculo epistemológico que se aprende e “imprende” ao longo da formação como universitário: a pretensão e a arrogância, esta forma de ignorância impermeável”. (Brito & Athayde, 2003:84).

É neste sentido, que Schwartz (2000) vai apontar a necessidade de uma “humildade epistemológica”, para potencializar o encontro entre o “pólo dos saberes organizados” (das disciplinas) e o “pólo dos saberes investidos na

atividade” (da experiência). Uma troca que “exige certa humildade dos universitários para retornar a palavra à atividade, e de outra parte, uma aceitação da disciplina do conceito e de sua aprendizagem pelos protagonistas das atividades” (Schwartz, 2000). Isto porque o maior desafio talvez não seja apenas incorporar as experiências dos trabalhadores aos estudos acadêmicos, mas auxiliar no desenvolvimento destas experiências, ou seja, torná-las mais fortes e potentes, visando à ampliação da capacidade de defesa da saúde dos trabalhadores (Brito & Athayde, 2003). Antecipamos que, cumprido ou não, este foi o principal objetivo deste trabalho.

Foi com estas reflexões que cheguei até o doutorado, onde fui levada a mais um Encontro: com o patrimônio da clínica do trabalho francesa, especialmente a Ergologia e a Clínica da Atividade, que me mostraram um caminho possível para o partilhamento dos saberes investidos na atividade, fundamental para o desenvolvimento das práticas anti-manicomiais.

Destes Encontros nasce esta Tese. Ela está dividida em três Seções, em um encontro de saberes sobre o trabalho em saúde mental no Caps. A primeira Seção, inicia nossa conversa com esta introdução e a apresentação dos objetivos da pesquisa e da escolha metodológica, que justificam as outras duas Seções. Na Seção II (Saberes Formalizados), apresentamos os pressupostos que nos servirão de linha-guia pelos labirintos do trabalho vivo:

- um conceito de saúde que não se restringe nem a um inalcançável equilíbrio, nem a um indeterminado bem estar e, tampouco, às injustas diferenças sociais, em um entendimento de que a saúde implica não somente uma seguridade e tolerância às infidelidades do meio, mas também a possibilidade de ampliá-las (Canguilhem, 2006). (capítulo 1);
- um conceito de trabalho que não considera apenas seu caráter abstrato, como mero produtor de valor e alienação, mas, sobretudo, o “trabalho vivo em ato”, aquele que chama à gestão permanente de saberes e valores, caracterizando-se como uma atividade humana e complexa, que não pode ser definida

antecipadamente ou separada das outras dimensões da vida (capítulo 2);

- as contribuições do ponto de vista da atividade para analisar o trabalho em saúde (capítulo 3);
- o patrimônio de estudos brasileiros sobre a relação entre saúde e trabalho em saúde mental (capítulo 4);
- o surgimento dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps), suas principais propostas e algumas considerações sobre os desafios da atividade de trabalho nestes serviços (capítulo 5).

Na Seção III, tentamos nos aproximar dos saberes investidos na atividade, com a constituição de uma Comunidade Ampliada de Pesquisa, colocando em diálogo conhecimento e experiência, em três movimentos. O primeiro movimento é dedicado à apresentação do serviço em que foi realizada a pesquisa e descrição de suas principais etapas. O segundo movimento apresenta as observações preliminares sobre a atividade de trabalho, a constituição da Comunidade Ampliada de Pesquisa e a reflexão das trabalhadoras sobre o início do seu trabalho nos Caps. Finalmente, o terceiro movimento traz a descrição e algumas considerações a respeito da atividade de trabalho no Caps, considerando a importância do fortalecimento de um patrimônio compartilhado sobre o trabalho em saúde mental para serviços produtores de saúde para usuários, familiares e trabalhadores.

UMA ESCOLHA METODOLÓGICA: DISPOSITIVO DINÂMICO DE TRÊS PÓLOS

Neste capítulo, nos perguntamos sobre os modos de pesquisar que podem auxiliar na ampliação do diálogo entre pesquisadores e trabalhadores, visando não só a compreensão, mas a transformação das situações de trabalho.

Nesse sentido, buscaremos apresentar diferentes modos de pesquisa que valorizam o saber e a experiência dos trabalhadores nos estudos sobre o trabalho, justificando, ao final, nossa escolha metodológica.

Como pesquisar?

A primeira experiência que destacaremos é a **enquete operária**, de K. Marx. Conforme nos coloca Botechia (2006), baseada nas considerações de Thiollent (1982), em um primeiro momento a gestão governamental, visando investigar a classe operária, criou as enquetes operárias. Posteriormente, elas começaram a ser utilizadas pelos chamados grupos socialistas, com o objetivo de **autoconhecimento da classe operária**, desvinculando-se tanto da academia como do governo.

Foi assim que, em 1880, a pedido da *Revue Socialiste*, Marx formulou um questionário, com cem perguntas, direcionado a operários do campo e da cidade, com o objetivo não apenas de levantar dados e características de sua situação de trabalho, mas sobretudo de provocar a consciência crítica do trabalhador a respeito de sua condição de explorado.

O questionário era dividido em quatro partes. A primeira destinava-se a uma descrição da fábrica em que os operários trabalhavam; a segunda referia-se às formas de domínio e exploração; e a terceira privilegiava a discussão salarial. Com esta seqüência, Marx pretendia dar subsídios suficientes aos trabalhadores para perceberem, com clareza, as formas de exploração a que estavam submetidos. Finalmente, a última parte do questionário, era um convite à reflexão sobre como os operários poderiam lutar contra esta exploração.

Marx opunha-se, assim, à idéia de que o trabalhador desconhece ou é passivo frente à realidade que vive, acreditando que “apenas eles podem descrever, com todo conhecimento de causa, os males que suportam, e de que só eles, e não os salvadores providenciais, podem energicamente remediar as misérias sociais que sofrem” (Marx apud Botechia, 2006). A Enquete Operária, portanto, mais que um método de pesquisa das condições de trabalho, era uma tentativa de “estabelecer uma relação complementar entre a tomada de consciência e a luta de classes” (Botechia, 2006).

As próximas contribuições que destacaremos, são aquelas ligadas às experiências da **Ergonomia da Atividade**. Ergonomia foi a denominação da primeira associação inglesa que reunia profissionais de diversas disciplinas, sobretudo a psicologia, medicina e engenharia, para analisar algumas situações de trabalho. “Filha da guerra”, a ergonomia, como tantas outras inovações produzidas a partir deste acontecimento, foi transferida para o mundo industrial, onde se percebiam problemas de natureza similar (Teiger, 1998).

A análise ergonômica, como nos explica Montmollin (1998), tem dois grandes modelos teóricos: o clássico, identificado com as experiências americanas e britânicas, centrado no componente humano do sistema homem-máquina; e o que se desenvolveu nos países francófonos, que privilegia a análise do sistema tarefa-sujeito, sendo a atividade a expressão dessa interação dinâmica (Leplat & Hoc, 1998). O objetivo do primeiro é adaptar os dispositivos tecnológicos às características e limites dos seres humanos, e para tanto prioriza métodos científicos baseados na generalização e quantificação sem, necessariamente, ter que recorrer a uma observação ou discussão do trabalho com os operadores¹. Já o segundo, traz como principal contribuição a **diferenciação entre trabalho prescrito (tarefa) e trabalho real (atividade)**, sendo imprescindível a análise da situação de trabalho.

¹ Para o ergonômista, um operador não é o mesmo que um operário: operador é aquele que opera, realiza uma tarefa, abarcando qualquer espectro laboral (Teiger, 1998).

Para Montmollin (1998) são ergonômias complementares, mas não sem ambiguidades. A ergonomia dos componentes humanos seria uma “ergonomia dos primeiros auxílios” que considera características dos postos de trabalho, independente daqueles que os ocupam (iluminação, calor, umidade, ruídos, assentos, etc.). A Ergonomia da Atividade parece ter mais relevância, na medida em que estas bases indispensáveis estejam asseguradas, permitindo ao trabalhador interessar-se por sua “atividade real, temporal, complexa, rara, aparentemente inventiva, e às vezes imperfeita”. Ao demonstrar que a situação real de trabalho jamais é apenas o cumprimento de regras pré-estabelecidas, conforme acreditava a gestão taylorista, por exemplo, a ergonomia apontou que em qualquer atividade, mesmo aquela considerada mais simples, mecânica ou manual, sempre há uma operação inteligente e uma intensa atividade mental.

A Análise Ergonômica do Trabalho (AET), cuja regra de ofício é “**compreender para transformar**”, inicia pela **análise da demanda**, interrogando os problemas apresentados e definindo os objetos da ação ergonômica. O objetivo é dar visibilidade às dificuldades e estratégias desenvolvidas para gerir a distância entre trabalho prescrito e real, constituindo o chamado **ponto de vista da atividade**.

Como afirma Teiger (1998), a **atividade** de trabalho não é um objeto dado para o investigador, mas um **objeto a ser construído** e reconstruído **com os trabalhadores**. A atividade também não pode ser reconhecida diretamente, apenas apreendida na **confrontação** entre dois tipos de dados empíricos: **observações** e medidas de **comportamento**, e **entrevistas** (individuais e coletivas) para a discussão dos fenômenos observados, bem como para a expressão do conhecimento dos operadores sobre a situação de trabalho. Isto porque a **atividade não é apenas aquilo que pode ser observado** e quantificado, sendo essencial a **verbalização** do operador.

“(...) a verdadeira ruptura com a Ergonomia britânica e americana acontece quando a **palavra** passa a ser considerada como um **comportamento carregado de sentido**. Nesta direção, a Análise Ergonômica do Trabalho

deve levar em conta a observação dos comportamentos motores e também das trocas verbais estabelecidas em uma situação de trabalho” (Botechia, 2006:73).

O último passo da AET é a formulação do diagnóstico, considerando a análise da demanda, as observações sistematizadas da atividade e a confrontação com os trabalhadores, buscando a elaboração conjunta de alternativas para a transformação dos problemas identificados na situação de trabalho analisada.

A diferença fundamental dessa abordagem, em relação a outros modos de analisar o trabalho, é a exigência da presença do pesquisador no local de trabalho, o privilégio do ponto de vista da atividade e a confrontação das observações dos pesquisadores com as vivências dos trabalhadores, possibilitando tanto o diagnóstico (compreensão), como o desenvolvimento (transformação) dos modos de trabalhar.

Junto com a Ergonomia, a Psicopatologia do Trabalho formou a tradição da clínica do trabalho francesa. Inaugurada nos anos 1950-60, por pesquisadores como Le Guillant, P. Saivadon e A Fernandez Zöila, a Psicopatologia do Trabalho concentrou sua atenção nos modos de adoecimento psíquico relacionados ao trabalho, em um entendimento de que **a organização de trabalho taylorista é nociva à saúde mental** dos trabalhadores.

Já nos anos 1970, a “segunda geração” da Psicopatologia do Trabalho (C. Dejours e colaboradores), incluindo as contribuições da psicanálise, propõe que os trabalhadores não são passivos frente aos “constrangimentos organizacionais”, desenvolvendo estratégias defensivas individuais e coletivas para se proteger destes constrangimentos. O **foco**, portanto, passa a ser o **sofrimento** e as **defesas** contra o sofrimento no trabalho, e não a doença mental. Aos poucos, Dejours inverte a pergunta da Psicopatologia do Trabalho, questionando-se não mais sobre como as organizações “enlouquecem” os trabalhadores, mas justamente sobre como os trabalhadores, mesmo quando sujeitos às mais diversas pressões no trabalho, conseguem evitar a doença e a loucura.

“Simultaneamente, era a “**normalidade**” que surgia como **enigma central** da investigação e da análise. Normalidade que ocorre, de saída, como equilíbrio instável, fundamentalmente precário, entre o sofrimento e as defesas contra o sofrimento (...).

Ao operar esta passagem da patologia à normalidade, sou levado a propor uma nova nomenclatura para designar essas pesquisas: **psicodinâmica do trabalho**” (Dejours, 2004:51-2).

Dejours (2004) salienta que o desenvolvimento de seus estudos foi possível graças a um duplo diálogo: com a psicanálise e com a ergonomia. A partir da diferença apontada pela ergonomia, entre trabalho prescrito e trabalho real, Dejours interessou-se pelos processos subjetivos que tornam possível a gestão do trabalho, propondo a definição de que “trabalho é a atividade manifestada por homens e mulheres para realizar o que ainda não está prescrito pela organização do trabalho” (Dejours, 2004:65).

Dar conta disto que não está prescrito, exige inventividade, criatividade e formas de inteligência específicas, as quais Dejours denomina “**engenhosidade**” ou “**inteligência da prática**”. Toda atividade de trabalho inclui, portanto, uma forte mobilização subjetiva que, se por um lado é “espontânea”, por outro, não deixa de ser extremamente frágil, dependendo da dinâmica entre contribuição e retribuição. O trabalhador espera **reconhecimento simbólico** da sua contribuição, sem a qual tende a desmobilizar-se, com profundas conseqüências para sua saúde mental:

“Assim, a psicodinâmica do trabalho completa a análise dinâmica do sofrimento e das estratégias defensivas mediante a **análise dinâmica do sofrimento e sua transformação em prazer pelo reconhecimento**. O trabalho oferece amálgama ao conjunto “sofrimento e reconhecimento”. Se falta reconhecimento, os indivíduos engajam-se em estratégias defensivas para evitar a doença mental, com sérias conseqüências para a organização do trabalho, que corre o risco de paralisia” (Dejours, 2004:77).

Sendo assim, se a grande contribuição da Ergonomia da Atividade foi demonstrar a defasagem entre trabalho prescrito e trabalho real, a Psicodinâmica do Trabalho sublinhou a **inteligência** que é colocada em ação, para dar conta desta defasagem (Borges, 2006). No entanto, Dejours (2004b) também tece críticas à ergonomia, na medida em que acredita que esta disciplina entende a atividade como igual ao trabalho, enquanto para ele o trabalho está além da atividade. Seu objetivo não é desvendar a realidade do trabalho humano, em suas dimensões físicas e cognitivas, mas a **vivência subjetiva**.

Priorizar a vivência subjetiva, no entanto, não quer dizer adotar abordagens individualizantes na análise do trabalho. Dejours (2004) esclarece que em sua metodologia de pesquisa não há **questionários** ou **entrevistas individuais**, assim como não há um único pesquisador². Pesquisadores e trabalhadores estão organizados em **coletivos**. Da mesma forma, o interesse da pesquisa não está na observação ou levantamento de dados, mas no **comentário** dos trabalhadores. Não existem fatos em si, já que aquilo que é vivido subjetivamente no trabalho, assim como o sofrimento, não podem ser analisados de fora, exigindo “um trabalho reflexivo de perlaboração coletiva”. Por isso a importância da palavra, como meio de fazer chegar à inteligibilidade aquilo que ainda não é consciente. Para Dejours (2004), poder **falar** com alguém, é a forma mais potente de **pensar a experiência vivida subjetivamente** e, no caso do grupo, um meio de **elaboração coletiva** das experiências e ainda um “operador de construção do próprio coletivo”.

É de fundamental importância, ainda, que a pesquisa parta de uma **demand**a formulada pelos trabalhadores. A partir desta demanda, iniciam-se as diferentes fases da pesquisa: pré-enquete³ (preparação da pesquisa),

2 Uma importante limitação, a nosso ver, das pesquisas brasileiras que utilizam o referencial dejouriano em suas análises é não seguir a contento os pressupostos teóricos e metodológicos propostos pelo autor.

3 Athayde (comunicação oral) chama atenção para o fato de que as traduções brasileiras tendem a traduzir “enquête” por “pesquisa”, quando em francês, o termo enquête deriva do

enquete (analisar as relações entre a organização do trabalho e o sofrimento psíquico, a partir do comentário dos trabalhadores, análise e interpretação da demanda); e validação e refutação (por parte do coletivo dos trabalhadores) (Dejours, 2004b).

Passemos agora da França à Itália, no contexto da emergência e afirmação do movimento sindical como principal protagonista na transformação social, entre as décadas de 1960 e 1970. Com a contribuição significativa de Ivar Oddone e Alessandra construiu-se uma proposta de análise-intervenção ancorada em um **modelo operário de conhecimento** e em outra **psicologia do trabalho**, centrados na valorização da **experiência** dos trabalhadores.

Comentando um livro de Oddone e colaboradores, ainda não publicado no Brasil ("Experiência operária, consciência de classe e psicologia do trabalho"), Clot (1999) afirma que o que chamou atenção dos pesquisadores italianos foi o fato de que, geralmente, os operários referiam-se ao seu trabalho como algo que os estimulava e desafiava. Assim, mais do que destacar a **alienação**, constrangimentos, impossibilidades ou limitações dos trabalhadores, o grupo de Oddone preocupou-se em compreender as **perspectivas** que os trabalhadores criavam para si, procurando subsidiar os coletivos de trabalho em suas tentativas de manter e, principalmente, **alargar** seu **campo de ação**.

Eles consideraram duas vias para reduzir a nocividade do ambiente de trabalho: a **modificação do papel do especialista** em saúde da empresa e/ou **novos critérios** de definição dos **índices de nocividade** e de formas de **participação operária** (Clot, 1999; Oddone, 1986). Se antes estes critérios eram "científicos" e desenvolvidos por técnicos "estrangeiros" ao trabalho, Oddone introduziu a percepção subjetiva do trabalhador em relação aos riscos de seu próprio trabalho, rompendo tanto com a concepção marxista de

alienação como com a psicologia do trabalho taylorista. A primeira por entender que a conscientização do trabalhador vem de fora; a segunda por negar que os trabalhadores tenham quaisquer capacidades de aprendizagem.

“Para I. Oddone trata-se de travar um duplo combate, ideológico, no campo da política, e disciplinar, no campo científico, pois ele desejava **renovar a psicologia do trabalho** no sentido de uma psicologia concreta, fundada sobre a noção de experiência” (Vicenti, 1999:4).

Para fazer da experiência, um conceito chave, Oddone seguiu uma abordagem teórica e outra experimental. Do lado teórico privilegiou os estudos da psicologia histórico-cultural soviética (Bassine e Leontiev), concomitante à construção com os trabalhadores de um método que lhes permitissem a tomada de consciência de suas experiências, visando uma maior autonomia no trabalho. (Vicenti, 1999).

Um dos métodos desenvolvidos por Oddone e colaboradores, conhecido como “modelo operário de conhecimento”, tem como base três pressupostos: o grupo operário homogêneo, a validação consensual e a não delegação. O **grupo operário homogêneo** é o grupo que vive submetido à mesma nocividade e que acumulou um saber epidemiológico leigo sobre seu ambiente de trabalho. A **validação consensual** é o julgamento coletivo pelo qual o grupo valida a experiência de cada trabalhador em relação às condições de trabalho, sendo que o conjunto de julgamentos subjetivos e qualitativos dos trabalhadores é transformado em critério de avaliação quantitativa e científica. O conceito de **não delegação** exprime a recusa de delegar aos especialistas o julgamento sobre a nocividade das condições de trabalho do grupo e a fixação dos padrões e limites de nocividade (Oddone et. al., 1986; Vicenti, 1999).

O objetivo metodológico fundamental desta proposta é introduzir a **percepção subjetiva** do trabalhador como **critério de avaliação da nocividade**, sem delegar estes critérios exclusivamente a especialistas (Brito & Athayde, 2003). No livro em que apresenta esta metodologia, editado por três sindicatos italianos, amplamente difundido no Brasil, Oddone et.al. (1986) classifica os **fatores de nocividade** em quatro grupos. O Grupo 1 integra os

riscos físicos, que estão presentes onde o homem vive, seja sua casa ou trabalho (luz, ruído, temperatura). O Grupo 2 engloba os **riscos químicos**, presentes apenas na fábrica (poeira, gás, vapores). Já o Grupo 3 está relacionado à **fadiga**, aos esforços muscular e físico, enquanto o Grupo 4 diz respeito aos fatores estressantes ou **psicossociais**, associados ao trabalho. Considerando estes quatro grupos, a pesquisa, protagonizada pelos trabalhadores, passa por três etapas: observação espontânea do ambiente de trabalho; quantificação dos riscos (mapa de risco); e pauta de reivindicações.

Para Oddone, estava claro que os trabalhadores desenvolvem um saber a partir da experiência de trabalho sem, muitas vezes, sequer perceber, valorizar, potencializar ou conseguir transmitir esta experiência. Assim, procurou inventar métodos que pudessem auxiliar tanto na formalização, como na transmissão da chamada experiência operária (Vasconcelos & Lacomblez, 2004).

É neste sentido que introduz a idéia de uma "**comunidade científica ampliada**", onde o objetivo é colocar em diálogo os saberes da experiência dos trabalhadores e os saberes científicos. Outra contribuição importante do grupo de Oddone, diz respeito aos métodos indiretos de investigação. Impedidos de entrar na fábrica, em uma intervenção conduzida nos anos 1970, junto aos trabalhadores da Fiat, os pesquisadores criaram o dispositivo de "**instrução ao sócia**":

"(...) o exercício de "instrução ao sócia" implica um trabalho de grupo no curso do qual um sujeito voluntário recebe a seguinte tarefa: "Suponha que eu seja seu sócia e que amanhã eu deva substituir você em seu trabalho. Que instruções você deveria me transmitir para que ninguém perceba a substituição?" (Clot, 2006:144).

A função do sócia, nesta técnica é o de "resistir à atividade", ou seja, colocar-se enquanto leigo, questionando e colocando em foco o "como fazer", para além das prescrições. Com isso, o trabalhador é convidado a pensar sobre aquilo que é executado de maneira automática e habitual, que parece simples

mas, que ao ser detalhado, permite vislumbrar o quanto de inédito, criativo e específico há em cada atividade de trabalho. Além disso, ao tentar colocar em palavras sua experiência, o trabalhador pode se dar conta de saberes insuspeitados, alargando seu poder de ação sobre o trabalho (Clot, 1999).

Cabe ressaltar a forte **influência** deste modelo na constituição do campo da **Saúde do Trabalhador** no Brasil, sobretudo em relação ao “**mapa de risco**”, que alcançou tamanha popularidade no meio acadêmico e sindical que hoje está incluído na legislação regulamentadora da saúde no trabalho⁴. Por outro lado, algumas experiências não frutificaram ou são pouco conhecidas, como a “comunidade científica ampliada” ou o “método de instrução ao sócia” (Brito, 2004).

Ao contrário, na França, Y. Schwartz e D. Faïta trabalharam com a concepção da Comunidade Científica Ampliada durante a década de 1980, até perceberem algumas limitações deste termo e, a partir disso, construírem outra proposta (Schwartz, 2000). Primeiro, ampliando a idéia de “**trabalho operário**” para a concepção mais geral da **atividade humana**. Segundo, apontando a **contradição conceitual** da comunidade científica ampliada que, ao querer incluir os trabalhadores na produção de saberes sobre o trabalho, permaneceu vinculando o conhecimento à ciência (inclusive em sua insígnia). Finalmente, para Oddone, quem podia fazer a “costura” entre os saberes científicos e os saberes da experiência, seria um terceiro pólo, representado pela “consciência de classe” (o **sindicato**). Isto, para Schwartz (2000), também é um importante **limitante**, pois “os parceiros não são mais somente militantes operários como no início, são também desempregados, agentes de serviços, funcionários especializados, consultores e profissionais de diversos ramos”.

A partir destas considerações, Schwartz (2000) propõe o **Dispositivo Dinâmico de Três Pólos**. Um espaço de encontro, que coloca (ou dispara) um

4 Normas Regulamentadoras de Segurança e Medicina do Trabalho.

movimento, sempre dinâmico (posto que não é estático ou estável, tampouco visa ao equilíbrio), entre os saberes disciplinares e da experiência (pólos 1 e 2), costurados por um terceiro pólo fundamental: as exigências éticas e epistemológicas - uma certa humildade necessária, tanto por parte dos pesquisadores, como dos trabalhadores, para aprender uns com os outros. Apresentando, didaticamente estes três pólos, poderíamos assim defini-los:

1) Pólo dos saberes organizados e disponíveis: é o pólo dos saberes das disciplinas: psicologia, economia, ergonomia, sociologia, filosofia, direito, medicina, entre outras, que contribuem com conceitos para a análise da atividade.

2) Pólo dos saberes investidos na atividade: são os saberes da experiência, daquilo que é gerado na atividade, que inclui as forças de convocação (dos saberes disciplinares) e as forças de validação (testar os saberes das disciplinas mediante as situações da atividade, que podem ou não validá-los).

3) Pólo das exigências éticas e epistemológicas – seria a abertura e a disponibilidade, tanto ética como epistemológica, de cada participante do processo, para realizar esta troca.

O Dispositivo Dinâmico de Três Pólos permite o vaivém entre o **conhecimento** e a **experiência**, ou entre a **generalização** e a **singularização**. Parte-se da experiência singular dos profissionais “para, ao longo do tempo, extrair os saberes gerais formalizados nas disciplinas”, em um entendimento de que “todo conhecimento tem vocação para ser generalizado” (Durrive, 2001:55). Ao mesmo tempo, um modelo só é válido quando encarnado, aplicado no aqui e agora, de acordo com a especificidade de cada situação de trabalho. A experiência ou atividade de trabalho, assim, singulariza e atualiza o modelo.

“Falamos de dispositivo dinâmico de três pólos, quando um movimento é articulado, é uma espiral que leva de uma experiência com um nível de antecipação cada vez melhor a um conhecimento cada vez mais ligado à realidade” (Durrive, 2001:59).

No entanto, o risco quando nos propomos a este tipo de diálogo é cair em um confronto do tipo **teoria X prática**, em uma tendência de que os saberes da atividade sejam “engolidos” pelos saberes constituídos, mais valorizados e disponíveis. Assim, a primeira exigência é a **humildade** diante dessa complexidade. Em seguida, é necessário **rigor** para poder dar corpo (e voz) às experiências de trabalho. Isto porque a finalidade deste diálogo não é apenas constatar a complexidade e singularidade que cada um vivencia em sua situação de trabalho, mas também realizar um esforço de verbalização e possível generalização da experiência. As exigências éticas e epistemológicas, imprescindíveis para este diálogo, portanto, dizem respeito à humildade, diante da complexidade das experiências; e ao rigor, diante da exigência de verbalizar o trabalho (Durrive, 2001).

Considerando estas contribuições de Oddone e Schwartz, somadas ao patrimônio da Educação Popular de Paulo Freire, pesquisadores brasileiros sugerem a terminologia **Comunidade Ampliada de Pesquisa**⁵ – CAP, pensada enquanto uma rede de encontros de saberes, reunindo pesquisadores e trabalhadores, em uma co-análise sobre os processos de trabalho, subjetivação e saúde (Botechia, 2006; Brito & Athayde, 2003).

No entanto, estes regimes de produção de saber, ao colocarem em destaque a “experiência operária”, o “saber do trabalhador”, as “forças de convocação e validação”, a experiência, ou seja qual for a nomenclatura preferida, esbarram na dificuldade de poder dizer o próprio trabalho. Enquanto o trabalho prescrito está em relação direta com o languageiro (manuais, normas, regras escritas e faladas), a atividade de trabalho integra a trama complexa do real, mais da ordem do vivível, do que do dizível.

5 Aqui o campo ampliado é o da “pesquisa”, e não o do “científico”, como em Oddone.

É assim que Y. Clot (2006) e D. Faita, 2005 “propõem métodos⁶ que permitem avançar na compreensão da complexidade do encontro entre atividade e discurso”, priorizando “técnicas de observação/registo da **atividade linguageira**⁷ no curso da atividade de trabalho”, sendo que as falas e comentários produzidos (ou provocados) são seu principal material de análise⁸ (Borges, 2006:151).

Ao ser reconhecida e formalizada pela linguagem, a **experiência** pode ser **compartilhada, transmitida**, e ser a base para **produção** de novas experiências. O objetivo desses métodos, portanto, não é apenas o (re)conhecimento, mas o **desenvolvimento da experiência**. É neste sentido, que a proposta da Clínica da Atividade é auxiliar os coletivos de trabalho a **ampliar** seu campo de **ação**, apostando no desenvolvimento (no sentido vigotskiano) da atividade, em um entendimento de que não deve apegar-se, simplesmente, a experiências já feitas, mas transformá-las em um **meio de produzir outras experiências** (Clot, 1999).

Aqui encontramos a principal diferença, apontada por Clot (2001) entre a Psicodinâmica do Trabalho e a Clínica da Atividade. Ambas trazem a subjetividade para o âmbito da análise do trabalho e têm a Psicopatologia do Trabalho como patrimônio comum, revisitada pela psicanálise, no caso da Psicodinâmica. No entanto, Clot (2006) não relaciona diretamente **subjetividade** e **sofrimento**, acreditando que este último, sob o ponto de vista da atividade, é uma **atividade contrariada** e até reprimida ou, em outros termos, um **desenvolvimento impedido**. Trata-se de uma amputação do poder de agir, que não permite que os sujeitos transformem o vivido em recurso para a vivência de uma nova experiência. “O desenvolvimento, suas

6 Os métodos utilizados por estes autores são uma adaptação do método de instrução ao sócia, de Oddone; e a autoconfrontação cruzada, que aqui não detalharemos. Para aprofundamento destas metodologias, remetemos aos trabalhos de Clot (2006) e Santorum (2006).

7 Para Faita (2005), a própria produção discursiva dos trabalhadores é atividade (atividade *na* atividade).

histórias e os empecilhos a ele: é assim que acabamos de definir o objeto da análise das atividades de trabalho” (Clot, 2006:13).

Clot (2007) faz uma simplificação didática, identificando a tradição da Psicopatologia do Trabalho com a escuta, a palavra e o diálogo. Ao contrário, a Ergonomia privilegiaria a observação da atividade. Temos aí duas diferenças: de um lado, a palavra; de outro, a observação em situação; de um lado, a subjetividade; do outro, a atividade. Partindo desta dupla herança, ele diz que a Clínica da Atividade é a tentativa de **transformar a observação em diálogo**, ou seja, **de fazer da palavra uma ferramenta** de observação.

Para ele, a observação não produz conhecimento apenas para o observador, mas também para o observado, que também se observa enquanto os outros o observam, estabelecendo um diálogo interior consigo mesmo, tentando corresponder àquilo que o outro (observador) quer ver. Para ele, os métodos dialógicos da Análise do Trabalho são uma tentativa de dar um destino a este diálogo interior que se estabelece durante a observação. É assim que a Clínica da Atividade faz a relação entre atividade e subjetividade, compreendendo que não são antagônicas. Para ele, a subjetividade é uma atividade sobre a atividade.

O que pesquisar?

Finalmente, podemos apresentar de forma sucinta, nossos objetivos e metodologia.

Objetivo Geral:

Analisar coletivamente a atividade dos trabalhadores dos Caps.

Objetivos Específicos:

- Conhecer as normas e procedimentos formais que orientam o trabalho nos Caps;
- Analisar, junto com os trabalhadores, as variabilidades, a gestão de normas e valores, e a ação normativa presentes na atividade de trabalho dos Caps;
- Compreender as articulações possíveis entre saúde e trabalho nos Caps;

Inserindo-nos no patrimônio coletivo aqui apresentado, nossa intenção foi propor a constituição de uma **Comunidade Ampliada de Pesquisa**, onde o principal dispositivo para colocar em diálogo conhecimento e experiência, ou os saberes disciplinares e os saberes investidos na atividade, foi uma adaptação dos **"Encontros sobre o Trabalho"** (Durrive, 2001). A Comunidade Científica Ampliada foi composta por três pesquisadores acadêmicos – a doutoranda, sua orientadora e um bolsista de pesquisa⁹ – e pelos trabalhadores do serviço escolhido para a pesquisa (melhor detalhado no primeiro movimento da Seção III).

Durrive (2001) apresenta a dinâmica dos "Encontros" em três principais fases. O primeiro momento é aquele em que as pessoas são apresentadas a um **novo grupo** – que tem como objetivo a co-produção de saberes – e um **novo conceito** – a atividade. Durrive (2001) destaca que o papel do "animador" neste grupo, nada tem a ver com o de professor, sendo que ele pode até trazer esclarecimentos teóricos ou intervir pontualmente, mas sem perder de vista que seu papel fundamental é "favorecer a dinâmica gerada pelo terceiro pólo", ou seja, suas regras de ofício são a humildade e o rigor.

A segunda fase é aquela que Durrive (2001) denomina "exercitar-se na construção de um ponto de vista argumentado", ou seja, estimular que cada participante, a partir das discussões no grupo, possa construir seu próprio

ponto de vista sobre a atividade de trabalho. Inicialmente, a tendência é confundir tarefa e atividade, descrevendo seu trabalho, a partir dos procedimentos esperados, normas, regras, ideais... À medida que cada um pode perguntar-se sobre sua atividade, revelando o “trabalhar de outra forma”, por trás do “trabalhar em conformidade”, temos a tentativa da **construção**, mesmo que provisória, do **ponto de vista sobre a atividade**. A maior dificuldade, neste momento, é poder “constituir um ponto de vista ao mesmo tempo autêntico e comunicável”, ou seja, “ultrapassado o sentimento de **não ter nada a dizer**, é preciso vencer o de **não conseguir dizer**” (Durrive, 2001:66).

Finalmente, na terceira fase, é estimulado um **confronto** entre os diferentes saberes, incentivando os trabalhadores a dar forma a seus pontos de vista. A sugestão de Durrive (2001) é que esta formalização não passe apenas pela fala, mas que inclua a escrita. Consideramos que este poderia ser um dispositivo interessante, mas em nossa pesquisa confirmamos uma dificuldade recorrente dos profissionais “da ponta” em registrarem suas experiências de trabalho. Soma-se a isso, uma mudança em nosso planejamento da pesquisa, onde optamos em privilegiar nos Encontros, o relato detalhado das atividades dos profissionais (segunda fase), o que não permitiu nos determos com mais tempo nesta terceira fase.

Utilizamos, ainda, o “diário de campo” (Lourau, 1993) que como um registro pessoal, nos ajudou a detalhar, sistematizar e organizar os encontros e, principalmente, abrigar os desencontros, as dúvidas e divagações... Foi uma forma de registrar não apenas o realizado, mas também as “atividades impedidas” no decorrer da pesquisa, o texto, o contexto e o fora do texto.

Consideramos, assim, que a pesquisa é co-produção de saberes, formação e intervenção, e não há como ser de outro modo. O objetivo é analisar as experiências em curso nos Caps, no entendimento de que

compreender e desenvolver estas experiências é potencializar a capacidade de ação normativa – e conseqüentemente de saúde – dos trabalhadores.

No primeiro capítulo da Seção III apresentamos o serviço em que foi realizada a pesquisa, bem como suas principais etapas, permeada por uma breve análise de implicação da pesquisadora.

SECAO II: SABERES FORMALIZADOS

QUE SAÚDE? ¹⁰

A GENTE NÃO QUER SÓ COMIDA,
A GENTE QUER A VIDA COMO A VIDA QUER
OS TITÃS

Defendemos esta tese em uma Escola de **Saúde** Pública, sobre a relação entre **saúde** do **trabalhador** e **trabalho** em **saúde**. No esforço da síntese, destacam-se duas palavras: saúde e trabalho. Os dois primeiros capítulos desta Seção são um convite ao leitor para nos acompanhar na trajetória de transformação destas palavras em conceitos-ferramenta. Este percurso, embora longo, confuso e tortuoso, comumente é reduzido a alguns poucos parágrafos, onde se pretende resumir as bases conceituais que orientam o trabalho acadêmico. Com isso, ganha-se em objetividade e agilidade, mas perde-se o caminho: as sutilezas, as continuidades e descontinuidades, as contradições e também as paixões em torno da escolha *deste* e não *daquele* conceito, justamente para que possam ser “ferramentas” e não meras “palavras de ordem” repetidas *ad infinitum*. Longe de uma discussão hermética e teórica, o que pretendemos é simplesmente partilhar, valorizando, já de início, a reflexão, a leitura, o diálogo, a troca.

Sendo assim, abrimos esta Seção sobre os saberes formalizados, com a discussão em torno dos conceitos-práticas relacionados à saúde, mais especificamente à saúde das populações. Na primeira parte, destacamos o nascimento da Saúde Pública, bem como a problematização deste modelo pela Saúde Coletiva. Em seguida, apresentamos duas importantes contribuições para essa desconstrução: as considerações em torno do normal e do patológico, realizadas por G. Canguilhem e os estudos de M. Foucault sobre a disciplinarização da sociedade moderna. Ao final, relacionamos diferentes

10 Este capítulo originou o artigo “Entre a normatividade e a normalidade: contribuições de G. Canguilhem e M. Foucault para as práticas de saúde”, publicado na *Revista Mnemosine*, Rio de Janeiro, v.4, n.2, p.68-97, 2008.

concepções de saúde, no intuito de refletirmos sobre como a Saúde Coletiva pode constituir práticas que sejam normativas e não apenas normalizadoras.

Saúde Coletiva: uma ruptura?

Apesar da idéia naturalizada de que a Saúde Pública e a Saúde Coletiva são sinônimos, posto que ambas remetem à impossibilidade de se pensar em uma saúde individual sem considerar as condições sanitárias do espaço social, temos boas razões para acreditar que essas expressões não se superpõem, pois dizem respeito a “diferentes modalidades de discurso, com fundamentos epistemológicos diversos e com origens históricas particulares” (Birman, 2005:11)

O movimento de luta pela reforma sanitária no Brasil caracterizou-se, sobretudo, por uma crítica às práticas consagradas da Saúde Pública e pela reivindicação de outro conceito de saúde que, para além do biológico, incluísse a dimensão social na análise do processo saúde-doença. No entanto, para compreender o que esse movimento vislumbrava transformar, começemos delimitando o campo aqui designado como “Saúde Pública”.

A Saúde Pública nasce junto com o Estado Moderno, como parte de uma nova racionalidade governamental. Ao contrário das formas de governo do Feudalismo e do Absolutismo, o Estado na modernidade “não é uma casa, nem uma igreja, nem um império” (Foucault, 2007:20), mas uma realidade específica e autônoma, independente da obediência que deva a outros sistemas, como a natureza ou Deus. Da mesma forma, o governante não é alguém diferente dos demais (como o senhor feudal ou o rei), sendo a lei dos homens – e não mais a lei divina – que regula essa nova ordem. A política externa, antes baseada na defesa e ampliação ilimitada do território, agora se vale de todo um aparato diplomático que respeita a pluralidade dos Estados, à margem de qualquer tentativa de unificação do tipo imperial. Ao contrário, a política interna não tem limites quando se trata do controle da população, por ora valorizada como principal fonte de riqueza (Foucault, 2006a). Segundo

essa razão do Estado “a limitação das relações internacionais tem por correlato o ilimitado exercício do Estado de polícia” (Foucault, 2007:23).

Temos, assim, algumas condições de possibilidade para a emergência da polícia médica, ou da medicina social ou, finalmente, da “saúde pública”, que consolidou a medicina como discurso científico e verdadeiro sobre a saúde das populações. Rosen (1986) afirma que na Antiguidade a relação entre as condições de saúde e os fatores sociais não foi priorizada. Ao contrário, na Renascença, essa relação toma importância, marcando o início, tanto para Rosen (1986), como para Foucault (1999c), da medicina social, que tomou rumos diferentes, conforme o país¹¹.

O contexto sócio-político-econômico que afirmou a necessidade do estudo das relações entre o estado de saúde de uma população e suas condições de vida, foi o mercantilismo¹² e cameralismo¹³, cujo fim supremo era colocar a vida social e econômica a serviço dos poderes políticos do Estado. Para Foucault (1999c), na França e na Inglaterra o principal objetivo foi o controle em relação à natalidade e morbi-mortalidade, somado à preocupação em aumentar a população, sem nenhuma intervenção inicial efetiva ou

11 Nunca é fácil escolher um jeito de contar uma história, ou parte dela, ou eleger interpretações. Segundo Hochmann et alli (2004), a produção histórica sobre a saúde pública na América Latina é um mosaico de estudos, mas que pode ser organizado, em três estilos narrativos, que buscam romper com a tradicional história da medicina: uma história biomédica que procura compreender a relação entre a doença e o social; uma história da saúde pública que focaliza o Estado e as relações entre as instituições de saúde e estruturas econômicas, sociais e políticas, com forte perspectiva estruturalista, com ou sem viés marxista (Rosen, por exemplo); e, finalmente, uma história sociocultural da doença, e das relações entre medicina, conhecimento e poder, muito influenciadas pelo marco interpretativo de Foucault.

12 A política mercantilista consiste essencialmente em aumentar a quantidade de população ativa, a produção de cada indivíduo, estabelecendo fluxos comerciais que possibilitem a entrada no Estado da maior quantidade possível de moeda, permitindo o pagamento dos exércitos e tudo que assegure a força real de um Estado em relação aos outros (aumentar a riqueza e os poderes nacionais) (Foucault, 1999c).

13 “O termo cameralismo tem duas conotações. De um lado, designa as idéias que aparecem para explicar, justificar e orientar as tendências e práticas centralizadoras em política administrativa e econômica de uma monarquia absolutista. De outro lado, refere-se às várias tentativas, do mesmo período, para efetuar, em termos da emergente ciência política e social, uma estimativa sistemática do funcionamento dos vários serviços administrativos, como uma base para o treinamento de funcionários públicos” (Rosen, 1986:33).

organizada para elevar o seu nível de saúde. É na Alemanha que se desenvolverá, pela primeira vez, uma prática médica centrada na melhoria da saúde da população.

“Dentro do esquema cameralista, um conceito-chave em relação aos problemas de saúde e doença é a idéia de *police*, derivada da palavra grega *politeia*. Caracteristicamente, a teoria e prática da administração pública veio a ser conhecida como *Polizeiwissenschaft* (à *science of police*), e o ramo que trata com a administração da saúde recebeu o nome de *Medizinalpolizei* (*medical police*)”. (Rosen, 1986:33)

Com o tempo, a idéia de polícia transformou-se cada vez mais em uma teoria e prática da administração pública que ganhou força, sobretudo, na Alemanha. Ao final do século XVIII, os estados alemães, tanto no sistema de pensamento, como no comportamento administrativo, já haviam incorporado como norma que ao Estado Absoluto cabiam todas as atividades para o bem-estar da população. W.T. Rau, o primeiro a utilizar o termo “polícia médica”, considerava que o médico não deve se ocupar apenas do doente, mas também supervisionar a saúde da população. Por isso era importante regulamentar a polícia médica, com a função de “regulamentar a educação médica, supervisionar as farmácias e hospitais, prevenir epidemias, combater o charlatanismo e esclarecer o público” (Rosen, 1986:37). Assim:

“Com a organização de um saber médico estatal, a normalização da profissão médica, a subordinação dos médicos a uma administração central e, finalmente, a integração de vários médicos em uma organização médica estatal, tem-se uma série de fenômenos inteiramente novos que caracterizam o que pode ser chamada a medicina de Estado” (Foucault, 1999c:84).

Para Rosen (1986), essa foi uma tentativa pioneira de considerar as questões de saúde da vida comunitária, estimulando estudos futuros da relação entre as questões sociais, a saúde e a doença. A França teve papel fundamental nessa teorização, cunhando o termo “medicina social”¹⁴, “que não parece ter por suporte a estrutura do Estado, como na Alemanha, mas um fenômeno inteiramente diferente: a urbanização” (Foucault, 1999c:85).

A necessidade de constituir a cidade como unidade, responde a interesses políticos e econômicos, na medida em que a cidade se torna um lugar importante para o mercado e para a produção, ao mesmo tempo em que o aparecimento de uma classe operária pobre (o proletariado) aumenta a tensão política entre os diferentes grupos que integram a cidade. É a necessidade de controlar esta concentração de uma grande população em um só lugar, que leva à escolha de um modelo de intervenção, que Foucault (1999c) denomina “o modelo da peste”.

Ele considera a existência de dois grandes modelos de organização médica na história européia: o modelo suscitado pela lepra e o modelo suscitado pela peste. No primeiro, o doente é excluído fisicamente, mandado para fora da cidade, em uma tentativa de purificação do espaço urbano. No segundo, as pessoas permanecem em suas casas, mas são meticulosamente observadas e vigiadas, em um esquadrinhamento e controle permanente dos indivíduos, em um modelo mais próximo à revista militar do que à purificação religiosa. “Enquanto a lepra pede distância, a peste implica uma espécie de aproximação cada vez mais sutil do poder aos indivíduos”, correspondendo a uma “invenção das tecnologias positivas de poder” (Foucault, 2002:58-9).

14 Conceito introduzido por J. Guérin, em 1848: “Tínhamos tido já ocasião de indicar as numerosas relações que existem entre a medicina e os assuntos públicos... Apesar destas abordagens parciais e não coordenadas que tínhamos tentado incluir sob rubricas tais como polícia médica, saúde pública e medicina legal, com o tempo estas partes separadas vieram a se juntar em um todo organizado e atingir seu mais alto potencial sob a designação de medicina social, que melhor expressa seus propósitos” (Guérin apud Rosen, 1986:49).

Para Foucault (1999c) a medicina social francesa do século XIX nada mais é que uma variação sofisticada deste modelo da peste. E suas preocupações, que também chegaram ao Brasil republicano, dizem respeito, sobretudo, às noções de salubridade e insalubridade, que estão relacionadas às condições do meio em que se vive e o quanto este meio afeta a saúde. Por isso a importância das obras de saneamento, a abertura de avenidas largas, a condenação de zonas de amontoamento. "A medicina urbana não é verdadeiramente uma medicina dos homens, corpos e organismos, mas uma medicina das coisas: ar, água, decomposições, fermentos; uma medicina das condições de vida e do meio de existência" (Foucault, 1999c:92).

Finalmente, na Inglaterra, o conceito de polícia médica ou da medicina social, do modo como se desenvolveu na Alemanha ou na França, dificilmente poderia florescer, já que o liberalismo econômico era a doutrina prevalecente. Essa filosofia, ao pensar a harmonia perfeita entre o homem e a natureza, raramente considerava os aspectos sociais em suas análises. No entanto, as consequências da Revolução Industrial e da situação de vida precária dos trabalhadores, com excessiva mortalidade e morbidade, não tinham como passar despercebidas (Rosen, 1986).

Foucault (1999c) chama atenção para o fato de que é na Inglaterra, país em que o desenvolvimento industrial e do proletariado foi o mais rápido e importante, que temos uma nova forma de medicina social e, não por acaso, aquela que prevaleceu na atualidade. Um "cordão sanitário autoritário" separa ricos e pobres nas cidades, onde a intervenção médica é tanto uma maneira de auxiliar nas necessidades de saúde dos pobres, quanto um controle que assegura a proteção das classes mais abastadas de possíveis doenças e epidemias.

Diferente da medicina urbana francesa ou da medicina de estado alemã aparece, na Inglaterra, uma medicina que é "essencialmente um controle da saúde e do corpo das classes mais pobres para torná-las mais aptas ao trabalho e menos perigosas às classes ricas" (Foucault, 1999c:97). Essa fórmula foi a que teve futuro, ligando "assistência médica ao pobre, controle da saúde da

força de trabalho e esquadramento geral da saúde pública” (idem), com igualmente três sistemas médicos superpostos: uma medicina assistencial para os pobres e trabalhadores; uma medicina administrativa encarregada de problemas mais gerais e, finalmente, uma medicina privada que beneficia quem pode pagar. Mesmo que articulados de maneira diferente, tratava-se (e trata-se!) de fazer funcionar esses três sistemas.

No Brasil, por exemplo (e em vários países da América Latina, com poucas variações), o atendimento em saúde de responsabilidade do Estado, esteve ligado à carteira de trabalho (INAMPS), enquanto a saúde pública responsabilizava-se pelas grandes campanhas de vacinação, ao mesmo tempo em que o Estado financiava o setor privado da saúde com suspeitos convênios. Até mesmo o SUS – Sistema Único de Saúde – que se propôs a romper com esse modelo, preconizando o atendimento universal e integral, co-existe com os planos privados de saúde, de certa forma, também financiados pelo Estado¹⁵.

Cabe destacar que esse tipo de intervenção da saúde pública - mais do que um cuidado, um controle médico da população – sempre suscitou resistências. No Brasil, por exemplo, esse modelo, implantado com mais força a partir da Primeira República, com Oswaldo Cruz, resultou em importantes revoltas populares, como a “revolta da vacina”¹⁶. Como nos alerta Birman (2005), em nome da ciência, tivemos a marginalização de diferentes segmentos sociais, com a consolidação de práticas assépticas que, ao silenciarem

15 Exemplos desse financiamento indireto: procedimentos mais complexos e caros que não são cobertos pelos planos de saúde privados e acabam sendo realizados pelo SUS; despesas médicas que podem ser deduzidas do Imposto de Renda; hospitais “filantrópicos” que recebem financiamento público e não pagam impostos como os privados, mas escolhem clientela e procedimentos, chegando a manter estabelecimentos separados: um privado e outro para o SUS.

16 Reação da população à Lei da Vacina Obrigatória, promulgada em 31 de outubro de 1904 que permitia que brigadas sanitárias, acompanhadas de policiais, entrassem nas casas e aplicassem a vacina contra a varíola, mesmo que contra a vontade, em todos daquela residência. Foram duas semanas de intenso conflito nas ruas cariocas, até o governo declarar “estado de sítio” e suspender a obrigatoriedade da vacina. No entanto, o movimento foi contido logo em seguida e a vacinação maciça e obrigatória da população (pobre) teve prosseguimento.

considerações de ordem simbólica e histórica na leitura das condições de vida e saúde das populações, fazem crer que não existe uma escolha política, ideológica e ética nas práticas sanitárias.

Foi justamente tentando romper com esse discurso naturalista e pretensamente neutro da Saúde Pública, que o movimento da reforma sanitária brasileiro e latino-americano, propôs outro campo que se ocupasse da saúde – não mais da massa informe da população, mas dos sujeitos que compõem um coletivo - a Saúde Coletiva. Essa passagem do público para o coletivo descentra o lugar do Estado como “espaço hegemônico para a regulação da vida e da morte na sociedade”, sendo que este não é mais o pólo único “na gestão do poder e dos valores”, reconhecendo-se “o poder instituinte da vida social, nos seus vários planos e instituições” (Birman, 2005:14).

Desde a década de 1920, as ciências humanas introduzem no território da saúde, a problematização de categorias como normal, anormal e patológico, demonstrando o quanto esses conceitos estão encharcados de valores morais. Começa a ganhar força o entendimento de que “a saúde é marcada num corpo que é simbólico, onde está inscrita uma regulação cultural sobre o prazer e a dor, bem como ideais estéticos e religiosos” (Birman, 2005:13). Assim, o campo teórico da Saúde Coletiva pretende ser uma ruptura com a concepção de Saúde Pública, ao negar o monopólio dos discursos biológicos e incluir as dimensões simbólica, ética e política na discussão sobre as condições de saúde da população, sendo a transdisciplinaridade sua marca constituinte.

É neste processo de mudança do paradigma sanitário brasileiro que vimos nascer, ainda, dois campos que aqui nos interessam particularmente: a Saúde Mental e a Saúde do Trabalhador. Se antes tínhamos a Psiquiatria, a Medicina do Trabalho e a Saúde Pública como discursos hegemônicos nas diferentes políticas de saúde do Estado; hoje é a Saúde Mental, a Saúde do Trabalhador e a Saúde Coletiva que consolidam-se como a base teórica (e prática?) do Sistema Único de Saúde – SUS.

No entanto, nos perguntamos, junto com Campos (2000a:220): “a saúde coletiva teria criado um novo paradigma, negando e superando o da

medicina e o da antiga saúde pública?”, e da mesma forma: a saúde do trabalhador (ou saúde mental) consegue romper com a medicina do trabalho (ou psiquiatria) e instituir outras práticas de atenção e cuidado ao trabalhador (ou usuário)?

Sem querer responder de forma absoluta a estas perguntas, pensamos ser interessante colocar em diálogo as considerações em torno do normal e do patológico, realizadas por G. Canguilhem e os estudos de M. Foucault sobre a disciplinarização da sociedade moderna. Sendo assim, na sequência apresentamos as principais idéias desses autores em torno desses temas, buscando melhor compreender os conceitos de normatização e normalização (muitas vezes utilizados como sinônimos e superficialmente discutidos) e como estes podem nos auxiliar na construção de outras práticas de saúde.

Georges Canguilhem: a saúde como verdade do corpo

Georges Canguilhem (1904-1995) insere-se na tradição da epistemologia francesa, que propôs um contraponto à filosofia da ciência, criticando seu objetivo de determinar o conjunto de regras e técnicas que deve nortear as pesquisas com pretensão científica. Seu argumento é que a filosofia não deveria se preocupar com o método científico, mas sim com a reflexão sobre as condições de possibilidade históricas para a produção de conhecimento (Machado, 1981). Por isso seria importante que o filósofo não se limitasse ao estudo de uma ciência enquanto objeto simplesmente, mas que se aproximasse dos “problemas humanos concretos”, com a aprendizagem de uma matéria exterior à filosofia – uma matéria estrangeira – como foi, no caso de Canguilhem, o estudo da medicina (Schwartz, 2003): “A filosofia é uma reflexão para a qual qualquer matéria estranha serve, ou diríamos mesmo para a qual só serve a matéria que lhe for estranha” (Canguilhem, 2006:6). E ainda:

“Não é necessariamente para conhecer melhor as doenças mentais que um professor de filosofia pode se interessar pela medicina. Não é, também, necessariamente para praticar uma disciplina científica. Esperávamos da medicina justamente uma

introdução a problemas humanos concretos" (idem).

Sua obra mais conhecida - "O normal e o patológico" - é baseada em sua tese de doutoramento em medicina, concluída em 1943¹⁷. A tese divide-se em duas partes, cada uma iniciada com uma pergunta, que o autor utiliza como fio condutor – um fio de Ariadne que nos guia pelos labirintos do pensamento do filósofo. Por isso não nos perdemos em meio à erudição de Canguilhem, ao contrário, ele nos convida a acompanhá-lo na desconstrução de conceitos essenciais da medicina, mostrando como muitos deles estão encharcados de valores morais.

O primeiro fio que ele nos lança é o seguinte: "Seria o patológico apenas uma modificação quantitativa do estado normal?" Essa concepção, explica ele, considerando o patológico uma mera variação quantitativa do normal, como que uma lente de aumento do normal, esteve no centro do nascimento da medicina moderna. Ele escolhe analisar as obras de um filósofo – Augusto Comte – e um cientista – Claude Bernard – "porque esses autores desempenharam, semi-voluntariamente, o papel de porta-bandeira" dessa forma de pensamento (Canguilhem, 2006:15).

Enquanto Comte definia o patológico como "simples prolongamento mais ou menos extenso dos limites de variação, quer superiores, quer inferiores, próprios de cada fenômeno do organismo normal" (Comte apud Canguilhem, 2006:23); Bernard concluiu que "a saúde e a doença não são dois modos que diferem essencialmente", sendo que entre as duas "há apenas diferenças de grau: a exageração, a desproporção, a desarmonia dos

17 Roudinesco (2007:44) chama atenção para o fato de que a principal obra de Canguilhem teve quatro edições sucessivas: 1943, 1950 (aumentada com um prefácio), 1966 (com uma advertência e um novo capítulo, que introduzia importantes modificações à obra) e 1972 (um adendo com retificações e notas complementares). "Em outras palavras, durante trinta anos, nunca parou de modificar sua obra inaugural, como se, a cada novo acontecimento, buscasse torná-la conforme essa ética da inversão de norma que tanto marcara seu nascimento".

fenômenos normais constituem o estado doentio” (Bernard apud Canguilhem, 2006:38).

Esse modo de compreender a relação entre saúde e doença, embora tenha sido hegemônico no século XIX, permanece atual. É comum, por exemplo, referir-se a idosos com algum grau de demência ou a deficientes mentais adultos, como se fossem crianças: “Ele tem 25 anos, mas é igual a uma criança!”; ou “vovó agora é como um bebê!” A forma de tratamento também inclui palavras no diminutivo, outra entonação de voz e negociações semelhantes àquelas que são utilizadas com crianças. Laudos médicos valem-se de expressões como “idade mental de 12 anos” para descrever um adulto com deficiência. Da mesma forma, a loucura também costuma ser percebida como uma variação de grau do estado normal, desta vez não como uma diminuição, mas como uma exageração de modos de pensar e sentir “normais”.

No entanto, como coloca Canguilhem (2006:53), é temerário deduzir “que a vida é sempre idêntica a si mesma na saúde e na doença”, pois a doença não é apenas uma soma de sintomas, mas um outro modo de ser da totalidade do organismo. Uma criança de 12 anos, em fase de crescimento, é totalmente diferente de um adulto “com idade mental de 12 anos”. Ambos podem ter um desenvolvimento mental semelhante, mas as situações e expectativas que vivenciam são totalmente distintas e, enquanto a criança está em constante mudança, o doente tende “a manter de modo obsessivo e às vezes exaustivo, as únicas normas de vida dentro das quais ele se sente relativamente normal” (Canguilhem, 2006:141).

Por outro lado, esse outro modo de ser é patológico não porque o médico o diz, mas porque o próprio sujeito que sofre, percebe que vive um tipo de vida diferente do “normal”, algo que o incomoda e é sentido como uma espécie de mal. Sendo assim, um fato só pode ser considerado patológico em relação à totalidade do organismo e levando em conta a experiência daquele que se sente doente, sendo que “o estado patológico não é um simples prolongamento, quantitativamente variado, do estado fisiológico, mas é totalmente diferente” (Canguilhem, 2006:56).

Em que pesem as diferenças entre os dois autores analisados por Canguilhem – Comte e Bernard - ambos têm em comum, além da concepção do patológico como variação quantitativa do estado normal, a idéia positivista fundamental de que o saber (ou a ciência) vem antes do agir (ou da técnica), ou seja, “a idéia de que uma técnica deve ser normalmente a aplicação de uma ciência” (Canguilhem, 2006:64). Canguilhem, ao contrário, vai defender não só uma concepção qualitativa de saúde e doença, mas também que a medicina é mais uma técnica (a clínica) do que uma ciência (fisiologia)¹⁸. É a clínica que deve informar os estudos teóricos, e não o contrário. E para auxiliá-lo nessa desconstrução, Canguilhem inclui nesse debate entre cientistas, um técnico: o médico René Leriche.

Canguilhem considera que o maior valor da teoria de Leriche, independente de contradições ou críticas que se possam apontar, “é o fato de ser a teoria de uma técnica, uma teoria para a qual a técnica existe, não como uma serva dócil aplicando ordens intangíveis, mas como conselheira e incentivadora, chamando a atenção para os problemas concretos (...)” (Canguilhem, 2006:66). Diz Leriche (apud Canguilhem, 2006:57): “A saúde é a vida no silêncio dos órgãos” e, inversamente, “a doença é aquilo que perturba os homens no exercício normal de sua vida e em suas ocupações e, sobretudo, aquilo que os faz sofrer”.

Canguilhem concorda com Leriche, relacionando a saúde à inconsciência do próprio corpo, e a consciência à “sensação dos limites, das ameaças, dos obstáculos à saúde” (Canguilhem, 2006:57). Em escritos mais recentes¹⁹, Canguilhem reitera esse entendimento, comentando que vários autores também estabeleceram essa ligação entre a saúde, o silêncio e a

18 “Embora a fisiologia seja um fundamento científico da disciplina médica, apenas a clínica é suscetível de pôr a fisiologia em contato com os indivíduos concretos” (Roudinesco, 2007:37).

19 Trata-se do artigo “Do social ao vital”, que integra a terceira parte da edição de 1966 de “O Normal e o Patológico” (Canguilhem, 2006), bem como do artigo “A saúde: conceito vulgar e questão filosófica”, originalmente publicado em 1990 (Canguilhem, 2005).

inconsciência: o já citado Leriche (década 1930); Valéry (década 1940), Michaux (década 1960) e, antes deles, Descartes (1649) – “o conhecimento da verdade é como a saúde da alma: quando a possuímos, não pensamos mais nela”; e Kant (1798) – “podemos nos sentir bem de saúde, mas nunca podemos saber se estamos bem de saúde” (apud Canguilhem, 2005:37; 2006:205).

Sendo assim, analisando a maneira com que importantes filósofos pensaram a questão da saúde, Canguilhem (2005) conclui que não se pode “saber”, mas apenas “sentir” o que é saúde. Na medida em que está fora do campo do saber, relacionada à experiência, a saúde não pode ser um conceito científico, e por isso é um conceito vulgar, “o que não quer dizer trivial, mas simplesmente comum, ao alcance de todos” (Canguilhem, 2005:37). Concordando com Nietzsche, Canguilhem considera que a verdade não pode referir-se apenas a um valor lógico, fruto do juízo. A verdade habita a experiência, sendo a saúde a verdade do corpo. “Há mais razão em teu corpo do que em tua melhor sabedoria” (Nietzsche apud Canguilhem, 2005:39).

Guardemos essa idéia de que a saúde refere-se à experiência de um corpo singular, e retomemos a leitura da mais importante obra de Canguilhem. A segunda parte de seu livro, inicia com a seguinte pergunta: “Existem ciências do normal e do patológico?”. Para respondê-la, o filósofo empreende uma análise semântica do termo “normal”, demonstrando que ele pode ser utilizado tanto para designar aquilo que é encontrado mais frequentemente (fato), como aquilo que se deve ser (valor). Essas duas designações, apesar de tão diferentes, confundem-se e misturam-se, levando a que um “caráter comum adquira um valor de tipo ideal” (Canguilhem, 2006:85). No caso da medicina, por exemplo, o que é considerado normal é aquilo que tem maior frequência estatística, ou seja, um estado habitual dos órgãos é confundido com seu estado ideal.

A ciência esforça-se em medir e quantificar modos de funcionamento do organismo, sendo que aqueles mais freqüentes ou mais próximos da média são considerados “normais”. No entanto, para Canguilhem, essa equação está

invertida, pois se determinados comportamentos são mais observados que outros, é porque funcionaram melhor em determinado modo de vida. Assim, não é a medicina, com suas frequências estatísticas, que julga o que é o normal; mas a vida em si mesma, em sua capacidade de instituir normas, de ser normativa. Ou seja: “um traço humano não seria normal por ser freqüente, mas seria freqüente por ser normal, isto é, normativo num determinado gênero de vida” (Canguilhem, 2006:116).

O normal não como “média estatística”, generalizada por uma ciência; mas como “normatividade”, ancorada na experiência singular – esta é uma idéia central na obra de Canguilhem e, por isso, é importante destacar o que ele entende por “normatividade”. Literalmente:

“(...) a vida não é indiferente às condições nas quais ela é possível, que a vida é polaridade e, por isso mesmo, posição inconsciente de valor, em resumo, que a vida é, de fato, uma atividade normativa. Em filosofia, entende-se por normativo qualquer julgamento que aprecie ou qualifique um fato em relação a uma norma, mas essa forma de julgamento está subordinada, no fundo, àquele que institui as normas. No pleno sentido da palavra, normativo é o que institui as normas. E é nesse sentido que nos propomos a falar sobre uma normatividade biológica” (Canguilhem, 2006:86).

Como esclarece Masson (2004), Canguilhem define como “polaridade dinâmica da vida” a necessidade permanente, para qualquer ser vivente, de fazer escolhas, o que inclui um julgamento de valor, considerando determinados modos de funcionamento como positivos e outros como negativos: “viver é, mesmo para uma ameba, preferir e excluir” (Canguilhem, 2006:95). Nessa concepção, viver é um debate entre diferentes normas, em um processo dinâmico e nunca previsível, onde a vida não é “apenas submissão ao meio, mas também instituição de seu próprio meio”, estabelecendo “valores, não apenas no meio, mas também no próprio organismo”. (Canguilhem, 2006:175).

Seguindo essa lógica, Canguilhem vai discutir a confusão entre os termos anomalia e anormal, sendo o primeiro um termo descritivo – aquilo que é desigual – e o segundo um termo valorativo – aquilo que não segue a norma. A anomalia está relacionada a um desvio estatístico, algo insólito e não habitual, mas não necessariamente patológico. A “diversidade não é doença (...). Patológico implica *pathos*, sentimento direto e concreto de sofrimento e impotência, sentimento de vida contrariada” (Canguilhem, 2006:96). A anomalia só será patológica se for sentida como um obstáculo ou perturbação à vida, ou seja, o que determina o patológico não é o desvio estatístico, mas o desvio normativo. A doença não está relacionada com o fato de ser diferente (anomalia) ou de uma ausência de normas, mas com a incapacidade ou dificuldade de instituir normas que expandam a vida. E conclui:

“Não existe fato que seja normal ou patológico em si. A anomalia e a mutação não são, em si mesmas, patológicas. Elas exprimem outras normas de vida possíveis. Se essas normas forem inferiores - quanto à estabilidade, à fecundidade e à variabilidade da vida - às normas específicas anteriores, serão chamadas patológicas. Se, eventualmente, se revelarem equivalentes – no mesmo meio – ou superiores – em outro meio – serão chamadas normais. Sua normalidade advirá de sua normatividade. O patológico não é a ausência de norma biológica, é uma norma diferente, mas comparativamente repelida pela vida” (Canguilhem, 2006:103).

Para Canguilhem, essa norma é repelida e considerada inferior por não tolerar desvio, ser incapaz de se transformar frente à dinâmica da vida, pois “o normal é viver num meio em que flutuações e novos acontecimentos são possíveis” (Canguilhem, 2006:136). Aquilo que é normal, por ser normativo em determinada situação, pode se tornar patológico, em outro contexto, se não puder se alterar. Sendo assim, “o doente não é anormal por uma ausência de norma, mas por uma incapacidade de ser normativo” (Canguilhem, 2006:138), ou seja, pela dificuldade em criar outras normas que dêem conta de novos acontecimentos, insistindo em conservar uma norma que já não funciona mais.

Agora podemos tentar ensaiar uma definição de saúde e doença, seguindo o que propõe Canguilhem, colocando suas reflexões em diálogo com outros conceitos e autores.

Entre a Normatividade e a Normalidade: diálogo entre Canguilhem e Foucault

Valendo-se das contribuições de Goldstein²⁰, Canguilhem alerta que a doença não pode ser colocada apenas no lugar da negatividade, como aquilo que nada cria e transforma. A doença, embora seja uma redução do potencial criativo, “não deixa de ser uma vida nova, caracterizada por novas constantes fisiológicas” (Canguilhem, 2006:141), sendo assim, ela também não pode ser deduzida do normal, como um “resíduo do normal” ou aquilo que sobreviveu à destruição. Ao contrário, em um primeiro momento, a doença aparece como uma necessidade de criação de outras normas frente às variabilidades da vida, mas esta necessidade é experimentada de forma negativa (Serpa Jr, 2001). A doença é, assim, “uma experiência de inovação positiva do ser vivo, e não apenas um fato diminutivo ou multiplicativo”, não é “uma variação da dimensão da saúde”, mas uma “nova dimensão da vida” (Canguilhem, 2006:138).

A cura, para Canguilhem, acontece quando se consegue restabelecer a normatividade, ou seja, criar para si novas normas, por vezes superiores às antigas, no sentido de que tenham maior plasticidade frente à imprevisibilidade da vida. No entanto, não se pode confundir “restauração da normatividade”, com um retorno ao que se era antes, “a vida não conhece a reversibilidade”, mas “admite reparações que são inovações fisiológicas” (Canguilhem, 2006:147).

Assim, a saúde, mais que um estado de equilíbrio ou ausência de enfermidade, é poder ficar doente e recuperar-se, e ao “superar as enfermidades converter-se em um corpo mais válido” (Caponi, 1997:294). A saúde é uma “margem de tolerância às infidelidades do meio”, e ser saudável não é apenas ser normal, mas ser normativo; não é apenas possuir algo que é valorizado, mas ser capaz de criar valor; não apenas ser portador, mas instaurador de normas vitais. “O que caracteriza a saúde é a possibilidade de ultrapassar a norma que define o normal no momento, a possibilidade de tolerar infrações à norma habitual e de instituir normas novas em situações novas” (Canguilhem, 2006:148).

A saúde está relacionada, ainda, com um “sentimento de seguridade”, em um duplo sentido: segurança no presente e seguros para prevenir o futuro. E, ao contrário do que algumas correntes filosóficas e científicas defendem, essa seguridade não está ligada a um instinto de conservação, onde o organismo evita confrontar-se com novas situações – esse instinto, segundo Goldstein (apud Canguilhem, 2006:150), “não é a lei geral da vida, e sim a lei de uma vida limitada”. O organismo sadio, antes da conservação, procura realizar sua natureza em expansão, enfrentando os riscos que isso comporta. “Saúde é, pois, possuir uma capacidade de tolerância ou de seguridade que é mais do que adaptativa” (Caponi, 1997: 294).

Em um primeiro momento, todos esses conceitos aparecem juntos (Canguilhem, 2006). Posteriormente, Canguilhem (2005) vai refinar essa concepção, a partir da distinção entre saúde como estado do corpo dado; e saúde como expressão do corpo produzido. O corpo dado está relacionado com o patrimônio genético, o “genótipo”; enquanto o corpo produto diz respeito aos

20 Como nos explica Roudinesco (2007:36), Kurt Goldstein era psiquiatra e neurologista, tendo trabalhado nos campos da Primeira Guerra Mundial, com os “feridos da razão”. Desta experiência, ele concluiu que “toda teoria deve apoiar-se em uma “clínica”, resultante da observação direta do doente”.

modos de vida de cada um, seja por escolha ou imposição, ou ainda, ao “fenótipo”.

Ao falar da saúde como estado do corpo dado, o autor parece se referir à capacidade do corpo adoecer, recuperar-se e, assim, tornar-se um corpo mais potente (Caponi, 1997). O exemplo, citado por ele, é o da vacina - “o artifício de uma infecção justamente calculada para permitir que o organismo se oponha, doravante, à infecção selvagem” (Canguilhem, 2005:43). Essa concepção, alerta Canguilhem, já era anunciada por Descartes²¹, bem antes, portanto, das primeiras hipóteses de Pasteur. Ao contrário, a saúde deficiente desse corpo dado, seria “uma limitação do poder de tolerância e de compensação das agressões do meio ambiente”, por exemplo, por alguma má formação orgânica (idem).

Já a saúde como expressão do corpo produzido, é uma garantia vivenciada duplamente como uma “garantia contra o risco e audácia para corrê-lo”. É o sentimento de poder, sempre mais, ultrapassar capacidades iniciais. Canguilhem (2005) dá o exemplo dos atletas, mas Caponi (1997) complementa que esse sentimento de superação, também pode dizer da experiência de transformar um meio social adverso. A autora chama atenção de que, da mesma forma que certas patologias orgânicas contribuem para diminuir essa margem de tolerância, existem várias condições desfavoráveis de existência que devem ser consideradas na predisposição a doenças futuras, tais como condições precárias de moradia, alimentação, educação e trabalho.

Aqui há de se considerar a relação entre saúde e sociedade. As condições de vida impostas (falta de saneamento, alimentação, etc) remetem ao âmbito público e é nesse âmbito que deveriam delinear-se estratégias de intervenção - políticas de transformação dessas desigualdades, que se definem

21 Canguilhem (2005:43) cita uma entrevista de Descartes, em 1648, em Amsterdã, onde ele diz confiar na retidão do corpo e em seu objetivo de prolongar a vida, sendo que a natureza

como causas para diversas doenças. Por outro lado, os estilos de vida escolhidos por cada um, remetem ao âmbito do privado. Desde que a vida tornou-se preocupação política do Estado, no entanto, parece que o acento esteve mais na normalização de condutas e estilos de vida, com a culpabilização do indivíduo, do que na transformação dessas limitações sociais de vida. Parece ser “mais simples normalizar condutas do que transformar condições perversas de existência” (Caponi, 1997:294).

É importante destacar, aqui, a diferença entre normatização e normalização. Em ambos os casos a norma está ligada a um julgamento de valor, de algo considerado como positivo ou negativo. Em um primeiro momento, Canguilhem toma o conceito de norma, enquanto norma biológica, entendendo a normatização enquanto possibilidade de criação de normas que, mais que adaptação, permita a expansão da vida.

Posteriormente, em um texto intitulado “Do social ao vital”, que integra a edição de 1966 de “O Normal e o patológico”, Canguilhem (2006) versará sobre o uso popular do termo normal. “Normal é o termo pelo qual o século XIX vai designar o protótipo escolar e o estado de saúde orgânica”, que exprime uma exigência de racionalização que se manifesta também na política e na economia “que levará, enfim, ao que se chamou, desde então, de normalização”. A norma aqui é social, externa, e está ligada a uma exigência de unificar a variedade, uniformizar a disparidade. A normalização, define ele:

“(...) é a expressão de exigências coletivas cujo conjunto define, em determinada sociedade histórica, seu modo de relacionar sua estrutura, ou talvez suas estruturas, com aquilo que ela considera como sendo seu bem particular, mesmo que não haja uma tomada de consciência por parte dos indivíduos” (Canguilhem, 2006:199-200).

“parece lançar o homem nas doenças apenas para que ele possa, ao superá-las, tornar-se mais válido”.

Ao longo desse artigo, Canguilhem (2006:206-08) considera que “a normalização é uma experiência especificamente antropológica ou cultural”, citando vários exemplos, tais como, a normalização da língua, na gramática; a normalização do trabalho; e a normalização da saúde das populações, “onde a norma é aquilo que fixa o normal a partir de uma decisão normativa”.

Ao final, ele faz uma relação entre as normas vitais e as normas sociais, considerando a tendência corrente de se comparar organismo e organização. A primeira diferença diz respeito às regras de ajustamento, que na organização são “exteriores ao complexo ajustado”, e devem ser representadas e aprendidas. Já no organismo vivo, essas “regras de ajustamento das partes entre si são imanentes, presentes sem ser representadas, atuando sem deliberação nem cálculo” (Canguilhem, 2006: 212). Conclui, assim, que embora a regulação social possa inspirar-se na regulação orgânica, está longe de ser como ela. Isso porque a regulação social é o resultado de um antagonismo, um embate de soluções paralelas e interesses distintos; ao passo que a regulação orgânica diz de uma integração cada vez mais sofisticada do organismo com o meio.

Segundo Roudinesco (2007), essa ampliação do conceito de norma e normal, foi efeito da leitura do livro de Michel Foucault, “O nascimento da clínica”. Canguilhem conhecera Foucault em 1960, quando foi convidado para ser seu orientador em sua tese de doutoramento (“Loucura e desrazão: história da loucura na idade clássica”). Canguilhem (1996): “Nunca neguei que fui conquistado de imediato. Aprendi a conhecer, melhor que antes, outra figura do anormal, distinta do patológico orgânico. E Foucault me obrigou a reconhecer a existência histórica de um poder médico equívoco”.

“Foucault substituía a concepção canguilheniana de uma norma produzida pela vida por uma noção de norma construída pela ordem social e portadora de normalização. Ou seja, opunha uma normatividade social à normatividade biológica, uma arqueologia à fenomenologia” (Roudinesco, 2007:45).

Por outro lado, ao definir o termo “normalização”, em 1975, seja no curso que ministrava à época – “Os anormais” – seja no livro que lançou naquele mesmo ano – “Vigiar e Punir” – Foucault (1995; 2002) refere-se, explicitamente, a esse texto de Canguilhem (Do Social ao Vital). Resumindo as contribuições de Canguilhem, Foucault destaca três delas: a referência a um processo geral de normalização social, política e técnica no decorrer do século XVIII; a idéia de que a norma não se define como uma lei natural, mas como uma pretensão de poder, que exige sua obediência sob mecanismos de coerção; e o entendimento de que a norma também está “ligada a uma técnica positiva de intervenção e de transformação, a uma espécie de poder normativo”. E conclui: “É esse conjunto de idéias que eu gostaria de tentar aplicar historicamente, essa concepção ao mesmo tempo positiva, técnica e política de normalização” (Foucault, 2002:62).

Revel (2005:65) esclarece que a noção de norma, para Foucault, corresponde ao aparecimento da sociedade disciplinar e do bio-poder, diretamente relacionado ao nascimento da medicina social²², tal como já aqui explicitado. A emergência desse “aparelho de medicalização coletiva”, “permite aplicar à sociedade toda uma distinção permanente entre o normal e o patológico e impor um sistema de normalização dos comportamentos e das existências, dos trabalhos e dos afetos”. Não é um sistema de punição, como na sociedade soberana, mas um sistema de correção, de transformação dos indivíduos, através de técnicas de normalização, do qual fazem parte, as escolas, as prisões, as fábricas, os hospitais, entre outras organizações.

Posteriormente, Foucault (2006) refinará a noção de bio-poder, como um tipo de poder que se ocupou da vida dos indivíduos e das populações, sugerindo o termo “governamentalidade”, para definir um modelo que combina,

22 Cabe explicitar que “O Nascimento da Medicina Social”, datado de 1974 – referência na primeira parte deste capítulo - foi o primeiro texto em que Foucault apresentou a idéia de biopolítica, problematizando a expressão “medicina social”.

astuciosamente, técnicas de governo (a biopolítica, por exemplo) e técnicas de si. No binômio saber-poder, Foucault inclui a subjetividade, demonstrando como as políticas de governo se estendem às formas de auto-regulação subjetiva. Este processo fica muito claro no atual modelo hegemônico de gestão governamental – o neoliberalismo – onde a competência regulatória do Estado é, gradativamente, substituída pelo apelo à responsabilidade individual e ao auto-cuidado. A estratégia neoliberal suplementa antigos mecanismos regulatórios e disciplinares, com o desenvolvimento de técnicas de auto-regulação (Lemke, 2001).

Aqui devemos destacar, ainda, a admiração mútua entre ambos pensadores. Como aponta Roudinesco (2007:48), é raro assistir “um mestre remanejar sua teoria à luz daquele que escolheu tornar-se seu aluno”. Em 1991, Canguilhem comenta que já se passara trinta anos desde seu primeiro contato com Foucault, mas que 1961 “permanece e permanecerá para mim o ano em que se descobriu um grande filósofo” (Canguilhem apud Roudinesco, 2007:48). Por sua vez, o último artigo de Foucault autorizado para publicação, dois meses antes de sua morte, é justamente uma homenagem a Canguilhem e ao lugar que ele ocupa na história do pensamento francês: “(...) em todo o debate de idéias que precedeu ou sucedeu o movimento de 1968, é fácil reencontrar o lugar daqueles que, direta ou indiretamente, haviam sido formados por Canguilhem” (Foucault, 2005:353). Para Foucault (2005:364-5), Canguilhem é um “filósofo do erro”, pois é a partir do erro que ele coloca os problemas filosóficos, os problemas da verdade e da vida. Ou ainda: “No limite, a vida – daí seu caráter radical – é o que é capaz de erro”.

Problematizando as práticas de saúde: algumas contribuições de Canguilhem e Foucault

Retomando nosso tema, uma grande contribuição de Canguilhem, como destacam alguns comentadores de sua obra (Serpa Jr, 2001; Caponi, 1997), é colocar a experiência singular e subjetiva do sujeito, no centro da determinação das fronteiras entre o que é normal e o que é patológico. Se as mais variadas práticas da área da saúde visam restabelecer o estado normal do organismo, não é porque os cientistas o tenham determinado, mas porque ele é visado pelo doente. São os doentes que deveriam julgar se não são mais normais ou se voltaram a ser.

O essencial para o doente é sair de um abismo de impotência ou de sofrimento, onde voltar a ser normal significa retornar a uma atividade interrompida (ou equivalente), mesmo que essa atividade seja reduzida ou os comportamentos menos variados. “A vida de qualquer ser vivo não reconhece as categorias de saúde e doença, a não ser no plano da experiência – provação no sentido afetivo do termo, e não no plano da ciência. A ciência explica a experiência mas, nem por isso, a anula” (Canguilhem, 2006: 149).

Já Foucault demonstra, de forma mais enfática, como se constroem discursos e práticas em torno daquilo que é valorado como mais ou menos normal, em determinada sociedade; e em como o nascimento das políticas de atenção à saúde das populações, mais que seu cuidado, visavam seu bom controle; mais do que a expansão da vida, objetivavam a adaptação a um determinado modelo de sociedade.

Também poderíamos compreender o trabalho de ambos autores, como modos de compreender a produção de sujeitos. Se para Canguilhem, o acento está nas respostas normativas dos seres humanos, em um entendimento de que o sujeito se constitui inventando e criando normas, para Foucault, o interesse recai sobre a eficácia das normas sociais, e em como os sujeitos são produzidos nas relações de poder que, ao mesmo tempo em que o assujeitam, trazem em si a possibilidade de resistência e transformação das normas. No entanto, alguns autores, como Le Blanc (2002, 2004), consideram que para Foucault a possibilidade de “invenção de si” ou de ultrapassar a disciplina normalizadora é uma situação rara e singular (como na prática da amizade, por

exemplo), ao passo que para Canguilhem, a invenção é um dado da vida ordinária.

Le Blanc (2002, 2004) também chama atenção para o fato de que não se pode separar o social do vital, como se existisse uma normalização “externa” adaptativa, e uma normatização “interna” expansiva. A normalidade não se opõe à normatividade. Assim como a normalidade diz respeito tanto à racionalização das normas da sociedade, como à possibilidade de sua modificação pela normatividade social dos indivíduos; a normatividade remete às normas humanas, determinadas pelo modo de atuar de um organismo em situação social, onde o meio social modifica o meio orgânico.

Além disso, a norma não pode ser pensada como autônoma ou emancipada do sujeito, pois depende sempre de como é valorada e interpretada. Toda norma é dependente de uma perspectiva, que é a razão mesma de sua apreciação e avaliação, onde cada sujeito – seja “individual” ou “coletivo” – afirma-se em relação às normas que institui ou contesta. Assim, a normalização social instituída não priva a sociedade, grupo ou indivíduo de sua capacidade normativa.

Em que pesem esses apontamentos, consideramos que tanto para Canguilhem, como para Foucault, o limite entre o normal e o patológico se torna impreciso, e só quem deveria determiná-lo é aquele que vive a experiência de uma vida diferente. Alguém se torna doente somente em relação a si mesmo, e não em relação a uma média, ou a alguma frequência estatística, ou a algum comportamento esperado socialmente. O doente sente sua potência diminuída em relação a si mesmo, e é isto que deveria ser o ponto de ancoragem das práticas de saúde (Canguilhem, 2006).

No entanto, o que percebemos, é que o parâmetro de saúde está cada vez mais ligado ao que é valorizado socialmente e não à experiência subjetiva e singular. Um corpo feminino, mesmo que saudável em suas curvas, pode ser um problema, quando o modelo a ser seguido é cada dia mais enxuto, esguio e andrógino. As frustrações e tristezas inerentes à vida devem ser liquidadas do campo subjetivo, quando o ideal é um corpo sempre bem disposto e feliz... E as

crianças devem ser sempre, e cada vez mais cedo, acompanhadas e avaliadas, para que suas estripulias não impeçam que realizem todas as (hiper)atividades – que incluem além da escola, aulas de inglês, informática, natação, balé - necessárias à sua formação como futuro profissional de sucesso. E, claro, para todos esses “desvios”, temos não só um novo diagnóstico, mas também uma medicação de última geração: um pouco de anfetamina aqui, outro tanto de ritalina ali, e muita fluoxetina acolá.

Ao mesmo tempo, e também de forma crescente, a saúde aparece relacionada ao auto-cuidado. Expressões como “comportamento de risco”, comuns ao campo da saúde pública, remetem à culpabilização e responsabilização exclusiva dos indivíduos por suas condições de vida, saúde e adoecimento.

Por outro lado, tanto Canguilhem, como Foucault, podem ser erroneamente interpretados em suas considerações, como se ao falarem da importância da experiência subjetiva, das infidelidades do meio, ou ainda, ao criticarem a forma como o Estado tomou para si o papel do cuidado da saúde das populações, estivessem em defesa de práticas de saúde voltadas apenas para o indivíduo, pleiteando uma desejada omissão do Estado nesse campo. Da mesma forma, como efeito desse diálogo, poderíamos cair aqui na simples dicotomia entre normalização social e normatividade biológica, perguntando-nos se a saúde, afinal, é uma expressão da capacidade normativa de cada organismo ou um efeito das normas sociais. No entanto, como já vimos, o caminho é mais complexo e não passa nem pelo paralelismo vertical, nem pela causalidade horizontal, mas pela diagonal, ou ainda, pela transversal.

Caponi (1997) traz uma contribuição importante, relacionando diferentes concepções de saúde com o pensamento de Canguilhem. O primeiro conceito que analisa é aquele mais clássico, o qual considera a saúde como um equilíbrio. Esse conceito acaba se confundindo com a normalidade, no sentido descritivo, ou seja, como proximidade de uma média estatística, perdendo-se o caráter de normatividade e reduzindo o fenômeno da saúde a um mecanismo

adaptativo. É um conceito restrito e negativo, na medida em que a saúde é entendida como ausência de doença.

Visando ampliar esse conceito de saúde, a Organização Mundial da Saúde estabeleceu que “a saúde é um completo estado de bem estar físico, mental e social, e não mera ausência de doença”. Esse conceito, duramente criticado por diversos autores, entre eles Canguilhem (2005) e Dejours (1986), também se confunde com o conceito de “normal”, mas em seu sentido valorativo, já que a idéia de bem-estar pode ser traduzida como aquilo que é desejável em determinado contexto. No momento em que se afirma que o bem-estar é um valor (físico, psíquico e social), se reconhece como parte do âmbito da saúde, “tudo aquilo que em uma sociedade e em um momento histórico preciso, qualificamos de modo positivo” (Caponi, 1997:299), julgando tudo que escapa disso, como perigoso, indesejado e passível de intervenção. Além disso, parece negar o conflito e a instabilidade (Dejours, 1986).

Sendo assim, além de valorizar a mera adaptação a modos de vida socialmente valorizados, esse conceito tende a condenar erros, fracassos ou infidelidades, desconsiderando que a saúde não pode ser pensada como ausência de perturbações, e sim como a possibilidade de enfrentá-las. “O conceito de bem-estar, tal como o conceito de equilíbrio, limita o alcance da saúde a esse âmbito que é próprio do conceito de normalidade, seja em termos de meios estatísticos e constantes funcionais, seja como valores que são sociais e historicamente construídos”. (Caponi, 1997:301).

Finalmente, o conceito cunhado pela reforma sanitária foi o de que “a saúde é resultantes das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra, e acesso aos serviços de saúde”. Também não é um conceito abstrato, que deve ser definido de acordo com o contexto histórico, “devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas” (Relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde).

Para Caponi (1997) nessa conceitualização o que acaba se perdendo é justamente a referência à singularidade biológica ou subjetiva da doença, na

medida em que são considerados apenas os valores sociais – o *bios* não é mencionado, nem sequer como um, entre todos os outros fatores, que pode influenciar na saúde ou na doença²³. Embora o objetivo seja intervir em condições e ambientes perversos de vida, muitas vezes a ação do Estado corre o risco, como nas demais concepções, de funcionar como mera normalização de comportamentos.

Para a autora, é em Canguilhem que podemos nos apoiar para pensar um outro conceito de saúde, que não se restrinja nem ao inalcançável equilíbrio, nem ao indeterminado bem estar e, tampouco, às injustas diferenças sociais.

“Se o conceito de saúde se define por essa capacidade de tolerância para com as infidelidades do meio e se se trata de um conceito relativo, no sentido de que existem pessoas mais ou menos saudáveis em situações concretas, então podemos concluir que o mesmo deve ser estendido não só à capacidade de auto-cuidado, assinalada por Canguilhem como elemento central, mas também deve contemplar, e de modo privilegiado, a todos esses determinantes sociais definidos na VIII Conferencia Nacional de Saúde” (Caponi, 1997:304).

Assim, na medida em que a saúde implica não somente uma seguridade e tolerância às infidelidades do meio, mas também a possibilidade de ampliá-las, esta se torna uma tarefa, ao mesmo tempo, individual e coletiva, que inclui a transformação das condições sociais e singulares de vida (Caponi, 1997). Poderíamos avançar considerando que a potência normatizadora do corpo é prejudicada (ou seja a saúde), não por ter que lidar com o erro ou acaso, mas principalmente por condições de vida adversas perfeitamente evitáveis.

23 Ver a crítica de Rosana Onocko à dificuldade em discutir e valorizar a clínica na Saúde Coletiva, especialmente na Saúde Mental (Campos, 2001).

Como vimos, para Canguilhem, vida e valor estão intrinsecamente ligados, o que nos remete não apenas à “vida como posição inconsciente de valor”, mas também ao sujeito ético - aquele que formula conscientemente seus valores. Le Blanc (2004:86-9) sugere que a ética de Canguilhem, ancorada em Spinoza, poderia ser resumida como “multiplica a vida em ti mesmo e ao teu redor”. A medicina – e aqui generalizamos para as demais práticas de saúde – é um esforço espontâneo de defesa e luta contra tudo que tem um valor negativo para a vida, mas este valor negativo não pode ser pré-definido pelo médico, deflagrando um comportamento moral, e sim na relação do profissional com aquele que vive a experiência, ou seja, na experimentação: “(...) a ética é uma experimentação com zonas de equilíbrio, nas quais a vida procura prolongar-se e criar”.

Em seus últimos escritos, Foucault (1999d, 2001) também deu destaque à ética, entendendo-a como a maneira pela qual o indivíduo constitui a si mesmo como sujeito de suas próprias ações, questionando a maneira como se coloca nas relações de saber-poder e exercendo sobre si mesmo uma transformação em prol de modos mais belos (éticos) de viver (daí a denominação “estética da existência”).

Finalmente, o que gostaríamos de destacar (embora pareça óbvio) é que a mudança no conceito de saúde, não garante a transformação das práticas de saúde. Fica o convite para que possamos questionar, em nossas ações cotidianas como trabalhadores/as de saúde, como podemos constituir práticas de ações coletivas, mais éticas e belas, que sejam também normativas, e não apenas normalizadoras. Como uma política de estado pode ir além da individualização culpabilizadora da população que, ao mesmo tempo, desresponsabiliza o Estado de suas funções? Como apostar mais na potência normatizadora da vida, do que no poder normalizador sobre a vida?

QUE TRABALHO?²⁴

EU NÃO DEFINIREI ALGUMA COISA
POR SUA ESSÊNCIA,
O QUE ELA É.
EU A DEFINIREI
POR ESTA DEFINIÇÃO BÁRBARA,
O SEU POSSEST:
O QUE ELA PODE.
LITERALMENTE:
O QUE ELA PODE EM ATO”
DELEUZE

Assim como fizemos no capítulo anterior, em relação à saúde, creio que agora é importante convocarmos um debate sobre o trabalho. Nossa intenção, neste capítulo, é estabelecer um diálogo despretenso com alguns autores, no sentido de “abrir” a discussão sobre o trabalho, sob diferentes prismas. Como em um caleidoscópio, onde cada olhar forma figuras diferentes, apresentaremos diferentes concepções que podem nos auxiliar na construção da compreensão, mesmo que provisória, do que é trabalho.

Iniciamos com a apresentação das principais idéias dos autores consagrados nos textos acadêmicos quando o objetivo é contextualizar o trabalho, suas modificações e características atuais. Em um segundo momento, acompanhamos Y. Schwartz por um passeio por certa filosofia que, ao invés de tentar construir uma história linear sobre uma categoria universal – o Trabalho, pôde considerar o trabalho como “matéria estrangeira”, exercitando a difícil posição de humildade e aprendizado frente aos mundos do trabalho.

24 Este capítulo gerou o artigo "Objeto de estudo ou matéria estrangeira? Contribuições de Yves Schwartz para uma análise dos estudos filosóficos sobre o trabalho", aceito para publicação no Cadernos de Psicologia Social do Trabalho.

Considerações da sociologia: as metamorfoses do trabalho

Neste primeiro momento, apresentaremos, brevemente, algumas discussões do campo da sociologia, a respeito do trabalho e suas metamorfoses. Perceberemos que a sociologia tende a fazer uma história linear de uma categoria universal – o Trabalho. No entanto, consideramos importante tanto conhecer os estudos clássicos sobre o trabalho, como contextualizar os debates atuais, preocupados em marcar mudanças no entendimento do que é trabalho, sobretudo no que diz respeito à sua função como categoria central de análise e de coesão social das sociedades modernas.

Arendt (1995) e Meda (1999) consideram que na matriz grega da sociedade ocidental, sequer havia uma palavra designando trabalho e, talvez, o que mais se aproxime do conceito moderno de trabalho, seja a atividade que cabia aos escravos – sofrimento e infortúnio daqueles que haviam perdido sua liberdade. Tampouco o trabalho era o fundamento do laço social, mas sim as atividades éticas e políticas que estavam associadas à função do cidadão livre. A divisão hierárquica e social do trabalho era clara, e dizia respeito não à atividade em si, mas à dependência de outrem. A vida livre deveria estar além das necessidades básicas, sendo que o trabalho tinha que ter um sentido para a pessoa que o realizasse, um valor para ela. Se fosse realizado por um valor outro – como para a sobrevivência – ou em função de outro – como no caso do escravo – era considerado indigno (Nardi, 2006).

A sociedade feudal, assim como a grega, estabelecia uma hierarquia rígida com relação ao trabalho. Basicamente, esta hierarquia era dividida entre o clero, o senhor feudal e os servos. Sob influência do cristianismo, o trabalho também não era valorizado, estando ligado, como registrado na Bíblia, como punição pelo pecado original, sendo o homem condenado a ganhar *"o pão com o suor do seu rosto"* (Gn 3,19). As duas origens latinas da palavra "trabalho" remetem a esta relação entre trabalho e castigo: *"tripalium"* (para alguns autores, instrumento agrícola para processar cereais; para outros, triângulo colocado ao redor do pescoço do boi para guiá-lo); e *"trepalium"* (instrumento de tortura da idade média), trazem consigo a idéia de sofrimento.

Já a palavra inglesa "*work*" remete a *werg-on*, que quer dizer "fazer" (*to do, to act*) (Nardi, 2006). Esta diferença etimológica permite-nos explorar uma ruptura fundamental em relação ao sentido do trabalho, quando a reforma protestante atribuiu um valor positivo ao trabalho e ao lucro (Weber, 2004 [1904]), consolidando o trabalho como categoria associada à criação de riqueza²⁵.

A "sociedade do trabalho", aquela onde o trabalho transforma-se na própria essência do homem, só foi possível com um processo vertiginoso de mudanças na ordem social que, de tão radicais, chegaram a demarcar um novo período na história da humanidade: a Modernidade. A morte de Deus na filosofia (Kant), bem como de seus representantes terrenos (a nobreza decapitada na Revolução Francesa), a ascensão da burguesia, a criação dos Estados-Nação, entre outras ocorrências, corroboraram com a consolidação da Revolução Industrial e com o novo lugar que o trabalho passou a ocupar - para além de uma obrigação que garantia a sobrevivência, um meio de criação coletiva e individual (Hegel), um modo de transformar e se diferenciar da natureza (Marx), e um fator fundamental para a coesão social (Durkheim).

É neste ponto que muitos autores identificam a "invenção do trabalho" (Meda, 1999; Gorz, 2003) tal como o compreendemos hoje:

"Foi uma revolução, uma subversão do modo de vida, dos valores, das relações sociais e das relações com a natureza, uma invenção, no sentido pleno do termo, de algo que jamais existira antes. A atividade produtiva desfazia-se de seu sentido original, de suas motivações e de seu objeto para tornar-se simples meio de ganhar um salário. Deixava de fazer parte da vida para tornar-se o meio de "ganhar a vida"" (Gorz, 2003:30, grifos do autor).

25 Benjamin Franklin, por exemplo, já em 1748 bradava que "*tempo é dinheiro*"; assim como Adam Smith, na mesma época, publicava "*A riqueza das nações*".

Marx (2007 [1867]), sem dúvida, foi aquele que melhor traduziu as transformações nos modos de trabalhar de sua época, influenciando, de forma decisiva, o pensamento moderno a respeito do trabalho. Para ele, o trabalho é, simplificando, transformação de um objeto determinado, com ferramentas determinadas, por uma atividade humana determinada. O que muda essencialmente nos diferentes modos de produção, são os meios de produção. No capitalismo, por exemplo, os meios de produção pertencem aos capitalistas. Sendo assim, os trabalhadores não mais possuem seus próprios meios para transformar a natureza e “vendem” a única coisa que lhes resta, sua força de trabalho, em troca de uma remuneração.

As críticas ao modo capitalista e liberal²⁶ de produção, somada à força da teoria marxista, da organização dos sindicatos dos trabalhadores, entre outros tensionamentos, provocaram mudanças em relação ao trabalho no século XX. O mundo se dividiu politicamente entre países capitalistas e socialistas (ou, como dizem, um capitalismo de Estado)²⁷. As transformações decorrentes desta reorganização política possibilitaram, inclusive, poder de barganha à luta dos trabalhadores nos países capitalistas, determinando outra relação na tríade Estado-Capital-Trabalho, em um pacto conhecido como “Estado de Bem-Estar Social” (*welfare state*). As relações de trabalho assumem a forma contratual do emprego assalariado, regulamentado e estável, integrado a um sistema de proteção do Estado. Foi o período mundialmente conhecido como “Trinta Gloriosos” – anos de estabilidade (e de garantias sociais) do pós-guerra (1945-1975). É óbvio que este processo não foi homogêneo, ao contrário, se deu de forma completamente diferente, se considerarmos a Europa, os Estados Unidos ou o “Terceiro Mundo”²⁸. No caso do Brasil, por

26 Aqui estamos entendendo como liberalismo, uma forma de organização social onde o Estado evita interferir diretamente na relação Capital-Trabalho.

27 Aqui não nos deteremos nos estudos sobre a mudança nas relações de trabalho nos países socialistas, pois nossa intenção é privilegiar a realidade brasileira.

28 Designação dos países africanos, sul-americanos, entre outros, que não se encaixavam nem no modelo capitalista, nem no socialista.

exemplo, a genealogia do trabalho construída, dá pistas, mas está longe de analisar, em profundidade, certas especificidades da nossa realidade, tais como, a influência do regime escravocrata ou da (pseudo) revolução industrial tardia nas relações de trabalho brasileiras. Da mesma forma, o "*welfare state*", amplamente discutido por autores estrangeiros, não se consolidou no continente sul-americano. No entanto, mesmo que de forma precária, também desenvolvemos, no Brasil, a cultura do trabalho como modo de integração e coesão social, com o emprego ("carteira assinada"), garantindo alguns direitos aos trabalhadores, como um salário mínimo, assistência à saúde e previdência social (Nardi, 2006).

Em relação à base técnica da organização do trabalho, o período que compreende praticamente todo século XX, é caracterizado pelo modelo taylorista-fordista. Taylor propôs a administração "científica" do trabalho, consolidando a separação entre planejamento e execução na atividade de trabalho; enquanto Ford levou ao máximo essa separação, com as linhas de montagem, assim como compreendeu que os operários, para além de trabalhadores, deveriam ser, também, consumidores (Antunes, 2000).

Para os sociólogos, no entanto, nos últimos trinta anos, uma ruptura histórica se anuncia, ameaçando o papel integrador do trabalho. Esta ameaça está ligada, essencialmente, à desregulamentação das relações de trabalho, como resultado do processo conhecido como reestruturação produtiva. Para Antunes (2000), o longo período de acumulação de capital começou a dar sinais de cansaço, a partir dos anos 1970, com o esgotamento do padrão de acumulação taylorista/fordista.

"Como resposta a sua própria crise, iniciou-se um processo de reorganização do capital e de seu sistema ideológico e político de dominação, cujos contornos mais evidentes foram o advento do neoliberalismo, com a privatização do Estado, a desregulamentação dos direitos do trabalho e a desmontagem do setor produtivo estatal (...); a isso se seguiu também um intenso processo de reestruturação da produção e do trabalho" (Antunes, 2000:31).

A reestruturação produtiva pode ser definida, em poucas palavras, como a transformação do modelo de acumulação taylorista-fordista no contexto do estado-nação, para a acumulação flexível no contexto da globalização (Nardi, 2006). Uma passagem da modernidade sólida, do capitalismo pesado, com imensas fábricas e milhares de trabalhadores, todos fixados no mesmo lugar, onde Capital e Trabalho estavam ligados em uma relação de mútua dependência; para uma modernidade líquida, do capitalismo leve, que circula em um mundo globalizado, marcando o enfraquecimento dos laços que prendem Capital e Trabalho (Bauman, 2001). “A reprodução e o crescimento do capital, dos lucros e dos dividendos e a satisfação dos acionistas se tornaram independentes da duração de qualquer comprometimento local com o trabalho” (Bauman, 2001:171). O compromisso do capital, agora é, fundamentalmente, com o consumidor.

Enquanto o capital é global, no entanto, o trabalho continua local, com uma flexibilização e precarização dos contratos de trabalho, que não seguem mais o modelo do emprego da “sociedade salarial” (Castel, 1998). Ao contrário, caracterizam-se como contratos de curto prazo, sem garantia de continuidade, posições sem cobertura previdenciária, terceirizações de toda ordem, em um incremento do setor terciário (de serviços), em detrimento do setor produtivo. A vida no trabalho está saturada de incertezas, “marcando a instauração do provisório como modo de existência” (Castel, 1998). É preciso aprender a *surf*, *navegar*, nesta fluidez típica dos líquidos que, diferente dos sólidos, “sofrem uma constante mudança de forma quando submetidos à pressão” (Bauman, 2001:7), em uma passagem de uma mentalidade que fazia planos à longo prazo para uma mentalidade de curto prazo, que deve lidar com mudanças freqüentes com rapidez.

Entende-se que o trabalhador não é apenas o executor de uma tarefa, que deve incrementar seu trabalho com criatividade e responsabilizar-se pelos seus resultados; o que não é acompanhado, no entanto, pela oferta da mesma autonomia em relação à definição e gestão do próprio trabalho. “Responsabilidade sem responsabilidade: eis aí uma das maiores dissociações do trabalho atual” (Clot, 2001). A reestruturação produtiva, portanto, não é

apenas incorporação de novas tecnologias, com o desenvolvimento e conjugação das telecomunicações e da informática (terceira revolução industrial). Mais que isso, é uma mudança completa das formas de gestão e do valor moral atribuído ao trabalho (Nardi, 2006).

Para Castel (1998) configura-se uma nova questão social que pode ser comparada, em amplitude e centralidade, com o pauperismo na primeira metade do séc. XIX. Ele identifica três pontos principais nesta nova configuração: a “desestabilização” dos estáveis; a instalação da precariedade, em uma alternância do emprego e do não-emprego; e um déficit de lugares, sobretudo para os adultos de meia idade – tarde demais para se reciclar, cedo demais para se aposentar - e os muito jovens, considerando que as qualificações exigidas para a admissão em um trabalho, são cada vez maiores. O trabalho, hoje, “exige a mobilização de competências não apenas técnicas, mas também sociais e culturais, que pegam no contrapé a cultura profissional tradicional de uma maioria de assalariados” (Castel, 1998:519), sendo que “a formação permanente acaba funcionando como uma seleção permanente”.

Qualificar-se, no entanto, não garante trabalho. Certamente a elevação do nível de formação dos trabalhadores é um importante objetivo social, mas isso não pode dissimular “um problema novo e grave: a possível não-empregabilidade dos qualificados”. (Castel, 1998:521). Pela importância que o conhecimento e o contínuo aprendizado adquiriram neste contexto, alguns autores falam de um “capitalismo cognitivo” (Galvão, Silva & Cocco, 2003) ou da predominância do “trabalho imaterial²⁹” (Hardt & Negri, 2005; Gorz, 2005), discussão que neste momento não privilegiaremos.

29 Não confundir a oposição entre trabalho material X trabalho imaterial, ou entre trabalho prescrito X trabalho real, da ergonomia, com os conceitos de trabalho concreto e trabalho abstrato. O trabalho material e imaterial, embora em nossa opinião não possam ser separados, estão relacionados ao que é mobilizado para a realização do trabalho e à visibilidade ou invisibilidade daquilo que é produzido. Diz respeito ao que é privilegiado no processo de trabalho - o corpo ou a subjetividade do trabalhador ou ainda, grosseiramente falando, é como que uma tentativa de distinguir o trabalho manual do intelectual. Já o trabalho prescrito e o

A função do Estado também sofre alterações importantes, se antes como Estado de Bem Estar Social ele era “um esteio sem o qual nem capital, nem trabalho, poderiam manter-se vivos e saudáveis, quanto mais crescer” (Bauman, 2001:167), hoje o Estado passa das “políticas desenvolvidas em nome da integração para políticas conduzidas em nome da inserção” (Castel, 1998:537). Castel conceitua as políticas de integração como aquelas que buscam um equilíbrio, uma homogeneização da sociedade a partir do centro, enquanto as políticas de inserção obedecem a uma lógica de “discriminação positiva”, são medidas específicas para populações particulares, mais uma “ajuda” do que um “direito”.

No Brasil, no entanto, não percebemos de forma tão marcante estas transformações no mundo do trabalho, na verdade, “mundos” do trabalho. Aqui coexistem traços de um fordismo incompleto, da acumulação flexível, do trabalho clandestino, do trabalho ilegal e até mesmo do trabalho escravo (Antunes, 2000), somado ao fato de que, no sentido atribuído por Castel, nunca tivemos mecanismos eficientes de proteção ou integração social.

Com a flexibilização e precarização dos contratos de trabalho, muitos autores chegaram a apontar uma perda da centralidade do trabalho como categoria para pensar a sociedade (Gorz, 1987; Offe, 1994; Rifkin, 1996; Meda 1999). No entanto, tantos outros (Castel, 1998; Singer, 1998; Schwartz, 2007a; Antunes, 2005) demonstram que o que está em crise não é a centralidade do trabalho, mas a centralidade de uma das formas de trabalho, qual seja, a modalidade de emprego. “O trabalho continua sendo uma referência não só economicamente, mas também psicologicamente, culturalmente e

trabalho real, como veremos de forma mais detalhada posteriormente, diz respeito ao hiato que se abre entre aquilo que deve ser feito, e o que realmente é realizado pelo trabalhador em sua atividade. Ambos os casos, portanto, só podem ser analisados em relação ao trabalho concreto, ao que acontece na realização cotidiana de cada atividade de trabalho, já que o trabalho abstrato é, como o nome diz, uma abstração, descolada da rotina singular de cada trabalhador.

simbolicamente dominante como provam as reações dos que não o têm” (Castel, 1998:578).

É fácil, portanto, e temos elementos e “palavras de ordem” suficientes para pensar assim, esconjurar esta nova configuração do trabalho, onde para além da prescrição de uma tarefa específica, temos a “prescrição da subjetividade” (Clot, 2006). Em certo sentido, parafraseando Deleuze³⁰, parece mais cruel do que a disciplinarização do corpo taylorista, o controle sutil e subjetivo do trabalho atual, que exige a mobilização intelectual, relacional e afetiva do trabalhador. Devemos tomar cuidado, no entanto, com as avaliações apressadas e que pretendem unificar uma realidade sempre complexa.

Para Schwartz (2007a), não podemos simplesmente julgar estas mudanças pelas quais passa o trabalho na atualidade como boas – no sentido de que o trabalho se modernizou – nem ruins – na medida em que não foram conduzidas pelos trabalhadores - sem nos aproximar das situações concretas e reais de trabalho. Só assim, poderemos “ver de perto como cada um não apenas “se submete”, mas vive e tenta recriar sua situação de trabalho”. Ele concorda que não se pode falar em um “fim do trabalho”, mas talvez no “declínio de certas formas clássicas do trabalho”, considerando que o trabalho “se modifica sempre”, embora existam períodos onde percebemos e sentimos de forma mais impactante estas mudanças, inerentes à “natureza do trabalho humano”.

Assim, sem dúvida, temos uma transição em curso, onde é importante perceber para além das limitações, também as possibilidades de transformação e ampliação do poder de ação dos trabalhadores. Foi assim que Marx (& Engels, 2009 [1848]) pôde apontar uma das contradições do capitalismo nascente que, ao fazer equivaler diferentes tipos de trabalho e tentar administrar um grande número de trabalhadores no mesmo espaço de trabalho

30 No texto “Post-Scriptum sobre as sociedades de controle” (Deleuze, 1992).

nas fábricas, não apenas alienou o trabalhador, mas também possibilitou a formação de um grupo homogêneo - a classe trabalhadora - que, uma vez organizada, seria a mola propulsora da revolução. Da mesma forma, hoje também poderíamos aviltar que, uma vez mais, o capitalismo enfrenta um paradoxo, pois por um lado necessita de "um trabalhador competente, inovador, crítico, questionador, inteligente", e esta demanda, traz em si, a possibilidade de questionamento e reinvenção do próprio sistema³¹.

"Na medida em que precisa de flexibilidade e plasticidade, o capitalismo pode estar sendo obrigado a ajudar na construção de forma de subjetivação que se tornem incompatíveis com sua própria manutenção, nos moldes como se encontra hoje. Quem garante que esta "plasticidade" não escape a seu controle?" (Borges, 2006:62).

Considerando estas questões, que nos ajudam a desnaturalizar a perspectiva um tanto generalista da sociologia sem, no entanto, desmerecer a importância de suas contribuições, concordamos com Schwartz quando diz que "todo discurso sobre o trabalho requer de nós uma extrema vigilância conceitual e dialética. Como saber se o trabalho "muda" (...) sem um olhar filosófico sobre o próprio conceito?" (Schwartz apud Borges, 2006:70). É a este convite que cedemos agora, buscando amparo na filosofia para ampliar nosso entendimento sobre as configurações do trabalho na atualidade.

31 Sobre este tema remetemos à reflexão sobre a "Multidão", de Hardt & Negri (2005).

Filosofia: o trabalho como objeto ou matéria estrangeira?

Yves Schwartz (2003:1)³² pergunta-se como a filosofia “como patrimônio de escritos e como atividade intelectual”, pode contribuir para entender e transformar o trabalho hoje. Tal como Canguilhem em relação à medicina, Schwartz defende que o trabalho não seja apenas um objeto de estudo para filosofia, mas “matéria estrangeira”, que convida o filósofo a se colocar em uma posição de humildade e aprendizado frente aos mundos do trabalho. Sendo assim, ele se propõe a analisar os estudos filosóficos sobre o trabalho³³, destacando justamente aqueles em que o trabalho é tratado como matéria estrangeira, mesmo que de forma transversal.

É o caso da tradição da filosofia clássica, onde o “trabalho” foi modestamente tratado como matéria estrangeira. O exemplo citado por Schwartz é o texto “Apologia de Sócrates”, onde Platão (s/d) descreve a defesa de Sócrates frente a seus acusadores. Sócrates relata que um dia, estando em Delfos, seu amigo Xenofontes, pergunta ao oráculo se existe alguém mais sábio do que Sócrates, ao que o oráculo responde que não: Sócrates é o mais sábio. Intrigado, Sócrates começa a procurar alguém que possa ser mais sábio que ele. A primeira figura, com quem ele compara sua sabedoria, é o político, concluindo que “(...) aquele homem acredita saber alguma coisa, sem sabê-la, enquanto eu, como não sei nada, também estou certo de não saber. Parece, pois, que eu seja mais sábio do que ele, nisso – ainda que seja pouca coisa: não acredito saber aquilo que não sei”. Em seguida, ele visita os poetas, mas decepiona-se ao perceber que não faziam poesia por sabedoria, mas por intuição e inclinação, e “embora digam muitas e belas coisas, não sabem nada daquilo que dizem”. Finalmente, Sócrates vai até os artífices, convencido de

32 Trata-se de uma conferência proferida por Schwartz no Seminário sobre Educação, em Cuiabá (MT), em 2003, ainda não publicada.

que estes nada sabiam, mas confessa: "(...) nisso me enganei: eles, de fato, sabiam aquilo que eu não sabia e eram muito mais sabidos do que eu". No entanto, ao mesmo tempo em que Sócrates demonstra interesse por esta sabedoria, considera que os artesãos desconhecem os limites deste saber, já que sua arte é secundária em relação a outros saberes, essenciais à boa conduta.

É um reconhecimento modesto da atividade de trabalho como matéria estrangeira, ainda limitada ao mundo artesanal. Estes limites permanecem nas análises de outros grandes filósofos clássicos, como Leibniz e Descartes, embora a ênfase seja outra. Para eles, o "saber laborioso" (Schwartz, 2003:4) passa a ter sua importância não por poder contribuir para um governo dos homens pela Virtude e pelo Bem, mas pela possibilidade de contribuir com a dominação da natureza pela ciência. Descartes, em "Discurso do Método", interessa-se pela maneira com que os artesãos valem-se das "leis naturais" em suas atividades, embora não as conheçam. Schwartz (2003:4) refere-se à relação respeitosa que se estabeleceu entre Descartes e seu cortador de lentes favorito, Ferrier. O filósofo, em uma série de cartas que troca com o amigo, observa que "é preciso reconhecer que acontecem mil encontros no decorrer do trabalho que não se podem prever no papel", sendo que lidar com esta imprevisibilidade faz parte do saber do artesão, mesmo que ele não saiba explicá-las.

Assim, a atividade dos homens de profissão é matéria estrangeira para o filósofo, algo que ele não domina, mas que precisa conhecer "não somente para construir seus instrumentos científicos, mas também para fazer avançar seus grandes desígnios", já que, ao contrário do artesão, o filósofo pode "antecipar as causas por meio dos efeitos", e assim potencializar a intervenção humana sobre a natureza (Schwartz, 2003:4). No entanto, tal como em Platão,

33 Ou atividade laboriosa, ligada às atividades artesanais, já que o conceito de trabalho, em sua forma genérica e generalizável, como já vimos, nasce a partir da revolução industrial, na

o reconhecimento cartesiano do trabalho como matéria estrangeira não quebra a hierarquia entre os saberes, pois o saber do artesão é considerado limitado à sua especialidade, ao passo que o saber do filósofo, baseado no método intelectual, é universal (idem).

Leibniz, seguindo os passos de Descartes, também procura inventariar os "conhecimentos adquiridos graças à experiência", igualmente apontando sua importância e limitação, afirmando preferir o "homem hábil" a um "meio cientista" (Leibniz apud Schwartz, 2003:5). Finalmente, Diderot, na aurora da revolução industrial, de forma mais contundente que Descartes ou Leibniz, ressalta a importância de aprender com os "homens de profissão", bem como a "necessária humildade do filósofo em relação ao gênio artesanal". Diz ele em sua Enciclopédia (apud Schwartz, 2003:5): "Há em toda arte um grande número de circunstâncias relativas à matéria, aos instrumentos e à manobra, que somente o uso ensina". No entanto, em que pese este explícito reconhecimento, permanece a mesma crítica à limitação do saber daqueles que "exercem as artes mecânicas", mais por necessidade que por vocação, operando instintivamente e sem conseguir, muitas vezes, expressar-se sobre aquilo que fabricam.

Sendo assim, conclui Schwartz (2003), nesta filiação da filosofia clássica, o trabalho não é tratado apenas como objeto mas, mesmo que timidamente, também como matéria estrangeira, na medida em que dá acesso a "problemas humanos concretos" que não podem ser acessados unicamente pelas teorias intelectuais. Existe o reconhecimento do saber do trabalhador, embora seja considerado um "saber menor" em relação à filosofia.

Schwartz não inclui Aristóteles nesta genealogia, pois entende que, este filósofo, ao tentar classificar e dividir as atividades humanas em categorias distintas, deu origem a uma tradição filosófica onde o trabalho desaparece

como problema, transformando-se em mero objeto de estudo, subordinado intelectual e moralmente ao saber filosófico. Aristóteles dividiu o campo das atividades humanas entre as coisas que se fabricam (*poiésis*) e os atos que se cumprem (*práxis*), marcando a separação entre a ação, como a dimensão mais nobre da experiência humana, e o trabalho, como atividade penosa e imposta.

A *práxis*, explica Schwartz (2003), supõe o exercício da razão, orientada pela virtude, envolve escolhas e arbitragens entre valores, e por isso esta tradição filosófica, inaugurada por Aristóteles, é também chamada de “filosofia moral”. Já a atividade de trabalho, nesta perspectiva, parece não levantar nenhuma questão, nenhum conflito moral que exija o discernimento da razão, sendo mera execução de técnicas já conhecidas. Os herdeiros contemporâneos desta tradição seriam, para Schwartz, Habermas e Hannah Arendt, que influenciaram decisivamente autores que ganharam destaque na atualidade, a partir da discussão do “fim da sociedade (da centralidade) do trabalho”, tais como Gorz (1987), Offe (1994), Rifkin (1996) e Meda (1999).

Habermas aponta que a modernidade, mesmo que dominada por uma racionalidade instrumental e tecnicizada, criou condições para reativar a *práxis* aristotélica. Para ele, ampliou-se a separação entre aquilo que ele chamou de “mundo da vida” - esfera da razão comunicativa, da intersubjetividade, onde a integração social advém pela adesão a normas comuns, fruto do consenso e da comunicação entre os sujeitos – e o “sistema” - esfera da economia, da política e da razão instrumental, onde a integração sistêmica “é obtida por uma regulamentação não normativa das decisões individuais, que vai além da consciência dos atores” (Habermas apud Gorz, 2003:40).

Com a complexificação da sociedade moderna, Habermas identifica um processo que denominou “colonização do mundo da vida”, onde o poder e o dinheiro (e o trabalho!) ligados ao sistema “invadiram” e se sobrepuseram à esfera interativa e comunicativa do mundo da vida. Sendo assim, a utopia da emancipação dos sujeitos estaria na ampliação dos espaços de ação no mundo da vida, onde a comunicação cumpre papel privilegiado, e não na transformação do trabalho ou na passagem do trabalho alienado para o

trabalho autogerido, como entendia Marx (Antunes, 2000). Justifica-se, assim, a denominação "teoria do agir comunicacional", escolhida por Habermas para identificar essa práxis, no sentido forte do termo, como que "a reivindicação de um espaço público, lutando contra sua colonização pela economia e o poder" (Schwartz, 2003:8).

Podemos perceber, assim, que seguindo a tradição aristotélica, Habermas nos apresenta uma visão sistêmica e binária da sociedade, considerando o trabalho como parte do "sistema", separado e até mesmo antagônico, ao "mundo da vida". O pensamento habermasiano nos passa essa idéia de uma necessária "libertação" das pesadas amarras do sistema (e do trabalho), sendo preciso resgatar a força do mundo da vida, de um espaço público, que também parece já ter existido, e depois diminuído, na medida em que foi "colonizado" pelo sistema.

Em Hannah Arendt esta limitação fica ainda mais evidente, na medida em que ela refere-se direta e constantemente à filosofia grega e, especificamente, a Aristóteles. É conhecida a divisão que realiza entre as três atividades humanas fundamentais: labor, trabalho e ação. O labor estaria relacionado às necessidades vitais e biológicas do corpo humano, garantindo a sobrevivência não só do indivíduo, mas também da espécie. O trabalho corresponderia ao artificialismo da existência humana, àquilo que é produzido e está fora de qualquer ambiente natural, emprestando "certa permanência e durabilidade à futilidade da vida mortal e ao caráter efêmero do tempo humano" (Arendt, 1995:16). Finalmente, a ação diz respeito à relação entre os homens, aos corpos políticos e à pluralidade. Enquanto o labor produz os bens de consumo que asseguram a sobrevivência, e o trabalho origina os objetos de uso, os produtos da ação "constituem a textura das relações e dos negócios humanos" (Arendt, 1995:106).

Arendt (1995:21) segue a definição aristotélica do homem como ser cuja verdade se expressa como “ação” no seio de um espaço público, onde acontecem os debates sobre a melhor forma de conduzir a cidade. Para Aristóteles, nem o labor – reservado ao escravo - nem o trabalho³⁴ – função dos artesãos livres e mercadores - poderiam constituir um modo de vida autônomo, pois “não podiam ser livres e independentes das necessidades e privações humanas”.

Ela critica Marx, na medida em que ele compreendia que o trabalho – e não a razão – distinguia os homens dos outros animais, alertando que sua teoria “era apenas a formulação mais radical e coerente de algo com que toda era moderna concordava” (Arendt, 1995:97). Considera, ainda, que Marx foi contraditório em relação ao próprio foco de seu pensamento, pois embora considerasse o trabalho a mais humana e produtiva das atividades humanas, a revolução, por ele defendida, “não se destinava a emancipar as classes trabalhadoras, mas emancipar o homem do trabalho”, ou seja, somente quando o trabalho imposto fosse abolido, seria possível que o reino da liberdade suplantasse o reino da necessidade. (Arendt, 1995:116).

Neste sentido, Schwartz (2003:10) chama atenção para o fato de que nem Habermas, nem Arendt, “são herdeiros em linha direta de Aristóteles”, já que eles estabelecem um diálogo crítico com o marxismo. “Eles censuram o marxismo, não por ter feito do trabalho um *objeto* - eles também o fazem, mais ou menos - mas um objeto *privilegiado*, em detrimento de uma definição da

34 Arendt (1995:90) afirma que a distinção que realiza entre labor e trabalho parece inusitada – algo que poderia ser resumido como o “labor do nosso corpo e o trabalho de nossas mãos”, na medida em que não existem provas históricas documentadas que possam comprová-la. No entanto “há uma testemunha muito eloqüente e obstinada: a simples circunstância de que todas as línguas européias, antigas e modernas, possuem duas palavras de etimologia diferente para designar o que para nós, hoje, é a mesma atividade, e conservam ambas a despeito do fato de serem repetidamente usadas como sinônimas”. Em grego: *ponein* e *ergazesthai*; em latim: *laborare* e *fabricari*; em francês: *travailler* e *ouvrer*; em alemão: *arbeit* e *werk*; em inglês: *labor* e *work*. Em todos eles, só os equivalentes à labor têm conotação de dor ou atribulação, enquanto os substantivos “work”, “ouvre” e “werk” (ou “obra” em português) tendem a ser relacionados a obras de arte.

ação”, que ambos reconstroem. Esta tendência é seguida por outros autores contemporâneos (Gorz, 1987, 2003; Offe, 1994; Rifkin, 1996; Meda, 1999) que vislumbram uma crise da sociedade fundada no trabalho, a radical e crescente separação entre o trabalho e a vida, e a necessidade de que outras atividades – geralmente também relacionadas à política e à ocupação do espaço público – tomem “o lugar” do trabalho como fonte de pertencimento social e desenvolvimento pessoal.

No marxismo, a presença do trabalho como conceito geral e abstrato, sem dúvida é um objeto privilegiado, mas talvez não como matéria estrangeira. Schwartz (2003:11) questiona, por exemplo, se ao organizar a história em torno do trabalho, Marx não acabou privilegiando o nível macroscópico, desconsiderando o ponto de vista dos trabalhadores e o aprendizado de como eles “criam história, não no abstrato, mas através de múltiplas situações locais, concretas, singulares”³⁵. Assim, para Schwartz, talvez o problema maior esteja na diferenciação marxiana entre trabalho concreto e trabalho abstrato.

O trabalho concreto está relacionado com o valor de uso das mercadorias, onde “cultivar o trigo” não é o mesmo que “tecer a seda”, pois trigo e seda são qualitativamente diferentes, envolvem atividades de trabalho totalmente distintas e têm utilidades igualmente diferentes. Já o trabalho abstrato diz respeito ao valor de troca – aquilo que iguala todas as mercadorias, em função de quanto valem para a troca, independente das práticas concretas necessárias para produzi-las. É assim que o trabalho humano pôde ser comprado, como uma mercadoria, na medida em que pôde ser generalizado, independente de sua forma particular, como um “quantum” (Marx, 2007 [1867]). E esta foi, para Schwartz, a grande descoberta de Marx, que pôde ver

35 Embora sejam freqüentes as referências de Marx aos relatórios dos inspetores de fábrica, que demonstram que ele se instruíra, diretamente, do que chamou de “laboratório secreto da produção” (Marx apud Schwartz, 2003:12)

a equivalência que se escondia sob a diferença visível e manifesta entre o trabalho do tecelão e do lavrador. No entanto:

“(...) como evitar que este apelo tão fecundo para a indiferença não tenha também seu reverso negativo: se a verdade do trabalho nas relações de produção capitalistas, é a sua existência como quantum de trabalho abstrato, é a indiferença a suas formas concretas, por que o filósofo, mas também o militante, o revolucionário, iriam juntos aos trabalhadores *concretos* se interrogar sobre o que se passa nas cabeças deles?” (Schwartz, 2003:13)

É assim que Schwartz estabelece uma relação entre o trabalho abstrato, conceito genérico, que se torna o objeto privilegiado da reflexão política, filosófica e cultural (como, inclusive, pudemos perceber na primeira parte deste capítulo); e o trabalho concreto, matéria estrangeira, relegado a um segundo plano, seja na filosofia, nos estudos da área do trabalho e até mesmo nas reivindicações sindicais.

Neste sentido, Schwartz retoma o trabalho de Ivar Oddone, médico italiano que colocou a experiência operária no centro das análises da relação entre saúde e trabalho, que percebia “uma estranha compatibilidade” entre dois autores antagônicos: Marx e Taylor. Ele argumenta que um ponto em comum entre os dois é a ausência de um “modelo positivo de trabalhador”, “capaz de refletir sobre sua condição de explorado e de alienado, e de produzir respostas (...)” (Oddone apud Schwartz, 2003:14-5). O trabalho concreto em Marx parece coincidir, de alguma maneira, com o trabalho que pode ser totalmente planejado “cientificamente”, como propõe Taylor. É um trabalho heterodeterminado, subordinado, normatizado, onde “as micro-criações laboriosas, as transgressões, as reservas de alternativas que Oddone tinha tão notavelmente revelado em andamento na experiência operária, e simultaneamente os ergônomos da atividade na França”, são praticamente ignoradas (Schwartz, 2003:15).

Schwartz (2003) concorda que é necessário que o trabalho seja reconhecido como objeto, tal como o faz a sociologia, por exemplo. É

importante contextualizar o movimento histórico, político e social. No entanto, tal preocupação não pode encobrir que o trabalho é uma forma de atividade humana que nos introduz a problemas humanos e filosóficos, chamando à construção de saberes específicos, tanto quanto em outras disciplinas, e onde há também debate de valores, como em outras atividades.

Mesmo naquelas atividades de trabalho mais automatizadas e controladas, sempre há um espaço, mesmo que pequeno e aparentemente insignificante, onde é o trabalhador quem se coloca, com seus valores e crenças. Ao identificar essa dinâmica incessante de negociação presente na atividade de trabalho, não podemos mais pensá-lo apenas como objeto, mero produtor de valor ou alienação. O trabalho torna-se matéria estrangeira, na medida em que não pode ser definido antecipadamente, tampouco separado das outras dimensões da vida, caracterizando-se como uma atividade humana e complexa.

No capítulo seguinte, procuraremos nos apoiar nesta idéia do trabalho como atividade - experiência humana, concreta e complexa - para tecer algumas considerações sobre o trabalho em saúde.

O TRABALHO EM SAÚDE SOB O PONTO DE VISTA DA ATIVIDADE

Ao problematizar o que entendemos como saúde e trabalho, consideramos que agora é importante nos aproximarmos um pouco mais do objeto particular do nosso estudo, qual seja, o trabalho em saúde, privilegiando estudos que têm contribuído para a ampliação e potencialização do conceito de atividade de trabalho, tais como os de Y. Schwartz e Y. Clot.

Para se ter uma idéia da dimensão do campo de trabalho em saúde no Brasil, Giardi et al. (2004) destacam que este é responsável por mais de 10% da ocupação assalariada no mercado formal de trabalho, com distribuição equilibrada entre as instituições do setor público (51,3%) e do setor privado. Observa-se uma crescente participação do setor público, sobretudo ao longo da década de 1990, onde houve uma significativa conversão dos vínculos empregatícios do regime CLT para o regime estatutário, certamente em decorrência da “construção institucional do SUS”. No entanto, seguindo a tendência da precarização e fragilização da relação salarial típica, o setor saúde, inclusive aquele ligado ao SUS e ao serviço público, apresenta um conjunto bastante heterogêneo de arranjos de contratos de trabalho, tais como o trabalho autônomo “liberal” ou “cooperado”. Também seguindo a tendência da feminilização do trabalho no setor de serviços, as mulheres representam cerca de 73% dos trabalhadores da área da saúde no Brasil.

O trabalho em saúde é descrito, na literatura, como um trabalho sentimental (Vieira, Seligmann-Silva & Athayde, 2004), pela forte mobilização afetiva e relacional que exige; ou ainda, como trabalho imaterial (Hardt & Negri, 2005), na medida em que cria e manipula produtos que não podem ser materializados, tais como, saber, informação, relações, afetos, entre outros. O trabalho imaterial, ou sentimental, no entanto, não pode ser separado das formas de trabalho material: “os trabalhadores do setor de saúde, por exemplo, desempenham tarefas afetivas, cognitivas e lingüísticas, a par das tarefas materiais, como trocar curativos e despejar o conteúdo das comadres” (Hardt e

Negri, 2005:150). Sendo assim, como bem frisam estes autores, a atividade implicada no trabalho imaterial não deixa de ser material, o que é imaterial é seu produto.

Uma forte característica da produção científica brasileira a respeito do trabalho em saúde (e em saúde mental) é a adoção da perspectiva marxista. Assim, busca-se compreender o processo de trabalho em saúde, a partir do seu objeto (o sujeito que sofre ou doente), os meios ou instrumentos de trabalho (saber-fazer do trabalhador, tecnologias leves e duras), o seu produto ou finalidade (produção de cuidado), considerando a "reestruturação produtiva" do setor da saúde no Brasil (Merhy, 2005; Oliveira & Alessi, 2005a; Bichaff, 2006).

Junte-se a este referencial, o modo particular de apropriação brasileira (antropofagia?) de certos autores franceses, especialmente Foucault, Deleuze e Guattari, e vimos emergir uma vigorosa "linhagem" de produção de conceitos-ferramenta em torno da tríade gestão, trabalho e educação em saúde, que tem sido (criado) a base de sustentação de políticas institucionais do Ministério da Saúde³⁶ (Campos, 2000b; Pinheiro & Matos, 2001; Merhy et al., 2003; Ceccim, 2002, 2005; Merhy, 2005).

A Política Nacional de Humanização (PNS), por exemplo, defende que quando fala de "humanização" não se trata do ideal iluminista da modernidade, mas de "um novo humanismo", uma reconciliação com o plano de experiência concreta ("reencantamento do concreto"), onde as coisas se distinguem, mas não se separam (Benevides & Passos, 2005). No caso da Saúde Coletiva, seria a superação da separação entre produção de saúde e produção de sujeitos, estabelecendo-se um "compromisso ético-estético-político", onde:

"os valores que norteiam esta política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a co-responsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a participação coletiva

no processo de gestão e a indissociabilidade entre atenção e gestão” (Brasil, 2004a:4)

Mais recentemente somaram-se a estes materiais, as abordagens francesas da clínica do trabalho, sobretudo da ergologia e da clínica da atividade, também com uma leitura bastante própria, sob as lentes deleuzianas (Santos-Filho & Barros, 2007; Barros, Louzada & Vasconcellos, 2008).

Aos poucos se constitui, ainda, um grupo de pesquisadores interessado na análise do trabalho em saúde, sob o ponto de vista da atividade (Muniz, 2000; Osório da Silva, 2002; Silva, 2006; Santorum, 2006; França, 2007; Masson, 2007; Souza, 2007; Gomes, 2008; Brito et al., 2009). Como parte integrante deste grupo, as idéias aqui desenvolvidas são fruto de uma construção coletiva, que visa colocar em diálogo os diferentes saberes sobre a atividade de trabalho em saúde no SUS, considerando a diversidade e complexidade dos serviços que compõem este Sistema.

Ao tentar definir o que entende por “atividade”, Schwartz (2006) esclarece que esta ainda é uma noção nebulosa e não consensual que, mesmo que amplamente utilizada em diversas abordagens teóricas, não goza do mesmo prestígio conceitual de outros termos, tais como “ação” ou “produção”. Ele destaca que a atividade não pode ser monopólio de qualquer disciplina ou campo de prática, borrando as fronteiras entre consciente/inconsciente, verbal/não-verbal, biológico/cultural, micro/macro, local/global, exigindo um debate permanente, impossível de ser apreendido fora das experiências concretas de trabalho ou sem a intensa participação daqueles que vivem esta experiência. É por isso que Schwartz propõe não uma disciplina ou um método para apreender a atividade de trabalho, mas um dispositivo transversal, que atravessa diversas disciplinas e saberes, que ele denomina de perspectiva ergológica.

Uma das disciplinas que mais contribuiu para este debate em torno da noção de atividade, foi a ergonomia francófona, que cunhou o termo “atividade”, para diferenciar o trabalho efetivamente realizado da mera prescrição de uma tarefa (Teiger, 1998). O trabalho prescrito é definido como “um conjunto de condições e exigências a partir das quais o trabalho deverá ser realizado”, ou seja, incluindo tanto as *condições* dadas para a realização de um trabalho (ambiente físico, matéria-prima, condições sócio-econômicas), como as prescrições propriamente ditas (normas, ordens, resultados exigidos) (Alvarez & Telles, 2004:67). A ergonomia esforça-se em demonstrar que este trabalho prescrito jamais corresponde ao trabalho real, pois ao realizar uma tarefa, o trabalhador se depara com diversas fontes de variabilidade, desde as mais técnicas até as mais subjetivas. Entre o trabalhador e a tarefa temos, portanto, um terceiro elemento: a atividade de trabalho, que consiste justamente na realização (sempre singular) de um trabalho, considerando-se tanto o trabalho prescrito, como as variabilidades que têm que ser geridas pelo trabalhador.

Sem dúvida, Schwartz é herdeiro desta linhagem, mas incrementa este debate com as contribuições de Canguilhem. Embora, como vimos, este filósofo não tenha como preocupação direta a noção de atividade, para Schwartz (2003) ele foi quem melhor operou uma síntese das diversas heranças filosóficas, nos fornecendo subsídios para pensar filosoficamente a atividade de trabalho. É neste sentido que Alvarez & Telles (2004) apresentam os recentes debates em torno do trabalho prescrito e sugerem o conceito de “normas antecedentes”, desenvolvido por Schwartz, como possibilidade de ampliar a noção de atividade de trabalho, posto que inclui, mas não se restringe, às prescrições.

Ao falar de normas antecedentes, inspirado na obra canguilheniana, Schwartz (2007a) busca circunscrever tudo aquilo que tem o papel de se antecipar e pré-definir a atividade, onde três dimensões se destacam:

- 1) A dimensão da heterodeterminação, com as prescrições, regras, regulamentos e tecnologias disponíveis para a realização da atividade;
- 2) A dimensão histórica, que diz respeito a aquisições da experiência acumulada de um ofício, criando um patrimônio conceitual, científico e cultural dos coletivos de trabalho que formam valores e buscam guiar a atividade ou até mesmo estrangê-la.
- 3) A dimensão dos valores (dimensionáveis e não dimensionáveis), que retratam um campo de lutas, em uma conjuntura social específica, que podem espelhar a preocupação tanto com a afirmação da vida (saúde, educação, trabalho, segurança) como com interesses do tipo mercantil.

“As normas antecedentes têm, portanto, uma dimensão corporal-cognitivo-afetivo-social, jurídico-política, ético-estética, e não apenas monetário-financeira” (Brito et al, 2009). Diferentes normas, de variados contextos, não raro, contraditórias, encontram-se no momento da atividade, e é o trabalhador que terá que gerir estas diferenças e variabilidades, fazendo escolhas o tempo inteiro. Escolhas permeadas por diferentes valores que, em disputa, tensionam a situação e terão consequências em relação à qualidade, saúde e produtividade no trabalho. Justifica-se, assim, o entendimento de Schwartz (2007b) de que a atividade de trabalho é “um debate de normas entre um ser vivo – um corpo si – e um meio saturado de valores”.

Mesmo com este conceito ampliado de normas antecedentes, Schwartz (2007a) afirma que não há possibilidade de uma antecipação total da atividade, propondo a noção de “vazio de normas” para falar daquilo que escapa, que não foi bem previsto ou mesmo não pode ser previsto. Se a vida é “atividade de oposição à inércia e à indiferença” não se restringindo à mera adaptação; e se

o meio é sempre “infel” (Canguilhem, 2006), Schwartz acredita que o ser humano recria seu meio de trabalho e afirma sua capacidade normativa, produzindo novas normas, em um movimento por ele denominado de renormatização:

“A atividade de trabalho, industrial ou de serviço, mercantil ou informal, porque ela é *atividade humana* nas condições históricas do momento, não é jamais pura execução, alienação. Ela é sempre tentativa, mais ou menos individual, mais ou menos coletiva, através hoje de uma economia capitalista, globalizada e atravessada por crises profundas, de reinventar maneiras de fazer, maneiras de viver as contradições, as restrições, os recursos do presente” (Schwartz, 2003:18).

Trabalhar é ter que gerir diferentes normas (por vezes contraditórias): tanto as impostas à atividade como as instituídas pela própria atividade; e diferentes valores (igualmente por vezes contraditórios): os do meio e aqueles do trabalhador. Sendo assim, toda situação de trabalho é, sempre, experiência e encontro. Um encontro de valores, saberes e atividade, que deve ser gerido pelo trabalhador, onde conseguir trabalhar está diretamente relacionado à possibilidade de uma ação normativa, de poder se colocar de forma assertiva neste tensionamento próprio a qualquer atividade, renormatizando (sempre parcialmente!) sua atividade.

É nesse sentido que Schwartz (2000b) afirma que a atividade envolve sempre uma dialética entre heterodeterminação (uso de si por outro) e singularização (uso de si por si), denominando como “dramáticas de uso de si” a esta dinâmica de determinações contraditórias e enigmáticas. Sendo assim, a gestão do trabalho depende não apenas do planejamento e controle da gerência, “mas também da atividade dos trabalhadores que executam as tarefas de maneira criativa, procurando responder coletivamente às circunstâncias criadas pelas variabilidades” (Brito et al., 2009).

Pensando o trabalho em saúde, sob o ponto de vista da atividade, Schwartz (2005) considera que os ofícios de cuidados à saúde não escapam das características gerais do trabalho como gestão. Ao contrário, talvez levem ao

extremo essa gestão de normas e valores. Nos serviços em saúde há um encontro entre diferentes vontades, sujeitos e necessidades. Se o “usuário” tem que lidar com uma outra forma de vida, a partir da experiência da doença, os trabalhadores da saúde têm como objetivo principal potencializar a capacidade normativa do doente, enquanto renormatizam permanentemente sua própria atividade. E esta atividade de trabalho, complexa e não facilmente codificável, vai ser diretamente influenciada pelas experiências dos próprios trabalhadores, como bem traduz a fala de uma enfermeira francesa: “nós não cuidamos as pessoas da mesma forma depois de ter tido a experiência da maternidade, ou da doença em nosso próprio corpo”. (Audouard apud Schwartz, 2005).

E não apenas esta variável, mas tantas outras, devem ser geridas pelo trabalhador, como por exemplo, as diferentes prioridades ou valores que atravessam a atividade do trabalho em saúde. Valores que abarcam tanto aqueles que podem ser dimensionados (orçamento, número de atendimentos, tempo de permanência, entre outros) até aqueles valores “sem dimensão” (a vida, a saúde, a luta contra a dor e pelo bem estar).

Mesmo na atividade de cada profissional de saúde, diferentes negociações de eficácia são realizadas. Segundo Schwartz (2004), o fato de uma auxiliar de enfermagem ajudar ou não um paciente a fazer sua própria higiene reflete um cálculo complexo: o valor tempo (dimensionado com o objetivo de redução do período de internação) pode entrar em conflito com o valor cuidado. Assim, podemos nos perguntar, quais debates e dramáticas tornam possível o trabalho em saúde? Acalmar um paciente para dormir ou administrar um sonífero? Insistir na alimentação via oral de alguém debilitado ou colocá-lo no soro? Acompanhar uma pessoa com dificuldades de locomoção ao banheiro ou alcançar-lhe a comadre? Dopar um paciente psiquiátrico ou suportar seus delírios? Neste intenso debate, qual será a escolha do trabalhador? Que valores serão priorizados e por quê?

Este debate e negociação, mesmo quando a decisão é de um só trabalhador, é sempre coletiva. Se a gestão do trabalho envolve a gestão de múltiplas gestões, cabe salientar que não há igualdade de condições nesse

debate e negociação de eficácias. As relações de poder/saber estabelecidas influenciam diretamente as decisões, fazendo desta gestão de múltiplas gestões, um campo de conflitos acirrados.

Em recente artigo (Brito et al., 2009) entendemos que problematizar a gestão do trabalho em saúde envolve reconhecer essa dinâmica entre a produção de normas antecedentes e o vazio de normas, que exige renormatizações:

“Entretanto, em diversas situações de trabalho nos serviços de saúde do Brasil, seria mais pertinente falar em ‘ausência de normas’ (apesar dos vários regulamentos, protocolos e manuais), que não advém apenas da impossibilidade da antecipação total (que seria desafiadora e própria da vida), mas da falta de alguns referenciais fundamentais para a atividade”.

A pergunta que se coloca é se os trabalhadores de saúde brasileiros não vivenciam o seguinte paradoxo: de um lado, encontram-se frente a uma inflação de normas e, de outro, faltam-lhes normas essenciais para realizar sua atividade. De um lado, um conjunto de metas difíceis (muitas vezes impossíveis ou contraditórias) e, de outro, a ausência ou a deficiência de meios para alcançá-las. Muitos serviços e políticas são implantados na forma de pacotes impostos, sendo que os integrantes de uma equipe podem ter muita dificuldade em compreender o sentido das mudanças propostas.

Para melhor analisar essa questão, propusemos um exercício de identificação das normas que balizam o trabalho no setor saúde, dividindo-as em quatro conjuntos:

- I. Normas ligadas aos saberes técnicos, científicos e culturais: concepções de saúde, matrizes curriculares, regulamentações do exercício profissional, políticas de saúde;
- II. Normas ligadas ao planejamento e organização prescrita do trabalho: metas de produção, índices de produtividade e de qualidade, formas de financiamento e alocação de recursos,

atribuições e rotinas prescritas aos profissionais, regras internas dos estabelecimentos de saúde, tecnologias disponíveis, normas e protocolos de segurança;

III. Normas ligadas ao trabalhador e aos coletivos de trabalho: normas geradas/trazidas pelo próprio trabalhador (prévias à atividade), regras acordadas entre os trabalhadores;

IV. Normas ligadas aos usuários: demandas, exigências e expectativas dos usuários.

O primeiro conjunto refere-se aos saberes técnicos, científicos e culturais que se materializam, entre outras formas, nas concepções de saúde dos trabalhadores e nas diferentes matrizes curriculares dos profissionais de saúde, dando um importante suporte à sua atividade. As diretrizes e princípios do SUS, bem como o conjunto das políticas de saúde, também podem ser incluídos nesse primeiro conjunto de normas antecedentes porque, como resultados de lutas e debates, se apresentam como proposições gerais aos trabalhadores de saúde. De todo modo, cada um deve encontrar uma forma de atualizar essas concepções, saberes e proposições nas situações com que se confrontam em seu cotidiano de trabalho.

Pode-se dizer que esse primeiro grupo abarca um conjunto de normas que levaram anos, décadas ou séculos para serem formuladas a partir de valores (sem dimensão) fundamentais para a preservação da vida: a conquista da saúde, a solidariedade, a igualdade. Por outro lado, percebe-se claramente que esse conjunto de normas que antecedem o trabalho no 'setor saúde' não é totalmente compatível. Elas entram em disputa como, por exemplo, quando as matrizes curriculares dos profissionais são completamente distintas daquilo que é exigido nos serviços como resultado das políticas de saúde.

No caso do trabalho em saúde mental, observa-se que há um campo de disputas políticas em que os trabalhadores exercem suas atividades. As diretrizes da atual Política Nacional de Saúde Mental seguem os preceitos da chamada "reforma psiquiátrica", na qual as longas internações em hospitais psiquiátricos são substituídas por uma rede de cuidados articulada no território. Uma disputa pela legitimidade da verdade em relação ao cuidado com a loucura

(discurso médico-psiquiátrico *versus* discurso da reforma psiquiátrica) acaba fazendo do trabalho em serviços substitutivos de saúde mental “uma militância”. Essa necessidade permanente de lutar e defender outro modo de relacionar-se com a loucura termina por dificultar a possibilidade de acolhimento e formação de profissionais “não militantes” nas equipes de saúde mental em um movimento em que a militância parece engendrar normas antecedentes para o trabalho em saúde mental (Ramminger & Brito, 2008).

O segundo conjunto reúne normas distintas como os protocolos de segurança, as atribuições e rotinas prescritas, as regras internas de funcionamento dos estabelecimentos de saúde, as tecnologias e outros diversos recursos técnicos, bem como valores vinculados a critérios econômicos e materializados em metas de produção e formas de financiamento.

É evidente que as normas ligadas ao planejamento e organização prescrita do trabalho também apresentam incompatibilidades entre si, além de poderem ser discordantes do conjunto de normas do grupo I (normas ligadas aos saberes técnicos, científicos e culturais). Por exemplo, os códigos de ética e a regulamentações do exercício profissional dos trabalhadores podem entrar em conflito com as metas de produção. Ou, como acontece em relação aos Caps, encontramos duas prescrições antagônicas. Na Política de Saúde Mental, o Caps – um serviço especializado, de média-alta complexidade – é considerado o centro da rede de atenção em saúde mental, o que entra diretamente em contradição com a organização dos demais serviços de atenção à saúde, que têm seu centro na rede de atenção básica.

Além disso, as normas desse grupo estão mais vulneráveis a mudanças, pois têm um “tempo de vida mais curto”, são menos cristalizadas na história. Por exemplo, podem faltar equipamentos e materiais, as rotinas podem ser falhas e determinados programas e ações de saúde podem sofrer descontinuidade, conforme as trocas de direção. Entretanto, elas se caracterizam por sua maior concretude – é com elas que os trabalhadores da saúde contam com maior frequência e de forma mais consciente.

De qualquer forma, os trabalhadores têm que resolver uma situação, considerando que se trata da ocorrência de um caso geral, mas que se dá de modo singular; ou seja, é preciso usar o protocolar, o prescrito, mas ajustando-o à situação. Nesse processo, eles confrontam-se intensamente com suas próprias normas de vida e trabalho, bem como com a de seus companheiros direta e indiretamente envolvidos, que correspondem ao terceiro conjunto de normas.

O trabalho no setor saúde envolve sempre um encontro de saberes e fazeres, ou seja, um encontro entre as normas de vida e trabalho de cada participante singular do processo. Há também, por outro lado, normas que são coletivamente construídas, materializadas nas regras que são acordadas pelos trabalhadores. E, mais que isso, os trabalhadores precisam criar redes, normalmente invisíveis, para viabilizar suas ações. Todo o trabalho se faz apoiado numa teia coletiva, mesmo que frágil e circunstancial, que se configura em função de uma situação específica.

A estratégia da reforma psiquiátrica, por exemplo, passa inevitavelmente não só por uma articulação entre trabalhadores de saúde mental, mas também de usuários, seus familiares e outros participantes do movimento pela luta antimanicomial. Temos também a cooperação quase invisível entre profissionais de distintos serviços de saúde e até mesmo de diferentes áreas das políticas públicas, permitindo a regulação de problemas, assim como a presença de usuários e familiares, auxiliando a resolver precariedades encontradas nos serviços.

Muitos Caps, por exemplo, recorrem à “vaquinha”, “venda de rifas” e doações para comprar os materiais que permitem o funcionamento das oficinas e, às vezes, até mesmo para prover a alimentação e material de limpeza. É um esforço coletivo para garantir que o serviço cumpra seu papel (atendimento diário, substitutivo à internação), mesmo sem as condições mínimas para o seu funcionamento. Há pouco tempo, uma coordenadora de Caps assim justificou esse esforço: “Na verdade, a gente faz pra gente... Se eles [os usuários] não

puderem vir ao Caps todos os dias, vão piorar, vão surtar e aí vai ser muito mais trabalho pra nós!”

Mesmo com a mudança na forma de financiamento dos Caps (por modalidade de atendimento, e não por procedimento), muitas atividades realizadas pelos profissionais continuaram sem remuneração. Rapidamente os trabalhadores aprendem a “compensar” essas perdas, a dar um “jeitinho”, “tirar de um lado e colocar no outro”. Fazendo, a princípio, o que não deveriam fazer para poderem fazer o que deve ser feito. Nos encontros entre trabalhadores, o modo como cada serviço ‘burla’ a burocracia do financiamento jamais é publicamente apresentado, mas fartamente discutido em torno da mesa do café. Essas trocas de experiências “de corredor” certamente integram as normas antecedentes desse ofício.

A referência ao trabalho em equipe é enfatizada como um diferencial na atividade de trabalho nos Caps. Uma trabalhadora resumiu bem essa diferença: “quando é ambulatório, eu decido o que fazer com o meu paciente. Quando é paciente-caps, tenho que levar para a equipe”. A gestão de sua atividade já não envolve apenas o debate entre ela e o paciente, mas inclui outros profissionais, mesmo aqueles que não atendem diretamente ao usuário.

O trabalho em saúde envolve, ainda, um encontro entre trabalhadores e usuários, em uma co-produção do serviço (como chama a atenção Zarifian, 2001). Nesse encontro, os usuários comparecem com seus valores, suas concepções e exigências/demandas, modificando o fluxo da própria atividade. Eles têm um ideal de saúde que se reflete em suas expectativas em relação aos profissionais e ao serviço.

No trabalho em saúde mental, muitas vezes o trabalhador tem que lidar com a expectativa do usuário, que acessa o serviço buscando exatamente aquilo a que ele pretende ser “substitutivo”: a internação psiquiátrica. O trabalhador de saúde mental tem como parte importante da sua atividade de trabalho o “convencimento” do usuário e da população de que a loucura pode ser acolhida na cidade, sem precisar ser banida para trás dos muros dos hospitais psiquiátricos.

Frente a estas considerações, levantamos a hipótese de que os trabalhadores de saúde realmente vivenciam o paradoxo da inflação e da ausência de normas (diferente do vazio de normas, próprio de toda atividade humana). É em seu cotidiano que os trabalhadores inventam “como fazer”. Inventam, por exemplo, como fazer para trabalhar em equipe numa perspectiva interdisciplinar, apesar de uma formação e de um espaço que não atendem a essa proposta. Verifica-se que, com alguma frequência, a prescrição de trabalho em equipe interdisciplinar não vem acompanhada de uma organização do trabalho, de meios e ferramentas pertinentes. Ao contrário, vem reforçar aquilo que condena, transformando-se, na prática, em obstáculo a ser vencido a duras penas.

Se a capacidade normativa, de criação de novas normas (renormatização), é algo inerente a toda atividade de trabalho, acreditamos que no setor saúde, ao menos no caso do Brasil, isto se torna um incontornável imperativo, exigindo dos trabalhadores um “exacerbado uso de si”. A criatividade não é vivenciada apenas como uma conquista, mas como um fardo, uma obrigação excessiva. Qual será o limite entre um vazio de normas que chama à reinvenção saudável e a ausência de normas que fragiliza e exaure o trabalhador no uso exacerbado de si?

Corroborando com Schwartz, no sentido de ampliar e potencializar o conceito de atividade de trabalho, temos as contribuições do campo por ora designado como “Clínica da atividade e dos meios de trabalho”, que tal como nos explica Clot (2006), partiu da dupla tradição francesa da ergonomia e da psicopatologia do trabalho, visando compreender as dimensões subjetivas e coletivas da atividade que determinam a função psicológica do trabalho. Segundo esse ponto de vista, a atividade de trabalho não apenas tem uma função social, produzindo objetos, serviços e trocas sociais, mas também uma função psicológica, na medida em que possibilita ao trabalhador descolar-se de si e dirigir-se ao outro, bem como a seu objeto de trabalho, desenvolvendo-se como ser humano (Clot, 2006; Osório da Silva, 2002).

Assim como Schwartz, Clot (2006) questiona a tradicional oposição ergonômica entre trabalho prescrito e trabalho real. Em relação ao trabalho prescrito, considera que o trabalho é sempre “reorganizado por aqueles e aquelas que o realizam, e essa organização coletiva comporta prescrições indispensáveis à feitura do trabalho real”, tanto quanto as demais diretrizes e parâmetros prescritos pelos administradores.

Para Clot, o trabalho só preenche sua função psicológica quando o sujeito consegue atar-se a regras que dão suporte à sua atividade individual, pois “sem lei comum para dar-lhe um corpo vivo, o trabalho deixa cada um de nós diante de si mesmo” (Clot, 2006:18). Ele chama de “gênero profissional do coletivo de trabalho” esta “cultura profissional coletiva” que funciona como apoio à formação e competência individual, apontando para a dimensão “genérica” que existe em qualquer atividade (aparentemente) individual de trabalho.

Por outro lado, o trabalho, mesmo que referido a experiências e memórias coletivas, não é possível sem o estilo pessoal de cada trabalhador, ou seja, “o estilo individual torna-se por sua vez a transformação dos gêneros, por um sujeito, em recursos para agir em suas atividades reais” (Clot, 2006:50). Da mesma forma que o gênero tem que ser visto mais como um movimento, do que como um estado, pois também se transforma a partir destas estilizações; “o estilo retira ou liberta o profissional do gênero, não negando este último, não contra ele, mas graças a ele, usando seus recursos, suas variantes, em outros termos, por meio de seu desenvolvimento, impelindo-o a renovar-se” (Clot, 2006:41).

Um gênero profissional forte e bem definido ampara o sujeito da ação em suas decisões. Será que podemos falar de um gênero profissional do trabalho em saúde mental, sobretudo a partir da passagem recente dos cuidados centralizados nos hospitais psiquiátricos para o cuidado em serviços territoriais, de base comunitária? De qualquer forma, podemos reforçar a necessidade de normas balizadoras que sustentem a atividade.

Observamos essa fragilidade do gênero ou do respaldo institucional no trabalho em saúde mental quando, apesar da forte referência ao "coletivo de trabalho" (a equipe), muitos trabalhadores mencionam que se sentem solitários e pouco respaldados em decisões importantes que têm que tomar no curso de sua atividade. O trabalho em saúde mental, como já referido, vem se deslocando do hospital psiquiátrico para a cidade, chamando a criações e variações que nem sempre conseguem ser compartilhadas. Assim, um gênero de atividade forte sustentaria a atividade no sentido de reger e apoiar os comportamentos e as decisões individuais de cada trabalhador. O trabalhador se sente mais seguro ao resolver, mesmo que sozinho, determinada situação de trabalho, porque sabe que será apoiado por um coletivo. Ao contrário, quando o gênero profissional está fragilizado, o trabalhador sente sua decisão solitária, temendo não ter agido da maneira adequada ou ser alvo de críticas futuras (Ramminger & Brito, 2008).

Ao tentar re-definir o conceito de atividade, Clot (2006) esclarece que está interessado em "especificar um conceito psicológico da atividade", considerando que a atividade não é apenas aquilo que se faz, não está voltada apenas para o objeto do trabalho, mas também para a atividade dos outros e para as outras atividades de sua vida.

"A atividade psicológica no trabalho é aquilo que se faz no universo dos outros para dele participar ou separar-se. É o trabalho assumido pelo sujeito no âmbito do trabalho dos outros" (Clot, 2006:65). Propõe, assim, que a unidade elementar de análise de uma nova psicologia do trabalho seja a atividade dirigida, considerando três diferentes sentidos: "dirigida pelo sujeito, para o objeto e para a atividade dos outros" (Clot, 2006:97).

No entanto é no conceito de "atividade impedida" desenvolvido por Clot (2001), que temos uma das mais importantes contribuições para se pensar o trabalho em saúde, na medida em que diferencia trabalho real ou atividade realizada, do real da atividade:

"A atividade não é somente aquilo que se faz. O real da atividade é também o que não se faz, aquilo que nós não podemos fazer, o que nós tentamos fazer e não conseguimos –

os fracassos - aquilo que nós teríamos vontade de fazer ou poderíamos fazer, aquilo que não fazemos mais, aquilo que nós pensamos ou sonhamos poder fazer em outros lugares. É necessário acrescentar aqui – um paradoxo freqüente – atividade é aquilo que nós fazemos para não fazer o que tem que ser feito ou ainda o que nós fazemos sem desejar fazer. Sem contar aquilo que é necessário refazer”.

Esta atividade impedida pode estar relacionada tanto ao gesto prescrito, mas também interdito, na organização de trabalho taylorista, como também na mobilização subjetiva exigida nos trabalhos atuais onde, ao mesmo tempo em que o trabalhador é convocado a arbitragens e (auto)prescrições antes delegadas às hierarquias, não têm a efetiva responsabilidade sobre seu trabalho, na medida em que cumpre metas e prazos estipulados pelas organizações. Se o primeiro caso inspirou a noção de fadiga do trabalhador (dissociação do gesto), o segundo remete ao estresse, que tenta demarcar as dissociações psíquicas decorrentes das contradições do trabalho atual. Embora problemáticas, estas expressões têm, para Clot (2006:17), a raiz comum da “amputação da atividade possível”.

Após estas considerações iniciais a respeito do trabalho em saúde, nosso próximo passo será nos aproximarmos ainda mais do nosso campo de estudo, conhecendo a produção bibliográfica brasileira que trata da relação entre saúde e trabalho em saúde mental.

Neste capítulo tentamos colocar em diálogo os campos da Saúde do Trabalhador e da Saúde Mental, considerando a saúde dos trabalhadores de saúde mental. Ressaltamos que esse não é um tema muito pesquisado nem na área de Saúde Mental, que tem priorizado as discussões em torno das mudanças no cuidado ao portador dos transtornos mentais e no entendimento da loucura, nem no campo da Saúde do Trabalhador, que acumula estudos em organizações privadas e industriais. Tentando potencializar esse diálogo necessário, nosso esforço aqui será reunir e discutir a produção científica brasileira a respeito da relação entre saúde/adoecimento e trabalho na área da Saúde Mental, sobretudo a partir do processo de implantação da Reforma Psiquiátrica no país.

Para tanto, foram utilizados os bancos de dados de teses e dissertações³⁸ das universidades que disponibilizam este recurso, bem como a base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (Bireme, www.bireme.br), que inclui Lilacs, Medline, Cochrane e SciELO, com pesquisa feita a partir dos seguintes descritores: Saúde do Trabalhador; Saúde Mental; Reforma Psiquiátrica; Trabalhador de Saúde Mental; Trabalhador Psiquiátrico; Hospital Psiquiátrico. A última consulta foi feita em abril de 2008, sendo que também recorreremos, eventualmente, a resumos de congressos científicos e capítulos de livros.

Em consulta à literatura que aborda o trabalho na área da Saúde Mental, percebemos que os estudos privilegiam as mudanças recentes nesse

37 Este capítulo originou o artigo "Saúde do trabalhador de Saúde Mental: uma revisão dos estudos brasileiros", *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 78/79/80, p. 60-71, jan./dez. 2008.

38 Quando parte das conclusões das dissertações ou teses possuíam publicação em periódicos científicos, privilegiou-se o artigo publicado.

campo, sobretudo na concepção de 'loucura' e nas formas de tratamento dos usuários (Passos, 2003).

Farta bibliografia preocupa-se em (re)discutir a função dos diferentes profissionais nas equipes dos novos serviços de Saúde Mental como, por exemplo, a atuação do terapeuta ocupacional (Mangia, 2000; Ribeiro & Oliveira, 2005), do psicólogo (Bandeira, 1992; Figueiredo & Rodrigues, 2004), do assistente social (Vasconcelos, 2000), do psicanalista (Figueiredo, 2001), do acompanhante terapêutico (Palombini, 2004) e, sobretudo, dos enfermeiros (Dalmolin, 1998; Bertoncello & Franco, 2001; Kirschbaum & Paula, 2001; Casanova, 2002; Lima & Amorim, 2003; Oliveira & Alessi, 2003; Silveira, 2003; Silveira & Alves, 2003; Silva & Fonseca, 2005), técnicos e auxiliares de enfermagem (Maranhão, 2004; Zerbetto & Pereira, 2005). Destaca-se, ainda, a tendência a repetir padrões comuns ao hospital psiquiátrico, mesmo com severas críticas a esse modelo (Brêda & Augusto, 2001; Campos & Soares, 2003; Oliveira & Alessi, 2005a, 2005b; Bichaff, 2006; Antunes & Queiroz, 2007; Leao & Barros, 2008).

Por outro lado, a bibliografia existente sobre a relação entre saúde e trabalho em saúde mental é recente, datando de pouco menos de uma década. Observamos, ainda, que nestes estudos há um nítido destaque para as atividades da enfermagem, privilegiando-se, dentro do campo da saúde do trabalhador, a relação entre saúde mental e trabalho. Isto porque, nas atividades de cuidado, o que se destaca não é a exposição a elementos químicos ou físicos, nem os movimentos repetitivos, por exemplo, mas aquilo que alguns autores identificam como "trabalho sentimental", considerando a forte mobilização afetiva e a dimensão relacional exigidas por este trabalho (Vieira, Seligmann-Silva & Athayde, 2004).

Sendo assim, quase a totalidade dos textos tem caráter qualitativo e poderiam ser reconhecidos como parte do campo de estudos denominado 'Saúde Mental e Trabalho'. Como este campo não é homogêneo, ou seja, não há consenso sobre quais seriam suas principais correntes teóricas (Fernandes,

Melo, Gusmão et al., 2006; Jacques, 2003), fizemos nossa própria divisão em três blocos, conforme os temas privilegiados em cada estudo.

Estresse, Carga e Sobrecarga no trabalho em saúde mental

Estabelecer a relação entre doença/Saúde Mental e trabalho não é tarefa fácil. O processo de adoecimento psíquico é sempre singular e envolve várias dimensões da vida do sujeito, o que pode dificultar pesquisas quantitativas. Talvez seja essa a explicação para o reduzido número de estudos epidemiológicos encontrados, ainda que sejam fundamentais para nos dar a dimensão deste 'invisível' que pode se tornar mais palpável na medida em que começa a ser reconhecido estatisticamente (Tittoni, 1997).

Aliás, foi o peso das estatísticas, somado ao esforço dos pesquisadores e dos movimentos sociais, que possibilitou o reconhecimento legal da relação entre Saúde Mental e trabalho no Brasil a partir de 1999, através do Decreto 3.048 do Ministério da Previdência e Assistência Social que discrimina os Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho. Dentre esses transtornos, há a síndrome do esgotamento profissional, ou *burnout*, descrita pelas teorias do estresse.

As teorias do estresse, embora tenham como referencial básico a Fisiologia, originaram modelos mais complexos, com a inclusão da perspectiva social e da subjetividade (Seligmann-Silva, 2003). A síndrome de *burnout*, mesmo que de início não estivesse ligada exclusivamente às situações de trabalho, hoje tem sido apontada como recorrente entre os profissionais da educação, da saúde e da segurança, sobrecarregados em suas formas de prover cuidado (Codo, 1999). Segundo Codo³⁹, as principais características dessa síndrome são a exaustão emocional, a despersonalização da atenção e a

falta de compromisso com o trabalho. As pesquisas que seguem este referencial, em relação ao trabalho em saúde mental, apontam um alto índice de esgotamento emocional e estresse crônico entre eles, diretamente proporcional ao tempo e à intensidade do cuidado direto ao paciente (Fensterseifer, 1999; Rego, 2000; Rosa, 2001; Costa & Lima, 2002; Ramminger, 2002; Vianey & Brasileiro, 2003).

Por outro lado, Carvalho e Felli (2006), buscaram analisar o processo saúde-doença vivenciado pela equipe de enfermagem de um hospital psiquiátrico a partir dos conceitos de carga de trabalho e desgaste, chegando à conclusão que esses trabalhadores apresentam um intenso desgaste mental muito mais pelas condições de trabalho do que pelo convívio com os pacientes. As cargas de trabalho (físicas, químicas, biológicas, fisiológicas e psíquicas), segundo Laurell e Noriega (1989), são elementos do processo de trabalho que interagem dinamicamente entre si e com o corpo do trabalhador gerando processos de adaptação e que resultam em desgaste, entendido como uma perda da capacidade potencial e/ou efetiva corporal e psíquica.

Nessa direção, Bandeira, Pitta e Mercier (2000) validaram, no Brasil, escalas internacionais de avaliação de satisfação (SATIS-BR) e sobrecarga (IMPACTO-BR) das equipes técnicas de serviços de Saúde Mental. Tais escalas passaram a ser utilizadas em pesquisas de avaliação, fornecendo importantes subsídios para estudos epidemiológicos. Além disso, os estudos de satisfação vêm crescendo em importância na avaliação da qualidade dos serviços de saúde mental por considerarem a percepção dos diferentes segmentos envolvidos na atenção (usuários, familiares e trabalhadores), assim como a “escala de sobrecarga constitui um preditor do estresse apresentado pelos trabalhadores de saúde mental” (Bandeira, Ishara & Zuardi, 2007:280). No entanto, Rebouças, Abelha, Legay *et al.* (2008:625) ressaltam que, embora os

39 Embora outros autores também abordem este tema, a maioria dos estudos aqui citados têm em Wanderley Codo sua principal referência.

estudos brasileiros sejam realizados com todos estes segmentos, “a pesquisa dirigida à equipe técnica tem despertado menos interesse do que as que avaliam usuários e familiares”.

Percebemos que de sua validação (ano 2000) até a publicação das primeiras pesquisas feitas a partir dessas escalas em relação ao trabalho em saúde mental, passaram-se sete anos. Tivemos acesso a quatro estudos, sendo um de validação do construto das escalas, realizado em um município de São Paulo (Bandeira, Ishara & Zuardi, 2007), dois realizados em instituições do município do Rio de Janeiro (Rebouças, Legay & Abelha, 2007; Rebouças, Abelha, Legay *et al.*, 2008) e um que apresenta os resultados preliminares da aplicação do instrumento em toda rede de Centros de Atenção Psicossocial (Caps) do Ceará (Godoy, Rigotto, Maciel *et al.*, 2007). Nesses estudos, a satisfação é considerada um estado emocional que envolve a interação das características pessoais, valores e expectativas dos profissionais em relação ao ambiente e organização do trabalho. Já o impacto diz respeito às repercussões do trabalho sobre a saúde e o sentimento de bem-estar do trabalhador (Rebouças, Legay & Abelha, 2007).

Todas as pesquisas apontam para a predominância significativa das mulheres no trabalho em saúde mental, culminando no caso do Ceará, onde 72,8% dos trabalhadores dos Caps são mulheres (Godoy, Rigotto, Maciel *et al.*, 2007). A pesquisa de Rebouças, Legay e Abelha (2007) destaca que esse segmento concentrou o menor nível de satisfação com o trabalho e o maior impacto sobre a saúde, interpretado pelas autoras como consequência da ‘dupla jornada’ feminina. No estudo de validação de construto foi constatada a relação negativa entre os escores de satisfação e sobrecarga, bem como os níveis mais baixos de satisfação e mais elevados de sobrecarga entre os trabalhadores com indicativo de estresse (Bandeira, Ishara & Zuardi, 2007). As demais pesquisas confirmam que quanto maior o grau de sobrecarga dos profissionais, menor o seu nível de satisfação no trabalho, assim como a relação inversa entre o nível de escolaridade e satisfação. Em duas pesquisas, a satisfação no trabalho esteve relacionada à atuação em projetos novos e de *status* diferenciado, à maior idade e ao contrato de trabalho precário. As

pesquisadoras atribuem tal resultado ao fato de que, provavelmente, os profissionais mais jovens têm menos recursos para lidar com os problemas inerentes ao desempenho das atividades e quando possuem escolaridade mais elevada, maiores expectativas em relação ao trabalho. (Rebouças, Legay & Abelha, 2007; Godoy, Rigotto, Maciel *et al.*, 2007).

Em relação ao impacto do trabalho, os resultados foram diferentes. Enquanto os resultados encontrados no Rio de Janeiro (Rebouças, Legay & Abelha, 2007; Rebouças, Abelha, Legay *et al.*, 2008) não remetem à associação significativa com a escolaridade, Godoy, Rigotto, Maciel *et al.* (2007) apontam a relação direta entre a baixa escolaridade e o impacto menor do trabalho na vida dos profissionais.

Sofrimento e Prazer no trabalho em saúde mental

Passemos agora aos estudos que consideram a relação entre prazer e sofrimento no trabalho em saúde mental. A pesquisa de Lanzarin (2003), ancorada na Psicodinâmica do Trabalho, procurou analisar as relações entre trabalho, prazer e sofrimento das auxiliares de enfermagem de um hospital psiquiátrico. Sob influência da Psicanálise, Dejours (1988) entende que, frente às vivências de sofrimento, os trabalhadores desenvolvem, coletivamente, estratégias defensivas que podem ser muito úteis, pois permitem que as pessoas continuem trabalhando, sobrevivendo à angústia. No entanto: "as estratégias defensivas podem atenuar o sofrimento, mas, por outro lado, se funcionarem muito bem e as pessoas deixarem de sentir o sofrimento, pode-se prever a alienação". (Dejours, 1999:171)

Lanzarin (2003) percebeu grande envolvimento emocional entre as auxiliares de enfermagem e a clientela atendida. Segundo a pesquisadora, se por um lado essa intensificação do laço afetivo constitui-se fonte de gratificação para as auxiliares, funcionando como uma estratégia defensiva frente ao medo e à angústia, por outro lado contribui para a exploração do trabalho. Mulheres em sua maioria, as auxiliares acabam tomando para si algumas

responsabilidades que não estão relacionadas à função que desempenham. Ao mesmo tempo, esse cuidado não é reconhecido como uma qualificação ou competência da trabalhadora, mas como a expressão de um instinto maternal inato.

Ferrer (2007) e Silva (2007a) nos apresentam análises similares de estudos realizados com os profissionais dos Caps de Campinas, interior de São Paulo (Ferrer, 2007) e Goiânia, Goiás (Silva, 2007a), embora não utilizem apenas o referencial dejouriano, privilegiando aquilo que denominam como “vivências de sofrimento dos trabalhadores”. Ambas as análises citam como importantes componentes que contribuem para o sofrimento do trabalhador de saúde mental: a baixa remuneração; os contratos diferenciados e, por vezes, precários de trabalho; a má condição física e material dos estabelecimentos; a limitação das demais redes de suporte e promoção social; a carência de uma política de cuidado aos trabalhadores da saúde e o próprio fato de haver contato com a loucura. Por outro lado, as duas pesquisadoras também apontam a implicação e o prazer desses trabalhadores com sua atividade.

Considerando o referencial da Psicologia Institucional e da Psicanálise de grupos, Koda e Fernandes (2007) analisam os conflitos e contradições que se instauram a partir da implantação de um serviço substitutivo à internação psiquiátrica que exige um contato mais próximo com o paciente e um trabalho mais articulado com profissionais de outras áreas e instituições. Segundo as autoras, isso leva a um “desenraizamento” do trabalhador, que vê sua identidade profissional posta em questão. Os códigos anteriores, ainda que fossem avaliados como inadequados, asseguravam um modelo de práticas e representações comuns em relação ao lugar do trabalhador, à relação profissional/usuário, à concepção da loucura, entre outras. A transformação desses códigos leva a um momento de fragilidade, muitas vezes vivenciado como ameaça contra o sujeito e ao grupo ao qual pertence.

Corroborando esse entendimento, Rabelo e Torres (2005) pretenderam avaliar a relação entre a adesão a determinado paradigma norteador de práticas em saúde mental, e a saúde física e psicológica dos profissionais da

área em Goiânia. As autoras consideraram dois paradigmas: o biológico e o psicossocial. O primeiro está ligado ao discurso médico psiquiátrico, com ênfase nas causas orgânicas do adoecimento; o segundo, ao discurso da Reforma Psiquiátrica. Participaram da pesquisa, trabalhadores de seis serviços de Saúde Mental 'substitutivos' e seis clínicas psiquiátricas.

Os resultados mostraram que os maiores níveis de bem-estar físico e psicológico não estiveram relacionados ao local de trabalho, mas à adesão ao paradigma biológico que, segundo as autoras, por ser mais legitimado, oferece maior segurança ao profissional nesse momento de transição no qual o modelo biológico não foi abandonado, nem o modelo psicossocial definitivamente implantado. No entanto, não podemos deixar de questionar a validade da separação estanque entre esses dois paradigmas, bem como a fragilidade das escalas de bem-estar físico e psicológico utilizadas que, a nosso ver, comprometem a conclusão da pesquisa.

Subjetividade, discursos, práticas e vivências dos trabalhadores de saúde mental

Por fim, aqui destacamos os artigos que não tratam diretamente da relação entre saúde e trabalho em saúde mental, mas que apresentam contribuições para o tema. Considerando a análise do discurso dos trabalhadores, encontramos os trabalhos de Bernardes e Guareschi (2004) e Garcia e Jorge (2006). O primeiro parte do referencial foucaultiano para compreender as formas de subjetivação, ou o modo como os profissionais constituem a si mesmos e se reconhecem como trabalhadores de saúde mental.

Já Garcia e Jorge (2006) procuram destacar a vivência dos trabalhadores de um Caps à luz do pensamento de Martin Heidegger e Hans-Georg Gadamer. Embora sigam caminhos diferentes, os dois estudos se valem da figura do 'humano' e da 'humanização' para retratar as transformações no cuidado em Saúde Mental. A conclusão é que a Reforma Psiquiátrica, ao reivindicar a humanização do atendimento em saúde mental, não pode deixar

de lado o “humano que cuida” (Garcia & Jorge, 2006), já que os próprios trabalhadores reconhecem que “a humanização deles [dos pacientes] será a nossa humanização” (Bernardes & Guareschi, 2004).

Em um estudo que privilegiou o ponto de vista dos trabalhadores de saúde mental sobre a relação entre a saúde e suas atividades de trabalho (Ramminger, 2006; Ramminger & Nardi, 2007a), evidencia-se que a precariedade das políticas públicas de atenção à saúde do servidor público reflete nos serviços de saúde mental. O acolhimento (ou não) das questões relacionadas à saúde no trabalho depende do funcionamento e das diretrizes particulares de cada serviço.

A análise dos discursos e práticas possibilita o entendimento de que os trabalhadores habitam um espaço de tensionamentos e confrontos. Primeiro, pela circulação de diferentes formações discursivas, incluindo desde a crença de que cuidar é uma forma de caridade (discurso religioso), a afirmação de que é a ciência que pode falar do tratamento da loucura (discurso científico), até o entendimento de que o trabalho em saúde mental não pode ser reduzido a um domínio de técnicas, devendo incluir a implicação política e afetiva com a construção de outro modo de se relacionar com a loucura (discurso antimanicomial). Em segundo lugar, pela oscilação dos trabalhadores entre um papel desafiador e criativo, como agentes de um dispositivo que se pretende inovador e a constante desvalorização de sua função enquanto servidor público, traduzida pela falta de investimentos e ações intersetoriais que impõem limites à prática e responsabilizam o trabalhador individual, excessiva e exclusivamente pela resolutividade dos serviços.

Da mesma forma, o artigo de Silva (2005) sobre os discursos e práticas em torno da responsabilidade no campo da Saúde Mental, aponta para o aumento da responsabilidade e autonomia do trabalhador de Saúde Mental em seu processo de trabalho. No entanto, a exigência do trabalhador apto a resolver problemas complexos não é acompanhada do aumento dos necessários recursos teóricos, financeiros ou emocionais, em uma clara tendência à

precarização do trabalho, somada a expectativas cada vez maiores em relação ao trabalhador.

Além disso, a 'tomada de responsabilidade'⁴⁰ – jargão do campo da saúde – não é apenas do serviço (pelo território), mas também do trabalhador (por seu processo de trabalho), do usuário (por sua condição subjetiva), da família e da comunidade de modo geral (responsabilização social dos atores), em um processo no qual distintas áreas – Saúde Pública, Análise Institucional e Psicanálise – unem-se em torno da convocação à responsabilidade.

Também os estudos que privilegiam as teorias sobre a representação social corroboram com a compreensão do trabalho em saúde mental como uma atividade complexa, com a circulação de distintos discursos e um sobre-encargo do trabalhador, principalmente pelo desinvestimento no trabalho e nos serviços públicos (Antunes & Queiroz, 2007; Leao & Barros, 2008).

Andrade (2007) propõe, inspirado em Nourodine (2004), considerar o risco no e do trabalho em saúde mental não apenas como negatividade ou algo que deva ser combatido, mas como positividade e potencialidade, um "ato de criatividade necessário e jamais dominado para agir, produzir, inventar e realizar" (Andrade, 2007:85). No entanto, a não ser pelo risco de reproduzir os modelos manicomiais ou enclausurar-se nas próprias defesas frente ao sofrimento do outro, o autor não se aprofunda em relação aos riscos da atividade do trabalhador de saúde mental.

Merhy (2007), embora sem a pretensão de apresentar um estudo mais sistematizado, compartilha suas reflexões, a partir de sua experiência como supervisor de um Caps. Ele diz que buscar a produção de cuidados em saúde para além das práticas hegemônicas, é estar no 'olho do furacão', sendo necessário construir um campo de proteção para aqueles que têm que moldar suas caixas de ferramentas em ato. Descreve o trabalho nos Caps como algo

40 Tradução possível que não equivale totalmente à expressão italiana "*presa in carico*".

árido, com intensa demanda de múltiplos cuidados, o que faz o trabalhador experimentar sentimentos intensos e antagônicos, cobrando de si mesmo e da equipe uma disponibilidade e uma abertura difíceis de serem mantidas permanentemente, sobretudo para quem oferta seu trabalho vivo para vivificar a vida do outro. São sentimentos de tristeza, exaustão e impotência que caminham lado a lado com a exigência de acolhimento e resolução de problemas complexos de forma criativa e entusiasmada. Assim, o autor propõe a alegria e o alívio como dispositivos analisadores.

A alegria é tomada como indicador da luta contra a tristeza e o sofrimento, sendo necessário um espaço de apoio, para além das supervisões institucionais e clínicas, que permita retomar a produção de vida, consumida em meio ao fazer cotidiano. Essa imagem do consumo da vida pelo trabalho remete à exaustão ou combustão (*burnout*) do trabalhador e da equipe, pois um coletivo que consome sua própria vida com o objetivo de construir novas possibilidades de vida para outros, se não a produzir o tempo todo, exaure. Da mesma forma, o segundo analisador proposto por Merhy – o alívio – aponta para a necessidade de alívio também daquele que se ocupa do alívio dos outros.

“Uma equipe de trabalhadores dos Caps que não possa usufruir de alívios produtivos e de estados de alegria, de forma implicada, não tem muito a ofertar a não ser exaurir para gerar alívios nos outros, como o manicômio já fazia e faz”. (Merhy, 2007:65)

Aliás, a precarização e a falta de condições de trabalho em Saúde Mental, bem como o número sempre insuficiente de trabalhadores, com excesso de encargos e responsabilidades, salientados nos estudos aqui apresentados, integram uma herança que acompanhou o hospital psiquiátrico

desde a sua fundação e parece ter se perpetuado nos novos serviços de Saúde Mental⁴¹.

Esses últimos estudos, já apontam a relação intrínseca entre a gestão do trabalho e o trabalho como gestão, ou seja, a indissociabilidade entre as formas de atenção e gestão. O abismo entre um e outro gera sofrimento e adoecimento entre os trabalhadores (Santos-Filho & Barros, 2007).

Jorge, Guimarães, Nogueira *et al.* (2007) tratam especificamente da gestão de recursos humanos em três Caps de Fortaleza (CE). Os autores afirmam que os serviços de saúde mental enfrentam os mesmos desafios do sistema de saúde geral como, por exemplo, a precarização do trabalho em saúde, que pode ser definida como a flexibilização ou ausência de direitos trabalhistas e de proteção social, baixa qualificação profissional e condições de trabalho insatisfatórias.

Na pesquisa, 60% dos trabalhadores manifestaram algum desconforto em relação ao processo de trabalho. Suas queixas compreenderam desde o volume de tarefas e a burocracia excessiva, até a falta de colaboração e apoio dos colegas e do próprio gestor. As condições de trabalho relacionadas à estrutura física dos serviços, também deixa muito a desejar. No entanto, mesmo com todas essas limitações, 80% dos trabalhadores declararam que seu nível de satisfação, por trabalhar no Caps, é bom ou excelente. Os autores concluem que há um descompasso entre as políticas de recursos humanos implantadas – como a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS e o Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS – e sua operacionalização no nível local.

Analisando a bibliografia brasileira disponível sobre a relação entre saúde e trabalho na área da saúde mental, percebemos que trata-se de um

41 A esse respeito, consultar os relatórios dos primeiros hospitais psiquiátricos citados nos trabalhos de Wadi (2002) e Machado et al. (1978).

tema recente, que data de pouco menos de uma década. No final dos anos 1990, predominaram os estudos em torno do conceito de estresse em profissionais da enfermagem e trabalhadores de hospitais psiquiátricos.

Atualmente os estudos não apenas cresceram significativamente, como se tornaram mais complexos e ganharam em qualidade, privilegiando os trabalhadores de saúde mental dos Caps. A bibliografia tende a destacar os desafios colocados aos trabalhadores pela proposta de “cuidar sem segregar” que exige a redefinição de seu papel como profissional, sua relação com a equipe e os usuários, bem como sua concepção de loucura e cuidado. O trabalho em saúde mental é compreendido como uma atividade, ao mesmo tempo singular e coletiva, criativa e angustiante, gratificante e desgastante e que, para além do corpo do trabalhador, deve contar com sua capacidade relacional. Os conceitos mais utilizados nesses estudos, mesmo que por vezes mal definidos, são aqueles relacionados ao campo da Saúde Mental do Trabalhador, tais como: estresse, desgaste, sobrecarga, impacto, sofrimento psíquico, modos de subjetivação e vivência subjetiva.

OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: TEXTO, CONTEXTO E FORA DO TEXTO

Reservemos agora um momento para compreendermos o que são os Centros de Atenção Psicossocial: como surgiram, qual é sua proposta, que atividades de trabalho são ali desempenhadas, que normas segue?

Para priorizar estas respostas, não nos preocuparemos com uma revisão histórica extensiva e linear do tratamento dispensado aos loucos no Brasil, como se tal tratamento seguisse uma linha evolutiva: dos castigos e celas insalubres nas Cadeias Públicas e Santas Casas de Misericórdia, passando pela vigilância, tratamento moral, superlotação e abandono dos hospitais psiquiátricos, até a humanização e descentralização do atendimento nos Caps. Ao contrário, queremos vislumbrar não apenas as rupturas, mas também as continuidades, contradições, lutas e acasos que culminaram na atual política de saúde mental brasileira, cujo principal dispositivo é o Caps.

Em um primeiro momento, apresentaremos de forma concisa os principais autores, idéias, acontecimentos e experiências que embasaram a reforma psiquiátrica brasileira, priorizando sua institucionalização (ou institucionalidade, como preferem alguns autores) como política pública. Em seguida, conheceremos qual é a proposta dos Caps para, finalmente, tecermos algumas considerações sobre os desafios da atividade de trabalho nestes serviços.

Os Caps e a Reforma Psiquiátrica Brasileira: o contexto

A farta bibliografia acadêmica sobre a reforma psiquiátrica brasileira tende a seguir um roteiro de autores e conceitos em comum. Essa “cultura reformista” inclui referências:

- À hipótese inicial de M. Foucault (1999a)⁴², inspirado em Nietzsche, sobre como a experiência trágica da loucura foi excluída por um saber racional que na época clássica a concebeu como desrazão e na modernidade como doença mental.

- Ao nascimento do hospital psiquiátrico e da psiquiatria, descrito pelo mesmo autor (Foucault, 1999a, 1999b, 2006b), tendo como marco o ideal pineliano, que inaugura o olhar clínico e o entendimento de que a loucura é uma doença, mais especificamente uma doença da mente - um desarranjo das funções mentais devido a um tipo de imoralidade, seja por excesso ou desvio, passível de cura por um “tratamento moral”, sendo necessário um lugar específico e o afastamento do convívio social para esta reeducação. A partir desse momento, o manicômio não é mais apenas o local onde se abriga e enclausura o louco, fruto de uma demanda social de manutenção da ordem pública, mas justifica-se como dispositivo terapêutico. E esta dupla função – de cuidado e controle, de terapêutica e dominação, proteção e tutela, clínica e política – vai acompanhar não apenas a psiquiatria, mas também as demais disciplinas e tecnologias que se ocupam da loucura. Como bem resumiu Castel (1978): a prática psiquiátrica é a prática de uma contradição: entre uma finalidade terapêutica e certas funções político-administrativas.

- Ao papel normalizador e individualizante, sobretudo da medicina, mas que pode ser estendido a outras disciplinas, como a psicologia e a psicanálise, por exemplo, no período denominado como modernidade (Foucault, 1999c, 2001;

42 Sobre “o efeito Foucault” e as diferentes leituras de “História da Loucura” no Brasil, bem como a relação desta obra com os movimentos da antipsiquiatria inglesa e da psiquiatria democrática italiana, indico o esclarecedor artigo de Rodrigues (2007).

Canguilhem, 1972; Castel, 1978). Vários autores analisam a realidade brasileira sob essa perspectiva, tais como Birman (1978), Costa (1980) e Machado et al. (1978).

- À crise teórica e prática da psiquiatria, sobretudo no pós-guerra, que gerou diferentes modelos reformistas, analisados por Birman e Costa (1994): a) crítica à estrutura asilar: manicômio é uma estrutura necessária à cura e torna-se urgente resgatar o caráter positivo da instituição, com uma reforma da instituição psiquiátrica, como nas Comunidades Terapêuticas na Inglaterra e na Psicoterapia Institucional francesa; b) extensão da psiquiatria ao espaço público, com a Psiquiatria de Setor, na França e a Psiquiatria Comunitária ou Preventiva americana. O objeto da psiquiatria não é mais a doença, mas a saúde mental, aqui ainda definida em termos adaptativos como a capacidade do sujeito integrar-se a um grupo⁴³; c) problematização do próprio dispositivo médico e das categorias de saúde e doença mental, com a Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática Italiana. Nesta perspectiva, ao contrário da vertente preventivista, não se almeja uma adequação ao meio social, mas a produção de formas de sociabilidade que se relacionem de outro modo com a loucura.

- À Reforma Sanitária brasileira, que culminou na criação do Sistema Único de Saúde e de um novo conceito de saúde, como vimos no primeiro capítulo dessa seção. Curiosamente, não há muitas análises dessa relação. Embora seja reconhecido que a reforma psiquiátrica brasileira foi conduzida à política de governo pelas mãos da reforma sanitária, percebemos uma ênfase muito maior na influência das experiências estrangeiras do que naquelas vivenciadas a partir da implantação de um novo modelo de saúde no país⁴⁴. O “problema” da loucura no Brasil também

43 Castel (1978) e Deleuze (1992), ambos em diálogo com M. Foucault, chamam atenção para os perigos do modelo preventivista que não apenas mantém, mas amplia os mecanismos de controle e normalização social, em um processo denominado por Castel de “aggiornamento do dispositivo psiquiátrico”, onde o saber-poder psiquiátrico não é mais restrito aos asilos, espalhando-se por toda cidade, ou ainda, como diria Deleuze, em uma passagem da sociedade disciplinar (que precisa de estabelecimentos fechados para exercer a disciplina) para a sociedade de controle à céu aberto.

44 Uma tentativa, nesse sentido, foi do Rio Grande do Sul, onde criou-se e disseminou-se o conceito de “saúde mental coletiva”, a partir da década de 1980 (Fagundes, 2006). Ver também artigo de

foi resolvido, como em outros países, com o asilamento maciço em hospitais psiquiátricos. A diferença é que estes não eram hospitais estatais, mas instituições privadas ou filantrópicas mantidas com financiamento governamental, sobretudo no período da ditadura militar⁴⁵. Assim, aqui não se tratou da reforma de instituições públicas de saúde, mas da criação destas instituições (Silva, Koosah & Campos, 2009), em um claro confronto com a “indústria da loucura”. Além disso, temos implicações importantes na adoção do princípio constitucional da “saúde como direito de todos e dever do Estado” em pleno contexto neoliberal dos anos 1990, em um país sem tradição de um Estado de bem estar social (*welfare state*).

Da mesma forma, há um modo mais ou menos linear de contar a trajetória da reforma psiquiátrica brasileira até o momento de sua institucionalização como política pública:

- Criação do MTSM (Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental), em 1978, a partir de uma greve deflagrada pelos profissionais ligados à DINSAM (Divisão Nacional de Saúde Mental). Para Amarante (1995:51), este movimento foi “o ator a partir do qual originalmente emergem as propostas de reformulação do sistema assistencial e no qual se consolida o pensamento crítico ao saber psiquiátrico”.

- Realização da I Conferência Nacional de Saúde Mental (Rio de Janeiro) e do II Encontro Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental (Bauru), ambos em 1987. O movimento dos trabalhadores une-se a usuários e familiares, criando o Movimento Nacional de Luta Antimanicomial que, com o lema “Por uma Sociedade sem Manicômios”, evidencia a escolha política pelo modelo de desinstitucionalização italiana. No entanto, lembramos aqui outra especificidade brasileira, pois se o

Zambenedetti & Silva (2008) sobre as diferenças nas concepções de rede, nas reformas sanitária e psiquiátrica brasileira.

⁴⁵ Nicácio, Amarante e Barros (2005) destacam que entre os anos de 1965 e 1979, o número de hospitais psiquiátricos no país foi praticamente triplicado.

modelo italiano colocou em xeque o estatuto da tutela do louco e a importância da clínica; o modelo brasileiro não conseguiu ultrapassar o primeiro e, ao contrário de negligenciar, valorizou o segundo, criando um modelo próprio, que visa articular clínica e política, cuja principal tecnologia, conforme veremos a seguir, é a denominada “clínica ampliada”.

- Criação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial, o Caps Luiz Cerqueira (ou Caps Itapeva), em São Paulo, também em 1987. Conforme Pitta (apud Amarante, 1995), a proposta baseou-se nas experiências internacionais de serviços substitutivos ao manicômio (como os hospitais-dia franceses, as comunidades terapêuticas de Maxwell Jones e os centros de saúde mental da Itália), mas a denominação – Centro de Atenção Psicossocial – foi inspirada em serviços da Manágua (Nicaraguá) revolucionária de 1986.

- Experiência da gestão de saúde em Santos, iniciada em 1989, que realizou intervenção na Casa de Saúde Anchieta (hospital psiquiátrico privado conveniado) e a partir dela, criou toda uma rede de saúde mental comunitária e com funcionamento 24 horas, cuja base eram os NAPS (Núcleo de Atenção Psicossocial).

- Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado, ainda em 1989, que propunha a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país, marcando a aproximação do movimento da luta antimanicomial dos campos legislativo e normativo. Enquanto o projeto nacional permanecia em intermináveis debates no Congresso, vários Estados e municípios adiantaram-se, elaborando suas próprias leis da reforma psiquiátrica, mais ou menos “radicais”, conforme as disputas de poder regionais.

Sem querer desmerecer as tentativas de sistematização de um processo complexo, não posso deixar de mencionar que se restringem ao eixo Rio-São Paulo, não incluindo experiências, também pioneiras e igualmente importantes para a consolidação da reforma psiquiátrica no país, como as do Rio Grande do Sul, Minas Gerais, Ceará, entre tantas outras.

Cabe destacar que a reforma psiquiátrica brasileira, embora fortemente inspirada no modelo italiano e seguindo sua reivindicação principal - o direito à

cidadania⁴⁶ do louco – tem algumas características singulares, tais como a participação ativa dos usuários no processo e a identificação da clínica (sobretudo psicanalítica) como uma importante tecnologia de cuidado. Para alguns autores, a polaridade entre clínica e política, inicialmente vivenciada como um confronto, transformou-se em uma relação de complementaridade. Leal (1999:126) afirma que, nos últimos anos, tem perdido força a idéia de que “as práticas de cuidado, para romper com seu caráter segregador, tributário do modelo médico psiquiátrico, deveriam abandonar o modelo clínico como referência”, em um entendimento de que a discussão clínica, bem fundamentada e ética, não pode prescindir da reflexão política. Para Delgado (2001:154), a reforma psiquiátrica, hoje assumida como política pública, interroga e coloca novas questões à clínica, só restando “um caminho possível entre a política e a clínica: a clínica da reforma⁴⁷”. No entanto, nos parece que estas duas dimensões – clínica e política – nem sempre são conciliáveis e muitas vezes são normas antagônicas que devem ser geridas pelo trabalhador em sua atividade de trabalho, conforme veremos na seção seguinte.

46 Algumas palavras a respeito do polêmico conceito de cidadania, embora aqui não seja nosso objetivo discuti-lo de forma mais consistente. Fruto do ideário iluminista da revolução francesa, a concepção moderna de cidadania sustenta-se no princípio da razão esclarecida, da livre escolha e da conseqüente responsabilidade individual por seus atos. Nesta lógica liberal, a relação com o louco sempre foi complicada. O louco era aquele que escapava a este modelo, pois, embora adulto, não poderia responsabilizar-se por seus atos, como uma criança; e, embora não infringisse a lei, era privado da liberdade, como um delinqüente. A medicina vem ao auxílio do direito, e a regulação da relação social com o louco deixa de ser prioritariamente uma questão jurídica, para tornar-se um assunto médico, justificando o isolamento como necessário à cura, ou seja, ao retorno à razão e à liberdade. Já no Brasil, este processo é ainda mais complexo. Na passagem para a República brasileira, somente ao final do século XIX, tentou-se importar de forma capenga esta noção de cidadania, já complicada em sua origem. As principais críticas giram em torno do entendimento de que a cidadania brasileira, nunca foi uma “cidadania plena”, mas hierarquizada por segmentos sociais (na primeira república), vinculada à posição ocupada no processo produtivo (era Vargas), ou constrangida (no regime militar). Mesmo considerando esta herança do conceito cidadania, e a forma idealizada e banalizada com que é veiculada, entendemos que a luta pela cidadania no Brasil traduz o desejo de um contrato social, incluindo direitos civis, políticos e sociais, que possa reduzir desigualdades, não para que todos sejam iguais, mas para que possam viver dignamente suas diferenças.

47 Também denominada Clínica Ampliada (Campos, 1994; Goldberg, 1996), Clínica Antimanicomial (Lobosque, 1997), entre outras nomenclaturas que procuram demarcar uma diferença ética em relação à clínica engessada e normalizadora que tradicionalmente marcou o campo “psi”.

Outra particularidade brasileira é que se na Europa e nos EUA, o processo de crítica à instituição psiquiátrica foi deflagrado sobretudo pelo impacto da Segunda Grande Guerra, no Brasil este mesmo período marcou o crescimento vertiginoso do aparato manicomial privado com financiamento público. No entanto, a crítica ao modelo, mesmo que tardia, também foi pautada pela experiência de violência e tortura de nossa “guerra particular” (latino-americana): a ditadura militar.

A partir da constituição do SUS em 1990 e da concomitante criação da Coordenação Nacional de Saúde Mental, de acordo com Borges & Baptista (2008), temos quatro diferentes momentos na construção do modelo assistencial, que dão o tom da reforma psiquiátrica em curso no país:

1) Momento Germinativo (1990-6): Construção do consenso e legitimidade em torno da política de saúde mental (criação da Coordenação Nacional de Saúde Mental, realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, que em seu relatório final estabeleceu as diretrizes da nova política); início do processo de desospitalização (avaliação dos hospitais psiquiátricos, descredenciamento de leitos “fantasmas”); e abertura do financiamento para serviços extra-hospitalares (Portarias 189/91 e 224/92⁴⁸).

2) Momento de Latência (1997-9): A troca dos Ministros de Saúde, levou ao enfraquecimento da Coordenação Nacional, que passou a ter função mais consultiva do que propositiva.

3) Momento de Retomada (2000-1): Criação dos Serviços Residenciais Terapêuticos para egressos de longas internações, realização da III Conferência

48 Toda legislação aqui citada está disponível na coletânea “Legislação em Saúde Mental 1990-2002” (Brasil, 2002). A Portaria 224, lançada em 1992 pelo Ministério da Saúde, regulamentava e financiava (parcialmente...) os NAPS e CAPS, possibilitando a expansão dos mesmos com diferentes nomenclaturas: NAPS, em São Paulo; CAPS, no Rio de Janeiro; CERSAM, em Minas Gerais; CaisMental, no Rio Grande do Sul; entre outras. A partir da Portaria 336/02, que substituiu a 224, a designação desses serviços foi unificada para Caps.

Nacional de Saúde Mental e promulgação da “Lei da Reforma Psiquiátrica” (10.216/01), após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional⁴⁹.

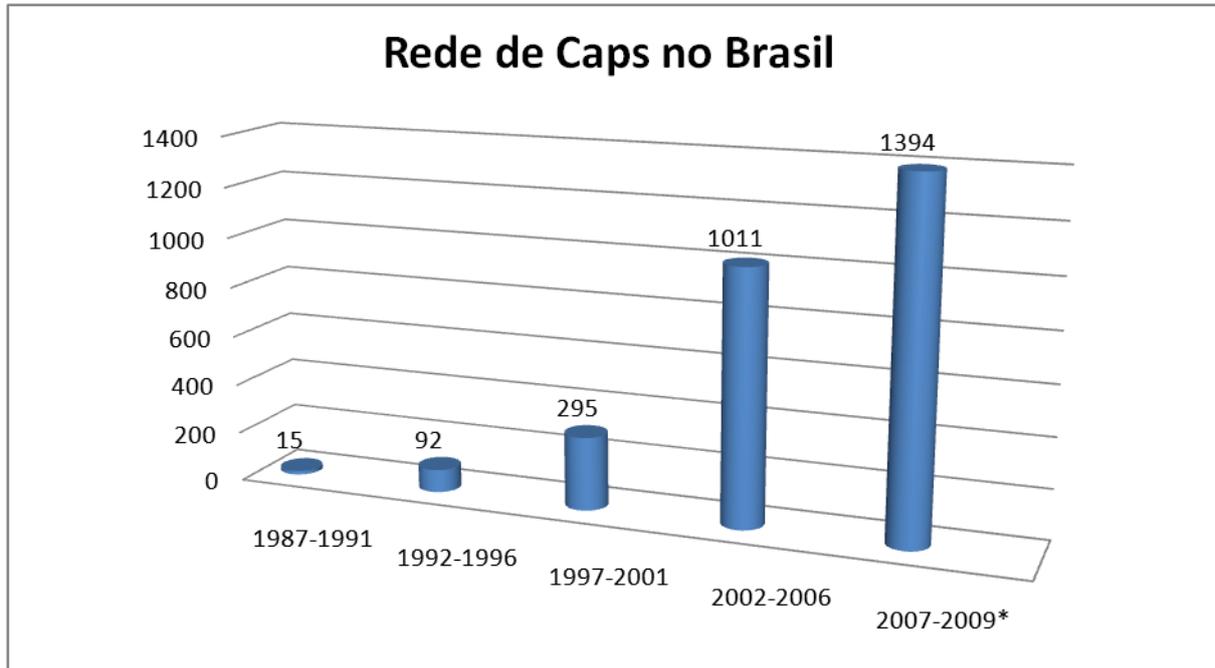
4) Momento de Expansão (2002-4): Criação do Programa De Volta pra Casa (auxílio-reabilitação psicossocial para egressos de longas internações), nova regulamentação (Portaria 336/02) e expansão significativa dos Caps, com recursos extra-teto (FAEC).

Acreditamos que este momento de expansão foi vivenciado até 2008, com um crescimento vertiginoso da rede de Caps no país e também a inversão, desde 2005, do padrão histórico de financiamento do sistema, privilegiando a atenção comunitária em prol da hospitalar. Se no início do redirecionamento da política de saúde mental, 95% dos recursos eram destinados às internações em hospitais psiquiátricos, em 2007 este percentual foi de 36,65%. No entanto, quase 13.000 pessoas ainda vivem em hospital psiquiátrico no Brasil (considerando um ano ou mais de internação), assim como há uma tendência para a estabilização no número de serviços, sobretudo pela mudança na forma de financiamento dos Caps (Brasil, 2009a).

A partir deste ano (2009), considerando o conjunto de normas conhecido como “Pacto pela Saúde”, os recursos destinados ao Caps não serão mais extra-teto, sendo transferidos fundo a fundo para o teto financeiro dos municípios, baseados em uma discutível série histórica e “disputando” com outras políticas e/ou prioridades. Conforme visualizamos no quadro abaixo, o financiamento extra-teto foi uma estratégia fundamental para o crescimento da rede de Caps, passando de

49 O demorado consenso que tornou possível a aprovação da Lei da Reforma - um substitutivo do projeto original - dá a dimensão dos desafios para a sua consolidação... A Lei redireciona a assistência em saúde mental, recomendando que seja privilegiado o tratamento de base comunitária e dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, mas não proíbe a construção nem institui mecanismos claros para a extinção dos manicômios, conforme previa o projeto original e como algumas leis estaduais e municipais estabelecem.

424 serviços, ao final de 2001, para 1394 em junho de 2009, aumentando de 21% para 57% a cobertura populacional em saúde mental no país⁵⁰ (Brasil, 2009b).



Fonte: Ministério da Saúde (Brasil, 2009b). *Até junho/2009.

Conforme documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas, a Coordenação Nacional de Saúde Mental resume que o processo de reforma psiquiátrica em curso no Brasil:

“(...) caracteriza-se por ações dos governos federal, estadual, municipal e dos movimentos sociais, para efetivar a construção da transição de um modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico, para um modelo de atenção comunitário. O período atual caracteriza-se assim por dois movimentos simultâneos: a construção de uma rede de atenção à saúde mental substitutiva ao modelo centrado na internação hospitalar, por um lado, e a fiscalização e redução progressiva e programada dos leitos psiquiátricos existentes, por outro” (Brasil 2005:9).

50 O critério pactuado e utilizado pelo Ministério da Saúde é de 1 Caps/100.000 hab.

Seguiremos essas pistas para compreender o que afinal é considerado como avanço na reforma psiquiátrica brasileira? Será a forma de financiamento? O fechamento de hospitais psiquiátricos? A criação dos Caps? A garantia de direitos de cidadania? Os modos de lidar com a loucura na sociedade? As formas de tratamento?

Sem dúvida, há um consenso que inclui estas diferentes perspectivas, definindo que a reforma psiquiátrica é um processo complexo no qual se articulam quatro dimensões simultâneas: a dimensão epistemológica que diz respeito a uma reconstrução teórica nas áreas da saúde mental e da psiquiatria; a dimensão da assistência, que chama à invenção de novos dispositivos de cuidado; a dimensão jurídico-política com a revisão da legislação civil, penal e sanitária, abrangendo e garantindo direitos civis, sociais e humanos; e, finalmente, a dimensão cultural que inclui um conjunto mais amplo de iniciativas para a transformação do imaginário social sobre a loucura (Amarante, 1997).

No entanto, mesmo entre os "reformistas"⁵¹, não há unanimidade sobre como deve ser este processo, nem sobre o que deve ser priorizado. Há aqueles que se regozijam com os números, considerando que a reforma psiquiátrica efetiva-se com a ampliação da rede de Caps, abertura de leitos em hospitais gerais e fechamento de leitos em hospitais psiquiátricos. Para outros, estes indicadores só são válidos se acompanhados da mudança da lógica manicomial, o que implica em problematizar as práticas que interdita e normaliza a vida, seja pelo confinamento nos asilos ou pela utopia asséptica de uma sociedade homogênea (Silva, Koosah & Campos, 2009). Há ainda os que questionam o próprio modelo

51 Aqui não estamos considerando as inúmeras críticas dos "anti-reforma", que pregam a criação de hospitais psiquiátricos "de excelência", com posições corporativistas e grande penetração na mídia. Para se ter uma idéia, somente neste primeiro semestre de 2009, foram publicadas dezenas de matérias em jornais e revistas de repercussão nacional (O Globo, Folha de São Paulo, Veja, Zero Hora), cujo conteúdo principal é a severa crítica à atual política nacional de saúde mental brasileira, pautada pela reforma psiquiátrica. Os embates são duros e as disputas de poder/saber são intensas, em dois posicionamentos antagônicos que poderíamos personificar no Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (e suas derivações) e na Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP).

adotado no Brasil, afirmando o perigo de uma “CAPSização” ou “enCAPSulamento” da saúde mental, já que a loucura segue identificada com um serviço protegido e especializado, “reduzindo todo o processo social complexo de reforma psiquiátrica a uma reorganização administrativa e tecnocrática de serviços” (Amarante, 2003:62). Finalmente, há aqueles que acreditam que não há reforma sem o fim do estatuto da tutela do louco, o acesso à plena cidadania, o protagonismo dos usuários e a mudança do imaginário social sobre a loucura e a radicalidade da diferença.

Em meio a estas discussões (intermináveis...), a política nacional de saúde mental apostou nos Caps como principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica brasileira. Vejamos agora o que são esses serviços.

Afinal o que são os Caps? – o texto

Em uma publicação intitulada “Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial” (Brasil, 2004b), conhecida como “Manual dos Caps”, o Ministério da Saúde define que o Caps é um serviço aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde, que tem como objetivo acolher as pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, num dado território, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, evitando as internações e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias. É sua função, ainda, organizar a demanda e a rede de saúde mental em seu território, supervisionando e capacitando os profissionais da rede básica e das unidades hospitalares, regulando a porta de entrada da rede de assistência e cadastrando os pacientes que utilizam medicação psiquiátrica.

Aqui já temos uma especificidade do Caps em relação a outras unidades de saúde: seu objetivo não é apenas o cuidado clínico, mas também a reabilitação psicossocial (com oficinas de geração de renda, por exemplo) e a organização da rede de saúde mental em seu território. Assim, se o “centro” da rede de saúde é a Unidade Básica; na saúde mental, esse “centro” é o Caps, como bem demonstrado na ilustração abaixo (retirada do mesmo Manual):

REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL



Segundo a Portaria MS 336/02 que regulamenta estes serviços, os Caps têm cinco diferentes modalidades, considerando a população de abrangência, o modo de funcionamento, a especificidade da demanda e a composição da equipe:

- Caps I: para população entre 20.000 e 70.000 habitantes, funcionando cinco dias da semana, em dois turnos (8 às 18 horas);
- Caps II: para população entre 70.000 e 200.000 habitantes, funcionando cinco dias da semana, em dois turnos e podendo comportar um terceiro turno até às 21 horas;
- Caps III: para população acima de 200.000 habitantes, funcionando os sete dias da semana, 24 horas, com até cinco leitos para acolhimento noturno;
- Caps i (infância): exclusivo para o atendimento de crianças e adolescentes, para uma população de cerca de 200.000 habitantes, funcionando cinco dias da semana, em dois turnos e podendo comportar um terceiro turno até às 21 horas.

- Caps ad (álcool e drogas): exclusivo para o atendimento de usuários com transtornos decorrentes do uso e abuso de álcool e outras drogas, para uma população superior a 70.000 habitantes, funcionando cinco dias da semana, em dois turnos, podendo comportar um terceiro turno até às 21 horas.

A previsão é que a equipe seja composta por pelo menos um médico (geralmente psiquiatra, sendo que no Caps III, a exigência é de dois psiquiatras e no Caps ad, um psiquiatra e um clínico); um enfermeiro; profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, entre outros, de acordo com o projeto terapêutico do serviço); e profissionais de nível médio (técnicos/auxiliares de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional, artesão, entre outros).

A forma de faturamento dos serviços também é diferenciada, pois não segue a lógica ambulatorial (por procedimento), privilegiando a intensividade do cuidado. Assim, por exemplo, um Caps I pode ter até 25 pacientes/mês em cuidado intensivo em saúde mental (até 25 procedimentos/paciente/mês); 50 pacientes em cuidado semi-intensivo (12 procedimentos) e 90 pacientes em cuidado não intensivo (até 3 procedimentos). Procedimento é aqui entendido como as diferentes modalidades de assistência prestada pela equipe do Caps (atendimento individual ou em grupo, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atendimento à família, atividades comunitárias, entre outras). Quanto à função do Caps como gestor e organizador da rede de saúde mental de seu território, não há forma de remuneração específica.

Em relação ao modo de organização do serviço, a indicação do Manual é que todas as atividades desenvolvidas no Caps tenham finalidade “terapêutica”, chamando à “construção permanente de um ambiente facilitador, estruturado e acolhedor, abrangendo várias modalidades de tratamento” (Brasil, 2004b:16). Ao chegar ao Caps, o usuário passa pelo acolhimento (alguns serviços também denominam como “recepção”), que pode ser individual ou em grupo, realizado por um ou mais profissionais, com o objetivo de realizar uma primeira escuta, compreendendo de forma mais abrangente possível a situação que levou o usuário a procurar o serviço. A partir deste primeiro contato, a equipe definirá um Técnico de

Referência⁵² (geralmente quem fez o acolhimento e/ou quem o usuário tem maior vínculo) que será o trabalhador responsável por pactuar, junto com o usuário e seus familiares, um Projeto Terapêutico Individual (ou Singular), onde serão definidas as atividades e a frequência de participação no serviço. Este Projeto deve ser revisto e avaliado periodicamente, tanto com a equipe do Caps, quanto com o usuário e seus familiares.

Os recursos terapêuticos previstos no Manual são os seguintes (Brasil, 2004b:17,22):

- Atendimento individual: prescrição de medicamentos, psicoterapia, orientação social, entre outros;
- Atendimento em grupo: oficinas terapêuticas, oficinas expressivas, oficinas geradoras de renda, oficinas de alfabetização, oficinas culturais, grupos terapêuticos, atividades esportivas, atividades de suporte social, grupos de leitura e debate, grupos de confecção de jornal;
- Atendimento para a família: atendimento nuclear e a grupo de familiares, atendimento individualizado a familiares, visitas domiciliares, atividades de ensino, atividades de lazer com familiares;
- Atividades comunitárias: atividades desenvolvidas em conjunto com associações de bairro e outras instituições existentes na comunidade, tais como festas comunitárias, caminhadas com grupos da comunidade, participação em eventos e grupos dos centros comunitários;
- Assembléias ou Reuniões de Organização do Serviço: É uma atividade, preferencialmente semanal, que reúne técnicos, usuários, familiares e outros convidados, que juntos discutem, avaliam e propõem encaminhamentos para o serviço;
- Visitas domiciliares;

52 Sobre o trabalho do Técnico de Referência, recomendamos os artigos de Silva (2007b) e Miranda & Onocko Campos (2008).

- Desintoxicação ambulatorial, decorrente da intoxicação/abstinência decorrente do uso abusivo de álcool e de outras drogas;
- Atividades de suporte social: projetos de inserção pelo trabalho, articulação com os serviços residenciais terapêuticos, atividades de lazer, encaminhamentos para a entrada na rede de ensino, para obtenção de documentos e apoio para o exercício de direitos civis através da formação de associações de usuários e/ou familiares;
- Oficinas culturais: atividades constantes que procuram despertar no usuário um maior interesse pelos espaços de cultura de seu bairro ou cidade.

O Manual apresenta, ainda, várias recomendações à equipe técnica, que é considerada fundamental para a organização, desenvolvimento e manutenção do ambiente, devendo organizar-se para acolher os usuários, desenvolver projetos terapêuticos, trabalhar nas atividades de reabilitação psicossocial, compartilhar espaços de convivência do serviço e equacionar problemas inesperados. No entanto, nada menciona sobre forma de contratação dos trabalhadores, formação, capacitação, remuneração, entre outros fatores essenciais para a composição e sustentação de uma equipe com atividades tão diversificadas e complexas.

Em pesquisa anterior (Ramminger & Nardi, 2007b), avaliamos como esse tema foi tratado nos relatórios das Conferências Nacionais de Saúde Mental - CNSM, considerados documentos orientadores para a política nacional de saúde mental. O relatório da II CNSM aponta a organização do trabalho como dispositivo para a “desinstitucionalização do trabalhador de saúde mental”, define a equipe de saúde como multiprofissional, recomendando que haja, dentro da carga horária contratual, espaço “para atualização, intercâmbio, pesquisa, supervisão de equipe e contato dos profissionais com as suas entidades, no sentido de romper a alienação e a burocratização do trabalho”.

Já o relatório da III CNSM é mais enfático, defendendo uma política de recursos humanos para a saúde mental, que deve contemplar a capacitação e a qualificação continuadas, com supervisão clínica e institucional; remuneração justa; plano de cargos, carreiras e salários; superação das formas verticalizadas de gestão;

incorporação das questões de segurança, saúde e saúde mental do trabalhador; avaliação de desempenho (não são elencados os parâmetros para tal avaliação) e jornada de trabalho adequada para todos os profissionais de nível superior bem como isonomia salarial entre eles (os profissionais de nível médio não são citados). Recomenda, ainda, que as contratações devem ser feitas exclusivamente através de concursos públicos, salvo em situações de emergência.

O Relatório reafirma a importância do trabalho interdisciplinar e multiprofissional, "na perspectiva do rompimento dos 'especialismos' e da construção de um novo trabalhador em saúde mental, atento e sensível aos diversos aspectos do cuidado". Mais adiante, traça o perfil deste "novo" trabalhador, que inclui "uma dimensão subjetiva, humanizante, solidária e fraterna" que, no entanto, não deve significar "nenhuma disposição de aceitar condições de trabalho indignas e precárias ou aviltamento em sua remuneração".

Por ocasião desta Conferência, o Ministério da Saúde lançou um Caderno de Textos, no qual sinaliza que os temas centrais da reforma são: a reorientação do modelo assistencial, o financiamento e, novamente, os "recursos humanos". No mesmo Caderno, Vasconcelos (2001) discute a importância do controle social para a efetivação da reorientação do modelo assistencial em saúde mental no Brasil, salientando que é fundamental "a participação efetiva dos trabalhadores na garantia de boas condições de trabalho e na gestão democrática, pluralista e interdisciplinar dos serviços e programas de saúde mental, de forma integrada com os usuários e familiares".

O artigo segue destacando a importância de uma gestão democrática, com condições adequadas de trabalho e salário, para um real compromisso dos trabalhadores com a clientela e os serviços. Só assim, diz o autor, é possível "reinventar a formação teórico-metodológica e as identidades profissionais convencionais, requisitos necessários para a recriação de novas modalidades de cuidado em saúde mental". Para tanto, são necessários dispositivos de formação e gestão participativa nos serviços que incluam reuniões interdisciplinares e regulares de equipes, grupos abertos de estudo e trabalho, assembléias, centros de estudos, seminários e cursos de educação continuada. O autor aponta, particularmente, as

supervisões como espaços privilegiados de elaboração das dificuldades e conflitos, desde que não restritas apenas aos temas administrativos e clínicos.

Neste sentido, nos parece que a chamada supervisão clínico-institucional (diferenciando-a da supervisão administrativa, comumente realizada pelos gestores nos serviços) vem se consolidando como a principal estratégia de qualificação dos Caps, seja com estímulo financeiro do Ministério da Saúde (Programa de Qualificação dos Caps⁵³), seja com recursos próprios dos municípios. Há, ainda, o projeto-piloto “Escola de Supervisores”, implantado na Bahia em 2006, e em fase de implantação no Rio Grande do Sul. Em documento intitulado “O ofício da supervisão e sua importância para a rede de saúde mental do SUS”, a Coordenação Nacional de Saúde Mental enfatiza que o foco do trabalho do supervisor é a dimensão clínica, levando em conta as tensões e a dinâmica da rede e do território, “buscando sustentar o diálogo ativo entre a dimensão política da clínica e a dimensão clínica da política”. No entanto, ele também deve acolher a equipe “em suas dificuldades, tensões internas, sobrecarga, construindo um ambiente de trabalho favorável”. Isto porque estudos “vêm mostrando que as equipes dos Caps têm uma representação positiva de seu trabalho, mas se mostram muito desgastadas com as dificuldades concretas da gestão pública (somadas à complexidade da tarefa clínica que realizam)”.

Embora saibamos da existência do processo de avaliação em todos os Caps brasileiros (AvaliaCaps 2008) e de pesquisas em andamento que contemplam este tema, não encontramos publicações que tratem especificamente da precarização do trabalho em saúde mental nos Caps, aqui compreendido como a flexibilização ou ausência de direitos trabalhistas e de proteção social, baixa qualificação profissional e condições de trabalho insatisfatórias. Uma exceção é o artigo de Jorge, Guimarães, Nogueira *et al.* (2007) que afirma que os serviços de saúde mental enfrentam os mesmos desafios do sistema de saúde geral, com um descompasso entre as políticas

53 De 2005 a 2008, 367 Caps receberam repasse para o desenvolvimento do Programa (Brasil, 2009).

de recursos humanos implantadas – como a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (Humanizaus) e o Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS (Desprecarizaus) – e sua operacionalização no nível local.

Os Caps e o trabalho em saúde mental: o fora do texto

Neste momento, talvez seja importante uma visita “interessada” ao passado para nos aproximarmos daquilo que aqui vamos denominar como “trabalho em saúde mental”. Qual será a história desse coletivo que tem como atividade o cuidado do louco nos Caps? Será que formam um coletivo homogêneo? O que integra sua memória? Quais são seus modelos e experiências anteriores? O que nos interessa não é uma história linear do trabalho em saúde mental, mas compreender a genealogia de algumas práticas que se atualizam (e naturalizam) nos Caps e que, a nosso ver, também integram as normas antecedentes desta atividade, ainda que de forma implícita ou, até mesmo, indesejada. Não podemos esquecer, por exemplo, que durante muito tempo, o único espaço de formação (e trabalho) para estes profissionais foi o hospital psiquiátrico⁵⁴.

Se uma atividade especializada direcionada ao tratamento do louco, nasce com o hospital psiquiátrico, cabe lembrar que até o momento de sua criação, os loucos perambulavam livremente pelas ruas das cidades brasileiras e, quando perturbavam a ordem pública, eram recolhidos às Santas Casas de Misericórdia ou Cadeias Públicas. Além dos castigos corporais e das celas insalubres, a eles eram destinados os cuidados de religiosas ou leigas que estavam ali para garantir sua própria salvação espiritual. Sendo assim, este cuidado - identificado tanto com a função “natural” de cuidadora das mulheres, como com os ideais cristãos – prescinde de uma formação, qualificação ou remuneração formal. Cuidado que é

54 O que escolhemos destacar aqui é fruto de nossa observação como pesquisadora/militante/trabalhadora desse campo nos últimos dez anos e não, necessariamente, do que foi discutido na Comunidade Ampliada de Pesquisa, criada por ocasião da pesquisa de doutorado.

caridade e forma de expiar pecados. Esta ética da compaixão piedosa, que segue impregnada nas práticas de saúde, traveste atos essencialmente morais em caridade e bondade. Como bem descreve Caponi (2000) estabelece-se uma relação assimétrica de poder, situando o doente no lugar da mais absoluta debilidade e impotência, onde o que se espera dele é a gratidão e submissão a determinados modelos de vida em troca da assistência recebida.

Em contraponto a esta atividade desqualificada, acontece a especialização do olhar sobre o louco e de seu cuidado, quando a loucura não é mais castigo dos deuses, possessão, bruxaria, júbilo ou uma doença como outra qualquer, mas uma doença da mente. Pinel, portador do discurso nascente da psiquiatria do século XIX, defende que a loucura é um desarranjo das funções mentais, notadamente as intelectuais. O homem, na loucura, é um estranho em relação a si mesmo – um alienado de sua verdade, de sua razão - que só poderá lhe ser restituída pela mão do médico.

É função primeira do médico psiquiatra, portanto, fazer com que o louco reconheça-se como alguém doente. Mesmo Canguilhem que, como vimos, borra os limites entre o normal e o patológico, insistindo que quem deve determiná-lo é somente aquele que vive a experiência de sentir-se doente, em uma nota de rodapé⁵⁵, afirma: “É claro que, neste caso, não se trata de doenças mentais em que o desconhecimento da doença por parte dos doentes frequentemente constitui um aspecto essencial da doença” (Canguilhem, 2006:186).

Esta e outras características singulares do “poder psiquiátrico” são analisadas por Foucault (2006b), no terceiro momento em que se dedicou ao tema da loucura, já sob influência das teses que defenderia em “Vigiar e Punir” e “História da Sexualidade I”⁵⁶. Ao introduzir o tema, Foucault esclarece que partirá do ponto de

55 Agradeço a Heliana Conde que chamou minha atenção para esta “despercebida” nota de rodapé, na qualificação do projeto desta tese.

56 Aqui estamos considerando quatro momentos distintos da obra foucaultiana que trata da questão da loucura: “Doença Mental e Personalidade”, seu primeiro livro, publicado em 1954, posteriormente rebatizado como “Doença Mental e Psicologia”, em 1962, para finalmente ser completamente

chegada de "História da Loucura", mas com importantes diferenças. Considera que em seu trabalho anterior, se prendeu a uma análise das representações sobre a loucura nos séculos XVII e XVIII, como que uma história das mentalidades que seria o ponto de origem das práticas constituídas em torno da loucura, privilegiando o que se poderia chamar de uma "percepção da loucura". Já agora, seu interesse recai sobre o dispositivo de poder como instância produtora da prática discursiva. Ou ainda, como dirá Jacques Lagrange (apud Foucault, 2006b), Foucault abandona a profundidade de querer compreender uma experiência originária da loucura antes da captura pelo pensamento racional, pela realidade dos efeitos de superfície dos dispositivos de poder.

Nesta linha, propõe um deslocamento conceitual de três noções que utilizou na conclusão de seu livro anterior, que lhe parecem "enferrujadas", impedindo a abertura de novas portas. A primeira delas é a noção de "violência" que, para Foucault, é problemática porque deixa supor que há um "bom poder", um poder que não é físico e que não seria atravessado pela violência, ou ainda, parece supor que esta força desequilibrada não faz parte de um jogo racional e calculado... Sugere, então, o termo "microfísica do poder", deixando claro que todo poder é físico e tem como ponto de aplicação o corpo, assim como é intencional, com táticas e estratégias perfeitamente definíveis. Além disso, a violência faz do poder uma instância com efeitos apenas negativos (exclusão, repressão, interdição), sem considerar o efeito produtivo do poder psiquiátrico (saberes, prazeres, resistência). A segunda noção é a de "instituição", já que de nada vale mudar ou criticar as regularidades institucionais, sem antes perceber as "táticas" e as relações de força que ali se estabelecem. Da mesma forma, critica a idéia de reprodução do "modelo familiar" na instituição asilar, organizado em benefício de um aparelho de Estado,

renegado pelo autor; "História da Loucura" (1961); o curso no Collège de France, em 1973-74, sobre o Poder Psiquiátrico, publicado após sua morte; e seu livro sobre Raymond Roussel e artigos dispersos, onde estabelece a relação entre loucura e literatura. Sobre as diferentes obras de Foucault que privilegiam este tema, ver Gros (2000) e Caponi (2009).

preferindo falar das “estratégias” das relações de poder que se desenrolam nestes locais⁵⁷.

Com estes conceitos-chave, Foucault se propõe a analisar como essa instância de poder dissimétrico e ilimitado atravessa o asilo, valendo-se, já de início, das palavras de seu principal porta voz. Diz Pinel (apud Foucault, 2006b:13) que a terapêutica psiquiátrica é:

“a arte de subjugar e de domar, por assim dizer, o alienado, pondo-o na estreita dependência de um homem que, por suas qualidades físicas e morais, seja capaz de exercer sobre ele um império irresistível e de mudar a corrente viciosa de suas idéias”.

O tratamento proposto é “moral”, seja porque não é físico, exercendo-se sobre o plano das idéias e do comportamento, seja porque visa corrigir excessos passionais e/ou desvios da norma ética do grupo social, fazendo do médico um agente tanto da ordem psíquica como social. O binômio tratamento-custódia, ainda que antagônico, é a base da psiquiatria, com a medicina assumindo para si um encargo – a responsabilidade sobre o louco - antes dividido entre diferentes instâncias sociais (Estado, família, justiça e administração local) (Silva, 2005). Sendo assim, a psiquiatria, apesar de considerada a primeira especialidade médica, pouco ou nada se vale do saber médico da época. Em sua prática, desde o início, o que sobressai é um processo de oposição, luta e dominação, onde a loucura - vontade perturbada, paixão pervertida – deve encontrar uma vontade reta e paixões ortodoxas, tendo na figura do médico, seu modelo, e no hospital, o lugar ideal para esse enfrentamento.

Seguindo esta linha, Foucault (2006b) destaca que a distribuição dos doentes nos asilos (curáveis e incuráveis, calmos e agitados, obedientes e

57 Diz Foucault (2006b:21), ao encerrar sua primeira aula do curso: “Vocês me dirão que é muito bonito substituir violência por microfísica do poder, instituição por tática, modelo familiar por estratégia; avancei em alguma coisa com isso? Evitei termos que permitiam a introdução, em todas essas análises, do vocabulário psicossociológico, e agora me vejo diante de um vocabulário pseudomilitar, que não deve ser muito melhor. Mas vamos tentar ver o que podemos fazer com isso.”

insubmissos, capazes para o trabalho e incapazes, etc.) não tinha absolutamente nenhuma relação com a nosografia descrita nos textos teóricos (mania, monomania, demência, etc.). Da mesma forma, o que era inicialmente definido como medicação, na medida em que era percebido como método desagradável para o doente, rapidamente era reutilizado, não mais com fins terapêuticos, mas punitivos... Assim aconteceu com as duchas, as sangrias, o isolamento, a contenção e, mais recentemente, com a psicocirurgia, o eletrochoque e o uso indiscriminado e irresponsável de neurolépticos.

A psiquiatria diferencia-se, ainda, segundo Foucault (2006b), por ter que inventar mecanismos de prova capazes de legitimar seus diagnósticos, já que não pode apontar lesões no corpo para justificá-los, como a medicina clínica.

“Será necessário poder tornar explícito aquilo que se esconde, aquilo que se oculta não no interior do corpo, nos tecidos ou órgãos, mas no interior das condutas, dos hábitos, das ações, dos antecedentes familiares, da história de vida. E isso poderá ser realizado através de três mecanismos: o interrogatório, o uso de drogas e a hipnose” (Caponi, 2009:99).

Somando-se a estes mecanismos do asilo pineliano que ainda hoje são utilizados (com exceção da hipnose e hoje valendo-se de outras drogas⁵⁸), não podemos falar sobre os efeitos do poder psiquiátrico, em se tratando da realidade brasileira, sem destacar o trabalho de outro psiquiatra francês. B.A. Morel, em seu Tratado, publicado em 1857, apresenta sua “teoria da degenerescência”, entendendo que a loucura (entre outras doenças) era um desvio doentio de um tipo primitivo perfeito - desvio este transmissível hereditariamente e encontrado, sobretudo, na classe proletária e pobre⁵⁹. Tais idéias encontraram terreno fértil no

58 Não mais o ópio, o clorofórmio ou o éter – como no século XIX – mas os psicofármacos.

59 “Se a concepção pineliana havia-se mostrado fundamental no momento da emergência das sociedades contratuais fundadas no primado da Razão, a lógica da produção industrial, ao longo do século XIX, impôs a teoria da degenerescência, pela necessidade de disciplinar a força de trabalho

Brasil do início do século XX, envolto em inúmeros debates sobre como a miscigenação de sua população impedia o desenvolvimento do país⁶⁰.

Com o objetivo da prevenção eugênica, os psiquiatras brasileiros organizaram-se em torno da Liga Brasileira de Higiene Mental - testemunho de que a psiquiatria brasileira, embora careça de originalidade, tem uma história. Conforme destaca Costa (1980), acreditava-se que o Brasil degradava-se moral e socialmente devido aos vícios, à ociosidade e à miscigenação do povo brasileiro. Assim, o alcoolismo foi associado à pobreza; a sífilis aos negros; e a desorganização política e social à miscigenação, sendo que o modelo para o novo indivíduo brasileiro era o próprio psiquiatra da Liga⁶¹.

O início da psiquiatria no Brasil coincide com a transição do governo monárquico para o regime republicano, embora o ato de fundação do primeiro manicômio brasileiro marque a maioria de D. Pedro II como Imperador recebendo, inclusive, seu nome⁶². Até o fim do Império foram criados, pelo menos, mais dez hospícios⁶³, nas diferentes regiões do Brasil, mas ainda sob responsabilidade de instituições religiosas (as Santas Casas de Misericórdia). Somente com a República, o Estado assume esta assistência, consolidando a gestão médica do hospício.

representada pelos aglomerados humanos que cresciam, desordenadamente, nas cidades” (Palombini, 2007:88).

60 Pavão (2006) analisou algumas teses médicas de alienistas brasileiros da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, concluindo que os autores da década de 1830 e 1840 tinham uma definição de loucura muito semelhante a de Pinel, enquanto as teses de 1891 e 1924 aproximavam-se mais das concepções de Morel.

61 O curioso é que Juliano Moreira, tido como o pai da psiquiatria brasileira, era um mulato, baiano, de família humilde. Talvez por isso, discordasse de grande parte dos médicos de sua época (é histórico seu debate com Nina Rodrigues sobre o tema), entendendo que a degenerescência não estava relacionada à mestiçagem, e sim ao alcoolismo, sífilis, verminose e condições sanitárias e educacionais adversas, defendendo uma eugenia “sanitarista” e não “racista”.

62 Hospício Dom Pedro II, inaugurado em 1852, inicialmente na Praia Vermelha. Com a República, foi rebatizado Hospício Nacional dos Alienados, sendo posteriormente transferido para Engenho de Dentro. Hoje é um serviço municipal - Instituto Municipal Nise da Silveira - que engloba diferentes serviços de saúde mental.

63 Em Paracambi (RJ), São Paulo, Olinda-Recife, Belém, Salvador, Porto Alegre, Fortaleza e Maceió.

No entanto, esta transição⁶⁴ não foi tranqüila, sendo que vários autores relatam o embate entre religiosas e médicos, pela direção do Hospício (Machado, 1978; Wadi, 2002). O poder psiquiátrico se sobrepõe à lógica da compaixão, mas não se trata de substituição de um pelo outro, mas da complexificação dos dispositivos de poder. No poder psiquiátrico também temos uma relação assimétrica onde se espera o assujeitamento do doente pela gratidão. Neste caso, pelo direito de ser tratado “em liberdade” (sem correntes ou celas, mas ainda dentro do hospício), o louco vai pagar sua dívida com a submissão de sua vontade à vontade do médico que, na sequência, o levará à cura. A obediência contínua e voluntária é, simultaneamente, sinônimo de gratidão e condição de possibilidade para a cura (Foucault, 2006b).

Ao descrever as características do poder disciplinar (que não emana de alguém, como no poder soberano), Foucault (2006b:9) ressalta que o poder psiquiátrico não “pertence” ao médico, mas é assegurado por “uma disposição tática na qual os diferentes indivíduos ocupam um lugar determinado e cumprem um certo número de funções precisas”. Sendo assim, em torno do médico, sustentando essa rede capilar e hierarquizada de poder, surgem uma gama de personagens: os vigilantes, os guardas e as enfermeiras.

A enfermagem psiquiátrica pré-profissional é exercida por uma maioria de trabalhadores homens do hospital, que acumulavam as funções de portaria, segurança e vigilância dos pacientes (EPSJV, 2003), sendo que a escolha de homens para esta função estava nitidamente ligada à idéia da periculosidade dos loucos e da necessidade de força física para contê-los. A descrição do perfil deste trabalhador incluía a severidade e a doçura, a coragem e a prudência, a discrição e a caridade, e

64 A produção do discurso científico correspondeu à crítica da idéia de verdade revelada e absoluta do discurso religioso. “A norma da saúde substitui paulatinamente o ideal da salvação regulado pelo discurso religioso” (Birman, 1991:16).

“uma certa esfera intelectual para entender o médico e o doente” (Dr. Simoni [1839] apud Machado, 1978:437).

Com a crescente “especialização” do hospital psiquiátrico, os homens seguiram com as atividades de vigilância e segurança, enquanto as mulheres assumiram, maciçamente, a função da enfermagem. Esta seguia o modelo das congregações religiosas - inspirada na organização militar - onde as freiras coordenavam e supervisionavam o serviço, enquanto o cuidado direto dos enfermos ficava a cargo de “leigos, voluntários ou trabalhadores mal remunerados, oriundos de camadas mais pobres” (EPSJV, 2003:28). Sem nenhum fundamento técnico, esta divisão do trabalho foi reproduzida na profissionalização da enfermagem, com as enfermeiras que coordenavam e ensinavam de um lado, e as atendentes ou auxiliares, que executavam as ações, de outro, ambas oriundas de classes sociais diferenciadas⁶⁵.

Aqui é importante retomar o conceito de coextensividade, desenvolvido por D. Kergoat. A autora chama atenção para o empobrecimento das análises que privilegiam ora as relações de classe, ora as relações de gênero, considerando que ambas devem ter o mesmo peso na explicação das relações de dominação e opressão no trabalho (Hirata, 2002). Percebemos que a institucionalização da enfermagem reproduz a divisão do trabalho - de classe e de gênero - pois ainda que identificada com um trabalho feminino e desqualificado, há diferenças significativas nas formas de exploração conforme a classe social das trabalhadoras⁶⁶. Considerando sua identificação com o cuidado materno e seu passado religioso, a representação social desta profissão está ligada a virtudes como abnegação, docilidade, maternagem e espírito missionário. No caso da enfermagem psiquiátrica,

65 A primeira escola de formação de enfermeiras (de Miss Nightingale, na Inglaterra, em 1860) e que foi o modelo da enfermagem profissional no mundo moderno, seguia esta lógica, com dois tipos diferenciados de formação: as *ladies nurses* e as *nurses*. As primeiras, provenientes da aristocracia e burguesia inglesa, preparavam-se para a supervisão, ensino e administração hospitalar; enquanto as segundas, de origem sócio-econômica inferior, eram treinadas para o cuidado direto dos pacientes (Oliveira & Alessi, 2005a; EPSJV, 2003).

estas características são ainda mais evidentes, como podemos perceber já nas observações do primeiro diretor do Hospício São Pedro⁶⁷, em relatório de 1884:

“(...) é só a custa de reais sacrifícios, de grande abnegação, como que perdendo a liberdade e arriscando a todo o momento a vida, que se pode viver entre loucos e acompanhá-los desde o levantar, até a ocasião em que se recolhem a seus quartos para dormir, quando isto é possível” (citado por Wadi, 2002:146).

No entanto, conforme destacam Oliveira e Alessi (2003, 2005a), mesmo com algumas semelhanças, a enfermagem psiquiátrica exigiu um tipo de formação específico, muito mais relacionado à institucionalização dos hospitais psiquiátricos e à necessidade de disciplinarização de determinados segmentos sociais, do que ao processo de consolidação da enfermagem como profissão. A primeira escola de enfermagem brasileira, criada em 1890, anexa ao Hospício Nacional, e com o objetivo de formar profissionais para os hospitais psiquiátricos e militares, foi inspirada nas experiências francesas em Salpêtrière. A escola promovia, sobretudo, a instrução e profissionalização de mulheres pobres, permitindo não só a incorporação e controle de um segmento da população excluído, mas também a subordinação garantida destas aos médicos, evitando os conflitos anteriormente travados com as religiosas.

Aos poucos, a divisão do trabalho nos hospitais psiquiátricos foi se cristalizando: ao médico psiquiatra coube a supervisão e chefia dos serviços; as atividades mais diretas de cuidado com o paciente foram destinadas às atendentes de enfermagem; enquanto alguns homens permaneceram com funções relacionadas à força e ao porte físico, como a guarda e a vigilância. Foi somente a partir da década de 1970 que a eles, juntaram-se outros profissionais da área da saúde,

66 Assim também em relação aos homens, que ocupam os dois extremos hierárquicos desta divisão do trabalho, conforme as distintas classes sociais: como médicos ou como vigilantes.

67 Hospital Psiquiátrico São Pedro, localizado em Porto Alegre (RS), ainda em funcionamento.

também em sua maioria mulheres, tais como as enfermeiras, psicólogas e assistentes sociais (EPSJV, 2003).

Uma pergunta que nos fazemos diz respeito ao gênero profissional destas auxiliares e atendentes de enfermagem, que têm um saber da experiência, construído no cuidado diário do paciente, mas que pouco é considerado ou partilhado pelos demais profissionais. Lanzarin (2003) destaca que nesta atividade, é comum que ocorra a naturalização das competências femininas. O cuidado com o paciente toma a forma de uma relação maternal, que tem seus efeitos no plano de reconhecimento profissional, mas não chega a ser valorizado como uma competência da trabalhadora, mas como expressão de seu instinto maternal. Assim, ainda que sua atividade seja complexa, exigindo um longo processo de aprendizagem (mesmo que informal), as competências necessárias não são reconhecidas como qualificações e sim como atributos inatos.

Neste sentido, mesmo Pinel reconheceu que foi apoiando-se na experiência daquele que esteve longos anos como porteiro e cuidador de Bicêtre – o cidadão Pussin – que ele pôde aprender o que aprendeu (Foucault, 2006b). Ferro e Malvárez (1993:23) resgatam o trabalho de Pussin, homem “inculto e sem formação”, enfermo recuperado de Bicêtre que foi empregado como cuidador do pavilhão de pacientes incuráveis da mesma instituição, destacando-se em suas funções. Segundo os autores, as propostas de Pinel começaram a tomar forma quando ele conheceu Pussin, que já “havia iniciado em Bicêtre a observação sistemática dos enfermos, introduzindo meios psicológicos no seu cuidado, libertando os enfermos e suprimindo castigos e maus-tratos”. Pinel cita-o várias vezes em seus escritos como “o homem que mais conhecia o estado dos pacientes”, que “tinha temperamento de pai bondoso e afetivo”, e “era reflexivo e dono de uma grande experiência e mestre em cada ramo de sua arte”.

O médico admite, inclusive, que foi Pussin quem pôs fim ao sistema de carceragem do Hospital (Freitas, 2004). Mesmo com esta “confissão”, nada impediu que o mito se construísse em torno de Pinel e que Pussin fosse sumariamente esquecido, nesse processo de empoderamento do saber médico como único enunciador da verdade da loucura.

E que lugar ocupa hoje o saber construído na atividade destes profissionais? E não só deles, mas também de tantos outros “incultos e sem formação” que exercem funções fundamentais nos Caps e, principalmente, estão diariamente com os usuários, tais como porteiros, recepcionistas, cozinheiras, auxiliares de limpeza, entre outros? Nos serviços que conhecemos, estes trabalhadores pouco participam das reuniões de equipe ou supervisões, com um claro sentimento de que nada têm a contribuir. Quando incentivados, no entanto, surpreendem com sua “inteligência da prática”, seu “saber insuspeitado”, por vezes negligenciado em meio a digressões sobre estrutura psicótica, sintomatologia, psicofármacos, apacs, bpcs, entre outros jargões do gênero.

Mais uma vez, caímos na importância do compartilhamento das experiências pelos coletivos de trabalho, não só como modo de formar um patrimônio que dê maior suporte à atividade, mas também como base para a produção de novas experiências. Esta dificuldade já é apontada por Basaglia (2005:238-40), em uma reflexão sobre a reforma triestina, onde considera que “as dificuldades para apreender, dentro do processo de transformação, os novos conhecimentos que iam emergindo e, portanto, a dificuldade de comunicar o significado da nossa prática, na realidade, foram também elas, um produto dessa prática”. Isto porque esta prática foi apoiada na “transitoriedade” e não em um “modelo orgânico e exportável”, sem “novas regras às quais se moldar”, sendo “difícil compreender e fazer-se compreender fora de um envolvimento real no que acontecia”.

Em contraponto à conhecida afirmação de que “conhecer um hospital psiquiátrico é conhecer a todos”, hoje temos o discurso de que “cada Caps é um Caps”. Como aponta Bezerra Jr. (2004), “os Caps são incompatíveis com a idéia de modelo. Ela servia para enfermarias e ambulatórios mas não para os Caps”. Este também é o modo como muitos trabalhadores se referem ao Caps, como “um serviço em construção”. Desejar a plasticidade do serviço e incentivar a ação normativa dos trabalhadores, no entanto, não pode encobrir a necessidade de algumas normas essenciais que sustentem a atividade de trabalho, no sentido de reger e apoiar os comportamentos e decisões de cada trabalhador preservando, inclusive, sua saúde.

Se toda atividade de trabalho envolve escolhas e a gestão de múltiplos valores, o trabalhador certamente sente-se mais seguro quando respaldado por um coletivo que partilha um patrimônio de normas e valores em comum, mesmo que esteja sozinho ao tomar determinada decisão. Por outro lado, esta mesma ausência de normas, que deixa a atividade um tanto quanto “arriscada” (no sentido de que há excessiva responsabilização do trabalhador por suas decisões e escolhas), abre espaço para a criação e autoria que diz também da saúde possível no trabalho. Faz sentido novamente perguntar qual será o limite entre um vazio de normas que chama à reinvenção saudável e a ausência de normas que fragiliza e exaure o trabalhador no uso exacerbado de si? (Brito et. al., 2009).

Nossa hipótese é que os trabalhadores dos Caps, frente a esta ausência de normas e aos impedimentos em desenvolver e compartilhar sua atividade, acabam recorrendo justamente ao modelo que pretendem superar. Diversas pesquisas (Ramminger, 2006; Rebouças, Legay & Abelha, 2007; Godoy et al., 2007; entre outras) confirmam uma continuidade da divisão sexual e social do trabalho em saúde mental, com hierarquização de funções seja entre homens e mulheres, seja entre técnicos (nível superior) e auxiliares (nível médio). E não apenas esta, mas também muitas outras características do trabalho nos hospitais psiquiátricos tendem a se reproduzir nos novos serviços de saúde mental (Brêda & Augusto, 2001; Campos & Soares, 2003; Lanzarin, 2003; Oliveira & Alessi, 2005a; Ramminger, 2006; Antunes & Queiroz, 2007).

Se a “primeira reforma psiquiátrica”, identificada com a mítica figura de um Pinel que liberta os loucos dos grilhões e correntes, não viu contradição entre os ideais da revolução francesa que motivaram a reforma, e a manutenção do isolamento e das práticas de violência; não podemos ser ingênuos, acreditando que fechar manicômios e abrir serviços comunitários garante a ultrapassagem das velhas tecnologias do poder psiquiátrico ou da lógica da compaixão. Elas estão por toda parte e certamente integram o patrimônio e a memória do coletivo de trabalhadores dos Caps.

Assim acontece com os modos de organização dos serviços e das equipes, ainda fortemente centrados na figura do médico; com as “altas administrativas”

(sem caráter terapêutico, mas essencialmente punitivas); com julgamentos morais travestidos de argumentação clínica (a noção ainda amplamente utilizada de “família desestruturada”, por exemplo); com a impossibilidade de atendimento às crises (surto), encaminhando-as sumariamente para a internação; com a “docilização” pelo encerramento químico (Caponi, 2009), entre outros tantos exemplos possíveis. Para Caponi (2009), persiste a idéia de “ausência do corpo do louco”, pois só ela pode justificar a minimização dos graves efeitos secundários das drogas utilizadas, sendo fundamental analisar o papel que o corpo, a moralidade e as paixões seguem ocupando no atual discurso (anti)psiquiátrico.

Por outro lado, é fácil cair na simplista culpabilização dos trabalhadores pela insistência neste modelo, esquecendo que os dispositivos do poder psiquiátrico não foram eficazes apenas no controle e disciplinarização dos “doentes”, mas também tiveram fortes efeitos nos modos de trabalhar dos profissionais. Palombini (2003:161) aponta que a ética que regeu as relações de trabalho nos hospitais psiquiátricos não foi diferente daquela que regulou sua relação com a loucura, instituindo “a obediência como modo de relação, desautorizando a invenção e prescrevendo comportamentos”.

Oliveira & Alessi (2003), pesquisadoras do Mato Grosso, entendem que houve um processo de desumanização de profissionais e pacientes nestes locais. Seguindo a mesma lógica, o ponto de partida do estudo de Bernardes & Guareschi (2004), no Rio Grande do Sul, foi a entrevista com uma auxiliar de enfermagem, que explicitava que “a humanização dos pacientes será a nossa humanização”. Lanzarin (2003) pergunta-se se estes trabalhadores são carcereiros ou encarcerados; Zerbetto & Pereira (2005) consideram necessário o processo de desinstitucionalização da atividade de enfermagem; assim como Oliveira & Alessi (2005b) apontam para a co-relação entre a inclusão dos pacientes como cidadãos, no processo terapêutico, e a correspondente percepção dos trabalhadores em relação à sua própria cidadania. Finalmente, Palombini (2003:162) conclui: “não há resgate de cidadania, não há acolhimento à diferença radical que representa a loucura, se os profissionais que com ela trabalham não forem, eles também, respeitados em suas diferenças e reconhecidos como sujeitos do seu trabalho”.

De qualquer forma, a reforma psiquiátrica traz elementos complexificadores para a atividade do trabalhador de saúde mental. À dupla função da psiquiatria (cuidado e tutela) somam-se muitas outras. O cuidado em saúde mental não pode mais ser reduzido a uma atividade caridosa ou à execução de tarefas, baseada em um conhecimento técnico-científico. Exige, agora, um trabalhador implicado política e afetivamente com o projeto de transformação do modo como a sociedade tem se relacionado com a loucura, que trabalhe de forma interdisciplinar, em uma articulação da gestão com a clínica, circulando pela cidade, considerando um duplo papel: ser agenciador tanto do cuidado, como da rede – e não apenas da rede de saúde, mas de uma rede de suporte social.

E quais são os meios que os trabalhadores dispõem para isso? Como desinstitucionalizar sem se institucionalizar? Como garantir universalidade e singularidade? Como acompanhar sem tutelar? Ser propositivo sem infantilizar? Como criar mais redes e menos camas? Como cuidar sem adoecer? Como produzir saúde e exercitar práticas de liberdade para usuários e trabalhadores?

SECAO III: SABERES INVESTIDOS NA
ATIVIDADE

PRIMEIRO MOVIMENTO

Nossa intenção nesta última seção é colocar em diálogo a generalidade dos saberes formalizados e a singularidade da atividade dos trabalhadores de um Caps específico. Aqui trocamos a grande angular pela lupa e, ao contrário da seção anterior, onde a proliferação de conceitos chama à abstração, vamos nos aproximar do trabalho concreto, do cotidiano e da experiência de alguns trabalhadores de saúde mental. Sendo assim, este primeiro capítulo apresenta notas preliminares sobre o processo de pesquisa: apresenta o serviço em que foi realizada e suas principais etapas, permeadas por uma breve análise de implicação da pesquisadora (Lourau, 1993).

Nossa Casa: entre o rio e o trem

O primeiro passo, sem dúvida, é conhecer o contexto em que está inserido este serviço. “Nossa Casa”⁶⁸ fica em um dos doze municípios que compõem a região do Médio Paraíba, no interior do Rio de Janeiro⁶⁹, a qual concentra 5% da população do Estado⁷⁰ (TCE-RJ, 2007). Município outrora promissor que desenvolveu-se a partir da expansão da cultura cafeeira e da construção da linha férrea. Ponto estratégico, tanto por ser local de confluência de dois rios: Piraí e Paraíba do Sul, como também por abrigar o entroncamento ferroviário das ligações Rio-São Paulo e Rio-Belo Horizonte, a cidade foi a mais importante da região e cresceu de forma ininterrupta até os anos 1970.

68 Denominação do referido Caps.

69 O Estado do Rio de Janeiro está dividido em oito regiões: Região Noroeste Fluminense; Norte Fluminense; Centro-Sul Fluminense; Serrana; Baixadas Litorâneas; Metropolitana; Costa Verde e Médio Paraíba.

70 Lembramos que 75% da população do Estado do Rio de Janeiro está concentrada na Capital e Região Metropolitana (TCE-RJ, 2007).

A partir desse momento, entrou em um processo vertiginoso de decadência. Dias (2009) cita vários fatores que contribuíram com isto mas destacamos, entre eles, a instalação da Companhia Siderúrgica Nacional (CSN) em Volta Redonda, em 1946, que foi o marco para sua perda de importância regional e a opção feita pelo modal rodoviário no Brasil, diminuindo a importância das ferrovias. A cidade, que chegou a ser conhecida como “Pérola do Paraíba”, hoje tem designações bem menos lisonjeiras... O município tem cerca de 96.000 habitantes, em uma extensão territorial de 582 km², caracterizando-se pela ocupação desordenada e a criação de grupamentos periféricos isolados entre si (distritos) (TCE, 2007).

Estas informações são importantes, pois dão a dimensão do desafio na área da saúde: um município pobre, cercado por morros (habitados), com grande extensão territorial, vários distritos e enchentes frequentes. Segundo Relatório da Secretaria Municipal de Saúde de 2008, a rede de saúde é composta por 22 Unidades Básicas de Saúde, sendo seis PSF e um PACS; um ambulatório; um ambulatório do programa de saúde da mulher; um centro de especialidades odontológicas; um ambulatório de saúde mental e Caps (funcionam juntos); um laboratório de análises clínicas; uma farmácia municipal; e uma farmácia popular. A rede hospitalar conta com três hospitais conveniados com o SUS, nenhum público, portanto.

Em relação à política de saúde mental, o município foi sede de um “Asilo-Colônia de Alienados”, fundado em 1904, em torno do qual desenvolveu-se uma comunidade e todo imaginário social sobre a loucura do município. O local foi desativado em 1997, após várias intervenções públicas decorrentes de denúncias de mortes, violência, epidemia, entre outras situações (infelizmente) comuns nesses estabelecimentos. No entanto, conforme mencionado no “Projeto para Implantação dos Dispositivos Residenciais Terapêuticos”, do Programa de Saúde Mental do Município, datado de 2008, “o fechamento do Hospital foi uma decisão unilateral do Estado, não tendo tido nenhuma relação com uma possível formulação e construção de novas políticas públicas de saúde mental para o município”.

De acordo com o mesmo Projeto, o Programa de Saúde Mental foi implantado em 1993, primeiro com um Ambulatório e depois com um Caps I,

inaugurado em 2000, sendo que ambos os serviços funcionam no mesmo local e com a mesma equipe técnica.

O Ambulatório-Caps é o único recurso em saúde mental do município, instalado em uma casa antiga, em uma rua sem saída, na região central da cidade, em frente à linha de trem. Na parte de cima, temos a recepção, uma sala de espera com televisão, uma sala para oficinas também utilizada como refeitório, uma cozinha e três salas de atendimento. Na parte de baixo, antiga garagem da casa, funciona o Bazar (oficina de geração de renda, com venda de roupas usadas, estilo “brechó”) e as oficinas de música.

A equipe é composta por dois recepcionistas (um homem e uma mulher), uma auxiliar de serviços gerais, um auxiliar de enfermagem, duas médicas (uma psiquiatra e uma ginecologista com formação em psicossomática e psicanálise), uma enfermeira, uma assistente social, uma terapeuta ocupacional e quatro psicólogas. Há ainda quatro voluntárias que coordenam as oficinas de música, artesanato e reciclagem. Destas, apenas a oficina de música estava funcionando no período da pesquisa. O serviço tem 80 pessoas cadastradas no Caps e 1092 no Ambulatório (dados de março de 2008).

O inusitado da vida e os imprevistos da pesquisa

E por que este serviço foi escolhido? No planejamento inicial, apresentado na qualificação, a intenção era realizar a pesquisa em um serviço (ou vários) do Rio Grande do Sul, pela minha familiaridade com a região onde trabalhei nos últimos 15 anos. O projeto chegou a ser apresentado para um Fórum que reúne municípios da região metropolitana de Porto Alegre e para um município da serra gaúcha (Caxias do Sul). Neste último, havia o interesse e autorização da coordenação municipal e do serviço para a realização da pesquisa. No entanto, a vida atravessou a pesquisa e, em uma situação inusitada, fui forçada a sair de Porto Alegre, sem previsão de retorno.

Pelo vínculo familiar e acadêmico com o Rio de Janeiro, optei por me mudar para este Estado, residindo em uma cidade do interior, onde havia passado minha

infância e adolescência. E agora? Como ficaria a pesquisa? Ao contrário do Rio Grande do Sul, não tinha contato com nenhum serviço e sequer sabia como estava organizada a rede de saúde mental do Rio de Janeiro. Somava-se a isso o curto período de tempo que eu tinha para a negociação de um campo de pesquisa, pois esta mudança ocorreu justamente no último ano do doutorado.

No entanto, eu sabia que neste município, existia um Caps. Tomei conhecimento deste fato em um Congresso e, na ocasião, fiz contato com sua coordenadora e combinei uma visita – que nunca aconteceu no curto período de férias que costumava passar na cidade. Retomei este contato e, desde o início, a agora coordenadora de saúde mental do município (e psicóloga no Caps) foi bastante receptiva ao projeto de pesquisa, abrindo-me as portas do serviço para que pudesse apresentá-lo ao restante da equipe. Ao detalhar o projeto para o conjunto de trabalhadores do Caps, tive a grata surpresa de encontrar uma equipe madura e sedenta por refletir sobre sua atividade de trabalho.

Paralelo a isto, o projeto levou mais de um ano para ser aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Ensp/Fiocruz, que não compreendia os objetivos e metodologia da pesquisa, fazendo vários questionamentos a respeito de sua pertinência e “riscos”.

Em meio a estas e outras questões da pesquisa, com a mudança de vida, tive que reconsiderar a condição de bolsista do CNPq e procurar trabalho. Tive oportunidade, neste período, de trabalhar em dois Caps. Em um deles, na baixada fluminense, cumpri a função de supervisora. Esta atividade me permitiu um contraponto interessante, com problemas semelhantes tratados de formas totalmente diferentes.

O outro convite de trabalho foi justamente no Caps onde realizava a pesquisa. Não tinha como recuar na pesquisa, nem como recusar o trabalho... Este “imprevisto” foi muito negociado entre eu e a equipe. Eles precisavam de alguém que fizesse a ligação do serviço com a rede básica, sem ser “sugado” pelas atividades do Caps. Sendo assim, minhas atividades eram fora do Caps, embora eu participasse das reuniões de equipe, onde eram discutidos os casos e demandas das

equipes de PSF que eu acompanhava. Isto me oportunizou uma imersão no serviço, ao mesmo tempo, em que dificultou um “olhar estrangeiro” à atividade. Este olhar, no entanto, foi possível graças à participação de um segundo pesquisador nos Encontros sobre o Trabalho e à discussão e planejamento de cada Encontro pelos pesquisadores “acadêmicos”.

Uma outra dificuldade a gerir foi o fato de residir no município. Constantemente encontrava com os trabalhadores e também com os usuários do serviço em situações cotidianas. Em algumas ocasiões, foi difícil participar das discussões de caso, pois diziam respeito a pessoas que eu conhecia. Esta é uma particularidade de serviços localizados em cidades de pequeno porte, conforme veremos nos relatos dos trabalhadores.

Os quadros a seguir resumem as diferentes fases da pesquisa e a dinâmica dos Encontros realizados.

O quê?	Quando?
Qualificação do Projeto	Março 2007
Submissão do Projeto ao Comitê de Ética	Abril 2007 (parecer favorável apenas em maio 2008).
Apresentação dos objetivos da pesquisa e metodologia para vários serviços tipo Caps, da rede de atenção em saúde mental do Rio Grande do Sul – Fórum Região Metropolitana	Julho 2007
Apresentação dos objetivos da pesquisa e metodologia para um Caps do município de Caxias do Sul – RS. Autorização da coordenadora do serviço e da coordenadora de saúde mental do município.	Setembro 2007
Mudança para o interior do Estado do Rio de Janeiro. Contato eletrônico e telefônico com a coordenação de saúde mental municipal.	Janeiro 2008
Apresentação do Projeto ao Caps do município (coordenação e parte da equipe)	Março 2008
Apresentação do Projeto para todos os trabalhadores na reunião de equipe	Março 2008
Observações preliminares do processo de trabalho, análise de documentos, entrevistas formais e informais, no intuito de realizar	Abril e Maio 2008

uma primeira aproximação das atividades de trabalho realizadas no serviço.	
Encontros sobre o Trabalho	Maio a Setembro 2008 (sete encontros)
Início do trabalho na saúde mental do município	Junho 2008
Início da atividade de supervisora de Caps	Junho 2008
Consolidação dos dados	Novembro 2008 a Marco de 2009

Encontros sobre o Trabalho:

Data	Objetivo	Participantes
13/05	Planejamento I Encontro.	Jussara e Tatiana
14/05	Encontro Grupo PISTAS – Pesquisa e Intervenção em Saúde, Trabalho e Relações de Gênero	Coletivo de pesquisadores
15/05	I Encontro. Apresentação objetivos da pesquisa (saber como é, o que se faz em um Caps); proposta metodológica (Comunidade Ampliada de Pesquisa e Encontros sobre o Trabalho); apresentação dos saberes formalizados sobre saúde do trabalhador de saúde mental	Tatiana, Irapoan e equipe Caps
19/05	Planejamento II Encontro.	Jussara, Tatiana e Irapoan
29/05	II Encontro. Como começou a trabalhar no Caps?	Tatiana e equipe Caps
04/06	Planejamento III Encontro.	Jussara, Tatiana e Irapoan
12/06	III Encontro. O que você faz no Caps?	Tatiana, Irapoan e equipe Caps
17/06	Encontro PISTAS.	Coletivo de pesquisadores
26/06	IV Encontro. O que você faz no Caps?	Tatiana, Irapoan e equipe Caps
07/07	Planejamento V Encontro.	Jussara, Tatiana e Irapoan
10/07	V Encontro. O que você faz no Caps?	Tatiana, Irapoan e equipe Caps
15/07	Encontro PISTAS	Coletivo de

		pesquisadores
31/07	VI Encontro. O que você faz no Caps?	Tatiana e equipe Caps
21/08	VII Encontro. O que você faz no Caps?	Tatiana e equipe Caps
16/09, 30/09 e 14/10	Início transcrição e análise material	Jussara, Tatiana e Irapoan

Os Encontros tiveram duração média de 1h30min, sendo realizados durante as reuniões de equipe do serviço. A frequência foi quinzenal, com maior espaçamento entre os Encontros, quando as demandas do serviço assim exigiam.

Todos os Encontros foram gravados e depois transcritos. Em seguida, destacamos os diálogos que nos chamaram atenção, considerando nosso estudo sobre o trabalho em saúde sob o ponto de vista da atividade (apresentado no capítulo 3, Seção II).

SEGUNDO MOVIMENTO

Observações preliminares sobre a atividade de trabalho nos Caps

Minha primeira visita ao serviço é para apresentar o projeto à coordenadora municipal, acompanhada por três trabalhadoras do Caps. A casa causa boa impressão: é limpa, arejada, bem localizada. Tem as paredes enfeitadas com quadros, fotos e trabalhos das oficinas. **Cheira bem**. Não vi usuários deitados no chão ou muito debilitados. Por outro lado, percebi a televisão ligada o tempo inteiro e a inexistência de um local para a realização de procedimentos simples de enfermagem ou leito para descanso – o que nos leva a supor que **não deve ser comum o atendimento a crises** no serviço. Nesta primeira conversa, já são mencionadas algumas dificuldades: o serviço é o **único recurso em saúde mental do município**, funcionando como **Caps e ambulatório**. A relação com a rede de saúde é complicada, com **dificuldade em conseguir atendimento clínico ou internação nos três hospitais** municipais. O desafio mais atual é a abertura de um **Serviço Residencial Terapêutico - SRT** para receber usuários de duas **clínicas psiquiátricas** da região, que estão em **processo de fechamento** pelo Estado.

Duas semanas depois, retorno para apresentar o projeto para toda a equipe, em sua reunião semanal. Já chama atenção o fato das **médicas** (uma psiquiatra e uma ginecologista/psicanalista) e da **equipe de apoio** (receptionistas, auxiliar de enfermagem e auxiliar de serviços gerais) **não participarem da reunião**.

Entre os informes, está a apresentação da proposta do SRT ao **Conselho Municipal de Saúde**, sendo mencionada a dificuldade dos Conselheiros de Saúde em compreender o trabalho do Caps. Houve **denúncia** da troca de psiquiatra e do **maior critério na concessão dos atestados** para afastamento do trabalho. Fico surpresa em saber que a psiquiatra do Caps é responsável pela avaliação dos casos de transtorno mental relacionados ao trabalho, para o INSS do município.

É feito o convite para o “Encontro de Coordenadores e Trabalhadores de Saúde Mental” da região do Alto Paraíba, promovido pelo Estado. É criticada a **diferenciação entre “coordenadores” e “trabalhadores”**, com vários exemplos de como esta relação verticalizada tem sido incentivada nos encontros estaduais.

Em seguida, discutem o **Grupo de Acolhimento**. Pelo que compreendo, o acolhimento funciona em horários e dias específicos. Após um primeiro atendimento, há o agendamento para o “grupo de acolhimento”. Não há consenso na equipe sobre **qual é o objetivo** do grupo ou qual o critério para encaminhamento. Os grupos estão esvaziados. As perguntas se multiplicam: por que as pessoas não vêm? Por que já resolveram sua situação? Por que desistem? Então para que o grupo?

É frisado que quando algum profissional não puder fazer o acolhimento, ele mesmo deve conversar com o usuário, sem “passar a bola” para a recepção. É lembrado que o **acolhimento já é um primeiro atendimento e que este não deve ser feito pela recepção**. Muitos usuários não são atendidos, mesmo depois de um turno de espera. É solicitado que retornem outro dia e, às vezes, nem assim são atendidos... **De quem é a responsabilidade?**

São discutidos alguns casos clínicos (senhor que precisou ser internado pelo estado de saúde - suspeita de tuberculose; usuário de drogas que não aceitou ser atendido no grupo; senhora que doa as coisas que recebe para montar sua casa). Chegam duas assessoras da **Secretaria Municipal de Educação** que propõem um “Centro de Atendimento ao Educando” (“mais da metade das crianças das nossas escolas precisa de uma avaliação neurológica, psiquiátrica ou psicológica!”, elas justificam). A equipe considera que a proposta vai de encontro ao projeto de **Caps i** (infantil), que deve ser criado em função de um **TAC** (Termo de Ajuste de Conduta) com o **Ministério Público**. Discute-se a diferença entre os projetos e a clientela.

A reunião termina e, apesar dos vários exemplos da “automatização” da recepção e a dificuldade com os agendamentos, os recepcionistas não participam da reunião e não houve proposta de encaminhamento (uniformização, prescrição?) de como deve funcionar a recepção.

Quando estive no serviço, na manhã seguinte, presenciei essa dificuldade, que me deixou com a impressão de que **cada profissional tem uma forma de lidar com os agendamentos**. Neste dia, algumas pessoas aguardavam atendimento na recepção (ambulatório) e os “pacientes-caps” estavam no Bazar (que funciona na parte de baixo da casa). Fiquei sentada ali, conversando com eles sobre seu trabalho. Eles me contaram que vendiam roupas doadas e também coisas que produziam nas oficinas: tapetes, panos de prato pintados e bordados, etc. Eram seis mulheres e mais um homem que ia e voltava. Elas me contaram também suas histórias de internações, o que acontecia no hospital psiquiátrico (injeção, contenção, brigas, solidariedade entre elas) e como está agora. Todas têm várias internações e uma delas ficou mais de vinte anos em um manicômio. Os lugares mais citados foram Dr. Eiras (Paracambi), Mendes e Vassouras. Não havia nenhum profissional com elas.

Subi até a recepção e vi os agendamentos de consulta e encaminhamentos daqueles que chegavam. Ficou claro que **quem faz a gestão dos atendimentos é a recepção**. As pessoas que estão ali, aguardam a consulta com a psiquiatra. O recepcionista diz: “Tem que ficar ali naquela sala (de televisão), que ela tá atendendo por hora de chegada”. Pergunto se não houve agendamento, ele responde que são os pacientes desmarcados pelo feriado, e que a orientação foi para que viessem nesse dia, onde seriam atendidos conforme ordem de chegada. Leio também, em um mural, a escala dos profissionais e as atividades do Caps. Na escala **os profissionais de nível médio vão todos os dias, e os de nível técnico vão duas vezes por semana**, sendo que muitos residem fora do município. Neste dia estavam a psiquiatra e uma psicóloga, ambas em atendimento. Quanto à rotina do Caps, havia o seguinte quadro fixado:

Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
Of.Caminhada	Grupo Terapêutico	Acolhimento	Of Bazar	Atendimento Individual
Atendimento Individual	Grupo Medicação	Grupo Família (quinzenal)	Of Artes	Acolhimento
Of.Música	Atendimento Individual	GT Mulheres (quinzenal)	Reunião equipe	

Visita Domiciliar e Hospitalar	Of.Bazar	GT Misto (quinzenal)	Assembléia (mensal)	
ALMOCO	ALMOCO	Of Beleza	ALMOCO	ALMOCO
Acolhimento	Atendim Indiv	Atendim Indiv	Of Bazar	Of Video
Vocal: "Gaivotas que cantam"	Oficina culinária	ALMOCO	Grupo acolhimento	
Atendimento Individual	Of.Bazar	Grupo "Fazemos arte"	Atendimento Individual	
Visita Domiciliar e Hospitalar		Of jornal	Of Reciclagem	
		Atendim Indiv		
		GT Adolesc		

Em seguida, começou a **oficina de beleza**, sob coordenação da psicóloga. Três usuários participaram. Cada um pintou sua unha, enquanto conversavam. Uma falou do "caso Isabela"⁷¹, que sabia que a própria menina tinha se atirado pela janela, pois com ela aconteceu o mesmo, quando fugia do tio. A psicóloga pergunta o que aconteceu e ela conta sua história (estupro) e começa a chorar. A psicóloga diz a ela que o que aconteceu com ela também foi um **crime** e que ela deveria ter denunciado. Depois outro usuário pede que ela seja sua "procuradora": **fique com o dinheiro dele** porque ele não sabe administrar. Diz sentir-se confuso (e demonstra isso). Ela diz que não sabe se essa é a melhor alternativa, que ele tem que aprender a fazer por si, mas que se precisar de uma ajuda por tempo determinado, ela pode ver com a equipe quem poderá fazer esse papel. Em todo caso, disse que não se importaria se fosse ela, mas frisou várias vezes que antes tem que **conversar com a equipe**, "pois **não decido nada sozinha**".

71 Caso de grande repercussão nacional da morte da menina Isabella Nardoni, de cinco anos, em março de 2008.

Terminada a oficina, ela segue conversando comigo. Falamos sobre sua rotina de trabalho. Ela me conta que mora no Rio (de Janeiro). Trabalha na Secretaria Municipal de Saúde, em um ambulatório de saúde mental. Quarta e quinta atende no Caps e também em consultório privado à noite. No Rio não tem consultório, “porque a concorrência é grande” e aproveita para fazer outras coisas, como ginástica e dança do ventre. “Fiz análise por 10 anos e tive alta. Agora cuido do corpo”.

Ela compara os dois trabalhos. Diz que a falta de estrutura é a mesma, mas que no Rio há mais incentivo para participar de **capacitação**, ou a própria prefeitura faz capacitação. Tem também **estudos de caso**, em supervisão, que ajudam bastante. “Aqui não tem uma coisa, nem outra”. Também menciona que no Caps é mais **cobrada na carga horária**, sendo que no Rio ela pode atender seus pacientes e ir embora.

Ela atende individual e em grupo nos dois serviços. Diz que no ambulatório, “são os meus pacientes, eu é que sou responsável. Já aqui, tudo é decidido em equipe”. Ela aponta os prós e contras de cada situação. Diz que no **ambulatório é muito solitário**, mas que **tudo ser decidido em equipe também é ruim**. Pergunto por quê. “Por exemplo, às vezes eu tenho uma opinião e a equipe tem outra... Aí eu tenho que acatar a da equipe.” Por outro lado, acha que com isso tem mais **respaldo**: “**Se alguma coisa der errado, alguém vai segurar a onda junto...** não é sempre, mas quase sempre o pessoal segura contigo”.

No ambulatório, o quanto e como os outros colegas trabalham, não interfere em seu trabalho. “O problema é da coordenação, que tem que administrar o serviço, cobrar o horário... mas pra mim não interfere em nada... eu tenho a minha cota de pacientes, e se quiser atender mais, o problema é meu...” **Já no Caps, quando o outro colega não faz a sua parte, outro tem que fazer...** “Tem que atender no lugar do cara, né?” Destaca que só ocorrem problemas no ambulatório, quando os psiquiatras não atendem seus pacientes... aí ela vai atrás, cobrar: “Mas **sabe como é psiquiatra, nem de reunião de equipe eles gostam de participar!**” E por quê? Será falta de tempo? Muitos atendimentos? Ela acha que não, que não participam “porque **acham perda de tempo**, que reunião de equipe

não adianta nada”. Comento com ela sobre os pacientes que aguardavam a consulta com a psiquiatra. Ela diz: “Às vezes não adiante marcar horário. Abre o Caps e eles já estão aqui, ou chegam mais cedo... **Parece que gostam de esperar**”. Mostro-me um livreto com as **recomendações** para atendimento em saúde mental na atenção básica, da Prefeitura do Rio. Ali está tudo especificado: quantos atendimentos, duração, etc. Pergunto se eles estão usando estas mesmas recomendações no Caps. Ela responde que não, “só trouxe pro pessoal ver”.

As usuárias trazem o material do lanche (suco de caju, copos, margarina e pão). Sentam-se, lancham e oferecem para nós. Depois também são elas que recolhem o material e limpam a mesa. A psicóloga olha o relógio, começa a guardar suas coisas e a fechar o Caps. Vou com ela até a recepção e a psiquiatra também está lá: “já foram reclamar de mim lá pro Secretário”. Ela pergunta quem foi. A psiquiatra diz um nome e pede para o recepcionista conferir. Ele pega a ficha da paciente e lê o nome. O problema é com a Perícia para o INSS. A psiquiatra diz: **“Não tô nem aí, pode reclamar, sei que estou fazendo meu trabalho”**, mas está visivelmente abalada. A psicóloga apóia a colega. Não há mais nenhum usuário e o Bazar já está fechado.

Em uma outra tarde, chego às 13:30 e está tudo vazio. Apenas uma pessoa na recepção e duas usuárias do Caps assistem televisão. Começo a conversar com elas. Elas contam que de manhã teve oficina de desenho, mas elas não participaram, porque tiveram *alta*. Pergunto se almoçaram ali. Elas dizem que sim. Pergunto quem faz a comida, elas dizem que **a comida vem pronta**. Pergunto se somente as duas almoçaram e elas confirmam. Vêem televisão a tarde toda. Após o lanche, vão embora.

Duas profissionais retornam do almoço (a enfermeira e a assistente social) e começam a atender as pessoas que aguardam na recepção. Percebo que são todas para **primeiro atendimento**. O **clima de espera é tenso**.

A enfermeira para rapidamente para falar comigo, diz que a **parte da tarde será de atendimento individual**, mas que eu posso acompanhar a oficina de música, se quiser. Conta para as usuárias, que estão ao meu lado, que foi **visitar o paciente X**, que está **internado**. Identifico que era o usuário que pediu que a

psicóloga fosse sua “procuradora”. Uma das usuárias afirma que não quer que ele more perto da casa dela. Pergunto sobre a sua casa, se mora com alguém. Ela diz que **mora sozinha** e que **cuida da casa**. Diz que não é daqui. “Como veio pra cá?”, pergunto. Ela recorda que viveu no Hospital de Niterói (Jurujuba), depois foi para Vargem Alegre (“quando tive alta do Jurujuba, fui pra Vargem Alegre”) e, por último, para Paracambi. “Quando fechou o hospital de Paracambi, me trouxeram pra cá. Fiquei três anos morando no hotel, a prefeitura que pagava pra mim”. “E por que aqui?”. “Não sei, ela responde – meu filho mora em Teresópolis, na minha casa, mas lá não tem lugar pra mim”. Percebo que trata-se de um típico caso de “**transinstitucionalização**”, onde a pessoa é “desinstitucionalizada” de um determinado hospital com prazo para fechamento e imediatamente “institucionalizada” em outro.

Vejo que há um guarda municipal na entrada do serviço. Pergunto se ele está sempre ali. Ele diz que não, que há um rodízio entre os guardas, depende da escala. Pergunto o que ele faz. “Cuido da **integridade do patrimônio e dos profissionais**”. Pergunto se ele gosta de trabalhar ali. Ele diz que é **tranquilo, mas meio parado**. O tempo demora a passar, gosta mais de trabalhar na rua. Pergunto se já vivenciou alguma situação de tensão. Ele responde que não, e que **poucas vezes viu um ou outro paciente se alterarem**, mas ele só precisou conversar pra resolver.

Preciso ir ao banheiro e a usuária me aponta o banheiro dos funcionários: “pode usar esse aí”. Vejo que os **banheiros são separados**. Procuo o dos pacientes e vejo que fica em um quarto, onde um paciente dorme em uma cama.

Avisam-me que a **oficina de música** começa às 15hs. Converso com aicineira, que é **voluntária**, e pergunto se posso participar. Acompanho toda a oficina, que dura pouco mais de uma hora. Cada participante tem uma pastinha com as músicas escolhidas para aquele semestre, que a oficina ajuda a organizar no início da atividade. Em seguida, cantam cada música, acompanhados pelos instrumentistas. A oficina conduz o tom, o ritmo e a forma de cantar. O grupo é grande, umas dez pessoas, todas mulheres, apenas um homem entre os que cantam. Segundo a oficina, todas já foram pacientes do Caps. O grupo funciona

há nove anos, com poucas alterações em sua composição. “Eu já aviso antes de entrar... não é assim pra começar a cantar... é demorado... **algumas não têm paciência**”.

Ela diz que faz um **trabalho sério**, que as mulheres realmente aprendem a cantar e a colocar a voz, e que muitas não se imaginariam capazes disso. Quatro homens acompanham o grupo, tocando instrumentos (dois violões, um cavaquinho e um chocalho), também como voluntários. Eles cantam em asilos e comunidades, principalmente em datas festivas. Ao final, ela combina com um dos senhores do violão, a abertura de um evento em um asilo. Falam sobre as músicas que já podem mostrar, “pois se não tiver bom, não apresentamos mesmo”.

É ela também a responsável pela **oficina de pintura**, na parte da manhã. Durante nove anos de funcionamento, houve **pouca variação e rotatividade** no público da oficina. Isto fez com que no final de 2007, ela decidisse conversar com os participantes, para que saíssem e outros pudessem entrar. Ficaram apenas três do grupo original. “No início foi difícil, mas depois eles mesmos já diziam que tinham tido *alta*” (realmente foi o que as usuárias nos disseram...).

Pergunto o que a motiva para esse trabalho voluntário. Ela diz que é da Pastoral Carcerária, que antes trabalhou na Apae de outra cidade, quando foi chamada pela primeira coordenadora do Caps para iniciar um trabalho ali. Diz, com orgulho, que foi a **única voluntária que ficou**. “Nunca faltei um dia, nesses nove anos... Aí se tá chovendo muito, eles pensam: poxa, a fulana vem de longe, nunca falta... e também não deixam de vir... Os **que faltam mais, são os que estão piores**... a gente tem que ajudar.”

Em uma outra manhã, chego ao Caps e vejo uma movimentação bem maior que nos dias anteriores. A recepção está cheia de pessoas aguardando. A pessoa da recepção não está e quem a substitui é a auxiliar de serviços gerais. Desço para o Bazar, onde estão mais usuários que de costume, também sozinhos. Duas psicólogas atendem o grupo de familiares, que acontece quinzenalmente. Depois, chamam outros usuários para a terapia de grupo. Fico na recepção e descubro que o movimento todo é porque é **dia da consulta com a psiquiatra**. Converso com a

auxiliar e pergunto se ela gosta de ficar na recepção. Ela diz preferir ficar na limpeza: "Já me acostumei. Gosto do serviço".

O usuário que foi internado teve alta e foi levado até o Caps, pelo auxiliar de enfermagem do hospital. Ele aguarda para conversar com alguém, mas todos os técnicos estão em atendimento. É difícil pra mim me segurar para **não intervir**. Vejo que ele está muito agitado, andando de um lado pro outro, querendo ter "alta" do serviço. "Aí outro pode entrar no meu lugar, né?". Não agüenta esperar e diz que vai sair pra tomar uma cerveja. Quando uma das psicólogas sai do atendimento, noto que pergunta por ele. Não agüento e falo com ela sobre tudo que percebi e vi nos últimos dias. Ela tenta me tranquilizar: "não tem problema, ele volta, mesmo que bêbado". Está correndo para o próximo atendimento. No intervalo, atende a senhora a quem o **usuário está devendo o aluguel** de um quarto. Ouço a conversa de longe: "Ele me disse que qualquer problema, vocês que resolveriam...". "Não vamos conversar com a senhora sem a presença dele... mas vamos encontrar uma solução, junto com ele, ok?"

Vou almoçar em casa e retorno à tarde. A recepção está ainda mais cheia. A psiquiatra atende **um usuário atrás do outro**. Às vezes a consulta não dura mais que cinco minutos. A auxiliar me informa que são atendimentos da perícia do INSS. "Mandam tudo pra cá". "Mas essas pessoas estão em atendimento aqui?", pergunto. Ela responde que "nem sempre", mas que elas precisam do laudo de que estão em atendimento para o INSS, para o benefício.

Começa a "**oficina de jornal**", com a psicopedagoga. Ela começou há três meses no serviço e parece que é a segunda vez que coordena a oficina. Não conhece os usuários. A oficina está cheia, contei 11 participantes. Quando ela chega, eles já estão fazendo uma tarefa, todos ao redor da mesa, escrevendo. Ela pergunta se eles já têm algum tema para escrever. Uma paciente responde que "a F. (psicóloga) já nos passou uma tarefa, nos pediu para escrever sobre o que acontece na cidade nos feriados". A coordenadora responde que tem uma outra idéia: "Queria que cada um de vocês falasse sobre a importância do trabalho, o que significa o trabalho em suas vidas, já que nesse feriado comemoramos o Dia do Trabalho". Ela também escreve. Depois de um tempo, pergunta se todos terminaram e pede que

cada um leia o que escreveu. Ela faz comentários e pergunta se o grupo concorda ou não.

Terminada a oficina, ela diz: “semana passada vocês saíram daqui sem lanche, né? Eu não sabia que tinha lanche... Hoje podem ir lá buscar o lanche, que a oficina já terminou”. Duas usuárias vão até a cozinha pegar o lanche. Uma das psicólogas está lá e retruca: “não, não... Ainda é muito cedo... Por que vocês estão querendo lanchar agora?” As usuárias respondem: “É, é muito cedo, né?” e retornam para a sala. Ficam aguardando por cerca de uma hora, até que retornam à cozinha para pegar o lanche. A auxiliar sai da recepção e arruma os pães e o suco. A psicopedagoga ajuda. As usuárias se servem e depois limpam o chão da sala e da cozinha. Também ajudam a recolher o lanche e a guardar as coisas.

Começa um outro grupo terapêutico, de mulheres. O usuário que saiu para beber, já está lá e é atendido pela psiquiatra, que lhe passa a medicação. Ele fala rapidamente com a psicóloga, que esclarece que ele não pode tomar aquela medicação e beber. Ele tenta deixar sua receita com alguma das usuárias que estão fazendo crochê. Elas não aceitam. Ele pede para conversar com a outra psicóloga, que está por ali. Ela conversa com ele e quando ele retorna diz que deixou o dinheiro com ela, “pra não gastar”. Continua por ali, muito agitado. Lancha e pede R\$ 10,00 à psicóloga, dizendo em alto e bom som que é pra beber. Ela dá o dinheiro, mas pede que ele assine um papel especificando a quantia que deixou com ela.

Continuo na recepção. A psiquiatra sai de sua sala e fala alto: “Pqp, **já atendi 40 pessoas hoje!** Pra ganhar mil reais?? Tô fora!” Ela vai até a cozinha e conversa com a psicóloga e a psicopedagoga. Diz que não agüenta mais essa história, que **não estudou não sei quantos anos pra ficar dando atestado**, que o que ela gosta é de atender com calma a pessoa, fazer terapia... Pergunto o que são essas perícias do INSS. “Eles mandam tudo pra cá! E essas pessoas até são atendidas aqui, mas garanto que nem pegam a medicação... Só vêm pedir a receita pra conseguir o atestado depois”. A psicopedagoga se desculpa: “Eu mesma estou mandando muita gente pra você. O pessoal chega dizendo que está deprimido, com transtorno de ansiedade, síndrome do pânico... Tenho que mandar para a avaliação

psiquiátrica". "É – diz a psiquiatra – eles já vêm com o **discurso pronto...** falam, falam e no final eu já espero: e aí, doutora, pode conseguir um atestado pra mim? É a "**beneficite**", já ouviu falar? Esse é o diagnóstico! Eu digo: Vai trabalhar, minha filha, eu tenho 60 anos e estou aqui, trabalhando desse jeito pra ganhar isso que eu ganho!" A psicóloga parece se desculpar comigo: "Tem que dar um desconto, né? Realmente tá demais!"

Os contracheques chegaram. A psiquiatra abre o seu: "Viu? Olha aqui ó, mil reais, pra não dizer que eu estou mentindo! Eu vou falar com a F. (a coordenadora) na reunião de equipe... Se for assim, eu vou embora. Em V. (cidade vizinha), eu ganho a mesma coisa pra atender cinco pessoas!"

A psicopedagoga começa a conversar comigo. Diz que também é psicóloga e conta um pouco de sua trajetória: atendeu crianças durante três anos, em um município vizinho, em uma igreja. Depois passou no concurso para a Secretaria da Educação, mas "acho que o pessoal lá me achou mais psicóloga do que pedagoga. Eu **não tenho muita experiência profissional**, mas já vivi muita coisa... Já **sofri muito** e me vi obrigada a acompanhar um caso na minha família... **Eu tenho experiência...**" E completa: "Acho que **não tem ninguém feliz e alegre que faz psicologia**, né?"

A psiquiatra conta um caso que atendeu no dia anterior (pausa: eu conheço a quem ela se refere. É uma amiga de infância do meu irmão, que sempre freqüentou a minha casa...). Ela conta como foi o atendimento, que pediu para segurar na mão dela, e ela puxou a mão: "Ninguém toca em mim! – ela disse. E se colocou em uma posição fetal e começou a chorar, sem parar. Eu a abracei por trás, e disse: **eu sou tua amiga**, e vou te ajudar... Ela saiu daqui super bem... Viu? É isso que eu gosto de fazer!"

Outro dia tem início. Movimento tranquilo, poucas pessoas na recepção, algumas para acolhimento. Os usuários de costume no Bazar. Uma delas pergunta sobre a terapeuta ocupacional: "Ela sumiu... o que houve? É ela que marca as roupas do Bazar, tem um monte de roupa pra marcar, esperando que ela venha". Pergunto se ela costuma ficar com eles, no Bazar. Ela responde que não, que ela fica **atendendo "lá em cima"**. "Ela só marca as roupas e manda aqui pra nós. Ela

é a **chefe do Bazar**". Na recepção, está outra recepcionista. Ela conversa com todos que chegam, faz uma brincadeira, cumprimenta. **A dinâmica da recepção é completamente diferente, conforme o recepcionista.**

Nova reunião de equipe. Demora para o início, pois ninguém sabe se vai ter ou não a Assembléia mensal que estava marcada para aquele dia, no **mesmo horário**. As coordenadoras (do município e do serviço, na verdade compartilham as coordenações) não estão e a reunião só começa quando uma delas chega. Enquanto isso, uma das psicólogas avisa aos usuários presentes (três ou quatro) que não haverá Assembléia, "porque **ninguém compareceu**".

A equipe decide começar pelos casos clínicos (que comumente sempre ficam para o final). A psicopedagoga/psicóloga apresenta os casos que atendeu na semana. Ela começou há pouco tempo e parece se sentir insegura nos encaminhamentos. Em um dos casos, em que atendeu um adolescente, foi solicitado que fizesse um laudo. Pergunta à equipe como deve proceder. C. e G. dizem a ela que deve aguardar a solicitação judicial. "**Se foi só um pedido da mãe, você não precisa atender. Se o juiz quiser, ele vai solicitar direto para o serviço**". Depois ela pergunta como deve proceder com uma pessoa que já faltou a duas consultas: "Já liguei, mandei aerograma, e nada". G. é precisa: "**Na terceira, você desliga!**"

A médica (ginecologista) abre a porta e diz: "Só vou dizer uma coisa: tá **faltando medicação básica** na farmácia! Diazepan, por exemplo. Como vamos fazer agora?". Diz isso e sai, fechando a porta novamente. S. segue relatando seus atendimentos. Fala de um estudante de veterinária que se sente abandonado pela família. Diz que indicou atendimento em grupo e ele não quis. Prontificou-se, então, a atendê-lo individualmente. "Claro", interrompe C., "ele quer uma mãe, uma teta... e você deu isso a ele". G. completa: "Sim... melhor seria ele compartilhar essa mãe com todos, em um grupo. Aprender a dividir a atenção da mãe, com os irmãos... coisa que parece que ele não consegue fazer." S. pergunta: "**Fiz errado?**" "Não, não... Tudo bem... mas não estende o tratamento, já trabalha pra passar pro grupo...", diz G. "É... 6 meses... é isso... não é o mínimo que o nenê tem que mamar?", fala C. Todos riem.

Em seguida, retomam o caso do usuário que teve uma breve internação e todas as confusões das últimas semanas: bebida, aluguel, problemas com o dinheiro. A técnica de referência é a enfermeira (e coordenadora do serviço). É ela que faz todos os encaminhamentos. Avaliam que ele sempre ficou **muito "solto"**, a "deus dará". Nunca participou de grupo terapêutico, nunca lhe foi oferecido um espaço de escuta... E que **eles devem "enquadrar"**, "senão é ele que enquadra". A enfermeira diz que tentou várias combinações com ele, mas nenhuma funcionou. C. sugere um ultimato: **"ou ele cumpre, ou tá fora!"** Comentam que a família não quer saber mais dele também, que ele "só apronta". Não consigo ficar quieta e comento que o sentimento da família, parece ser o mesmo da equipe. Eles concordam... a discussão prossegue acalorada. Combinam que F. e G. falarão com ele e vão propor uma internação, mas que o principal é, desde já, que ele tenha um acompanhamento mais próximo e um **lugar de escuta**⁷².

O próximo assunto é sobre como se organizarão para o **"18 de maio"** (dia da luta antimanicomial). "Temos dinheiro e previmos as despesas com folder, transporte, etc... mas já tá em cima!" Dizem que **não há tempo** para organizar alguma coisa e decidem participar da atividade em algum outro lugar... "Vamos ver a programação nos arredores... no que dá pra gente participar!"

Uma conquista da equipe foi a abertura de uma **conta própria para a saúde mental**, conforme previsto pela legislação. Com isso, podem gerenciar e planejar seus gastos. Por outro lado, têm problemas do tipo: podem comprar um carro para o Programa, mas a Prefeitura não se compromete com a manutenção do carro, nem com a concessão de um motorista. Planejam pegar DVDs na locadora para a oficina de vídeo ou levar os usuários ao cinema, mas são despesas que não se justificam legalmente (conforme orientação da assessoria jurídica da Secretaria de Saúde).

72 Posteriormente este usuário foi desligado do serviço.

Começam a discutir sobre a necessidade de **ampliar os grupos terapêuticos**. A enfermeira sugere que um grupo seja formado na segunda-feira, mas não se sente à vontade para coordená-lo: “Sei que estou atirando pros outros, mas posso segurar outras coisas... Não me sinto à vontade para fazer grupo. Grupo de acolhimento, tudo bem, mas grupo terapêutico é meu limite”. G. insiste que ela deve tentar, que vai trazer material para estudo e que quando ela começou “também não sabia o que fazer... **O lugar do terapeuta é esse mesmo: daquele que não sabe**”.

Inicia-se uma discussão sobre o **papel de cada um**, o que cada um faz e pode fazer – **especialidade X especificidade**. “O que a gente faz aqui no Caps? Tudo bem, tem um monte de coisas, mas grupo terapêutico é uma das principais atividades... Aí se a gente não faz ou não pode [psicólogos], ninguém pode fazer?” E. diz que sim, que entende que **cada um tem seu trabalho específico, embora todos peguem junto** e sejam um coletivo. G. argumenta que ela também não se sente preparada para fazer as visitas domiciliares - realizadas principalmente pela enfermeira e pela assistente social - “mas quando é necessário, eu faço!” E. argumenta que a situação é diferente, pois **a visita faz parte do acompanhamento** que se presta ao paciente. É complicado quando tem que fazer visita de paciente que não conhece. Acha que quem tem que visitar é o técnico que atende, e não elas, só porque são a enfermeira e a assistente social. G. continua insistindo e diz que E. “tem que **superar essa barreira**... “Posso trazer o material que eu tenho em casa? Tem um livro do Jurandir... ótimo!” E. diz: “Vocês trouxeram aquele material do Ipub sobre grupo de recepção e eu li todo... lembra?”

A psiquiatra está presente e fala do excesso de atendimentos, sugerindo que eles têm que ir à Perícia, “ajeitar essa questão dos benefícios. **Das pessoas que eu atendo, 60% é “beneficite”, 20% é benefício mesmo e só 20% é tratamento**. Quando eu vejo que não é nada, já **escrevo de um jeito diferente** do que escrevo quando tem mesmo algo... O perito já sabe e corta o benefício... mas na semana seguinte o cara já volta, pra pegar atestado e recorrer”. Em seguida, ela – que também trabalha em um hospital psiquiátrico – diz que observou que estão **internando muitos usuários do município**, que ela nunca atendeu no

Caps. Cita três casos. “A Cruz Vermelha tá mandando direto pra internação, sem passar pelo Caps”. Acho curioso que **a psiquiatra do Caps seja a mesma do hospital psiquiátrico**, às vezes atendendo os mesmos usuários. Alguns comentaram comigo: “Eu já conheço a M., ela é lá do hospital”.

“Mas **como vamos atender emergência** aqui? Com psiquiatra só duas vezes por semana”, pergunta M. “Eu tô aqui quarta e quinta, a A. (outra médica) está na segunda e na terça ... Posso dar suporte por telefone, quando necessário...” “E sexta?” “Ué, fala com o prefeito pra aumentar minha carga horária, que eu venho na sexta também!” F. diz que isso realmente é um problema e que eles vão ter que começar a ver uma solução, pois “uma das metas do plano da Prefeitura, é a **redução de 20% nas internações**”. Pergunto quantas são as internações atualmente. “Em torno de 100/120, por ano”, responde F⁷³. A psiquiatra sai da sala, desculpando-se: “Posso ir trabalhar um pouquinho agora?”. “Você já está trabalhando!”, responde C., rindo. “Não, agora eu tenho que atender os pacientes”.

Brincadeiras à parte, realmente parece haver um entendimento, mesmo que implícito, que **trabalhar é fazer atendimento** (lógica do ambulatório). Como veremos nos encontros seguintes, há como que uma **desvalorização das demais atividades**, sobretudo gestão do serviço, acolhimento e acompanhamento dos usuários “crônicos” - aqueles que freqüentam o serviço diariamente. As coordenadoras do serviço, por exemplo, apesar de estarem no Caps apenas duas vezes por semana, têm sua agenda tomada com atendimentos. A **coordenação**, como uma delas menciona, “**é feita no buraco**”. O **acolhimento**, mesmo com horário reservado, também acontece “no buraco”, entre um atendimento e outro.

Em seguida, tratam do projeto de **supervisão do Caps**, que deve ser feito e completado com os dados que faltam. “No ano passado, não conseguimos encontrar o Secretário para assinar... e o projeto acabou não indo... mas agora vai

73 É o maior índice da região e, de fato, como pude presenciar, há bastante cobrança do gestor estadual para sua diminuição. Para um município desse porte, com Caps, o “aceitável” seriam de 2-3 internações/mês, com o objetivo final de zerá-las.

sair outro edital. Vamos concorrer de novo. São R\$ 10.000,00 para pagar a supervisão por um ano”. F. também comenta do II Seminário de Direitos Humanos, no Rio. Pergunta se alguém quer ir. Diz que eles têm dinheiro pra pagar passagem, alimentação e inscrição no Congresso. A reunião se esvazia. Lembro que na próxima reunião de equipe, quinta-feira, será nosso primeiro encontro sobre o trabalho...

Constituindo a Comunidade Ampliada de Pesquisa

No primeiro encontro, foram apresentados os objetivos da pesquisa (saber como é, o que se faz em um Caps) e as propostas metodológicas (Comunidade Ampliada de Pesquisa e Encontros sobre o Trabalho), esclarecendo que nossa intenção é “criar uma rede de encontros de saberes, reunindo pesquisadores e trabalhadores, em uma co-análise sobre os processos de trabalho, subjetivação e saúde”.

Sugerimos que a Comunidade Ampliada de Pesquisa seja formada por três pesquisadores “acadêmicos” e os trabalhadores do Caps, considerando os três pólos do Dispositivo apresentado por Schwartz: pólo dos saberes organizados e disponíveis (disciplinas); pólo dos saberes investidos na atividade (experiência); pólo das exigências éticas e epistemológicas (abertura e humildade de todos os participantes para realizar esta troca).

Rapidamente os trabalhadores identificam a dinâmica proposta entre conhecimento e experiência, com a oposição teoria e prática. Problemizamos que toda prática tem uma teoria que a sustenta, mesmo que não formalizada, e vice-versa. Trata-se de dois tipos distintos de saberes, igualmente importantes, sendo fundamental o diálogo entre um e outro. Lembramos que uma de nossas perguntas é, justamente, que tipo de teoria não formalizada eles estão criando em sua atividade de trabalho.

Uma das trabalhadoras menciona o primeiro Caps aberto no Brasil (o Caps Luiz Cerqueira, em São Paulo) e que a teoria ali criada – e utilizada até hoje – foi fruto da experiência de um grupo de pessoas que acreditou numa forma de trabalho

diferente. Acreditamos que nossos Encontros podem ser um espaço para compartilhar e formalizar as experiências em curso neste Caps.

Em seguida, apresentamos ao grupo, os saberes formalizados sobre a saúde do trabalhador de saúde mental. Foram distribuídos textos com resumos de vários estudos, conforme Capítulo 4 da Seção II desta tese. Os trabalhadores comentavam e se espantavam com alguns dados, riam de outros, quase sempre identificando-se com o que dizia a bibliografia.

Como você começou a trabalhar no Caps?

O segundo encontro com os trabalhadores foi realizado duas semanas após o primeiro sendo que, neste intervalo, os pesquisadores “acadêmicos” reuniram-se para planejar a atividade. No início do grupo, apresentamos a seguinte pergunta: “Como você começou a trabalhar no Caps?”, considerando algumas hipóteses iniciais e provisórias, quais sejam:

- 1) Defasagem entre formação e demanda do serviço;
- 2) Continuidade (ou não) em relação a experiências anteriores de trabalho;
- 3) Organização do trabalho que parece dificultar reconhecer o papel e atividade de cada profissional;
- 4) Recursos e possibilidades encontrados no serviço que auxiliaram na realização do trabalho.

Estas considerações foram resultado da discussão coletiva, ancorada na revisão bibliográfica e nas observações preliminares do cotidiano do serviço. Participaram deste encontro seis trabalhadoras, já que as médicas e a equipe de

apoio não costumam participar das reuniões de equipe⁷⁴ e duas pessoas (enfermeira e terapeuta ocupacional) estavam em férias ou licença.

Salientamos que é um grupo que trabalha junto há muitos anos, sendo responsável pela concepção e fundação do Serviço. Grande parte já exerceu a função de coordenação. Todas são concursadas, com exceção da psiquiatra. Pelo quadro comparativo abaixo, percebemos que muitas residem em outro município e estas possuem mais de um vínculo de emprego.

FORMAÇÃO	EXPERIÊNCIA ANTERIOR	VÍNCULO TRABALHO	RESIDÊNCIA
Psicóloga, especialização em saúde mental G	Hospital Psiquiátrico e Hospital-Dia	- Caps - Ambulatório de Saúde Mental.	Outro município (120km)
Psicóloga e Psicopedagoga S	Atendimento a crianças com dificuldade de aprendizagem	- Caps	Mesmo município
Psicóloga, especialização e mestrado em saúde mental – F	Estágio e “treinamento profissional” em hospital-dia (2 anos).	- Caps - Secretaria Estadual da Saúde do RJ, mas não na saúde mental	Outro município (120 km)
Psicóloga, especialização em saúde mental C	Estágio em hospital-dia Construção de Caps em outro município	- Caps - Consultório	Mesmo município
Psicóloga D	Consultório e clínica privada para psicóticos crônicos. Hospital Geral, APAE	- Caps - Consultório	Mesmo município
Assistente social B	Abrigo infantil.	- Caps - Secretaria de Promoção Social de outro município (não na saúde mental)	Outro município (70 km)
Médica A	Clínica ginecológica.	- Caps - Ambulatório de Ginecologia em outro	Mesmo município

74 De todo modo, insistimos que era importante a participação de todos na pesquisa, independente de frequentarem ou não a reunião de equipe. Fizemos os convites individual e pessoalmente, mas o “costume” de não participar das discussões, foi mantido.

		município - Consultório Particular de Ginecologia - Plantão na Obstetrícia de um Hospital Municipal	
Terapeuta Ocupacional Residência (especialização) em Saúde Mental N	Residência em saúde mental, estagiando em vários serviços substitutivos. Prioridade para experiência nos Serviços Residenciais Terapêuticos.	- Caps - Mestrado em enfermagem psiquiátrica em São Paulo	Outro Estado (400 km)

A **defasagem entre a formação acadêmica e a demanda do serviço é citada por todas**. Duas delas (F e C) mencionam que sua formação não foi na Universidade, mas no estágio. As duas cursaram faculdades de psicologia na cidade do Rio de Janeiro (uma pública e outra privada) e estagiaram por pelo menos dois anos em serviços do tipo hospital-dia que, segundo elas, “funcionavam muito como Caps”. Uma delas ressalta que tudo que aprendeu sobre saúde mental foi no estágio, já que no currículo de sua faculdade (pública) “não tinha uma disciplina sobre saúde mental ou políticas públicas”. No estágio, “junto com a prática, tinha a formação. E essa formação foi continuada: dois anos de estágio e toda semana tinha um grupo de estudos. E a formação era pra todo mundo, não só para psicologia, e aí já foi um exercício do trabalho em equipe.” A outra considera que mesmo que sua experiência no estágio fosse diferente, sua faculdade (privada) “também foi um diferencial porque eu não vi tanta psicanálise como todo mundo falava das outras faculdades, mais tradicionais. Eu sempre caminhei por **um lado mais humanista, mais existencial**”. Os estágios também contam como experiências anteriores de trabalho, sendo que uma delas também trabalhou em um projeto substitutivo em um município vizinho: “fechamento da internação e construção do Caps”.

O curioso é que **as duas profissionais (G e D) com mais anos de trabalho com psicóticos, não consideraram essa experiência válida para o Caps**. Uma delas inicia sua fala dizendo: “Minha experiência anterior não existiu. Eu trabalhei muito em hospital psiquiátrico e em hospital dia”. A outra reflete que seu grande erro foi achar “que não sabia nada”, mesmo com um trabalho de sete anos em uma clínica privada:

“Então eu vinha assim: eu tinha que aprender... e isso foi muito ruim, porque por um período eu não contribuí, e isso eu me arrependo. Eu achava que o trabalho gratuito e com outros profissionais era diferente, e viajei nisso... e o que eu tinha de experiência, eu deixei de lado. E tudo que aparecia, eu fazia: era oficina de culinária... eu tinha experiência nisso... mas eu não tinha... tava aprendendo... eu simplesmente ignorei mesmo e tinha que aprender com elas: elas vinham do Rio (capital), elas tinham a experiência...”

Atualmente, ela diz que segue aprendendo no dia-a-dia, mas percebe que tem “uma bagagem” que pode ser aproveitada em seu trabalho diário, e completa: “foi uma luta pra mim!”

Ainda sobre a continuidade (ou não) em relação à atividade no Caps e outras experiências de trabalho, repetiu-se a idéia de “**inversão**” em diferentes sentidos. C, com estágio em hospital dia e experiência em outro Caps, considera que fez o “movimento contrário”, pois começou em um serviço mais “formatado” (o hospital dia), depois foi para um serviço substitutivo dentro de um hospital psiquiátrico e agora “aqui é um Caps dentro de um ambulatório”. Em sua fala, parece considerar este modo de funcionamento mais complicado que os outros.

Já G, ao falar sobre sua experiência em hospital psiquiátrico afirma: “Lá era o contrário: eu sabia muito e não sabia o que fazer”. No Hospital-dia (emergência), “eu cheguei me c*..., trabalhar com outras pessoas, com médico ainda por cima, aí eu fui me dando conta, percebendo que eu sei alguma coisa!” Finalmente no Caps, “eu também não sabia muito bem o que fazer... porque o Caps é um dispositivo em construção”. Não saber o que fazer foi uma referência comum aos três locais, então – ela mesma pergunta e responde – “**qual é a diferença? Na emergência, eu fazia. Aqui, eu faço. Faço tudo. No asilo, você não faz nada. É paralisia total...**”

F afirma que sua experiência anterior (estágio em hospital dia) ajudou na consolidação do serviço, na transformação do ambulatório em Caps, considerando como **analisador** desta passagem, a **frequência das reuniões de equipe**, que

passaram de mensais a semanais. O instigante é que este processo, inicialmente, foi entendido pelos outros profissionais como “um **complô**”: “(...) nós fomos informadas que não poderíamos mais fazer isso... Aí a gente passou a fazer durante o almoço. Até que a reunião passou a ser quinzenal e, finalmente, semanal... até mesmo por um pedido nosso, da equipe.” E completa: “A questão da reunião da equipe, marcou bastante... pois **como transformar um ambulatório, onde cada um atendia seu paciente, em Caps?** Minha experiência contribuiu pra **ajudar a fazer um outro serviço**”.

Coincidência ou não, as trabalhadoras que não são psicólogas, S e B (uma delas tem até formação, mas apresenta-se como (e seu cargo é) de psicopedagoga; a outra é assistente social), nunca haviam tido contato com a clientela atendida pelo Caps. Ambas falam de uma certa **sensação de “pavor”** ao iniciarem este trabalho. A primeira, cuja base da experiência anterior foi o atendimento de crianças com dificuldades de aprendizagem, diz: “É difícil pra mim atender psicótico e dependente químico... Aí quando eu chego aqui, é justamente o que tem aqui...” A outra, suspira: “O primeiro dia que eu cheguei aqui e a coordenadora me disse como era o trabalho e tal, eu disse: ai, ai, ai”.

De qualquer forma, são recorrentes as referências a “não ter a mínima idéia do que fazer”, e ao fato de que trabalhar em saúde mental não foi propriamente uma escolha:

“Quando eu fiz o concurso, eu não sabia que era pra trabalhar em saúde mental. E eu já vinha buscando um outro caminho. Até que depois de muita estrada, eu me convenci que é realmente aqui que eu tenho que ficar... porque desde a faculdade, eu sempre **caí** na saúde mental” (C).

“Não era nem pra eu trabalhar em saúde mental...” (B).

“Eu queria trabalhar em escola. Não gostava da psicanálise, gostava mais da área institucional. Voltei para minha cidade e **o que surgiu** pra eu trabalhar foi consultório, que eu sempre gostei; e montar uma clínica, com um psiquiatra e um psicólogo, para psicóticos graves (...) Não era onde eu queria estar, mas era o que estava surgindo pra mim” (D).

Ao mesmo tempo, são as mesmas trabalhadoras que referem o quanto encontraram sentido e satisfação em seu trabalho:

“São seis anos nesse trabalho. Eu gosto, eu nunca imaginei que eu pudesse me adaptar e gostar... Eu não tenho vontade de sair! Esse trabalho aqui no Caps me acrescentou bastante, inclusive através do estudo mesmo (...). Eu gosto do que eu faço, gosto do trabalho que realizo, eu fico feliz e vejo que tem resultado naquilo que eu faço” (B).

“Quando eu vejo uma pessoa que não conseguia ter iniciativa... quando eu vejo no dia-a-dia, ela melhorar. Pra gente pode não ser nada, mas pra ela é muito. É muito. Pequenas coisas mas que realizam, me deixam realizada. Ah, eu sou coruja mesmo. Isso não tem preço! Levo mais trinta anos aqui...” (D)

No entanto, ao sair do plano de avaliação individual, esta mesma delicadeza, este trabalho “de formiguinha”, feito de “**pequenos gestos e conquistas**”, parece travestir-se, **quando no coletivo, em sensação de paralisia**, de congelamento ou de uma **cronicidade parecida com a da clientela** atendida:

“(...) ver também no que a gente também já avançou... Acho que esse é um grande nó nosso, dessa equipe. A gente é muito exigente e isso por um lado é muito bom, mas acaba não valorizando o que a gente já avançou. E agora quando a gente vai relembrando – a oficina de culinária, o corre-corre, a casa era minúscula – muita coisa a gente avançou!” (C).

“É que às vezes dá a impressão que a gente tá parado, não tá caminhando... e eu sempre digo: a gente tá caminhando sim, e também depende de cada um de nós” (D).

“E acho que nossa equipe é profissionalmente muito capaz, todo mundo é muito bom naquilo que faz... mas às vezes se perde essa coisa da equipe, e por ficar muito no individual, a gente acaba perdendo essa noção do grupo... que a gente pode sim, e que é possível, sim, caminhar” (B).

De modo geral, **não foi destacada a dificuldade em reconhecer o papel e atividade específicos de cada profissional**, pois isto, de certa forma, já

era o esperado: “Acho que tive essa crise antes, no estágio... onde eu me via fazendo oficina de expressão corporal com dois estagiários de educação física... e eu: jesus, o que eu tô fazendo aqui?” (F).

A especificidade da atividade da **psicologia** foi relacionada à **escuta**, independente da gravidade dos sintomas, do diagnóstico ou do local onde acontece (salinha de televisão, oficina, consultório). A **assistente social** identificou certa dificuldade em compreender a função do serviço social, principalmente por parte dos usuários (“tem muito a idéia da ajuda, da cesta básica!”). Em relação à equipe, às vezes tem receio de fazer o que não é sua função, “tomar o lugar de outra pessoa”. E completa: “Acho que por essa questão da gente **poder fazer muita coisa** no serviço, isso acaba **confundindo muito meu trabalho com o de outros profissionais**. O pessoal acha que eu sou psicóloga...”

De qualquer forma, o que parece **não estar claro é o papel do serviço e não do profissional**: “é um meio **serviço partido**: é um ambulatório pra atendimento individual de neuróticos graves e, daqui a pouco, já é outro atendimento no Caps (...) às vezes me angustia estar nesses dois dispositivos em um lugar só, **me sinto partida**” (C).

Quanto aos **recursos e possibilidades** encontrados no serviço que auxiliaram na realização do trabalho, a **equipe** é o principal suporte. S – a mais recente integrante da equipe – ressalta o acolhimento da equipe. F vale-se da redundância: “não há espaço de formação formal”, e completa: “A formação se dá no cotidiano do serviço. O espaço onde mais discutimos é a reunião da equipe, talvez ela seja este espaço formativo”. Não por acaso, esta pesquisa também foi realizada neste espaço da reunião de equipe.

Frente à diversidade de informações e pontos de vista, em um esforço de síntese, poderíamos concluir que:

- a experiência do estágio em serviço substitutivo é considerada mais efetiva do que a formação universitária para o trabalho nos Caps;
- a experiência em hospital ou clínicas psiquiátricas não são consideradas experiências válidas para o trabalho nos Caps;

- a psicanálise é importante referencial teórico;
- o Caps é um dispositivo “em construção”: não se sabe ao certo como fazer, mas se faz;
- há uma clara diferença da atividade de trabalho no Caps e no Ambulatório, sendo conflitante trabalhar nos dois serviços ao mesmo tempo;
- não parece existir um desejo ou preparação específicos para trabalhar nos Caps, é algo que “aparece”, “surge”, “acontece”;
- há um sentimento de realizar um trabalho “gratificante” ligado, sobretudo, ao reconhecimento da equipe e dos usuários;
- as reuniões de equipe dão sustentação às atividades e também funcionam como o principal espaço de formação para o trabalho nos Caps.

TERCEIRO MOVIMENTO

O que você faz no Caps?

A partir do terceiro encontro, incentivamos os trabalhadores a descreverem, da forma mais minuciosa possível, o que fazem nos Caps. Inicialmente, a solicitação era que falassem sobre o que fizeram nas últimas duas semanas. Frente à diversidade e complexidade das atividades, que exigiam micros e múltiplas gestões que nos interessavam melhor investigar, esta orientação foi reduzida para uma semana, depois dois dias e, finalmente, o dia anterior ao Encontro⁷⁵.

Os relatos eram individuais (mesmo naquelas atividades realizadas em parceria), embora se dirigissem ao coletivo. A tendência inicial foi referir-se automaticamente às atividades realizadas (“fiz atendimento individual, depois grupo, depois fui pra casa”). Neste sentido, as intervenções dos pesquisadores, reforçando o lugar daquele que é estrangeiro ao campo, foram fundamentais para que os trabalhadores tentassem traduzir “aquilo que não se sabe dizer, mas se sabe fazer”. Perceber as possibilidades deste exercício - que vai da surpresa com o que o colega faz até a descoberta de algo insuspeitado em sua própria atividade – comprova que a linguagem é uma via de acesso privilegiada para a formalização e desenvolvimento da atividade.

O quadro abaixo resume as diversas atividades relatadas. Na coluna “Tipo”, destacamos se a atividade é ligada ao Caps ou ao Ambulatório, se é realizada apenas pelo profissional ou em parceria, e se é predominantemente individual ou coletiva. Em seguida, vamos detalhar algumas delas, atentando para as variabilidades, os conflitos e as dinâmicas que se estabelecem, em uma permanente

75 Por isso há diferença na quantidade de dias, turnos e atividades, conforme o entrevistado.

gestão de normas e valores realizada pelos trabalhadores para tornar sua atividade possível.

Tarefa/Atividade	Tempo	Tipo
A – coordenadora de saúde mental do município e psicóloga Caps		
F1 - Retorno acolhimento (pena substitutiva – encaminhamento MPE por uso de maconha)	8:30 – 9:00	Caps e Ambulatório Individual
F2 - Grupo de Familiares (Acolhimento no “buraco”)	9:00/11:00	Caps e Ambulatório Em dupla - co-terapia Individual e Coletiva
F3 - Grupo de Adultos	11:00 – 12:00	Caps Co-terapia Coletiva
F4 - Conversa sobre os grupos (carona)	12:00 – 12:10	Caps
F5 –Almoço	12:10 – 13:30	
F6 - Responder mails e processos (coordenação no “buraco”)	13:30 – 14:15	Caps e Ambulatório. Em dupla
F7 - Oficina de Jornal	14:15 – 15:30	Caps Em dupla Coletiva
F8 - Grupo de Mulheres	15:30 – 17:00	Ambulatório e Caps Sozinha Coletiva
G – psicóloga		
G1 - Grupo de Familiares	9:00 -11:00	Caps Em dupla - co-terapia Coletiva
G2 - Grupo de Adultos (Acolhimento no “buraco”)	11:00 – 12:00	Caps e Ambulatório Co-terapia Coletiva e Individual
G3 - Conversa sobre os grupos (carona)	12:00 – 12:10	Caps
G4 – Almoço	12:10 – 13:30	
G5 - Grupo Adolescentes	13:30-14:00	Ambulatório Sozinha Coletiva
G6 - Atendimento clínico	14:00 – 14:30	Ambulatório Sozinha Individual

G 7 - Atendimento clínico	14:30 – 15:00	Idem
G8 - Atendimento clínico	15:00 – 15:30	Idem
G9 - Atendimento clínico	15:30 – 16:00	Idem
G10 - Oficina de Beleza	16:00 – 17:00	Caps Sozinha Coletiva
A – médica		
A1 - atendimentos diversos não agendados	8:30 - 10:30	Ambulatório e Caps Sozinha Individual
A2 - Grupo Medicação	10:30 - 12:00	Caps Em dupla Coletiva
A3 – Almoço	12:00 - 13:30 (em casa)	
A4 - Atendimento clínico	13:30 – 14:30	Ambulatório Sozinha Individual
A5 - Atendimento clínico	14:30 – 15:30	Idem
A6 - Atendimento clínico	15:30 – 16:30	Idem
B – assistente social (dia 1)		
B1 - Chegada – ler recados	8:30 - 9:00	
B2 - Oficina de Caminhada (chuva - confecção convites para festa julina)	9:00 – 10:30	Caps Em parceria Coletiva
B3 – Acolhimento	10:30 – 11:30	Ambulatório ou Caps Sozinha Individual
B4 - Atendimento social	11:30 – 12:00	Ambulatório Sozinha Individual
B5 - Atendimento social	12:00 – 12:30	idem
B6 - Leitura documentos	12:30 – 13:00	
B7 – Almoço	13:00 – 14:00	
B8 - Atendimento social	14:00 – 15:00	Idem
B9 - Consulta internet – benefícios Previdência	15:00 – 17:30	Caps Sozinha
B10 - Conversa sobre usuários da oficina de música (carona)	17:40	Caps e ambulatório
B – assistente social (dia 2)		
B11 - Reunião de Equipe	8:30 – 12:00	Caps e Ambulatório Equipe

B12 - Almoço	12:00 – 13:00	
B13 - Visita Usuários internados em hospital	13:00 – 17:00	Caps Em dupla
C - psicóloga (dia 1)		
C1 - Reunião de equipe	8:30 - 12:00	Caps e Ambulatório Equipe
C2 - Almoço	12:30 – 13:30	
C3 - Grupo de Acolhimento (não teve) / Recepção / Circulação	14:00 - 16:00	Caps e Ambulatório
C4 - Atendimento clínico	16:00 – 17:00	Ambulatório Sozinha Individual
C - psicóloga (dia 2)		
C5 - Atendimento clínico	9:00 – 9:50	Ambulatório Sozinha Individual
C6 - Atendimento clínico (agendado não veio)		
C7 - Atendimento clínico	11:00 – 12:00	Idem
C8 - Almoço	12:20 – 13:20	
C9 - Ida a Locadora	13:30 – 13:50	
C10 - Oficina de Video	14:00 – 17:00	Caps Sozinha Coletiva
D – psicóloga		
D1 - Atendimento clínico	8:00 – 8:30	Ambulatório Sozinha Individual
D2 - Alongamento e caminhada	8:30 – 10:00	Caps Em parceria Coletiva
D3 - Atendimento clínico	10:00 – 11:00	Ambulatório Sozinha Individual
D4 - Atendimento clínico	11:00 – 12:00	Idem
N – terapeuta ocupacional		
N1 - Reunião de Equipe	8:30 – 12:00	Caps e Ambulatório Equipe
N2 - Almoço	12:00 – 13:00	
N3 - Visita Usuários internados em hospital	13:00 – 17:00	Caps Em dupla

Pelo quadro percebemos a **diversidade e complexidade das atividades** de trabalho nos Caps. Os profissionais tiveram dificuldade em relatar cada atividade, em separado da seguinte ou da anterior, ou sem considerar a atividade do coletivo de trabalhadores. Por isto, optamos em realizar a **análise por atividade**, e não por encontro realizado ou profissional.

Já de início podemos afirmar que a **gestão da atividade é coletiva, envolvendo trabalhadores, usuários e também demandas diversas da gestão do município, do estado e de outros serviços**, sejam de saúde (PSF, Hospital Geral, Hospital Psiquiátrico) ou de outras áreas (Assistência Social, Educação, Câmara de Vereadores, INSS, Vara Criminal, Ministério Público). Isto fica claro nas atividades F1 e F6, ou ainda em alguns exemplos relatados no capítulo anterior.

Uma das atividades (F1), por exemplo, é responder aos encaminhamentos judiciais. F relata que o Promotor encaminha pessoas que foram flagradas portando drogas (maconha, cocaína) para “tratamento” no Caps, como parte de pena substitutiva: “Muitas vezes não há demanda, a pessoa não quer se tratar, mas somos obrigados a atender e declarar que a pessoa está em tratamento, pelo prazo que o Promotor determinou”.

E como F faz a gestão entre estas diferentes normas (jurídicas, do serviço, da clínica, do usuário) e valores (atribuídos ao uso de drogas, ao cuidado, à punição, etc)?

F - Entrei em contato com a Vara Criminal para explicar o objetivo e funcionamento do Caps.

F – Ele [o usuário] alega que faz uso esporádico de maconha, que ele não faz uso de nenhuma outra droga, nem beber, ele quase bebe, segundo ele. O atendimento, na primeira vez foi pra ouvir um pouco sobre essa vinda. A gente tenta demarcar que aqui não é, que não é esse o olhar que a gente tem sobre a entrada da pessoa, não é uma pena substitutiva, embora eles venham com essa idéia. Ontem eu fiz esse retorno do atendimento. Coloquei ele em um grupo de acolhimento, que a gente tem aqui, com três encontros... Neste caso não há demanda.

P (pesquisador) - Como assim? Você não disse que o encaminhou para um grupo?

F – Sim, não demanda de atendimento, mas eu acho que é caso para esse acolhimento, pra gente ouvir o que esse sujeito traz. Quando eu falo de atendimento, é o caso de inserção no Programa, dele precisar fazer um atendimento posterior em psicologia, psiquiatria... Até agora não percebi essa necessidade dele.

Mesmo entendendo que “não há demanda”, F atende a solicitação judicial, ao mesmo tempo em que tenta dar algum sentido “terapêutico” a este encaminhamento. É recorrente a interferência direta na gestão do serviço de instâncias que legislam e determinam ações, sem sequer conhecer ou respeitar as bases normativas da área de saúde. Vejamos alguns destes exemplos.

O **Ministério Público** determinou a **criação de um Caps i** para atendimento de crianças e adolescentes sem, no entanto, atentar que tal serviço se destina ao atendimento de casos graves de transtorno mental, para uma população de cerca de 200.000 habitantes, conforme preconiza a Portaria 336/02. Será que este município demanda um equipamento com tamanha especificidade e complexidade? A própria equipe de saúde mental entende que não, salientando que a queixa na qual o Ministério Público se baseou para determinar a criação deste serviço diz respeito à falta de um local de atendimento a crianças e adolescentes com dificuldades escolares. Mesmo sem concordar, é a equipe que participa das reuniões com o MPE e está responsável pela montagem do serviço (procura do imóvel, seleção da equipe, etc).

Neste mesmo sentido, presenciamos a visita (relatada no capítulo anterior) de duas assessoras da **Secretaria Municipal de Educação**, solicitando a criação de um “Centro de Atendimento ao Educando”. Segundo elas “mais da metade das crianças das nossas escolas precisa de uma avaliação neurológica, psiquiátrica ou psicológica” e a Saúde Mental do município deve disponibilizar este serviço.

O **INSS** do município não tem psiquiatra, exigindo um **laudo** de que a pessoa está em tratamento no Caps para a **concessão de benefícios**, em casos de

quadros psiquiátricos. Este atravessamento, sem dúvida, é o **principal responsável pela carga de trabalho da psiquiatra** do serviço, que chega a atender mais de quarenta usuários em um turno de trabalho. A psiquiatra explica que as pessoas chegam a se vincular ao serviço, apenas para conseguir o atestado:

Eles já vêm com o discurso pronto... falam, falam e no final eu já espero: e aí, doutora, pode conseguir um atestado pra mim? É a **beneficite**, já ouviu falar? Este é o diagnóstico!

A maneira que ela tem de "avisar" aos colegas de Perícia do caso de "beneficite" é "escrevendo com uma letra diferente no laudo... Aí eles já sabem e negam o pedido". O que leva a psiquiatra a assumir para si, mesmo que implicitamente, esta atividade pericial? A querer "avisar" seus colegas que se trata de um "fingimento" do usuário? O que a faz acreditar que é um "fingimento"? Que contrato ou vínculo pode ser estabelecido entre usuário e profissional de saúde nestas condições?

Ela desabafa: "Não estudei anos da minha vida pra ficar aqui dando atestado". Neste momento, podemos dizer que ela **vive uma verdadeira "dramática"**, tendo que gerir todas as diferentes normas antecedentes descritas no terceiro capítulo da Seção anterior: as normas ligadas aos saberes técnicos de sua profissão; aos índices de produtividade e rotinas prescritas aos trabalhadores do Caps; aos acordos entre os trabalhadores do serviço e também às expectativas dos usuários. Ao escolher "não dar o atestado" ou "escrever com uma letra diferente", ela **se expõe e fragiliza**, sendo alvo de denúncias ao Conselho Municipal de Saúde, aos vereadores, ao secretário municipal de saúde e ao próprio prefeito.

Uma outra atividade relatada (F6) é **responder a vários ofícios** encaminhados pelo Ministério Público Estadual. A trabalhadora esclarece que os promotores estão fazendo o processo de interdição de várias pessoas internadas em um hospital psiquiátrico próximo. A cada novo processo, mandam um ofício solicitando que o serviço informe se há algum registro sobre aquele usuário em seus arquivos:

Quando você tem computador, você recorta e cola: "fulano não tem registro...". Quando você tá na mão, é tudo de novo: desde o cabeçalho. Quando é dos nossos usuários, aí a gente faz uma coisa

um pouco menos padrão. Isso rouba tempo...

Esta atividade é compreendida como uma atividade da coordenação do serviço, que é partilhada entre ela e uma colega. Embora seja uma função que exige “responder 400 coisas”, não há previsão na agenda diária para esta atividade. A **gestão do serviço é “no buraco”**, ou seja, no intervalo entre uma atividade e outra, ou mesmo interferindo diretamente nas tarefas já programadas.

Uma das diretrizes dos Caps (seja no Manual do MS ou na literatura) é o acolhimento⁷⁶ de toda pessoa que chega ao serviço (porta aberta). O sugerido é que um ou mais profissionais estejam disponíveis exclusivamente para esta atividade, em sistema de rodízio, de modo a cobrir todo o horário de funcionamento do serviço. Cada Caps tem um jeito de se organizar para dar conta desta norma. Neste serviço que acompanhamos, o **acolhimento também é realizada no “buraco”** (F1, F2, G2, B3) exigindo do trabalhador a gestão de atividades distintas e simultâneas.

Normalmente tem dois acolhimentos... aí a gente começa antes do grupo de familiares, porque o grupo é quinzenal. Eu, por exemplo, não tenho atendimento no buraco do grupo, geralmente no buraco, na semana que não tem o grupo, eu faço os meus retornos de acolhimento da semana anterior, entendeu? Eu marco o segundo encontro naquele horário, quando tem. Quando não tem, é só o acolhimento do dia. Então quando sou eu e G e tem dois [acolhimentos], eu faço um e ela faz o outro, e depois a gente faz o grupo... Ou ela vai iniciando o grupo e eu faço o acolhimento, e vice-versa. (F)

A única coisa foi que eu tive que acelerar um pouco mais, assim, porque eu tive o acolhimento pra fazer. E o acolhimento não é agendado. A pessoa chega e aí quem tá no serviço, faz o

76 O objetivo do acolhimento, segundo o Manual do Caps, é “compreender a situação, de forma mais abrangente possível, da pessoa que procura o serviço e iniciar um vínculo terapêutico e de confiança com os profissionais que lá trabalham” (Brasil, 2004b:15)

acolhimento. E esse tempo que a gente destina pro acolhimento, ele acaba **atrasando outros atendimentos que já estão agendados**, né? (B)

Além de influir na atividade do trabalhador diretamente envolvido, este **“imprevisto previsto”** envolve também a atividade de outros trabalhadores:

Aí de repente, o A. (receptionista): “G, tem uma pessoa aqui, dá pra você acolher?” Falando baixinho, de canto. Por que ele viu toda nossa trajetória, né? Aí dez pro meio dia, tem uma pessoa esperando, né? E essa pessoa estava desde às dez horas. Aí ele veio, né... a recepção vem tudo quietinho... no maior... acho que tem que se pensar nisso, porque eles parecem que tão pedindo um favor pra gente... Aí, nesse intervalo, eu atendi a pessoa. (G)

Esta atividade de gestão entre a necessidade do usuário e a disponibilidade do profissional técnico, realizado pelo trabalhador da recepção, é algo que também aparece no estudo de França (2007), realizado com receptionistas de um hospital universitário. A autora conclui que a atividade da recepção não se constitui apenas da marcação de consultas, envolvendo uma complexa gestão de fluxo dos pacientes, que se processa segundo valores ligados à história do coletivo de trabalho.

De qualquer forma, não apenas estas mas tantas outras atividades que compõem o trabalho no Caps não têm horário previsto para sua realização, como por exemplo telefonar e mandar aerogramas para os usuários que faltam, fazer as anotações nos prontuários após cada atendimento, as visitas domiciliares e até mesmo reuniões de trabalho (F4, G3, B10). O espaço privilegiado de troca de informações sobre os usuários atendidos nas oficinas voluntárias de música e artes é o momento da “carona” de uma das profissionais da equipe com a “oficineira”, às segundas-feiras. Da mesma forma, os profissionais que trabalham em co-terapia só conseguem trocar impressões e planejar o próximo encontro (quando é o caso) na “carrera”, nos horários de deslocamento, lanche ou almoço:

Porque fica na carrera, né? Ontem, por exemplo, a gente só foi parar pra falar do grupo quase meio-dia. Porque a gente saiu de um e já entrou em outro, no grupo de adultos... (F)

É que a gente pega carona e aí vai falando, né? A gente tá andando,

tá falando.(G)

Talvez o que contribua para que tantas atividades fundamentais em um serviço tipo Caps não estejam previstas, seja a **forma híbrida e paradoxal** como funciona. Na realidade aqui retratada, além do duplo papel de **agente de cuidado e agenciador de uma rede de cuidados** - próprio do modelo Caps – temos ainda **dois serviços** funcionando juntos e com a mesma equipe: um Caps e um Ambulatório. De qualquer modo, o **modelo ambulatorial aparece como uma força centrípeta** que puxa tudo para si. A equipe, mesmo que implicitamente, parece identificar o **atendimento clínico** (seja individual ou em grupo) como sua principal atividade. É assim que ouvimos comentários do tipo: “As atividades de gestão não são valorizadas. Parece que você não está fazendo nada!” Ou ainda em uma reunião de equipe: “Deixa eu trabalhar um pouquinho, vou lá atender!”

O acolhimento também acaba sendo “adaptado” a esta lógica. Tem dia e hora marcados (e mesmo assim não há previsão na agenda dos profissionais). Após este primeiro contato, o usuário é novamente encaminhado a um **“Grupo de Acolhimento”** (C3), que em nosso entendimento é um **dispositivo criado pelos trabalhadores para dar conta destas múltiplas** (e muitas vezes contraditórias) **funções do serviço:**

“O grupo de acolhimento a gente nem sabe onde tá, né? [se no Ambulatório ou no Caps]. (F)

“Grupo de acolhimento é a porta de entrada do Programa. Depois que se vê se vai pra Caps ou Ambulatório” (G)

Durante várias reuniões de equipe que acompanhamos, o grupo de acolhimento apareceu como um “problema”, como “uma coisa que vem sendo empurrada há um bom tempo” ou “uma coisa que a gente ainda precisa fechar”:

Porque quando a gente pensou, ele é um grupo que tem um número de encontros determinados, são três encontros. Seria para aquelas pessoas que têm um sofrimento, seja pela perda de alguém, algum motivo... mas um sofrimento que faz parte da vida, entendeu? Um sofrimento que tem a ver com a rotina daquela pessoa, com o ciclo de vida dela, alguma coisa nesse sentido. E a gente acha assim, por isso que chama grupo de acolhimento, dar um acolhimento, poder

ajudá-la a repensar, a elaborar aquele sofrimento e ela não precisa ser encaminhada para um atendimento mais permanente, digamos assim. Quando eu falo permanente é assim, sem saída prévia, sem uma data para sair. (F)

No entanto, com o tempo, o grupo de acolhimento passou a ser não mais uma, entre outras escolhas terapêuticas, mas um procedimento padrão para todos que procuravam o serviço:

A gente começou a perceber que as pessoas tinham diferentes entendimentos sobre o funcionamento desse grupo, de encaminhamento pra esse grupo porque quem fazia o grupo de acolhimento percebia que alguns casos não eram casos para estar no grupo. Eram casos pra ser encaminhados dentro do programa, sem passar pelo grupo (F)

Outras atividades, tal como o grupo de acolhimento, também são “híbridas”: meio Caps, meio Ambulatório como, por exemplo, o Grupo de Convivência e o Grupo de Familiares (F2, G1). As trabalhadoras entendem que, neste caso, esta mistura potencializa o grupo, pois há uma troca “que flui de uma maneira muito interessante” entre as experiências dos familiares e dos usuários do Ambulatório e do Caps, de casos menos e mais complexos.

Há também a situação onde um familiar é atendido no Caps e outro no Ambulatório, às vezes pelo mesmo profissional e no mesmo dia (D1 e D2):

Eu atendo a mãe e depois o filho chega para a oficina de caminhada. Ele chega e eu dou “tchau” pra ela. Eles estão sabendo bem, separar. Quando ela tenta se intrometer na oficina: ‘Ó fulana, tchau... agora é ele aqui comigo!’ ‘Ah, mas fala isso com ele...’ ‘Eu não, você que vai conversar com ele!’ (D)

Outra profissional menciona que trabalha como **médica no Caps e como psicanalista no Ambulatório** (referindo-se ao ambulatório como “consultório”) (A2, A4, A5, A6):

Nos grupos, eu sou médica. No consultório, não. (A)

Porque o médico, ele tem, mesmo com a classe muito desprestigiada socialmente, mas ele tem um peso. ‘Ah, o doutor

falou, o médico prescreveu, receitou'. Tem paciente que me pede: 'ah, doutora, coloca isso aí no papel pra eu colocar na geladeira... pra minha família ver que foram ordens médicas...' (A)

Como psicanalista eu não tenho nada a oferecer, a não ser: 'fale o que lhe vier na cabeça'. É resistir à angústia de tamponar o sofrimento, de oferecer remédio, uma solução... (G)

Estes são apenas alguns exemplos dos diferentes "lugares" que os profissionais ocupam conforme as distintas modalidades terapêuticas. No entanto, como já mencionado no capítulo anterior, isto não é identificado como um problema. O que não está claro e parece incomodar é a **mistura de papéis, não dos profissionais, mas entre dois tipos diferentes de serviço.**

É um meio **serviço partido**: é um ambulatório pra atendimento individual de neuróticos graves e, daqui a pouco, já é outro atendimento no Caps. Às vezes me angustia estar nesses dois dispositivos em um lugar só, **me sinto partida** (C).

O complicador, talvez, seja por conta dessa estrutura... **nunca tinha pensado nisso**: essa **estrutura mista**, Caps e ambulatório, **é mais complicada** do que grupo de medicação como médica e o atendimento individual. (A)

E o que diferencia as atividades tipo-Caps e tipo-Ambulatório? Conforme percebemos no quadro com o resumo das atividades, a equipe parece identificar, de modo geral, as **atividades coletivas**, como oficinas e grupos terapêuticos com o Caps; e os **atendimentos clínicos individuais com o Ambulatório.**

Eu acho que hoje no atendimento clínico, eu tô basicamente com usuários de ambulatório, neuróticos. E na minha cabeça, o trabalho de Caps que eu me sinto realizando, quando eu tô na Oficina de Vídeo ou no contato com os outros usuários, na sala de televisão, na hora do lanche... (C)

Uma das profissionais, em um "ato falho", identificou estes atendimentos como "particulares" (assim como a médica anteriormente referiu-se ao "consultório"), talvez em um contraponto entre as lógicas dos serviços privado e público e também à formação acadêmica hegemônica em saúde (norma antecedente) direcionada ao atendimento individual particular (privado):

Como na sexta-feira eu sabia que eu estava provisório e eu não bolei nenhum esquema de grupo, nada disso, então eu deixei meus horários assim, que eu atendo particular... particular... (risos), não, no ambulatório (N)

O **trabalho em equipe** é enfatizado como um **diferencial** na atividade de trabalho nos **Caps**, como bem resumiu uma das trabalhadoras em nossa observação preliminar: “quando é ambulatório, eu decido o que fazer com o meu paciente. Quando é paciente-caps, tenho que levar para a equipe”. Neste caso, a gestão de sua atividade já não envolve apenas o debate entre ela e o paciente, mas inclui outros profissionais, mesmo aqueles que não atendem diretamente ao usuário.

No caso da **co-terapia** (dois profissionais atendem juntos), esta **gestão coletiva** é ainda mais evidente, sendo que as exigências da atividade de atendimento em grupo vão variar muito conforme os usuários participantes, a realização da atividade de coordenação do grupo sozinha ou da parceria estabelecida. Os relatos são coincidentes em considerar que “é muito melhor trabalhar em co-terapia” (F) ou que “sozinha é muito mais lento pra perceber as coisas, o que está rolando” (G), ou ainda: “não é mais o ‘grupo da fulana’, é o grupo do Caps”. O trabalho de co-terapia “é uma química”:

Então a gente já tem uma sintonia... às vezes em um olhar... (F)

Escrita...(G)

É... às vezes a gente tá lá... e eu toco um bilhetinho... “olhar” e “bilhetinhos”. (F)

Junto a esta gestão coletiva da coordenação, a participação ativa dos usuários na atividade de atendimento em grupo é fundamental:

Então isso enriquece muito, porque a palavra circula. Outra coisa também: a produção de saber não está com a gente... claro, o analista também tem que saber... mas, no grupo, a gente circula esse saber, vai construindo esse saber... (G)

De qualquer forma, o **Caps se propõe substitutivo ao hospital psiquiátrico, e não ao Ambulatório**. Ao contrário, são dois serviços necessários em uma rede integrada de atenção à saúde mental. Modelos complementares, sem dúvida, mas voltados para populações e objetivos completamente distintos. Fazê-los

funcionar em um único local e com a mesma equipe de trabalho certamente é uma realidade de muitos municípios brasileiros que optaram em “transformar” seus ambulatorios em Caps, devido ao significativo aporte financeiro. Abrem processo e habilitam-se como Caps, mas seguem funcionando também como ambulatorio... Esta situação configura-se como um **importante impedimento** às atividades dos trabalhadores que se esforçam em fazer com que o serviço funcione como um Caps, “apesar de tudo”.

Ficamos curiosos sobre como as trabalhadoras circulam por estas **diferentes ofertas e demandas**: a “cura”, a “escuta”, a “atenção psicossocial”. Não se trata apenas de **ter uma conduta diferente e singular com cada usuário**, mas de **ter condutas diferentes com o mesmo usuário**, dependendo do espaço em que se encontram. O mesmo trabalhador faz o atendimento terapêutico do usuário (seja individual ou em grupo), o acompanha em uma oficina, na assembléia ou a um passeio, por exemplo. Trabalhadores e usuários parecem reconhecer e demarcar muito bem estes espaços:

Não sei qual é o envolvimento do meu corpo, da minha cabeça... é difícil alguém demandar alguma coisa, fora desse dia [do atendimento terapêutico]. (G)

Os usuários que eu atendo na oficina e também escuto na assembléia. Não vejo eles misturarem, trazerem questões que eles próprios percebiam que sejam de foro íntimo, situações que sejam delicadas, no espaço da assembléia... mesmo que eu esteja ali. Não remetem aquilo pra mim, naquele espaço. Eu não sei também como é que essa seleção se dá... (C)

Elas concluem que há uma mudança na postura do profissional, uma mudança na forma de se colocar frente ao usuário, que também muda a forma como o usuário se relaciona com este profissional. Uma **sabedoria “do corpo”** não codificável, pouco “dizível”... Aqui entramos em um terreno onde mais que a formação técnica ou o regramento do serviço, o que vale é a história de vida, os valores que cada trabalhador traz consigo e o modo como tudo isso (seus valores, os do usuários e os de seus colegas) entram em sinergia em determinada situação. São os **“usos de si”** (por si mesmo ou pelos outros), ou os usos do **“corpo-si”**.

Schwartz (2000b) prefere estes conceitos à subjetividade, enfatizando a dimensão “encarnada” de um indissociável corpo bio-psico-afetivo-político-social.

Embora possamos falar de “usos de si” em todas as atividades realizadas, o trabalhador parece sentir-se mais “exposto” (considerando o vazio e a ausência de normas), justamente naquelas **atividades ligadas à atenção psicossocial**, que **não são específicas a nenhum gênero profissional** e assumem características muito singulares em cada serviço, conforme os distintos interesses e experiências dos trabalhadores.

Eu não queria saber de oficina... não queria saber porque eu não sabia fazer oficina, que eu não sabia qual era o propósito da oficina. Que que eu tô fazendo aqui? Jogando dominó? (ri). Eu achava que eu não trabalhava, né? Vinha um usuário: vamos jogar um dominó? Vamos jogar carta? Mas eu não achava que eu trabalhava... a gente almoçava junto, a equipe almoçava junto com os usuários, lanchava também. Eu não me dava conta que isso era outra clínica e tal. Tô achando que eu tô trabalhando, quando eu tô fazendo clínica... essa clínica, que seria a psicanálise. Outras coisas, eu ficava morrendo de angústia... por estar assim, solta, né? (G)

Elegemos aqui três oficinas realizadas no Caps que estão diretamente relacionadas com as características “pessoais”, singulares, de quem as coordena: a oficina de beleza (G10), a oficina de vídeo (C10) e a oficina de caminhada (B2). Na oficina de beleza, a coordenadora diz “que não faz nada demais”, “dou **dicas de esmalte**, de combinações” (risos!). No entanto, aquilo que parece **simples** vai se desvelando uma **trama complexa**, a partir da reflexão sobre a atividade:

(...) E a barba, como é que fica? Esse cabelo? Aí a gente fala da questão da loucura mesmo: fulano, olha a tua aparência: o cabelo desse tamanho, as unhas! Tá com cara de maluco mesmo! (G)

Também tem uma diferença das pessoas na oficina. Por exemplo, quando eu vejo uma pessoa muito descuidada com a aparência... mas a gente sabe que é uma pessoa, que em vários momentos, quando quer ou quando consegue, tem muito cuidado. Então quando é uma pessoa que tá com a gente há muito tempo, é uma pessoa que você pode falar de igual pra igual... e não preciso

esperar a oficina de beleza pra isso. Eu posso encontrar com ele, ali fora e dizer: Fulano, que unha é essa? Eu me sinto com liberdade de falar isso pra ele, porque é uma pessoa que tá aqui e eu sei que em outras situações, ela consegue. Quando ele tá mal, em crise, ele não tá nem aí pra unha. Eu posso falar trinta vezes, que ele vai continuar com a unha imunda, né? É um medidor de crise!(risos) (F)

Pesquisador: E quando vocês sentem: agora já temos esse tempo de convívio pra fazer esse tipo de intervenção?

Ah... Isso é muito difícil de responder... (F)

Este conhecimento envolve valores “sociais”, como poder apresentar-se com as unhas cortadas e limpas ou bem pintadas com uma bonita cor; a barba aparada e o cabelo cortado – mas também a percepção do significado deste (des)cuidado com a aparência e a higiene na vida de cada usuário. É uma **sintonia “fina”** que exige uma condução diferente em cada caso. Como ser firme sem ser invasivo? Como cuidar sem infantilizar o usuário? Como não travestir este cuidado em uma ação meramente moral e asséptica?

A oficina de caminhada também é voltada para o **cuidado com o corpo** do usuário. A trabalhadora, psicóloga, diz que sempre achou que “eles precisavam de um trabalho corporal” e decidiu dar início à oficina após um período de férias, “com o que eu sabia da minha ginástica”. Antes da **caminhada**, ela passa **exercícios de alongamento**. Os percursos duram cerca de uma hora e agora são decididos com antecedência (“dava muita confusão decidir na hora”...) e envolvem uma série de variáveis:

Tem que prestar atenção no percurso escolhido, pra ver se cada um consegue acompanhar, já que alguns têm dificuldade de locomoção. Tem que ver se eles lembram por onde já passaram, como caminham pela cidade, etc. É bom quando tem duas pessoas, porque um pode ir na frente e o outro fica mais atrás, com aqueles que não conseguem acompanhar. (D)

O “A” não atravessava a ponte, agora já consegue e até já ajudou o “J” que estes dias não queria **atravessar a ponte** de jeito nenhum. “A” foi lá, pegou o braço dele: ‘não, vamos sim, eu consegui...’ (D)

A oficina de vídeo também foi uma oficina que se desenvolveu a partir de uma preferência da trabalhadora, que quis unir seus conhecimentos de **psicóloga e "cinéfila"** ("eu sempre gostei de cinema, de bons filmes"), em um entendimento, já de início, que este seria um **espaço terapêutico**. "O nome da oficina é "Oficina de Vídeo Pensarte", no sentido de pensar sobre a arte e de cada um pensar em si (pensar-se)". Ela relata que a oficina acontece todas as sextas, coincidindo com o dia de "promoção" da locadora de vídeo. Aproveita o horário de almoço para locar o filme.

Pesquisador: Como você escolhe o filme?

Quando dá tempo, eu gosto de assistir antes... Pego a sinopse mesmo, dou uma lida na história, pego uma referência com as meninas da locadora, que já sabem que eu faço esse trabalho... Agora elas até já **estão mais antenadas**, porque já tem bastante tempo... Então, elas: 'Ah, tem um filme bom pra você botar pros seus alunos' (C)

Aqui temos um exemplo de como **o coletivo envolvido** nas atividades **não se limita à equipe do Caps**. As "meninas da locadora" incluem em sua atividade, a indicação de filmes com "situações que fazem pensar". Mesmo dentro do Caps, a oficina também inclui a atividade de outros trabalhadores e não apenas da profissional que a coordena. A servente, por exemplo, faz um lanche diferenciado nestes dias: "quando dá, uma pipoquinha..."

A coordenadora da oficina menciona que o dvd foi "uma adequação tecnológica que favoreceu muito a oficina", já que tem o recurso da dublagem e muitos usuários não sabem ler ou não conseguiam acompanhar a velocidade das legendas. A reprodução de um clima "meio cinema" é proposital e também cumpre um papel social, pois **não há cinema** na cidade e "nem todos já tem dvd em casa". No entanto, a oficina não é apenas um espaço para assistir bons filmes:

Sempre coloco pra eles qual a diferença de assistir um filme da sessão da tarde, em casa. Tem a qualidade, além de você ter com quem debater. Você olhar pro filme com outro olhar mesmo. Então as pessoas que já estão há um tempo, já sentam pra assistir ao filme de uma outra forma. Não sei te explicar, mas eles já vão com

um outro olhar. (C)

A trabalhadora dá um exemplo da **potência da oficina como recurso terapêutico**:

Ele fez um percurso muito difícil de chegada até o Caps. Ele não aceitava tratamento. Era paciente crônico mesmo. Tava na rua, sujo, perambulava. Era muito resistente ao tratamento, mas a mãe vinha regularmente, no grupo de familiares, tentando trazê-lo de alguma forma... Fizemos visitas domiciliares... Ele foi internado algumas vezes. Ele acabou caindo na oficina de vídeo... Eu não sei exatamente esse percurso... mas quando eu vi, ele estava na oficina. Alguém encaminhou para a oficina de vídeo e ele começou a vir, e funcionou muito pra ele. Funcionou muito bem. E pra ele é muito marcante, um determinado filme, que é o Click. Ele fala desse filme... e esse filme foi um click pra ele. Alguma coisa mudou na cabeça dele naquele momento. Foi o espaço de escuta que ele construiu aqui, dentro do Caps. (C)

A riqueza desta experiência, no entanto, na percepção da trabalhadora, **não consegue ser partilhada**. Ela se queixa que no dia da oficina (sexta-feira) não há outros profissionais na casa: “Eu fico meio **sem um feedback** de como tá sendo o trabalho (...). Já aconteceu uma interação legal quando a gente teve **estagiários...**” Na falta desta troca, ela tenta dialogar consigo mesma:

E é uma coisa assim, que eu tenho vontade de escrever sobre isso... Escrever, pensar... Ter um outro olhar sobre esse trabalho porque perceber a funcionalidade disso, eu tenho percebido, mas eu ainda não consigo colocar isso em palavras. (C)

Outra dificuldade é quanto ao aluguel dos DVDs. Por uma questão administrativa (também uma norma a ser cumprida!) não há como prever ou justificar, considerando o Direito Administrativo, o gasto público com “aluguel de DVD”, nem com “ida ao cinema”, conforme previsto como parte da atividade da Oficina de Vídeo. É possível comprar um DVD, mas não alugar. “A gente vai pagar muito mais, pra assistir o filme um dia só! Então eu gasto do meu bolso, ou consigo

o dinheiro do Bazar ou de doações". A ida ao cinema (em outra cidade) entrou no Plano de Ações e Metas, mas há dúvidas sobre como fazer a prestação de contas:

O cinema, parece que o ingresso, por si só, não é suficiente pro Tribunal de Contas. Então a gente tem que ver como fica essa situação mais burocrática... Então, pipoca nem pensar! Como vou pagar o pipoqueiro? (F)

Vimos que para criar e acompanhar estas oficinas, as profissionais colocaram em movimento **conhecimentos e experiências** diversas, que vão **muito além de sua formação universitária ou técnica**. As preferências pessoais de cada uma - gostar de embelezar-se, gostar de fazer ginástica, gostar de filmes – foram utilizadas para potencializar os recursos do serviço. Ao contrário da máxima "ninguém é insubstituível", fica claro que em uma atividade propositalmente pouco regrada, onde a capacidade normativa dos trabalhadores é uma exigência, a **mudança ou chegada de apenas uma pessoa altera toda a rotina do serviço**. Acompanhamos a integração de uma nova colega ao serviço e percebemos o quanto a equipe teve que se esforçar para incluir em suas atividades cotidianas, a "formação" da nova integrante.

Da mesma forma, percebemos o impacto da troca de psiquiatras, principalmente para os usuários do serviço. Como vimos, o Caps insere-se em uma lógica onde o que se oferta ao usuário é o "**cuidado**" e não a "**cura**". No entanto, cabe perguntar o que buscam os usuários neste serviço? Assim como temos aqueles que querem um "laudo de doido" para garantir sua sobrevivência; temos os que procuram exatamente aquilo a que o serviço pretende ser substitutivo, como a internação psiquiátrica de um familiar ou um único "tarja preta" que alivie todos os seus sofrimentos. Esta negociação – entre a oferta do serviço e a demanda do usuário – nunca é fácil, envolvendo valores muito além daqueles quantificáveis (como o benefício previdenciário, por exemplo).

Como os trabalhadores lidam com esta diferença? Como lidam com o fato da maior procura ser justamente no "dia da psiquiatra"? A sobrecarga da agenda da psiquiatra tem impacto não apenas na atividade da médica, como de tantos outros profissionais (A1, C3) que têm que considerar na gestão de suas atividades todas

estas variabilidades (de demanda, de oferta, de horário, de circulação, de sobrecarga do colega):

Então na semana passada, por exemplo, fiquei na recepção. Dei suporte ali na recepção (...). A gente faz um apoio ali, de atender, vê se precisa de receita, se tá com algum problema com a receita e tal. A gente fica intermediando um pouco. Até percebi uma questão assim dos usuários reclamando de uma certa dificuldade de acesso à médica. Aí a gente contorna, explica a situação, que ela tá com a agenda dela lotada, que realmente tem que aguardar. Então às vezes a gente faz esse meio de campo... Facilita tanto pra ela, porque às vezes é uma coisa rápida, que ela não precisa dispensar pra poder tá atendendo mais usuários. E o usuário também se sente atendido. (C)

Já os usuários-Caps preferem freqüentar o serviço, conforme os dias em que a equipe está mais completa:

E eu não sei, talvez porque tem um número bom de pessoas na quarta-feira... na quinta tem a equipe inteira... então as pessoas, os clientes já sabem disso, e isso também faz diferença... Os clientes sabem a rotina da gente melhor do que todo mundo, então eles sabem quais são os dias que eles podem vir no serviço que vai ter mais gente, que vão conseguir algum tipo de resposta para o problema que eles estão apresentando. (N)

De qualquer forma, fica evidente o quanto às **normas relacionadas aos usuários** e suas expectativas, **transformam completamente a atividade**, exigindo renormatizações, nem sempre possíveis para os trabalhadores. É o caso do "grupo de recepção" já citado, que começou a esvaziar-se. As pessoas procuravam o serviço, eram acolhidas e agendadas para o grupo, mas não retornavam. Por que isto acontecia? As pessoas não queriam ser atendidas em grupo? Não queriam aguardar mais um mês pelo atendimento? Frente à demora, resolviam de outro jeito? E de que forma resolviam? Todas estas perguntas eram feitas e ficavam sem respostas... Enquanto isso, seguia (segue?) a mesma forma de organização para os primeiros atendimentos.

Outros exemplos da **dificuldade de renormatizar a atividade** conforme as “infidelidades” que vão surgindo, são a oficina de jornal e o Bazar. Ambas eram atividades adaptadas à clientela e ao espaço “**da outra casa**”, anterior ao espaço ocupado pelo serviço atualmente. A **oficina de jornal** tinha como objetivo ser um canal de comunicação do Caps, apresentando como que uma retrospectiva do que acontecia durante a semana.

A oficina já tem aqui no Caps desde 2001 (...). Foi feito junto com os usuários ainda na outra casa, em outro tempo, que tinha até os usuários que não estão mais hoje... Eram outros usuários, tinha outra configuração. Tem uma diferença de quando ela foi criada pra como ela está hoje. Quando ela foi criada, ela trabalhava muito mais com a escrita, até porque tinha o perfil das pessoas que participavam, que sabiam escrever. Hoje é uma oficina que muitas pessoas que participam dela, **não sabem escrever** ou apresentam muita dificuldade. (F)

Mesmo com esta clara dificuldade na escrita, a oficina permanece como “oficina de jornal”, incentivando a produção textual, embora seja permitido o desenho. Uma das coordenadoras da oficina considera que sua importância está justamente em **não ter este produto final** tão esperado. “Ela é muito do que **acontece no meio** dela”. Dá o exemplo de uma usuária, cuja história de vida foi colhida durante a oficina, permitindo achar sua família, após mais de quarenta anos de “desaparecimento” no circuito das longas internações psiquiátricas.

(...) Então eu acho que aquele momento é muito importante, as pessoas se colocam de uma outra maneira. Tem pessoas na oficina, que eu atendo no grupo. A C., por exemplo. E é outra participação, a maneira como se coloca, como através do desenho consegue falar... Dia dos namorados, ela ontem fez um coração estraçalhado, machucado, despedaçado, com preto (...). O grupo como que entendeu isso. Ela disse que ia no show do Bruno e Marroni, aí o G. vira pra ela e diz: “então pode ser que você possa voltar com o coração um pouco mais colorido... (F)

A profissional completa dizendo que está “muito em **falta** com essa oficina”, que acaba sendo prejudicada em função das atividades de gestão do serviço que são realizadas no horário da oficina:

Eu já pensei **porque eu elejo a oficina de jornal pra ser a prejudicada...** É porque eu sei que eu posso contar com outras pessoas aqui. Se é um grupo, por exemplo, que eu faço sozinha, eu vou ter que desmarcar e as pessoas, naquela semana, não vão ter o atendimento. (F)

Aqui percebemos claramente **aquilo que não se faz para fazer o que deve ser feito** e o quanto a atividade também inclui o que não pôde ser feito para conseguir realizá-la.

O **Bazar** também é uma oficina que transformou-se com **mudança de local e de usuários** participantes. As profissionais brincam dizendo que a oficina “tinha outros chefões”:

É que tinha uma usuária que é tipo “dona da quitanda”... Ela dava ordens no resto do pessoal. (F)

Agora a equipe diminuiu. Agora a gente **tem uma chefona só**, que é a L. Na verdade, ela é a chefona do serviço, não do bazar (risos) (N)

A coordenadora da oficina avalia que a usuária, com cerca de quarenta anos de internação psiquiátrica, conserva a postura de antigo **“xerife dos manicômios”**. Segundo ela, aquele que ocupava este lugar, era o “melhor paciente de todos os pacientes”, aquele que ganhava os **favores** da equipe e ocupava o lugar de **líder** entre os pacientes do serviço. “Não é um lugar que se constrói em pouco tempo. Foi a duras penas que ela conseguiu atingir o lugar do xerife”. O fato de **manter esta postura** no Caps, “em muitas situações **dificulta o trabalho** da equipe”. A impressão da equipe, portanto, é que L. é a “chefe” do Bazar, enquanto para as usuárias (vide capítulo anterior), a “chefe” é a terapeuta ocupacional, pois é ela quem “marca as roupas” (põe o preço).

O Bazar ocupa o térreo da casa onde funciona o serviço, vendendo roupas doadas, como em um brechó. Por ser uma **oficina de geração de renda** nos

apresenta algo muito interessante pois, em algum momento, **profissionais e usuários formam um coletivo de trabalho**. As tarefas são variadas:

“Bazar é uma coisa que demanda, se a gente for destrinchar a atividade, por partes: escolher roupa, limpar roupa, arrumar roupa, guardar sapato, montar preço, montar o bazar, vender, fazer troco, desmontar o bazar” (N).

Apesar desta variedade, que poderia ser facilitadora para a integração de diferentes perfis de usuários, não há muita adesão à oficina. Os participantes são os mesmos há muito tempo: “são aqueles que vem para sentar no banco... são pessoas que a gente tem que suar a camisa pra tirar um pouco dessa condição, porque a gente não precisa de cinco ‘móveis’ [no sentido de mobília]...” (N) São pessoas, segundo ela, que não precisariam vir ao Caps regularmente, como fazem. É curioso que os **freqüentadores assíduos** do Caps sejam justamente aqueles que, na avaliação da equipe, “**não precisam**”. São os “**crônicos-beleza**” que, apesar do transtorno mental grave, estão “estabilizados”, sem sintomas ativos da psicose.

A chamada “**cronicidade**” é um **desafio** no cuidado em saúde mental. A pessoa tende a repetir determinados modos de levar a vida, em uma clara **dificuldade em ser normativo**, ou seja, em instituir novas normas de vida, conforme as mudanças que acontecem. Aliás, lidar com qualquer mudança ou alteração na rotina é muito difícil.

O Bazar tem uma arrumação lá, que é fixa. Pra **mexer naquela arrumação, é um deus nos acuda**. Por exemplo, tem muito material, muito velho, muito sujo, que não serve pra vender e é pra lixo. Pra conseguir convencê-los (risos...). Vamos fazer uma catada, não sei o que... é muito difícil... eles não... ou eles querem levar tudo pra casa deles, que é um comportamento bem de psicótico crônico... vamos levar o lixão pra casa... ou eles não conseguem se livrar daquilo. (N)

Souza (2006:221) tece considerações bastante pertinentes “acerca dos **possíveis contidos nos impossíveis** do trabalho de pessoas com transtornos mentais graves”, perguntando-se em que medida estas oficinas contribuem para que os usuários tenham espaço para o exercício da normatividade? Como tentam

estabelecer uma relação entre usuário e profissional de saúde que não se resuma à submissão ou pura tutela? Como repetem (ou não) a lógica de mercado atual? Um exemplo, citado pela coordenadora da oficina, são os **critérios para o pagamento** no Bazar:

O S.J. vive dormindo ou falta muito... e a gente tem que ficar em cima... a gente tem que ser **tão crônico quanto ele**: acorda, S.J.! Só que aí assim, a V. e a L. faltam do mesmo jeito que o S.J., com a diferença que elas vêm e dão uma justificativa: uma dor de cabeça, uma consulta no posto, dentista (...). Chega na reunião de pagamento do Bazar: ah, o S. J. faltou tantas vezes - a L. né? – então ele vai ter que ser descontado, não é V.? Então a L. decide... Não, então vamos ver quem faltou... tal dia faltou uma, tal dia faltou a outra, então vamos descontar de todo mundo... porque faltar por faltar... você tem horário livre na sua semana pra ir ao médico e se você resolveu ir na hora do Bazar, então é falta, a menos que seja uma emergência... (N)

Percebemos que aqui há um **apelo** para que os usuários repensem seus critérios e transitem de uma posição de “doente” para a de “trabalhador”. De todo modo, a coordenadora entende que estes “são instrumentos que a gente usa pro tratamento, **não é uma atividade de trabalho**, por exemplo”.

Além de “outros chefões” e outra coordenação, a mudança de local também teve importantes efeitos no funcionamento do Bazar. A “outra casa” ficava em um lugar de grande circulação de pessoas e o Bazar, mais próximo à rua. Agora, o movimento é sempre das mesmas pessoas, que moram no bairro ou vêm ao colégio próximo:

Então a gente tem uma **circulação pequena e fixa**... Estes que vieram pra comprar uma vez ou outra, eles fazem a doação até hoje. Por isso a gente tem aquele quartinho abarrotado... Na verdade, eles **vieram pra comprar poucas vezes e doam direto!** (N)

Isto fez **cair** bastante o **rendimento** do Bazar, “que hoje é mais uma oficina de **geração de troco**, não chega a ser de renda”! Refletindo sobre este e outros “**fracassos**”, a coordenadora da oficina fala dos esforços de renormatização, que passam por novas “técnicas de vendas”, diversificação dos usuários, mudança de local até o aumento de seu envolvimento com a oficina:

Uma vitrine, né? A vitrine são os dois portões, né? (risos). Fico brigando: vamos fazer uma vitrine só de festa porque se a gente vende uma roupa de festa em um mês, o dinheiro já cobre, porque entra 50, 100 reais de uma vez. É onde faz o dinheiro... (N)

Tem, por exemplo, a proposta de levar o Bazar pra fora. Vira e mexe, a gente tá sempre falando, só que com esses três [usuários], não dá pra colocar eles na pracinha, por exemplo... Eles não conseguem fazer troco. (N)

A crítica que eu faço é essa: eu devia ficar mais, pra poder movimentar um pouco mais. A minha tentativa foi pedir pra equipe que fizesse mais indicações pra outros clientes, que eu não conheço. (N)

A diminuição de sua participação no Bazar, segundo ela, “aconteceu como aconteceu com o resto da equipe. Tem uma hora que a gente acaba deixando o térreo de lado e a gente fica só no segundo andar”. O **térreo é o “nicho” dos usuários** freqüentes do Caps, com pouca circulação da **equipe**, que acaba ocupando o **segundo andar**, onde ficam as **salas de atendimento**:

Aí você vai se envolvendo em outras atividades, acabei montando outros grupos aqui pra cima, que tomam muito meu tempo... e aí eu tenho que me esforçar pra **reservar um tempo** pra ir lá pra baixo... (N)

São **características físicas** do serviço que também **influem diretamente na atividade**:

Ainda mais que aqui a gente tem essa característica física... são as duas coisas que mais pegam, fisicamente, nesse serviço: o fato de ter **dois andares**, o andar de baixo não é um lugar de circulação da equipe porque as salas ficam todas aqui (no andar de cima), e o

trem passando... são **coisas físicas que influem diretamente na dinâmica do serviço**. A **equipe** tá meio sempre que **exilada** no cantinho mais razoável pra poder trabalhar, e os **pacientes...** tão por aí! Lá é o nicho deles (lá embaixo), a **garagem** é o **nicho deles**, porque é onde está a L., porque é onde eles têm um pouco mais de privacidade... embora seja muito mais insalubre que o resto da casa.

O caráter híbrido ou “partido” do serviço traduz-se em sua própria **arquitetura**. A equipe relata, preocupada, que já fez várias “tentativas e movimentos” para os usuários “subirem”. Colocaram a televisão pra cima e deixaram uma sala para o “pessoal do crochê”, por exemplo, mas “nada adianta”, parece uma “**resistência**”. O que será que acontece? Qual seria a clientela do Caps, já que não é a do ambulatório “lá de cima”, nem a dos “esquecidos lá de baixo”?

A “**paisagem sonora**” do local também interfere e transforma a atividade. Há uma linha de trem, com grande movimentação, que passa há poucos metros do serviço. Os mais variados momentos e atividades são interrompidos pela passagem do trem que faz a casa literalmente “tremar” e torna impossível qualquer diálogo.

Isso é uma coisa que tá implícita aqui no trabalho no serviço: atender paciente com o trem passando. “Só um momentinho... pro trem passar”... O trem faz parte, presença constante... (N)

A fala da equipe é sempre entremeada por exemplos diversos da **falta de condições** para a realização das atividades de trabalho no Caps. Junto aos exemplos já citados, temos outros, tais como a dificuldade em substituir uma simples lâmpada (“Uma coisa tão simples, basta ter uma escada pra trocar”!) ou **conseguir o carro** para as visitas domiciliares (“Mesmo agendado com antecedência, não é garantido, pois pode surgir outra ‘prioridade’, no entendimento de quem agenda o carro”). Para tentar resolver estes e outros problemas relacionados à falta de recursos financeiros, a equipe conseguiu abrir uma **conta separada** para a saúde mental, garantindo que os recursos do financiamento do Caps sejam exclusivamente destinados a este fim.

Os projetos de investimento incluíam a compra de um automóvel para ampliar as visitas domiciliares, mas a prefeitura não garantiria combustível, nem motorista. Percebemos, assim, que o problema não é apenas falta de recursos financeiros, mas uma **normatização administrativa rígida** que funciona como importante impedimento de atividades com maior plasticidade, como as exigidas na área de saúde. Estas regras, no entanto, existem justamente para coibir abusos já realizados... Como transitar neste conflito explícito entre as normas que impedem o abuso da “coisa pública” e as normas da própria organização do serviço (visitas domiciliares, oficinas variadas, etc)? Não será um **convite à irregularidade**? Será que só é possível trabalhar nestes locais “burlando” normas? Será que a viabilização do projeto Caps só pode ocorrer se os trabalhadores inventarem os meios para o desenvolver?

Nesta discussão sobre a falta de recursos, meios e normas para a realização das atividades de trabalho nos Caps, não podemos deixar de fora a discussão sobre a **remuneração** dos trabalhadores. Tal como neste Caps específico, é comum que os profissionais de saúde trabalhem em mais de um local (muitas vezes com atividades bem distintas) e em municípios diversos. É comum, ainda, que tenham vínculos precários (contrato temporário) e mal remunerados (entre dois e quatro salários mínimos para 30 horas semanais). A médica (ainda o profissional melhor remunerado nas equipes) resume:

O que tá acontecendo hoje em dia, no Brasil, é que a medicina tá sendo muito expropriada, eu diria isso, de uma conotação que sempre foi dela, muito própria dela e que resolveram expropriá-la disso, que é a possibilidade da relação médico-paciente se estabelecer... isso foi alguma coisa que, eu não diria só o SUS não, eu diria os planos de saúde também, sabe? Acabaram com o tempo... A remuneração é tão baixa que você tem que faturar. E nós somos humanos, né? Você vai dizer pro doutor que ele atenda quatro, em vez de atender vinte, pra fazer um bom atendimento, ele vai dizer: não posso, eu tenho família pra sustentar... Então, isso acabou com a medicina. Hoje ele tem que atender em quatro horas, coisa que há vinte, trinta anos atrás, em quatro horas, você atendia seis pacientes, né? Você atendia, quando muito, oito pacientes.

Hoje, você atende vinte, quando não atende mais... quer dizer, acabou com a medicina, né? (A)

Estes conflitos parecem ser uma questão presente em grande parte dos Caps brasileiros. No entanto, outras características e atividades são peculiares ao porte da cidade em que o serviço está localizado. Em uma **pequena cidade**, por exemplo, os trabalhadores vivenciam **curiosos imprevistos** que ora contribuem ora dificultam a renormatização de suas atividades:

Na sexta-feira não conseguimos fazer a visita domiciliar de urgência, como gostaríamos. Aí no sábado, eu fui na “feirinha de flores” e encontrei com ele e toda a família. Conversamos e vi que ele estava bem (F)

Tinha uma paciente que quando estava em crise, sempre ficava sentada em um ponto de ônibus que vai pro bairro onde ela mora. Eu fui a casa de um amigo que morava ali perto e eu vi a N., fora do horário de trabalho, não tinha nada a ver (...). E eu fiquei horas ali, conversando com ela... (F)

Estamos caminhando, aí chega a mãe da J.R. e se oferece para carregar minhas bolsinhas de supermercado... Então, é isso, eu moro em um lugar aqui, num bairro, que a maioria dos usuários, dos malucos, estão todos por lá, entendeu? É interessante... (D)

Na segunda-feira, por exemplo, eu atendi um retorno que eu mesma agendei, de um acolhimento que eu fiz, e que eu havia feito um estudo do caso com a D, porque eu precisava que alguém atendesse e eu não queria trazer esse caso pra nossa reunião de equipe... por uma questão ética... porque é uma pessoa que trabalha na casa da mãe de um profissional aqui do grupo. (B)

A característica de “serviço do interior” também tem efeitos nos modos de relacionar-se com a **Gestão Estadual**, responsável por traçar objetivos comuns que todos os serviços municipais devem cumprir. Há um momento “idílico” ao qual quase toda equipe se refere, onde todos estavam unidos no compromisso de fazer o serviço funcionar da melhor forma. Era um “acordão” da equipe para se impor às interferências da gestão estadual:

Era também como o Estado tratava a gente. Quando vinham aqui, a

impressão que dava é que a gente não sabia nada. Que a gente era um bando de caipira e que eles iam trazer as boas novas pra gente... (G)

Embora denominadas como “**supervisões**”, as reuniões que acompanhamos dos representantes da gestão estadual com a equipe do Caps, tinham o nítido caráter de cobrar ações “estratégicas”, tais como: diminuição e regulação das internações psiquiátricas, desinstitucionalização de municípios que viviam em clínicas psiquiátricas com ordem de fechamento pelo Estado, criação de Serviços Residenciais Terapêuticos, criação do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), transformação do serviço em Caps II, entre outras metas que colaboram para os números da reforma psiquiátrica no país. Os trabalhadores ficavam muito incomodados com estes encontros que os colocavam entre “a cruz e a espada”, ou seja, entre as cobranças do gestor estadual e as desculpas do gestor municipal.

Eu acho que o positivo na reunião, eu acho que a assessoria conseguiu perceber que a falha não é da equipe, unicamente. Que os profissionais não são os responsáveis sozinhos pelo que não dá certo aqui no Programa. É muito complicada a gestão... porque às vezes a gente pede, sinaliza, encaminha documento solicitando uma série de providências que não são tomadas. (B)

Mais uma vez aqui, temos o exemplo claro da diferença entre a atividade de gestão e a gestão da atividade... Se o compromisso de uma gestão (como atividade) com os preceitos da reforma é importante para a constituição e consolidação destes serviços, é no cotidiano da gestão da atividade que a reforma se torna possível, “apesar de tudo”.

Observamos dois “pontos de vista” bem distintos: um vinculado às normas antecedentes (as ações estratégicas previamente definidas); o outro referente ao registro do “real”, das nuances e variações encontradas na efetivação do que é proposto. Este registro é ignorado e desprezado pelos responsáveis pela gestão, que se comunicam de forma não dialógica, isto é, orientam-se exclusivamente no sentido de identificar se o que foi estabelecido foi cumprido. Tudo o que foi realizado, todos os sucessos da equipe – e mesmo as razões dos fracassos – deixam de ser compartilhados. Portanto, as experiências adquiridas pela equipe em seu cotidiano –

os saberes investidos na atividade – tendem a se perder ao invés de se fortalecerem e colaborarem para o desenvolvimento da atividade de trabalho nos Caps.

TECENDO CONSIDERAÇÕES

Da mesma forma que esta Tese nasce de Encontros, ela tenta promover o Encontro entre diferentes saberes sobre o trabalho em saúde mental. Frente à diversidade aqui apresentada, neste capítulo final, à guisa de conclusão, tentaremos retomar e “costurar” os diferentes fios aqui lançados, em uma trama de saberes que pode auxiliar a amparar e desenvolver o trabalho em saúde mental.

Começamos pelos saberes já formalizados e acessíveis, apresentando a nossa construção dos conceitos de Saúde e Trabalho. Para problematizar as diferentes concepções de saúde, valemo-nos das considerações em torno do tema do normal e do patológico realizadas por G. Canguilhem e dos estudos de M. Foucault sobre a disciplinarização da sociedade moderna. Nossa intenção foi refletir sobre como a Saúde Coletiva pode constituir práticas que sejam normativas e não apenas normalizadoras, como aquelas que tradicionalmente marcaram a Saúde Pública. Em seguida, discutimos os principais estudos que tratam do tema do trabalho e suas modificações, privilegiando os debates atuais em relação à sua função como categoria central de análise e de coesão social das sociedades modernas. A partir das leituras de Y. Schwartz em busca de uma filosofia que tomou o trabalho como “matéria estrangeira” (e não como categoria universal), chegamos a uma compreensão do trabalho que considera não apenas seu caráter abstrato, como mero produtor de valor e alienação, mas o “trabalho vivo em ato”, que chama à gestão permanente de saberes e valores.

O próximo passo foi destacar algumas contribuições do ponto de vista da atividade para analisar o trabalho em saúde, reconhecendo a dinâmica entre a produção de normas antecedentes e o vazio de normas (frente à impossibilidade de antecipação total da atividade), que chama à ação normativa dos trabalhadores. No entanto, consideramos que no caso do trabalho nos serviços de saúde brasileiros, o que temos não é apenas um vazio de normas mas uma ausência de normas, posto que faltam alguns referenciais fundamentais para a atividade. Se a capacidade normativa, de criação de novas normas (renormatização), é algo inerente a toda

atividade de trabalho, no setor saúde, ao menos no caso do Brasil, isto se torna um incontornável imperativo. A criatividade, muitas vezes, não é vivenciada apenas como uma conquista, mas como um fardo, uma obrigação excessiva. E qual será o limite entre um vazio de normas que chama à reinvenção saudável e a ausência de normas que fragiliza e exaure o trabalhador no uso exacerbado de si?

Em seguida, visitamos o patrimônio de estudos brasileiros sobre a relação entre saúde e trabalho em saúde mental, percebendo que trata-se de um tema recente, que data de pouco menos de uma década. No final dos anos 1990, predominaram os estudos em torno do conceito de estresse em profissionais da enfermagem e trabalhadores de hospitais psiquiátricos. Atualmente os estudos não apenas cresceram significativamente, como se tornaram mais complexos e ganharam em qualidade, privilegiando os trabalhadores de saúde mental dos Caps. A bibliografia tende a destacar os desafios colocados aos trabalhadores pela proposta de “cuidar sem segregar” que exige a redefinição de seu papel como profissional, sua relação com a equipe e os usuários, bem como sua concepção de loucura e cuidado.

Nestes estudos, o trabalho em saúde mental é identificado como uma atividade, ao mesmo tempo singular e coletiva, criativa e angustiante, gratificante e desgastante e que, para além do corpo do trabalhador, deve contar com sua capacidade relacional. Os conceitos mais utilizados nesses estudos, mesmo que por vezes mal definidos, são aqueles relacionados ao campo da Saúde Mental do Trabalhador, tais como: estresse, desgaste, sobrecarga, impacto, sofrimento psíquico, modos de subjetivação e vivência subjetiva.

Finalmente, ainda considerando os saberes formalizados, chegamos ao surgimento dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps), suas principais propostas e algumas considerações sobre os desafios da atividade de trabalho nestes serviços. Em contraponto à conhecida afirmação de que “conhecer um hospital psiquiátrico é conhecer a todos”, hoje temos o discurso de que “cada Caps é um Caps”. Desejar a plasticidade do serviço e incentivar a ação normativa dos trabalhadores, no entanto, não pode encobrir a necessidade de algumas normas essenciais que sustentem a atividade de trabalho, no sentido de reger e apoiar os comportamentos e decisões

de cada trabalhador preservando, inclusive, sua saúde. Nossa hipótese é que os trabalhadores dos Caps, frente a esta ausência de normas e aos impedimentos em desenvolver e compartilhar sua atividade, acabam recorrendo justamente ao modelo manicomial que pretendem superar.

Fechar manicômios e abrir serviços comunitários não garante a ultrapassagem das velhas tecnologias do poder psiquiátrico ou da lógica da compaixão. Elas estão por toda parte e certamente integram o patrimônio e a memória do coletivo de trabalhadores dos Caps.

De qualquer forma, a reforma psiquiátrica traz elementos complexificadores para a atividade do trabalhador de saúde mental. À dupla função da psiquiatria (cuidado e tutela) somam-se muitas outras. O cuidado em saúde mental não pode mais ser reduzido a uma atividade caridosa ou à execução de tarefas, baseada em um conhecimento técnico-científico. Exige, agora, um trabalhador implicado política e afetivamente com o projeto de transformação do modo como a sociedade tem se relacionado com a loucura, que trabalhe de forma interdisciplinar, em uma articulação da gestão com a clínica, circulando pela cidade, considerando um duplo papel: ser agenciador tanto do cuidado, como da rede – e não apenas da rede de saúde, mas de uma rede de suporte social.

Na última parte do trabalho, nos aproximamos dos saberes investidos na atividade, com a constituição de uma Comunidade Ampliada de Pesquisa, formada por três pesquisadores acadêmicos e os trabalhadores de um Caps. Apesar de não nominado, não esquecemos do pólo das exigências éticas e epistemológicas, buscando construir neste coletivo, o ponto de vista da atividade.

Percebemos que na atividade de trabalho nos Caps predominam as variabilidades em detrimento da estabilidade, requerendo a ação normativa constante dos trabalhadores, naquilo que chamamos de um “uso exacerbado de si”. A gestão da atividade é coletiva, envolvendo trabalhadores, usuários, familiares e ainda demandas diversas da gestão de saúde (seja nacional, estadual ou municipal) e até mesmo de outros serviços.

No caso dos trabalhadores que participaram da pesquisa, diversas atividades (gestão do serviço, acolhimento, etc) não têm previsão de horário ou agenda. São

realizadas “no buraco”, ou seja, no intervalo entre uma atividade e outra. Estes “imprevistos previstos” apontam para as micro-gestões realizadas pelos trabalhadores, que incluem “aquilo que não se pode fazer para fazer o que deve ser feito”, bem como a gestão de atividades distintas e simultâneas. Refletem, ainda, a forma híbrida e paradoxal como funciona um serviço “dois-em-um”. Aqui não nos referimos apenas ao duplo papel do trabalhador, como agente de cuidado e agenciador de uma rede de cuidados, próprio do modelo Caps, mas à existência de dois serviços no mesmo local e com a mesma equipe: um Caps e um Ambulatório.

Consideramos que este funcionamento híbrido é um importante impedimento à atividade de trabalho nos Caps. Frente a estes impedimentos, os trabalhadores valem-se de estratégias diversas, ora “contaminados” pelo modelo ambulatorial que tende a puxar tudo para si (como os atendimentos psiquiátricos ou o acolhimento), ora revertendo o caráter negativo deste tipo de funcionamento para potencializar sua atividade de trabalho (como nos grupos de acolhimento, de convivência ou de familiares).

A equipe parece identificar as atividades coletivas, como oficinas e grupos terapêuticos como atividades-Caps, enquanto os atendimentos clínicos individuais são relacionados como atividades-Ambulatório. Há, ainda, atividades híbridas, que não se encaixam completamente nem em um, nem em outro modelo (grupo de acolhimento, grupo de familiares). Nas atividades relacionadas ao ambulatório, os perfis profissionais parecem estar mais definidos (atendimento realizado pelo psiquiatra, pelo psicólogo, pelo assistente social). O mesmo não acontece com o Caps, que inclui uma gama de atividades que são realizadas por todos os trabalhadores, independente de sua formação profissional. Ao borrar as fronteiras dos especialismos, a proposta do Caps entra em conflito com a formação universitária e algumas “regras de ofício” de cada profissão, fazendo com que os trabalhadores fiquem confusos em relação ao que “podem ou não fazer” (como a assistente social que relata que acham que ela é psicóloga, ou a enfermeira que não sabe se deve ou não coordenar grupos terapêuticos).

Sendo assim, embora possamos falar de “usos de si” em todas as atividades realizadas, o trabalhador parece sentir-se mais “exposto” (considerando o vazio e a

ausência de normas), justamente naquelas atividades ligadas à atenção psicossocial, que não são específicas a nenhum gênero profissional e assumem características muito singulares em cada serviço, conforme os distintos interesses e experiências dos trabalhadores.

Não por acaso, a formação considerada válida para o trabalho em saúde mental nos Caps é aquela realizada em serviço (nos estágios), e não a universitária. Também não é identificada uma continuidade entre as experiências de trabalho em clínicas, ambulatórios ou hospitais psiquiátricos e as atividades realizadas nos Caps, como exemplifica uma trabalhadora: “Minha experiência anterior não existiu. Eu trabalhei muito em hospital psiquiátrico e em hospital-dia”.

Vimos que para criar e acompanhar as oficinas, por exemplo, as profissionais colocaram em movimento conhecimentos e experiências diversas, que vão muito além de sua formação universitária ou técnica. As preferências pessoais de cada uma - gostar de embelezar-se, gostar de fazer ginástica, gostar de filmes – foram utilizadas para potencializar os recursos do serviço. Ao contrário da máxima “ninguém é insubstituível”, fica claro que em uma atividade propositalmente pouco regrada, onde a capacidade normativa dos trabalhadores é uma exigência, a mudança ou chegada de apenas uma pessoa altera toda a rotina do serviço, sendo que muitas experiências desenvolvidas nas oficinas ainda não conseguem ser compartilhadas.

De todo modo, os trabalhadores circulam por estas diferentes ofertas e demandas: a “cura”, a “escuta” ou a “atenção psicossocial”, onde não se trata apenas de ter uma conduta diferente e singular com cada usuário, mas de ter condutas diferentes com o mesmo usuário, dependendo do espaço em que se encontram (atendimento clínico e assembléia, por exemplo). Ocupar estes diferentes lugares, no entanto, conforme as distintas modalidades de atendimento, parece não ser um problema. Os trabalhadores entendem que há uma mudança em sua postura profissional, uma mudança na forma de se colocarem frente ao usuário, que também muda a forma como o usuário se relaciona com eles. Uma sabedoria “do corpo” não codificável, pouco “dizível”, mas que garante os diferentes espaços de cuidado dentro do Caps. Ao contrário, a mistura de papéis que incomoda aos

profissionais e constrange sua atividade, é entre os dois tipos diferentes de serviço (Caps e Ambulatório). Este caráter híbrido ou “partido” traduz-se, ainda, na própria arquitetura do serviço (dois andares) e na idealização de uma clientela própria dos Caps, que não seria nem os usuários do Ambulatório, nem os “crônicos-beleza” atualmente atendidos.

Fora a organização do serviço, vários outros fatores influenciam diretamente na atividade de trabalho nos Caps, exigindo a ação normativa dos trabalhadores, como por exemplo, as características físicas do serviço (dois andares, ruído, iluminação, etc), o lugar (rua, bairro) ou a cidade em que está localizado. A mudança ou chegada de apenas uma pessoa nova à equipe altera toda sua rotina, assim como a mudança de clientela e/ou expectativas em relação ao serviço.

Vimos, no entanto, que nem sempre estas renormatizações são possíveis, sendo que às vezes os trabalhadores insistem em um modelo que não funciona mais, como no caso do grupo de acolhimento e das oficinas adaptadas a outros espaços e clientelas. Por outro lado, os profissionais fazem um grande esforço para trabalharem “apesar de tudo”.

A fala da equipe é entremeada por exemplos da falta de condições e meios fundamentais para a realização de suas atividades (baixos salários, falta de impressora, carro ou de escada para trocar lâmpada). O problema não é apenas falta de recursos financeiros, mas uma normatização administrativa rígida que funciona como importante impedimento de atividades com maior plasticidade, como as exigidas na área de saúde, levando quase que incondicionalmente à irregularidade. E este é apenas um, entre tantos outros exemplos, de normas conflitantes que os trabalhadores devem gerir em sua atividade (oferta do serviço X demanda dos usuários; demandas dos gestores municipais X demandas dos gestores estaduais; caps X ambulatório, etc)

Frente a tantos impedimentos e falta (e/ou antagonismo) de recursos, meios e normas para a realização da atividade de trabalho nos Caps, nos perguntamos se a viabilização deste projeto reformista só é possível com a invenção, pelos trabalhadores, dos meios para desenvolvê-lo. Se assim for, não podemos considerá-lo uma política pública, mas um trabalho de militância que não terá fôlego para se

estender pela amplitude da rede de Caps atualmente existente no Brasil. Promover os meios para o desenvolvimento do trabalho em saúde mental – incluindo a formalização e fortalecimento dos saberes investidos na atividade – é fundamental para a ampliação do campo de ação dos trabalhadores, na busca de produção de saúde e práticas de liberdade para usuários e trabalhadores.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVAREZ, D.; TELLES, A.L. Interfaces ergonomia-ergologia: uma discussão sobre trabalho prescrito e normas antecedentes. In: FIGUEIREDO, M. et al. (orgs). *Labirintos do trabalho: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo*. Rio de Janeiro: DP&A; 2004. p. 63-90.

AMARANTE, P. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

AMARANTE, P. Loucura, cultura e subjetividade: conceitos e estratégias, percursos e atores da reforma psiquiátrica brasileira. In: FLEURY, S. (org.). *Saúde e Democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos Editora, p. 163-85, 1997.

AMARANTE, P. A clínica e a Reforma Psiquiátrica. In: AMARANTE, P. (org.) *Archivos de Saúde Mental e Atenção psicossocial 1*. Rio de Janeiro: Nau, 2003.

ANDRADE, J.M.P. O risco como potencialidade no trabalho com saúde mental. In: MERHY, E.E.; AMARAL, H. (Org.). *A reforma psiquiátrica no cotidiano II*. São Paulo/Campinas: Aderaldo & Rothschild/Serviço de Saúde Doutor Cândido Ferreira, p. 82-106, 2007.

ANTUNES, R. *Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e negação do trabalho*. São Paulo: Boitempo, 2000.

_____. *Adeus ao trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho*. São Paulo: Cortez, 2005.

ANTUNES, S.M.M.O; QUEIROZ, M.S. A configuração da reforma psiquiátrica em contexto local no Brasil: uma análise qualitativa. *Caderno de Saúde Pública*. 23(1): 207-215, 2007.

ARENDT, H. *A condição humana*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

BANDEIRA, M. Desinstitucionalização: estão os profissionais de psicologia preparados? *Psicologia: Teoria e Pesquisa*; 8 Supl: 373-84, 1992.

BANDEIRA, M.; ISHARA, S.; ZUARDI, A.W. Satisfação e sobrecarga de profissionais de saúde mental: validade de construto das escalas SATIS-BRe IMPACTO-BR. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 56(4):280-286, 2007.

BANDEIRA, M.; PITTA, AM.F.; MERCIER, C. Validação das escalas de avaliação da satisfação (SATIS-BR) e da sobrecarga (IMPACTO-BR) da equipe técnica em serviços de saúde mental. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*; 49: 105-15, 2000.

- BARROS, M.E.B.; LOUZADA, A.P.; VASCONCELLOS, D. Clínica da atividade em uma via deleuziana: por uma psicologia do trabalho. *Informática na educação: teoria & prática*. 11(1):14-27, 2008.
- BENEVIDES, R.; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 10(3):561-571, 2005.
- BASAGLIA, F. *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.
- BAUMANN, Z. *Modernidade líquida*. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.
- BERNARDES, A.G.; GUARESCHI, N.M.F. Trabalhadores da saúde mental: cuidados de si e formas de subjetivação. *Psicologia USP*, 15: 81-101, 2004.
- BERTONCELLO, N.M.F.; FRANCO, F.C.P. Estudo bibliográfico de publicações sobre a atividade administrativa da enfermagem em saúde mental. *Revista Latino-americana de Enfermagem*; 9(5): 83-90, 2001.
- BEZERRA JR., B. O cuidado nos Caps: os novos desafios. In: ALBUQUERQUE, P.; LIBÉRIO, M. (orgs.) *O cuidado em saúde mental: ética, clínica e política*. Rio de Janeiro: Coordenação de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, 2004.
- BICHAFF, R. *O trabalho nos centros de atenção psicossocial: uma reflexão crítica das práticas e suas contribuições para consolidação da reforma psiquiátrica*. Dissertação (Mestrado). São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2006.
- BIRMAN, J. A *Physis* da Saúde Coletiva. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*; 15(Supl):11-16, 2005.
- _____. Interpretação e Representação na Saúde Coletiva. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*; 1(2), 1991.
- _____. *A psiquiatria como discurso da moralidade*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- BIRMAN, J.; COSTA, J.F. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: AMARANTE, P. (Org.). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 41-72, 1994.
- BORGES, M.E.S. *O RH está nu: tramas e urdiduras por uma gestão coletiva do trabalho*. Tese (Doutorado). Rio de Janeiro: Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 2006.
- BORGES, C. F.; BAPTISTA, T.W.F. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(2):456-468, 2008.
- BOTECHIA, F.R. *O desafio de compreender-desenvolver um regime de produção de saberes sobre o trabalho e suas relações: a "Comunidade Ampliada de Pesquisa"*.

Dissertação (Mestrado). Rio de Janeiro: Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, Universidade Estadual de Rio de Janeiro, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Legislação em Saúde Mental 1990-2002*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. *HumanizaSUS: grupo de trabalho de humanização*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: OPAS, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde mental no SUS: acesso, equidade e qualidade. Relatório de Gestão 2008*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde Mental em Dados – 6*, ano IV, nº 6. Informativo eletrônico. Brasília: 2009b (acesso em 10/07/2009).

BRÊDA, M.Z.; AUGUSTO, L.G.S. O cuidado ao portador de transtorno psíquico na atenção básica de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*; 6: 471-80, 2001.

BRITO, J.C. Saúde do trabalhador: reflexões a partir da abordagem ergológica. In: FIGUEIREDO, M. et al. (orgs). *Labirintos do trabalho: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo*. Rio de Janeiro: DP&A; p. 91-114, 2004.

BRITO, J.; ATHAYDE, M. Trabalho, educação e saúde: o ponto de vista enigmático da atividade. *Revista Trabalho, Educação e Saúde*; 1(2): 63-89, 2003.

BRITO, J.; MUINIZ, H.; SANTORUM, K.; RAMMINGER, T. *O trabalho nos novos e antigos serviços de saúde: entre a inflação e a ausência de normas* [no prelo], 2009.

CAMPOS, C.M.S.; SOARES, C.B. A produção de serviços de saúde mental: a concepção de trabalhadores. *Ciência e saúde coletiva*; 8:621-8, 2003.

CAMPOS, G.W.S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência e Saúde Coletiva*; 5(2):219-230, 2000a.

_____. *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. São Paulo: Hucitec, 2000b.

CAMPOS, R.O. Clínica: a palavra negada – sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental. *Saúde em debate*; 25(58):98-111, 2001.

CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006 [1966].

_____. *Escritos sobre a medicina*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005.

_____. Apertura. In: ROUDINESCO E. (org) *Pensar la locura: ensayos sobre Michel Foucault*. Buenos Aires: Paidós; p. 33-6, 1996.

_____. O que é a psicologia? *Tempo Brasileiro*: Rio de Janeiro, 30/32, jul/dez, 1972.

CAPONI, S. Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud. *História, Ciências, Saúde*; 4(2):287-307, 1997.

_____. *Da compaixão à solidariedade: uma genealogia da assistência médica*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2000.

_____. Michel Foucault e a persistência do poder psiquiátrico. *Ciência & Saúde Coletiva*; 14(1):95-103, 2009.

CARVALHO, M.B.; FELLI, V.E.A. O trabalho de enfermagem psiquiátrica e os problemas de saúde dos trabalhadores. *Revista Latino-americana de Enfermagem*; 4(1):61-9, 2006.

CASANOVA, E.G. *O cuidado de enfermagem em unidade de internação psiquiátrica: uma transição do asilar para a reabilitação psicossocial: o familiar e o exótico*. Tese (Doutorado). Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2002.

CASTEL, R. *A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo*. Rio de Janeiro: Graal; 1978.

_____. *As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário*. Petrópolis: Vozes, 1998.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis - Rev. saúde coletiva*; 14(1): 41-65, 2002.

CECCIM, R.B. Onde se lê "recursos humanos em saúde", leia-se "coletivos organizados de produção em saúde": desafios para a educação. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Org.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: IMS/Uerj; p. 161-80, 2005.

CLOT, Y. Ivar Oddone: os instrumentos de Ação. In: *Les Territoires du Travail: les continents de l'expérience*, nº3, 1999 (Tradução de Milton Athayde & Claudia Osório).

_____. Clínica do trabalho, clínica do real. In: *Le journal des psychologues*, nº 185, 2001 (Tradução de Kátia Santorum & Suyanna Linhales Barker).

_____. *A função psicológica do trabalho*. Petrópolis: Vozes, 2006.

_____. A psicologia do trabalho na França e a perspectiva da Clínica da Atividade. *Comunicação Oral*. Niterói: Conferência, 2007 (mimeo). (Tradução de Cláudia Osório e Neide Ruffeil).

CODO, W. *Educação: carinho e trabalho – burnout e síndrome da desistência do educador, que pode levar à falência da educação*. Brasília: UnB, 1999.

COSTA, J. F. *História da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Campos, 1980.

COSTA, J.R.A.; LIMA, J.V. Trabalho do enfermeiro no contexto do hospital psiquiátrico: dimensão dos stressores. *Revista baiana de enfermagem*; 15:33-47, 2002.

DALMOLIN, B.M. *Reforma psiquiátrica: um processo em construção na prática dos enfermeiros do Rio Grande do Sul*. Dissertação (Mestrado). São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 1998.

DEJOURS, C. Por um novo conceito de saúde. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*. 54(14): 7-11, 1986.

_____. *A loucura do trabalho: estudos de psicopatologia do trabalho*. São Paulo: Cortez; 1988.

_____. *Conferências brasileiras: identidade, reconhecimento e transgressão no trabalho*. São Paulo: Fundap, 1999.

_____. Addendum. In: LANCMAN, S.; SZNELWAR, L.I. (orgs). *Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. Rio de Janeiro: Fiocruz; p. 47-104, 2004a.

_____. A metodologia em psicodinâmica do trabalho. In: LANCMAN, S.; SZNELWAR, L.I. (orgs). *Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. Rio de Janeiro: Fiocruz; p. 105-26, 2004b.

DELEUZE, G. *Conversações: 1972-1990*. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1992.

DELGADO, P.G. O tratamento a partir da reforma psiquiátrica. In: QUINET, A. (org.) *Psicanálise e Psiquiatria: controvérsias e convergências*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos; p. 153-8, 2001.

DIAS, E.C. *A atenção à saúde dos trabalhadores no setor saúde (SUS), no Brasil: realidade, fantasia ou utopia?* Tese (Doutorado). Campinas: Departamento de Medicina Social, Universidade Estadual de Campinas, 1994.

DIAS, J.C.S.P. *Subsídios para o desenvolvimento municipal: o caso de Barra do Piraí - RJ*. Dissertação (Mestrado). Rio de Janeiro: Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, 2009.

DURRIVE, L. Caixa de ferramentas: o fio condutor do animador. In: *I Encontro Franco-Brasileiro de Análise Pluridisciplinar do Trabalho*. (mimeo) Rio de Janeiro, 2001.

EPSJV. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (org). *Textos de Apoio em Saúde Mental*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

- FAGUNDES, S.M.S. *Águas da Pedagogia da Implicação: intercessões da educação para políticas públicas de saúde*. Dissertação (Mestrado). Porto Alegre: Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2006.
- FAITA, D. *Análise dialógica da atividade profissional*. Rio de Janeiro: Express Editora, 2005.
- FENSTERSEIFER, G.P. *Assistência em saúde mental X estresse no trabalho dos profissionais*. Dissertação (Mestrado). Porto Alegre: Faculdade de Psicologia, PUCRS, 1999.
- FERNANDES, J.D.; MELO, C.M.M.; GUSMAO, M.C.C.M.; FERNANDES, J.; GUIMARAES, A. Saúde mental e trabalho: significados e limites de modelos teóricos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*; 14(5):803-11, 2006.
- FERRER, A.L. *Sofrimento psíquico dos trabalhadores inseridos nos Centros de Atenção Psicossocial: entre o prazer e a dor de lidar com a loucura*. Dissertação (Mestrado). Campinas: Departamento de Medicina Social, Universidade Estadual de Campinas, 2007.
- FERRO, R.; MALVÁREZ, S. Cidadão Pussin: reflexões sobre um silêncio na história das "idéias psiquiátricas". *Revista de Saúde Mental Coletiva*; 1(1):18-31, 1993.
- FIGUEIREDO, AC. O que faz um psicanalista na saúde mental. In: VENÂNCIO, A.; CAVALCANTI, M. (orgs.) *Saúde mental: campo, saberes e discursos*. Rio de Janeiro: Ipub/Cuca; p. 73-82, 2001.
- FIGUEIREDO, V.V.; RODRIGUES, M.M.P. Atuação do psicólogo nos CAPS do Estado do Espírito Santo. *Psicologia em Estudo*; 9:173-81, 2004.
- FOUCAULT, M. *Vigiar e Punir*. Petrópolis: Vozes, 1995
- _____. *História da loucura*. São Paulo: Perspectiva, 1999a.
- _____. Casa dos loucos. In: MACHADO, R. (org) *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal; 113-28, 1999b.
- _____. O nascimento da medicina social. In: MACHADO, R. (org) *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal; p. 79-98, 1999c.
- _____. La ética del cuidado de sí como práctica de la libertad. In: *Estética, ética e hermenêutica*. Obras esenciales, v.III. Barcelona: Paidós; p. 393-415, 1999d.
- _____. *História da Sexualidade I: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal, 2001.
- _____. *Os Anormais*. Curso no Collège de France (1974-1975). São Paulo: Martins Fontes, 2002.

_____. A Vida: a experiência e a ciência. In: MOTTA, M.B. (org) *Arqueologia das ciências e história dos sistemas de pensamento. Ditos e Escritos II*. Rio de Janeiro: Forense Universitária; p. 352-66, 2005.

_____. *Seguridad, território, población*. Curso en el Collège de France: 1977-1978. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2006a.

_____. *O poder psiquiátrico*. Curso no Collège de France (1973-1974). São Paulo: Martins Fontes, 2006b.

_____. *Nacimiento de La biopolítica*. Curso en el Collège de France: 1978-1979. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2007.

FRANÇA, M.B. *Uma comunidade dialógica de pesquisa: atividade e discurso em guichê hospitalar*. São Paulo: FAPESP/EDUC, 2007.

FREITAS, F.F.P. A história da psiquiatria não contada por Foucault. *História, Ciências, Saúde*. 11(1): 75-91, 2004.

GALVÃO, A; SILVA, G.; COCCO, G. (orgs.). *Capitalismo cognitivo: trabalho, redes e inovação*. Rio de Janeiro: DP&A, 2003.

GARCIA, M.L.P.; JORGE, M.S.B. Vivência de trabalhadores de um centro de atenção psicossocial: estudo à luz do pensamento de Martin Heidegger e Hans-Georg Gadamer. *Ciência e Saúde Coletiva*; 11(3):765-774, 2006

GIARDI, S.N. et al. Configuração do mercado de trabalho dos assalariados em saúde no Brasil. In: BARROS, A.F.R. et al. (org). *Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil*. Estudos e Análises – volume 2. Brasília: Ministério da Saúde; p. 121-37, 2004.

GODOY, M.G.C.; RIGOTTO, R.M.; MACIEL, R.H.M.; TEIXEIRA, A.C.A.; CAVALCANTI, N.C.; LOPES, C.H. Condições organizacionais e saúde mental dos trabalhadores dos Caps do Ceará. In: *IV Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde*, Salvador. Anais do Rio de Janeiro: Abrasco, 2007.

GOMES, R.S.G. *O Trabalho no Programa de Saúde da Família: em busca de uma formação do ponto de vista da atividade*. Exame de qualificação (Doutorado). Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2008.

GORZ, A. *Adeus ao proletariado*. São Paulo: Forense Universitária, 1987.

_____. *Metamorfoses do trabalho: crítica da razão econômica*. São Paulo: Annablume, 2003.

_____. *O imaterial*. São Paulo: Annablume, 2005.

GROSS, F. *Foucault y la locura*. Buenos Aires: Nueva Vision, 2000.

HARDT, M.; NEGRI, T. *Multidão*. Rio de Janeiro: Record, 2005.

- HIRATA, H. Divisão sexual do trabalho: o estado das artes. In: HIRATA, H. (org.). *Nova divisão sexual do trabalho? Um olhar voltado para a empresa e a sociedade*. São Paulo: Boitempo; p. 273-89, 2002.
- HOCHMAN, G.; SANTOS, P.X.; PIRES-ALVES, F. História, saúde e recursos humanos: análises e perspectivas. In: BARROS, A.F.R. et al. (org). *Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil*. Estudos e Análises – volume 2. Brasília: Ministério da Saúde; p. 37-50, 2004.
- JACQUES, M.G.C. Abordagens teórico-metodológicas em saúde/doença mental & trabalho. *Psicologia & Sociedade*; 15(1):97-116, 2003.
- JORGE, M.S.B.; GUIMARAES, J.M.X.; NOGUEIRA, M.E.F.; MOREIRA, T.M.M.; MORAIS, A.P.P. Gestão de recursos humanos nos centros de atenção psicossocial no contexto da política de desprecarização do trabalho no sistema único de saúde. *Texto & Contexto Enfermagem*; 16(3):417-425, 2007.
- KIRSCHBAUM, D.I.R.; PAULA, F.C.C. O trabalho do enfermeiro nos equipamentos de saúde mental da rede pública de Campinas. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*; 9:77-82, 2001.
- KODA, M.Y.; FERNANDES, M.I.A. A reforma psiquiátrica e a constituição de práticas substitutivas em saúde mental: uma leitura institucional sobre a experiência de um núcleo de atenção psicossocial. *Cadernos de Saúde Pública*; 23(6):1455-1461, 2007.
- LANZARIN, C.C. *Carcereiros ou encarcerados: um estudo sobre o trabalho dos auxiliares de enfermagem no Hospital Psiquiátrico São Pedro*. Dissertação (Mestrado). Porto Alegre: PPG Psicologia Social e Institucional, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2003.
- LAURELL, A.C.; NORIEGA, M. *Processo de produção e saúde*. São Paulo: Hucitec; 1989.
- LE BLANC, G. *La vie humaine. Anthropologie et biologie chez Georges Canguilhem*. Paris: PUF, 2002.
- _____. *Canguilhem y las normas*. Buenos Aires: Nueva Vision, 2004.
- LEAL, E. *O agente do cuidado na Reforma Psiquiátrica Brasileira: modelos de conhecimento*. Tese (Doutorado). Rio de Janeiro: Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1999.
- LEAO, A.; BARROS, S. As representações sociais dos profissionais de saúde mental acerca do modelo de atenção e as possibilidades de inclusão social. *Revista Saúde e Sociedade*; 17(1):95-106, 2008.
- LEMKE, T. The birth of bio-politics: Michel Foucault's lecture at the Collège de France on neo-liberal governmentality. *Economy and Society*, 30(2):190-207, 2001.
- LEPLAT, J. & HOC, J.M. – Tarea y actividad en el análisis psicológico de situaciones.

In: J.J. Castillo & J. Villena (eds.) *Ergonomia: conceptos y metodos*. Madrid: Editorial Complutense, 1998.

LIMA, L.V.; AMORIM, W.M. A prática da enfermagem em uma instituição pública no Brasil. *Revista Brasileira de Enfermagem*; 56:533-7, 2003.

LOURAU, R. *Análise institucional e práticas de pesquisa*. Rio de Janeiro: Uerj, 1993.

MACHADO, R. et al. *Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

_____. *Ciência e Saber: a trajetória da arqueologia de Michel Foucault*. Rio de Janeiro: Graal, 1981.

MANGIA, E.F. A trajetória da terapia ocupacional da psiquiatria as novas instituições e estratégias de promoção da saúde mental. *Revista de terapia ocupacional*; 11(1):28-32, 2000.

MARANHAO, R.M.C.S. *Reforma psiquiátrica: novas cartografias de trabalho para os técnicos e auxiliares de enfermagem psiquiátrica?* Tese (Doutorado). Rio de Janeiro: Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, 2004.

MARX, K. Processo de trabalho e produção de mais-valia. In: MARX, K. *O Capital*. Capítulo 7. [1867]. Tradução de Teixeira Martins e Vital Moreira. Extraído de: <http://www.marxists.org/portugues/marx/1867/ocapital-v1/vol1cap07.htm#topp> [acesso em mar/2007].

_____. A Mercadoria. In: MARX, K. *O Capital*. Capítulo 1. [1867]. Tradução de Teixeira Martins e Vital Moreira. Extraído de: <http://www.marxists.org/portugues/marx/1867/ocapital-v1/index.htm> [acesso em mar/2007].

MARX, K.; ENGELS, F. *Manifesto do Partido Comunista*. [1848]. Tradução de J. Barata Moura. Extraído de: <http://www.marxists.org/portugues/marx/1848/ManifestoDoPartidoComunista/index.htm>. [acesso em jul/2009].

MASSON, L.P. *Por um conceito vitalista de saúde: abordando a vida humana em sua positividade a partir de Georges Canguilhem*. Monografia. Graduação em Psicologia. Rio de Janeiro, UERJ, 2004.

_____. A dimensão relacional do trabalho de auxiliares de enfermagem de Unidade Neonatal: uma análise do ponto de vista da atividade. Dissertação (Mestrado). Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2007.

MEDA, D. *O trabalho: um valor em vias de extinção*. Lisboa: Fim de século, 1999.

MERHY, E.E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2005.

- _____. Os Caps e seus trabalhadores: no olho do furacão antimanicomial: Alegria e Alívio como dispositivos analisadores. In: MERHY, E.E.; AMARAL, H. (Org.). *A reforma psiquiátrica no cotidiano II*. São Paulo/Campinas: Aderaldo & Rothschild/Serviço de Saúde Doutor Cândido Ferreira, 2007.
- MERHY, E.E. et al. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec, 2003.
- MINAYO-GOMEZ, C.; THEDIM-COSTA, S.M.F. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. *Cadernos de Saúde Pública*; 13:21-32, 1997.
- MIRANDA, L.; ONOCKO CAMPOS, R.T. Profissionais de Referência em CAPS. *Rev Saúde Pública* 42(5):907-13, 2008.
- MONTMOLLIN, M. Ergonomias. In: J.J. Castillo & J. Villena (eds.) *Ergonomia: conceptos y metodos*. Madrid: Editorial Complutense, 1998.
- MUNIZ, H. *Gestão de Tempo de Permanência do Paciente de Neurocirurgia no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho*. Tese (Doutorado). Rio de Janeiro: Engenharia de Produção, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2000.
- NARDI, H.C. *Ética, trabalho e subjetividade: trajetórias de vida no contexto das transformações do capitalismo contemporâneo*. Porto Alegre: Ufrgs, 2006.
- NICÁCIO, F.; AMARANTE, P.; BARROS, D.D. Franco Basaglia em terras brasileiras: caminhantes e itinerários. In: AMARANTE, P. (coord) *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial II*. Rio de Janeiro: Nau, 2005.
- NOURODINE, A. Risco e atividade humana: acerca da possível positividade aí presente. In: FIGUEIREDO, M.; ATHAYDE, M.; BRITO, J.; ALVAREZ, D. (Orgs.). *Labirintos do trabalho: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo*. Rio de Janeiro: DP&A, 2004.
- ODDONE, I. et al. *Ambiente de trabalho: a luta dos trabalhadores pela saúde*. São Paulo: Hucitec, 1986.
- OFFE, C. *Capitalismo Desorganizado: transformações contemporâneas do trabalho e da política*. São Paulo: Brasiliense, 1994.
- OLIVEIRA, A.G.B.; ALESSI, N.P. O trabalho de enfermagem em saúde mental: contradições e potencialidades. *Revista Latino-Americana de enfermagem*; 11:333-40, 2003.
- _____. *Superando o manicômio? desafios na construção da reforma psiquiátrica*. Cuiabá: EdUFMT; 2005a.
- _____. Cidadania: instrumento e finalidade do processo de trabalho na reforma psiquiátrica. *Ciência e Saúde Coletiva*; 10:191-203, 2005b.

OSÓRIO DA SILVA, C. *Vida de hospital: a produção de uma metodologia para o desenvolvimento da saúde do profissional de saúde*. Tese (Doutorado). Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fiocruz, 2002.

PALOMBINI, A. A ética nas micropolíticas de atenção à loucura. In: CFP - Conselho Federal de Psicologia (org.). *Loucura, ética e política: escritos militantes*. São Paulo: Casa do Psicólogo; p. 159-63, 2003.

_____. *Acompanhamento terapêutico na rede pública: a clínica em movimento*. Porto Alegre: Ufrgs, 2004.

_____. *Vertigens de uma psicanálise a céu aberto: a cidade – contribuições do acompanhamento terapêutico à clínica na reforma psiquiátrica*. Tese (Doutorado). Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, 2007.

PASSOS, I.C.F. Cartografia da publicação brasileira em saúde mental: 1980-1996. *Psicologia: teoria e pesquisa*; 19: 231-40, 2003.

PAVAO, S.R. Louco e a Ciência: a construção do discurso alienista no Rio de Janeiro do século XIX. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 6(2), 2006.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Org.). *Os sentidos da integralidade*. Rio de Janeiro: IMS/Uerj, 2001.

PLATAO. Apologia de Sócrates. Tradução de Maria Lacerda de Souza. Extraído de: <http://www.consciencia.org> [acesso em jan/2007].

RABELO, I.V.M.; TORRES, AR.R. Trabalhadores em saúde mental: relações entre práticas profissionais e bem-estar físico e psicológico. *Psicologia, Ciência e Profissão*; 25(4):614-25, 2005.

RAMMINGER, T. A saúde mental do trabalhador em saúde mental: um estudo com trabalhadores de um hospital psiquiátrico. *Boletim da Saúde*; 16:111-24, 2002.

_____. *Trabalhadores de saúde mental: reforma psiquiátrica, saúde do trabalhador e modos de subjetivação nos serviços de saúde mental*. Santa Cruz do Sul: Unisc, 2006.

RAMMINGER, T.; NARDI, H. Modos de subjetivação dos trabalhadores de saúde mental em tempos de reforma psiquiátrica. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*; 17(2):265-287, 2007a.

_____. Saúde Mental e Saúde do Trabalhador: análise das conferências nacionais brasileiras. *Psicologia, Ciência e Profissão*; 27 (4): 680-93, 2007b.

RAMMINGER, T.; BRITO, J. O trabalho em saúde mental: uma análise preliminar relativa à saúde dos trabalhadores dos serviços públicos. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*; 33 (117): 36-49, 2008.

- REBOUCAS, D.; ABELHA, L.; LEGAY, L.F.; LOVISI, G.M. O trabalho em saúde mental: um estudo de satisfação e impacto. *Cadernos de Saúde Pública*; 24(3):624-632, 2008.
- REBOUCAS, D.; LEGAY, L.F.; ABELHA, L. Satisfação com o trabalho e impacto causado nos profissionais de serviço de saúde mental. *Revista de Saúde Pública*; 41(2):244-50, 2007.
- REGO, D.P. *Stress ocupacional do psicólogo em instituições de atendimento ao portador de psicose*. Dissertação (Mestrado). São Paulo: Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2000.
- REVEL, J. *Foucault: conceitos essenciais*. São Carlos: Claraluz, 2005.
- RIBEIRO, M.B.S.; OLIVEIRA, L.R. Terapia ocupacional e saúde mental: construindo lugares de inclusão social. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*; 9(17):425-31, 2005.
- RIFKIN, J. *O Fim dos empregos*. São Paulo: Makron, 1996.
- RODRIGUES, H.B.C. Foucault, as 'marcas da pantera' e a 'pantera cor-de-rosa'. Apontamentos sobre o processo de desinstitucionalização psiquiátrica. *Vivência* 32:41-60, 2007.
- ROSEN, G. A Evolução da Medicina Social. In: NUNES, E.D. (org) *Medicina Social: aspectos históricos e teóricos*. São Paulo: Global, 1986.
- ROSA, L.C.S. E afinal, quem cuida dos cuidadores? In: BRASIL, Ministério da Saúde (org). *Caderno de Textos da III Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; p. 168-73, 2001.
- ROUDINESCO, E. *Filósofos na tormenta: Canguilhem, Sartre, Foucault, Althusser, Deleuze e Derrida*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2007.
- SANTORUM, K.M.T. *Pelas fendas do trabalho vivo: textos, contextos e atos na atividade de vigilância em saúde do trabalhador*. Tese (Doutorado). Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fiocruz, 2006.
- SANTOS-FILHO, S.B.; BARROS, E.B. (Org.). *Trabalhador da saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde*. Ijuí: Unijuí, 2007.
- SCHWARTZ, Y. A comunidade científica ampliada e o regime de produção de saberes. *Revista Trabalho e Educação*; 7:39-46, 2000.
- _____. O Trabalho numa perspectiva filosófica. *Comunicação Oral*. Cuiabá: Seminário Trabalho, Saber, Educação, 2003. (mimeo)
- _____. Trabalho e saúde: construindo outros modos de gestão. *Comunicação Oral*. Revisão de Denise Alvarez e Milton Athayde. Florianópolis: Congresso ABRASCO, 2005. (mimeo)

- _____. Atividade. Dicionário. *Revista Plur(e)al*. www.plureal.up.pt, 2006.
- _____. O trabalho e a ergologia. In: SCHWARTZ, Y.; DURRIVE, L. (orgs.). *Trabalho e Ergologia: conversas sobre a atividade humana*. Niterói: EdUFF, 2007a.
- _____. Trabalho e uso de si. In: SCHWARTZ, Y. & DURRIVE, L. (orgs). *Trabalho e ergologia: conversas sobre a atividade humana*. Niterói: EdUFF, 2007b.
- SELIGMANN-SILVA, E. Psicopatologia e Saúde Mental no Trabalho. In: MENDES (org). *Patologia do Trabalho*. São Paulo: Atheneu; 2003.
- SERPA JR. O. Indivíduo, organismo e doença: a atualidade de O Normal e o Patológico de Georges Canguilhem. *Revista Psicologia Clínica*, 15(1): 121-135, 2001.
- SILVA, A.L.A; FONSECA, R.M.G.S. Processo de Trabalho em saúde mental e o campo psicossocial. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*; 13:441-9, 2005.
- SILVA, E.A. *Dores dos cuida-dores em saúde mental: estudo exploratório das relações de (des)cuidado dos profissionais de saúde mental em Centros de Atenção Psicossocial de Goiânia – Go*. Dissertação (Mestrado). Brasília: UnB, 2007a.
- SILVA, M.B.B. Atenção psicossocial e gestão de populações: sobre os discursos e as práticas em torno da responsabilidade no campo da saúde mental. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*; 15:127-150, 2005.
- _____. O técnico de referência no centro de atenção psicossocial: uma nova especialidade no campo da saúde mental? *Vivência*, 32:207-23, 2007b.
- SILVA, M.B.B.; KOOSAH, J.; CAMPOS, F.B. Modelos, Modelagens e Modos: o que é "asilar" e o que é "reformista" em saúde mental? (no prelo), 2009.
- SILVA, A.C.B *A gestão de unidades básicas de saúde frente ao desafio da estratégia "Saúde da Família": exercício de análise do ponto de vista da atividade*. Dissertação (Mestrado). Rio de Janeiro: Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2006.
- SILVEIRA, D.P. *Sufrimento psíquico e serviços de saúde: uma cartografia da produção do cuidado de saúde mental na atenção básica de saúde*. Dissertação (Mestrado). Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fiocruz, 2003.
- SILVEIRA, M.R.; ALVES, M. O enfermeiro na equipe de saúde mental: o caso dos CERSAMS de Belo Horizonte. *Revista Latino-americana de enfermagem*; 11(5):645-651, 2003.
- SINGER, P. *Uma utopia militante: repensando o socialismo*. Petrópolis: Vozes, 1998.
- SOUZA, P.C.Z. *O trabalho como possível: o caso das pessoas com "transtornos mentais graves"*. Tese (Doutorado). Rio de Janeiro: Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2006.

- SOUZA, W.F. *Possibilidades de gestão dialógica em Saúde Pública no Brasil: exercício de análise sob a perspectiva ergológica*. Exame de qualificação (Doutorado). Rio de Janeiro: Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2007.
- TEIGER, C. El trabajo, esse oscuro objeto de la ergonomía. In: J.J. Castillo & J. Villena (eds.) *Ergonomia: conceptos y metodos*. Madrid: Editorial Complutense, 1998.
- THIOLLENT, M. *Crítica metodológica, investigação social & enquete operária*. São Paulo: Editora Polis, Coleção Teoria e História 6, 1982.
- TITTONI, J. Saúde mental. In: CATTANI, A.D. (org). *Trabalho e tecnologia: dicionário crítico*. Petrópolis: Vozes; p. 215-9, 1997.
- TCE-RJ. Tribunal de Contas do Estado do Rio de Janeiro. *Estudo Socioeconômico 2007 Barra do Piraí*. Rio de Janeiro: TCE-RJ, 2007.
- VASCONCELOS, E.M. *Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade*. Rio de Janeiro: Cortez, 2000.
- _____. O controle social na reorientação do modelo assistencial em saúde mental no Brasil. In: BRASIL, Ministério da Saúde (org). *Caderno de Textos da III Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília: Ministério da Saúde; p. 42-53, 2001.
- VASCONCELOS, R.; LACOMBLEZ, M. Entre a auto-análise do trabalho e o trabalho de auto-análise: desenvolvimentos para a psicologia do trabalho a partir da promoção da segurança e saúde no trabalho. In: FIGUEIREDO, M. et al. (orgs) *Labirintos do trabalho: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo*. Rio de Janeiro: DP&A, 2004.
- VIANEY, E.L.; BRASILEIRO, M.E. Saúde do trabalhador: condições de trabalho do pessoal de enfermagem em hospital psiquiátrico. *Revista Brasileira de Enfermagem*; 56:555-7, 2003.
- VICENTI, A. Ivar Oddone, intelectual orgânico e pesquisador heterodoxo. In: *Les Territoires du Travail: les continents de l'expérience*, nº 3, 1999 (Tradução de Jussara Brito).
- VIEIRA, S.B.; SELIGMANN-SILVA, E.; ATHAYDE, M. Dimensões ocultadas no hospital: o "trabalho sentimental" e as violências presentes na relação de serviço. In: ARAÚJO, A et al. (orgs). *Cenários do trabalho: subjetividade, movimento e enigma*. Rio de Janeiro: DP&A; p. 131-50, 2004.
- WADI, Y.M. *Palácio para guardar doidos: uma história das lutas pelas construção do hospital de alienados e da psiquiatria no Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: UFRGS, 2002.
- WEBER, M. *A ética protestante e o espírito do capitalismo*. Rio de Janeiro: Cia das Letras, 2004 [1904].

ZAMBENEDETTI, G.; SILVA, R.A.N. As noções de rede nas reformas sanitária e psiquiátrica no Brasil. *Psicologia em Revista*; 14(1):131-50, 2008.

ZARIFIAN, P. *Objetivo competência: por uma nova lógica*. São Paulo: Atlas, 2001.

ZERBETTO, S.R.; PEREIRA, M.AO. O trabalho do profissional de nível médio de enfermagem nos novos dispositivos de atenção em saúde mental. *Revista Latino-Americana de enfermagem*; 13:112-7, 2005.