

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

***“Profissionais do Centro de Atenção Psicossocial: a saúde do
trabalhador da saúde”***

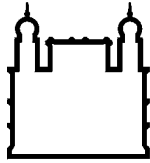
por

Vladimir Athayde

*Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em
Ciências na área de Saúde Pública.*

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Élide Azevedo Hennington

Rio de Janeiro, abril de 2011.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Esta dissertação, intitulada

***“Profissionais do Centro de Atenção Psicossocial: a saúde do
trabalhador da saúde”***

apresentada por

Vladimir Athayde

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Mary Yale Rodrigues Neves

Prof. Dr. Paulo Duarte de Carvalho Amarante

Prof.^a Dr.^a Élide Azevedo Hennington – Orientadora

Dissertação defendida e aprovada em 29 de abril de 2011.

Catálogo na fonte

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica

Biblioteca de Saúde Pública

A865 Athayde, Vladimir

Profissionais do Centro de Atenção Psicossocial: a saúde do
trabalhador da saúde. / Vladimir Athayde. Rio de Janeiro: s.n., 2011.

147 f.

Orientador: Hennington, Élide Azevedo

Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio
Arouca, Rio de Janeiro, 2011

AUTORIZAÇÃO

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, por processos fotocopiadores.

Rio de Janeiro, 29 de abril de 2011.

Vladimir Athayde

Dedicatória

Aos pesquisadores e pesquisadoras que exploram individualmente um campo fora de seu cotidiano profissional, por vezes sem bolsa de estudos ou financiamento de pesquisa.

Agradecimentos

Agradeço a minha orientadora, Élica Hennington, pela coerência e honestidade no relacionamento acadêmico e pessoal. Aos colegas Sônia Belisário e Júlio Santos, pelos momentos de partilha das dificuldades.

A Mary Yale e Paulo Amarante, pelas observações na qualificação.

A Pedro Mendes, pela isenção, transparência e cuidado.

A Milton, meu pai, pelo suporte e orientação geral.

A Renata, minha namorada, pelo amor.

Resumo

Iniciada nos anos 1980 pode-se dizer que a Reforma Psiquiátrica brasileira ainda está em curso e aumenta a cada dia o número de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) implantados em todo o país, rumo à quantidade necessária, merecendo atenção do campo da Saúde do Trabalhador. Os CAPS são serviços novos, substitutivos dos hospícios e cujos trabalhadores têm sido foco de estudo em raros casos. Assim sendo, o objetivo central desta pesquisa é analisar situações de trabalho no CAPS tendo como foco o processo saúde-doença-trabalho dos profissionais de saúde. A unidade de saúde estudada foi um CAPS implantado há mais de cinco anos e situado na zona norte do município do Rio de Janeiro, em área densamente povoada e cercada de comunidades pobres. O estudo utilizou abordagem qualitativa e a perspectiva analítica adotada teve como principais referenciais a Ergologia e a Psicodinâmica do Trabalho. Conclui-se que se trata de uma atividade de trabalho que demanda um grande envolvimento subjetivo e que se mostra muito desgastante. Observou-se, na unidade estudada, que as condições de trabalho são bastante insatisfatórias, repercutindo tanto no serviço prestado quanto na saúde dos trabalhadores. As estratégias utilizadas pelos trabalhadores para enfrentamento e superação das adversidades no trabalho envolvem o apego aos ideais do serviço e à discussão e reconhecimento do trabalho realizado, em equipe e pelos usuários.

Palavras-chave: saúde mental, trabalhador da saúde, condições de trabalho, psicodinâmica do trabalho, ergologia.

Abstract

Beginning in the 1980s, the Brazilian Psychiatric Reform is still ongoing and increasing each day the number of Centers for Psychosocial Care (CAPS) located throughout the country, toward the needed, which deserves the attention of the Occupational Health field. The (CAPS) are new services, to replace the hospices and whose employees are focused but in rare cases. This reform process is ongoing and increasing every day the number of CAPS in Brazil, deserving the attention of the Occupational Health's field. Therefore, the main purpose of this study is to analyze work situations in CAPS, focusing on the professionals' health-disease-work process. The research involved a qualitative methodology and had, in his analytical concepts, references to Ergology and Work Psychodynamics. We conclude that this is a work activity which requires a large subjective involvement and that shows itself as quite tiring. It was also concluded that the working conditions are very poor, reflecting in both the service and in the workers' health. The strategies used by workers, to confront and overcome adversities, at work involve the attachment to the ideals of service and the discussion and recognition of work in the team and by the users.

Key-words: mental health, health workers, work conditions, work psychodynamics, ergology.

Lista de siglas e abreviaturas

ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas

CAD – Centro de Atenção Diária

CAIS – Centro de Atividades Integradas em Saúde Mental

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPSad – CAPS de álcool e drogas

CAPSI - CAPS de infância e adolescência

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CERSAM – Centro de Referência em Saúde Mental

CT – Coletivo de Trabalho

DR - Dinâmica do Reconhecimento

ECT – eletroconvulsivo terapia

ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

FIOCRUZ – Fundação Instituto Oswaldo Cruz

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS – Ministério da Saúde

NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPAS – Organização Pan-americana de Saúde;

PNASH – Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar

PRH - Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS

RH – Recursos Humanos

RIPSA – Rede Integrada de Informações para a Saúde

RP – Reforma Psiquiátrica

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência;

SMAP – Saúde Mental e Atenção Psicossocial;

SMSDC-RJ – Secretaria de Saúde e Defesa Civil do Município do Rio de Janeiro;

SUS – Sistema Único de Saúde;

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

SUMÁRIO

Introdução	12
1. Contextualização teórica do objeto	18
1.1 O setor terciário e a prestação de serviços de saúde.....	18
1.2 O trabalho em saúde no Brasil: breves considerações	21
1.3 O cuidado aos loucos e a constituição dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) no âmbito da Reforma Psiquiátrica	25
1.3.1 Antecedentes: o cuidado aos “loucos” no contexto da saúde	25
1.3.2 A Reforma Psiquiátrica e alguns referenciais para a criação do CAPS.....	29
1.3.3 O CAPS: gênese e principais características	32
2. Objetivos	41
2.1 Objetivo Geral	41
2.2 Objetivos Específicos	41
3. Percorso Metodológico	41
3.1 A escolha do lócus de pesquisa.....	41
3.2 A seleção de sujeitos.....	45
3.3 Ferramentas metodológicas.....	45
3.3.1 Tipo de estudo e técnicas de produção de dados.....	45
3.3.2 Apresentação dos conceitos/categorias analíticas: referencial teórico utilizado	51
3.3.3 O retorno à Unidade para a discussão dos resultados preliminares	64
3.3.4 Aspectos éticos.....	65
4. Apresentação e discussão dos resultados.....	66
4.1 Caracterização do CAPS.....	66
4.1.1 Descrição e análise das atas de reunião de equipe/supervisão.....	70
4.1.2 Observação participante nas reuniões de equipe/supervisão.....	71
4.1.3 Apresentação dos sujeitos de pesquisa: entrevistas.....	74
4.2 Material de campo em análise.....	76
4.2.1 Coletivo de trabalho.....	76
4.2.2 Dinâmica do reconhecimento.....	85
4.2.3 Sofrimento e defesas.....	95
4.3 Situações/Analísadores.....	110
5. Considerações finais.....	127
Referências Bibliográficas	136
Apêndice I: Roteiro de observação participante	142
Apêndice II: Roteiro de entrevista	143
Apêndice III: Construção dos resultados de pesquisa: síntese da discussão com os trabalhadores	144
Apêndice IV: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	147
Anexo I: Documento de aprovação do CEP Ensp	150
Anexo II: Documento de aprovação do CEP SMSDC-RJ	151

Introdução

Parte de minha formação até o mestrado se deu nos campos da Saúde Mental¹ e em seguida da Saúde do Trabalhador². Pretendo, com esta pesquisa, contribuir na construção de conhecimento na subárea Saúde, Trabalho e Ambiente do Mestrado em Saúde Pública (Ensp/Fiocruz), procurando articular estes dois campos de pesquisa e intervenção, entendendo que a esfera da subjetividade encontra grande e crescente expressão no campo da Saúde do Trabalhador. Proponho problematizar o trabalho – experiência humana sempre enigmática e complexa – na área de Saúde, colocando foco sobre o fazer do próprio trabalhador de saúde, mais precisamente o da área da atenção psicossocial à saúde mental, tendo o CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) como elemento central na rede de atenção desta área.

Estruturados a partir da Reforma Psiquiátrica (RP), sob forte influência do movimento italiano de desinstitucionalização do lugar de segregação estabelecido técnica, social e culturalmente para a loucura, os CAPS despontam efetivamente em todo o Brasil a partir de sua regulamentação em três portes, em 2002, atingindo, nos dias atuais, aproximadamente 1300 unidades em todo o país (Brasil, 2009). Para Lancman (2008), a organização do novo modelo é incipiente, enquanto política pública, enquanto se desfaz ainda o modelo antigo.

A literatura sobre a saúde do trabalhador de saúde mental é ainda reduzida, apesar de sua relevância, sendo a precarização do trabalho uma das faces da “desumanização” em saúde (Araújo-Pinto e Athayde, 2008). Percebe-se que com a RP, o trabalhador de Saúde Mental passa a ser objeto de reflexão e circunscreve um espaço de investigação e análise que diz respeito a maneiras de trabalhar e de se

¹ Formação como psicólogo na Universidade Federal do Rio de Janeiro (estágio no Instituto de Psiquiatria e monografia de graduação com o título *Reflexões sobre algumas oficinas terapêuticas no contexto da Reforma Psiquiátrica* – 2006, com orientação da Prof^a Dr^a Paula Cerqueira) e especialização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Ensp - Fiocruz (2007), com monografia intitulada *O trabalho das pessoas com transtorno mental grave* (orientação do Prof. Dr. Paulo Amarante).

² Especialização em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana na Ensp – Fiocruz (2008), produzindo monografia intitulada *Trabalhadores de Saúde Mental: uma visão da produção científica a respeito da saúde mental e humanização*, com orientação da Prof^a Dr^a Élide Hennington.

pensar como trabalhador deste campo, possibilitando serem vistos e também que se vejam, se constituam, enquanto trabalhadores de Saúde Mental, numa rede de princípios e diretrizes com os quais o trabalhador se identifica e se encontra, criando-se uma situação de reconhecimento e satisfação, para além da necessária e indispensável valorização financeira do trabalho. Considera-se que acreditar no papel do SUS é algo estruturante da subjetividade para enfrentar o mal-estar (Bernardes e Guareschi, 2004; Onocko-Campos, 2005).

Se no município do Rio de Janeiro é praticamente consensual que as condições de trabalho são especialmente ruins para o trabalhador da saúde, o caso da Saúde Mental não é diferente, como aponta a literatura, sobre as dificuldades neste tipo de serviço (Bezerra-Jr, 2004; Lobosque, 2003; Santos, 2007). Constata-se que trabalhadores de serviços de saúde mental³ já adoeceram ou conhecem alguém que já adoeceu devido ao trabalho e que estes serviços raramente contemplam ações voltadas à saúde do trabalhador (Nardi e Ramminger, 2007). Em estudo que envolveu um CAPS do município de São Paulo, concluiu-se que as precariedades do trabalho que geram o assoberbamento dos trabalhadores por uma demanda assistencial crescente e sem as necessárias possibilidades de encaminhamento ou referência, o que pode estar gerando um maior sofrimento nestes trabalhadores, pelo sentimento de não reconhecimento do que é desenvolvido e de possibilidade de contribuir para o trabalho, com suas experiências acumuladas (Lancman, 2008). O mesmo estudo afirma que se trata de um trabalho “desestabilizador” também por características inerentes ao trabalho.

O serviço substitutivo⁴ envolve a prática de uma reflexão constante sobre os modos de trabalhar para que estes se mantenham de acordo com o paradigma da RP. Pensar o porquê fazer e o como fazer, de forma a desempenhar um trabalho diferenciado e autônomo, pode ser algo muito gratificante. Este fato já foi relatado por trabalhadores que atuaram em serviço manicomial e passaram ao serviço substitutivo (Barros e Silva, 2005). No trabalho de enfermagem de CAPS do Rio Grande do Sul

³ Na pesquisa citada foram excluídos os trabalhadores de hospitais psiquiátricos.

⁴ Referimo-nos aos serviços pensados a partir da RP, destinados a compor uma rede que venha a substituir os grandes hospitais psiquiátricos.

“define-se um ‘saber fazer’ dotado de relativa autonomia pertinente ao processo criativo que se materializa no momento do ato do trabalho em saúde” (Kantorski et al., 2008, p.100). Nota-se, entretanto, que, os serviços substitutivos – considerados comunitários – podem apresentar níveis altos de satisfação entre seus trabalhadores, ao mesmo tempo em que os sobrecarrega mais do que os profissionais que atuam em hospitais. O suporte é fornecido pelos colegas de equipe destacada como fonte de satisfação, minimizando o impacto negativo na saúde atribuído ao trabalho, sobretudo quando a equipe está trabalhando em conjunto há mais tempo (Abelha et al., 2008).

Dentre os profissionais de um serviço substitutivo (Residências Terapêuticas), observou-se a satisfação dos trabalhadores em atuar num serviço inovador e com *status* diferenciado, mesmo que o trabalho seja sabidamente permeado por sofrimento (Kirschbaum & De-Paula, 2005). O trabalho nesta unidade de saúde foi referido como fonte de orgulho e satisfação, principalmente no que se refere ao lidar com os usuários, pesando aí os elementos emocionais, satisfação presente mais em jovens e mulheres. Foram identificados como fatores de insatisfação a falta de suporte financeiro, de RH, e de satisfação, o trabalho em equipe. Outro estudo, concluiu que o trabalho em hospital psiquiátrico pode ter as atividades mais fragmentadas e marcadas por diferenças entre as categorias profissionais, que trabalham de modo apenas multidisciplinar, ou seja, os profissionais tratam de um problema comum, porém sem que estabeleçam entre si efetivas relações no campo científico, podendo até haver problemas de reconhecimento de alguma categoria como parte integrante da equipe, por exemplo, a enfermagem, o que, por sua vez, pode levar a um “ativismo acrílico” destes profissionais e ao desenvolvimento de práticas pouco fundamentadas teoricamente (Kirschbaum & De-Paula, 2001).

Apesar de a produção científica sobre a precarização dos trabalhadores de CAPS ser bastante reduzida (Rammingier, 2009), alguns estudos confirmam que ela vem interferindo bastante no trabalho desta unidade de saúde. O trabalho na rede de CAPS de Campinas-SP foi relacionado a muito sofrimento devido à tensão inerente ao trabalho, potencializada por fatores como a pobreza da população atendida, as precárias condições de vida em geral no território, a falta de recursos e de infraestrutura, a falta de pessoal, o excesso de demanda e a precariedade de vínculos

empregatícios dos trabalhadores da saúde, provocando absenteísmo e muitos atestados médicos (Ferrer, 2007). Nos três CAPS de Fortaleza-CE, a falta de condições de trabalho, incluindo os baixos salários e vínculo empregatício frágil leva os trabalhadores a se considerarem abandonados pela gestão. No entanto, o trabalho em equipe é bastante valorizado por estes mesmos trabalhadores, contribuindo para a “interdisciplinaridade” (Guimarães, 2008). Em estudo realizado também em Fortaleza sobre a gestão de recursos humanos, constatou-se que os trabalhadores consideram que há dificuldade de trabalho em rede, devido à falta de transparência e de honestidade na comunicação no setor de saúde (Jorge, Guimarães, Nogueira et al, 2007). Merhy (2007) traz a imagem de um trabalhador de CAPS que se lamenta de sua exaustão, tristeza, incapacidade de acolher o outro e do pavor das crises dos usuários, enquanto se cobra justamente o oposto, prontidão, alegria e escuta, sobretudo nas crises.

Há muitos relatos de trabalhadores da Saúde Mental ressaltando a importância da equipe, da supervisão e até mesmo de psicoterapia individual para sustentar aspectos do trabalho (Ramminger, 2005). A supervisão em equipe dos CAPS acaba por ter um forte conteúdo de análise coletiva do trabalho (Albuquerque, 2010) e constitui-se em um espaço privilegiado de elaboração das dificuldades e conflitos, na medida em que aborda, além dos casos clínicos e administrativos, as dificuldades do trabalho em equipe, como:

relações de poder, das dificuldades de trabalho em equipe, das inseguranças que todos os profissionais têm quando lidam com desafios que escapam à competência adquirida na formação universitária ou técnica convencional, das crises de identidade profissional, das dificuldades subjetivas da relação com a clientela (...)(Vasconcelos, 2001, p.51).

O cenário do trabalho em CAPS no Brasil se constitui neste mosaico de experimentações e dificuldades dentro de um mesmo campo, de forma que os contextos locais são diferentes, mas parecem compor uma unidade de semelhanças fundamentais no que se refere a satisfação e sofrimento gerados no trabalho.

A partir da revisão de literatura e uma maior clareza do estado da arte sobre a saúde dos trabalhadores da Saúde Mental, buscou-se de um ‘recorte’ de pesquisa. Para que fosse possível focar a atenção investigativa em um objeto mais específico,

delimitou-se a pergunta norteadora da pesquisa em: **como lidam os profissionais do CAPS com fatores relacionados à própria saúde no cotidiano de trabalho, no contexto em que se encontram?**

Trabalhamos inicialmente com os pressupostos de que os trabalhadores não consideram que a abordagem de fatores relacionados ao próprio trabalho possam vir a influenciar a sua própria saúde, inclusive sua saúde mental; não julgam pertinente ou que deva ser priorizada durante as reuniões semanais de equipe ou reunião de supervisão, assim como no cotidiano, já que estes espaços se destinariam primordialmente a assuntos técnicos e ações voltadas direta e unicamente aos usuários. Supomos inicialmente que as estratégias que constituem a sabedoria dos trabalhadores em relação a sua saúde e equilíbrio e o enfrentamento das *infidelidades do meio*⁵ sejam pouco verbalizadas ou discutidas, apesar de existirem e serem o tempo todo acionadas durante a atividade⁶.

Assim sendo, o objetivo central deste estudo é analisar situações de trabalho no CAPS tendo como foco o processo saúde-doença-trabalho dos profissionais de saúde.

Brant e Minayo (2004) sinalizam para a tendência citada de direcionamento à “patologização” do sofrimento relacionada à abordagem do trabalho pelos profissionais de saúde. Apesar da necessidade de apontarmos e discutirmos inclusive aspectos do CAPS considerados negativos, procuramos ter o cuidado de não sugerir ou fortalecer nenhum estereótipo, forma ou movimento que leve à “patologização” do espaço desse serviço como lócus unicamente de dor e sofrimento em relação ao cotidiano de trabalho e seus sujeitos, mas acionar dispositivos de identificação dos desafios e reflexão sobre as estratégias de superação das “infidelidades” e de enfoque de sua potência criativa e criadora de humanidades.

⁵ Referindo-se à efemeridade e imprevisibilidade dos aspectos da vida que podem afetar à saúde, caracterizada por seu devir, entendendo-se, assim, que a saúde seja a capacidade de reestruturação do organismo frente às infidelidades do meio (Canguilhem, 1990).

⁶ Refere-se aqui ao conceito de atividade oriundo da Ergologia de Yves Schwartz, inspirado nas definições de trabalho real e trabalho prescrito da Ergonomia francesa, e caracterizada por um debate de normas e valores, normas antecedentes e renormatizações parciais; trabalho como atividade humana obscura porque altamente complexa e que ultrapassa a tradicional definição do trabalho como atividade remunerada numa sociedade de direito e mercantil, incluindo suas incursões e repercussões no campo epistemológico, filosófico, cultural e ético, em especial na área da saúde (Hennington, 2008; Schwartz, 2000).

A produção desta pesquisa é marcada pelo compromisso com o sigilo da unidade de saúde abordada e seus trabalhadores, de forma que o teor descritivo aqui encontra algumas limitações, não por falta de consideração em relação aos elementos omitidos, mas por este compromisso ético estabelecido em acordo, por manifestação da equipe abordada. Porém, esta condição pode ser tomada já como um analisador do contexto no qual se encontram estes trabalhadores. Limitamo-nos inicialmente a colocar que se trata de um CAPS do município do Rio de Janeiro que atendeu aos critérios de seleção estabelecidos em nossa metodologia.

Como contextualização do objeto de pesquisa, abordamos os serviços de saúde enquanto pertencentes à lógica dos serviços e as principais características e especificidades do trabalho em Saúde Mental com ênfase na atividade de trabalho desempenhada pelo trabalhador do CAPS como objeto de estudo, a partir do cuidado aos loucos e a constituição do CAPS no âmbito da Reforma Psiquiátrica.

Em seguida apresentamos os objetivos, o percurso metodológico detalhado e as categorias analíticas, enfatizando os conceitos-chave de análise do material produzido e apresentamos os aspectos éticos e institucionais mais importantes referentes à pesquisa. Após, retomamos então as categorias analíticas, apresentando e discutindo os resultados referentes a cada uma e em seguida selecionamos e apresentamos cinco situações ou analisadores identificados em nossa pesquisa de campo, a fim expressar com mais riqueza a realidade da Unidade analisada. Em seguida tecemos considerações finais.

1. Contextualização teórica do objeto

1.1 O setor terciário e a prestação de serviços de saúde

Se fizermos uma diferenciação do trabalho no setor industrial e de serviços, veremos um aspecto chave para a discussão. A força de trabalho na atividade industrial clássica é, na perspectiva das teorias industriais, um *input* genérico no processo de fabricação; algo adquirido, consumido ou integrado em quantidades indiferenciadas ao processo de produção/fabricação, enquanto que no setor ‘terciário’ (e mesmo o setor industrial contemporâneo⁷), ou seja, na economia de serviços, o trabalho

é considerado como o processo de desenvolvimento e de aplicação de saberes, de competências, de conhecimentos e de informações: em suma, de emprego de recursos humanos e de mobilização da inteligência prática (Almeida, 2005, p.48).

Trata-se, no setor de serviços, em oposição ao estereótipo do trabalhador fordista, do convite ao chamado “*travail intelligent*” (Almeida, 2005, p.52), ou seja, de mobilização do seu potencial cognitivo. Além dos saberes profissionais, enxerga-se também o trabalhar como forma de aplicação desses saberes, em uma “lógica da competência”, que inclui a capacidade de adaptação ao lado técnico-organizacional, para aplicação dos saberes em situações específicas, com capacidade de analisá-las em termos de encadeamento de causas e efeitos (Almeida, 2005).

Almeida (2005) diferencia sobretudo a sociologia do trabalho industrial e a do trabalho terciário, no que se refere a todas essas mudanças de foco. Por exemplo, na produção industrial tradicional, o produto final é simplesmente aceito ou rejeitado pelo consumidor; já o “produto serviço”, é construído em coprodução entre o serviço e o cliente, na “lógica de serviços”. Considerando os mundos da produção em serviços, as características essenciais envolvem especialmente o que se refere à customização, adaptação, qualidade, valorização das competências, participação do cliente na criação

⁷ Mesmo no setor industrial, contemporaneamente propõe-se que a “lógica de serviço” seja dominante na organização também destas atividades, constituindo uma tendência da “servicialização” *versus* industrialização (Almeida, 2005, p.53).

da tecnologia, enfim, relacionadas à coprodução do cliente. Daí, se pensarmos o trabalho em saúde na “lógica de serviços”, podemos facilmente ver o caráter relacional, imaterial, não economicamente mensurável do que seria o produto: a saúde.

Pensando nessas “atividades imateriais”, fundadas em uma “relação de serviço” e sua configuração produtiva, principalmente no que se refere ao trabalho em saúde, podemos ressaltar quatro características fundamentais (Du-Tertre, 2005). Primeiramente, uma dimensão imaterial, subjetiva, a intangibilidade ou não mensurabilidade do produto em termos financeiros. Em segundo lugar, a existência de produtos imediatos e em longo prazo; ou seja, por exemplo, tanto a cura ou alívio de sintomas, quanto também a compreensão *a posteriori* de formas mais saudáveis de viver por parte do usuário-paciente devido ao serviço prestado, por exemplo. Em terceiro, diferenciando-se de um “serviço tangível” – onde o beneficiário é um prestador de informações para o produto final (por exemplo, ao pedir uma pizza pelo telefone) – está o papel de coprodução, como já ressaltado anteriormente, na relação face-a-face prestador-prestatário. O quarto ponto seria a especificidade de uma assimetria entre os dois grupos relacionais: de um lado o prestador/assalariado e de outro o usuário/cliente/paciente, onde suas representações subjetivas terão papel fundamental na qualidade do serviço. A coprodução no serviço de saúde exalta a importância da aprendizagem do usuário como parte importante do serviço⁸ (Athayde, Seligman-Silva e Vieira, 2004⁹).

O aspecto subjetivo da relação de serviço em saúde tem ainda alguns pontos que merecem atenção nesta reflexão, ainda conforme o citado texto de Du Tertre (2005), no que toca à intersubjetividade na relação prestador-prestatário: no plano das informações, há toda uma troca informal (além da relação formal estabelecida), por

⁸ Neste caso, o papel da aprendizagem do prestatário é exemplificado através de uma situação na qual uma enfermeira se queixa de quando um pai de um bebê em tratamento intensivo, por não saber que o local mais indicado para o acesso intravenoso em bebês é na cabeça, ao ver o procedimento realizado no seu filho, faz um escândalo, arranca a criança e vai embora. O trabalho envolveria então o aprendizado por parte deste pai (Athayde, Seligman-Silva e Vieira, 2004, p.141-142).

⁹ Os autores estão enumerados em ordem alfabética, conforme a norma da ABNT, porém, os próprios se colocam na seguinte ordem: Vieira, Seligman-Silva, Athayde.

exemplo, corporal. Também na relação contratual, além do contrato formal, há também uma informalidade, no encadear das convenções, em um sistema de direitos e deveres tácitos nesta relação, que vão contribuir para a instauração do clima de confiança. Há um aspecto social nesta intersubjetividade, já que, na relação prestador-prestatário, o que vale é a compreensão do outro através da representação social de cada ator. No plano técnico e profissional, o prestatário também é levado a mobilizar competências em consonância com as do prestador do serviço. Tudo isso é desenvolvido com influência constante do que em Psicanálise se conceitua por relação de transferência e contratransferência (Laplanche e Pontalis, 2001), quando em uma relação analista-paciente, há projeção de conteúdos inconscientes e reações de um ao outro. Ou seja, é importante levarmos em consideração que são mobilizadas referências anteriores, da história pessoal singular de ambas as partes e projetadas em cada ator, de forma que ambos agem influenciados pela história de vida e subjetividade de cada um.

Temos então o conceito de “serviço” como sendo “o efeito, o resultado, nas condições do exercício da atividade” (Zarifian, 2001, p.105). Este aspecto nos parece muito relevante a ser considerado. O autor dá o exemplo de um tratamento médico: nesta lógica o serviço prestado não é o tratamento em si, mas a saúde recobrada. Consideramos então, nos serviços de saúde, que o serviço a ser prestado deve ser a recuperação da saúde para melhor viver. No caso dos serviços em saúde mental, como o CAPS, onde não se trabalha com a perspectiva direta de cura, o serviço prestado é, na fala de um prestador do serviço, “[deixar] a pessoa vivendo melhor” (Alonso et al., 2009, p.36). Sendo assim, há uma dificuldade de avaliação do trabalho desenvolvido na unidade de saúde, principalmente por parte do profissional de gestão, dada a sua intangibilidade. Não se pode avaliar este tipo de serviço através de indicadores como o número de atendimentos ao mês, ou outros parâmetros quantitativos frequentemente usados em serviços de saúde, já que o que importa, ou seja, o serviço prestado, é a vivência subjetiva de melhora de cada usuário.

Em termos de qualidade do atendimento, ainda no caso da Saúde Mental, a importância da relação prestador-prestatário (profissional de saúde-usuário) se mostra de forma clara. Neste caso, a “estabilidade da equipe” é condição essencial para a

configuração de vínculo terapêutico, pré-requisito para o sucesso do tratamento (Santos, 2007).

1.2 O trabalho em saúde no Brasil: breves considerações

Estima-se que a área da Saúde no Brasil seja uma das maiores do mundo (incluindo os setores público e privado), atuando em mais de cinco mil municípios, com mais de setenta mil estabelecimentos e gerando mais de dois milhões de empregos diretos em saúde (Machado, 2006). O gasto anual *per capita* com saúde no país é de R\$ 450,00 (BRASIL/RIPSA, 2006). Os recursos humanos são principalmente municipais, com tendência a constituição de equipes multidisciplinares em contraste com o binômio médico-atendente de enfermagem que perdurou durante décadas (Machado, 2006).

Se nos primórdios as práticas de saúde tratavam do ‘corpo coletivo investido socialmente’ – no caso da Medicina Social e Epidemiologia – a Clínica vai priorizar o ‘corpo individual’ e com seu crescente prestígio vai fazer o trabalho em saúde participar mais diretamente na criação das condições para a acumulação de capital, na medida em que se encarrega da reprodução da força de trabalho (Lima, 2007). A reestruturação no espaço hospitalar – espaço privilegiado das práticas biomédicas – toma então como ponto de partida a tecnologia política da disciplina, as tecnologias das ciências da vida e, como inspiração, o modo taylorista de organização do trabalho, enquanto se transforma em “máquina de curar” (Foucault, 1982b, p.101).

Com o capitalismo contemporâneo, também o trabalho em saúde sofreu um processo de “reestruturação produtiva” (ou *desestruturação*). Se nesse primeiro momento a reestruturação do trabalho em saúde seria destinada a manter a capacidade de reprodução da força de trabalho, utilizando-se de métodos organizacionais de otimização dos resultados e diminuição de custos, numa segunda etapa acaba por acontecer uma grande contradição. No caso da medicina, já na década de 1970 atentava-se para o direcionamento da formação para a especialização médica, maior tempo de formação profissional, multiplicação de tarefas, de recursos humanos e tudo que caracterizava a “medicina tecnológica”, aliada a extensão dos serviços, convergindo para o aumento dos custos da saúde (Donnangelo, 1979). A medicina, que

tinha anteriormente como recurso básico de sua prática o cognitivo-sensorial, priorizando a escuta, o olhar e o toque, com sua evolução passa a recorrer cada vez mais a máquinas/equipamentos e uma infinidade de tecnologias terapêuticas e diagnósticas, o que acaba por elevar o custo financeiro do setor saúde. O trabalho em saúde e todo o seu aparato tecnológico está inserido na lógica capitalista como garantia de reprodução da força de trabalho, e também participa do plano do consumo, ao incorporar custos industriais ao valor do cuidado (Lima, 2007). O que se observa atualmente como marcantes características da área de saúde é a precarização dos vínculos empregatícios, além da dificuldade de manutenção e atualização do aparato tecnológico: equipamentos, instrumentos e máquinas.

Nesse contexto, o trabalho em saúde deve ser situado como prática social, com papel de destaque no enfrentamento de interesses conflitantes e, ao mesmo tempo, de atuação como mecanismo de controle sobre “tensões sociais”, em contraste com linhas de raciocínio que definem a saúde como uma prática neutra, interessada apenas no bem-estar da população e extensão dos seus serviços (Donnangelo, 1979, Lima, 2007). Para Donnangelo, no entendimento do processo saúde-doença, trata-se também de se considerar a “dimensão social do processo saúde-doença, impondo a superação do corte entre aspectos orgânicos e psicossociais, entre o curativo e preventivo, entre prática individual e efeitos coletivos” (Donnangelo, 1979, p.86).

O trabalho em saúde, como esfera de atuação inserida no chamado ‘setor de serviços’ apresenta peculiaridades: é trabalho complexo e enigmático e que mobiliza especialmente o trabalhador pois se lida com a condição de existência das pessoas e sua saúde. De acordo Hennington (2008, p.559), baseada no pensamento do filósofo Schwartz, o trabalho em saúde leva a “reflexões a respeito dos valores tomados em consideração no campo das microdecisões durante o curso da atividade, além da dinâmica dos processos de trabalho e a noção de experiência e subjetividade dos trabalhadores”.

Nesse processo de problematização, de enxergar o ato de trabalhar como sendo também o de gerir a si mesmo (especialmente no campo da Saúde Mental), vêm à tona alguns aspectos importantes, denominados por Barros e Barros (2007) de

“vetores-dobras”¹⁰: os ‘sujeitos’, com seus desejos, necessidades, interesses; o processo de trabalho, ou seja, os saberes em circulação; e também as políticas públicas enquanto coletivização das relações. O que se quer enfatizar é que “a gestão não é apenas a organização do processo de trabalho, mas é o que passa entre os vetores-dobras do que o constituem” (Barros e Barros, 2007, p.62), sem relações determinadas mas em interseção, inseparáveis, co-existentes. Ou seja, além de uma gestão de si, entra como variável neste trabalho fatores provenientes de diversas esferas, como a política e a cultural, tanto no plano subjetivo e individual, quando do coletivo e do social.

Alves-Filho et al. (2005), em pesquisa quantitativa com 290 participantes (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, nutricionistas, odontólogos, psicólogos e auxiliares de enfermagem) de Natal, Rio Grande do Norte, estudaram o significado do trabalho entre profissionais do SUS e apresentaram quatro resultados considerados relevantes. Primeiramente, os profissionais, seguindo o perfil brasileiro, dão importância central ao trabalho, depois da esfera familiar, com tendência a atribuir uma centralidade mais elevada ao trabalho do que outras categorias ocupacionais, como bancários, comerciários de redes de supermercados, operários da construção habitacional e trabalhadores de uma empresa de distribuição de petróleo, por exemplo. Em segundo lugar, constatou-se incompatibilidade entre o ideal desejado pelo trabalho e a prática vivenciada, de forma que os profissionais de saúde estudados não perceberam, na prática, oferta de condições de “auto-expressão”, possibilidade de adaptação do trabalho a preferências pessoais, como desejavam. O terceiro ponto reflete uma perda de credibilidade do sistema, associada à precariedade das condições de trabalho, principalmente quando a esta falta de condições é contrastada com as elevadas exigências de responsabilidade. Ainda sobre a questão das precárias condições de trabalho, percebeu-se uma ressignificação do trabalho, no sentido de

¹⁰ Barros e Barros fazem menção ao conceito deleuziano de *dobras*, *vetores-dobras* no sentido de haver instâncias do dentro e do fora que não são tomadas como faces ou lados opostos, “mas como matérias móveis de um plano comum de produção” (Barros e Barros, 2007, p. 63). Em nossa visão, trata-se de tentar ampliar a visão para além de dicotomizações ou relações simples de causalidade.

diminuição da crença em se obter “justiça no trabalho”¹¹. A quarta constatação é a de que o processo de atribuição de significado ao trabalho é grandemente influenciada pela especificidade de gestão do trabalho em cada instituição.

Por um lado, a crença na importância do trabalho que se realiza é relevante, como dissemos, mas por outro, o “excesso de ideologização” é citado como uma forma comum de “defesa”, dos trabalhadores da saúde que se colocam de forma “apaixonada” e em nome do SUS “tudo pode ou tudo não pode”. Outro aspecto da subjetividade dos trabalhadores de saúde se refere ao encontro trabalhador-usuário e em sua relação de identificação. Se os usuários de um serviço são vistos como pobres, desvalidos, desrespeitados e sem valor, a equipe tende, ela também, a se sentir assim, numa “relação de espelho desagradável” (Onocko-Campos, 2005).

Outro tema que vem sendo bastante estudado é o desgaste físico e problemas na esfera da saúde mental entre profissionais da saúde. Por exemplo, certos aspectos que levam à síndrome de *burnout*¹² -tema do qual não trataremos-, mas que ilustra o argumento- como o desgaste e atitudes desumanizadas de trabalhadores do SUS, foram vistos como não dependendo da categoria profissional específica, mas da unidade de saúde na qual trabalham. Isto pode sinalizar que aspectos relacionados à gestão do processo de trabalho sejam determinantes da (in)satisfação do trabalhador da saúde e podem estar associados a atitudes inadequadas ou inaceitáveis (Argolo et al., 2005).

Também o conhecimento técnico pode se colocar como forma de proteção dos trabalhadores de saúde, dando suporte e influenciando no nível de tolerância ao sofrimento no trabalho em saúde, comumente associado com a morte e a dor. A definição de quais meios técnicos um dado trabalhador possui ou não, na sua prática, será fundamental tanto para a eficácia dessas práticas quanto interferirá também no

¹¹ Por “justiça no trabalho” os autores consideram: ambiente de trabalho adequando quanto a condições gerais (materiais, de higiene e de equipamentos), medidas de segurança, retorno econômico compatível e o equilíbrio de esforços e direitos entre os profissionais.

¹² Trata-se de uma síndrome tridimensional composta de: esgotamento emocional (desgaste, perda de energia, esgotamento e fadiga); despersonalização (atitudes e respostas negativas com outras pessoas, irritabilidade, perda de motivação e manifestações emocionais) e propensão ao abandono, sentimentos de incompetência e falta de realização pessoal no trabalho, baixa produtividade e incapacidade para suportar pressões e ainda baixa auto-estima (LARA, 1999).

grau de resistência e tolerância com que o sujeito em questão conta para enfrentar o dia-a-dia em contato permanente com a dor e o sofrimento” (Onocko-Campos, 2005, p. 572). No caso do trabalho em CAPS, o “não saber o que fazer”, ou não saber discernir riscos e urgências costumam provocar maior angústia e insegurança (Ferrer, 2007).

Um último aspecto que queremos ressaltar é sobre o modelo de gestão em saúde no setor público. Este se baseia em dados epidemiológicos e de demanda, na quantificação de atendimentos, na capacidade resolutive e na “equação demanda referida/ quantidade de profissionais/ atendimentos esperados”, o que acaba por “constranger” e modificar o trabalho, pois a demanda será sempre superior à prevista, alterando assim os ritmos prescritos, as formas de atendimento desejáveis e as ações de cuidado (Lancman, 2008). “Neste tipo de lógica, o aumento da produtividade acaba sendo alcançado por meio da intensificação do ritmo de trabalho em detrimento da qualidade do serviço esperado” (Lancman, 2008, p.11). O aspecto qualitativo e quantitativo desfavorável e a falta de tempo para a troca e de experiências entre os trabalhadores desfavorecem as relações de trabalho necessárias para operacionalizar um modelo de atenção como o do CAPS. A não ampliação dos quadros de RHs e da rede de atenção leva o trabalhador a desempenhar suas atividades aquém do que consideram adequado, porém no dilema de oferecer o serviço assim mesmo ou não oferece-lo (Lancman, 2008).

Analisar uma atividade de trabalho através de seus resultados é importante, pois é necessário planejar para o não desperdício de recursos, mas se resumir a este critério, quantitativo, é ocultar as múltiplas dramáticas da atividade, vividas pelo trabalhador em seu cotidiano, “microdramáticas” de escolhas cotidianas, que são fonte de eficácia para o trabalho, mas que têm um preço para as pessoas e para os grupos, que envolve sua saúde (Schwartz, 2011, p.134-135). Estes coletivos, segundo o autor, devem arbitrar permanentemente o quanto são pertinentes as normas antecedentes relativas ao seu trabalho, deliberando sobre o quanto se aterão a estas e sobre a necessidade de transgredi-las, desloca-las ou modifica-las.

1.3 O cuidado aos “loucos” e a constituição dos CAPS no âmbito da Reforma Psiquiátrica

1.3.1 Antecedentes: o cuidado aos “loucos” no contexto da saúde

Tendo como foco de pesquisa os profissionais do CAPS, apresentamos inicialmente alguns aspectos históricos e conceituais da implementação desse processo de trabalho/serviço na rede de atenção à saúde mental.

Com o advento da Medicina Social na Europa, tem-se dois desdobramentos: aplica-se um maior controle sobre a cidade e os indivíduos (que se manifestará também na forma do detenção dos loucos) e delimita-se como objeto de atenção da saúde a força de trabalho. O advento da Medicina Social se deu através desse exercício do controle do Estado sobre a população (no caso da Alemanha), do controle do espaço urbano (no caso da França) e controle da força de trabalho (no caso da Inglaterra). A medicina de Estado alemã, além de normatizar a atividade (o saber) e a organização (a administração) da medicina, elevou-a a um tipo de poder oficial com função e capacidade de observação e rígido controle sobre cada indivíduo, através da polícia médica. Já o controle sobre os trabalhadores refere-se à direção adotada pela “Medicina da força de trabalho” inglesa, quando fica evidente a condição da população operária de um perigo para a harmonia da cidade, na segunda metade do século XIX. Esta população pobre, tendo capacidade de organizar-se e gerar revoltas, pôde perturbar a ordem quando tinha seus interesses de subsistência ameaçados. Ao mesmo tempo, era preciso preservar os corpos hígidos para o processo de industrialização que se iniciava. Ainda como característica da conformação da Medicina Social, as epidemias que atingiam mais diretamente os pobres por sua vulnerabilidade, foram motivo de segregação espacial, numa divisão dos espaços para ricos e pobres na cidade, como no caso da França. Enfim, com a emergência do processo de industrialização, quando pobres trabalhadores ou não, passam a ser uma ameaça à salubridade da cidade e à saúde dos ricos, assim como ameaça à disponibilidade de força de trabalho para a indústria nascente, são conseqüentemente implementadas melhorias nas condições de saúde das cidades e da população,

providas pelo Estado, mas também são criados mecanismos de controle para efetivação dessas medidas (Foucault, 1982).

No que concerne ao tipo de tratamento dispensado aos considerados loucos, a Medicina Social tem um papel fundamental. Conforme dito, a Medicina Social francesa, por motivos econômicos e políticos, direcionou sua atuação para a organização do espaço urbano através da medicalização da cidade. Segundo Foucault (1982b), nesse contexto de reorganização do espaço urbano deu-se a criação dos *hospitals gerais* em Paris.

No século XVII foram criadas na Europa “casas de internamento” (Foucault, 1972). Elas não eram ainda propriamente estabelecimentos médicos, mas uma estrutura semijurídica destinada a “abrigar” os pobres, os miseráveis, os vagabundos, e onde os *loucos* eram também internados. Em um quadro de crise – desemprego, baixos salários, moeda escassa – um forte conteúdo moral era atribuído a esta situação, tida como uma suposta tendência à vagabundagem. Para “higienizar” esta “infestação” que se alastrava na sociedade, instituiu-se o que então se chamou *Hospital Geral*. O aparelho repressivo do Estado (seja através do Executivo ou do Judiciário) podia então legalmente baixar ordens de reclusão e enviar alguém para o Hospital Geral (Castel, 2001).

Na Era Moderna, marcada pela Revolução Francesa¹³, surgem novas concepções nas formas de organização econômico-social e aquela população de indivíduos excluídos passou a ter importância enquanto possíveis produtores, força de trabalho e participantes da sociedade. Sobraram os loucos. A loucura foi transformada em “doença mental” com o advento do capitalismo (Foucault, 1968), pois que pessoas nestas condições não tinham importância na produção de valor, ao contrário. Não se encaixando nesta nova ordem, aquele que era classificado como doente mental devia ser excluído e/ou “ortopedicamente”¹⁴ corrigido.

¹³ Revolução Francesa dá o nome para um conjunto de acontecimentos que entre 1789 e 1799 colocou em questão o Antigo Regime, assim como a autoridade da nobreza e do clero, abolindo a escravidão, instituindo princípios universais, como liberdade, igualdade e fraternidade.

¹⁴ Termo usado por Foucault, ao longo de suas obras, para tratar da disciplina imposta, seja em instituições totalitárias, como o hospício, seja na psicologia ou na psiquiatria, expressando que as modificações corretivas, definidas por este termo, tem por base a força, a coerção, a punição.

Com a evolução da medicina e a modificação do papel do Hospital como lugar de cura é delegado aos *alienistas*¹⁵ o papel de “libertação” dos considerados loucos. Neste contexto, caso os loucos, quando restituídos à liberdade, pudessem tornar-se perigosos para sua família e o grupo ao qual pertenciam, seria necessário contê-los. A filantropia da época liberou então todos os outros exceto os loucos, destinados a serem os “herdeiros naturais do internamento” e “titulares privilegiados das velhas medidas de exclusão” (Foucault, 1968, p.81).

O saber médico subordina então a loucura ao exercício de seu poder ao propor um novo dispositivo envolvendo seu confinamento neste novo espaço de reclusão: o Asilo. O nascimento do “alienismo” (em seguida chamado Psiquiatria) é então autorizado pela existência do que se considerou como insanidade, ou da alienação da razão. Ou seja, insanidade e asilo de alienados compõem esta nova maquinação psicossocial.

No Brasil, as circunstâncias do país no século XIX criaram a necessidade de instituições para controlar a loucura, como na Europa do século XVI, guardadas as peculiaridades locais e a defasagem temporal quanto à repressão à desordem, mendicância e ociosidade (Resende, 1994). Frente às críticas, surgiu como o melhor direcionamento de modelo assistencial a proposta de criação de *Colônias de Alienados*, que seriam a tentativa do resgate da razão pelo resgate da liberdade em um ambiente exterior ao manicômio. Mas, na prática, a experiência das colônias agrícolas mostrou-se uma repetição da exclusão do modelo manicomial tradicional, com um maciço de pacientes cronificados pelos anos de tratamento tradicional, permanecendo o repouso terapêutico e o tratamento moral a base de violência e maus tratos (Amarante, 1995).

O momento posterior ao golpe militar de 1964 foi o marco divisório para a inserção da questão social no âmbito dos hospitais psiquiátricos, com a chamada Psiquiatria de massa e com os movimentos privatistas, gerando uma “indústria da loucura”, de forma dispendiosa para os cofres públicos, além de cronificadora dos seus usuários (Amarante, 1995).

¹⁵ Na obra *O Alienista* de Machado de Assis encontramos uma crítica contumaz ao paradoxo alienista, entre a pretensão da posse de um saber sobre o limiar normal-patológico baseada em princípios científicos, porém sem a menor consistência sob o ponto de vista do bom senso.

Assim, no retrato de um típico hospital psiquiátrico dos anos 1980, via-se uma grande quantidade de pacientes amontoados em enfermarias, uniformizados ou nus, de cabeça raspada ou cabelos curtos, com algum esboço de vida, mas expressando invariavelmente alguma necessidade, desconforto e falta de perspectiva, perguntando sobre a família ou quando assintomáticos e a medicação maciça o permitia, ameaçando fugir (Goldberg, 1994).

1.3.2 A Reforma Psiquiátrica e alguns referenciais para a criação do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)

O CAPS é um serviço substitutivo do manicômio concebido a partir da chamada Reforma Psiquiátrica. Por Reforma Psiquiátrica (RP), entende-se como sendo não apenas a reforma da especialidade médica que cuida da loucura, nem tampouco a reestruturação dos serviços de psiquiatria. Trata-se de um “processo social complexo” e sendo assim, engloba as dimensões teórico-conceitual ou epistemológica, técnico-assistencial, jurídico-política e sócio-cultural (Amarante, 2007).

Durante e após a Segunda Guerra Mundial experiências de RP ocorreram na Europa. Naquele momento foram atualizadas críticas sobre o saber e a prática psiquiátricos, abrindo-se espaço para novas experiências. No pós-guerra, com a reconstrução dos países da Europa, os hospícios passaram a se revelar fonte de sofrimento e receber críticas dos próprios trabalhadores de saúde (alguns haviam vivido a situação de internação em campo de concentração na França, por exemplo) por seus atos violentos e excludentes no tratamento da loucura. Onde houve um horizonte de reformulação democrática e bem-estar social, buscaram-se formas de mudança para modelos mais pertinentes à nova paz do pós-guerra.

Cabe aqui abordar as principais experiências da RP, sem querer descrever suas genealogias mas apenas ressaltar suas influências para o que é a prática brasileira e para a criação do CAPS. Podemos dividir estas experiências em três vertentes, a de reformulação no interior do hospital psiquiátrico, as experiências fora desta instituição

e as experiências de ruptura com o próprio paradigma que embasa tal instituição, conforme Amarante (2007):

- Comunidade Terapêutica e Psiquiatria Institucional:

Foram tentativas de superar o fracasso através de reformulações do funcionamento do próprio hospital psiquiátrico. Na Comunidade Terapêutica, fruto de experiências inglesas, a idéia central era a de eliminar as hierarquias entre equipe e pacientes, trazendo também a responsabilidade terapêutica para os familiares, encorajando um processo de democratização através de grupos de discussão diários de diversos tipos e sobre todos os aspectos da instituição. Em experiência francesa, a Psiquiatria Institucional tentou resgatar o caráter terapêutico da instituição psiquiátrica através de grupos não hierárquicos de atividades variadas, mas também trazendo uma visão de transversalidade do saber através da escuta polifônica e de construção de suporte e referência na equipe para os internos através do acolhimento. Nesta experiência fez-se uso de atividade terapêutica, através de oficinas de trabalho e arte, com leitura psicanalítica, que eram propostas aos internos visando a assunção de responsabilidade.

- Psiquiatria de Setor e Psiquiatria Preventiva:

Tendo em vista que era necessário um cuidado com os pacientes quando recebiam alta, para evitar recaídas, a psiquiatria francesa se reorganizou em unidades setoriais, o que trouxe os benefícios da manutenção dos laços sociais pelos fato de os pacientes estarem em tratamento na região de sua proveniência, onde possuem amigos e família. Outras inovações relevantes desta reformulação foram o trabalho em equipe multiprofissional e pela mesma equipe junto ao paciente, explorando o vínculo criado a favor do tratamento. A Psiquiatria Preventiva também extrapolou os muros do hospital psiquiátrico, considerado não efetivo e na intenção de que viesse a desuso através de um movimento de prevenção amplo nas comunidades, uma busca de potenciais pacientes no meio social. Pregando a desospitalização, criou-se diversos centros de saúde mental, como hospitais-dia/noite, enfermarias e leitos em hospitais, entre outros, o que, entretanto, não provocou a diminuição de pacientes, mas sim um

aumento, devido justamente à postura de busca de suspeitos por parte dos técnicos, que acabavam por atuar como captadores.

- Antipsiquiatria e Psiquiatria Democrática Italiana:

Considerada a antítese da psiquiatria, a Antipsiquiatria considera que não há doença mental enquanto objeto natural de uma ciência, mas sim experiências de vida, que refletem as contradições da sociedade e da família, e que deveriam ser vivenciadas por serem naturalmente terapêuticas, constituindo um movimento de organização interior. A pessoa em sofrimento deveria então ser auxiliada a passar por este processo sendo protegida inclusive da psiquiatria e da instituição psiquiátrica, que seria a violenta expressão na sociedade do que levou a pessoa a tal condição.

A Psiquiatria Democrática Italiana, experiência balizadora do que viria a ser o CAPS, também teve esta postura de rompimento com a instituição psiquiátrica, não apenas o hospital mortificador e “desistorificador” da pessoa, mas no aparato jurídico, cultural e científico que sustentam a segregação e patologização da experiência humana. Este processo de rompimento fez uso das experiências anteriores de reforma, estabelecendo centros de saúde mental em territórios definidos, com grande participação dos usuários em grupos, porém estas unidades seriam substitutivas e não alternativas ao hospital psiquiátrico, chamando para si a responsabilidade mesmo em momentos de crise, em uma postura que cabe no conceito de tomada de responsabilidade quanto à Saúde Mental no território. Tentou-se então proporcionar aos usuários maneiras de inclusão social, como através de cooperativas de trabalho, residências para ex-internos e grupos de produção artística.

O caráter substitutivo nos novos serviços de saúde mental, como o italiano e o que a RP brasileira defende vem justamente da crítica ao sistema psiquiátrico e ao manicômio, uma instituição total que confisca a realidade pessoal do doente, impedindo que ele vivencie a si mesmo e a loucura ao torná-lo “coisificado” (Goffman, 1974). Para a principal figura da experiência italiana, Franco Basaglia (1968), a sociedade, ao dar aos médicos um poder tutelar sobre os loucos, leva à exclusão social dessas pessoas muito mais pela eliminação de seu “poder contratual”, ou seja, de sua

soberania individual, que pelos efeitos decorrentes da “doença” em si. Neste quadro enrijecido de relações no manicômio, só com a sua abolição seria possível a aproximação e a relação terapêutica, assim como o poder de contratualidade do usuário poderia ser resgatado. Considerando inviável a mera reorganização técnica, humanizadora, administrativa ou política, Basaglia chega a Trieste (após participar de um trabalho de transformações em Gorizia) e lidera um processo de demolição do aparato manicomial, com a eliminação dos tratamentos violentos, a destruição de muros e a busca de constituição de novos espaços e formas de lidar com a loucura.

A idéia de *cura* desloca-se na busca de garantia de *cuidados*, com a desinstitucionalização (o que é diferente de desospitalização). Apesar da Reforma Psiquiátrica italiana ter se dado através do pensamento da Psiquiatria Antiinstitucional, o que acabou se desinstitucionalizando foi a própria loucura. Não se buscava a suspensão dos cuidados ou o simples fechamento dos hospitais; propunha-se, com o desmonte dos mecanismos psiquiátricos de exclusão/controle, uma outra forma de entender, tratar e lidar com a loucura. À medida que os serviços tradicionais iam sendo desativados, seriam substituídos por outros equipamentos sociais funcionando 24 horas por dia, em territórios demarcados. Não se trata aí de custódia ou tutela, de remoção de sintomas; busca-se a possibilidade de construção de projetos que aumentem a capacidade de produção de possibilidades de vida. Terapia aí se configura enquanto ampliação dos espaços de liberdade para sua emancipação (Basaglia, 1968).

Enfim, “o processo brasileiro [de RP] incorporou as questões nascidas de todas estas experiências, inclusive aprendendo com a tradição basagliana de incorporar os erros e acertos dos processos anteriores” (Amarante, 2007, p.103).

Enfatizamos então o campo da Saúde Mental e o trabalho no CAPS como envolvendo muita complexidade;

É importante assinalar que poucos campos do conhecimento e atuação na saúde são tão vigorosamente complexos, plurais, intersetoriais e com tanta transversalidade de saberes. Ao contrário da psiquiatria, a saúde mental não se baseia em apenas um tipo de conhecimento, a psiquiatria e muito menos é exercida por apenas, ou fundamentalmente, um profissional, o psiquiatra. Quando nos referimos à saúde

mental, ampliamos o espectro dos conhecimentos envolvidos, de uma forma tão rica e polissêmica que encontramos dificuldades de delimitar suas fronteiras, de saber onde começam ou terminam seus limites. (Amarante, 2007, p.15)

E, ao mesmo tempo em que se engloba tantos aspectos, inclusive este caráter de vanguarda das ciências, dada sua transversalidade, talvez traga para o campo, também, maior compromisso e muita responsabilidade em relação aos sujeitos envolvidos com o cuidado em Saúde Mental.

1.3.3- O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS): gênese e principais características

No Brasil dos anos 1980, no contexto mencionado de proliferação de grandes e lucrativos hospitais psiquiátricos, com condições muitas vezes desumanas de assistência, podemos ressaltar algumas características básicas destas instituições que deveriam ser superadas (Goldberg, 1994):

- Hegemonia do discurso médico e centralidade do tratamento na atividade médica, sendo o médico o depositário das expectativas de tratamento, operado pelo ajuste da medicação;
- Atenção à saúde mental resumida ao binômio hospital psiquiátrico – ambulatório de saúde mental. Atividades extras eram admitidas enquanto ocupação do tempo ocioso, não sendo vista com peso terapêutico;
- Tratamento focado na remissão dos sintomas, não levando em conta a história pessoal do paciente; quando recebida a alta, preferia-se a apatia do paciente em casa, através de grandes doses de medicamentos, para que não importunasse a vida familiar e como forma de prevenção de reinternação.

Frente a isto, em 1982 o estado de São Paulo apresenta um programa de saúde mental transformador, baseando-se em conceitos como o de regionalização, hierarquização e integração, visando substituir a rede hospitalar por uma rede extra-hospitalar. Apesar de em 1987 ter sido inaugurado o primeiro “Centro de Atenção Psicossocial” na cidade de São Paulo, este não aglomerava os princípios de um serviço substitutivo, com os ensejos da RP, se colocando mais como uma instituição intermediária entre o hospital e a comunidade (Amarante e Torre, 2001). É em 1989,

no NAPS (Núcleo de Atenção Psicossocial), em Santos-SP, que se fala em projeto terapêutico, em “cuidar de uma pessoa”, “evitar o abandono”, “atender à crise” e “responsabilizar-se pela demanda” que buscava o serviço (Amarante e Torre, 2001).

O serviço de Santos foi criado a partir de um “projeto docente, assistencial e multicêntrico”, visando dar conta das determinações de marginalização e cronificação da doença, atuando também na investigação e formação de recursos humanos para a rede assistencial (Goldberg, 1994). A equipe quis dar conta de algo que se via como mecanismo crucial da psicose (diagnóstico mais comum na saúde mental): a dificuldade da pessoa em posicionar-se em um fluxo de relações, impedindo-a de projetar-se em um quadro de referências intersubjetivas. Ou seja, tratava-se da dificuldade de estabelecer laços sociais. A intenção então era a de “impelir o paciente a coeficientes de escolha” cada vez maiores no gerenciamento de sua vida, fazendo-o apropriar-se desta. Criou-se o conceito de *profissional de referência* do usuário, que deveria tratar das suas demandas a partir de um contrato técnico-usuário estabelecido e negociar alterações (Goldberg, 1994). Este seria o paradigma de uma clínica condizente com a “cidadania ativa e ampliada”, o cuidado personalizado e o enquadre ético de escuta e tentativa de construção de um *campo de troca* entre o usuário e o técnico (Pitta, 1994).

Na experiência inicial de Santos, baseado na RP italiana e que serve de referência para o atual CAPS, o objetivo era produzir uma instituição aberta à circulação, às trocas relacionais e de exercício de afirmação da liberdade e dos direitos. Podemos dizer que a missão era

Cotidianamente acolher o sofrimento, a loucura e a diversidade, buscando, entretanto, não circunscrevê-los em espaços fora da cidade ou entidades absolutas, negando as diversas formas de codificação e de invalidação do outro (Nicácio, 2003, p.168).

Este movimento, que remete à construção ou potencialização da autonomia do sujeito, envolve a busca contínua da transformação do cotidiano de um serviço público no início dos anos 90, mas que ainda nos parece atual, as formas de gestão, a relação técnico-usuário e território, de forma a ser mais aberta. A manutenção de um serviço

de “portas-abertas” passou a ser paradigmático em relação à ética do profissional de Saúde Mental. As reuniões de equipe eram diárias, onde se discutia tanto os casos clínicos quanto a gestão do trabalho, falava-se do cansaço e vivências de tensão, de dúvidas e incertezas. Mas isto não é colocado como uma tarefa fácil e sim atravessada por divergências, conflitos na equipe: a “intensidade afetiva” das discussões se mostravam muitas vezes de maneira “impraticável” (Nicácio, 2003)¹⁶.

Em 1989 e 1992 já se tem uma normatização superficial dos CAPS/NAPS, através de sua instituição e regulamentação, respectivamente oferecendo atendimento em um regime intermediário entre o ambulatorial e a internação hospitalar, estabelecendo diretrizes para a atenção em saúde mental, como a diversidade de métodos e técnicas terapêuticas nos vários níveis de complexidade assistencial, a multiprofissionalidade na prestação de serviços e a ênfase a participação social (Brasil, 1989; 1992). Na década de 1990 o rumo prescrito pelo Ministério da Saúde, OPAS (Organização Pan-americana de Saúde), OMS (Organização Mundial da Saúde) e instituições científicas era na direção da implantação de uma rede integrada, de base comunitária, com ofertas complexas de atenção médico social, sob a diretriz da reabilitação psicossocial (Delgado *et al.*, 2001).

Em 2005 avaliou-se que a Política Nacional de Saúde Mental levava à criação de novos CAPS, através dos mecanismos de desinstitucionalização: o PNASH-Psiquiatria (Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar-Psiquiatria), reduzindo o número hospitais psiquiátricos por interditar os de baixa qualidade; o PRH (Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS), implementando a diretriz de redução de leitos em macro hospitais psiquiátricos; o Programa de Volta pra Casa, auxiliando técnica e financeiramente principalmente a pacientes egressos de longa internação a voltarem a conviver em sociedade; as Residências Terapêuticas, lares para estes usuários da Saúde Mental que não possuem outra forma de moradia, referenciados à Rede de Atenção (Brasil, 2005).

¹⁶ Cabe ressaltar que esta dificuldade ocorreu mesmo sendo o quantitativo de recursos humanos de então no mínimo o triplo e a população adscrita de em torno de 1/10 da referente à unidade aqui estudada, apesar do caso citado referir-se a um serviço com plantão noturno.

Os CAPS – ou instituição equivalente, podendo manter o nome que já possuía caso já tivesse sido reestruturado antes da legislação específica, como o exemplo dos CAIS (Centro de Atividades Integradas em Saúde Mental), CERSAMs (Centros de Referência em Saúde Mental), CADs (Centros de Atenção Diária) – é o serviço, dentro da rede de atenção à saúde mental, normatizado com mais detalhes em 2002 (Brasil, 2002), que engloba maior número de funcionários, pois deve apresentar as seguintes características, em sua estruturação mais simples: atuar como porta de entrada para a rede, prestar apoio matricial para a atenção básica, organizar a demanda, regular a rede e fazer o cadastramento dos usuários de medicamentos essenciais à saúde mental. Deve ainda prestar as seguintes atividades e serviços (Brasil, 2002):

a - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);

b - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);

c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;

d - visitas domiciliares;

e - atendimento à família;

f - atividades comunitárias enfocando a integração do paciente na comunidade e sua inserção familiar e social;

g - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária, os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias.

O prescrito para a equipe multidisciplinar de um CAPS é facilitar a reabilitação psicossocial da pessoa em sofrimento psíquico, em desvantagem social, através de sua inclusão na rede social e no ciclo produtivo e de consumo (Saraceno, 1999).

Para tanto, os CAPS devem dispor de recursos humanos com as seguintes características mínimas (Brasil, 2002):

a - 1 (um) médico com formação em saúde mental;

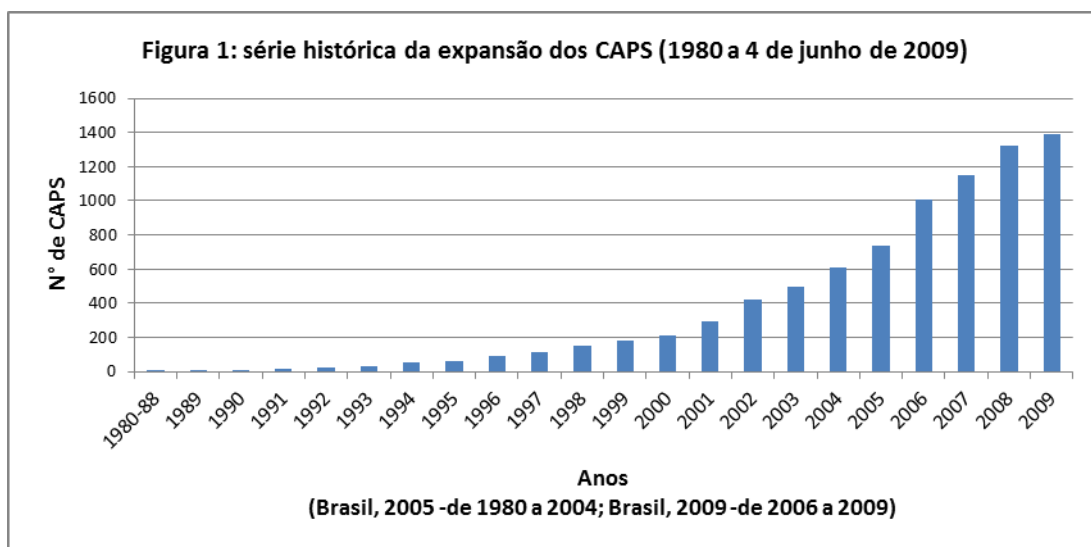
b - 1 (um) enfermeiro;

c - 3 (três) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico.

d - 4 (quatro) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão;

Podemos constatar que esta vertente da política de atenção à saúde mental vem realmente sendo implantada e tende a se expandir, sobretudo no século XXI, conforme demonstra a Figura 1.

Figura 1: Série histórica do número de CAPS implantados no Brasil, 1980 a junho de 2009.



Além do CAPS deste porte aqui descrito (I), existem o CAPS II (que tem ainda maior capacidade e pessoal) e o CAPS III (de funcionamento 24 horas), mas poucos deste último tipo existem, nenhum no Rio de Janeiro, por exemplo. Há também os destinados à infância e adolescência (CAPS-i), e os destinados a pessoas com dependência de álcool e outras drogas (CAPS-ad), que não serão aqui abordados. Outros serviços que compõem a rede são o Programa de Saúde da Família (PSF), os leitos em hospitais gerais, as Residências Terapêuticas (RT), entre outros, configurando a rede de atenção à Saúde Mental (Figura 2):

Figura 2



222:

(Fonte: Brasil, 2005)

A noção de território, onde se estabelece a rede, deve se diferenciar de um espaço geográfico apenas, mas também um espaço subjetivo, “socialmente selecionado” para a ação social. Pela pluralidade de necessidades e riqueza de iniciativas intersetoriais necessárias, o que entendemos que deve ser uma rede é uma teia, de tamanho conforme as necessidades e recursos, que implica em uma continuidade e complementariedade necessárias para atender a demandas de ordem clínica, material e afetiva (Pitta, 2001). O trabalhador do CAPS é um agente de cuidado, mas também um agenciador de uma rede de cuidados (Ramminger, 2009).

Hoje a Rede de Atenção em Saúde Mental do estado do Rio de Janeiro conta com 34 CAPS credenciados e dois em fase de credenciamento, nas regiões metropolitanas I e II do estado, sendo 10 no município do Rio de Janeiro, credenciados e 1 em credenciamento (GSM/SESDEC - Gestão em Saúde Mental / Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil, 2009).

Uma das dificuldades enfrentadas na implantação e consolidação da rede de atenção em Saúde Mental é a mesma que foi constatada na rede de CAPS de Fortaleza-CE: considerou-se que os trabalhadores não veem transparência e honestidade na comunicação e relações com a rede de saúde, elementos fundamentais para a cooperação (Jorge, Guimarães, Nogueira et al, 2007).

No município do Rio de Janeiro é consensual que as condições de trabalho são especialmente ruins para o trabalhador da Saúde e no caso da Saúde Mental não é diferente. Uma das questões problemáticas específicas do processo de trabalho/relações de trabalho desses profissionais é a forma de admissão e contratação pelos serviços, trazendo repercussões diretas no desempenho das atividades e na qualidade da atenção prestada ao usuário, assim como reflexos na própria saúde mental do trabalhador (Lobosque, 2003). Os tipos de contrato jurídico-administrativo e as diferentes formas de “terceirização”¹⁷ (como a subcontratação) vêm assumindo crescente importância como forma de admissão no âmbito do serviço público – caracterizando, no campo da saúde esta situação como um dos aspectos do fenômeno mundial da precarização do trabalho, como uma questão importante dentre outras, talvez menos gritantes, que atingem esta atividade profissional.

Também a rotatividade gerada pelos precarizados vínculos empregatícios no setor de saúde tem especial impacto para os novos serviços de saúde mental como o CAPS, já que a qualidade da atenção é diretamente influenciada e prejudicada pela

¹⁷ Este tipo de contratação, através de ONGs, cooperativas e outros arranjos, são considerados irregularidades no setor público de saúde, caso não sejam empregos temporários e em função de “excepcional interesse da administração pública” (Santos, 2007). Porém, mesmo entre os gestores de saúde do setor público, há polêmica quanto a melhor forma de contratação de servidores públicos, devido ao custo financeiro (Fonseca e Seixas, 2002, apud Santos, 2007). No caso dos novos serviços de saúde mental, como o CAPS, soma-se a preocupação dos gestores quanto à afinidade/alinhamento aos preceitos da Reforma Psiquiátrica por parte dos concursados, o que tem servido como mais um argumento a favor da contratação direta pelos próprios gestores (Santos, 2007).

falta de estabilidade das equipes, que acaba por perder sua coesão (Santos, 2007). A permanência do mesmo “profissional de referência” (para cada usuário) faz com que possa haver formação de vínculo entre o técnico e o usuário, algo indispensável para o sucesso do processo terapêutico (Santos, 2007). Além disso, podemos imaginar algum nível de sofrimento, tanto para o técnico que abandona o serviço (ou por ele é abandonado) quanto para o usuário, depois do vínculo estabelecido.

Uma dificuldade de ordem técnica que pode existir é a difícil convivência, no interior dos CAPS, entre perspectivas teórico-assistenciais divergentes que podem gerar fortes e saudáveis discussões, mas também impasses infrutíferos (como o exemplo da psicanálise vs. psiquiatria de orientação biologicista), de forma que, para que esta diversidade seja bem vinda, para que possa coexistir e somar, devem manter um acordo, tácito ou explícito quanto às suas diferenças e aos critérios de escolha para cada situação, além da assunção de que são ferramentas e não espelhos reveladores de uma natureza essencial do problema (Bezerra-Jr, 2004).

Outra dificuldade está relacionada com o fato de se tratar de um serviço de natureza “imaterial”, como discutimos, e a dificuldade avaliação da produtividade, constituindo-se uma “invisibilidade do trabalho” realizado, para os níveis gestores hierárquicos mais altos. Para Lancman (2008), modos de gestão “vertical”, baseados em cálculo de demanda, oferta de serviços, índices e modelos de produtividade não são compatíveis com a efetiva prestação de um serviço desta natureza. Ao invés disso, defende-se que a gestão fosse “horizontal”, com maior participação dos profissionais e da população.

Queremos enfatizar o papel das reuniões de equipe/supervisão. A idéia de uma reunião onde se discuta tanto os casos clínicos quanto a gestão do trabalho, de forma bastante intensa, foi posta em prática no pioneirismo da atenção psicossocial (Nicácio, 2003). Como vimos nesta pesquisa, esta é uma prática que nos parece ser assumida consensualmente nos CAPS em geral, uma vez na semana, em determinado horário, quando ocorre a supervisão. A orientação da Coordenação Nacional de Saúde Mental é que a supervisão deve ser “clínico-institucional”, através da qual a discussão dos casos clínicos deve levar em conta o contexto institucional particular, em termos de rede,

gestão e política pública (Albuquerque, 2010). Ao supervisor cabe a contextualização clínica, levando em consideração a conjuntura da rede e do território e abordando ainda o fazer clínico dos técnicos, eles mesmos colocando-se em análise enquanto trabalhadores de uma equipe de saúde pública e de saúde mental, configurando-se uma “clínica da clínica”- “clínica ao quadrado” (Albuquerque, 2010).

Enfim, a título de esclarecimento, o trabalho em um serviço da natureza do CAPS envolve o que estamos chamando aqui de “ideologia” da RP, sem nos referirmos a uma linha de reforma específica, mas a um conjunto de ideias gerais delineadas, articuladas e com algum consenso entre a comunidade que pensa o assunto (Lancman, 2008; Ramminger, 2005), ideologia destacada como muito forte, nas instituições abordadas, e que age na coordenação da ação para a oferta de um padrão concebido de serviço.

2- Objetivos

2.1- Objetivo Geral

Analisar situações de trabalho no CAPS tendo como foco o processo saúde-doença-trabalho dos profissionais de saúde.

2.2- Objetivos Específicos:

- Descrever a atividade dos profissionais da equipe;
- Identificar questões referentes ao processo saúde-doença-trabalho dos profissionais presentes nos discursos e práticas cotidianas;
- Verificar as estratégias utilizadas pelos profissionais para enfrentar os problemas que afetam sua saúde.

3- Percorso metodológico

3.1 A escolha do lócus de pesquisa

No município do Rio de Janeiro existem 10 CAPS (Brasil, 2009) credenciados junto à Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (SMSDC-RJ), excetuando-se os que se destinam à infância e adolescência (CAPSi) e aos usuários de álcool e outras drogas (CAPSad), que não se constituem objeto de análise desta pesquisa. Estabelecemos como estratégia de pesquisa alguns critérios de seleção da Unidade que se tornaria o *caso*:

- Um CAPS da rede do município do Rio de Janeiro, credenciado como tal junto à SMSDC-RJ. Acreditamos que a região metropolitana apresenta características peculiares em relação a municípios menos urbanizados, principalmente no que se refere à demanda;
- Uma Unidade que estivesse em atividade há mais de três anos. Quisemos evitar a seleção de uma Unidade que não tivesse ainda suas rotinas e relações de trabalho estabelecidas e relativamente consolidadas, ou que não tivesse tido a oportunidade de experienciar dificuldades próprias do Serviço;
- Uma Unidade que não estivesse em processo de renovação de funcionários integrantes da equipe, de maneira que a própria forma de trabalhar estivesse sendo recriada, segundo avaliação da Coordenação da Unidade. A aceitação ou não de participação na pesquisa já foi considerado um indício para a satisfação deste critério, algo que não foi pensado *a priori*, mas sim durante o próprio processo de escolha, ao constatarmos esta situação.

Estabelecidos os critérios, enviamos uma mensagem eletrônica para cada CAPS e/ou direção, além de informações sobre quais os eventuais contatos nos haviam indicado como referência, se fosse o caso, e mantivemos contato com os que responderam. Tivemos grande dificuldade em conseguir a aceitação da direção e equipe por parte das Unidades contatadas e também em relação ao atendimento do terceiro critério. Por estas dificuldades, que custaram muito tempo e esforço, o processo de seleção tomou uma maior importância. No diário de campo produzimos um percurso resumido de seleção da Unidade:

Quadro I: Diário de campo - percurso resumido de seleção da Unidade e início do trabalho de campo**CAPS A**

Após um contato inicial e descrição do projeto para a Direção da Unidade por email, fomos encaminhados a um encontro inicial com uma pessoa integrante da equipe (N.), que transmitiria as informações de nosso projeto à equipe. Neste encontro, após uma apresentação de ambas as partes e tendo N. entendido os objetivos e tomado ciência dos marcos teóricos e da necessidade de autorizações para o encaminhamento do projeto junto aos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP), o mesmo expõe sua abertura e interesse. No entanto, N. revela muita cautela ao afirmar qualquer intenção de compromisso com a pesquisa e coloca desde já condições quanto à gravação do áudio das reuniões de equipe (não seria possível a gravação em hipótese alguma). N. também expõe as peculiaridades de sua Unidade, a fim de checar se apesar disso, ela ainda seria foco de interesse de nossa parte. Para a continuidade do diálogo, combinamos então consultar nossas bases, em nosso caso a orientadora, no caso deles, a direção e a equipe. Retomamos o contato por email, esclarecendo que havia interesse nosso em dar continuidade à tramitação referente à realização da pesquisa, mesmo considerando as especificidades da Unidade e que o método será flexível quanto à gravação do áudio, excluindo esse procedimento. Foi agendada uma primeira participação nossa na reunião de equipe da Unidade, sendo enfim confirmada a decisão, desde já, do aceite da pesquisa por parte da Direção. O contato com a equipe (em torno de 20 profissionais) na reunião ocorreu de maneira satisfatória, já que conseguimos nos comunicar de forma a esclarecer o interesse e os objetivos da pesquisa, além de explicitar nossa postura ética. Esta comunicação não se deu, no entanto, sem dificuldades, tendo que voltar a esses últimos assuntos algumas vezes. Por fim, na medida em que decidimos focar a pesquisa de campo em apenas uma Unidade, esta Unidade não foi selecionada, devido às suas peculiaridades administrativas que não poderemos explicitar. Tentamos comunicar a decisão pessoalmente, mas só conseguimos por email, por escolha da própria direção da Unidade. Registre-se que evitamos aqui apresentar as características que levaram à sua exclusão devido ao compromisso de garantir a não identificação da Unidade, buscando-se sempre evitar ao máximo a identificação dos CAPS que circulam no texto da pesquisa.

CAPS B

O primeiro contato se deu por email, através do qual foi agendado um encontro com a direção. Nele se deu uma apresentação inicial nossa, quanto aos interesses da pesquisa e seus objetivos. Houve também uma apresentação da Unidade, de alguns trabalhadores, das instalações, da história da sua criação, de seu cotidiano e dificuldades. Inicialmente foi explicitado um grande interesse por parte da direção, que agendou conosco uma apresentação do projeto de pesquisa à equipe como um todo. Já neste encontro com a equipe, após uma apresentação da proposta da pesquisa, seus objetivos e métodos, a temática da discussão se concentrou no questionamento, por parte da equipe, quanto a uma série de aspectos. Primeiro quanto à relevância da pesquisa, tanto no sentido de retorno e benefícios para aquela Unidade, quanto à relevância científica, considerando ao método escolhido, mais especificamente quanto à generalização dos resultados pertinentes a “apenas” ao estudo de caso. Questionou-se também da viabilidade do uso da técnica de “grupos focais”, por nós então colocada como possibilidade, caso houvesse no curso investigativo, a abertura e viabilidade para isto. Um segundo questionamento se deu sobre o contato pesquisador-usuários, na observação participante da(s) atividade(s) de trabalho, quando se ressaltou o risco de efeitos indesejáveis da abertura da Unidade para uma pessoa estranha, e que logo iria embora (a questão técnica do vínculo). Por fim, o questionamento mais enfático foi em relação à capacidade de manutenção do sigilo em relação à identidade dos participantes e o anonimato da Unidade e seus integrantes, já que a equipe defendia que o anonimato absoluto era impossível. Nossas respostas a estas indagações não foram peremptórias, definitivas. Reconhecendo a complexidade do que estava em questão, as respostas tiveram como orientação a tentativa de explicitação de todo o curso da pesquisa e do acordo firmado entre pesquisador e os sujeitos do compromisso ético de que tentaríamos tomar o máximo de cuidado quanto a todos estes aspectos. Buscamos esclarecer que se tratava de uma perspectiva epistemológica, de produção de saberes, em que este era um questionamento absolutamente

relevante de construção de um acordo, em referência ao polo ético-epistêmico proposto por Schwartz. Assim sendo, consideramos mais coerente nos comprometermos a expor os resultados e propor uma validação com a equipe antes do término da investigação. Tentamos argumentar que no processo investigativo já há um compromisso ético da profissão e com os CEPs. Ao final, a equipe se comprometeu a discutir internamente o que foi conversado e dar uma resposta em 15 dias. Nesse ínterim, fizemos contato via email com um integrante da equipe para saber como se encaminhava a discussão, que teria, segundo a mesma, se dado de forma bastante favorável à realização da pesquisa, apesar da postura aparentemente defensiva da equipe no último encontro. A resposta final foi de que a equipe não aprovou a realização da pesquisa na Unidade devido à falta de tempo e estrutura para o apoio à pesquisa, considerando principalmente o desligamento de uma (pequena) quantidade de técnicos daquela Unidade.

CAPS C

Agendamos por telefone um encontro diretamente com a direção. Lá, houve uma apresentação nossa, da proposta da pesquisa, sua posição e seus objetivos. A postura da direção foi de aceitação da pesquisa, deixando agendado para a semana seguinte a assinatura de formulários de aceitação para os CEPs. Todavia, a Coordenação nos informou que não poderia comparecer para a assinatura dos formulários devido a determinados motivos pessoais e que, por isso mesmo e por ser aquele seu último dia de trabalho antes de seu recesso, seria melhor que nós retomássemos o contato apenas passado certo tempo. Infelizmente não houve compatibilidade cronológica com os prazos da pesquisa e não pudemos continuar a negociação.

CAPS D

O contato se estabeleceu via troca de emails, e através dos mesmos houve uma apresentação sucinta quanto à nossa postura e intenções. Houve inicialmente uma aceitação e grande interesse demonstrado pela direção, apesar de ser colocado desde aquele momento uma dificuldade principal, que seria consequente de certa quantidade de pesquisas que estariam se dando concomitantemente naquela Unidade. Ainda assim, já que nenhuma das pesquisas seria focada nos trabalhadores e que esta temática era de grande interesse deles, a direção se comprometia em apresentar a proposta para a equipe a partir do projeto da pesquisa encaminhado e dar uma resposta. Depois de alguns desencontros, fomos informados da mudança da direção da Unidade e encaminhados à nova. A resposta final foi a de que não seria possível a realização da pesquisa naquela Unidade devido à existência de outras pesquisas no momento e principalmente devido a um “difícil” processo de mudança de direção.

CAPS E

Em negociação via troca de emails, onde se estabeleceu uma primeira apresentação do pesquisador e da pesquisa, agendou-se um encontro com a equipe para a apresentação da proposta de pesquisa. A posição da direção foi de neutralidade frente à pesquisa, que só enfatizou a possibilidade de realização desde que não envolvesse diretamente os usuários, pois já eram objeto de outras pesquisas e ficariam então incomodados com o “assédio”. Em nossa primeira ida àquela Unidade houve uma apresentação inicial nossa, explicitando a visão daquela atividade, da pesquisa e seus objetivos. Houve espaço para a reflexão da equipe e esta se organizou de forma a todos se colocarem quanto à participação na pesquisa. Nitidamente opiniões divergentes apareceram, tanto de empolgação e interesse de alguns, quanto de reserva e ponderação de outros. A reflexão que ocorreria a favor da participação, por parte da equipe, foi a de que, se era dado que esta equipe já teria aceitado diversas outras pesquisas, mais devido ao princípio de favorecer o debate sobre saúde mental do que por uma avaliação dos novos encargos que tais pesquisas trariam a eles, não deveria ser então justamente este tema que se recusaria. Por outro lado, defenderam todos, se deveria refletir mais sobre tais encargos (tempo que

teria de ser dedicado à pesquisa, possíveis incômodos, etc.) ou ainda dever-se-ia refletir mais em função da exposição de “dificuldades recentes e pouco elaboradas na equipe”. Enfim, sugeriu-se 15 dias para a reflexão da equipe e agendamento para uma resposta final. Apesar da equipe não ter podido se debruçar sobre o projeto de pesquisa e aprofundar a discussão sobre a mesma neste ínterim, a direção agendou nosso retorno, para que naquele momento fosse dada uma resposta. É então que, apesar de perdurarem posições contrárias à pesquisa (visando garantir uma maior liberdade no seu trabalho) e após esclarecimentos e aberturas para a manifestação dos integrantes da equipe, que hesitara bastante, concluiu-se pela aceitação de participação na pesquisa e foram assinadas as autorizações necessárias. Agendou-se a continuação do contato para após 45 dias, para coincidir com o retorno do recesso da direção.

3.2 A seleção de sujeitos

Foram convidados a participar da pesquisa, via entrevista, a totalidade dos trabalhadores que participam das reuniões de equipe/supervisão, e que contemplassem o critério de ter mais de dois anos de trabalho naquela Unidade. Este critério buscou garantir que o participante possuísse uma experiência acumulada de vivência com a equipe, tendo participado da criação e incorporação de uma forma coletiva de trabalhar, além de já ter constituído e desenvolvido sua maneira pessoal de se colocar naquele coletivo.

O convite foi sendo feito pessoalmente, em diversos momentos dos contatos presenciais nas visitas, de acordo com a oportunidade de abordagem: conforme percebíamos (ou intuíamos) alguma abertura para a aproximação e interesse na pesquisa. Tentamos – naqueles momentos pelo pesquisador considerados oportunos – efetuar o convite e mostrar um calendário de agendamentos já realizados ou marcados, na tentativa de estimular uma confiança a partir da sua percepção de um comprometimento já estabelecido pelos colegas. Houve recusas de forma direta e definitiva com alegação de falta de tempo, ou indireta, seja agendando sem haver efetiva disponibilidade, seja ao não se dispor realmente a agendar.

3.3 Ferramentas metodológicas

3.3.1 Tipo de estudo e técnicas de produção de dados

Ao invés de pensarmos na busca de determinação de uma amostra estatisticamente representativa, buscamos verificar o significativo neste *caso*, considerando as diferentes dimensões no curso da pesquisa, a partir de nosso referencial teórico (Clot, Rochex e Schwartz, 1990). Propomos como método o estudo de caso, considerando que as questões “como” e “por que” são propostas, por não haver controle nosso sobre os eventos e por se tratar de um serviço no contexto do contemporâneo, constituído por “vínculos causais” complexos (Yin, 2010).

Devido às limitações de tempo de produção de uma dissertação e ao comprometimento com a qualidade do estudo, descartamos um projeto inicial mais abrangente e restringimos o campo de estudo. Como análise de caso único, tivemos a intenção de que se tratasse de um “caso representativo ou típico” (Yin, 2010).

Não temos como prioritária corroboração ou refutação de uma hipótese prévia e sim a elaboração de pistas para desenvolver a análise a respeito das relações entre o trabalho nos CAPS e a saúde mental de seus operadores profissionais. Almejamos o rigor através da “possibilidade de explicitar os passos da análise e da interpretação” (Spink e Lima, 1999, p. 102), apresentando o percurso investigativo conforme se desenvolveu, combinando a busca de detalhamento e respeitando o foco no que nos parece ter relevância efetiva para a pesquisa.

A composição de um instrumento do tipo “diário de campo” facilitou o registro e esclarecimentos de cada passo neste percurso. Procuramos não nos culpabilizar por incertezas dos procedimentos, abordando-as enquanto parte do processo a serem incorporadas na reflexão, tentando sempre ouvir bastante e manter uma postura flexível.

Durante todo o trabalho de campo valorizamos a “produção linguageira”, especialmente o “comentário verbal feito pelos trabalhadores” (Dejours, 1987, p. 143), mantendo-se especial atenção ao consensual e ao contraditório. Quanto à preferência pelo *lócus* do trabalho como espaço mais adequado aos “encontros”, conseguimos essa realização, apesar dos contratemplos já esperados.

Além da elaboração de diário de campo, as ferramentas que buscamos integrar para atingir os objetivos do estudo foram três:

- a) Observação participante;
- b) Entrevistas dialógicas individuais;
- c) Acesso às atas das reuniões de equipe/supervisão do ano de 2010.

a) Observação participante

A observação participante, enquanto dispositivo de observação arguta dos espaços e do encontro de diferentes vozes, se deu primordialmente nas reuniões semanais de equipe/reuniões de supervisão clínico-institucional. Este é o espaço, conforme o patrimônio do movimento reformista, instituído nos CAPS, com atribuições de especial interesse nosso pois, além de ser o local para a apresentação e discussão de casos clínicos, é o momento de se apresentar e discutir as dificuldades no trabalho cotidiano, de deliberar sobre a gestão do trabalho, de “pactuar o projeto clínico-político”¹⁸ da Unidade e de compor e estabelecer modos operativos coletivos frente às dificuldades que podem ser chamadas de inerentes ao tipo de trabalho e às de cunho mais específico da Unidade e seu território (Albuquerque, 2010). A chamada ‘supervisão’ (de fato ela se opera na reunião de supervisão, ou de equipe) em Saúde Mental, constitui-se em um espaço privilegiado de elaboração das dificuldades e conflitos, na medida em que aborda, além dos casos clínicos e administrativos, as dificuldades do trabalho em equipe, as relações de poder, dificuldades subjetivas com os usuários, sintomas de “estresse”, etc. (Vasconcelos, 2001). Encontra-se na prática e na literatura muitos relatos dos trabalhadores de Saúde Mental ressaltando a importância da equipe e da supervisão (Ramminger, 2005). Em tais reuniões considera-se fundamental a presença de todos os que compõem a equipe, incluindo a pessoa contratada para o exercício da supervisão e mesmo, eventualmente, pessoal de “apoio” (cozinha, limpeza e portaria).

¹⁸ Coloca-se aqui entre aspas um tipo de enunciado que faz parte da língua de ofício que circula no interior do movimento pela Reforma Psiquiátrica, ou pela luta antimanicomial e de modalidades substitutivas de atenção psicossocial.

As reuniões de que participamos não foram gravadas em áudio devido à vontade da equipe e como forma de tentar minimizar o efeito de nossa presença. Contudo, foi elaborado um relatório de cada reunião, no mesmo dia, **em um total de 11 relatórios** de observação participante, sendo observados os aspectos de interesse referente aos objetivos da pesquisa, com auxílio também de um roteiro de observação participante, elaborado *a priori* (Apêndice I). A estratégia de redação se coadunou com a proposição da “enquete em Psicodinâmica”¹⁹, na qual:

“A redação da observação vai sendo feita (...) imediatamente após o término de cada encontro ou reunião de pesquisa, basicamente a partir da memória do pesquisador. (...) o resumo comentado de um pesquisador é muito mais interessante para uma discussão” (Dejours 1987, p.153).

Cada reunião, semanal, em dia da semana e turno fixo, com duração em torno de 3 horas e meia, teve sempre a participação da (pessoa) profissional de supervisão e da grande maioria da equipe, não exatamente os mesmos integrantes.

Nossa postura nessas reuniões foi de extrema atenção, porém sem tomar a palavra, a não ser que fosse solicitado, o que rara e rapidamente ocorreu. Naturalmente se estabeleceram comunicações entre sujeitos e pesquisador não verbais, gestuais ou de expressão facial de dúvida, atenção, concordância e participação de emoções coletivas como risos ou expressões de condescendência.

b) Entrevistas individuais

Acreditamos que a técnica de entrevista, que poderíamos adjetivar aqui como *dialógica*, é uma forma de criar um espaço de produção “linguagreira”, em uma situação de interação verbal, tendo como objetivo a intercompreensão ativa, *responsiva*, que contém em si a semente da resposta (Freitas, 2003). É um espaço construído para que uma pessoa, o profissional do CAPS que se configura ali como protagonista das atividades de trabalho em análise, entre em diálogo com outra, o

¹⁹ Consideramos também as preocupações do autor sobre a subjetividade do próprio pesquisador, pois em seu entendimento ela “encontra-se diretamente envolvida na técnica da pesquisa” (Dejours, 1987, p. 145). Assim, podemos considerar que a orientadora da dissertação funcionou aqui como “assessor externo”, um pesquisador que se encontra fora do trabalho de campo, mas co-analista dos materiais de campo.

outro profissional, responsável pela pesquisa em curso, constituindo-se um espaço em que possa discorrer mais livremente, manifestando percepções, argumentos, sentimentos, valores e motivos (Arnoldi e Rosa, 2006).

Pode-se denominar uma entrevista como dialógica quando nela se “estabelece uma relação de sentido entre os enunciados verbais”, uma entrevista em que “constitui uma relação entre sujeitos, na qual se pesquisa com os sujeitos as suas experiências sociais e culturais, compartilhadas com as outras pessoas de seu ambiente” (Freitas, 2003, p. 37).

A opção pela entrevista individual em detrimento de técnica de grupo se deu pela flexibilidade de agendamentos individuais, conforme a disponibilidade do dia e horário de cada participante da pesquisa, além da inviabilidade confirmada pela equipe em dispor de qualquer dia e horário para tal tipo de encontro – o grupo. A escolha pela semiestruturação da entrevista foi por considerarmos importantes alguns dados sociodemográficos (Apêndice II) dos participantes e também para aproveitar ao máximo o tempo disponibilizado para a entrevista, focando no assunto, sem restringir a fala dos participantes sobre qualquer tópico. Ocorreram perguntas variadas e personalizadas dentro de cada tema definido, mas dando espaço para a manifestação do ponto de vista pessoal do participante, de forma a evitar maior tendenciosidade de nossa parte. Assumindo um ritmo e estrutura preponderantemente em forma de diálogo, orientada para o outro, pela alteridade, depois retornando ao próprio lugar de pesquisador, ou “conversacional”, nem todas as perguntas se voltaram restrita e tão especificamente à satisfação de nossa linha investigativa, pois intercalamos rápidas intervenções com “perguntas amigáveis ou não ameaçadoras”, no caso, “e como foi o dia?” ou “quem fez esta gravura?”, mais características de entrevistas ditas abertas (Yin, 2010, p.133), porém tentando não desperdiçar os preciosos minutos conquistados.

As entrevistas, neste caso com autorização de áudio gravado, foram posteriormente transcritas pelo próprio pesquisador, buscando maior garantia de sigilo e fidedignidade às falas. As entrevistas foram realizadas na própria Unidade, em

um **total de 13**, em sala disponível no momento, com privacidade, salvo exceção²⁰, variando de 20 a 55 minutos. Tivemos sempre o cuidado de nos colocarmos na posição de interlocutor, ao largo da ingênua arrogância de nos posicionarmos como especialista, até porque a maior parte dos profissionais daquele CAPS tinha maior tempo de experiência no campo. Tentamos não nos ater ao registro dos dados simples ou mecanicamente, mas sim interpretar inicialmente o material à medida em quem ele foi sendo produzido, de forma a tentar perceber imediatamente se havia contradições e necessidade de explorar um determinado assunto em maior profundidade para esclarecer algum ponto obscuro, por exemplo (Yin, 2010, p.97)

Nenhuma entrevista se deu sem interrupções em diversos momentos; algumas por colegas demandando auxílio com certa urgência, outras por usuários que demandavam o início da atividade agendada com eles, alguma orientação ou mesmo uma satisfação quanto ao que estava se estava fazendo ali e com que intenção. A finalização das entrevistas normalmente era sinalizada por algum acontecimento ou demanda que não podia mais ser adiado, como a tomada da sala por um ou mais usuários ou a insistência de algum colega quanto a alguma pendência, indicando que não havia mais como continuar com a entrevista de forma produtiva. Contudo, em cada caso, visto que as questões temáticas já haviam sido abordadas e tendo havido a indicação de suficiência de exposição por parte do participante, não foram necessários reagendamentos.

c) Acesso às atas das reuniões de equipe/supervisão

Foram acessadas e analisadas as atas de 2010, considerando as referentes aos oito meses imediatamente anteriores ao início da pesquisa.

O acesso às Atas foi solicitado à direção da Unidade, que o autorizou. Não obstante, apesar do consentimento da direção, tanto através da autorização da pesquisa quanto através do consentimento verbal, ao buscarmos fazer a leitura e registros das mesmas, percebermos alguma inquietação de integrantes da equipe, em alguns casos tendo sido necessário lembrar que uma das abordagens da pesquisa

²⁰ Em uma das entrevistas havia dois usuários dormindo no chão da sala. Uma das entrevistas ocorreu na sala dos profissionais, com a presença momentânea de colegas de trabalho.

seria a apreciação das atas. Optamos pela então pela digitalização das mesmas através de foto digital, em um único momento, com resolução gráfica suficiente para a fácil leitura posterior e evitando o aparente incômodo de parecer estar fiscalizando.

3.3.2 Apresentação dos conceitos/categorias analíticas: referencial teórico utilizado

Trazemos aqui a apresentação dos conceitos-chave específicos que nos permitiram analisar os dados produzidos no campo. Faremos uso das ferramentas originadas das Clínicas do Trabalho (Bendassolli e Soboll, 2011; Clot e Lhuillier, 2006; Lhuillier, 2006); um conjunto que engloba diversas linhas teóricas e metodológicas, das quais derivam nossos conceitos/categorias analíticas, tendo como orientação principal a Ergologia (Schwartz, 1992; 1997, 2007, 2011; Brito, 2006) e os conceitos da Psicodinâmica do Trabalho (Molinier, 2006; Cru, 1987; Lancman e Sznelwar, 2008; Dejours, 1986; Dejours, 1987; Dejours, 1995).

Considera-se trabalho uma ação humana envolvendo um plano técnico e outro social. Neste caso, trata-se de uma relação social, o encontro e a troca com a natureza e os outros, um fazer com os outros sobre um objeto e objetivos comuns (Clot e Lhuillier, 2006). Antes de tudo, considera-se o trabalho enquanto experiência constitutiva da espécie e do psiquismo, envolvendo dramáticas de usos de si, por si e por outrem (Schwartz, 1992) e tendo uma dupla face: tanto como oportunidade de desenvolvimento de si e de um coletivo, quanto vivência de mal-estar e sofrimento. “O trabalho é a cena em que se jogam simultânea e dialeticamente a relação consigo, com o outro e com o real” (Lhuillier, 2006, p. 83).

A noção de *atividade* é preferida à de ato ou trabalho, pela qual se entende as forças mobilizadas pelo trabalhador para que, de alguma forma, a tarefa seja cumprida. A atividade remete ao *real do trabalho*, noção trazida da Ergonomia para a Psicodinâmica do Trabalho, ou seja, remete à resistência do trabalhador, seja no plano individual ou coletivo, à simples aplicação de recomendações sobre o trabalhar (Dejours, 1995). A Ergologia tenta trazer a atividade como conceito chave para unir perspectivas de um eixo filosófico pensou a experiência humana na busca da verdade e, em um segundo eixo, o enigma do fazer técnico ou “industrioso”, apontando que ela envolve sempre um debate de normas e valores:

*A atividade de trabalho é um momento de mediação entre o individual e o coletivo, entre os níveis macroscópico [normas antecedentes mais amplas] e microscópico [idiosincrasias e peculiaridades locais], da vida social: os valores sociais não ficam parados, não podem ficar confinados em um posto de trabalho. Um valor é sempre um operador de mediação*²¹ (Schwartz, 2007, P.131).

Em relação à atividade de trabalho, destaca-se aqui a questão do fracasso e do sofrimento. O inevitável choque entre as recomendações sobre o trabalhar e a realidade se faz conhecer para o sujeito de modo afetivo, sob a forma do fracasso do domínio previamente existente, fazendo surgir um sentimento de impotência ou angústia, decepção, muitas vezes de irritação, decepção ou cólera, desencorajando o sujeito. Paradoxalmente, ao mesmo tempo, a afetividade que se manifesta na resistência do mundo do trabalho, o corpo faz, simultaneamente, a experiência do mundo em si mesmo, se revelando para o sujeito nesta prova do real e podendo ela própria e sujeito desenvolver-se (Dejours, 1995).

A emergência do sofrimento é um forte motivo para a convocação das Clínicas do Trabalho, para questionar este sofrimento com uma postura de interesse social, na transformação e redução dos fatores de sofrimento e adoecimento dos trabalhadores. Esta sinergia de pensamentos para a compreensão e ação no trabalho da atualidade busca compreender as origens e manifestações do sofrimento, além de proporcionar subsídios para processos de resistência e superação por parte dos coletivos de trabalho. O uso desta abordagem no contexto do trabalho em serviços de saúde nos permite captar uma de suas premissas, a necessidade de ir contra a vulnerabilização social, se preocupando também com a maneira pela qual o conhecimento produzido será apreendido, de forma que haja uma reflexão e apropriação pelo coletivo de trabalho (Bendassolli e Soboll, 2011).

Privilegiando a metodologia qualitativa e a compreensão à explicação causal tentando desviar-se do positivismo, as divergências entre as linhas das clínicas do trabalho, como a Ergologia e a Psicodinâmica do Trabalho, são pequenas e podem

²¹ Tradução nossa.

contribuir para a principal pergunta em questão: de quais recursos dispõe o trabalhador, individual e coletivamente, em seu meio de trabalho? (Clot e Lhuitier, 2006).

Consideramos a importância de abordar o trabalho/atividade não só como objeto específico de estudo científico, mas também como “matéria estrangeira”, em um movimento de aproximação no qual nos colocamos como não conhecedores *a priori*. Trata-se de algo indispensável para a apropriação da especificidade da atividade. Ao renovar permanentemente sua exterioridade, seu caráter estrangeiro ao olhar, no caso, dos pesquisadores, revela-se um desconforto, exigindo humildade, viabilizando as condições para que busquemos instruir-nos junto aos protagonistas do trabalho em análise, com eles também aprendendo (Schwartz, 1992).

Justamente através da postura ergológica nos colocamos sob uma *postura éticoepistemológica*, como através de nos questionarmos sobre como e para quem o conhecimento está aqui sendo produzido. A preocupação é também em não nos colocarmos como *experts* que expõem um parecer, por exemplo, mas sim de construir um conhecimento com a ajuda dos protagonistas do objeto de estudo. Isto se deu também na relação entre nós pesquisadores, os trabalhadores e a consideração do seu saber sobre o seu próprio trabalho, explicitado no “terceiro polo” dentro do que se apresenta como “dispositivo dinâmico de três polos” (Schwartz, 1997, p.31), para dar conta das questões sobre a produção do conhecimento, colocadas aqui pela ergologia. Este terceiro polo permite uma dinâmica sinérgica entre os dois outros polos: um polo seria o das “disciplinas constituídas e em redefinição permanente”, o segundo seria o polo dos “saberes investidos na atividade”, representado pelo conjunto de protagonistas da prática de uma atividade de trabalho. O terceiro polo seria justamente “o cuidado com a imanência na troca de saberes entre os dois primeiros polos” (Schwartz, 1997).

Podemos definir a Ergologia como a) norma de investigação intelectual; b) espaço epistemológico, privilegiando as singularidades em detrimento de antecipações normatizadas e colocando o pesquisador em uma posição de “desconforto intelectual”, ou seja, fazendo com que cada aproximação de um processo de trabalho

seja assumida enquanto uma primeira aproximação; c) pensamento de historicidade, sujeitando-se a um meio histórico específico; d) sinergia de saberes disciplinares, cuja problemática pode ser reavaliada, quando se inscrevem no paradigma ergológico; e) problema de produção de saber, se interrogando, dentro do conjunto de saberes do qual faz uso, sobre seus limites e fragilidade (Schwartz, 1997).

O conceito de saúde no qual a Ergologia e a Psicodinâmica se apóiam origina-se do pensamento de Canguilhem: “o que caracteriza a saúde é a possibilidade de ultrapassar a norma que define o normal momentâneo, a possibilidade de tolerar as infrações à norma habitual e de instituir novas normas em situações novas” (Canguilhem, 1990, p. 130). Daí define-se o conceito de **renormatização**. Ser “normativo” é “ser capaz de seguir novas normas de vida” (Canguilhem, 1966, p. 132), então a saúde está ligada a esta capacidade de elaboração de novas normas para si, que dêem conta do meio em que se vive. Há uma dupla exigência a renormatizar: para gerir os vazios de normas, como as referentes à atividade de trabalho e para viver em saúde (Schwartz, 2011). Ressalta-se o papel das pessoas em relação a sua própria saúde, que devem dispor dos meios para estabelecerem uma sucessão de compromissos com a realidade material, afetiva e social (Dejours, 1986), que remete à noção de *comportamento livre* no trabalho, como a possibilidade de o trabalhador poder transformar a realidade no trabalho conforme seus desejos (Dejours, 1987).

Da Psicodinâmica do Trabalho, que tem seu percurso e método próprios, sobre os quais não iremos nos aprofundar, nos inspiramos e destacamos alguns dos seus conceitos e formulações, como o de **coletivo de trabalho**, a **dinâmica do reconhecimento** e o **papel do sofrimento e defesas**, elementos da organização do trabalho essenciais à saúde. Concordamos que o trabalho não se constitui necessariamente como efeito negativo para a saúde, mas pode ser uma viga mestra para a construção da saúde (Lancman e Sznelwar, 2008), através de processos²² que dependem fundamentalmente dessas noções propostas por Dejours e nas quais nos inspiramos para a construção das categorias principais do estudo.

²² A sublimação, processo através do qual o sujeito transforma sofrimento em prazer, não é alvo de nossa discussão, mas tem como pré-requisitos as formulações sobre as quais nos inspiramos.

Vamos agora às categorias analíticas usadas para analisar o material produzido no trabalho de campo, que são as seguintes:

- A) Ofício e Coletivo de Trabalho;
- B) Dinâmica do Reconhecimento;
- C) Sofrimento e Defesas.

A) Ofício e Coletivo de Trabalho

O Coletivo de trabalho (CT) é uma formação social que não se dá naturalmente e é bastante frágil (Lancman e Sznelwar, 2008). Trabalhar, como nos indica a Psicodinâmica do Trabalho, é “encontrar” (Molinier, 2006, p.113), pressupondo encontrar uma forma de agir, que se transforma em técnica ao passar do individual ao coletivo, tornando-se patrimônio social pelos ofícios (Cru, 1987).

Por ofício (em francês, *métier*), se compreende que está em jogo não apenas uma técnica, mas uma relação social (Cru, 1987). O trabalhador de Saúde Mental pode ter elementos, como a Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica, que o coloquem numa rede de princípios com os quais ele se identifica e se encontra, criando-se uma situação de reconhecimento e satisfação (Bernardes e Guareschi, 2004). Observou-se isto entre enfermeiras de CAPS que conseguiram formar um “saber fazer” específico (Kantorski et al., 2008).

Embora ela seja muito fértil, não passaremos pela discussão sobre a existência ou não de um ofício, se já estabelecido ou não, no caso do trabalhador de atenção à saúde mental (do CAPS, em nosso caso), no paradigma da Reforma Sanitária e Psiquiátrica, na luta contra a o manicômio como instituição.

Buscou-se distinguir coletivo de grupo, entendendo que esta última noção está colocada em oposição à de indivíduo, subordinada a regulamentos e hierarquia. Já o conceito de coletivo de trabalho tem a ver com leis e regras, as quais ele defende, mesmo que seja o chefe aquele que tenta impor sua própria “lei”. Assim, o coletivo transcende a hierarquia, dada sua capacidade de autoregulação (Cru, 1987).

Um CT é uma equipe de trabalho estruturada a partir do desenvolvimento de **regras de ofício** (Molinier, 2006). Trata-se de um sistema de regras compartilhadas, explícitas em sua formulação, em maior ou menor grau, mas que não estão escritas. Proporcionam uma “liberação” por parte do trabalhador que as aceita, “de toda a hesitação, de toda a inquietude paralisante” (Cru, 1987, p.44), sofrimento, de uma dúvida ou insegurança quanto ao modo de trabalhar (“será que trabalhei bem assim?”). Com o ofício, sua língua e regras, o trabalhador se beneficia de uma facilitação ao poupar-se de desconfortos provenientes de dificuldades em estabelecer, individualmente, normas quanto às relações com o próprio trabalho e com os colegas. Estas regras são fundamentais e coerentes entre si, mas, nos casos estudados, geradas de forma implícita, não impõem um limite rígido nem prevêm sanções, como quando se tem regulamentos. No entanto, a perda das facilidades e as dificuldades do seu desuso, além da defesa das regras por parte do coletivo de trabalho, geram um constrangimento de quem se mantiver marginal a elas. Gerariam, neste caso, também uma “sensação de injustiça” entre os colegas que as compartilham, levando ao gradual isolamento pelo grupo de quem se abstém e ao desenvolvimento de uma esQUIVA ou defesa individual, por parte do excluído (Cru, 1987).

Um novato naquele meio de trabalho pode se perguntar “*será que eu posso fazer uma pausa?*”, ou mesmo qualquer trabalhador: “*será que eu fiz bem de ter feito assim?*” Quem conhece as regras já as está mobilizando sem perceber e o novato as conhece ao infringi-las, ao encontrar contradições ou ao necessitar uma nova. O caminho da dúvida à certeza de haver feito um bom trabalho implica a mediação da discussão entre os colegas de trabalho, os pares (Molinier, 2006).

Para entender um trabalho ou como se desenvolve uma atividade, pretendemos levar em conta a noção de **normas antecedentes** proposta por Schwartz, no interior da qual se encontra a de trabalho prescrito ou tarefa, aspectos relativos à organização do trabalho e às condições dadas, englobando os âmbitos dos saberes técnicos, científicos, culturais e históricos que influenciam o fazer do trabalhador em sua atividade (Brito, 2006).

O modo de trabalhar passa então por um debate de normas, atravessado por valores, em uma atividade deontológica, pois o que é vivido, o é como um jogo de dilemas, uma dramática. Tomamos o conceito de **dramáticas do uso de si**, pelo qual não existe uma relação binária entre gestores e geridos em uma organização, mas que todos os trabalhadores da mesma, em qualquer nível hierárquico são gestores do próprio trabalho (Souza e Bianco, 2007). “Toda atividade é sempre uma ‘dramática do uso de si’, uma problemática negociação entre o uso de si por si e o uso de si pelos outros” (Schwartz, 1997, p.7), o que remete à idéia de gestão de si através das “microdecisões” tomadas no cotidiano, por cada um. Consideramos que se por um lado o “uso” de si dá-se na esfera do subjetivo, sendo o uso de si por si mesmo. Mas por outro lado, o uso de si é orientado por outrem, de forma que a individualidade ou subjetividade do uso de si está sujeita a fatores que se impõem: a lógica social do emprego-desemprego, o desenvolvimento ou limitação dos saberes disponíveis, as formas hierárquicas e os modos de produção, por exemplo, o que configura o uso de si pelos outros (Schwartz, 1992).

A atividade de trabalho, que leva à constante dramática do uso de si, através dos debates de valores e normas, está colocada, de forma geral, em uma penumbra intelectual, dado o predomínio de métodos quantitativos ou do interesse na forma ao invés do conteúdo, quando se trata, por exemplo, da elaboração ou a própria avaliação do trabalho por indicadores de resultado. Trata-se de um “patrimônio prodigioso” de saberes que torna possível e explica a vida dos serviços/instalações, que clarifica as eficácias reais, o como gerenciar as tão buscadas inovações e alternativas (Schwartz, 2011).

Para Brant e Minayo (2004), o trabalhador é produto de, além do “desejo” e da contingência da linguagem de que dispõe- aspectos que não abordamos diretamente- mas também se constitui no conjunto de dispositivos presentes em seu espaço institucional.

Voltando ao CT, nele as regras são sociais, técnicas, languageiras e éticas. Quanto às **regras sociais**, são fundamentais para o estabelecimento e compreensão de uma dinâmica relacional de coesão, cooperação, de reconhecimento. Estamos nos referindo

a maneiras de se tratar, de conviver e até de se vestir, que não são dadas a priori em um CT, são fruto de uma coconstrução, de um estilo próprio. A polidez, como o “bom dia” ou talvez o afastar de cadeiras para mais um se sentar ou para melhor se colocar numa reunião em roda, por exemplo, permitem atestar a presença do outro, o que é necessário para se estabelecer uma relação. A “convivialidade” no trabalho se torna indispensável para se estabelecer um CT, já que é nas reuniões e espaços informais que se discute a prática do trabalho (Molinier, 2006).

As **regras técnicas** são fruto de um “saber viver” fundado nas regras sociais e em uma cultura de trabalho. Elas dizem, por exemplo, sobre o ritmo de trabalho adequado à não ocorrência de acidentes e a se desenvolver um bom trabalho, regra que pode se impor a despeito da posição da chefia.

As **regras de linguagem/languageiras** são condição para a intercompreensão nos CT: configuram-se no jargão profissional, nas maneiras de argumentar sobre assuntos complexos de forma sintética e econômica. São construídas de maneira a dizer muito, mas também a não dizer certas palavras ou remeter a assuntos que o CT prefira evitar, por trazer algum sofrimento mais doloroso ou para o qual não se tenha uma proteção.

As **regras éticas**, consideradas o auge deontológico do CT, constituem o acordo sobre os valores éticos de certa atividade, estabelecendo, para além das determinações técnicas, o que é justo ou que não é justo fazer na atividade (Molinier, 2006).

Para a Ergologia os coletivos, agrupamentos do agir coletivo, cristalizam coletivamente seus vetores de comunicação verbal ou gestual e povoam um mundo hierarquizado de valores, conformando normas endógenas àquela coletividade, sem o que se desviaria rapidamente para a tendência à ineficácia e aos riscos de todos os gêneros (Schwartz, 2011).

B) Dinâmica do reconhecimento

A Psicodinâmica do Trabalho considera que o trabalho e o reconhecimento do que os trabalhadores aí investem têm um papel fundamental na constituição da identidade pessoal, que é um elo fundamental entre sujeito e a realidade. A

identidade, “armadura” da saúde mental (Dejours, 1993), é aqui uma vivência subjetiva e que se apóia, no entanto, na realidade e no **reconhecimento** pelos outros para se assegurar e dar sentido ao trabalho. A falta de reconhecimento pode gerar desmotivação, com o efeito clássico de absenteísmo. O reconhecimento se representa como drama, em uma dinâmica que ocorre sob a **promessa** de ser reconhecido (Molinier, 2006). O reconhecimento de que falamos se dá sobre o trabalho em si, não sobre o sujeito, o que torna a atividade uma passagem para o reconhecimento do sujeito. Ele se obtém por mediação do olhar dos outros no jogo das relações de trabalho, na forma de julgamentos entre os pares, que são os colegas de trabalho que compõem os CT, pelos usuários, pelos superiores hierárquicos e pelo próprio sujeito (Lancman e Sznelwar, 2008). Os julgamentos são o estético e o de utilidade.

O olhar na forma de **julgamento estético** passa pelas regras do ofício em questão e as estabelecidas no coletivo específico (CT), de reprodução da tradição estabelecida, de linguagem (por exemplo, a forma do discurso) e de ética dos acordos profissionais. Outro ponto é o de que, atingidos estes pré-requisitos referentes ao pertencimento e conformidade ao ofício e ao CT, a atividade posta em julgamento é avaliada quanto a seu aspecto de originalidade e estilo, um julgamento de elegância e beleza: “que bela obra” ou, talvez, “que bela aula”. Quem pode fazer este tipo de julgamento são apenas os pares e é muito rigoroso preciso, de forma a identificar a pessoa que realizou o trabalho. Neste aspecto, é onde efetivamente é reconhecida a identidade e também onde ela colabora enquanto contribuição para o ofício. O julgamento estético dentre os trabalhadores de um CAPS foi colocado como “argamassa” fundamental do reconhecimento e das relações de confiança na equipe, necessários à força para se conseguir continuar trabalhando (Lancman, 2008).

O **julgamento de utilidade** refere-se à utilidade social, econômica ou técnica, feita pelo sujeito (Lancman e Sznelwar, 2008). Este julgamento é incontornável e passa pela formulação pelos superiores hierárquicos, sobre a qualidade do trabalho efetuado e no que se refere aos objetivos alcançados. O reconhecimento diferencia-se de gratidão, que seria o reconhecimento dos usuários do serviço, apenas (Molinier, 2006). Por um lado, se encararmos o paciente como cliente, em uma lógica administrativa de privilégio de resultados, os clientes podem tornar-se os juízes do trabalho do serviço,

com aval da gerência (Dejours, 1995). Por outro lado, a substituição do julgamento por parte da hierarquia pela do usuário é problemática, pois o usuário tem o ponto de vista de seu interesse próprio, então tê-lo como único julgamento seria uma negação do reconhecimento (Molinier, 2006).

A autora dá o exemplo de um hospital que ficou nos últimos lugares em uma pesquisa de satisfação dos usuários quanto à comida. Acontece que era um hospital que não dispunha de recursos financeiros suficientes, economizava justamente neste setor, onde ocorrera na verdade o seguinte: a direção do hospital pediu à cozinha que “fizesse um esforço” na economia, ou seja, que usasse ingredientes mais baratos e convivesse com falta de reparos na cozinha, o que gerava mais trabalho, em nome de oferecer aos usuários um serviço de saúde adequado. No entanto, ao invés de reconhecimento e congratulações, o CT da cozinha sofreu a infâmia de um serviço ruim e foi submetido à palestra “refeição também é cuidado” (Molinier, 2006, p. 147).

Em um CT com uma dinâmica do reconhecimento bem estabelecida, seus integrantes cooperam levados individualmente por uma **mobilização subjetiva**. Esta mobilização é espontânea, fundada na conquista da identidade pessoal. Nela o sujeito mobiliza sua inteligência e sua personalidade visando contribuir para a organização do trabalho, esperando como resposta, retribuição simbólica, com efeitos sobre a sua identidade, através do reconhecimento (Dejours, 1995).

Assim, a mobilização subjetiva põe em ação a **engenhosidade**, inteligência caracterizada pela competência, astúcia, sensibilidade, inventividade ou criatividade, evocada frente ao *real* do trabalho, ou seja, frente ao que se mostra devido à resistência às limitações do conhecimento ou do saber técnico disponível (Dejours, 1995). Como foi dito, a resistência do real é materializada na experiência do fracasso, criando um sofrimento que é mais doloroso quando negado e que só pode ser superado pela subversão das normas ou dos procedimentos prescritos e até então adotados (Lancman e Sznalwar, 2008). É também o que podemos chamar de **macetes** e têm um valor estratégico por proporcionar mais autonomia, eficiência e maior proteção contra a fadiga, por exemplo (Dejours, 1995).

A engenhosidade coloca então um paradoxo, pois seu aspecto subversivo a caracterizá-la como “quebra-galho”, fora dos regulamentos da norma, implica na necessidade de alguma discricção em relação principalmente à hierarquia, aos níveis gerenciais, sob o risco de sanção. O quebra-galho individual, praticado por cada um generalizadamente no grupo costuma ser assumidamente, para o próprio CT, um fator de falta de coordenação. Mas o paradoxo continua, pois, ao mesmo tempo em que o sujeito pode querer manter a discricção, invisibilizando seus “jeitinhos”, por serem considerados tecnicamente irregulares, este segredo o condena à solidão do não reconhecimento e a assumir individualmente o risco de alguma conseqüência deste modo alternativo de proceder (Dejours, 1995).

A **cooperação** entre as disposições individuais a contribuir para o trabalho em comum não ocorre por uma ordem ou decreto, por uma prescrição. Ela, assim como a mobilização subjetiva, só ocorre espontaneamente, contanto que se atenda a pré-requisitos, como a **confiança** e o **espaço de discussão**. As relações intersubjetivas de *confiança* são sustentadas menos por quesitos afetivos, mas pelas condições éticas, de **visibilidade** dos modos de trabalhar individuais, das escolhas empreendidas sob cada circunstância para que o trabalho seja realizado. O *espaço de discussão* proporciona então não apenas a *visibilidade*, mas, sobretudo um terreno de arbitragem entre os modos operatórios, a serem estabilizados ou rejeitados pelo CT. Trata-se de uma atividade normativa, desenvolvida no CT, pois os acordos estabelecidos apresentam uma eficiência reguladora e deontológica, já que a discussão vai além da eficiência, dizendo respeito aos valores (Lancman e Sznelwar, 2008). É um espaço essencialmente voltado à deliberação coletiva e racional sobre o processo de trabalho, segurança, instalações e vida comunitária, onde as decisões são tomadas e, no melhor dos casos permite alcançar o consenso, uma deliberação coletiva (Dejours, 1995).

C) Sofrimento e defesas

Na acepção dada pela Psicodinâmica do Trabalho, o sofrimento é uma experiência humana antecedente ao trabalho; ela emerge à medida que o ser humano experimenta a vida e nela se experimenta, movendo-se em direção a colocar-se à prova, no mundo. Acreditamos que o trabalho, enquanto experiência, possui um papel

central na vida das pessoas e, no que se refere ao sofrimento, ele nunca é neutro (Molinier, 2006). Assim, temos o sofrimento inerente à vida, inclusive ao trabalho que terá destinos distintos. Ou se transformará em prazer, numa experiência estruturante do sujeito, tornando-se o trabalho um operador de saúde, através da dinâmica do reconhecimento e sua contribuição para a constituição da identidade individual, o que se denomina **sofrimento criativo**. Ou, caso contrário, tomará o caminho negativo do adoecimento, o **sofrimento patogênico** (Molinier, 2006). Não se trata de uma lógica binária, maniqueísta, prazer ou sofrimento, pois parece haver muita complexidade e polivalência nas situações reais de trabalho, de forma que o sofrimento pode andar lado a lado com o prazer, em combinações complexas (Lancman e Sznelwar, 2008).

Mas o sofrimento patogênico, vivência subjetiva individual, não tomará simplesmente o caminho da doença, pois os sujeitos fazem uso de mecanismos de defesa individuais²³ contra ele ou, algo mais eficaz e que será de nosso interesse, que os colegas de um CT desenvolvam um tipo de regras defensivas ou **estratégias coletivas de defesa** (Lancman e Sznelwar, 2008). Os sistemas coletivos de defesa surgem da cooperação entre os colegas para se defenderem do sofrimento. Através destes sistemas os trabalhadores buscam modificar, transformar e/ou minimizar sua percepção da realidade que os faz sofrer e são, portanto, necessárias para a saúde mental. Porém, podem acima de tudo buscar dissimular a percepção do sofrimento dos trabalhadores, de forma que os fatores geradores de perigo e sofrimento se tornarão ponto cego de análise, para eles (Lancman e Sznelwar, 2008).

As defesas coletivas interferem na comunicação entre o CT na medida em que delimitam a deliberação sobre o trabalho, demarcando sua amplitude e controlam a emergência de realidades que trazem sofrimento. Isto impede os colegas de pensarem sobre o que os faz sofrer, sobre os problemas do trabalho que seria necessário poder transformar (Molinier, 2006).

²³ Optamos por não nos focar em mecanismos de defesa individuais, já que a teoria aponta para sua baixa eficácia no mundo do trabalho e também porque consideramos que pelo percurso metodológico escolhido talvez não fosse o mais indicado.

Quando não há o espaço de discussão para o CT, a existência de estratégias defensivas acontece de forma velada, sendo consideradas *ideologias defensivas*. Elas têm como características: a) o objetivo mascarar, conter e ocultar uma ansiedade particularmente grave; b) é específico para a condição de um grupo social ou de trabalhadores; c) é destinada a dar conta não de conflitos subjetivos, mas sim da esfera da realidade; d) é compartilhada por todos do grupo, sob pena de quem se opor acabe por ser socialmente excluído do grupo; e) tem coerência com a realidade; f) ela substitui os mecanismos de defesa individuais e se torna algo inevitavelmente indispensável (Dejours, 1987). Estas características foram exemplificadas pelo caso dos trabalhadores da construção civil na França, categoria também estudada no Brasil (Athayde, Muniz e Neves, 2004²⁴). Aspectos da ideologia defensiva dessa categoria de trabalho, então identificados e que consideramos aqui importantes, referem-se a uma “virilidade”, uma postura de desafio aos riscos ou tratá-lo com humor ou de forma lúdica, como forma a “esconjurá-los”, para, ativamente não reconhecê-los como riscos, como se pudessem controlá-los plenamente, caso contrário não conseguiriam trabalhar.

A partir da pesquisa de campo, é importante considerar que os sistemas defensivos já foram entendidos como sendo utilizados como meio de exploração financeira do trabalho²⁵ (Dejours 1987) e a “adaptação” ao sofrimento pode levar à falta de consciência também quanto a possíveis relações de exploração (Lancman e Sznelwar, 2008).

Vale assinalar, como relevância metodológica, que o sofrimento raramente é direta e primeiramente visível pelo observador externo. Sabe-se que a existência de defesas implica na existência de sofrimento. É um meio de identifica-lo, mas não

²⁴ Os autores estão enumerados em ordem alfabética, conforme a norma da ABNT, porém, os próprios se colocam na seguinte ordem: Muniz, Athayde e Neves.

²⁵ No caso do exemplo de trabalhadores do setor de petroquímica ou da construção civil, eles desenvolveram a estratégia de desafiar os riscos do trabalho como forma de camuflagem do medo, de forma a poderem trabalhar apesar disso e também por se sentirem sob controle de riscos, na realidade iminentes e incontrolláveis, através de eles mesmos provocarem o risco, com as chamadas brincadeiras arriscadas, ou pelo não uso de equipamentos de proteção que dificultariam o trabalho. Em outro caso, o do proletariado mais desfavorecido da França, a chamada ideologia da vergonha os fazia não assumir qualquer debilidade na saúde por a considerarem vergonhosa, submetendo-se assim ao trabalho mesmo sem condições eventuais de saúde (Dejours, 1987). A classe patronal sai então favorecida e não se voltará contra este tipo de conformação dos trabalhadores.

tomaremos como a única forma de identificação do sofrimento. A “insatisfação” (Dejours, 1987) ou os ditos sofrimentos cardeais do trabalho - o medo e o tédio - (Lancman e Sznelwar, 2008) são pistas para a identificação do sofrimento, em todo o contato com os trabalhadores.

É assim, por meio da narração das produções dessa inteligência [prática, a engenhosidade], mas também de seus impasses e das injustiças que ela alimenta em termos de não reconhecimento, que os outros descobrem o sofrimento inerente à atividade de trabalho (...) (Lancman e Sznelwar, 2008, p. 272).

3.3.3 O retorno à Unidade para a discussão dos resultados preliminares

Sem querermos nos adiantar na apresentação e discussão dos resultados, na fase posterior ao trabalho de campo realizamos um retorno à Unidade, como havíamos combinado no início do curso desta fase, para a discussão dos resultados preliminares da pesquisa.

Este movimento, baseado nas formulações da Ergologia, se deveu à postura de humildade viabilizando as condições para que busquemos instruir-nos junto aos protagonistas do trabalho em análise, com eles também aprendendo (Schwartz, 1992). Através da perspectiva ergológica nos colocamos sob uma *postura éticoepistemológica* na relação entre nós, enquanto lado dos pesquisadores, os trabalhadores e a consideração do seu saber sobre o seu próprio trabalho, atentando para “o cuidado com a imanência na troca de saberes entre os dois primeiros polos” (Schwartz, 1997, p.31).

Elaboramos um roteiro para a discussão do material, incluindo partes de apresentação das teorias e partes dos resultados preliminares, como forma de orientação para a conversa (Apêndice III).

O agendamento se deu de maneira informal com o Diretor, durante o último dia de observação participante, quando tivemos um contato mais prolongado com a Supervisora, um integrante da equipe e uma estagiária, posterior à reunião de equipe. Agendou-se para que a discussão se desse durante uma reunião. Ao chegarmos no dia combinado, não pôde ocorrer a discussão por motivos que o sigilo da Unidade não

permite revelar, mas que incluem uma pauta de assuntos prementes já estabelecidos e consequente falta de tempo. Postergamos em uma semana, quando a equipe se propôs a ler o roteiro, mesmo que este se propusesse apenas à orientação e não a compreensão dos resultados preliminares e da teoria, por si só.

Consideramos que a discussão não proporcionou o resultado almejado, de troca de visões sobre o assunto em questão, permanecendo muito mais como uma satisfação ou *feedback* do pesquisador quanto ao material trabalhado. Houve inicialmente alguma dificuldade de compreensão do porquê desta etapa da pesquisa. Pareceu haver a expectativa de alguma forma de diagnóstico ou parecer quanto à efetividade do serviço ou sobre a saúde dos trabalhadores da Unidade. A equipe compareceu nesta reunião em número reduzido e participaram da discussão sobretudo a Supervisora o (a) novo (a) Diretor (a). Em relação aos resultados, todos pareceram prestar bastante atenção e, na maioria dos contatos visuais, percebemos gestos de afirmação e de forte concordância com o que estava sendo dito.

Levando em conta o estado de asoberbamento que encontramos por parte da equipe no decorrer da pesquisa, talvez não fosse o caso de se tentar este tipo de movimento de retorno a campo para apresentação, troca e contribuição na (re)construção da análise dos resultados, pela impossibilidade de “clima” e tempo disponível para tanto. Além disso, podemos imaginar o desconforto causado pela possibilidade de a equipe ser levada a abordar novamente também assuntos que tragam algum sofrimento. Por outro lado, consideramos a iniciativa válida apesar da sensação de não ter atingido seus objetivos.

3.3.4 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa que deu origem a esta dissertação, após aprovado pela Banca de Qualificação da Pós Graduação da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/Fiocruz, foi submetido ao CEP da Ensp e aprovado sob o parecer nº 164/10 (Anexo I). Foi também submetido ao CEP da SMSDC-RJ, sendo aprovado sob o parecer nº 216ª/2010 (Anexo II). O pesquisador responsável pela pesquisa desenvolveu as

atividades de campo referentes à investigação. Esta pesquisa não conta com financiamento e nem está vinculada a nenhuma outra.

A instituição participante é apenas o CAPS em questão, cuja coordenação, autorizou o estudo na unidade, sendo acordado que o CAPS estudado não seria identificado. Os participantes, funcionários da unidade, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido –TCLE-, (Apêndice IV) para participar, conforme os critérios de inclusão e exclusão descritos.

Um das técnicas de pesquisa utilizadas, a entrevista, ocorreu no próprio local de trabalho, com infraestrutura adequada para o conforto, segurança e privacidade.

Por se tratar de um estudo de caso, não existe total garantia de sigilo da própria unidade de saúde ou da identidade dos sujeitos. Houve o cuidado de, na medida do possível, não interromper o andamento normal das atividades dos sujeitos participantes. A confidencialidade dos depoimentos e a respeito da identidade dos informantes procurou ser garantida com a utilização de nomes fictícios na descrição dos relatos. O uso dos dados produzidos se deu a partir do que foi estritamente ligado ao tema, sendo garantido o sigilo através da manipulação dos mesmos apenas pelo responsável pela pesquisa. Todos os dados produzidos, anotados, gravados em áudio e transcritos serão, após o prazo de 5 anos, inutilizados.

Os resultados da pesquisa serão disponibilizados, em movimento de retorno aos sujeitos e gestores, assim como se pretende a divulgação em meio científico e no âmbito dos movimentos sociais de representação.

4. Apresentação e discussão dos resultados

4.1 Caracterização do lócus de pesquisa

Respeitando o acordo feito com a gestão local e equipe para evitar a identificação da unidade de saúde pesquisada, será feita uma breve caracterização do CAPS. Trata-se de um CAPS II do município do Rio de Janeiro, existente há mais de 5 anos, com características de estrutura física (edificação), funcionamento e organização

comuns ao instituído entre os serviços de saúde do tipo CAPS e do SUS no Rio de Janeiro. Foi criado após a padronização dos CAPS pelo Ministério da Saúde em 2002 (Brasil, 2002). Está localizado em território urbano, cortado por vias expressas, em bairro de classe média-baixa.

Cercado de comunidades carentes o CAPS atende a moradores do entorno e é cenário de não raros episódios de violência devido ao tráfico armado de drogas e a movimentos milicianos – o bairro onde está situado possui baixo Índice de Desenvolvimento Humano, semelhante a alguns estados do nordeste brasileiro (0,713 segundo o IBGE, 2000). Os funcionários relatam que no passado houve casos de roubo de equipamentos na Unidade, dias em que o tráfico “mandou fechar” a Unidade e ainda um caso de sequestro relâmpago de um deles. A Área Programática adstrita é de mais de um milhão de pessoas²⁶, enquanto o porte da Unidade é para atendimento de até 200 mil habitantes (Brasil, 2002). A rede de saúde com a qual o CAPS deveria se articular é bastante limitada e a rede psicossocial, que envolve os dispositivos sociais, comunitários e afetivos dos usuários, encontra-se também limitada pela pobreza geral, ainda que se encontre, neste caso, alguma possibilidade de articulação. Há uma unidade básica de saúde nas proximidades com a qual, não se pôde até o momento, segundo relatos na Unidade, estabelecer um trabalho de plena parceria.

O perfil dos usuários é de pessoas de baixa renda, que não contam com serviços de saúde satisfatórios e com condições de vida em geral bastante precárias. A demanda então é grande, muito além do que se pode atender com o cuidado adequado; são em torno de 480 usuários cadastrados, com uma procura diária de cerca de 10 pessoas, segundo relato, em sua maioria encaminhada indevidamente ou que buscam espontaneamente algum auxílio para problemas de saúde em geral, ou apresentando quadro sem gravidade para serem atendidas em um CAPS. O acolhimento destas pessoas faz parte das competências da Unidade, mesmo que somente para explicar o porquê de ela não poder ser atendida ali, para esclarecer a função do serviço e qual seria o local indicado para atender às demandas de saúde destes usuários e, se possível, referenciá-los.

¹As fontes dessa informação não podem ser diretamente reveladas, devido à necessidade do sigilo acordado com a unidade. Permitimo-nos dizer que são dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística e do Relatório de Gestão de uma unidade hospitalar federal de 2010.

A equipe da Unidade é composta de trabalhadores de diversas categorias profissionais: medicina, enfermagem, psicologia, nutrição, serviço social, terapia ocupacional, além de trabalhadores lotados como “oficineiros”, com formação em dança e música, por exemplo. São em torno de 15 pessoas no total (uma quantidade que varia constantemente), sendo em torno da metade de trabalhadores estatutários, incluindo municipais, estaduais e federais e enquanto a outra metade são contratados através de Organização Social (OS), estando a maioria destes últimos, sujeitos a atrasos no pagamento de salários e a uma alta rotatividade, certamente maior do que os com vínculo empregatício não precário.

Os cargos de direção e de coordenação clínica e administração são destinados a servidores que recebem um adicional financeiro pelo cargo, naquele momento escolhidos pela equipe e nomeados pelo nível central. O cargo de supervisão clínico-institucional cabe ao profissional de uma OS contratado pela Secretaria, com experiência e competência para a supervisão de casos clínicos e da equipe enquanto grupo operativo. Observou-se que não existe uma pré-definição sobre a linha da atuação deste profissional e seu perfil tem variado ao longo do tempo. A supervisão atua no grupo de forma a trazer um suporte teórico sobre os casos clínicos, sobre o grupo e sobre a Unidade, conforme sua linha teórica. Já o cargo de administração é referido em entrevistas e reuniões como tendo poder de decisão na ausência do diretor e coordenação clínica. À coordenação clínica cabe “estar à frente” da discussão dos casos trazidos, tarefa que é chamada em determinado momento de “aglutinar”, segundo os trabalhadores da instituição. Esses cargos parecem não ter atribuições plenamente definidas; integrantes da equipe relataram terem dúvidas sobre suas características como atribuições, bônus e pré-requisitos.

Há ainda os contratados para o serviço de limpeza (em torno de três, um número que varia), de portaria (dois) e de cozinha (em torno de quatro – durante a pesquisa esta função estava suspensa). Existe uma constante flutuação desses números, notando-se que nesta unidade a todo o momento pessoas estão saindo e novos trabalhadores estão sendo contratados. A carga horária varia de 32.5 horas a 40 horas, ponderadas e distribuídas segundo acordos entre cada trabalhador e a direção, baseados em práticas de atuação comuns ao setor de saúde e a alguma especificidade

individual do trabalhador. As atividades desenvolvidas são de recepção/acolhimento em grupo ou individualmente, oficinas terapêuticas, oficinas de geração de renda, consulta psiquiátrica, atendimento psicológico individual e em grupo, grupos de familiares, grupos de discussão de um determinado assunto, farmácia, além de Visitas Domiciliares (VD) e representação em fóruns da área e reuniões institucionais e assembleias. Há relatos de experiências pontuais de atividades com usuários na comunidade. Há um revezamento de quem está à frente de cada atividade, decidido entre a equipe, de forma que cada um já passou por diferentes funções.

A estrutura física da Unidade é alugada e é composta, de forma geral, por um espaço de convivência, salas e espaços de atividades, sala de técnicos e administração, área de cozinha e banheiros. O mobiliário e o espaço administrativo são os itens que estão em piores condições para atender às necessidades de usuários e trabalhadores. Em alguma medida, consegue-se compor um ambiente aparentemente acolhedor devido à postura dos trabalhadores do serviço.

A prerrogativa das “portas abertas” é posta em prática como princípio norteador e prática diária do serviço, que mantém o portão de entrada predominantemente aberto à livre circulação (exceto nos horários de reunião), assim como o interior da unidade, inclusive espaços e salas de atividades e administrativo. Referimo-nos “predominantemente” porque a orientação dada é que durante as reuniões de equipe o portão seja fechado, porém já houve caso de entrada de usuários no meio da reunião por falha no treinamento da portaria. Observa-se, no entanto, que esta prática de “portas abertas” não é aceita e apoiada de forma unânime pela equipe.

Semanalmente, em dia e turno fixos, há a reunião de equipe, também denominada de reunião de supervisão clínico-institucional, característica dos CAPS. Desta reunião participa a equipe da Unidade de maneira obrigatória, salvo o pessoal de cozinha (quando há), de limpeza e portaria, que participam eventualmente.

Conduzida pelo responsável pela supervisão clínico-institucional, é um espaço de informação institucional, de deliberação, de discussão do processo de trabalho, de discussão dos casos clínicos, de reflexão e orientação sobre as práticas cotidianas, de partilha de experiências, boas e ruins, de emoções pessoais e de reflexão sobre o que

se passa com a equipe. Este é o momento também de recepcionar agentes de outros serviços para ações em parceria, para definição de encaminhamentos de problemas delicados e troca de informações, nos casos em que seja considerado importante que isto seja feito pessoalmente. Por exemplo, presenciamos um caso, e observamos em ata, outro caso, a participação de equipe de PSF na reunião para a tentativa de fazer com uma pessoa em sofrimento psíquico e em condições gerais de saúde e higiene ruins, fosse ao CAPS, ou que ao menos tivesse cuidados básicos de saúde no local, sendo um trabalho em parceria dentre outras, com outras instituições. Há, eventualmente, reunião diária com a miniequipe do dia, mais comumente para discutir um assunto específico que tenha surgido, segundo a necessidade e disponibilidade das pessoas.

4.1.1 Descrição e análise das atas de reunião de equipe/supervisão

A constância na composição de atas das reuniões nos parece um fato em si revelador de que se trata de uma atividade de importância para eles. Encontramos diferentes níveis de legibilidade, sendo algumas caligrafias de fácil leitura, outras ilegíveis e aparentemente escritas de forma emocionada, com pontos de exclamação, interrogação e sublinhados fortes. Não costuma haver a identificação de quem escreveu, de forma que não pudemos fazer esta relação com segurança.

De forma geral, o que encontramos nas atas reproduziam praticamente o mesmo que encontramos a partir das observações feitas nas reuniões, repetidamente. Foram pautas referentes a casos, combinações e avisos de participação em fóruns, outras reuniões e articulações da Saúde Mental, reclamações, reivindicações, dilemas, observações e ponderações quanto ao que se passa com a equipe e os colegas. Há a anotação da fala de alguém dizendo que “as reuniões são o resumo do CAPS”, o que corrobora nossa escolha como fonte importante de informação.

Dentre os pontos mais relevantes, encontramos muitos debates relativos ao estabelecimento de regras sociais e de serviço, como horários e hábitos cotidianos e também regras éticas – por exemplo, o porquê de uma decisão quanto a um comportamento e suas implicações éticas, tal como a importância de não faltar ao trabalho para que não se sobrecarregue a equipe. Muitos dilemas são discutidos, como

o referente à realização de atividades fora do CAPS, necessárias, mas que o deixam desamparado de pessoal, por exemplo. Há observações quanto a diversos pontos de interesse quanto a nosso tema de estudo, como “sobreimplicação”, “sofrimento”, “saúde do trabalhador” e construção de um grupo de trabalho. Notamos pontuações que remetem à cooperação e principalmente ao reconhecimento, por parte da própria equipe, dos esforços de cada integrante da equipe em desempenhar as atividades, conforme cada caso. Pudemos esclarecer pontos obscuros quanto à saída de um psiquiatra imediatamente antes de nossa chegada formal à unidade. Talvez o mais importante sobre a apreciação das Atas tenha sido a indicação de que o cotidiano observado é algo que não se diferiu, essencialmente, do que se passava no cotidiano antes de nossa inserção no campo. Vimos, enfim, que algumas questões, como o atraso de salários e precariedades em geral, e a discussão quanto a formas e critérios de trabalho, como o referente à “porta de entrada”, se alongam por muitos meses.

4.1.2 Observação participante nas reuniões de equipe/supervisão

Segue aqui uma apresentação da Unidade, no que se refere principalmente a elementos enumerados no roteiro de observação participante (Apêndice I) que consideramos mais pertinentes, sem nos aprofundarmos ainda na articulação do campo com as categorias analíticas definidas *a priori* e novas categorias.

A sensação de alguém que chega ao CAPS e à reunião parece ser de receptividade, impressão expressa por dois funcionários da rede que estiveram presentes, em dias diferentes, talvez pelo tipo de estrutura física da Unidade. As características do ambiente principal da Unidade, onde ocorre a reunião, contrastem com a aridez do entorno, do predominante forte calor, pouca arborização, pobreza e comumente usuários gritando à porta por não poderem entrar naquele momento ou reivindicando medicação.

Não houve, aparentemente, alteração na rotina da reunião com nossa presença. No entanto, percebemos a ratificação de alguns aspectos nas falas de profissionais da equipe, supostamente no intuito de demonstrar conhecimento a respeito do tema “saúde mental e trabalho” e a própria competência e informação sobre os problemas existentes no serviço referentes a essa área. Houve algum

incômodo devido à presença do pesquisador, identificado claramente pela postura de ao menos uma funcionária que não quis participar da pesquisa. Este incômodo foi expresso, por exemplo, pela forma de sentar-se na roda, tentando me situar fora dela de modo a caracterizar a exclusão do pesquisador. Porém, de modo geral, a maioria aceitou a minha presença. Não houve demanda explícita de *feedback* nosso durante as reuniões, a não ser olhares e comentários de que “isto aí é a nossa saúde!”, quando o assunto remetia ao tema.

Durante a reunião a tomada da palavra não segue hierarquias, de forma que todos têm a possibilidade de se expressarem. O papel de direção, supervisão e coordenação clínica recebem mais atenção quanto ao que falam, tendo o poder de fechamento de uma discussão e de deliberação quanto ao que foi discutido. Talvez alguns recebam mais atenção pela credibilidade conquistada ao longo do tempo. Nem todos costumavam se manifestar durante a reunião. Destes, a maioria permanecia muito atenta ao que se estava falando e, quando se manifestavam, costumavam se emocionar durante a primeira frase, o que parece mostrar que mesmo não tomando sempre a palavra, estavam engajados no grupo. Em entrevista com os que ficavam frequentemente calados durante a reunião, encontramos três explicações recorrentes para esse comportamento, as três, em alguns casos, dadas pela mesma pessoa. Ou aprenderam a se conter por não conseguir falar sem se emocionar sobre aquele assunto naquele momento, ou porque acham que não devem atrapalhar a reunião com mais assuntos, ou simplesmente porque discordam de como a reunião é levada e preferem calar-se.

A reunião é um momento híbrido e cada um prioriza o que mais lhe importa. Alguns enfatizam aquilo que lhes diz respeito em relação aos casos clínicos, outros a gestão do trabalho, ou ainda a deliberação sobre as urgências, tanto para os casos clínicos urgentes quanto para as questões referentes à gestão dos escassos recursos disponíveis para o serviço. Em qualquer dos casos, é também o momento em que se mostram atentos e discutem os fatores que estejam prejudicando a saúde dos colegas – observou-se que há discussão de diversos temas, desde questões administrativas, clínicas, teóricas, a uma grande quantidade de questões urgentes e discussões referentes à saúde da equipe, individualmente e em grupo.

Os assuntos são discutidos de forma detalhada, onde muitos colocam suas experiências e considerações clínicas sobre um mesmo caso, tomando às vezes horas. Nem sempre ao final da discussão de um caso se delibera um projeto terapêutico ou atitude concreta a ser tomada, talvez na grande maioria das vezes. A pauta da reunião parece ser inundada de urgências, questões inéditas ou em continuação de algo já discutido e que se impõe como urgência ética, por sua gravidade, mas que também faz com que não se possa ter certeza de que um assunto em pauta será abordado ou não naquele dia. Isto faz com que parte do grupo discorde da maneira com que a reunião é conduzida, demandando mais resolutividade e o respeito à pauta previamente estabelecida.

A característica mais marcante da reunião é a emotividade. Os relatos das atividades, as contribuições para os casos clínicos e até mesmo as discussões sobre a forma de trabalhar despertam emoções arrebatadoras, de alegria, reconhecimento, decepção, tristeza, ou ainda de veemência ao expressar seu ponto de vista quanto a um usuário ou à organização do trabalho. Talvez o choro seja a manifestação mais visível de emoção que transborda, quando se referem por vezes aos casos graves, mas principalmente ao relacionamento em equipe, por exemplo, na discussão sobre a saída de um colega, na discordância dos pontos de vista entre a equipe, na solidariedade do grupo em algum momento difícil ou durante agradecimentos.

Observou-se que quase metade dos participantes da reunião costuma levantar e se afastar para fumar, de forma a não se sentir obrigado a ouvir o que se diz, mas ao mesmo tempo poder ouvir e responder a algo, além de poder conversar com outros que estejam fumando também. Há uma pequena mesa ao lado, um pouco afastada do grupo, onde ficam lanches variados e café, disponibilizados pela Unidade e comprados pelos próprios funcionários, para aonde vão a quase totalidade dos participantes, com maior ou menor frequência, ao longo de toda a reunião. A maioria, após manifestar-se exaltadamente, recorre ao afastamento para fumar ou à mesa de lanche. Se certamente a possibilidade de fumar durante a reunião e a disponibilidade de comida e café proporcionam conforto, por outro lado, parecem interferir na dinâmica da reunião, como fuga ou proteção estratégica frente a dificuldades do diálogo. Isto pode ser percebido quando alguém diz “ah, volta aqui!” para alguém que recorre a este

subterfúgio ou quando a Supervisora considera “falta de respeito” e diz, ao levantar em grupo durante um depoimento relevante, que “gostaria que esta mesa explodisse!”.

O horário de término da reunião nem sempre é definido, seguindo até que a maioria não agente mais ou que ao menos as urgências sejam abordadas. Algumas vezes os trabalhadores fazem refeições improvisadas durante a reunião, de forma a não se ausentarem e poderem comer antes de estarem com os usuários.

4.1.3 Apresentação dos sujeitos de pesquisa: entrevistas

Como dissemos no percurso metodológico, o convite para a participação individual no estudo através da entrevista foi sendo feito pessoalmente, em diversos momentos dos contatos presenciais nas visitas, de acordo com a oportunidade de abordagem, conforme percebíamos (ou intuíamos) alguma abertura para a aproximação e interesse na pesquisa. Tentamos – naqueles momentos pelo pesquisador considerados oportunos – efetuar o convite e mostrar um calendário de agendamentos já realizados ou marcados, na tentativa de estimular uma confiança, a partir da sua percepção de um comprometimento já estabelecido pelos colegas.

Houve recusas de forma direta e definitiva com alegação de falta de tempo, ou indireta, seja agendando sem haver efetiva disponibilidade, seja ao não se dispor realmente a agendar ou a participar. Na maioria dos casos, a participação se deu de maneira bastante envolvida, o que foi ressaltado durante a maioria das entrevistas. O local foi sempre o CAPS, em uma das salas de atividades, em um horário que estas não estavam acontecendo. Houve privacidade quanto aos colegas, com a exceção de duas entrevistas, por escolha do participante em ficar na sala administrativa com colegas e, no segundo caso, havia dois usuários dormindo no chão da sala. A seguir, apresenta-se um quadro-resumo (Quadro I) dos sujeitos de pesquisa. Cada um deles foi identificado por uma letra do alfabeto. Note-se que o sexo dos participantes é revelado, explicitamente ou no emprego da concordância nominal, mas, por uma questão de sigilo, o da direção se encontra omitido.

Quadro I: Caracterização dos sujeitos participantes das entrevistas e a codificação utilizada na apresentação das falas**A**

Assistente social, atuou na área de saúde dez anos e, por escolha sua, passou a atuar na Saúde Mental, há cinco está neste CAPS. É mulher, estatutária.

B

“Dançoterapeuta”²⁷, como é denominada, tem o cargo de oficineira, de nível médio. Trabalha há três anos neste CAPS, é mulher e tem vínculo empregatício terceirizado.

C

Psicólogo, trabalhou anteriormente na área assistencial e há três anos neste CAPS. Tem vínculo empregatício de estatutário.

D

Diretor, psicólogo. Atuou em torno de vinte anos na área, além de estar há alguns anos nesta Unidade. É funcionária pública municipal, nomeada para o cargo.

E

Psicólogo, atua há quase trinta anos na Saúde Mental, sendo em torno de cinco, nesta Unidade. Tem vínculo de “ativo permanente” federal e tem a possibilidade de se aposentar relativamente próxima.

F

Nutricionista, já tem um longo percurso na Saúde mas há apenas dois anos atua na Saúde Mental, nesta Unidade. É mulher, com vínculo estatutário e tem sua aposentadoria próxima.

G

Enfermeira, atua há em torno de quatorze anos na área de saúde mental, sendo que

²⁷ Tem formação em dança e em dança na saúde mental, mas não está instituída esta formação como sendo de nível superior, como musicoterapeuta. Esta é uma discussão que foi trazida pela equipe.

há três anos nesta Unidade. Tem vínculo empregatício de estatutário.

H

Psicólogo, atua há em torno de vinte anos na área, sendo que há três anos e meio nesta Unidade. Tem vínculo empregatício de estatutário.

I

Psicóloga, atua há dez anos na área, sendo que há seis, nesta Unidade. Tem o cargo de Coordenação Clínica, nomeação da direção, com vínculo empregatício de estatutária.

J

Médico psiquiatra, atua há três anos, sendo quase dois na Unidade. Tem vínculo empregatício terceirizado.

K

Formada em serviço social, com vínculo estatutário, atua no cargo de administrativo, há quatro anos.

L

Terapeuta ocupacional, trabalha em torno de oito anos na Saúde Mental, sendo há quatro na Unidade. É mulher, com o vínculo empregatício de estatutário.

4.2 Material de campo em análise

4.2.1 Coletivo de trabalho

Conforme está assinalado na apresentação das categorias analíticas, podem configurar-se diversas formas de coletivo de trabalho (CT) em um meio de trabalho, em uma dada situação, além de se caracterizar pela circulação de diferentes regras de ofício (Cru, 1987; Lancman e Sznelwar, 2008;). A constituição de equipes nos CAPS foi considerada como ponto fundamental para ajudar aos trabalhadores a se protegerem do sentimento de impotência encontrado (Lancman, 2008).

As regras sociais e o convívio (Molinier, 2006) na Unidade estão sujeitas à peculiaridade de estar instituída uma reunião semanal na qual é formalmente obrigatória a presença de toda a equipe²⁸. Talvez fosse possível considerar que a ideia de uma reunião, no campo da saúde mental, se trata do que a Ergologia chama de uma norma antecedente (Brito, 2006), atravessada por valores relativos ao diálogo, à deliberação coletiva, ao respeito. Fora da reunião, naturalmente formam-se espaços de convivência por afinidades e horários de trabalho, seja na sala de administração, nos corredores, ao fumar um cigarro numa varanda e principalmente na cozinha, ao tomar um café, por exemplo.

As regras de linguagem são condição para a intercompreensão nos CT, através dos jargões, nas maneiras de argumentar sobre assuntos complexos de forma sintética e econômica (Molinier, 2006). No CAPS, elas (as regras) aparecem mais claramente apenas relacionadas diretamente ao trabalho e não no que se refere ao relacionamento entre cada um ou em referências a suas vidas pessoais. Nas reuniões de equipe, nas entrevistas, nas atas, os termos e o vocabulário da Reforma Psiquiátrica (RP) constituem e sustentam o linguajar, a maneira de falar, como “atalhos” ou códigos, muitas vezes se referindo a conceitos, possibilitando facilidade e profundidade na comunicação e discussão. São termos como “(‘desins’)titucionalização”, “cronificar”, “laço”, “tomada de responsabilidade”, “vínculo”, “manejo (clínico)”. Alguns usam termos típicos oriundos da Psicopatologia, outros da Psicanálise, além de alguns que podem ser mais do senso comum, usados daquela Unidade, remetendo ao modo degradado de produção, como “apagar incêndio” ou “gambiarra”, por exemplo.

O estabelecimento de formas de trabalhar no CT possibilitam para o trabalhador uma “liberação” ou “alívio” quanto a uma apreensão, hesitação ou “inquietude paralisante” frente ao trabalho, caso cada um tivesse que, individualmente, estabelecer suas formas de trabalhar (Cru, 1987). Os integrantes do coletivo do CAPS parecem saber da importância da integração entre eles e de se chegar a modos coletivos de trabalhar, algo indicado também pelas atas, o que parece

²⁸ Embora haja discrepância conceitual entre equipe e coletivo de trabalho, consideramos pouco pertinente aqui a diferenciação.

ser questão rotineira no serviço, já discutido em reuniões anteriores à presença do pesquisador, e também reiteram a importância da Supervisão nesse processo.

Já teve momentos que eu me senti muito sobrecarregada, aí eu parei pra pensar 'será que é isso mesmo, será que essa é a forma de eu trabalhar ou eu posso mudar?' A partir daí eu parei pra pensar 'será que eu estou me dando para o trabalho de uma forma que é necessário?', comecei a pensar isso, 'será que é isso que o trabalho tá me pedindo?'. E também fora as supervisões, atualmente com a [...], que é a supervisora, que traz uma experiência, pelo que eu escuto dela, ela traz uma experiência boa, que vem estudando, construindo cada vez mais esse saber, que me ajuda a chegar nesse pensamento, de refletir, 'como é que eu estou trabalhando, como é que eu estou me colocando nesse trabalho aqui do CAPS? (L – terapeuta ocupacional)

L dá a entender que, ao se deparar com as dificuldades de um modo de trabalhar que talvez seja demasiadamente intenso e intensificado, teve como enxergar e como chegar à conclusão de que daquela forma não lhe estava fazendo bem. A terapeuta ocupacional teve a liberdade de reformular sua forma de trabalhar, uma possibilidade essencial para a manutenção da saúde, segundo o conceito de renormatização (Canguilhem, 1966 e 1990).

Destaca-se aqui a importância do CT que se (re)estrutura na reunião, demonstrando a relevância da Supervisão. Poder se perguntar no coletivo como trabalhar, talvez seja o primeiro passo para o estabelecimento e cristalização positiva de formas de trabalhar em equipe, como refere **B**.

(...) mas é uma coisa que é acessível, ela [a Supervisora] traz umas ferramentas que são acessíveis pro meu trabalho, acho que até pro pessoal da cozinha, enfim, a entrada dela foi muito importante, pra a gente fazer uma pausa até pra a gente se revê, pra ter um espaço pra gente, né. (B – “dançoterapeuta”)

B reitera a importância da atividade de supervisão e da reunião e se refere à facilitação da discussão através dos termos clínicos, que podemos chamar da “língua de ofício”, trazidos e validados pela autoridade da Supervisora. Considera que são “ferramentas” mais “acessíveis”, mesmo para quem não tem qualificação nem experiência anterior em saúde mental, para pensar sobre uma forma de trabalhar que seja melhor para todos. De fato, em duas reuniões, a Supervisão chegou mesmo a

disponibilizar literatura especializada sobre o assunto para os colegas, além de discuti-la.

Eu acho que poder construir com a equipe aqui algumas oficinas, alguns projetos de trabalho, foram coisas que me afetaram positivamente. (I - psicóloga)

A criação de uma nova oficina envolve as aspirações pessoais do técnico que vai conduzi-la, como descrito em pesquisa referente ao trabalho em CAPS (Ramminger, 2009), e foi o que percebemos neste caso. I refere-se à construção em equipe como um fator positivo. Provavelmente, além do aspecto do envolvimento pessoal, uma oficina – dispositivo pertinente à RP - que é pensada coletivamente, com o seu fazer sendo debatido, já começa com a segurança de que o trabalho está encaminhado, de acordo com a técnica e ética das regras do CT. Isto eliminaria a angústia da dúvida sobre a qualidade ou gestão do trabalho, pois é uma forma de trabalhar que foi engendrada e deliberada no CT. Eles se referem ainda à necessidade da discussão coletiva sobre o trabalho no CAPS, seja como para “estabelecer alguns protocolos” (G), “pactuar” (D) ou para estabelecer um “projeto clínico-político” (H) para a Unidade, de forma mais geral.

No campo da RP, da Saúde Mental e Atenção Psicossocial, onde não há tantos procedimentos padronizados, onde se preconiza a reflexão constante sobre os modos de trabalhar, para que os serviços substitutivos não capitulem e recaiam em uma forma, talvez, mutilante e condenada de atuar, parece predominar a importância das regras éticas sobre as regras técnicas.

Pensar o porquê e o como fazer, de forma a desempenhar um trabalho diferenciado pode ser algo muito gratificante e isto foi sentido e referido por trabalhadores que atuaram no serviço hospitalocêntrico do manicômio e passaram ao serviço substitutivo (Barros e Silva, 2005).

As regras éticas constituem o acordo sobre os valores éticos de certa atividade (Molinier, 2006). Neste caso, se não há tanto um *como fazer* já previamente prescrito quanto em outras áreas, as regras técnicas deste ofício apontam mais para a necessidade de se pensar sempre *o que está certo fazer*. Ou seja, a regra técnica mais forte aqui parece apontar para regras éticas. Tanto nas entrevistas quanto nas

reuniões, é notória a preocupação com a ética de uma dada forma de agir, dos valores que atravessam uma decisão clínica quanto ao melhor projeto terapêutico de um usuário.

(...) são as dificuldades do trabalho no CAPS que te chama muito à corresponsabilidade, que te chama muito a uma disponibilidade interna, uma disponibilidade subjetiva que é muito grande, que te chama muito a repensar os valores pelos quais você vai ouvir e vai encaminhar determinadas questões, que são valores muitas vezes marcados por uma determinada tutela, uma certa perspectiva tutelar, valores nossos, no nosso trabalho. Então são as dificuldades no CAPS. O grande risco de você, no CAPS, mesmo trabalhando no CAPS você possa cronificar, você possa trabalhar manicomialmente, enfim, são as dificuldades do trabalho no CAPS, que são discutidos nos textos, que já há muito tempo são apresentados em trabalhos, que se discute nas supervisões, que a gente rediscute nas reuniões de equipe. Isso é sempre, isso é permanente. A gente supera uma coisa aqui, faz um outro problema ali, problematiza mais avançadamente aqui mas ganha outras dificuldades acolá, isso é o processo, o processo de construção de um paradigma da saúde mental, com as questões que você possa colocar ao projeto da reforma, da sua viabilidade, enfim, são as questões gerais teórico-clínicas” (H - psicólogo)

H chama a atenção ainda para uma dúvida que pode ocorrer quanto ao trabalho na área, que seria a de que ‘será que assim eu estou sendo manicomial?’. Trata-se então de trazer ao debate as formas de trabalhar do trabalhador de saúde mental, da cultura profissional de trabalho, colocando-as no debate, apropriando-se delas, caso se concorde e tentando colocá-las em prática.

No caso de uma então recém-integrante do CT que precocemente adoeceu, segue seu relato:

[relatando que tinha um modo de trabalhar extremamente intenso e intensificado] Aí adoeci, fiz um processo depressivo, fiquei mal, afastada muito tempo do trabalho, eu tive apoio do D, do [psiquiatra que saiu da equipe], H, dos colegas todos de modo geral, eles me visitavam e assim, sabe, de algum modo eles trataram a questão e puderam me retornar ao trabalho assim, de um modo mais... (A – Assistente social)

Pode-se considerar a hipótese de que o movimento de diferentes colegas, especialmente dois com autoridade pertinente à sua crise, de irem visitá-la foi justamente uma tentativa de inseri-la efetivamente no CT, de forma que ela pudesse

efetivamente compartilhar dos valores estabelecidos no campo da Saúde Mental (da RP e da SMAP) e das formas de trabalhar estabelecidos no CT, de uma maneira já experimentada e aprovada. Ela já usa o jargão ao caracterizar *seu* adoecimento (“fiz um processo depressivo”), a atenção que recebeu (“eu tive apoio”), o efeito de seu *tratamento* (“de algum modo eles trataram a questão”), a presença de um dado coletivo: “eles”, especialmente dois deles, certo coletivo de profissionais especialmente experientes e autorizados, capazes também de autorizar e fazer a gestão de sua efetiva entrada no CT. Enfim, em sua produção linguageira sobre sua situação profissional e pessoal, **A** diz que “*eles puderam me retornar ao trabalho*”: “puderam”, mistura-se aqui poder (jurídico, político e profissional) e potência (potência de agir deles e potência de agir profissional de A, então gravemente fragilizada); em “me retornar”, vemos, talvez a idéia de “corpo-si” (Schwartz, 1997) em meio à ação de determinadas entidades coletivas, em sua situação de crise e “retorno” enfim, bem apoiado. Percebemos o zelo dos pares de trabalho e o cuidado de si.

Alguns consideram então que o coletivo existe para eles, com afinidades sociais para além dos muros do CAPS e com as ferramentas como a linguagem estando disponíveis e sendo exercitadas, inclusive nas outras reuniões fora do CAPS. Para Schwartz (2011, p.140), renormatizar a atividade de trabalho “é também escolher com quem trocar piscadas de olhos, o que compartilhar, com quem, o que construir – ou destruir – ao longo dos dias”.

Então foi uma coisa que marcou muito na minha formação, ter encontrado esse espaço, ter encontrado pessoas, também, muito interessadas em discutir, em possibilitar, em trocar as informações e fazer com que as coisas aconteçam (...) a gente saía daqui às vezes conversando sobre caso clínico, aí tem uma amizade para além do trabalho, se encontra, vai tomar um chope, se encontra, fala de casos clínicos, assim, com uma vontade, com um gosto” (B – “dançoterapeuta”)

Eu acho que isso aqui é um barco e tem que caminhar todo mundo junto, é achar o melhor caminho. Agora, a reunião de equipe ainda é o melhor espaço. (K)

A “caminhada” aparece como metáfora em diversos relatos, acima amalgamada à do “barco”, talvez se referindo à “Arca de Noé” ou à “Nau dos insensatos”. Cabe ainda o sentido da expressão popular semelhante “levar o barco”,

que denota um perseverar apesar das condições adversas. A “caminhada” tem um porém, pois “tem que caminhar todo mundo junto”, remetendo possivelmente a uma tentativa de garantir a manutenção de algo ainda frágil, o CT. Porém outros, como J, que compartilha da maioria dos preceitos éticos e técnicos da RP, deixam claro em seus relatos que não compactuam com o que podemos classificar com as mesmas “regras de ofício”.

Acho que há falta de compromisso dos funcionários com trabalhar pro paciente. Eu falo isso assim, falta de compromisso que eu digo, questão de horário, ninguém chega no horário, todo mundo chega atrasado. A enrolação que muitas vezes é ... leva a supervisão, você participa da supervisão, a gente fica discutindo por meses uma questão que não é resolvida absolutamente nada (J - psiquiatra)

Ele parece não se referir a uma coprodução do serviço de saúde mental, mas de “trabalhar pro paciente”. A definição da jornada de trabalho se reduz ao horário de chegada (o “chegar atrasado”), limitando-se aí também o diagnóstico de “falta de compromisso”. Para Lancman (2008), os psiquiatras se servem de um enquadramento técnico já consagrado, que é o formato da consulta a portas fechadas, com um aparato técnico-medicamentoso, protegendo-se de forma individual, em relação ao resto da equipe. A autora não comenta sobre o caso dos psicanalistas.

Na verdade, observamos que parece haver no grupo uma regra clara de prudência, de não precipitação sobre o trabalhar, na forma de intervir em relação às questões, mesmo em casos mais graves e mesmo em uma situação de pressão da demanda, de forma que tudo seja discutido exaustivamente e só se tome uma medida definitiva em último caso. Esta regra da qual falamos pôde ser experimentada desde o início de nosso percurso metodológico, na abordagem e diferentes investidas de aproximação do campo na Unidade, na apreciação detida e refletida do CT sobre a possibilidade de aceitação pela equipe de participação na pesquisa, o que também foi confirmado pelas atas, então por eles redigidas. Consideramos que, lamentavelmente isto possa levar a um desânimo, cansaço ou até mesmo à “exaustão” do grupo que venha a se tornar crônica, prejudicando gravemente a efetividade do serviço e a saúde dos trabalhadores.

Sabe-se que para a categoria médica, neste caso, psiquiátrica, a objetividade e a resolutividade são parte fundamental da cultura de seu coletivo profissional, difícil de relativizar. Esta categoria é citada nas reuniões como sendo a que ganha um salário mais alto e como sendo de difícil contratação, mesmo que através de um processo simplificado, de forma que talvez não esteja submetida às dificuldades socioeconômicas de outros terceirizados/subcontratados, por exemplo.

Retornando à questão dos atrasos, citada por J, vejamos o relato da pessoa da Direção:

E aí, aos pouquinhos, quando você começa a saber um pouco mais da vida de cada um, da vida pessoal, você vê que eles têm tantos problemas que, com a mesma gravidade que os usuários, os técnicos que aqui trabalham. (...) Eu sempre achei que é um absurdo a gente que se dedica a cuidar da saúde dos outros a vida inteira, que quando a gente tenha que cuidar da nossa mesmo, a gente não possa liberar pra que isso possa acontecer. (...) E eu acolho, na medida do possível, entendeu? Eu não posso dizer assim 'olha, não me interessa que você tá passando isso assim na sua vida e quero que vocês cheguem em ponto'. Eu acho que o mundo do trabalho é muito complexo, às vezes chega a ser até cruel, não sei, eu tento preservar tanto a minha saúde quanto a deles, entendeu? (D – psicologia/direção)

As regras relacionadas ao cumprimento do horário parecem ser fruto de uma longa experiência e pactuação no concreto das situações de trabalho, para a “o real do trabalho” (Dejours, 1995), algo que a nosso ver seria mesmo pertinente à posição, tarefas e atividades da Direção. Entretanto, quanto a isto, J, que costuma sair das reuniões estritamente em seu horário, parece não compartilhar.

Outro fator se soma à insatisfação de J, no que se refere ao CT. Em seguidas reuniões ele relata que vem pensando em deixar a equipe, pois estaria “sozinho”. Interpelado pela equipe quanto a isso, pois ela (a equipe) refere que o apóia, ele esclarece que está sozinho como médico e que realiza apenas as funções específicas da categoria, durante sua jornada de trabalho, mesmo porque não haveria tempo para a participação no cotidiano da Unidade, como seus colegas.

A saída de integrantes do CT merece especial atenção, em momento oportuno, mas podemos, desde já, colocar que J, por ter atribuições tão importantes quanto a

elaboração de laudos que definem a vida financeira ou o *status* de “louco” das pessoas, por exemplo, tem, por um lado o reconhecimento de seu título de psiquiatra da Unidade, mas por outro lado, não tem ali com quem compartilhar as vicissitudes de suas atribuições de forma mais aprofundada e que pudesse construir em grupo uma forma de trabalhar. Ele comenta também, quanto a isto, que responde ao Conselho de sua categoria como responsável pela Unidade, de maneira que sua inscrição neste Conselho poderia ser questionada caso a Unidade cometa alguma “irregularidade”. Acreditamos que J, não esteja inserido, ao menos plenamente, no CT, algo que geraria uma tendência à desproteção pelas regras de ofício, com tendência à exclusão da pessoa pelo CT (Cru, 1987). Talvez, nas condições reais, atuais, de funcionamento no SUS, no CAPS, a participação dos psiquiatras no cotidiano das atividades dos CAPS nem seja efetivamente possível.

Em outros casos:

Como eu tô falando pra você, tem hora que eu me sinto assim, um peixe fora d'água. Eu não consigo, assim, me ver como técnico de um paciente, saber resolver as coisas. Pra mim é tudo muito complicado, muito difícil, porque eu nunca estive nessa área (F)

Não é que eu não goste daqui. Como é que eu vou te explicar? Em alguns momentos, que aconteceu diversas vezes, o paciente precisa, na minha opinião, ser internado, e isso é, por conta do serviço substitutivo, por conta do que se preza aqui (e ainda bem que existe esse serviço), talvez eu não seja o profissional pra estar aqui, entendeu? Porque talvez eu internasse o paciente, naquele momento, entendeu? (G - enfermeira)

F expressa sua sensação ou sentimento de não pertencimento a um CAPS, parecendo não alinhada ao modo de operar o trabalho no cotidiano. **G** parece não compartilhar do modo de trabalhar da maioria do CT do CAPS, estando mais próxima do modo de trabalhar do psiquiatra. Na verdade podemos ver a questão pelo prisma de que ambos compartilham de regras de ofício um pouco diferentes, as de emergência psiquiátrica, que lida com emergências, urgências e internações de pacientes e podem ter relação também com a própria formação de ambos, voltada para aspectos predominantemente técnicos e operativos no sentido de tentar resolver as demandas dos usuários através do diagnóstico, tratamento/intervenção, prescrição ou cuidado imediato. Em relação a esses aspectos, cabe a reflexão de como acolher,

envolver, inserir e ganhar a aderência dos “diferentes” ao projeto da RP e ao modo de trabalhar no CAPS.

4.2.2 Dinâmica do Reconhecimento

Estamos nos referindo aqui à mobilização subjetiva das pessoas para o trabalho, sua engenhosidade, cooperação e reconhecimento, constitutivo da identidade, elementos a partir dos quais o trabalho tende a se tornar prazeroso ou não e pode afetar decisivamente a saúde.

O olhar dos pares sobre as atividades desenvolvidas pelos pares, sob a forma de julgamento, necessita de um palco, de um espaço, que é chamado de espaço de discussão, proporcionando pré-requisitos como a visibilidade. No trabalho no CAPS, este espaço de discussão e de troca foi considerado fundamental, para o fortalecimento das equipes e de cada trabalhador (Lancman, 2008). Se o trabalho é aí discutido e favorece a ética nas relações e avaliações, gera confiança (Dejours, 1995). Consideramos a reunião de equipe/supervisão como sendo um local privilegiado de convivência, de trocas afetivas e técnicas sobre o trabalhar e, sobretudo, de visibilidade das formas individuais de se pôr na atividade, configurando um espaço de discussão essencial ao coletivo de trabalho, palco para que seja possível expor, debater, avaliar, refutar ou corroborar e reconhecer o trabalho seu e do outro, dentro de suas limitações.

Contextualizando o CAPS na “lógica de serviços” (Almeida, 2005), o trabalhador é convocado ao uso de suas competências e há a tendência à *customização* do serviço. O serviço prestado no CAPS é personalizado, é exclusivo, exigindo uma proximidade entre os técnicos e usuários. A intensidade emocional ligada aos casos mais graves, que abarcam pessoas em grande sofrimento, parecem naturalmente envolver profundamente os técnicos com o trabalho, o que o torna diferenciado. A própria “relação de serviço”, considerando o trabalho no CAPS como “atividade imaterial”, coloca a relação prestador-prestatário em seus aspectos subjetivos como de importância capital no aspecto terapêutico (Du-Tertre, 2005).

(...) são as dificuldades do trabalho no CAPS que te chama muito à corresponsabilidade, que te chama muito a uma disponibilidade interna, uma disponibilidade subjetiva que é muito grande (...) (H - psicólogo)

A mobilização subjetiva (Lancman e Sznelwar, 2008) para que o trabalho aconteça parece ser muito grande por parte de todos. As dificuldades inerentes à atividade e as impostas pelas condições deficitárias de trabalho exigem um debate de valores no qual a *dramática de uso de si* (Schwartz, 1992) é, cotidianamente e ao máximo, posta em prática.

De acordo com Ramminger (2009), considerando o aspecto da gestão do trabalho no CAPS de Volta Redonda-RJ, considerou-se que na atividade de trabalho predomina a “variabilidade” em detrimento da “estabilidade”, configurando-se um “uso exacerbado de si”. Por exemplo, as atividades eram realizadas “no buraco”, ou seja, não havia horários fixos, sendo a gestão do trabalho e o acolhimento, por exemplo, realizados entre uma atividade e outra, sendo chamados de “imprevistos previstos” (Ramminger, 2009, p. 181-210).

Em nosso caso, na reunião, a responsabilidade de cada um e do grupo em repensar os aspectos éticos de cada decisão e desenvolvimento das atividades parecem também exigir bastante deles, através de exaustivos debates. Consideramos que tanto o sofrimento envolvido naturalmente com o trabalho quanto à responsabilidade de atuar conforme os pressupostos da RP, porém reinventando cotidianamente o trabalho, demandam o uso de potencialidades individuais de forma talvez excessiva, se considerarmos que há um esforço extra ao não haver condições de trabalho ideais.

Em estudo realizado por Abelha et al. (2008), o suporte fornecido pelos colegas de equipe em um serviço substitutivo destacou-se como fonte de satisfação, minimizando o impacto negativo na saúde atribuído ao trabalho, sobretudo quando a equipe está trabalhando em conjunto há mais tempo, como consideramos que seja o caso do CAPS estudado, levando em conta que a maioria dos entrevistados trabalham juntos há anos.

Os integrantes da equipe sabem a importância da reunião de supervisão para a construção e estabelecimento de formas de trabalhar e para uma “proteção” e fortalecimento do grupo, o que caracteriza um coletivo de trabalho (Cru, 1987; Molinier, 2006; Lancman e Sznelwar, 2008), além de contarem também com o que podem ser espaços de discussão para o ofício de trabalhador da saúde mental – o que poderíamos chamar de Coletivos Ampliados, como os fóruns de saúde mental:

Eu acho que, assim, a gente precisa produzir espaços coletivos de enfrentamento, sozinho, só por heroísmo e vontade pessoal a gente adoce mesmo e também não da conta, né. E aí eu acho que os fóruns de saúde mental têm sido um espaço importante, uma construção mínima, discussão de casos, as reuniões de equipe têm sido um espaço importante pra gente poder tentar construir uma outra maneira de trabalhar, de se comunicar. (I - psicóloga)

No fundo, o que eu aprendi de legal aqui também, de bom, é que a construção coletiva das coisas ela pode trazer, de certa forma, problemas, mas eu acho que ela pode trazer também, de certa forma, mais força, quando você consegue estabelecer uma rede interna de trabalho, entendeu? E exatamente, o isolamento, dentro da própria unidade é que deixa a gente pesado. (D – psicologia/direção)

I refere-se à importância da cooperação através de “espaços coletivos de trabalho” tanto como forma de possibilitar o não adoecimento como também para a efetividade do trabalho. Claramente ambos os depoimentos exemplificam o que pudemos perceber como sendo a posição majoritária do CT quanto ao trabalho em equipe. No entanto, no que se refere à reunião enquanto espaço coletivo para a construção de estratégias de enfrentamento e resolução de problemas, ela se depara com as limitações do tempo e com o cansaço dos integrantes, talvez devido à sua conformação como espaço para onde convergem problemas de toda ordem: clínico-assistenciais, de infraestrutura, de gestão, nem sempre de resolução imediata ou sob governabilidade do grupo.

A relação entre a gente aqui é muito boa, mas em alguns momentos, talvez algumas pessoas não tão conseguindo se colocar e a supervisão acaba numa posição de, acaba indo pra uma posição de gestão, acaba dando essa escorregada, né. (C - psicólogo)

(...) não trago [algumas questões para a reunião], eu faço a minha rede no dia a dia, porque se eu puser um problema ali, bomba, fica o dia inteiro falando daquilo! (G - enfermeira)

As regras sociais são fundamentais para o CT, principalmente por proporcionarem o convívio entre os pares e a polidez; o “bom dia” que atesta a presença do colega (Molinier, 2006). A reunião, quanto ao seu modo de operar, mesmo quando se trata de uma regra, talvez, social, parece ser convocar de forma muito importante a segui-la:

[Ninguém] reclamou pra mim, mas ouvi falar ‘ah, as pessoas chegam atrasadas, fulano de tal’ e isso tava me incomodando. Eu tava chegando 11 horas, saio seis horas da manhã e chego 11 horas aqui, então o que que eu tô fazendo? Abri mão da primeira passagem, venho de carona 3 e meia da manhã pra chegar 8 horas aqui. Entendeu? É o único jeito. Tô no prejuízo, né? Porque eu gasto 500 reais de passagem, tô pagando, metade da passagem eu tô pagando pra vir trabalhar (...). [Fico] muito, muito! Fatigado! Mas aí eu tenho que fingir que não tá acontecendo nada, né? Eu chego morto e saio, tenho que ressuscitar pra fazer alguma coisa... (E - psicólogo)

Teoricamente há um constrangimento e uma sensação de injustiça por parte dos colegas, em caso de desrespeito das regras estabelecidas. Então, em defesa delas, força-se quem as desobedece a uma exclusão do coletivo (Cru, 1987). Neste caso, cabe salientar que E, pelo tempo declarado de trabalho, deve estar prestes a se aposentar, o que torna o contexto adverso, provisório. Parece-nos que, mesmo havendo uma tolerância quanto ao atraso, este não deve passar de certo limite, de forma que E prefere o esforço relatado a ser possivelmente considerado negativamente pela equipe.

A confiança, baseada na ética do respeito às regras do CT, nos parece ser algo que a equipe conseguiu conquistar, em muitos aspectos:

Então, se a gente aposta na construção de um coletivo de trabalho e que isso fique, assim, tomado, pela equipe, como uma determinação, uma direção (que talvez o coletivo também seja), mas que não seja construído de uma maneira que as pessoas se dinamizem, não é isso, uma coisa autoritária, “vamos fazer”, mas é liga, acho que as pessoas têm que ter um coletivo de trabalho pra fazer uma inovação acontecer. Eu não

sei se eu consegui fazer isso, acho que em outros momentos talvez a gente tenha sido arrebatado por alguma dificuldade. (D – psicologia/direção)

A confiança, a ética e a visibilidade são necessários para que as pessoas possam cooperar (Molinier, 2006, Lancman e Sznelwar, 2008). **D** coloca a construção do CT como uma “aposta”, sugerindo que ele considera que há uma cooperação como fruto dela e não como determinação da Direção. Aparece então a questão recorrente das “dificuldades”, normalmente referindo-se às condições de trabalho, que decaem sobre todos os âmbitos do processo de trabalho, inclusive em relação à visibilidade e confiança para a cooperação. Neste caso há a dificuldade na relação com o nível gestor central e suas promessas, o que parece afetar diretamente a confiança nele entre a equipe, mesmo que os representantes da hierarquia (gestores de nível central) participem, eventualmente, de reuniões de equipe/supervisão, como tivemos a oportunidade de presenciar durante a pesquisa.

A impressão que eu tenho é assim, eles fazem todo um movimento dizendo que vai melhorar, que vai melhorar, que vai melhorar e não vai melhorar coisa nenhuma e a gente fica tentando, acreditando que vai melhorar e fica trabalhando, trabalhando, trabalhando e nada, a gente não tem nenhuma base de trabalho. Assim, é um absurdo um serviço desses, especializado como esse, faltar a principal medicação e falta muita medicação. E pra conseguir, ‘ah, talvez vá conseguir daqui sabe lá há quanto tempo!’ Simplesmente assim. A impressão que eu tenho, trabalhando num serviço público já há 3 anos, é que não há nenhum interesse governamental em investir num serviço de saúde pública. (J - psiquiatra)

No caso de alguns terceirizados, é relatado que é comum passarem alguns meses sem receberem o salário, sendo que um caso que acompanhamos, a pessoa pôde ter a liberdade de diminuir sua frequência na Unidade em função disso. A confiança, no que se refere à hierarquia, se limita à interna, do CT e não à dos níveis gestores. Talvez também por isso eles possam levar a cabo o serviço com tanto empenho através de saídas inventadas por eles, exemplificadas em diversas situações, como nesta, para continuarmos com o relato de **J**:

[Quando não há remédio] geralmente eu passo a receita e passo pra pessoa comprar. Ou tento substituir por uma outra, por exemplo, faltou risperidona, se o paciente não tem condições de comprar eu vou fazer, prontamente, um laudo pra solicitação de

medicação da 'LME' [Laudo de Solicitação de Medicamento Excepcional e Estratégico], que o governo dá, numa medicação que é 10 vezes mais cara. Eu tô dando, eu troco risperidona pela olanzapina, a olanzapina é 10 vezes mais cara que a risperidona mas eu não quero saber, eu quero tratar do paciente, se o governo tá gastando mais ou menos, isso é problema deles, eu faço a prescrição e... eu acho um gasto inútil, mas... é a forma que tem que ser feita. (J - psiquiatra)

Ao se deparar com o real do trabalho, ou seja, frente ao que se mostra devido à resistência às limitações do conhecimento ou do saber técnico disponível (Dejours, 1995), no caso, não deve haver um procedimento técnico que cubra a inexistência do remédio. A questão dos *macetes* se coloca (Dejours, 1995). **J** usa de sua inteligência prática, sua engenhosidade para driblar o problema apresentado, de uma maneira, talvez já tornada comum, que pode não ser considerada exatamente regular – frente ao prescrito – ela faz uso de si diante do impasse trazido pelo trabalho real.

A dinâmica do reconhecimento, a partir do que pudemos perceber, também se dá neste espaço de discussão, que é a reunião de equipe/supervisão. Observamos que existe um grande interesse em expor um caso sobre o qual se tenha mais informação ou uma atividade realizada, sobretudo as novas atividades. Este interesse em expor o trabalho realizado parece se dever a muito mais do que à reunião ter o caráter de supervisão. Em muitos casos a exaltação emocional evidencia este, talvez, desespero em fazê-lo, como no caso de uma reunião em que **B**, ao ter sua necessidade de compartilhar o trabalho que vinha desenvolvendo postergada devido à discussão sobre questões consideradas mais urgentes, liga o aparelho de som e faz relaxamento durante a reunião, enquanto a equipe continuava a pauta improvisada até que é dada a palavra a **B**.

Aparentemente, esta intensa necessidade de expor se deva principalmente ao alívio e satisfação proporcionados pela avaliação dos pares e hierarquia interna quanto à conformidade ética e técnica aos preceitos da RP e ao “projeto clínico político” da Unidade, termo usado por eles, ou seja, justamente o que conforma parte do julgamento de estética, no que se refere à propriedade das regras do paradigma assumido e das regras do CT (Molinier, 2006, Lancman e Sznalwar, 2008).

Consideramos no mínimo igualmente importante a avaliação que se faz durante as reuniões, sobre o trabalho desenvolvido quanto ao que pode ser chamado a estética de tal atividade, ou seja, quanto ao estilo individual desenvolvido, expresso na atividade. Uma atividade pode ser desenvolvida de forma a ser considerada mais grosseira, um trabalho “duro”, expressão utilizada por eles, que pode ou não ser eficaz. Ou pode, para além da eficácia, ser considerado um trabalho “sutil”, “delicado”, expressões também costumeiras, algo especialmente importante em uma atividade que envolve conceitos artísticos no trabalho com a loucura, como no caso exemplificado, através do julgamento de beleza.

Este lado ético do reconhecimento parece ter especial importância em um ofício, o de trabalhador de saúde mental, outrora tão fora dos preceitos de humanidade, como no modelo manicomial de serviço. As normas antecedentes, noção ergológica relativa à organização do trabalho e às condições dadas, englobando os âmbitos dos saberes técnicos, científicos, culturais e históricos que influenciam o fazer do trabalhador em sua atividade (Brito, 2006), envolvem aqui o âmbito das profundas modificações sociais, técnicas e culturais preconizadas pela ideologia subjacente à RP. Em seu conjunto, parecem ser tributárias de uma espécie de reconhecimento social, pela importância do trabalho que se realiza pautado em uma configuração ética e que tem também este lado estético. O julgamento de utilidade tem um critério de utilidade social, estabelecido pelo sujeito (Lancman e Sznelwar, 2008). Acreditamos que o trabalho com estas normas antecedentes faz com que adquira especial importância o reconhecimento pela função social, reconhecimento este que se estabelece no julgamento de utilidade.

(...) não é questão financeira, porque eu poderia transferir e trabalhar em lugar que ganha mais do que aqui, mas o CAPS tem, apesar de alguns problemas do SUS, mas ele tem muitas possibilidades, eu gosto de trabalhar no setor público, o CAPS viabiliza a atenção de forma mais flexível, mais aberta, tem um paradigma mais aberto, dá pra se inspirar nele, tem um trabalho em equipe, tem um trabalho que é interdisciplinar, tem esses pontos, né que eu gosto muito de lidar com eles. (C - psicólogo)

Acho que a partir do momento que você escolhe um trabalho desses, no serviço público (eu acho que é porque o trabalho é exigido, a gente precisa dele pra sobreviver), mas também a gente procura, no nosso trabalho, caminhar dentro do

nosso trabalho, por isso que você faz seu mestrado... você caminha por onde você gosta, você procura encaminhar o seu trabalho de modo que ele seja útil pra sociedade, se algum modo, procura se útil, dentro daquilo que é essa coisa, você precisa do seu dinheiro mas você procura ser útil pro seu trabalho. E não ser escravo do trabalho... eu penso que quando eu venho pra cá é muito isso, é que eu acredito, que eu gosto, que eu acho que é útil e que, de certo modo, eu tenho uma condição pra trabalhar com isso, porque poderia ser em outra área, mas eu gosto da saúde mental, não é uma coisa que... não é uma escolha vazia, no vazio, entendeu? Não é uma coisa que eu fiz porque não tinha alternativa, eu fiz porque eu gosto, porque eu me interessou, por esse campo, pelas questões que eles trazem, né... (A – assistente social)

Todos se referem a este lado do reconhecimento, de uma forma ou de outra, tanto nas entrevistas quanto nos debates que ocorrem nas reuniões, sobre os dilemas entre manter a ética no serviço ou limitar-se ao que é possível com os recursos disponíveis, um dilema cotidiano.

Outra fonte de reconhecimento encontrada é a gratidão dos usuários. É muito fácil se emocionar ao presenciar o agradecimento de familiares ou dos próprios usuários, em casos em que eles consideram que houve um grande avanço.

Além disso, aspectos referentes à autonomia do trabalho também são destacadas:

Primeiro que eu acho que a gente tem também, no fundo, no fundo, a gente é gestor do nosso trabalho, entendeu? Nessa micropolítica, vamos dizer assim, se você consegue, de alguma maneira, deixar de lado um pouco isso [condições de trabalho insatisfatórias], mas se você se concentra no cuidado com os usuário, isso trás pra você, uma certa, vou dizer, gratificação, mas acho que... é muito legal você poder ajudar alguém que está em crise e a pessoa chega e diz 'eu quero que você me atenda', 'eu confio em você', 'eu vou fazer o que você disser e não o que algum outro disser' [sublinhado pela ênfase na pronúncia da palavra], então é todo o estabelecimento desse vínculo, que te coloca em um lugar de quem tem potência pra poder estar acolhendo o outro, de estar podendo elaborar um projeto um pouco mais intenso, intensivo, enfim, acho que isso é bom, entendeu? (D – psicologia/direção)

Todos se referem a este tipo de gratificação emocional a partir dos usuários. No entanto, a substituição do reconhecimento da hierarquia, que se dá inclusive através das condições de trabalho, pela gratidão dos usuários, pode ser problemática

(Molinier, 2006). Talvez, na ausência de reconhecimentos por parte dos níveis hierárquicos gestores, como salário, carreira, vínculo empregatício e condições materiais de trabalho, haja um foco na gratidão. Acreditamos que talvez a gratidão do usuário seja um elemento ambíguo, pois, se por um lado ela traz uma emoção forte e satisfação por parte do trabalhador quando ocorre, por outro lado, a demanda pelo serviço é claramente maior do que o humanamente absorvível e o reconhecimento pela hierarquia à qual nos referimos nem sempre acontece, configurando-se o que consideramos um caminho perigoso de expectativa de reconhecimento. Da mesma forma, talvez a assunção da opinião do usuário como única forma de avaliação do serviço seja inadequada (Molinier, 2006), já que ele talvez não tenha os elementos para isto, como a compreensão das reais condições de trabalho e dificuldades com que se deparam os trabalhadores, avaliando mais estritamente o serviço recebido. Em reuniões, há situações em que os trabalhadores demonstram temer “a ouvidoria”, devido a reclamações de usuários sobre a qualidade do serviço.

E o quanto é difícil a gente poder, com tanta gente, com tantos problemas, ter essa delicadeza. É um pouco uma resistência, né... (I - psicóloga)

Ela se refere a uma “resistência”, o que evidencia a motivação que percebemos nesta área e neste CT mais especificamente. Há, sem dúvida, o aspecto da “invisibilidade do trabalho” realizado, decorrente das formas de avaliação de produtividade, como comentamos (Lancman, 2008), que não proporcionam um maior investimento neste serviço. Mas, os gestores de hierarquia mais baixa, mais próximos ao serviço, talvez tenham a clareza da quantidade de trabalho que se desenvolve. Arriscamos supor que estes elementos da subjetividade do trabalhador de saúde mental, envolvidos e movidos por uma questão ética e de princípios, tanto em relação às pessoas em sofrimento psíquico quanto ao papel dos serviços do SUS, estejam sendo explorados pelos níveis hierárquicos gestores. Exemplos de exploração da ideologia dos trabalhadores já foram relatados historicamente, como comentamos (Dejours, 1986) e acreditamos que isto esteja se passando neste caso também. O uso de si é aqui explorado pela hierarquia, através do não reconhecimento e não investimento financeiro na área da saúde mental, já que estes trabalhadores são

capazes de manterem o serviço aberto e funcionando minimamente, a despeito da falta de condições e de consideração que julgam existir, devido a esta posição de mais que prestadores de serviço ou funcionários do serviço público - de militantes de uma causa. Talvez se some à força que move o trabalhador pelo sentido de seu trabalho, a grande oferta de mão de obra e dificuldade de emprego, pressionando os trabalhadores a manterem-se naquele emprego (exclui-se deste argumento a categoria médica, que talvez se encontre em situação inversa).

É tradicional a ideologização “apaixonada” do SUS entre trabalhadores de saúde (Onocko-Campos, 2005), até como forma de se entregarem ao trabalho e deixarem de lado as limitações da realidade concreta do trabalho. Identificou-se este movimento em direção a uma “militância”²⁹ conforme os trabalhadores queriam esclarecer, para os outros serviços, o paradigma do trabalho em rede, demandando esforços intelectuais, físicos, emocionais e sociais (Albuquerque, 2010). No trabalho dos CAPS de Campinas, percebeu-se que os trabalhadores assumiam a responsabilidade de ter que dar uma resposta para a sociedade sobre a loucura, transformando os caminhos percorridos pela saúde mental até então (Ferrer, 2007). É deste caráter do trabalhador da Saúde, especialmente da Saúde Mental, que no referimos quando conjecturamos a existência de formas de exploração dos trabalhadores.

Cabe aqui uma importante ressalva: sobre o termo “militância”, usado nas pesquisas citadas e a que se refere a “paixão” em relação ao SUS, enquanto ideal, não queremos coloca-la como negativa para a saúde no trabalho, a não ser quando se transforma em defesa radical, que possivelmente venha a bloquear a visão clara sobre o trabalho como, por exemplo, não se deixando mostrar claros problemas a serem resolvidos. Quanto à mobilização subjetiva para o trabalho, importante e constatada

²⁹ Sobre o termo “militância”, usado nas pesquisas citadas e a que se refere a “paixão” em relação ao SUS, enquanto ideal, não queremos coloca-la como negativa para a saúde no trabalho, a não ser quando se transforma em defesa radical, que possivelmente venha a bloquear a visão clara sobre o trabalho como, por exemplo, não se deixando mostrar claros problemas a serem resolvidos.

largamente nos movimentos reformadores da saúde mental, poderíamos dar o nome de ativismo, fazendo esta diferenciação.

Outras formas de reconhecimento, relacionadas aos pares são também trazidas, como as relacionadas à responsabilidade do cargo, à função que se está desempenhando no momento ou mesmo à construção de um percurso nesta área de atuação.

Eu gosto de trabalhar com a clínica, eu acho que é um trabalho muito rico, você aprende muito das coisas e ... 'ajudar' não é uma boa palavra, mas você pode produzir eventualmente a transformação em algumas pessoas, pela via da clínica, um lugar privilegiado, não é o único, mas é um lugar privilegiado, tanto no CAPS quanto em qualquer outro lugar. Eu acho que o projeto da Reforma [Psiquiátrica] é um projeto interessante, cria um espaço interessante, né, pra que se possa manejar o cuidado, de uma forma mais proativa. Enfim. Eu acho que o contato com a loucura tem uma coisa interessante, quer dizer, que não seja pela via da estrita observação psiquiátrica nem da coisa meio romântica, da romantização, eu acho que a clínica evita esses dois aspectos, não fica nem lá nem cá, ela trabalha também podendo pensar a psicopatologia, mas podendo pensar a sabedoria de como as pessoas se envolvem com as suas ditas 'doenças', é interessante você poder pensar isso, é interessante você poder transformar, operar, de alguma forma..." (H - psicólogo)

Ou seja, a linha profissional que orienta a atividade parece disponibilizar também um via de construção de uma forma de trabalhar mais específica ou mesmo um estilo pessoal sobre o qual é prazeroso se dedicar.

4.2.3 Sofrimento e defesas

Trata-se aqui das relações entre o que chamamos, de forma geral, como sofrimentos, que não têm um caráter negativo *a priori*; envolve seus destinos em direção à criatividade, através, inclusive, do auxílio da dinâmica do reconhecimento, ou à patogenia e, neste caso, torna-se importante constatar quais as estratégias para não se deixar invadir por isto (Dejours, 1986, 1987, 1995; Lancman e Sznelwar, 2008; Molinier, 2006).

Consideramos que o trabalho em um serviço que atende a pessoas em sofrimento, mesmo que com as condições de trabalho mais adequadas, naturalmente suscitará também algum sofrimento. Talvez uma sensibilidade neste aspecto já seja parte essencial de quem trabalha na área e faz este julgamento de utilidade social, como dissemos, esta “inspiração”, citada em entrevista, em relação às normas antecedentes atinentes à Reforma Psiquiátrica.

Às vezes é brutal da mesma maneira [que uma violência física], que é agressivo da mesma maneira, você escutar por horas uma pessoa, é uma coisa que ocupa dentro de você um trabalho que você tem que fazer essa digestão, você tem que fazer esse, como é que vai fazer esse desvio, como é que vai fazer essa devolutiva aí. E pra isso tem que ter saúde, né, porque pra mim, que pesquiso a questão corporal, o corpo ele é esponjoso, ele absorve essas questões, os corpos, né, físico, psíquico, enfim, a gente tá ali e tá ali pra lidar com coisas que são intensas e tá em você, tá com você também, o outro também conta com você então, de alguma maneira você tem que operar, né com isso (...) porque o nosso objeto de trabalho é uma pedreira, vamos combinar que são histórias muito densas, você lidar com isso sem ter um suporte, eu acho que tem que ter uma clínica muito afiada (B – “dançoterapeuta”)

(...) porque você tá lidando com questões extremamente graves! Com afetações, intensidades, sofrimentos, com demandas, pedidos, ódios, enfim, você tá lidando com uma barra pesadíssima... (H – psicólogo)

Ou ainda, conforme quem não compartilha inteiramente da forma de trabalhar estabelecida por aquele coletivo de trabalho:

Lidar com a loucura em tempo integral, não dá. Já tô com indicação de fazer análise, de tomar fluoxetina, entendeu? Isso adocece. (...) Eu sou enfermeira do trabalho, sou sanitária, montei o PSF na rede, mas assim, fazer psiquiatra em tempo integral, eu tô ficando doida! Vou trocar de lado, entendeu? Então em algum momento eu vou querer voltar pra saúde coletiva, pra uma função gerencial... (G - enfermeira)

O simples lidar com as “afetações” dos usuários e familiares, algo que está no cotidiano mais básico de um serviço como este, é citado como tendo um teor de intensidade que chega a ser violento. Uma forma de se proteger trazida e/ou desenvolvida pelos integrantes do coletivo é o conhecimento teórico sobre a clínica da

loucura, que é citada por **B** e por outros como “clínica afiada”. Uma tendência ao adoecimento é relatada por **G**, mas não sabemos até que ponto os outros se sentiriam à vontade para confessar claramente este tipo de tendência. À violência física em si é dada muita importância, nas poucas vezes que é citada, ao relatarem os casos mais recentes.

A “contaminação” do tempo fora do trabalho foi estudada em diversas categorias de trabalho que tinham uma rotina intensa e repetitiva, como a de operários e telefonistas, observando-se que a manutenção do ritmo fora do trabalho não se constituía apenas como uma contaminação, mas como estratégia, para a manutenção de um condicionamento produtivo, mesmo através da negação de determinações hierárquicas de paralisação temporária do trabalho (Dejours, 1987). No CAPS certamente o trabalho não é repetitivo, mas, como vimos é muito intenso.

E, aos poucos, eu percebi que a loucura, ela te afeta, a loucura do outro, vamos dizer assim, ela te afeta de uma maneira que é reverberativa, ou seja, em alguns momentos você não sente na hora o quanto e como aquilo te afetou, mas depois passa uma semana, uns dois, três dias, você começa a perceber que, nossa! Que você às vezes até atuou em outros lugares, atuou assim no sentido de deixou escapar alguma coisa que tinha que escapar, porque você não pode esconder isso. Mas aí você deixa escapar nos lugares que você menos imagina, com sua família, com teus parceiros afetivos. (D – psicologia/direção)

Considerando isto, o trabalho no CAPS não termina ao fim da jornada de trabalho, pois este “reverbera” ainda por dias e em outros espaços da vida, interferindo talvez até no jeito de ser. Nas entrevistas este assunto aparece, mas não com esta explicação de cunho mais clínica e sim através da afirmação, como a de **G**, que “já está ficando louca” também.

Lancman (2008) aponta que se trata de um trabalho “desestabilizador”, inerente ao tipo de cuidado que prestam e às situações-limite de trabalho, que invadem comumente a vida dos trabalhadores, como, por exemplo, em um caso de suicídio ou de mutilação do usuário. Soma-se, no caso citado, a isso a natureza da imprevisibilidade ou a impossibilidade de planejamento antecipado de algumas atividades, fazendo com que os trabalhadores se confrontem cotidianamente com o

imprevisto, fato que também observamos, em certa medida, através de todas nossas abordagens de campo.

Outra questão verbalizada e que tem grande influência na atividade de trabalho da Unidade é a precariedade das condições de trabalho, que passa pela manutenção da unidade, mobiliário, estrutura administrativa, material de oficinas, suporte e infraestrutura de cozinha e alimentação, transporte para visitas domiciliares, salário dos terceirizados, quantidade de pessoal e segurança. Além disso, e o que é considerado por eles com sendo o fator principal a influenciar negativamente a atenção prestada, é a “falta de rede”, a fragilidade da rede de atenção à Saúde Mental e o SUS de forma geral, especialmente na área programática em questão, que originou a invenção do termo pelo Diretor, apropriado pelo CT, de “deserto sanitário” em que se constitui a região. Uma prerrogativa do CAPS é o trabalho em rede, como vimos, não só de saúde, mas rede social, comunitária e relacional do território e de cada usuário. Esta parte também é referida, de forma geral, como sendo bastante precária devido à pobreza do território que, apesar de se encontrar em uma área densamente urbanizada, é cercada de favelas, um território considerado pela equipe como de pobreza extrema.

Consideramos o trabalho relacionado com a condição humana de pobreza como sendo em si algo difícil. Nos serviços de saúde, acredita-se que na relação técnico-usuário se estabelece um processo de identificação: se os usuários são vistos como pobres, desvalidos, desrespeitados e sem valor, a equipe tende a também se sentir assim (Onocko-Campos, 2005). Observou-se também que, quando os trabalhadores de CAPS se frustram, em seu movimento de “militância”, podendo ser vista em muitos casos como um bom ativismo, como dissemos, com a não realização de um projeto de trabalho idealizado, eles se colocariam como tão miseráveis quanto os que atendem. (Marazina 1991 apud Ferrer, 2007). Talvez seja difícil separar o peso do que seria inerente ao trabalho, daquele que sucede a situação de abandono encontrada e relatada. De toda forma, os efeitos na saúde, informados como estando diretamente relacionados à situação de precariedade são muitos.

Eu acho assim, mal-estar ele existe e é muito grande já há algum tempo. E isso tem consequências, as pessoas vêm com um certo peso mesmo, vêm trabalhar com um

certo peso, há uma tensão muito grande no trabalho, essa tensão é, digamos, visível, várias situações assim, situações de supervisão. (H - psicólogo)

Isso [o trabalho na situação atual] dá um acúmulo de coisas, de peso, de problemas, você não consegue ser espelho, de bater e voltar, você absorve. Eu, eu, (você que eu digo sou eu) eu absorvo muita coisa, então eu preciso dar um *time* nisso, quero continuar com a psiquiatria, que eu adoro, mas não no serviço substitutivo. Quero continuar na internação e fazer uma outra coisa. (G - enfermeira)

Ah, isso [desorganização e sobrecarga da Unidade] me deixa num estado de estresse, de cansaço, insônia, às vezes, tem me provocado um estresse, um estado de irritação, né, aí através disso eu venho tentando organizar o serviço pra poder me concentrar melhor, pra acabar com esse cansaço, com esse estressamento, né. Porque a gente acaba fazendo vários serviços ao mesmo tempo e isso acaba sendo improdutivo e isso cansa e a gente espera e acaba ficando cansado. (C - psicólogo)

Além da “sobrecarga” referida por eles, do “acúmulo de coisas”, da “tensão” ou “peso”, relacionados à precariedade, um fator de sofrimento que pudemos perceber indiretamente a partir dos exemplos descritos nas entrevistas foi o sofrimento decorrente da não realização do trabalho. Este ponto é referido por eles como um dilema entre a ética e manutenção do serviço aberto.

Sustentar esse lugar como o lugar de eficiência, como um lugar de um direcionamento, de uma ética e tudo mais, às vezes eu acho meio complicado, em mim, eu sinto às vezes um certo cansaço crônico, eu sinto às vezes um certo, que vem junto com um certo desânimo, que às vezes se confunde um pouco com a questão: “será que eu estou me deprimindo? Desmotivado? (D – psicologia/direção)

D se refere também à eficiência. Se retomarmos o conceito de “serviço” como sendo “o efeito, o resultado, nas condições do exercício da atividade” (Zarifian, 2001, p.105), as condições de trabalho estão estritamente ligadas ao serviço prestado. Nesta lógica, um serviço médico prestado não se constitui no tratamento em si, mas sim a saúde recobrada. No caso dos serviços em saúde mental, como o CAPS, onde não se trabalha com a perspectiva direta de cura, o serviço prestado é (entre todos os atributos definidos em suas normas antecedentes), na fala de um prestador do serviço, “[deixar] a pessoa vivendo melhor” (Alonso et al., 2009, p.36). Isto parece se configurar um tipo de cilada: quando um serviço cuja efetividade se baseia na ética, não atende a

este preceito; é ao mesmo tempo, ineficiente, porque deixa de cumprir a obrigação, e não ético, por deixar de fazer o certo.

Outra pista sobre a dificuldade entre a manutenção de um serviço decente e inadequadas condições de trabalho está relacionada aos desligamentos de funcionários. Como vimos, a coesão entre o coletivo depende de uma construção que é frágil. Apesar disso e de toda função social que está por trás desse trabalho, durante o curso da pesquisa dois integrantes da equipe se desligaram, dois relataram considerarem constantemente a possibilidade de se desligarem e, segundo as atas, um se desligou dias antes do início formal da pesquisa. Dois relataram perto de se aposentarem, o que indica a possibilidade de se manterem no trabalho apesar de condições insatisfatórias, já que seria por pouco tempo.

Por outro lado, grande parte das dificuldades, seja pela precariedade ou àquelas inerentes ao trabalho, em certa medida os levam a serem criativos e a um movimento de superação. O sofrimento criativo, que impele à mobilização subjetiva e à inventividade nos parece estar presente, conforme ainda se possui a energia do ímpeto que originalmente os fez seguirem o caminho em que estão. Eles tentam, dentro de suas possibilidades, transformar o lado ruim da realidade em que vivem e melhorarem o trabalho:

E a gente se vira, a gente cria situações, a gente, temos algumas parcerias, a gente busca participar dos fóruns, a gente busca participar das reuniões, que tem um caráter mais decisório e que tem uma perspectiva de uma articulação política, a gente tem uma supervisão que a gente discute as questões das nossas dificuldades, dentro dos nossos limites, que a gente pode superar algumas, enfim, a gente consegue fazer um trabalho. (H - psicólogo)

O adoecimento relacionado ao trabalho foi relatado em um caso, na época do início da atividade da pessoa na Unidade, o que nos remete à importância da proteção proporcionada pelas regras de ofício (Cru, 1987; Molinier, 2006), formas de trabalhar testadas e estabelecidas pelo coletivo, assim como dos esquemas de defesa.

Quando eu vim trabalhar aqui, eu nunca tinha trabalhado em um serviço substitutivo, aí eu vim pra um serviço substitutivo, um trabalho pesado, com todas essas condições [precariedade das condições de trabalho] que eu coloquei pra você, né... aí eu comecei

a trabalhar, dentro do CAPS eu segui o caminho de participar, aí eu acho que eu não tive muito cuidado comigo essa hora, porque aí, eu não tinha noção que tinha que ter esse cuidado. Aí adoeci, fiz um processo depressivo, fiquei mal, afastada muito tempo do trabalho (...) eu sei a pessoa que eu sou e como eu encaro meus problemas e foi uma coisa tá rápida que eu nem senti, quando eu vi eu já estava com alguns sintomas muito semelhantes aos que eu trabalho aqui, entendeu? (A – assistente social)

Eu acho que aqui eu senti como se fosse um pancadão, sabe um pancadão, quando você recebe uma pancada forte? Eu senti isso. Porque eu vim como eu tô acostumada a trabalhar nos outros lugares e ainda com mais vontade porque eu queria vir pra um CAPS, aliás, uma assistente social, da prefeitura do Rio mas eu tinha muita vontade de trabalhar... (A)

Então, assim, eu vim um pouco às cegas então eu acho que isso contribuiu muito, também a questão do território, a questão dos recursos e também a questão de eu estar despreparada, naquele momento, despreparada praquilo tudo... (A)

Ao relacionar diretamente o “pancadão” com o estar “às cegas” e a questão do “território”, nos remete, respectivamente, a um sofrimento agudo e desestabilizador, a um trabalhar sem as proteções do coletivo de trabalho e à característica da precariedade das condições de trabalho, que envolvem a rede de atenção à saúde e o território pobre.

A problemática das escolhas sobre as formas de trabalhar, sobre a tarefa e a mobilização de si para a atividade em si nos remetem novamente às dramáticas de uso de si (Schwartz, 1997). A concepção de saúde (Canguilhem, 1990/1966), retomado também pela Ergologia, se apoia na ideia de que as condições de produção de novas normas para si frente à realidade são essenciais. No caso **A**, ela relata que não teve tempo de perceber o que lhe passava e que precisou disso e de reflexão, com o auxílio dos colegas para dirigir-se a um estado de saúde e a estar preparada para um retorno ao trabalho, sob novas normas para enfrentá-lo.

Naquele dia ou a gente [com a equipe] conversa e a gente toma uma atitude juntos, que já diminui, entendeu? Eu já respeito mais os meus limites, sabe? Me programo pra não ficar aqui até 8 h da noite. Antigamente isso acontecia muito. (...) Primeiro que eu tenho que ver o que dá pra mim. Tem dia que você tá mais vulnerável, qualquer pessoa tem dia que tá mais vulnerável (...) É, eu não fico mais de bobeira.” (A – assistente social)

Quando eu entrei aqui eu tive que rever toda a minha alimentação, todas as minhas emoções, pra eu poder me organizar a viver com toda essa intensidade. Porque eu não sabia o que estava acontecendo, mas acho que teve uma construção de coisas, de espaço interno, de gestão desses eventos, que acontecem com uma certa frequência, às vezes tá uma época calma, às vezes tá uma época... você já fica assim: 'será que fulano [usuário em crise] vai vir?' (B – "dançoterapeuta")

B também se refere a um processo de renormatização que teve o auxílio das "ferramentas", como se refere em outros momentos, trazidas para o CT pela Supervisão, e pela sua formação, como a formação de um "espaço interno" e a "gestão dos eventos". O conhecimento é apontado neste mesmo sentido quando **B** se refere, em outro momento, a uma "clínica afiada" e alguns de seus colegas levantam a hipótese de que os profissionais que não têm uma formação específica e mais aprofundada sobre saúde mental como os "*psi*", estariam em maior vulnerabilidade neste sentido.

A possibilidade de comportamento livre (Dejours, 1987) no trabalho, como a possibilidade de o trabalhador poder transformar a realidade no trabalho conforme seus desejos está presente no trabalho do CAPS, dentro das condições e recursos disponíveis. Trabalho como atividade, debate de normas e valores, que gera espaços para a renormatização (Schwartz, 2011).

Aí foi um espaço onde eu percebi a possibilidade de experimentação. Eu tive experiências muito ricas (...) cria cumplicidade muito grande [com os usuários]. E, assim, muita verdade, eu percebi, na relação com os pacientes, né, e às vezes até um dia de você não estar bem e você colocar 'poxa, hoje a gente vai fazer, mas não sei como é que vai ser', 'não tô muito bem' e aí todos puxarem o que a gente sabe fazer e aí você vê que nossa, eles são realmente, você pode contar com essas pessoas, são realmente pessoas. E pra mim, o olhar que eu coloco, eu as convido sempre a serem artistas (...) porque se a gente fica só na doença, eu acho um pouco complicado pra a gente se organizar (B – "dançoterapeuta")

Eu acho assim, que o espaço da arte é um espaço de oásis dentro disso tudo, é realmente um momento, um lugar, uma oficina, que a gente consegue fazer do trabalho um lugar mais leve, mais tranquilo, onde a gente pode brincar um pouco mais... porque as coisas são muito duras (D – psicologia/direção)

O fato de a arte fazer das normas antecedentes do trabalho no CAPS, na proposta aos usuários de uma ligação com o mundo através dela, temática sobre a qual não nos debruçaremos, talvez reforce este caráter de liberdade no trabalho, que nos parece muito benéfico à saúde. Também a “leveza” proporcionada em meio às dificuldades e sofrimentos em geral aparece como “oásis”, talvez um momento onde os esquemas de defesa³⁰ possam estar menos ativos ou solicitados.

Possivelmente, a compreensão (presumida), através de ferramentas teóricas, do que se passa com as pessoas em sofrimento psíquico grave, com os usuários da Unidade que se encontram em um estado que lhes causa sofrimento, possa ser considerada também uma estratégia coletiva de defesa. A partir de quando se tem uma explicação do por quê de uma certa situação em que o usuário representasse uma ameaça ou que sua condição fosse chocante ao ponto de provocar um sofrimento grande em si ou nos colegas, talvez haja algum tipo de alívio.

Mas tenho um percurso de uma discussão clínica, de uma postura clínica, então, como clínico, aqui e fora daqui, na vida, eu fui construindo determinado modo de poder estar com as pessoas, de poder atender as pessoas, de poder ouvir as pessoas... recursos, são recursos, que você tem, do modo que você vai poder suportar as coisas, né, como é que você vai lidar consigo próprio e como é que você vai ouvir as pessoas, recursos teóricos, clínicos, práticos. (H - psicólogo)

H extrapola o uso deste conhecimento clínico para o âmbito da vida pessoal, além do profissional, como uma forma de viver.

Tem uma construção de pausa, uma coisa que a [Supervisora] fala muito, acho que é uma ferramenta muito importante de você saber qual é o objetivo de cada momento e saber o que aquele caso precisa, se essa abertura que você vai dar faz parte do projeto desse caso ou não, né? E tem também o seu próprio limite. (B – “dançoterapeuta”)

³⁰ Os sistemas coletivos de defesa surgem da cooperação entre os colegas para se defenderem do sofrimento, buscando modificar, transformar e/ou minimizar sua percepção do mesmo. São necessários para a saúde mental, apesar de fazerem com que não se tenha mais plena clareza da fonte do sofrimento (Lancman e Szelwar, 2008).

A “construção de pausa”, frequentemente lembrada pelo coletivo parece vir a amenizar a intensidade do trabalho. O conhecimento teórico não se aplica apenas ao trabalho, mas se estende à vida pessoal. A maioria dos integrantes deste coletivo afirma fazer psicoterapia, apesar de nem sempre o relacionarem ao trabalho. Há também quem o afirme mais peremptoriamente, como J. A “reverberação” do trabalho durante o tempo fora dele pode ser, através do conhecimento teórico, considerado como que fazendo parte do trabalho, algo que tenha que acontecer:

Eu não acho que tem que controlar, sabe Vladimir, eu acho que tem que aparecer, se não a gente fica controlando o tempo todo e não tem que controlar, eu acho que não é pra controlar, eu acho que ninguém consegue controlar isso tudo. Se você tenta, de alguma maneira, controlar isso tudo, isso vai estar voltando pra você mesmo, então é pra deixar escapular e depois você conversa, “ah, p[.], foi por conta disso”. E tem outra coisa, experiência conta, o percurso e a experiência (...) não é pra controlar tudo, você não consegue, não se deve conseguir, não se deve trabalhar para isso, se deve trabalhar para que alguma coisa fique descontrolada [risos] (D – psicologia/direção)

A técnica é considerada importante para a eficácia do trabalho, mas também como forma de proteção, resistência e tolerância no trabalho em saúde, que enfrenta frequentemente a morte, a dor e a pobreza (Onocko-Campos, 2005). No trabalho em CAPS, o “não saber o que fazer”, ou não saber discernir riscos e urgências provocam maior angústia e insegurança (Ferrer, 2007).

Dentro desta mesma construção está a idéia de uma distância profissional, que inclui um senso de limites com relação ao dever para com o usuário, de envolvimento e também de ponderação nas dramáticas do dilema ética-condições de trabalho, já discutido.

[Há que se] Manter esse distanciamento profissional ao máximo, porque quem não consegue manter sucumbe, sucumbe feio! Porque eu acho que esse distanciamento profissional que você vai marcando tem que ter sempre, mesmo que nós tivéssemos as melhores condições, mesmo que o nosso trabalho fosse aqui uma infraestrutura de sonho. Tô falando de você ter um critério de trabalho, de ter as referências do que você veio fazer, né, de ter hora, inclusive, as referências do trabalho, seu, dentro de um certo projeto institucional, então você tem... e você poder pensar criticamente o

que te serve de munição, digamos assim, o que te serve pra poder trabalhar, isso é um distanciamento profissional. Pra você poder ir na supervisão e discutir seus equívocos, as questões que os colegas trazem, poder ampliar a discussão. Isso é uma coisa pra sempre. (H - psicólogo)

Atentamos para **H** ter chamado, de certa forma, o *distanciamento profissional* de “munição” para poder trabalhar, para poder enfrentar o trabalho, o que nos leva a inclui-lo no mesmo âmbito do conhecimento teórico, como uma possível estratégia de defesa. Por um lado, o conhecimento teórico constitui o conjunto parte das regras técnicas e éticas de ofício, de que falamos, quanto ao modo de trabalhar. Por outro lado, o uso da teoria que implica em um afastamento do problema, ainda que um afastamento profissional, pode funcionar como uma estratégia coletiva de defesa, um funcionamento instituído no coletivo, que dá um limite *a priori* à proximidade e ao comprometimento com o trabalho, limitando o envolvimento, inclusive com o sofrimento.

Neste caso, quem não o tem “ao máximo”, segundo **H**, “sucumbe feio”. Acreditamos justamente que isto tenha se passado com **A**, na situação relatada de seu adoecimento, quando ela não teria tido tempo de assimilar satisfatoriamente as formas de trabalhar que a teriam protegido e que ela relatou ter então posto em prática.

E agora que eu tô me dando conta, aos poucos, do que aconteceu. Eu acho que a gente precisa criar escamas pra trabalhar num serviço desse. (...) É o seguinte: quando eu vim é porque eu já estava podendo vir, né e eu acho que esse poder vir já fala de um outro lugar, de um lugar de propriedade do que aconteceu, né, primeiramente (...) parece, assim, que eu fiz escamas, entendeu? Pra aprender a lidar com algumas coisas. (A – assistente social)

No mundo animal as escamas são uma forma de proteção, por impor uma barreira às ameaças, mas também dão a agilidade necessária para se safar do perigo. Talvez que esta metáfora simbolize com propriedade o tipo de proteção desenvolvida daquele coletivo de trabalho.

Parece claro que este trabalho envolve uma tensão muito forte no que diz respeito ao risco de violência física, em casos mais graves, mesmo que isto não seja um assunto que se comente deixando transparecer medo.

Aí quando acontece alguma coisa mais grave assim, eu já não fico... tem uns que saem chorando, se trancam na sala, ficam meio assim, assustados. Eu já mantenho o clima porque já sei mais ou menos o que que é, entendeu? Isso não tá querendo dizer que a gente não fica abalado, fica, mas eu consigo me controlar mais nesse ponto. E eu não vou demonstrar, é claro que eu sinto, né, algumas coisas que você vê que às vezes o perigo ronda, mas você tem que manter ali o teu sentimento, por que chega uma hora, degradingo tudo. (E - psicólogo)

Outro tipo de proteção identificada na maioria da equipe, através de relatos nas reuniões e nas entrevistas, se refere a uma característica com aspectos análogos à de “virilidade”, encontradas entre os trabalhadores da construção civil (Dejours, 1987; Athayde, Muniz e Neves, 2004), por quem se exercia uma postura de desafio aos riscos, de forma a “esconjurá-los”, para, ativamente, não reconhecê-los como riscos, como se pudessem controlá-los plenamente, caso contrário não conseguiriam trabalhar.

Não [tenho medo], eu tô acostumado a conviver em comunidades pobres, em trabalhar em comunidade violenta, né, então o ambiente aqui não é muita coisa não, pelo contrário. (C - psicólogo)

Assim, o que eu costumo fazer [frente às dificuldades] mais é levar pra sacanagem, brincar, puxar uma brincadeira, pra poder lidar melhor com esse estresse, ou então deixo a coisa sem tar mexida lá e às vezes eu mexo. (C - psicólogo)

Chama-nos atenção a postura expressa sobretudo através da observação “pelo contrário”, referindo-se ao medo gerado pelo entorno, conhecidamente perigoso. A opção aqui é a de levar as dificuldades com humor ou talvez não abordá-las, afastando-se, quando C diz “deixar a coisa sem estar mexida” mesmo. Se o humor nem sempre é referido explicitamente como saída para lidar com as questões difíceis, implicitamente podemos inferir que sim, pela maneira de falar. O modo de falar de K também aponta para esta estratégia, através do riso, no decorrer de toda a sua fala:

É do meu bolso! O meu protesto é esse, eu quem pago [risos], porque se não, fica parado, pra poder a coisa andar a gente faz isso.”; “embora tenha alguns [usuários que representam ameaça física] que você fica... dá pra controlar, isso aí já faz parte [risos] isso aí já é minha experiência (...)” “Eu brigo [com os colegas e a hierarquia] mas a idéia é essa [risos][se referindo à luta pelo CAPS].”; “A pressão [sanguínea] tá muito alta [risos]”; “[uma usuária em seu ambiente de trabalho] quebrou o monitor, pegou o computador, tive que segurar, tudo isso aí é muito normal mas (...) [risos]”; “Assim, verbalmente, eles [usuários] falam e isso aí mexe com a pessoa, por mais frio que você queira parecer, se te chamar de bonito pra baixo tu não vai gostar [risos]”; “eles [colegas] até reclamam na hora [risos], não tem jeito”; “eu prefiro conversar com a pessoa na boa [em casos de desentendimento com colegas], eu sou tão assim pra conversar que eu falo ‘vamos sentar num banquinho ali’ [risos]” [Falas em diferentes momentos de uma mesma entrevista] (K – assistente social/administrativo)

Pode-se notar que o riso ocorre em todos os momentos em que **K** se refere a algo que possa causar medo, angústia, apreensão, dificuldade, enfim, alguma forma de sofrimento.

Em uma reunião **G**, descrevendo uma situação que ocorrera na véspera, de uma pessoa alta, forte e negra que chegara à Unidade e ameaçara a todos, inclusive verbalmente, de “surtar” caso não recebesse o laudo que queria, o faz com muita tranquilidade e um leve sorriso, mesmo tendo sido atirada contra a parede e tendo ferido o braço com alguma gravidade. Assim como um trabalhador da construção civil, de certa forma, que trabalha em altura, por exemplo, o medo parece não dever aparecer para o grupo, aparentemente nem para si mesma, porque causaria muito sofrimento. São diversos os exemplos deste tipo.

Notamos também uma postura de desafio ao lidar com o sofrimento dos usuários, principalmente com os casos mais graves:

Eu sempre gostei, eu gosto, de trabalhar com essa clientela grave, casos difíceis, complexos, pessoas que às vezes estão em uma situação de risco, de pobreza, de loucura, eu gosto. (I - psicóloga)

Eu gosto de trabalhar com paciente psicótico. E trabalhar num CAPS ou numa rede pública, principalmente num CAPS, eu vejo situações clínicas que eu nunca veria num consultório ou em qualquer outro serviço. (J - psiquiatra)

De forma sutil ou mais explícita, parece haver a postura de interesse justamente pelo que seria o mais difícil, talvez de forma que quando uma situação crítica ocorra, a expectativa funcione como uma preparação. Quando o assunto discutido é o da recepção e de capacitação de funcionários novos para os serviços de apoio da unidade, como limpeza, cozinha e portaria, considerando as características do que ali estão ou dos que já tiveram seus contratos cancelados, fala-se sempre da necessidade de que seja alguém dotado de um ímpeto especial, através do termo “tem que poder”:

Tem que poder' e tem que querer, poder não no sentido de competência, mas de ter essa disponibilidade e esse desejo. A gente fala “poder” um pouco nesse sentido, porque são os pacientes mais pobres, mais graves, que a gente vai atender de antemão, os CAPS, eles estão aí pra isso, não são as pessoas que têm acesso, são as pessoas que não conseguem nem acessar, aí a gente vai ter que tá junto do PSF, a gente vai ter que tá na comunidade, de alguma maneira. (I - psicóloga)

A experiência parece mostrar, através de muitos casos de desistência nesta função, que há realmente pré-requisitos fortes para se trabalhar ali. A situação dos trabalhadores dessas funções se constitui em um caso à parte, que não é o foco de pesquisa, mas algumas observações são aqui apropriadas. O CT da Unidade defende que estes trabalhadores, sujeitos a um vínculo empregatício precário e que muitas vezes se tornam “referência” para alguns usuários, estão em uma situação de vulnerabilidade especial, pois, além de tudo, não têm nenhuma preparação ou reflexão anterior sobre a questão da loucura ou a situação dos usuários, de forma geral.

A gente começou a ver coisas, eles [tais funcionários] assim quietinhos, não falam nada, meio que tímidos e quando a gente vê, tá pirando, fazendo coisas que a gente teve que chamar, conversar, às vezes precisa encaminhar pra tratamento, isso acontece! (A – assistente social)

Outra estratégia de proteção usada por alguns parece ser o afastamento das dificuldades. Isto pôde ser percebido através da forma de participação nas reuniões, por parte de integrantes do CT, o que parece se confirmar pelas atas, onde consta a pouca participação de alguns integrantes da equipe. A tomada da palavra em cada reunião parece se dar também pelo humor de cada um em cada dia, naturalmente, de forma que em alguns dias uns falam mais, outros menos e isto se alterna. Alguns se colocam atrás de barreiras físicas como pilastras ou mesa, fato que não sabemos se tem alguma relação aqui, e alguns não se manifestam, apesar de parecerem estar atentos, como descrito anteriormente. Enfim, alguns, em sua maioria que não quiseram participar individualmente da pesquisa, permanecem sentados menos tempo, passando a maior parte do tempo circulando. Dos que participaram e quiseram dar maiores detalhes L relatou:

Eu atualmente, na supervisão, eu venho me colocando até pouco, mas é uma forma também de me economizar um pouco, eu vejo que é preciso. (...) Eu vejo que, às vezes, tem desgaste dos dois lados, eu colocando ou então, às vezes, por mais que eu queira falar, eu sou uma pessoa, vamos dizer assim... (...) Tem alguns assuntos que eu fico assim irritada, incomodada e eu não consigo falar de uma maneira tranquila. Então, por mais que eu esteja me incomodando, eu prefiro tentar me acalmar pra falar de uma maneira tranquila, vamos dizer assim, pra não gerar um conflito, porque também não vai adiantar. Porque eu já fiz isso muitas vezes, jogar, despejar 'ahn!' Não, parou, tô assim, você vai vendo, 'pára, pára, pára, não é por aí'. Então isso aqui é um CAPS que muitas vezes gera uma rotina desgastante por causa da clientela. E aí você vem também e não é por aí, eu vejo agora que não é por aí. Muitas vezes eu tô com coisas atravessadas mas eu espero o momento de eu me acalmar pra eu poder falar isso com mais tranquilidade. (L – terapeuta ocupacional)

Outros não concordam com a forma de andamento da reunião, como discutimos anteriormente, mas o afastamento ou o não “esperar pela atitude do outro” parece acontecer como maneira de se poupar, de forma geral, em alguns casos:

Tô dizendo assim, não esquento a cabeça é o seguinte, não esperar pelas pessoas. Não esperar pelo governo, pela prefeitura, entendeu? Aí faltou um negócio, se eu tiver dinheiro eu compro, se não tiver, deixo passar um pouco, entendeu? É nesse ponto que eu tô falando. (E - psicólogo)

4.3 Situações / analisadores

O material produzido em campo nos pareceu rico e extenso. Muitas situações se colocaram como marcantes e com bastante relevância, pois, além de exemplificarem muito do que estamos tratando aqui, trazem à tona muitos pontos talvez ainda não suficientemente abordados por aqui, dentre aspectos ainda não tratados e possibilitam diversas incursões analíticas de forma mais livre, sem nos atermos a conceitos analíticos do grupo A, B ou C, apenas. Não se trata de uma parte indispensável à compreensão deste estudo, sem a qual estaria ele, no entanto, empobrecido. Inspiramo-nos no termo “analisador”, da Análise Institucional (Baremlitt, 1994). Aqui, como para a Análise institucional, as situações, casos, episódios ou contextos abordados “constituem uma materialidade que se apresenta expressiva”. No entanto, enquanto para a Análise Institucional os analisadores permitem manifestar ou evidenciar um produto que se pode analisar a partir de seus próprios elementos (Baremlitt, 1994), nós, ao invés disso, usamos também conceitos/categorias analíticas previamente estabelecidos.

As situações/analisadores selecionados foram:

1. A responsabilidade do Grupo de Acolhimento;
2. A questão do faturamento;
3. O desligamento de profissionais da equipe;
4. As precariedades;
5. Episódios com usuários.

Analisador 1: A responsabilidade do Grupo de Acolhimento³¹

³¹ Pela questão do sigilo, este pode não ser o nome real da atividade. Supomos que em cada CAPS ela possui um nome e se dê de forma peculiar, mas se refere a uma primeira aproximação do usuário com a Unidade para a sugestão de um projeto terapêutico.

Em determinado dia da reunião de equipe/supervisão, H (psicólogo) aborda um tema bastante discutido, o do acolhimento inicial. As discussões eram sobre se deveria ser em grupo ou não e se deveriam orientar ao serviço todos que ali chegassem, ao longo de cada dia, ou se deveriam manter em um dia da semana específico, por exemplo. Neste dia ele pede a ajuda da equipe para o revezamento nesta função, desenvolvida por ele e G (enfermeira), individualmente. Os motivos são os de que eles seriam os técnicos de referência, automaticamente, para todos os usuários novos, de maneira que as pessoas já estariam chegando à Unidade pela primeira vez em busca deles, especificamente, por este motivo. Todos concordam que o dia mais indicado para que esta atividade aconteça é o dia em que há menos movimento na Unidade. Depois de alguma discussão e momentos de silêncio, A, a única que teria a possibilidade naquele dia e horário da semana, se manifesta colocando sua impossibilidade, sem dar argumento claro, sobre o que a equipe não insiste. B, que aparentemente poderia reformular seu horário, é convidada a tomar a função. Ela se mostra bastante insegura mas aceita para futuramente, na condição de estar em parceria com um (a) colega. Fica então decidido que tudo permanece como está com a promessa dessa mudança iminente. J quer rever os critérios de aceitação de novos usuários, por estar no seu limite, assunto que é postergado devido ao horário avançado e à exaustão. Na reunião seguinte G coloca seu ponto de vista, que parece ser compartilhado pela equipe. Ela se pergunta por que todos estão evitando esta função e acaba por ela mesma responder que o motivo é que não há uma forma padrão para a aceitação de “demanda espontânea” ou de encaminhamento e, mais ainda, não há para onde encaminhar, em muitos casos. Ela relata o exemplo de sua última experiência, de uma pessoa que tinha que ser “absorvida” e, ao saber onde a pessoa morava, pensou “graças a Deus, é pro CAPS [X]!”, se referindo a outra unidade. Por pressão de J, que coloca suas condições e de G, que questiona diretamente a direção, estabelecem-se acordos básicos sobre a absorção de novos casos.

A coprodução no serviço de saúde exalta a importância da aprendizagem do usuário como parte importante do serviço (Athayde, Seligman-Silva e Vieira, 2004), como uma tendência da “relação de serviços” (Du Tertre, 2005; Almeida, 2005), considerando o CAPS como um serviço de saúde. Uma questão que se refere a essa coprodução do serviço, aprendizagem dos usuários, é a de eles caracterizarem um forte demanda de medicalização e não de “simples” cuidado. Isto implica em todo um trabalho de acolhimento neste sentido, demandando, às vezes, horas, literalmente, de explicação para que uma pessoa que chega ao CAPS com esta demanda consiga aceitar que o CAPS não é um serviço apenas médico-centrado e nem o medicamento a única alternativa para o tratamento.

A título de observação, considerou-se, em estudo em um CAPS, que todo o trabalho envolvendo a interação entre os membros da equipe técnica, como para a discussão de casos mais complexos ou encaminhamento de soluções partilhadas demanda um tempo que não é contabilizado em planilhas de atendimento, tampouco reconhecido como tempo de trabalho efetivo (Lancman, 2008). Não podemos afirmar,

no entanto, que este tempo não é contabilizado de forma adequada, na Unidade por nós abordada.

Em relação ao analisador 1, o problema das condições de trabalho se mostra novamente. A fragilidade da rede de saúde coloca mais uma vez o paradoxo entre o trabalho a se realizar de forma ética e a realidade. Nesta dramática dos usos de si (Schwartz, 1997), quem está nesta função deve decidir se a pessoa é caso para CAPS ou se deve ser encaminhada para outro serviço, com base em sua vivência, suas experiências, seus contatos. Concordamos assim que, no CAPS, o trabalhador é um agente de cuidado, mas também um agenciador de uma rede de cuidados (Rammingier, 2009). Se a pessoa fica, deve ser estabelecido um projeto terapêutico e estipulada uma frequência inicial na Unidade; caso seja encaminhada, aparentemente ainda há um dever ético de se responsabilizar pela pessoa encaminhada.

Um primeiro aspecto que podemos perceber é o da ética e confiança, que possibilitam alguma cooperação (Molinier, 2006; Lancman e Sznelwar, 2008). Isto ocorre com importante contribuição do espaço público de discussão no caso, as reuniões, segundo regras de ofício, estabelecidas no coletivo de trabalho (CT) (Molinier, 2006; Cru, 1987; Lancman e Sznelwar, 2008; Dejours, 1995). Quando **A** se coloca impossibilitada, isto é aceito pelo grupo, talvez tendo em vista situações passadas, a partir das quais se estabeleceu esta regra ou maneira de trabalhar, de forma a não fosse colocada a situação de forma indelicada e ao mesmo tempo não se perdesse tempo questionando-a. O coletivo não questionou também o pedido de **H** para sair da função, indicando a cooperação e a promessa de uma mudança iminente que já é suficiente para **H** ficar satisfeito, indicando a confiança dele no grupo.

Podemos supor o sofrimento que se apresenta em uma situação onde não existem regras estabelecidas pelo CT, conforme indica a teoria (Cru, 1987). O inventar de uma forma de trabalhar é penoso e é justamente aí que se encontra o alívio de se recorrer às regras estabelecidas no CT (Cru, 1987). Percebemos a angústia, medo e apreensão de **G**, expressos pelo alívio gerado por não ter que tomar a decisão ('Graças a Deus!'). Não há regras de ofício quanto a isto. No entanto, os técnicos que vinham desenvolvendo esta função até então pareciam apoiar-se no reconhecimento pelo

grupo e pelos usuários, como forma de suportar o desconforto de estar nesta posição. É como se o reconhecimento, pela equipe e pelos usuários, da responsabilidade que carregam nesta função, recompensasse a dificuldade.

No estudo em um CAPS de São Paulo ao qual já nos referimos (Lancman, 2008), considerou-se justamente esta inexistência de possibilidade de encaminhamento/referência, pela fragilidade da rede, como um fator de sofrimento.

A mobilização subjetiva ocorre ao nos depararmos com o sofrimento, com o real do trabalho, expresso pelos fracassos frente à realidade do trabalho, despertando a engenhosidade para criação de maneiras de trabalhar, “macetes” que, ainda que fora da norma, dêem conta dos problemas; se este sofrimento passa por uma dinâmica de reconhecimento, segue a via da estruturação saudável (Molinier, 2006; Lancman e Sznelwar, 2008; Dejours, 1995). Desta forma os trabalhadores do CAPS são capazes de se mobilizar, de forma a desenvolverem sua “rede” pessoal, contatos e macetes. Se tomarmos, neste caso, a responsabilidade com sinônimo de sofrimento, reconhecido pelo coletivo e pela hierarquia do grupo, podemos dizer que esta dinâmica faz com este sofrimento tome a via da criatividade, para o saudável, da forma que se conseguiu alcançar.

Podemos perceber que quem acompanha e tem maiores informações sobre um caso considerado difícil, em geral tem a necessidade urgente de contar, no espaço de discussão, a reunião, o que sabe e as decisões que tomou, como se fosse imprescindível aliviarem-se com a aprovação do grupo e também para que o “sufoco” que passaram tenha um valor, seja reconhecido como “bagagem” de cada um.

Uma das principais formas de faturamento dos CAPS é relatada como sendo através da APAC (Autorização para Procedimento de Alta Complexidade), método que seria utilizado de forma geral na alta complexidade do SUS. Nele, há a necessidade de se preencher regularmente uma série de fichas, de uma forma específica, o que exigiria conhecimento sobre o assunto. Uma parte é preenchida pela pessoa com o cargo de administração, da Unidade, o trabalhador K, enquanto outra parte é preenchida por cada técnico, no que se refere à quantidade de atendimentos, entre outros. K relata, em entrevista, costumar fazer o trabalho à noite, em casa e ter que ir a instituições a aproximadamente 2 horas dali, sem auxílio-transporte, para levar o material. Em uma determinada reunião de equipe/supervisão, a pessoa da Direção, D, relata estar insatisfeito com uma reclamação enfática que recebera dos níveis gestores, referente ao mal preenchimento dos formulários, de forma que seria necessário refazer. Ele relembra o conhecimento, por parte dos gestores, da precariedade do computador, da inexistência de internet e relembra vários pedidos de treinamento para K, para a correta confecção dos formulários. A discussão toma parte de duas reuniões. Em outros momentos alguns trazem a questão de que consideram impossível preencher os formulários para a totalidade dos casos acompanhados e D ressalta a importância disto para a Unidade. A conclusão a que chegam é que eles sentem este tipo de relação de cobrança da gestão também em relação a outros aspectos do trabalho, como se este movimento da gestão fosse proposital.

Inicialmente, há a questão da inviabilidade da forma de avaliação por indicadores de produtividade ou de qualidade neste tipo de serviço, em que o resultado é lento ou “invisível”, através deste prisma (Lancman, 2008), dificuldade também apontada em nossa discussão do “serviço imaterial” (Almeida, 2005). Mas vamos nos ater aqui ao reflexo disso nos trabalhadores nesta dinâmica.

Inicialmente, podemos nos perguntar: o que move K, diante de todos os percalços e desafios constantes, a usar de seu dinheiro para o transporte dos documentos, usar a *internet* e computador pessoal, à noite, superando as reclamações da hierarquia?

Embora eu tenha que trabalhar fora [transporte dos documentos], tenha algumas resistências [tanto dos colegas quanto dos gestores], porque a gente tem que aparecer, pra poder, quando a gente exigir eles [gestores] reconhecerem o nosso trabalho. (...) E também ver o CAPS crescer, eu faço o possível pra ver o CAPS crescer, o que tiver que fazer eu faço mesmo. (K – assistente social/administrativo)

Quanto à resistência dos colegas ao preenchimento do formulário de faturamento:

E aí os números, isso é meio cruel, eles [colegas de equipe] não gostam que eu fale, se não aparecer números, estatística, você pode fazer o melhor trabalho aqui, você pode

até apanhar de paciente aqui... é por isso que eu brigo pra isso [o trabalho realizado] poder aparecer mesmo! (K)

É por isso que eu entendo o que eles falam, se recusam às vezes até por eles estarem assoberbados, porque não tem profissional, tudo sobra pra eles e ainda vão ter tempo de sentar pra fazer faturamento? (...) eu não faço isso nem pelo CAPS, eu faço mais pelos pacientes. (K)

Mesmo sem, talvez, a gratidão do usuário relacionada à sua função gestora, ela diz agir por eles. Também, apesar de ter boas relações com os colegas, tem de assumir o papel de cobrança sobre algo que os colegas não confiam, não têm tempo ou energia para realizar, o que pode não agradá-la. A mobilização subjetiva para ultrapassar as dificuldades da realidade do trabalho é posta em prática sob a promessa de reconhecimento do que se realiza, dos esforços, pelos colegas, principalmente, pela hierarquia superior e pelos usuários (Lancman e Sznelwar, 2008; Molinier, 2006; Dejours, 1995).

Podemos supor então que a coordenadora da unidade siga com afinco sua atividade sustentada primeiramente pelo seu cargo, se o enxergarmos como reconhecimento da hierarquia a ela e, principalmente, pela promessa de reconhecimento da existência do CAPS, uma vez que seja corretamente contabilizado todo o trabalho realizado pelo mal compreendido CT, o que seria talvez uma espécie de glória, tanto pela via dos gestores quanto pela via dos colegas e, indiretamente, usuários.

Considera-se que no CAPS, há normas administrativas rígidas, que diminuem a plasticidade do trabalho, colocando um conflito entre “oferta de serviço, demanda dos usuários, demanda dos gestores municipais, demanda do CAPS, demanda da rede precária” (Ramminger, 2009), o que também encontramos no caso relatado.

Esta cobrança de resultados sem que se disponha das condições ou meios para alcançá-los parece ser vivida com bastante frustração. A própria questão da avaliação por indicadores como a quantidade de atendimentos, em um “serviço imaterial” ou “intangível” como o CAPS, se coloca. Nesta equação cobrança-resultados, temos ainda de adicionar o fator do jeitinho, dos macetes, característicos deste tipo de situação precária.

Pois é, essa é outra questão que corrói um pouco a saúde, porque você acaba, de uma certa maneira, de ser criativo, pra poder prestar a assistência devida e tentar não deixar na mão o máximo possível os usuários, mas ao mesmo tempo, nem tudo isso é exposto pros gestores que estão acima do seu poder, vamos dizer assim, dos mais poderosos, vamos dizer assim, que são as pessoas que deveriam nos dar essas condições. Então fica assim, de um lado eles dizendo que você tem que fazer e não te dão uma possibilidade de executar isso. E quando você não faz, isso aparece como uma ineficiência. Então tem uma coisa do “que você se vire”, mas quando você se vira e isso aparece pra eles, eles questionam a forma como você se virou. Então, acho que essa questão estressa um pouco, sabe? Porque tem de outro lado os usuários e a equipe cobrando de você, que você garanta, diante dos gestores com maior poder, as coisas que por direito a gente tem, pra poder facilitar o nosso trabalho. Então você fica assim, meio ‘o que que eu faço’? [sublinhados expressando a entonação mais enfática das palavras] (D – psicologia/direção)

Trata-se do paradoxo essencial deste lado da engenhosidade (Dejours, 1995): seja se tratando do “jeitinho”, “quebra-galho” ou “gambiarra”, este último termo usado em entrevista. Ao mesmo tempo em que a engenhosidade se manifesta na atividade através da qual se consegue superar a adversidade que se coloca no real do trabalho, ou, colocado de outra forma, na maneira pela qual se consegue atingir o objetivo do trabalho, apesar de tudo, ao mesmo tempo, no entanto, não deixa de ser uma irregularidade.

O paradigma da prestação dos serviços defende a administração que exige resultados, deixando à escolha do prestador os meios para alcançá-los. Neste caso parecem ser cobrados ambos, se configurando em um tipo de cilada, já que não há como se safar nem pelo cumprimento das regras nem pelo desvio delas. Gostaríamos de dar aqui mais exemplos ou detalhar mais este tipo de desvio, mas não insistimos em obter estas informações mais detalhadamente durante a pesquisa, devido à posição desconfortável de arriscar-nos a expor uma possível irregularidade.

D relata ainda o “estresse”, da exigência de resultados também por parte dos colegas, em relação à sua função de pleiteador das condições de trabalho. Pudemos perceber esta pressão dos colegas para que **D** insista no pleito de cada demanda relacionada às condições de trabalho. **D**, por sua vez, não aceita a sugestão de colegas para entrar em contato com a gestão cotidianamente para pleitear, sugerindo ideias de reorganização dos recursos já existentes. Talvez possamos considerar que haja um afastamento de **D** em relação ao nível gestor, como forma de se afastar também desta

relação que, pelo que vimos, sem reconhecimento e sem confiança que, segundo ele, traz sofrimento.

Analizador 3: O desligamento de profissionais da equipe

Na época imediatamente anterior ao início formal da pesquisa, um dos dois psiquiatras se desliga da Unidade. Ninguém parece querer discorrer sobre o assunto em entrevistas individuais, mas nas reuniões, comentam que foi uma saída “que não precisava” e nas atas constam declarações de tal funcionário quanto às “carências”, “durezas”, “ambiente sujo”, “obstáculos” intransponíveis e participação em casos de maior gravidade. Consta também a reclamação quanto ao atraso de três meses de salário e a frase “que condições eu tenho pra trabalhar?”

I (psicóloga), coordenadora clínica, há alguns anos nesta função e há mais de 5 na Unidade, começa a falar de sua intenção de afastamento, algum tempo depois de o Diretor ter feito o mesmo. Ela não parece dizer ao grupo exatamente o porquê de sua decisão, mas fala da necessidade de mudanças na vida pessoal e vai se explicando ao grupo no decorrer de algumas reuniões. Em entrevista, fala que mora em outro município e que tem pouco tempo de contato com marido e filho devido às horas tempo de trajeto, mesmo tentando fazer adaptações. Fala também sobre uma proposta de emprego que suscitou muito interesse. No dia agendado para “fazer sua saída”, ela não comparece, alegando motivos pessoais. Na equipe parece haver algum desgosto com a situação, catalisando uma melancolia e desesperança, principalmente por parte do Diretor, que já ainda se sustentara no cargo e que previa maior quantidade de trabalho, previsão compartilhada pela equipe.

D (Diretor) afirma, desde nossa chegada em campo, sua convicção de afastamento. Na reunião, fala sobre sua saída ao longo de meses, descreve um problema pessoal que o abalou, além de fazer, em uma das últimas reuniões dele, uma retrospectiva de feitos, tecendo considerações sobre seu estilo de direção, sobre seu legado para o coletivo e para a Unidade. Alguns não se dizem satisfeitos por ele sair em uma relação ruim com os níveis gestores. Alguns se emocionam. Em entrevista, fala de sua saída como uma ação pela sua saúde, remetendo-se também a desmotivação, movimento de depressão e rotina de problemas que é a mesma de quando começou a trabalhar ali. Há cartazes de usuários nas paredes protestando pelas saídas de funcionários. Informalmente, após sua saída, afirma espontaneamente, por email, que sua saúde melhorou muito.

J (psiquiatra), afirma em entrevista e em diferentes dias de reunião, que pensa seriamente em sair, devido às condições de trabalho e devido à falta de resolutividade e rapidez na deliberação de assuntos, expressa pelo andamento das reuniões. G (enfermeira), que concorda com as críticas de J, afirma também, em entrevista, que pensa seriamente em sair da Unidade, para um trabalho mais calmo, diz, como humor, “estar ficando louca também”.

O julgamento de utilidade do trabalho é algo feito pelo trabalhador (Lancman e Sznelwar, 2008), como dissemos, e nos parece se muito favorável à utilidade social do trabalho em Saúde Mental, algo “inspirador”, segundo os trabalhadores, nobre. Os sistemas coletivos de defesa surgem da cooperação entre os colegas para se defenderem do sofrimento. Através destes sistemas os trabalhadores buscam modificar, transformar e/ou minimizar sua percepção da realidade que os faz sofrer e são, portanto, necessárias para a saúde (Lancman e Sznelwar, 2008). Acredita-se que a

ideologização de forma “apaixonada” do SUS entre trabalhadores de saúde seja uma defesa, uma forma de se entregarem de olhos fechados ao trabalho e ao trabalho tão difícil e às vezes, precário (Onocko-Campos, 2005). No caso do trabalhador de Saúde Mental, há esta postura de ativismo, em alguns casos de militância, como observamos.

Consideramos que o desligamento dos principais atores do CT da Unidade, as pessoas que mais estavam “à frente” do trabalho, termo usado por eles, é significativo. São pessoas profundamente inspiradas pelo SUS/Reforma Sanitária e comprometidas com a RP, com um percurso marcado no campo da Saúde Mental, que se afastam do trabalho na linha de frente do que mais defendem.

Relembrando os muitos funcionários que já se desligaram da unidade, **D** não associa facilmente as condições de trabalho à saída dos colegas, levando a explicação mais para algo que seria inerente ao trabalho:

Por exemplo, tem pessoas que me pedem pra sair porque se sentem muito mexidas, assim, com o fato de estarem em contato muito próximo com a loucura. Se sentem mexidas, fica, de uma certa maneira sensibilizadas ao ponto de não conseguir agir, entendeu? Se deprimem ou enfim, procuram outros caminhos pra poder conseguir ficar aqui um pouco mais tempo e tal” (D – psicologia/direção)

Eu acho que, por exemplo, no lugar de gestão eu entendo perfeitamente que as pessoas um dia queiram sair daqui. Não acho que ninguém tenha que ficar aqui o tempo todo ou a vida inteira. Acho até que elas possam fazer saúde mental, mas não acredito que uma pessoa possa passar uma vida de trabalho trabalhando num hospício, 30 anos, 35 anos, numa enfermaria de crise, entende? Acho que tem que ser tão louco quanto pra poder suportar isso.” (D)

A saída do psiquiatra nos parece claramente relacionada ao contexto de trabalho, pelos indícios que expusemos. A saída de **I** pode se dever também de fato à distância e às dificuldades do trajeto com repercussões na vida doméstica/familiar. A saída de **J** e **G** nos parece estarem ligadas a, além das condições de trabalho ruins, que pressionam o dilema “ética-manutenção do serviço funcionando” (no caso dos psiquiatras, foi encontrada esta mesma problemática, segundo Lancman, 2008, p.191), como dissemos, à não sensação de pertencimento ao coletivo de trabalho da Unidade, pelo não compartilhamento das mesmas regras ou pelo não compartilhamento da ideologia defensiva da “paixão” ou “sobreimplicação”, termo usado por **I**. Talvez as regras de suas categorias profissionais de enfermagem e medicina, ou de vivência em

hospital psiquiátrico, sejam muito mais fortes, para eles e oferecerem maior proteção, como o distanciamento profissional mais marcado, como já falamos.

Quanto à saída de **D**, ele mesmo, talvez por sua estratégia de fazer “psicanálise longa profunda e permanente”, percebe que está ligada diretamente às condições de trabalho ruins:

E aí quando começa a ficar assim [“cansaço crônico, desânimo” pelos problemas não se resolverem] repetidamente eu, é incrível isso, Vladimir, nem dinheiro me segura, sabe. Eu acho que isso é uma sanidade que eu tenho [risos], de dizer assim: ‘olha, vou ficar realmente prejudicado e tal’, mas se você para pra pensar o que é a sua vida, o que você da sua vida, você acaba concluindo que não há dinheiro que pague a sua saúde. Então ficar refém por conta de necessidades materiais, pra você continuar trabalhando é alguma coisa que, realmente, não estou mais disposto a pagar pra ver, entendeu? (D – psicologia/direção)

Pudemos perceber que as saídas de **I** e de **D** da Unidade foram diferentes. **I** não compareceu à última semana de trabalho, quando todos a esperavam para se despedirem, trocarem informações sobre o trabalho que fica. O sofrimento de deixar os colegas pareceu ser importante:

Ah, o serviço pede isso, o serviço pede isso [confiança/colaboração entre a equipe]. Você vê, você já teve a oportunidade de ver isso aqui, quando um fala que vai sair, que vai sair do trabalho, você vê que fala com um pesar, porque sabe o que vai deixar, o rombo que ele vai deixar no pilar, é como se fosse um pilar de sustentação. E a equipe, mesmo os que mais se incomodam com os colegas [J e G], que falam, etc e tal, mesmo eles dependem demais. A gente vê quando corre o risco de um sair, realmente é uma questão séria quando um fala que vai sair, a equipe toda se desmotiva de algum modo, entendeu? (A – assistente social)

O papel do reconhecimento pelos colegas, sobretudo através do julgamento estético que contribui mais diretamente para a identidade, enquanto esta contribui para o coletivo, é fundamental para a positividade do trabalho (Lancman e Sznelwar, 2008; Molinier, 2006).

Não podemos ter certeza sobre o motivo que **I** teve para não comparecer à sua despedida, mas acreditamos que o sofrimento pela sensação de “rombo” deixada na equipe possa ser maior do que o da equipe que fica. **D** comparece às suas despedidas, informando aos usuários e ouvindo os colegas, ressaltando o seu “estilo” na administração e especificamente falando da sua contribuição para o coletivo, para a sociedade e para a “Saúde Coletiva”. Frente ao sofrimento provocado pela saída do

grupo e pelo “rombo” deixado, a satisfação do reconhecimento parece ter sido a fonte da coragem para realizar a despedida. A importância da construção de um serviço com sua história é considerada um “ponto de ancoragem”, para situar e avaliar-se as ações, possibilitando o julgamento do valor do trabalho, tanto no sentido de utilidade quanto da estética (Lancman, 2008).

Analisador 4: As precariedades

É discutida em equipe, durante algumas reuniões, a situação do serviço de cozinha. As funcionárias desta atividade participam da reunião, em determinado dia, para que se esclareça a situação: diferentemente de situações anteriores em que elas trabalharam sem salário por um ou dois meses, sob a promessa de que a situação contratual de seus vínculos se regularizaria com a parceria da prefeitura com uma nova empresa, neste caso a orientação foi a de que elas não viessem mais trabalhar, pois não havia perspectiva de regularização do serviço. O serviço de cozinha, que já precariamente servia apenas lanches e não almoço aos usuários, foi cancelado, segundo gestores em visita à Unidade, por uma situação generalizada na prefeitura e sem perspectiva de resolução. F (nutricionista), profundamente abalada com as consequência da situação para os usuários, consegue junto ao nível gestor responsável por esse setor, por email pessoal, que funcionários de uma outra unidade de saúde venham, durante algumas horas, diariamente, servir o que for possível. A equipe debate se seria o caso de todos se revezarem para servir o lanche, o que produz muito embate. A Supervisora incentiva o agradecimento de F, pela equipe, por ter trazido uma solução temporária.

Não há farmacêutico na Unidade, segundo nos consta, nunca houve, apesar de haver a dispensação de medicamentos. A Unidade funciona, segundo eles, também como ambulatório, devido a não haver um no território. Dezenas de pessoas vão à Unidade diariamente, incluindo familiares, para pegar a medicação que se destina a um ou mais meses. Os técnicos se revezam nesta função, tendo que aprender como proceder. Segundo G, em reunião, a forma de funcionamento na qual a farmácia se encontra, sobre a qual não daremos detalhes, seria não apenas irregular, mas também ilegal, passível de enquadramento em crime de tráfico de drogas (psiquiátricas), situação que descontenta a todos, principalmente a ela, que tem mais conhecimento sobre o assunto por sua formação específica.

Quanto aos vínculos empregatícios, considerá-los-emos precários, devido a sua fragilidade. Em reunião que contou com a presença de representantes de níveis gestores centrais, afirmou-se que funcionários para a saúde do município são chamados apenas de forma terceirizada. Segundo eles, há facilidade de contratação de profissionais como psicólogo e dentistas, mas enorme dificuldade de contratação de médico, por uma questão de mercado de trabalho. Mesmo assim, a política atual seria de focar na saúde da família e unidades de pronto atendimento, deixando o resto da área de atenção em último plano, o que fez se cogitar alguma forma de transformação dos CAPS em saúde da família, para que houvesse recursos. Os trabalhadores terceirizados da Unidade afirmam que podem passar alguns meses (até 4) sem receberem salário. Em um caso, uma trabalhadora diminuiu sua carga horária em função do atraso no pagamento. B, contratada como “oficineira”, recebe salário menor que outros, que desempenham funções semelhantes. Mesmo D (Diretor), se coloca como tendo vínculo precário, pois a nomeação para o cargo se dá desta forma. A equipe não coloca a terceirização como um aspecto diretamente negativo, em nenhum momento.

A equipe considera que a alimentação tem um papel importante no projeto terapêutico de muitos usuários, através da forma que ele vai lidar com o mundo, que inclui a alimentação. O fato de a “clientela” ser pobre, principalmente em alguns casos específicos, parece fazer com que a descontinuidade da alimentação na Unidade tenha mais efeitos negativos sobre eles, o que afeta também aos trabalhadores, mobilizados, em grande parte, pela gratidão dos usuários e a boa evolução de sua situação.

Tem gente que tá vivendo na rua, tem um paciente nosso que tá na rua, ele só vem aqui porque aqui é o único lugar que ele tem é esse daqui, acabou o expediente ele vai pra rua, toma banho aqui e vai pra rua. Isso me incomoda! (...) isso me incomoda muito. Porque eu vejo um rapaz vir aqui, o lanche tá fraquinho. Ele vem, toma banho, dorme, descansa, faz atividade e vai pra rua, não tem onde dormir. Ele e outros aí. Tem um que tá perambulando por aí, a família não quer ele em casa, tá com uma ferida na perna, tá aí andando e isso me incomoda. (...) eu saio pensando, às vezes eu passo noite sem dormir pensando nisso. Eu chego e o problema tá aqui, né. (E - psicólogo)

A questão dos *macetes*, como dissemos, ou do jeitinho, envolve aqui mais um dilema. De forma geral, parece haver o consenso no coletivo de trabalho, de que se deve usar de todas as maneiras possíveis, através de jeitinhos, artimanhas, “quebragalhos”, “tapa-buracos”, a engenhosidade da inteligência prática (Lancman e Sznelwar, 2008; Molinier, 2006; Dejours, 1995), para que os usuários sejam atendidos conforme suas necessidades. No entanto, pelo fato de o serviço continuar funcionando, o problema não é realmente enxergado pelos níveis gestores centrais. Além disso, nem sempre a gratidão do usuário leva em consideração esse jogo institucional, muitas vezes atribuindo aos técnicos o serviço precário. Antes da abertura dos portões, pela manhã, ou durante a reunião de equipe, quando os portões estão fechados, muitos usuários, costumam bradar reivindicações.

Eu sinto que às vezes a gente precisa bancar que a gente não vai andar direito. Assim, jeitinho, dessa maneira. Até pra que o furo possa aparecer. Mas eu não me sinto culpabilizada assim pessoalmente, até porque eu faço o que eu posso. Mas eu acho que o pedido às vezes é que a gente faça até o que não pode, aí a gente precisa ter cuidado com isso, porque, se não, aí a gente adoce.” (I - psicóloga)

A situação parece chegar a seu limite com o episódio da alimentação. A regra do jeitinho tão usada pode ser abandonada: a maioria da equipe não aceita o plano de eles mesmos prepararem a comida e servirem. Isto estaria além de seus limites e enfim eles enfrentariam o problema através da imposição de limite com o fim da prestação desta parte do serviço. A discussão toma algumas semanas e é então que **F** apresenta a “solução” de realocação momentânea de pessoal de outra unidade, o que na verdade significa a manutenção da regra do jeitinho naquele coletivo de trabalho.

Lá na [unidade de saúde em que trabalhava] é como até elas dizem na reunião: o guarda [na entrada] diz ‘ó, não tem hoje’ e aqui não, aqui é o próprio técnico, já conversa diretamente com o usuário, já tenta resolver a questão do medicamento, dá um jeitinho, quando não tem ninguém na farmácia, vai outro, vai psicólogo, enfermeira, até o próprio diretor, até a administradora, na farmácia, pra ajudar. Então eles fazem tudo pelo paciente, mas por que? Porque tem essa proximidade, né, (...) (E - psicólogo)

Inicialmente, **E** aparentemente ressentia-se por não ter sua ideia de revezamento na cozinha pela própria equipe acatada, como se não estivesse entendendo o porquê de, justamente quanto à sua ideia, o grupo não querer seguir sua principal regra, que é a de “tudo fazer” pelo usuário. Quando **E** traz a “solução”, a Supervisora toma a atitude de reconhecimento, acompanhada firmemente pela equipe, o que talvez desfaça seu ressentimento anterior e a torne mais pertencente do coletivo.

A questão da farmácia remete ao fato de a Unidade funcionar também como ambulatório, já que não há um no território. No CAPS de Volta Redonda-RJ, esta situação é descrita como “serviço dois em um”, pela característica híbrida que apresenta, o que acaba por comprometer o trabalho, de diferentes formas (Ramminger, 2009).

A questão da precariedade dos vínculos empregatícios aparece pouco nas entrevistas. Alguns trabalhadores com o vínculo terceirizado não quiseram participar da pesquisa. Os que participaram não colocaram a questão do vínculo como um problema, mesmo que em reunião se discuta a interrupção no pagamento dos salários por alguns meses, para quem tem este tipo vínculo. O grupo aceita, aparentemente,

que realmente não haja concurso público para a área³² e não menciona o fato de alguns serem contratados de forma terceirizada como um problema. Quem se habilita a tocar no assunto é apenas o Diretor:

Mas essa questão eu não sei, essa questão dos vínculos, a gente não tem muita gente aqui que o vínculo terceirizado seja uma questão, entendeu? Pelo contrário, se por um lado ela corre um risco de vir a ser demitida, dependendo da categoria profissional também, porque dificilmente um médico é demitido, principalmente categoria médica, que é raro, é difícil conseguir. Mas, por um lado, isso te dá uma certa liberdade de ir aonde quiser, de o dia que não quiser mais poder dizer não quero, não tô a fim, vou sair e pronto. (D – psicologia/direção)

Este tipo de contratação, através de ONGs, cooperativas e outros arranjos são considerados irregularidades no setor público de saúde, caso não sejam empregos temporários e em função de “excepcional interesse da administração pública” (Santos, 2007). Consideramos que a rotatividade gerada pelos precarizados vínculos empregatícios no setor de saúde tem especial impacto para os CAPS, já que a qualidade da atenção é diretamente influenciada e prejudicada pela falta de estabilidade das equipes, que acaba por perder sua coesão (Santos, 2007).

O problema dos diferentes vínculos empregatícios no mesmo CAPS foi considerado com fator de sofrimento em Fortaleza-CE, onde se constatou que a “flexibilização” pode provocar consequências danosas ao trabalhador, gerando tensões, insegurança e medo. Apesar da necessidade de se lutar por melhores condições de trabalho, predomina o receio de perder o emprego (Guimarães, 2008).

Acreditamos então que a não menção deste problema está ligada a este dilema entre a insatisfação com as condições de trabalho, como o salário e a instabilidade, e o risco de perder o emprego. De outro modo, existe também o fato de que a “contratação” em detrimento do concurso público faria com que houvesse uma seleção baseada no comprometimento com os princípios e diretrizes e da RP. Talvez seja então natural que os trabalhadores terceirizados não reclamem diretamente de seu vínculo, nem que **D** perceba a questão como um problema, ressaltando o lado “positivo” da “mobilidade”, já que boa parte da equipe é terceirizada.

³² Houve concurso em 2008, para diversas áreas da saúde, válido por 4 anos, segundo o Edital Conjunto Secretaria Municipal de Administração/Secretaria Municipal de Saúde Nº14, de 21/01/2008. Sabe-se que parte dos aprovados para o cargo de psicólogo estão atualmente alocados na área de educação.

De forma geral, sobre a questão das precariedades ou das condições de trabalho desfavoráveis, há algo que só nos pareceu bastante claro após alguma reflexão. Cada dificuldade gerada pelas condições de trabalho, como o problema da cozinha, pela “ambulatorização” do serviço, pelo enorme fluxo de pessoas na Unidade, e pela falta de pessoal, por exemplo, tomam um tempo enorme de discussão, mesmo para que se possa chegar a um “jeitinho” de resolver. Além do tempo gasto em si com o problema, há um envolvimento subjetivo que é muito intenso, cansativo e de difícil mensuração, prejudicando o trabalho em si, a atenção (médico)psicossocial às pessoas com transtorno mental grave, a discussão clínica aprofundada e acompanhamento dos casos. Enfim, acreditamos que as condições de trabalho ruins recaem sobre a gestão do trabalho, sobre a atividade clínica e sobre a saúde.

Analizador 5: Episódios com usuários

Durante uma reunião de equipe/supervisão, a orientação para o porteiro que, assim como os serviços de apoio (cozinha e limpeza), usa uniforme da empresa e que participa eventualmente das reuniões, pois tem muito contato com os usuários, é de que o portão seja fechado, pois os usuários sabem que este é o dia e a hora da reunião e que eles não poderão entrar. Apesar disso, durante uma reunião, em meio a gritos e a exaltação que é característica de um caso assim, entra uma mãe com seu filho, que está em estado de agitação e transtornado. Ela o leva literalmente para o centro da roda de reunião, perguntando “pra que serve o CAPS?”. A equipe a conhece e afirma entre si que ela comparece deliberadamente durante a reunião e com este discurso porque sabe que haverá toda a equipe e que poderá ser atendida. Alguns vão atendê-los e se faz questão de continuar a reunião durante mais de uma hora, mesmo em meio a gritos e o clima agitado. Uns decidem medicá-lo, outros por chamar o serviço que o levaria a uma emergência psiquiátrica (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU). À chegada do SAMU, o usuário se encontrava já calmo, pois medicado. A mãe diz que quer o transporte pois o hospital seria longe. O funcionário do SAMU não aceita alegando que “não são táxi”, entrando na reunião e “esclarecendo” o fato, em tom de sermão. A equipe discute a situação em seus erros e acertos.

Uma usuária, após ter seu pedido por um atendimento psicológico individual negado, inicialmente pela mãe, em casa, e na Unidade, por J (psiquiatra), ela se dirige até uma escadaria da Unidade e ameaça se jogar. Ela se joga e cai, sendo de imediato amparada por A (assistente social) e pelos técnicos que ali estavam, inclusive por J, que a examina e é liberada por ele. Para ele, trata-se de um “episódio conversivo”. Reclamando de dores generalizadas, a usuária recebe a atenção de A e de outras duas funcionárias. Elas tentam chamar uma ambulância, sem sucesso e resolvem levá-la com o carro próprio de A ao pronto socorro. Lá chegando, os funcionários do hospital se recusam a atendê-la por ela ser “paciente psiquiátrica”, apesar de seu único sintoma serem as dores e não sinais ou sintomas de alteração do humor ou do comportamento em geral. A se comunica com D, que recorre aos níveis gestores centrais para que a usuária fosse então atendida. Em reunião, A pede desculpa a J por não respeitar seu julgamento, afirmando que prefere ser acusada de

socorro impróprio do que de omissão, sendo que, no pior dos casos, teria que se haver com sua consciência, mais do que com a justiça. A Supervisora atenta para o fato da intervenção dos níveis gestores ter ocorrido prontamente. J enfatiza a necessidade de intervenção para que a usuária fosse atendida.

Um jovem frequenta o CAPS à revelia de seu pai, com quem vive e é seu único familiar próximo. O pai seria uma pessoa bastante agressiva, que possui uma arma e trabalharia como detetive. Em algumas ocasiões ele foi à unidade para tirar fotos do local e dos técnicos. Já os ameaçou repetidas vezes por telefone, exigindo que não deixem seu filho entrar na unidade. O motivo alegado pelo pai é o de que seu filho não precisa de tratamento, apesar de, segundo o usuário, ele dar os remédios ao filho adequadamente. Alguns técnicos decidem não enfrentá-lo, já que temem por sua integridade física. Não se sabe o que fazer, continua-se a receber o usuário. Decide-se tentar comunicação direta com o ministério público para que se formalize a situação de ameaça/denúncia. O Diretor tenta tomar uma atitude administrativa, considerada insuficiente, pela equipe.

Um jovem rapaz que seria descrito por vizinhos e familiares como muito comunicativo e popular, dançarino, veio a apresentar um quadro inicialmente depressivo passando a psicótico há 3 anos, e não comparece ao CAPS há 3 semanas. Seu relacionamento com o pai era quase nenhum mas havia, segundo o irmão, uma relação de muita valorização e expectativa com a presença e opinião do pai. Este, por sua vez, sistematicamente falhava em estar presente nos eventos prometidos e quando eventualmente esteve presente, se colocava de forma a desvalorizar o filho, culpabilizando-o por situações negativas. Ele foi piorando. Sua namorada era visada por um traficante local, o que lhe fez ser ameaçado de morte. Na última consulta com a psiquiatria do CAPS, ele, que teria muita dificuldade em falar, teria dito apenas “eu morri”. Ele seria refratário a todas as estratégias farmacológicas e clínicas levadas a cabo e a equipe discute então, com pesar, se seria o caso de eletroconvulsivo terapia (ECT). J diz ficou chocado com o momento que tal usuário proferiu suas únicas palavras, ‘eu morri’, mas que fazia todo sentido e era muito triste. A tristeza da condição humana de se chegar a este ponto domina a discussão do caso, mais do que os aspectos técnicos relacionados ao caso. Uma técnica remanejada de outra área que participara da primeira reunião se manifesta repetidas vezes sobre o caso, constatando a situação deprimente do usuário.

Nestes dois últimos casos, não há interferência direta em especial das condições de trabalho precárias. Neste último caso vemos uma situação triste da condição humana que parece ser inerente ao trabalho no CAPS e, mesmo assim, J, por exemplo, se mostrou tocado, enquanto a nova funcionária na Unidade e na área, não conseguia conter-se na reunião, aparentando estar profundamente afetada. A regra técnica/ética (Molinier, 2006; Cru, 1987) que parece se mostrar neste momento, a partir das normas antecedentes preconizadas pela Reforma Psiquiátrica, é a de não intervenção de forma violenta na vida do usuário. A internação em si parece ser uma medida a ser evitada ao máximo, enquanto que a ECT, para muitos, pelo debate que houve, não é nem mesmo uma opção.

No primeiro caso, não se questiona formalmente na equipe o uso de si (Schwartz, 1997) do funcionário que, contrariamente a todas as orientações, resolve abrir o portão, pois o mesmo, por algum motivo concluiu, sem ter nenhuma preparação para esse tipo de situação, que o caso merecia a atitude tomada.

A importância dada ao momento da reunião se mostra, pela decisão de continuarem a reunião, apesar de haver um caso de urgência entre eles. O efeito do discurso da mãe é percebido por eles como intencional, evocando a missão do CAPS, de forma que ela seja atendida, apesar de não dever ter entrado. A prerrogativa/norma antecedente das “portas abertas” (Nicácio, 2003) parece provocar uma certa culpa na equipe, por eles estarem, em momento de reunião, com o portão fechado. Na implantação de um CAPS, foi citada a reação de alguns funcionários em contrariedade a uma reunião de equipe, por “não estarem trabalhando neste tempo” (Albuquerque, 2010), apesar de se parte indispensável, um trabalho fundamental, inclusive exaustivo, com o que a própria equipe do estudo citado acabou por concordar.

As atividades postas em prática frente à situação não parecem ser coordenadas, dado que decidem pela medicação, demanda explícita da mãe, e ao mesmo tempo chamam o SAMU. A atitude de chamar o SAMU coloca a Unidade em descrédito, por tê-los chamado em vão. Enfim, apesar das medidas tomadas em meio à situação tensa e de modo até contraditório, o que nos parece mais importante para a construção de um coletivo de trabalho (Molinier, 2006; Cru, 1987) foi feito, que é o debate sobre o que aconteceu, sobre o que os levou a agir assim e sobre qual seria a forma correta de agir, para eles, de maneira a que se estabelecesse uma maneira entendida e subentendida de trabalhar em situação semelhante.

No segundo caso, exemplifica-se o comprometimento de **A** como o trabalho, a partir de sua ética, de seus valores e sua “consciência”, valores que ela diz por à frente da lei, ao levar em seu próprio carro uma usuária que, na opinião de parte dos colegas, não precisaria ir ao hospital.

Neste ponto, acreditamos não ter havido o compromisso com as mesmas regras de ofício (Cru, 1987, Molinier, 2006) entre **A** e **J**. A confiança e a

ética/transparência, elementos fundamentais à cooperação no trabalho (Lancman e Sznelwar, 2008; Molinier, 2006; Dejours, 1995), não se estabeleceram na comunicação entre eles, pois **A** não acatou o parecer verbal de **J** quanto aos sintomas da usuária, quanto a características como, segundo ele, de necessidade de atenção e a simulação se algum sintoma orgânico para isso.

A recusa no atendimento da usuária em um pronto-socorro mostra o preconceito que se vive ainda hoje quanto às pessoas com transtornos mentais, levando **A** a repensar se ela deveria ter se identificado como trabalhadora da Saúde Mental ao chegar ao hospital. Talvez, tenha feito isto por achar que, pertencendo à área da Saúde com características de ofício semelhantes, ela pudesse ter o respeito dos funcionários do hospital e facilidade de acesso ao atendimento. Enfim, a Supervisora neste episódio parece tentar aproveitar a situação para ressaltar a cooperação dos níveis gestores que auxiliaram na situação, tendo o pronto auxílio como uma forma de reconhecimento, algo fundamental para a positividade do trabalho (Lancman e Sznelwar, 2008; Dejours, 1995).

O terceiro caso, acreditamos esteja relacionado ao território violento e também ao preconceito do próprio pai quanto à condição do filho, além, talvez, da convicção da ineficácia do CAPS. Percebemos que os trabalhadores estão sujeitos a muitos tipos de situações, de impossível previsibilidade. O CAPS, como vimos, é concebido para trabalhar com uma rede de apoio, técnica e social (Figura 2 – Brasil, 2005). Dada a precariedade explícita da unidade e de sua rede de apoio, esta se torna ainda mais vulnerável, expondo os trabalhadores a uma tensão e à discussão de questões sociais que se somam às suas atribuições.

5. Considerações finais

Consideramos que com esta pesquisa atingimos nosso objetivo central, o de analisar situações de trabalho no CAPS tendo como foco o processo saúde-doença-trabalho dos profissionais de saúde. Nossos objetivos específicos, o de descrever a atividade dos profissionais da equipe, o de identificar questões referentes ao processo

saúde-doença-trabalho dos profissionais presentes nos discursos e práticas cotidianas e o de verificar as estratégias utilizadas pelos profissionais para enfrentar os problemas que afetam sua saúde, também foram alcançados.

Nosso pressuposto de que os trabalhadores talvez não considerem que a abordagem de fatores relacionados ao trabalho possam vir a influenciar a sua própria saúde nas reuniões de equipe/supervisão não foi corroborado. Pelo contrário, a gestão do trabalho e a subjetividade dos trabalhadores, aspectos essenciais à saúde no trabalho, são extensamente abordados, apesar de alguns integrantes do coletivo não concordarem plenamente com a prioridade de discussão desses temas nas reuniões. As estratégias que constituem a sabedoria dos trabalhadores em relação a sua saúde e equilíbrio não deixam de ser, de forma geral, verbalizadas, como supomos, ainda que algumas se deem, aparentemente, de forma involuntária.

Podemos tomar a dificuldade, em nosso percurso metodológico, de encontrar um ou mais CAPS que se dispusessem de fato a aceitar participar da pesquisa, como possível indicativo do contexto dos CAPS no município do Rio de Janeiro. Mesmo flexibilizando a proposta metodológica, de manter sigilo em relação à unidade de saúde estudada e possibilitando aos trabalhadores que tivessem a escolha de não aceitar algum ponto ou forma de abordagem, a peregrinação inicial por diversos CAPS indicou que eles aparentam passar por enormes dificuldades em relação às condições de trabalho, quanto à infraestrutura, recursos humanos e administrativos, além de conflitos internos associados à saída de trabalhadores. Outro fator que podemos supor, a partir desta experiência, é que, frente às precariedades, se chegue a soluções não exatamente “aceitáveis” para o funcionamento do serviço, o que não deve ser exposto e muito menos verbalizado. Embora as atitudes tomadas em certas situações serem as possíveis naquele momento, é compreensível que não se queira expor situações desta ordem, nem tampouco conflitos internos ou que se mostrem “feridas abertas”, termo usado por um profissional que se afastou antes de nossa entrada formal no campo.

Assim, queremos enfatizar estas duas esferas que marcam profundamente o trabalho no CAPS. Ao mesmo tempo em que se trata de um trabalho inspirador,

baseado em preceitos considerados pelos trabalhadores como socialmente nobres, e, em vista disto, recompensadores; em termos de reconhecimento, é também um trabalho que suscita sofrimento pelo simples fato de lidar direta e constantemente com ele – o sofrimento do outro – no dia-a-dia, um sofrimento/adoecimento, na maioria das vezes, passível de alívio, atenção e cuidado, porém não de cura e que leva a entrar em contato com situações chocantes. O sofrimento faz parte, mesmo que ele possa ser reformulado na dinâmica da atividade, através do reconhecimento no próprio trabalho.

A mobilização subjetiva e os saberes investidos na atividade, para que o trabalho aconteça, parece ser muito grande, por parte de todos. As dificuldades inerentes à atividade e as impostas pelas condições deficitárias de trabalho exigem um *debate de valores* no qual as dramáticas de uso de si são cotidianamente e ao máximo postas em prática. Assim como Ramminger (2009), acreditamos que predominância da variabilidade, ou seja, a enxurrada de atribuições e a característica do trabalho com um objeto imprevisível, a loucura, não permitem ao serviço uma organização, demandando um uso de si que talvez seja contínuo e esgotante. Indo um pouco além, acreditamos, assim como Schwartz (2011, p.141), que, no trabalhar, é preciso “normalizar quando há um vazio de normas, renormatizar quando é preciso reajustar ou não respeitar determinada esfera de normas antecedentes”. Talvez seja preciso então, um movimento no sentido de um maior estabelecimento de regras consensuais nesta atividade de trabalho, mesmo correndo o risco de “engessar” o trabalho – como se pode argumentar-, desde que se disponha a possibilidade de renormatização, se for conveniente ao coletivo.

As formas de trabalhar, no campo da RP, da Saúde Mental e Atenção Psicossocial, campo em que há claras diretrizes ético-políticas, porém não há tantos procedimentos técnicos padronizados, onde se preconiza a reflexão constante sobre os modos de trabalhar, para que os serviços substitutivos não capitulem e recaiam em uma forma, talvez, mutilante e condenada de atuar, parece predominar a importância das regras éticas sobre as regras técnicas. Ou seja, a regra técnica mais forte aqui parece apontar para regras éticas. Tanto nas entrevistas quanto nas reuniões, é

notória a preocupação com a ética de uma dada forma de agir, dos valores que atravessam uma decisão clínica quanto ao melhor projeto terapêutico de um usuário.

A dinâmica do reconhecimento, a partir do que pudemos perceber, se dá vigorosamente neste espaço de discussão, que é a reunião de equipe/supervisão. Há entre a equipe neste espaço grande visibilidade das ações tomadas por cada um, de forma que parecem ter construído fortes relações de confiança interna à equipe, possibilitando a cooperação e o reconhecimento entre eles. Concordamos com os autores que apontam que é necessário o reforço a estes espaços de troca e supervisão entre estes profissionais, que têm como instrumento de trabalho o seu próprio psiquismo e enfrentam o inusitado e o chocante no cotidiano, sendo necessário o suporte psicológico eventual (Lancman, 2008) ou mesmo permanente “arranjos autogeridos” para abordarem suas tristezas, em um movimento de autocuidado (Merhy, 2007).

Contudo, no que se refere à hierarquia externa, ou seja, aos níveis gestores centrais, não há confiança nem reconhecimento, pois os trabalhadores se sentem abandonados quanto às condições de trabalho, chegando a se sentirem traídos ou perseguidos.

As características observadas do trabalho desenvolvido no CAPS parecem, contudo, levar a que ele seja também muito cansativo. A responsabilidade de cada um e do grupo em repensar os aspectos éticos de cada decisão e a implementação das atividades parecem também exigir bastante dos trabalhadores, através de exaustivos debates. Consideramos que tanto o sofrimento envolvido naturalmente com o trabalho em Saúde Mental, quanto à responsabilidade de atuar conforme os pressupostos da RP, porém reinventando cotidianamente o trabalho, demandam o uso de potencialidades individuais de forma talvez exaustiva, se considerarmos que há um esforço extra na medida em que não há as condições de trabalho ideais.

Uma fonte de reconhecimento, além da dinâmica entre os colegas, incluindo a hierarquia interna, é a encontrada na gratidão dos usuários. É muito fácil se emocionar ao presenciar o agradecimento de familiares ou dos próprios usuários, em casos em que eles consideram que houve um grande avanço. Todos da equipe se referem a este

tipo de gratificação emocional. A substituição do reconhecimento da hierarquia, que deveria se dar inclusive através da provisão de condições de trabalho, pela gratidão dos usuários, pode ser problemática pois, na falta de reconhecimento externo à unidade, pelos gestores e através das políticas instituídas, os trabalhadores podem mergulhar em uma dedicação aos usuários para além de sua capacidade, de forma não saudável, o que já levou uma participante deste coletivo ao adoecimento, entre outros motivos. Além disso, os usuários nem sempre distinguem com clareza que a precariedade do serviço não é culpa dos técnicos. Outras formas de reconhecimento, relacionadas aos pares, são também trazidas, como o relacionado à responsabilidade do cargo, à função que se está desempenhando no momento ou mesmo à construção de um percurso nesta área de atuação.

Além da “sobrecarga” referida por eles, do “acúmulo de coisas”, da “tensão” ou “peso”, termos usados por eles, relacionados às precariedades no trabalho, um fator de sofrimento que podemos perceber indiretamente a partir dos exemplos descritos nas entrevistas, foi o sofrimento decorrente da não realização do trabalho. Cada dificuldade gerada pelas condições de trabalho, dentre os muitos exemplos que descrevemos, toma um tempo enorme de discussão no coletivo, mesmo para que se possa chegar a um “jeitinho” de resolver. Além do tempo gasto em si com o problema, há um envolvimento subjetivo que é muito cansativo e de difícil mensuração, prejudicando o trabalho em si, a atenção (médico)psicossocial às pessoas com transtorno mental grave e a discussão clínica aprofundada e acompanhamento dos casos. Principalmente aqui, este “atropelamento de coisas” que incide sobre uma atividade de trabalho com estas características, parecem ter um efeito negativo em especial na saúde, por não deixar que o trabalho seja bem realizado, prejudicando a plena satisfação que ele geraria. Enfim, está claro que as condições de trabalho ruins recaem sobre a gestão do trabalho, sobre a atividade clínica e sobre a saúde.

Este ponto é referido também por eles como um dilema entre a ética e manutenção do serviço aberto. Como eles não dispõem de condições de trabalho, não podem oferecer um serviço adequado, por um lado. Por outro lado, não poderiam suportar a frustração de fechar o serviço à comunidade por causa disto. Então, vive-se cotidianamente esta dramática. Parece se configurar um tipo de cilada, quando um

serviço cuja eficiência se baseia na ética, ou seja, não poder prestá-lo de forma adequada é ao mesmo tempo falta de eficiência, deixar de fazer a obrigação, quanto de ética, deixar de fazer o certo. Acontece então a cobrança por parte dos usuários e principalmente por parte dos níveis gestores, de funcionamento e de efetividade, mesmo sem que haja as condições de trabalho necessárias. Isto, a nosso ver, se caracteriza em situação de não reconhecimento preocupante e extremamente desmotivante, o que se manifesta na saúde de muitos deles.

Nestas condições, a relação com a hierarquia ou os níveis gestores, além de não contribuir para a saúde dos trabalhadores pelo seu papel de não reconhecimento dos grandes esforços dos trabalhadores para manterem o serviço com a qualidade possível, tenha ainda um papel negativo a mais. Há uma cobrança de resultados sem que se disponha das condições ou meios para alcançá-los, que parece ser vivida com bastante frustração. A própria questão da avaliação por indicadores como a quantidade de atendimentos, em um serviço imaterial ou intangível, como o CAPS, se coloca.

Nesta equação cobrança-resultados, temos ainda de adicionar o fator do jeitinho, dos macetes, característicos deste tipo de situação precária. Parece haver, neste coletivo de trabalho, a regra de “tudo fazer” pelo usuário, ou seja, que sejam inventadas saídas para que se mantenha o serviço funcionando, com todas as suas atividades. Para isso os trabalhadores passam grande parte do seu tempo fazendo uso de grande criatividade, em meio a “jeitinhos”, “tapa buracos” e “gambiarras”, o que não só não é reconhecido pelos gestores, mas, como em situação que abordamos, é criticado, por ser algo fora da norma. Concordamos com Lancman (2008) quando diz que esta engenhosidade dos trabalhadores de CAPS poderia ser um aspecto de transformação do sofrimento em prazer no trabalho, de realização de si e construção de um CT, caso não sancionado por uma visão funcionalista dos gestores e tratado de forma “conveniente”.

Supomos então que estes elementos da subjetividade do trabalhador de saúde mental, envolvidos e movidos por uma questão ética e de princípios, tanto em relação às pessoas em sofrimento psíquico quanto ao papel dos serviços do SUS, estejam

sendo explorados pelos níveis hierárquicos gestores. Seria a exploração financeira de seu ativismo. Exemplos de exploração da ideologia dos trabalhadores já foram relatados em outros contextos, como comentamos (Dejours, 1986) e acreditamos que isto esteja se passando neste caso também. Certamente há a dificuldade da “imaterialidade” do produto deste trabalho e da “invisibilidade” da totalidade do trabalho para os gestores de hierarquia superior, o que dificulta a visão do trabalho ali realizado e, possivelmente, reconhecimento por tal hierarquia, apontada pela literatura, como mencionamos. No entanto, pelo que apontamos, como o esclarecimento dos gestores mais diretos quanto ao assunto, acreditamos que uso de si é aqui explorado pela hierarquia, através do não reconhecimento e gasto financeiro com a área da saúde mental, já que estes trabalhadores são capazes de manterem o serviço aberto e funcionando, ao menos minimamente, a despeito da falta de consideração que julgam existir quanto aos investimentos financeiros e de atenção, mínimos, no serviço, pois estes trabalhadores se colocam em uma posição de mais que prestadores de serviço ou funcionários, de militantes de uma causa.

Não podemos deixar de apontar que uma primeira limitação deste estudo é a abrangência do campo, limitado, sobretudo pelo tempo, a um CAPS, dentre em torno de uma dúzia. Apesar das escolhas metodológicas, como as de três vias de produção de dados (observação, entrevista e análise das atas) serem adequadas à abordagem de uma unidade de saúde, o fato de ser apenas uma unidade analisada não deixa de se constituir em uma limitação, tendo em vista que o ideal seria a abrangência em todos os CAPS do município do Rio de Janeiro, através do mesmo método e profundidade de estudo.

Também pode ser considerada uma limitação a falta de experiência do pesquisador, no que se refere à pesquisa de campo. Isto pôde ser percebido durante a prospecção da unidade de estudo, quando a situação exigiu uma flexibilidade e astúcia na exposição e defesa do projeto de pesquisa junto às unidades abordadas no processo de escolha.

Algo que não seria exatamente uma limitação desta pesquisa mas sim um dificuldade inerente a qualquer abordagem deste campo, no contexto em que ele se

encontra, é o do tempo dispensado pelos participantes, na pesquisa. O fato de estes trabalhadores estarem sobrecarregados de atribuições, com pouco pessoal e sem outras condições de trabalho, fazendo inclusive com que lancem mão, talvez, de “jeitinhos”, possivelmente mais que fora de uma norma, alguns irregulares. Isto não favorece a abertura transparente de um serviço a uma pesquisa sobre ele, compreensivelmente.

Uma última limitação que não pode ser desconsiderada é a que se refere ao desenvolvimento do assunto “terceirizados/precarizados”. O contexto do vínculo empregatício destes trabalhadores é, como descrito, desfavorável à livre participação e exposição dos fatos e opiniões quanto ao seu trabalho. A própria conformidade do vínculo empregatício não pode ser por eles criticada, pois seria paradoxal, já que este é seu “ganha-pão”, e também por acarretar um risco de possível retaliação por parte de seus superiores, caso tivessem acesso a tais depoimentos. A própria questão do sigilo quanto à Unidade estudada se encaixa neste raciocínio, caso nos perguntemos o porquê de todas as unidades abordadas no engatinhar da pesquisa temerem absolutamente uma identificação. Certamente a livre descrição de todas as características omitidas pela necessidade do sigilo da Unidade seria enriquecedora para o estudo, proporcionando uma compreensão mais completa, caracterizando-se, de fato, como estudo de caso.

Enquanto perspectivas e possíveis desdobramentos desta pesquisa ou sugestão para outras pesquisas, cabe pensar em maneiras de superar estas limitações. Isto abriria espaço para um estudo mais abrangente e sem dificuldades na participação dos trabalhadores. Seria também recomendável abordar o trabalho do pessoal que atua nas atividades “meio”, referente a recepção/portaria/segurança, cozinha e limpeza, apontados aqui com estando em especial vulnerabilidade por não terem nenhuma formação em saúde mental e estarem mais envolvidos com o serviço do que o que lhes é estritamente prescrito como atribuição. Enfim, poderiam ser estudados a própria política de “flexibilização” do trabalho em saúde e o esquecimento, em termos de investimento, ou reconhecimento hierárquico-financeiro, de serviços como o CAPS, em favorecimento de outros, como as Unidades de Pronto Atendimento ou o Programa de Saúde da Família.

Enfim, concordamos com Merhy (2007), que propõe, como dois indicadores analíticos potencial de uma equipe de CAPS, de um lado a alegria/tristeza, pois somente um coletivo alegre e que, assim, está cheio de vida, pode instigar a produção de vida que se propõem, no outro; de outro lado, a exaustão, pois esta produção de vida no outro pode acabar por exaurir a sua própria energia vital, que deve estar em constante produção.

Referências Bibliográficas

ABELHA, L.; LEGAY, L. F.; LOVISI, G.M. & REBOUÇAS, D. O trabalho em saúde mental: um estudo de satisfação e impacto. *Cadernos de Saúde Pública*; 24(3): 624-632, mar. 2008.

ALBUQUERQUE, L. G. C. *Saúde Mental em Rio Bonito: atividade dos trabalhadores no processo de Reforma Psiquiátrica do município*. Dissertação (Mestrado em Psicologia) Universidade Federal Fluminense. Niterói: 2010.

ALMEIDA, P.P. *Serviço(s) e sociologia do trabalho: Que prática? Que objectos. Sociologia, problemas e prácticas*. 47:47-67. 2005.

ALONSO, C. M. C., LANCMAN, S. & SILVA, M.T. Consequências da intangibilidade na gestão dos novos serviços de saúde mental. *Revista Saúde Pública*; 43(Supl. 1):36-42. 2009.

ALVES-FILHO, A., BORGES, L. O. & TAMAYO, A. Significado do trabalho entre profissionais de saúde. In: BORGES, L. O. (Org.) *Os profissionais de saúde e seu trabalho*. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2005.

AMARANTE, P. *Loucos pela Vida*. A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

_____. *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

AMARANTE, P. & TORRE, E. H. G. A constituição de novas práticas no campo da Atenção Psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica do Brasil. In: *Saúde em debate*. 25 (58): 26-34. 2001.

ARAÚJO-PINTO, M. & ATHAYDE, V. *Trabalhadores de Saúde Mental: uma visão da produção científica a respeito da saúde mental e humanização*. Monografia de Especialização em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana. 64 f. 2008.

ARGOLO, J. C. T, BORGES, L. O. e SILVA, V.F. Exaustão emocional nos profissionais de saúde da rede pública de Natal In: BORGES, L.O. *Os profissionais de saúde e seu trabalho*. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2005.

ARNOLDI, M. A. G. C. & ROSA, M. V. F. A. C. *A Entrevista na Pesquisa Qualitativa – mecanismos para a validação dos resultados*. São Paulo: Autentica. 2006.

ATHAYDE, M. MUNIZ, H. e NEVES, M.Y. Notas sobre saúde mental e trabalho docente a partir de uma investigação com professoras de escolas públicas. in: *Labirintos do trabalho – interrogações e olhares sobre o trabalho vivo*. DP&A Editora: Rio de Janeiro. 2004.

ATHAYDE, M., SELIGMAN-SILVA, E., & VIEIRA, S. B., Dimensões ocultas no hospital: o “trabalho sentimental” e as violências presentes nas relação de serviço. In: ATHAYDE, M., ALBERTO, M. F., ARAÚJO, A. & NEVES, M. Y. (Orgs.), *Cenários do trabalho – Subjetividade, movimento e enigma*. DP&A. Rio de Janeiro: 2004.

BASAGLIA, F. *A instituição negada*. Rio de Janeiro: Graal, 1968.

BAREMBLITT, G. F. *Compêndio de Análise Institucional e outras correntes: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos. 1994

BARROS, R. B., BARROS, M. E. B., Da dor ao prazer no trabalho. In: BARROS, M.E.B & SANTOS-FILHO, S. B. (Orgs.) *Trabalhador de saúde, Muito prazer! Protagonismo dos Trabalhadores na Gestão do Trabalho em Saúde*. Ijuí: UNIJUÍ. 2007.

BARROS, S. & SILVA, A.T.M. O trabalho de enfermagem no Hospital Dia na perspectiva da reforma psiquiátrica em João Pessoa/Paraíba. *Revista da Escola de Enfermagem - USP*; 39(3): 310-316, set. 2005

BERNARDES, A.G & GUARESHI, N.M.F. Trabalhadores da saúde mental: cuidados de si e formas de subjetivação. *Revista Psicologia - USP*; 15(3): 81-101, 2004.

BENDASSOLLI, P. F. & SOBOLL, L. A. (Orgs.), *Clínicas do Trabalho – Novas perspectivas para a compreensão do trabalho na atualidade*. São Paulo: Atlas. 2011.

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. p. 3-11.

BRANT, L. C.; MINAYO-GOMEZ, C. A transformação do sofrimento em adoecimento: do nascimento da clínica à psicodinâmica do trabalho. In: *Ciência & Saúde Coletiva*. 9 (1): 213-223. 2004

BRASIL / MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria N°224 de 29 de janeiro de 1992. Encontrado em http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/saude-mental/PORTARIA_224.pdf. Acessado em fevereiro de 2011.

_____. Portaria/SNAS nº 189 - De 19 de novembro de 1991. Encontrado em: <http://www.inverso.org.br/index.php/content/view/6887.html> . Acessado em outubro de 2010.

_____. Portaria N°336 de 19 de fevereiro de 2002. in: legislação de saúde mental. Brasília/DF:Ministério da Saúde, 2002.

_____. III Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador. Relatório Final. Ministério da Saúde, Brasília, 2005.

_____. Rede Integrada de Informações para a Saúde/Ministério da Saúde. 2006.Encontrado em: <http://www.ripsa.org.br/php/index.php>. Acessado em outubro de 2010.

_____. Saúde Mental em Dasos – 6, anoIV, nº6. Informativo eletrônico. Brasília, 2009. Encontrado em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/smDados/2008_SMD_06.pdf Acessado em abril de 2010.

BRITO, J. C. Trabalho prescrito. In: EPSJV & Observatório dos técnicos em saúde (Orgs.). *Dicionário da educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV. 2006.

CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária. 1990.

_____. *Maladie, guérison, santé*. In: *Le Normal et le pathologique*. Paris: PUF. 1966.

CASTEL, R. *As Metamorfoses da Questão Social: uma Crônica do Salário*. Petrópolis: Vozes, 2001.

CLOT, Y. & LHUILIER, D. *Perspectives en clinique du travail*. Paris: Érès. 2006

CRU, D., *Les Règles du Métier*. In: Dejours, C. (Dir.) *Plaisir et Souffrance dans le Travail*, Tome I. Paris: AOCIP/CNRS. 1987.

CLOT, Y., ROCHEX, J. Y., SCHWARTZ, Z. Y. *Les caprices du flux: les mutations technologiques du point de vue de ceux qui le vivent*. Vigneau : Matrice, 1990.

DEJOURS, C. Por um conceito de saúde. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*. 54 (14). Abril-Junho. 1986.

_____ *A loucura do trabalho – estudos de psicopatologia do trabalho*. São Paulo: Oboré. 1987.

_____ *O fator humano*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas. 1995.

DELGADO, P. G. G. Perspectivas da psiquiatria pós-asilar no Brasil. In: COSTA, N. R. & TUNDIS, S. A. (Orgs.) *Cidadania e loucura – Políticas de saúde mental no Brasil*. Petrópolis: Vozes. 2001.

DONNANGELO, M. C. Medicina Comunitária e reforma médica. In: *Saúde e sociedade*. São Paulo: Livraria Duas Cidades. 1979.

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 em Saúde Coletiva). Universidade Estadual de Campinas. Campinas. 2007

FOUCAULT, M. O Nascimento da Medicina Social. In: *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal. 1982.

_____ O Nascimento do Hospital In: *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal. 1982b.

_____ *Doença mental e psicologia*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro. 1968.

_____ *História da loucura*. São Paulo: Perspectiva. 1972.

FREITAS, M. T. A perspectiva sócio-histórica: uma visão humanada construção do conhecimento. In: Freitas, Maria Teresa; Jobim e Souza, Solange; Kramer, Sônia (orgs.) *Ciências humanas e pesquisa: leituras de Bakhtin*. São Paulo: Cortez. 2003.

GOLDBERG, J. *Clínica da psicose: um projeto na rede pública*. Rio de Janeiro: Te Corá/Instituto Franco Basaglia. 1994.

GOFFMAN, E. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva. 1974

GSM/SESDEC - Gestão em Saúde Mental / Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil, Cadastro das unidades de Centro de Atenção Psicossocial do estado do Rio de Janeiro. 2009. Encontrado em: www.comunidades8.org.br/Cadastro_CAPS.xls. Acessado em junho de 2010.

GUIMARÃES, J. M. X. (In) Satisfação com o trabalho em saúde mental: um estudo nos Centros de Atenção Psicossocial. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*. (Artigo em avaliação). 2008. Encontrado em http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=2710. Acessado em fevereiro de 2010.

HENNINGTON, E. Gestão dos processos de trabalho e humanização em saúde: reflexões a partir da ergologia. *Revista de Saúde Pública*; v.42, n.3: 555-61. 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE . [Tabela 1172 - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal \(IDH\), por ordem de IDH, segundo os bairros ou grupo de bairros - 2000](#). Acessado em fevereiro de 2011.

JORGE, M. S. B., GUIMARÃES, J. M. X., NOGUEIRA, M. E. F. & MOREIRA, T. M. M. 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.

KANTORSKI, L.P.; MIELKE, F.B.; TEIXEIRA, S.J. O trabalho do enfermeiro nos centros de atenção psicossocial. *Trabalho, Educação e Saúde*; 6(1): 87-105, mar.-jun. 2008

KIRSCHBAUM, D.I.R. & De-PAULA, F.K.C. O trabalho do enfermeiro nos equipamentos de saúde mental da rede pública de Campinas-SP. *Revista Latino Americana de Enfermagem*; 9(5): 77-82, set. 2001

_____ Reconstruindo laços, resignificando a vida: a enfermagem e seu trabalho nos equipamentos substitutivos de saúde mental. *Revista paulista de enfermagem*. 24 (1): 10-17, jan.-mar. 2005.

LAPLANCHE, D.; PONTALIS, J. B. *Vocabulário da Psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes. 2001.

LANCMAN, S. (Org.) Políticas Públicas e processos de trabalho em Saúde Mental. Brasília: Paralelo 15. 2008.

LANCMAN, S. & SNELWAR, L. I., *CHRISTOPHE DEJOURS – Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2008.

LARA, S. *A Síndrome de "Burnout" em profissionais da área de saúde mental*. Curitiba; Universidade Federal do Paraná. Setor de Ciências da Saúde. *Pós-Graduação em Saúde do Trabalho* 52 p. 1999.

LHUILIER, D. *Cliniques du travail*. Toulouse: Érès. 2008.

LIMA, J.C.F. Bases Histórico-Conceituais para a Compreensão do Trabalho em Saúde. In: *O Processo Histórico do Trabalho em Saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz 2007.

LOBOSQUE, A.M. Trabalhadores dos serviços públicos de Saúde Mental: dos nossos recursos. In: LOBOSQUE, A.M. *Clínica em movimento: por uma sociedade sem manicômios*. Rio de Janeiro: Garamond. 2003.

MACHADO, M. H. Trabalhadores no SUS e sua Trajetória na Reforma Sanitária. *Cadernos RH Saúde*. 3 (1). Brasília: Ministério da Saúde. 2006. Encontrado em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cadernos_rh.pdf.

MERHY, E. E. O CAPS e seus trabalhadores: no olho do furacão antimanicomial. Alegria e alívio como dispositivos analisadores. In: MERHY, E. E. & AMARAL, H. (Orgs.) *A Reforma Psiquiátrica no cotidiano II*. São Paulo: HUCITEC. 2007.

MOLINIER, P. *Les enjeux psychiques du travail*. Paris: Pyots & Rivages. 2006.

NARDI, H.C. & RAMMINGER, T. Modos de subjetivação dos trabalhadores de saúde mental em tempos de Reforma Psiquiátrica. *Revista Physis* 17(2): 265-287, 2007.

NICÁCIO, M. F. S. *Utopia da realidade: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de Saúde Mental*. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Universidade Estadual de Campinas. Campinas. 2003.

ONOCKO-CAMPOS, R. O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10 (3): 573-583. 2005.

PITTA, A. O que é reabilitação psicossocial no Brasil, hoje? In: Pitta, A. (org.) *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. São Paulo, Hucitec, 1996.

RAMMINGER, T. *Trabalhadores de Saúde Mental: Reforma Psiquiátrica, Saúde do Trabalhador e Modos de Subjetivação nos Serviços de Saúde Mental*. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e Institucional). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2005.

_____. *“Cada CAPS é um CAPS”: A importância dos saberes investidos na atividade para o desenvolvimento da atividade em saúde mental*. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/FIOCRUZ. Rio de Janeiro. 2009.

RESENDE, H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: COSTA, N.R. & TUNDIS, S. A. *Cidadania e Loucura: Políticas de saúde mental no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.

SANTOS, M.P.G. Relações de trabalho nos serviços públicos de saúde mental. *Anais do I Simpósio Sobre Condições de Trabalho e Saúde no Setor de Saúde*. Belo Horizonte: 7-9/novembro/2007.

SARACENO, B. *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Belo Horizonte/Rio de Janeiro: Te Corá/Instituto Franco Basaglia, 1999.

SOUZA, E. M. & BIANCO, M. F. A Ergologia – Uma alternativa analítica para os estudos organizacionais brasileiros sobre o trabalho. Apresentado no *V Congresso Latinoamericano de Sociologia del Trabajo*. Montevideu. 2007. Encontrado em: <http://www.icesi.edu.co/ret/documentos/Ponencias%20pdf/014.pdf>.

SCHWARTZ, Y. *Travail et philosophie – Convocations mutuelles*. Toulouse: Octares. 1992.

_____. *Travail et ergologie*. In: *Reconnaissances du travail – Pour une approche ergologique*. Paris: PUF. 1997.

_____. *Le paradigme ergologique ou um métier de philosophe*. Toulouse: Octares; 2000.

_____. *Un bref aperçu de l’histoire culturelle du concept d’activité*. In: @ctivités. 4 (2). p. 122-133. 2007.

_____. Manifesto por um ergoengajamento. In: BENDASSOLLI, P. F. & SOBOLL, L. A., *Clínicas do Trabalho – Novas perspectivas para a compreensão do trabalho na atualidade*. São Paulo: Atlas. 2011.

SPINK, M. J. & LIMA, H. Rigor e visibilidade: A explicitação dos passos da interpretação. In: M. J. Spink (Org.) *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: Aproximações teóricas e metodológicas* (pp. 93-122). São Paulo: Cortez. 1999.

Du-TERTRE, C. *Services immatériels et relationnels : intensité du travail et santé*. @ctivités, 2 (1), 37-49, 2005. Encontrado em: <http://www.activites.org/v2n1/dutertre.pdf>

VASCONCELOS, E. M. O controle social na reorientação do modelo assistencial em saúde mental no Brasil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Caderno de Textos da III Conferência Nacional de Saúde*. Brasília, 2001. p. 42–53. Encontrado em: <http://www.ee.usp.br/doc/Caderno.pdf>.

ZARIFIAN, P. Mutação dos sistemas produtivos e competências profissionais: a produção industrial de serviço. In: SALERNO, M. S. (org.) *Relação de serviço – Produção e Avaliação*. São Paulo: SENAC. 2001.

YIN, R. K. *Estudo de caso – Planejamento e métodos*. Porto Alegre: Bookman. 2010.

Apêndice I

Roteiro de Observação Participante

Impressões em relação aos ambientes

- aspectos gerais dos ambientes/descrição dos espaços físicos e mobiliários; circulação de técnicos;

Impressões em relação à relação pesquisador-trabalhador

- apresentação e receptividade por parte da coordenação e equipe;
- reações/mobilizações em decorrência da presença do pesquisador (maior formalidade, alteração da rotina, reação dos usuários);
- sensações percebidas: incômodo, curiosidade, necessidade *feedback* do pesquisador.

Atividade de trabalho, reuniões

- atividades de trabalho existentes e categorias profissionais que as realizam;
- preocupações cotidianas no trabalho;
- formas de enfrentamento dos problemas/dificuldades;
- expressões de insatisfação/satisfação;
- formas de lidar com o sofrimento de pacientes e familiares, mais especificamente;
- questões relacionadas ao processo saúde-doença-trabalho;
- reuniões e outros espaços informais de troca ;
- como ocorrem as reuniões (rotina, funcionamento, hierarquia formal e informal, liberdade aparente para expor opiniões e tomar decisões, coordenação da discussão);
- interação, relacionamentos e afinidades entre a equipe;
- uso se si por si e pelos outros;
- linguagem e sabedoria de ofício.

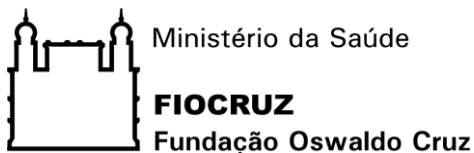
Relação entre trabalhadores-usuários

- Relação de vínculo entre trabalhador-usuário;

Apêndice II

Roteiro de entrevista:		
Dia:	Local da entrevista:	Hora de início: Término:
Sexo do (s) participante (s): M F	Formação do (s) participante (s):	Vínculo do (s) participante (s):
Tempo de serviço na unidade:	Na área:	Carga horária de trabalho na unidade:
Atividades que participa (am) na unidade:		
Questões temáticas		
Principais problemas ou dificuldades do serviço;		
Formas de enfrentamento dos problemas/dificuldades;		
Questões referentes ao processo saúde-doença trabalho (a saúde e bem estar do cuidador);		
O que esperam do serviço;		
O que o trabalho lhes proporciona de bom;		
Como e em que momento aparecem ou são abordadas questões referentes ao processo saúde-doença-trabalho no cotidiano do CAPS.		
Observações:		

Apêndice III



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “Profissionais do CAPS: abordando a saúde do trabalhador da saúde”.

Essa pesquisa integra o curso de Mestrado em Saúde Pública na Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP)/ Fiocruz, tendo sido o projeto previamente aprovado pelo Comitê de Ética da ENSP.

O objetivo geral da pesquisa é Analisar situações de trabalho no CAPS tendo como foco o processo saúde-doença-trabalho dos profissionais de saúde. Os objetivos específicos são: 1) descrever a atividade dos profissionais da equipe; 2) analisar as questões referentes ao processo saúde-doença-trabalho dos profissionais presentes nos discursos e práticas cotidianas; 3) verificar as estratégias utilizadas pelos profissionais para enfrentar os problemas que afetam sua saúde.

Sua participação na pesquisa consistirá em fornecer informações por meio de entrevistas, reuniões de equipe e nas atas das reuniões de equipe, com enfoque sobre o tema da relação da sua saúde com o trabalho. Os possíveis riscos por participar desta pesquisa seriam decorrentes das informações prestadas durante este processo. No entanto, nos produtos desta pesquisa não serão divulgados nomes nem informações que não se atenham ao tema de pesquisa.

As formas de registro dos dados serão por meio de anotações e gravações de áudio. Os dados produzidos serão mantidos sob minha responsabilidade, durante um período de duração da pesquisa, sendo destruídos em seguida.

Ao aceitar participar dessa pesquisa, o (a) senhor (a) estará contribuindo para o maior conhecimento das relações entre saúde e trabalho dos profissionais de saúde, especialmente na atividade de trabalho da atenção à saúde mental, no CAPS. Dessa forma, poderá contribuir para o aprofundamento das discussões sobre o trabalhar na área e nos CAPS, além de

possibilitará compreender principais questões que afetam a saúde, relacionadas ao trabalho, nesta atividade.

A coordenação da unidade autorizou a execução dessa pesquisa, mas sua participação não é obrigatória e, a qualquer momento, você pode desistir de participar e retirar seu consentimento sem que isso represente qualquer prejuízo em sua relação com o pesquisador ou seu trabalho.

Comprometo-me a entregar à equipe da unidade uma cópia do produto da pesquisa, que é a dissertação do mestrado, e apresentar os resultados pessoalmente, caso seja de interesse do coletivo.

O produto desta pesquisa poderá ser encaminhado para divulgação no meio acadêmico, em congressos e revistas da área de saúde pública.

Você receberá uma cópia deste termo, onde consta o telefone e o endereço institucional do pesquisador principal, da orientadora da pesquisa e do Comitê de Ética da ENSP e da Prefeitura do município (SMSDC-RJ). Dessa forma, você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Vladimir Athayde

Centro de Estudos em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana

Rua Leopoldo Bulhões, 1480, sala 302, Manguinhos – Rio de Janeiro/RJ CEP: 21041210

Tel: (21) 2564-1050 – Fax: (21) 2270-3219

E-mail: cestehc@ensp.fiocruz.br

Contato do pesquisador e orientadora:

Pesquisador - tel: (21) 30790619 / 91345945

E-mail: vladimirathayde@gmail.com

Orientadora (Profa. Dra. Élida Hennington) – tel: (21) 38659595 E-mail: elida.hennington@ipecc.fiocruz.br

Comitê de Ética em Pesquisa (ENSP):

Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – andar térreo. Manguinhos, RJ. CEP: 21041-210.

Tel e Fax: (21) 2598-2863. E-mail: cep@ensp.fiocruz.br. Página na internet:
<http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/SMSDC-RJ);

Rua Afonso Cavalcanti, 455 sala 715 - Cidade Nova

Telefone: 3971-1590 E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br / cepmsrj@yahoo.com.br

Declaro que entendi os objetivos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Apêndice IV

Construção dos resultados de pesquisa: síntese da discussão com os trabalhadores

- Apresentação da Equipe e da Unidade (confidencialidade);
- Problemas de condições de trabalho que se desmoronam sobre a gestão do trabalho, sobre a gestão da clínica, sobre a saúde.

Referencial teórico de análise: Clínicas do trabalho.

Trata-se de uma construção recente, de encontro à crise de desconstrução/descharacterização do trabalho contemporâneo. Constitui-se em um conjunto de teorias com foco na relação entre o trabalho e a subjetividade¹: psicossociologia, **psicodinâmica do trabalho**, **ergologia**, clínica da atividade, entre outros.

Coletivo de trabalho (CT)

Tem um efeito de proteção contra um mal estar, como o referente à dúvida quanto ao bem trabalhar numa atividade realizada ou à invenção de um caminho novo a seguir². É construído com base em regras explícitas, mas não necessariamente escritas, sociais, técnicas e éticas, estabelecidas em um espaço de discussão.³

Na atenção psicossocial o terreno primordial é o da ética e não o das regras. A reunião de equipe/supervisão pode ser o momento de debate de normas, de deliberação e avaliação entre pares, momento de estabelecimento de regras e linguagem do CT. As atividades em geral são debatidas em equipe, apesar de ocorrer constante invasão de urgências de casos e problemas. De forma geral, parece ser importante dividir no CT a experiência das atividades, sobretudo as inéditas (exemplo de B). Este interesse não parece está ligado apenas à norma de uma supervisão. Mais eminentemente parece ser a necessidade de debate de normas referentes a situações que envolvem decisões difíceis a serem tomadas, como a de acolher e absorver novos usuários em uma situação limite de saturação da Unidade. Isto se exemplifica quando G diz ter dado “graças a Deus!” por não ter que ter tido de tomar esta decisão em sua última atividade de acolhimento inicial.

“No fundo, o que eu aprendi de legal aqui também, de bom, é que a construção coletiva das coisas ela pode trazer, de certa forma, problemas, mas eu acho que ela pode trazer também, de certa forma, mais força, quando você consegue estabelecer uma rede interna de trabalho, entendeu? Eu não sei se eu consegui fazer isso, acho que em outros momentos

Dinâmica do reconhecimento (DR)

Tem um efeito de provocar a mobilização subjetiva para o trabalho, possibilitando a cooperação e evitando efeitos como a desmotivação e o absenteísmo³. O reconhecimento se estabelece enquanto “promessa”, necessitando de congruência na DR⁴. Passa pelo julgamento de beleza (dos pares) e de utilidade (hierarquia). O reconhecimento encaminha os sofrimentos criativos à identidade individual. A substituição do reconhecimento pela gratidão dos usuários é problemática.³

A grande mobilização subjetiva despertada nos técnicos, a despeito das condições de trabalho precárias, permite e demanda uma engenhosidade sem a qual a maior parte do serviço não seria prestado. A ideologia da Reforma Psiquiátrica, o “pela clínica” ou a simples idéia de ajudar inspira o comprometimento, ao se inspirar nesta função social do trabalho. Está estabelecida uma DR na Unidade, no que se refere ao reconhecimento da qualidade da atividade entre os colegas, conforme cada um se disponha ou acabe sendo colocado sob este “julgamento”. Quanto ao critério de utilidade, a hierarquia interna contribui para a DR, nas discussões sobre a atuação de cada um em suas atividades, no estabelecimento dos cargos/funções internos. Contudo, parece haver um péssimo julgamento quanto de utilidade pela hierarquia exterior à Unidade, já que os técnicos se consideram em uma situação de abandono de investimento por parte dos níveis gestores/ Estado. Com isto parecem voltar o foco na direção da gratidão do usuário, levando justamente a um esgotamento por tentar dar conta de uma demanda inatingível.

“[contar com o auxílio técnico de um colega á uma liberdade] *sim. Mas é uma honestidade também.*(...) [É primordial] um cuidado com você, de não tomar para você a responsabilidade de você resolver as coisas para além do que você, em um determinado momento pode, que muitas vezes é quase nada (...). Pela situação que a gente tá, parece simples,(...), mas na prática não é tão simples assim. (...) Se não você vira missionário.” (H)

Sofrimentos (S) e defesas (D)

O S criativo, considerado positivamente na DR, caminha para o prazer, como uma experiência estruturante. O S patógeno encaminha-se para a doença e só é represado pelas D.³ Através dos sistemas defensivos o trabalhador busca modificar, transformar e minimizar sua percepção da realidade que o faz sofrer. As D apontam para um S. A produção de saúde envolve o uso de si, uma dramática das escolhas para a gestão das maneiras de trabalhar⁵, mesmo como o abandono ou a criação de novas D.

Podemos considerar que há um sofrimento inerente ao trabalho com a loucura, talvez natural para quem se depara com situações críticas de sofrimento psíquico. Em condições de trabalho satisfatória isto poderia ser elaborado no CT, através da DR, se tornando uma experiência estruturante e identitária (“bagagem”). As dificuldades da ordem da precariedade inflingem um sofrimento negativo ao impedir que o trabalho adequado seja realizado, no que pode ser considerada, pela sua negatividade, uma “amputação”, mais que um impedimento, do trabalho. Podemos considerar a própria busca de realização das atividades como tentativa de evitar um sofrimento. Assim, da mesma forma que a literatura contatou casos de exploração financeira de uma ideologia defensiva⁶, neste caso também pode haver uma exploração dessa necessidade dos trabalhadores prestarem o serviço, a despeito da falta de investimentos, por parte do Estado. Além disso, podemos identificar indícios de estratégias coletivas ou individuais de D, como o distanciamento profissional, a terapia individual e o uso de conhecimentos clínicos. Por outro lado, muitos relatam um sofrimento patológico causado pela ausência de domínio das estratégias de D, ao chegarem a este trabalho.

“Pancadão” x “Escamas” : “*Eu acho que aqui eu senti um pancadão, sabe quando você recebe um pancadão? Eu senti isso [ao iniciar na Saúde mental , na Unidade]. (...) parece assim que eu fiz escamas, entendeu? Pra aprender a lidar com algumas coisas (...). Eu acho que a gente precisa criar escamas pra trabalhar num serviço desse*” (A)

“Esponjoso”: “*Quando eu entrei aqui eu tive que rever toda a minha alimentação, todas as minhas emoções, pra lidar com toda essa intensidade. (...) O corpo, ele é esponjoso, ele absorve essas questões, os corpos, físico, psíquico, enfim, a gente tá ali e tá ali pra lidar com coisas que são intensas e tá em você, tá com você também, o outro também conta com você. Então, de alguma maneira, você tem que operar com isso (...)*”. (B)

“Apostar na construção de processos de trabalho que produzam cuidados para os usuários e cuidados para os cuidadores é vital, nesse percurso. Permite vivificar o trabalho em saúde que aposta na construção e qualificação de vidas.”⁷

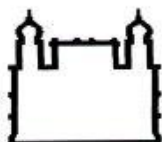
Referências

1. Bendassolli, P. F. & Soboll, L. I. P. (Orgs.) **Clínicas do Trabalho Novas perspectivas para a compreensão do trabalho na atualidade**. Atlas: São Paulo, 2011.
2. Cru, D. *Les règles du métier*. In: DEJOURS, C. (Dir.) *Plaisir et souffrance dans le travail*. Vol.1 Paris: OACIP. 1987.
3. Molinier, P. **Les enjeux psychiques du travail**. PPB: Paris. 2006.
4. Lancman, S. & Sznewar, L. I. **Christophe Dejours Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. Fiocruz: Rio de Janeiro. 2008.
5. Scwhartz, Y. *Travail et ergologie*. In: SCHWARTZ, Y. (Dir.) *Reconnaissances du travail – Pour une approche ergologique*. Paris: PUF. 1997.
6. Dejours, C. *A loucura do trabalho – estudos de psicopatologia do trabalho*. São Paulo: Oboré. 1987.
7. Merhy, E. E. O CAPS e seus trabalhadores: no olho do furacão antimanicomial. In: **Saudeloiucura: Reforma Psiquiátrica no cotidiano II**. Hucitec: São Paulo. 2007. P. 65.

vladimirathayde@gmail.com

Anexo I

Aprovação da pesquisa pelo CEP/Ensp



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
Comitê de Ética em Pesquisa



Rio de Janeiro, 05 de outubro de 2010.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – CEP/ENSP, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 196/96 e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo, discriminado:

PROTOCOLO DE PESQUISA CEP/ENSP - Nº 164/10
CAAE: 0173.0.031.000-10

Título do Projeto: “Profissionais do CAPS: *abordando a saúde do trabalhador da saúde*”

Classificação no Fluxograma: Grupo III

Pesquisador Responsável: Vladimir Athayde

Orientadora: Elida Hennington

Instituição onde se realizará: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – ENSP/FIOCRUZ

Data de recebimento no CEP-ENSP: 20 / 07 / 2010

Data de apreciação: 04 / 08 / 2010

Parecer do CEP/ENSP: Aprovado.

Ressaltamos que o pesquisador responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (*item VII.13.d., da resolução CNS/MS Nº 196/96*) de acordo com o modelo disponível na página do CEP/ENSP na internet.

Esclarecemos, que o CEP/ENSP deverá ser informado de quaisquer fatos relevantes (incluindo mudanças de método) que alterem o curso normal do estudo, devendo o pesquisador justificar caso o mesmo venha a ser interrompido.


Prof. Ângela Eshet
Coordenadora Adjunta
Comitê de Ética em Pesquisa
CEP/ENSP
Mat.: 1355884

Anexo II

Aprovação pelo CEP/SMSDC-RJ



Comitê de Ética em Pesquisa

Parecer nº 216A/2010

Rio de Janeiro, 23 de agosto de 2010.

Sr(a) Pesquisador(a),

Informamos a V.Sa. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil - CEP SMSDC-RJ, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 196/96 e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo discriminado:


<p>Coordenadora: Salesia Felipe de Oliveira</p> <p>Vice-Coodenadora: Suzana Alves da Silva</p> <p>Membros: Andréa Estevam de Amorim Andréa Ferreira Haddad Carlos Alberto Pereira de Oliveira César Augusto Gomes Soares Clotilde Teixeira Cristina Maria Venettilho de Souza Fabio Tuche José M. Salame Nara da Rocha Saraiva Pedro Paulo Magalhães Chripim Rodrigo de Carvalho Moreira Sônia Ruth V. de Miranda Chaves</p> <p>Secretárias Executivas: Carla Costa Vianna Renata Guedes Ferreira</p>	<p>PROTOCOLO DE PESQUISA Nº 137/10 CAAE: 0156.0.314.031-10</p> <p>TÍTULO: Profissionais do CAPS: abordando a saúde do trabalhador da saúde.</p> <p>PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Vladimir Athayde.</p> <p>UNIDADE (S) ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA: Centro de Atenção Psicossocial [REDACTED]</p> <p>DATA DA APRECIÇÃO: 23/08/2010.</p> <p>PARECER: APROVADO.</p>
---	---

Atentamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata (*item V.13, da Resolução CNS/MS Nº 196/96*).

O CEP/SMSDC-RJ deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (*item V.4, da Resolução CNS/MS Nº 196/96*). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas a este CEP/SMSDC-RJ, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Acrescentamos que o sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (*item IV.1.f, da Resolução CNS/MS Nº 196/96*) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (*item IV.2.d, da Resolução CNS/MS Nº 196/96*).

Ressaltamos que o pesquisador responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (*item VII. 13.d., da Resolução CNS/MS Nº 196/96*).


Salesia Felipe de Oliveira
 Coordenadora
 Comitê de Ética em Pesquisa

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil
 Rua Afonso Cavalcanti, 455 sala 716 – Cidade Nova – Rio de Janeiro
 CEP: 20211-901 Tel.: 3971-1590
 E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br - Site: www.saude.rio.rj.gov.br/cep

FWA nº: 00010761
 IRB nº: 00005577