

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

DANIELA TONIZZA DE ALMEIDA

TRABALHAR NO FIO DA NAVALHA:
DESAFIOS DE CONCILIAR URGÊNCIA E REFERÊNCIA EM
SAÚDE MENTAL EM TEMPOS DE PRECARIZAÇÃO DO
TRABALHO E DESMONTE DA REFORMA PSIQUIÁTRICA
BRASILEIRA

Belo Horizonte

2019

DANIELA TONIZZA DE ALMEIDA

TRABALHAR NO FIO DA NAVALHA:

DESAFIOS DE CONCILIAR URGÊNCIA E REFERÊNCIA EM SAÚDE
MENTAL EM TEMPOS DE PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO E DESMONTE
DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais para obtenção de grau de Doutora em Psicologia.

Área de Concentração: Psicologia Social

Linha de Pesquisa: Trabalho, Sociabilidade e Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Vanessa Andrade de Barros

Belo Horizonte

2019

150

Almeida, Daniela Tonizza de

A447t

2019

Trabalhar no fio da navalha [manuscrito] : desafios de conciliar urgência e referência em saúde mental em tempos de precarização do trabalho e desmonte da reforma psiquiátrica brasileira / Daniela Tonizza de Almeida. - 2019.

261 f. : il.

Orientadora: Vanessa Andrade de Barros.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas.

Inclui bibliografia

1. Psicologia – Teses. 2. Afeto (Psicologia) - Teses. 3. Trabalho - Teses. 4. Saúde mental - Teses. I. Barros, Vanessa Andrade de . II. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. III. Título.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



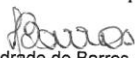
FOLHA DE APROVAÇÃO

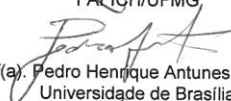
Trabalhar no fio da navalha: desafios de conciliar urgência e referência em saúde mental em tempos de precarização do trabalho e desmonte da reforma psiquiátrica brasileira

DANIELA TONIZZA DE ALMEIDA

Tese submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em PSICOLOGIA, como requisito para obtenção do grau de Doutor em PSICOLOGIA, área de concentração PSICOLOGIA SOCIAL, linha de pesquisa Trabalho, Sociabilidade e Saúde.

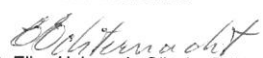
Aprovada em 30 de maio de 2019, pela banca constituída pelos membros:


Prof(a). Vanessa Andrade de Barros - Orientador
FAEICH/UFMG


Prof(a). Pedro Henrique Antunes da Costa
Universidade de Brasília


Prof(a). Fernanda Ottoni de Barros Brisset
TJMG


Prof(ã). José Alfredo Oliveira Debortoli
EEFFTO/UFMG


Prof(a). Eliza Helena de Oliveira Echternacht
EE/UFMG

Belo Horizonte, 30 de maio de 2019.

Dedico essa tese ao Presidente Lula pela coragem e ousadia de desafiar o poder.

AGRADECIMENTOS

Durante boa parte dos quatro anos da pesquisa estive à deriva, sem saber nomear ou compreender o mal-estar no trabalho que me inquietava, me interrogava, me interpelava. A escrita dessa tese, de alguma forma, permitiu que as palavras pudessem (re)encontrar seu lugar. Ao final do percurso, fica a certeza de que o melhor de mim é o que restou dos encontros com os outros. Felizmente, trago comigo imensa gratidão.

Agradeço especialmente à minha orientadora pela paciência com meu tempo de latência, pela disposição para me guiar, me ajudar a dar contorno a toda angústia que esse processo suscitou em mim. Foi certamente seu acolhimento que permitiu encontrar o caminho para que as palavras pudessem se arranjar, fluindo na produção desse texto.

Ao participar pela primeira vez das reuniões do LABTRAB, me senti uma estrangeira tentando achar algum lugar para acomodar minhas bagagens. Primeiro, pela minha formação em terapia ocupacional, eu vinha de outros territórios do saber. Depois, porque a maior parte dos projetos de pesquisa giravam em torno do trabalho nas prisões e as minhas questões passavam por outros caminhos. Aos poucos, fui deixando de ser aquela visita que passa de vez quando para fazer dali minha morada, como desejava há tanto tempo. Agradeço aos colegas que generosamente me acolheram e me permitiram fazer parte deste coletivo que reúne saberes e militância. Foi um encontro muito feliz na minha vida. Agora que me sinto em casa, está difícil ir embora.

Agradeço aos governos do Partido dos Trabalhadores por ampliar a quantidade de vagas e por fomentar a qualidade dos cursos de Graduação e Pós-Graduação nas Universidades Públicas como espaços de exercício de pensamento livre e crítico, bem como por garantir a continuidade e o avanço na implementação das políticas de saúde mental pautadas nos direitos ao cuidado em liberdade e ao pleno exercício da cidadania.

Agradeço ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFMG por me aceitar, aos colegas e professores que encontrei no doutorado pelas trocas

de conhecimentos e experiências. Agradeço também aos professores e colegas da Fiocruz pelo encontro tão potente que foi a disciplina Saúde Coletiva e Saúde Mental.

Agradeço aos membros da banca pela disponibilidade de oferecer contribuições para o aprimoramento desse trabalho. As provocações feitas na qualificação me direcionaram para caminhos bastante distintos e me encorajaram a me aproximar um pouco mais do real do trabalho.

Agradeço o apoio da Prefeitura de Belo Horizonte que autorizou a realização da pesquisa e dos gerentes do CAPS que sempre estiveram abertos para negociar as minhas inevitáveis ausências, por valorizarem minha parceria e permitirem as minhas confrontações.

Agradeço aos colegas trabalhadores por acolherem o meu projeto de pesquisa e aceitarem construí-lo comigo; por confiarem a mim seus mais profundos segredos e suas dramáticas, seus saberes e seus valores em nossos diálogos sobre a atividade que compartilhamos; pelos momentos em que rimos e choramos juntos; por não recuarem frente ao impossível de cada dia; por me permitirem chamá-los de amigos. Eu saí mais enriquecida como profissional e como pessoa desses encontros. Espero ter sido digna dessa honra que me foi concedida e que vocês possam se considerar coautores dessa tese.

Agradeço ao Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental por manter acesa em mim a chama do desejo antimanicomial, me ensinando que a saída do sofrimento no trabalho só pode ser pela via da construção coletiva.

Agradeço ao Instituto de Direitos Humanos pelo apoio e parceria na luta por uma sociedade mais justa e menos desigual.

Agradeço aos usuários do CAPS por me ensinarem que respeitar a singularidade de cada um é a condição do cuidado em liberdade. Junto a eles enfrentei meus preconceitos e minhas imperfeições, aprendi a valorizar cada pequena conquista na vida. Aprendi que o afeto trata a todos nós.

Agradeço aos amigos e familiares que, mesmo longe, sempre se fizeram presentes, incentivando e apoiando toda a minha trajetória. Se hoje chego aqui, devo a vocês.

Finalmente, agradeço ao meu marido e minhas filhas por dividirem comigo as aflições diárias, por compreenderem meu esforço, meu distanciamento, minha luta, sempre preenchendo com amor e ternura a minha vida.

Eu disse uma vez que escrever é uma maldição. Não me lembro por que exatamente eu o disse, e com sinceridade. Hoje repito: é uma maldição, mas uma maldição que salva. [...]

Salva a alma presa, salva a pessoa que se sente inútil, salva o dia que se vive e que nunca se entende a menos que se escreva. Escrever é procurar entender, é procurar reproduzir o irreproduzível, é sentir até o último fim o sentimento que permaneceria apenas vago e sufocador.

(Clarice Lispector, 1999)

RESUMO

Almeida, D.T. (2019). Trabalhar no fio da navalha: desafios de conciliar urgência e referência em tempos de precarização do trabalho e desmonte da reforma psiquiátrica brasileira. Tese de Doutorado. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais.

Em um contexto sociopolítico e econômico caracterizado pelo recrudescimento de forças autoritárias e conservadoras que se articulam à uma política neoliberal e de precarização do trabalho, as conquistas históricas de garantia dos direitos sociais de usuários e trabalhadores no campo da saúde mental estão ameaçadas. O objetivo desse estudo foi investigar, a partir desse contexto, que afetos circulam, são produzidos e mobilizados nas situações de trabalho e como se inter-relacionam com os saberes e valores que orientam as atividades dos Técnicos Superiores de Saúde em um Centro de Atenção Psicossocial. Sobretudo, compreender como os afetos interferem nas relações entre os diferentes sujeitos implicados nos processos clínicos e em seu potencial para agir. Para tanto, valeu-se da Ergologia como um dispositivo dialógico e dialético que permitiu entrelaçar os saberes teóricos e da experiência, conjugando uma série de estratégias metodológicas: a revisão bibliográfica e documental, os diários de campo, a análise da implicação, os diálogos sobre a experiência compartilhada com quinze trabalhadores. O diálogo com a Psicossociologia possibilitou a elucidação de elementos geradores de angústia e desengajamento no trabalho, bem como de afetos que repercutiram no esfacelamento do coletivo em um momento de crise institucional. A precarização do trabalho contribuiu para o esgarçamento dos laços que unem o coletivo e o empobrecimento da experiência, acarretando prejuízo na qualidade do trabalho e na saúde de trabalhadores. Por meio da construção de imagens e metáforas que traduziram os afetos e os efeitos da atividade sobre o corpo, foi possível constatar que, frente às perdas, privações e contradições normativas, o corpo apareceu nos discursos como uma imagem mutilada, “sem pernas” e, frente à violência, como “anteparo” ou “recipiente” que a contém. No entanto, a atividade de referência mostrou que o corpo também é laço e tece rede. O mal-estar no trabalho apareceu associado a uma conjunção de aspectos sociais, históricos e políticos que convergem e se misturam com a história pessoal de cada sujeito, seus desejos e limites para produzir uma resposta a esse mal-estar, amparada nos valores que sustentam as lutas de cada um com o real que o afeta.

Palavras Chaves: Atividade Humana, Afeto, Precarização do Trabalho, Saúde Mental

ABSTRACT

Almeida, D.T. (2019). Working on the razor's edge: challenges of reconciling urgency and reference in times of precariousness of work and dismantling of the Brazilian psychiatric reform. Doctoral Thesis. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais.

In a sociopolitical and economic context characterized by the resurgence of authoritarian and conservative forces that are articulated to a neoliberal politics and precariousness of work, the historical achievements of guaranteeing the social rights of users and workers in the field of mental health are threatened. The purpose of this study was to investigate, from this context, what affects circulate, are produced and mobilized in work situations and how they are interrelated with the knowledge and values that guide the activities of the Higher Health Technicians in a Psychosocial Care Center. Above all, to understand how affections interfere in the relationships between the different subjects involved in the clinical processes and in their potential to act. In order to do so, it used Ergology as a dialogical and dialectical device that allowed to interweave theoretical knowledge and experience, combining a series of methodological strategies: bibliographical and documentary revision, field diaries, implication analysis, dialogues on the shared experience with fifteen workers. The dialogue with Psicossociology enabled the elucidation of elements that generate anguish and disengagement at work, as well as affections that had repercussions in the collapse of the collective at a time of institutional crisis. The precariousness of work has contributed to the erosion of the bonds that unite the collective and the impoverishment of the experience, causing a loss in the quality of work and the health of workers. Through the construction of images and metaphors that translated the affections and effects of the activity on the body, it was possible to verify that, faced with losses, privations and normative contradictions, the body appeared in the speeches as a mutilated image, "without legs" and front violence, as the "bulkhead" or "container" that contains it. However, the reference activity showed that the body is also loop and weaves network. The malaise in work appeared associated to a conjunction of social, historical and political aspects that converge and mix with the personal history of each subject, their desires and limits to produce a response to this malaise, supported by the values that sustain the struggles of each one with the real that affects him.

Key Words: Human Activity; Affect; Precariousness of Work; Mental Health

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 – Guernica.....	114
FIGURA 2 – La Columna Rota.....	123
FIGURA 3 – Saturno devorando a um hijo.....	160
FIGURA 4 – Saturn Devouring one of his sons, after Francisco De Goya.....	162
FIGURA 5 – Linda do Rosário (perspectiva lateral).....	198
FIGURA 6 – Linda do Rosário (perspectiva aproximada).....	199
FIGURA 7 – Me Someone Else (perspectiva frontal).....	214
FIGURA 8 – Me Someone Else (perspectiva lateral).....	223

LISTA ABREVIATURAS E SIGLAS

BPC/LOAS	Benefício de Prestação Continuada
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CERSAM	Centro de Referência em Saúde Mental
DD3P	Dispositivo Dinâmico a Três Polos
HN	Hospitalidade Noturna
LABTRAB	Laboratório de Estudos Sobre Trabalho, Cárcere e Direitos Humanos
PD	Permanência dia
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
SUS	Sistema Único de Saúde
SUP	Serviço de Urgência Psiquiátrica
TSS	Técnico Superior de Saúde
UPA	Unidade de Pronto-Atendimento
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO: O DESCONFORTO INTELECTUAL	14
1.1 Um desconforto com a prática.....	14
1.2 Um desconforto político.....	18
1.3 Um desconforto teórico.....	20
1.4 Apresentação da tese.....	22
2 UM MUNDO DE NORMAS E VALORES	24
2.1 O campo da Saúde Mental e os desafios para a continuidade da Reforma Psiquiátrica Brasileira.....	24
2.2 A construção do problema da droga.....	27
2.3 Práticas e discursos em disputa no cenário neoliberal.....	30
2.4 Efeitos das políticas neoliberais: a precarização do trabalho.....	36
3 CAPS: DISPOSITIVO CLÍNICO-POLÍTICO DE CUIDADO EM REDE	40
3.1 CAPS: A letra da norma.....	40
3.2 As renormalizações no cotidiano de trabalho dos CAPS: o que revelam as pesquisas.....	44
3.3 A singularidade de um CAPS no projeto de Saúde Mental de Belo Horizonte.....	52
4 ESCOLHAS TEÓRICAS E METODOLÓGICAS	71
4.1 Compondo um eixo teórico-epistemológico: Da Psicossociologia ao Trabalho.....	72
4.2 Compondo um dispositivo ético-metodológico: Diálogos sobre a Experiência Compartilhada.....	89
5 “O IMPOSSÍVEL DA LOUCURA, O IMPOSSÍVEL DO SERVIÇO PÚBLICO”	102
5.1 A eclosão de uma crise: os “nãos e adeus”	104
5.2 A precarização do trabalho e o empobrecimento da experiência: as “perdas e faltas”	124
6 ATIVIDADE: VICISSITUDES DE ENCONTROS	146
6.1 Corpo-sem-pernas	147
6.1.1 “O plantão engole a gente”	147

6.1.2 O trabalho com o “negativo psicossocial”: implicações para a subjetividade e a saúde.....	163
6.1.3 A ideologia como função de ocultação do “trabalho sujo”	171
6.2 Corpo-anteparo x corpo recipiente: desafios de “entrelaçar firmeza e cuidado.....	181
6.3 Corpo-que-enlaça: a dimensão do afeto que vincula e trata.....	212
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	233
REFERÊNCIAS.....	238
APÊNDICE A.....	258
APÊNDICE B.....	260

1 INTRODUÇÃO: O DESCONFORTO INTELECTUAL

*Pensar incomoda como andar à chuva
Quando o vento cresce e parece que chove mais*

Fernando Pessoa

A escrita de uma pesquisa pode ser considerada como o relato de um percurso, sobre o que do caminhar em direção ao desconhecido se compreende e se transforma no mundo e em si mesmo. O ponto de partida de uma pesquisa ergológica é o *desconforto intelectual*, o que implica em reconhecer que há algo da experiência do agir humano que se furta ao entendimento. A aposta no diálogo como possibilidade de produção de novos saberes é a condição para avançar. No meio do caminho, os *encontros de encontros*. Em cada encontro, escolhas inevitáveis a se fazer em função dos valores que mobilizam cada um a prosseguir.

Apresento nessa introdução alguns dos desconfortos que me impulsionaram no percurso de escrita da tese. Esse percurso, para Hissa (2013), longe de ser uma ligação entre dois pontos, é uma linha curva, uma experiência, uma descoberta que se faz ao longo da construção da própria rota, onde o que não se sabe se aprende fazendo. Ao final, tudo se modifica, a começar pelo título. “Enquanto não se chega lá, não se sabe ao certo qual é o caminho que se vai seguir: a avenida iluminada, a ruela estreita, o atalho em segredo, a trilha escondida? De repente, percebe-se que o título não é mais o mesmo” (p. 26). É nesse sentido que o querer saber sobre os saberes e afetos que se movimentam na atividade dos técnicos de referência permitiu desvelar que conciliar urgência e referência em saúde mental é trabalhar no fio da navalha.

1.1 Um desconforto com a prática

Minha trajetória profissional no campo da Saúde Mental como terapeuta ocupacional se combina com a história das profundas modificações que a abordagem da saúde pública voltada para as pessoas com experiência de sofrimento mental e com necessidades decorrentes do uso de drogas vem sofrendo nos últimos vinte anos de reforma psiquiátrica no Brasil.

Vivi a experiência de trabalho no hospital psiquiátrico, o esforço para sua desconstrução e para a invenção de práticas de desinstitucionalização, o entusiasmo com o discurso antimanicomial e seus ideais de liberdade e cidadania, o desafio da formação de profissionais sensíveis e comprometidos com essa nova ética do cuidado e, finalmente, o confronto com a dura realidade da experiência de trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS III), na cidade de Belo Horizonte, local onde as questões que nortearam a tese se apresentaram.

Depois de alguns anos me dedicando à formação e à pesquisa, novamente me vi confrontada aos desafios do encontro com a loucura, dessa vez não no manicômio, mas no serviço que pretendia substituí-lo. Não se tratava mais de provocar fissuras no pretensu muro que divide loucos e sãos, mas de dar alguma direção, fazer caber aquilo vazou por entre suas frestas e se impregnou no tecido social.

Ao chegar ao CAPS, pela primeira vez, como trabalhadora, em 2012, encontro o portão trancado, o que me provoca um primeiro estranhamento: por que um serviço de saúde mental aberto e territorial deveria manter o portão trancado? Identifico-me e sou encaminhada à recepção. Atravesso uma ampla área aberta onde vejo algumas pessoas deitadas em colchonetes rasgados e estendidos no chão, outras sentadas em cadeiras. Algumas me observaram, a maioria parece não me notar. Encontro a recepção lotada e novamente me identifico. O recepcionista chama uma usuária que me pega pela mão e me conduz ao posto de enfermagem onde ocorria a passagem de plantão. A primeira impressão de um ambiente malcuidado, sujo, bagunçado e pouco acolhedor também me provoca desconforto.

Recebi uma explicação breve sobre o funcionamento do serviço, sobre os casos dos quais eu seria *técnica de referência*, sobre as tarefas do plantão. Lembro-me dessa entrada como uma sensação de confusão e desorganização. Nos dias que se seguiram, ative-me a observar as pessoas, os espaços e movimentos. O que vi foram trabalhadores trancados em suas salas, enquanto usuários passavam o dia, entre refeições, circulando na recepção e área externa, com demandas infinitas a trabalhadores exauridos. Poucos atendimentos,

nenhuma atividade coletiva, episódios de ameaça e agressividade dos usuários à equipe, uso frequente de contenção no leito, hostilidade velada entre técnicos superiores de saúde e auxiliares de enfermagem, psiquiatras se queixando de sobrecarga de trabalho. A sala de plantão e o descanso da enfermagem me pareceram lugares de refúgio onde trabalhadores acuados se mantinham unidos entre si e separados dos usuários. A precariedade das condições de trabalho e sua organização, que naquele momento me pareceu quase caótica, dificultavam enxergar que produção de vida poderia haver ali.

Aos poucos, fui me integrando e tomando contato com narrativas impregnadas de nostalgia e desalento que evidenciavam um clima melancólico generalizado naquele ambiente de trabalho. Entendo que cheguei num momento muito delicado, em que o antigo gerente e muitos trabalhadores experientes acabavam de se desligar do serviço por motivos diversos. Aqueles que ainda permaneciam estavam angustiados com a difícil decisão se pediam ou não transferência para outro lugar. Recordo-me com clareza da afirmação de uma das psicólogas: “Sua hora também vai chegar, você vai ver. Cinco anos aqui é o limite que a gente aguenta”.

Ali começou a se delinear para mim a questão inicial que levou a construção do projeto de pesquisa de doutorado: O que torna o trabalho impossível nesse contexto?

“O CERSAM não é mais o que era”. Essa frase ouvida de vários trabalhadores mais antigos me permitiu localizar a presença de um sentimento de perda de referências muito bem delimitado: O que se perdeu? Essa perda, real ou imaginária, naquele momento, pareceu-me impactar os trabalhadores de forma paralisante, dificultando a criatividade e acarretando um sentimento de perda de valor.

Os trabalhadores queixavam-se acerca do agravamento, por parte dos usuários, tanto em quantidade como em intensidade, de agressão psicológica e moral, com ameaças e intimidações, chegando, em alguns casos, à agressão física. Essas “situações-limite” pareciam impactar como sofrimento, adoecimento, perda do prazer no trabalho, pedidos de transferência e demissão.

Apesar das dificuldades, aos poucos, fui percebendo que, de forma distinta da morte manicomial, existia vida ali, ainda que de forma pouco evidente. Produções de vida podiam ser decifradas na sutileza dos gestos, nas formas de enfrentamento das situações-limites, na transmissão das histórias dos usuários, na efetividade da gestão das crises psicóticas, no investimento de desejo na construção dos casos mais difíceis, nos laços de afeto que se estabeleciam e que faziam com que, tendo a *escolha* de abandonar ou não o tratamento, os usuários quase sempre retornassem. Essa percepção só se tornou possível à medida que fui abandonando o olhar de exterioridade que contrapõe a realidade ao ideal e me deixando invadir pelo real.

A atividade dos Técnicos Superiores de Saúde (TSS) me pareceu o que havia de inovação mais significativa em comparação à experiência manicomial. Essa atividade demanda que assistentes sociais, enfermeiros, psicólogos e terapeutas ocupacionais não só coloquem permanentemente em questão suas identidades profissionais e a cisão entre as diferentes disciplinas, como revisem e transformem seu patrimônio disciplinar, incorporando ou desenvolvendo novos conceitos e meios que permitam gerir as variabilidades que esse trabalho impõe no cotidiano (Almeida, 2012). Além do caráter transdisciplinar das tarefas, o acolhimento de urgências, a gestão da permanência dia e a referência para a condução dos projetos terapêuticos singulares de cada usuário favorecem a descentralização do poder psiquiátrico, a humanização e individualização do cuidado.

Nesse sentido, o técnico de referência pode ser considerado como um dos dispositivos clínicos mais inovadores para atender aos objetivos da Reforma Psiquiátrica Brasileira, especialmente, por intermediar o vínculo entre o usuário e os demais trabalhadores do serviço e da rede (Lobosque, 2003; Miranda & Furtado, 2006). Mais do que isso, o dispositivo Técnico de Referência se constitui na principal instância de organização do processo de trabalho e assistência nos CAPS (Miranda & Onoko-Campos, 2010).

O que fazia, para quem olhava de fora, o serviço parecer caótico, era a justamente a centelha que o fazia vibrar, pulsar e se movimentar por convocar a subjetividade dos trabalhadores em suas bases mais íntimas para acolher um

outro que sofre e demanda ações diversas, impondo-se o desafio de construir uma forma cuidado que não implique em assujeitamento.

Desse modo, embora fossem as narrativas de sofrimento no trabalho que tenham mobilizado um primeiro desconforto com a prática em direção à construção de um projeto de pesquisa, mostrou-se necessário perguntar sobre os afetos produzidos nas vicissitudes dos encontros que a atividade possibilita e sua interface com os saberes e os valores em jogo a fim de compreender a complexidade dessa atividade.

1.2 Um desconforto político

Refletir sobre o trabalho em Saúde Mental como atividade coloca em questão, desde o início, sua interação com o meio técnico, social e historicamente construído, uma vez que se trata de um cenário de disputa entre discursos e práticas que encerram em si valores e normas divergentes.

No Brasil, os primeiros CAPS surgiram na década de 1980 como serviços territoriais e abertos que, vinculados a uma rede de serviços substitutivos, conjugam estratégias de desinstitucionalização, cuidado e reabilitação psicossocial. Configuram-se como a principal alternativa ao manicômio ao se ocuparem de uma dupla função: o acolhimento das urgências e a referência em saúde mental. De acordo com a Portaria 3088 (2011), os CAPS caracterizam-se como serviços especializados onde o trabalho das equipes multiprofissionais deve pautar-se por uma prática interdisciplinar, horizontalizada, humanizada e articulada com outros pontos da rede de atenção psicossocial.

Cabe contextualizar que, em Belo Horizonte, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são denominados Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAM), entretanto, opto por manter o termo CAPS ao longo de toda a tese por ser essa a nomenclatura oficial adotada pelo Ministério da Saúde (Portaria 336, 2002). A cidade possui um protagonismo histórico na luta antimanicomial. O compromisso com os direitos das pessoas com experiência de sofrimento mental e o cuidado entrelaçado à vida na cidade têm sido a tônica da estruturação da Rede de Saúde Mental do município desde que se iniciou o processo de reforma psiquiátrica na década de 1990 (Lobosque, 2001). Belo

Horizonte conta atualmente com uma ampla rede intersetorial que permite prescindir do Hospital Psiquiátrico para sua articulação.

Apesar dos avanços duramente conquistados, minhas experiências de pesquisa em CAPS na Rede de Saúde Mental da região metropolitana de Belo Horizonte constataram que os investimentos para a ampliação dessa rede não têm avançado na mesma medida do aumento progressivo da população atendida e da complexidade das demandas que se apresentam aos trabalhadores. A insuficiência de recursos humanos e materiais e as contradições normativas caracterizam-se como alguns dos elementos que repercutem em prejuízo na qualidade da assistência prestada aos usuários e engendram narrativas de sofrimento no trabalho (Almeida, 2012).

Além disso, o trabalho em Saúde Mental se circunscreve, atualmente, em um contexto macrossocial de crise política e econômica, em que valores democráticos estão colocados em questão. Nesse contexto, os avanços normativos e institucionais da reforma psiquiátrica brasileira encontram-se fortemente ameaçados pelo recrudescimento político conservador associado a um projeto econômico neoliberal. A reforma psiquiátrica brasileira vem se tornando alvo de desmonte especialmente através da construção de um discurso que coloca as drogas consideradas ilícitas em posição central no debate sobre certo mal-estar contemporâneo, contribuindo para efetivar políticas de controle social das populações à margem do mundo do trabalho (Almeida & Amaral, 2017). Além disso, as políticas públicas voltadas à garantia dos direitos sociais para essa população sofrem os efeitos da precarização do trabalho. No Sistema Único de Saúde (SUS), essa precarização é intensificada não só no sucateamento das condições de trabalho como também no impedimento da necessária ampliação das equipes para atender ao aumento crescente de volume e complexidade do trabalho, no aumento dos contratos temporários, nos baixos salários e na terceirização da gestão dos serviços.

Essas situações impõem algumas questões: De que forma esse contexto repercute nas atividades e nas relações no âmbito do CAPS? A que problemas sociais os trabalhadores têm sido convocados a responder e de que saberes e recursos materiais e subjetivos dispõem para dar conta desse trabalho? O que

significa manter as pessoas trabalhando em situações precárias? O que isso produz na subjetividade dos trabalhadores? Tem sido possível sustentar, na prática, o ideal de uma clínica substitutiva ao modelo manicomial? Até que ponto a militância antimanicomial pode se configurar como um dispositivo ideológico que mascara a realidade da precarização e dificulta o enfrentamento das contradições e dificuldades que produzem sofrimento no trabalho?

1.3 Um desconforto teórico

Parto do pressuposto ergológico que compreender a atividade humana de trabalho como uma experiência requer construir diálogos intersubjetivos e pluridisciplinares. Esses diálogos só são possíveis através de uma cooperação entre pesquisadores e trabalhadores a fim de dar visibilidade aos debates entre as normas antecedentes e as tentativas de renormalizações, produtos das dramáticas do uso de si nas atividades industriais em um determinado contexto socio-histórico. Para compor essa perspectiva dialógica e dialética, é necessária a convocação de saberes epistêmicos diversos de forma a favorecer a produção de saberes inéditos sobre o trabalho capazes de potencializar o agir competente (Schwartz & Durrive, 2010a) e o desenvolvimento de ações normativas que produzam saúde no trabalho (Canguilhem, 1966/2010).

A Psicossociologia oferece contribuições pertinentes tanto ao desenvolvimento teórico quanto metodológico que aponte para essa direção por se propor a compreender e intervir nas relações entre o indivíduo e a sociedade, articulando aspectos do campo social e da vida psíquica (Carreteiro & Barros, 2014). É por meio do ato de transformação da realidade que um sujeito vivencia, no próprio corpo, o confronto com o real, mas é o social que oferece possibilidade de construir sentidos para essa experiência que afeta a percepção sensível (Lhuillier, 2017).

No campo da afetividade, há uma multiplicidade de termos – emoções, paixões, afetos e sentimentos – aos quais atribui-se diferentes significados, dependendo do momento histórico e da abordagem teórica. Opto por tratar o afeto não só como um aspecto do funcionamento psíquico distinto da percepção, da cognição ou da razão, deixado por muito tempo em segundo plano nos

projetos de cientificidade positivista, mas sobretudo como uma manifestação de corpos políticos que interagem e se vinculam para a construção da vida social (Safatle, 2015a).

Nesse sentido, uma diferenciação de termos se faz necessária desde o início. Resgatando a concepção filosófica proposta por Espinoza (1667/2015), “por afeto entendo a afecções do corpo pelas quais sua potência de agir é aumentada ou diminuída, estimulada ou refreada e, ao mesmo tempo, as ideias dessas afecções” (p.98). Já as paixões são afetos passivos, o que, para o autor (1667/2015), se traduz em condição de servidão. Já a emoção refere-se “à paleta dos instrumentos corporais” através da qual cada sujeito responde ao que lhe afeta (Clot, 2009, p.9). Embora vivenciadas individualmente, as emoções são socialmente construídas e compartilhadas, se cultivam especialmente nos sentimentos que são “representações coletivas e os instrumentos sociais do pensamento que vinculam normas, ideais, valores. Os afetos são mediatizados, corporal e socialmente, pelas emoções e sentimentos mediante os quais eles se enriquecem, mas também, com grande frequência, se enquistam” (Clot, 2009, p.9).

Desse modo, afetos não só colocam “à prova a atividade do sujeito e sua organização pessoal” (Clot, 2010, p.9) como influenciam a forma de perceber a realidade e a maneira como um determinado modo de vida é instaurado ou reprimido, conforme ressalta Safatle (2015a).

Enquanto experiência ontológica, a atividade humana se desenvolve em encaixamentos sucessivos de debates de normas permeados por um universo de valores que mobilizam o corpo a agir (Schwartz, 2014). As análises ergológicas procuram explicitar as relações entre valores, saberes e o agir no intuito de favorecer as renormalizações necessárias. Entretanto, as questões colocadas pela experiência prática e política me exigiram perguntar à Ergologia: qual a dimensão do afeto nessa triangulação? Que disciplinas convidar ao diálogo a fim de produzir um maior aprofundamento sobre as implicações subjetivas do trabalho para os sujeitos e as relações?

1.4 Apresentação da tese

É do desejo de responder a essas questões práticas, políticas e teóricas inextricavelmente entrelaçadas que surge a tese. A introdução apresenta a minha implicação e as questões que minha inserção no campo suscitou, convergindo no objetivo central de investigar que afetos circulam, são produzidos e mobilizados nas situações de trabalho e como se inter-relacionam com os saberes e valores que orientam as atividades dos Técnicos Superiores de Saúde em Saúde Mental. Sobretudo, compreender como os afetos interferem nas relações entre os diferentes sujeitos implicados nos processos clínicos e em seu potencial para agir.

Nessa direção, o segundo capítulo contextualizar historicamente as perspectivas conceitual e política que circunscrevem o processo da reforma psiquiátrica no Brasil, bem como os desafios enfrentados na atual conjuntura política e econômica que tentam sepultá-la, financiando o retorno de práticas centradas na restrição da liberdade, especialmente pelo viés da construção de um suposto problema social associado ao uso de drogas e de políticas autoritárias de tratamento.

No terceiro capítulo, procuro apresentar o CAPS como um dispositivo clínico-político de trabalho em rede, desde as normas que o fundamentam e as renormalizações desenvolvidas no cotidiano do cuidado, reveladas em pesquisas sobre o trabalho nos CAPS, até a singularidade do campo onde a pesquisa se desenvolveu, seus antecedentes históricos e suas diretrizes para organização do trabalho.

No quarto capítulo, busco entrelaçar saberes interdisciplinares que permitam as problematizações múltiplas que a complexidade da atividade humana exige para sua compreensão. O intuito foi o de construir uma base ética, conceitual e metodológica que orientasse o percurso no campo de pesquisa e as discussões que os diálogos sobre a experiência compartilhada com os trabalhadores suscitaram.

O quinto capítulo se inicia a partir da análise psicossociológica da crise que eclodiu no contexto institucional no período em que grande parte da pesquisa de campo foi realizada. Apresenta os possíveis elementos

desencadeadores e as repercussões para as atividades e as relações. Em seguida, aprofunda a discussão sobre os efeitos da precarização do trabalho sobre as práticas e a subjetividade dos trabalhadores, contribuindo para o empobrecimento da experiência.

O sexto capítulo centra-se nas vicissitudes dos encontros entre trabalhadores e usuários, procurando desvelar a forma como o corpo implicado age a partir da relação entre saberes, valores e afetos mobilizados na experiência do trabalho e o potencial para o agir criativo na atividade, a partir da concretude das situações e construções clínicas relatados pelos trabalhadores e suas reflexões sobre elas.

Finalmente, o sétimo e último capítulo tece algumas considerações finais.

2 UM MUNDO DE NORMAS E VALORES

Aqui tudo parece que era ainda construção e já é ruína

Caetano Veloso

Depois de quase quarenta anos de lutas e avanços na construção de uma sociedade sem manicômios, o movimento de reforma psiquiátrica brasileiro enfrenta, atualmente, os maiores desafios para sua continuidade.

Nesse período, a criação e expansão dos serviços comunitários ampliaram significativamente as possibilidades de desinstitucionalização de pessoas submetidas a longos períodos de internação psiquiátrica, bem como o acesso ao cuidado em liberdade para toda população com experiência de sofrimento mental. Entretanto, acontecimentos políticos recentes e disputas entre diferentes grupos por financiamento estatal para serviços orientados por lógicas distintas têm influenciado as políticas públicas, acarretando precarização dos serviços territoriais e comprometendo a continuidade do projeto antimanicomial. Pensar a atividade de trabalho dos Técnico Superiores de Saúde no contexto do CAPS exige um esforço de circunscrever brevemente o panorama histórico da reforma psiquiátrica brasileira, situando-o em relação ao contexto sociopolítico e econômico atual, a fim de discutir como afetam as dramáticas vivenciadas nas atividades dos sujeitos.

2.1 O campo da Saúde Mental e os desafios para a continuidade da Reforma Psiquiátrica Brasileira

O campo da Saúde Mental surge em meio à crítica à racionalidade científica moderna, apontando tanto para uma ruptura epistemológica com os saberes e práticas psiquiátricos tradicionais quanto para a invenção de novos conceitos e tecnologias capazes responder às demandas que surgem quando se aceita com radicalidade o desafio do cuidado em liberdade. Segundo Amarante (2008), tanto as transformações no campo teórico quanto no campo assistencial têm o intuito de pensar uma nova posição social para o louco e para a loucura.

No Brasil, esse campo só pôde encontrar condições de desenvolver-se a partir do movimento da Reforma Sanitária, o qual possibilitou a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Reforma Psiquiátrica brasileira. A 8ª Conferência Nacional da Saúde (1986) foi o marco onde se estabeleceram as bases para a 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 1987, momento em que foram apresentadas denúncias acerca da violência e dos maus tratos existentes nos hospitais psiquiátricos tradicionais (Ferreira, 2006).

Esse movimento de contestação da Psiquiatria como o saber competente e do hospital como *locus* natural para o tratamento da loucura já vinha se desenvolvendo desde a segunda metade do século XX, em alguns países como Inglaterra, França, EUA e Itália, os quais investiram na criação de serviços de saúde comunitários extra-hospitalares. O repúdio aos genocídios perpetrados durante a Segunda Guerra Mundial contribuiu para fomentar os Estados-providência e uma conseqüente reformulação da assistência psiquiátrica nesses países (Desviat, 1999).

No Brasil, o movimento de reforma psiquiátrica inspirou-se, especialmente, na experiência italiana de desinstitucionalização, única que, na prática, foi capaz romper totalmente com a lógica manicomial. Conforme indicava Basaglia (1985), “colocar a doença entre parênteses” para que possa emergir o homem em sua relação com o corpo social exige não só a desconstrução do aparato psiquiátrico e sua substituição por outros meios de cuidado e acolhimento, mas a própria transformação social.

É importante frisar que os avanços na consolidação da reforma psiquiátrica no Brasil foram fruto de diálogo entre trabalhadores, usuários e familiares que denunciaram o tratamento arbitrário praticado nos hospitais psiquiátricos e defenderam a ampliação de serviços abertos e territoriais, orientados pela garantia dos direitos humanos e sociais. A partir da II Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1992, o termo *Atenção Psicossocial* passa a nortear a política de Saúde Mental. Estruturalmente interdisciplinar e comprometido com a atenção integral e a cidadania, o termo pressupõe o processo de saúde-doença mental como um complexo indissociável de

determinações e condicionantes biológicos, sociais e psicológicos (Oliveira, 2006).

Dentre as conquistas no campo jurídico-político, merece destaque a aprovação da Lei 10216 (2001) que regulamenta os direitos da pessoa com experiência de sofrimento mental e redireciona o modelo assistencial em saúde mental prioritariamente para serviços comunitários.

Mais recentemente, a Portaria 3088/MS (2011) forneceu diretrizes para a consolidação de Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), a qual deve funcionar de forma articulada à Rede SUS, obedecendo aos seus princípios de regionalização e hierarquização e garantindo aos usuários acesso a todos os dispositivos do SUS:

- Atenção Básica: Unidade Básica de Saúde; Equipes de Atenção Básica para população em situações específicas (equipes de consultório de rua e equipes de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório; Centro de Convivência;
- Atenção Psicossocial Especializada: Centros de Atenção Psicossocial I, II, III, ad (álcool e drogas) e i (infant0-juvenil);
- Atenção de Urgência e Emergência (SAMU, UPA, Sala de Estabilização, portas hospitalares de atenção à urgência/Pronto-socorro); Unidade Básica de Saúde;
- Atenção Residencial de Caráter Transitório: Unidade de Acolhimento (adulto e infanto-juvenil); serviço de atenção em regime residencial, entre os quais, as Comunidades Terapêuticas;
- Atenção Hospitalar: enfermaria especializada para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em Hospital Geral; Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas;
- Estratégias de Desinstitucionalização: Serviços Residenciais Terapêuticos; Programa de Volta para Casa;

- Reabilitação Psicossocial: iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários/cooperativas sociais.

Embora essa portaria traga avanços normativos importantes, ao sancionar a inclusão de Comunidades Terapêuticas e garantir a permanência do Hospital Psiquiátrico (Serviço Hospitalar de Referência) como parte da rede, contribuiu para avalizar um processo gradativo de remanicomialização, principalmente pelo viés das drogas, com violação dos direitos humanos de usuários com grave sofrimento psíquico e/ou em uso prejudicial de drogas, operando na contramão da política que vinha sendo construída, pautada pela redução de danos, tratamento voluntário e em meio aberto.

Compreender esse cenário de disputa por modelo de atenção e financiamento no âmbito das políticas de Saúde Mental no SUS requer dois movimentos. Primeiramente, retomar a forma como o “problema da droga” vem sendo construído e tratado no último século para, em seguida, analisar como esse problema se inscreve, no contexto neoliberal de ameaça aos direitos sociais e de precarização do trabalho, como um dispositivo que favorece a desconstrução da política de saúde mental orientada pela reforma psiquiátrica antimanicomial.

2.2 A construção do “problema” da droga

Não é novidade que o consumo de substâncias que alteram a consciência e que as formas de regulamentação social desse consumo sempre fizeram parte da vida cotidiana nas sociedades. Entretanto, a partir do início do século XX, passa a vigorar uma proibição legal, institucional e internacional de algumas dessas substâncias. O estatuto do Proibicionismo separou a indústria farmacêutica, a do tabaco e a do álcool da indústria clandestina das drogas proibidas. Tal interdição não obedece a critérios médicos-sanitários. Ao contrário, constitui um fenômeno singular do ponto de vista jurídico, moral e econômico que determina o consumo contemporâneo de drogas, expandindo suas formas mais degradadas, adulteradas e destrutivas, hipertrofiando os lucros no comércio ilegal e inflando o aparato policial de controle dos corpos (Carneiro, 2002).

O movimento Proibicionista, que ganha força na política de “guerra às drogas” instaurada nos EUA, a partir de 1971, vem se atualizando de forma muito específica no contexto brasileiro como um dispositivo de controle social das populações que vivem à margem do mundo do trabalho. Ao vincular droga à ideia de uma ameaça à saúde e a segurança da população, este dispositivo serve aos interesses econômicos de determinados grupos sociais que lucram com o encarceramento e com a medicalização da vida (Almeida & Amaral, 2017).

Mais especificamente no que interessa a essa discussão, a droga enquanto um dispositivo biopolítico vem garantindo as condições de possibilidade para a reedição de uma articulação do poder médico-judicial para internações compulsórias de usuários de crack, especialmente os que estão em situação de rua. Ambos os saberes, médico e judicial, ao resguardarem a relação entre loucura e periculosidade, estigmatizam o usuário e justificam intervenções coercitivas que, em nome da proteção da vida, recaem de modo estratégico sobre as populações mais vulneráveis, especialmente, negros e pobres (Azevedo & Souza, 2017).

Nesse sentido, Mehry (2012) identifica um esforço, por parte de movimentos conservadores, em produzir um imaginário social que desumaniza os usuários de drogas. Capturados por uma suposta “dependência química”, deixam de ser sujeitos desejantes para serem considerados como objetos inertes e irresponsáveis por seus próprios atos. Para o autor, mudanças sociais desencadeadas na segunda metade do século XX modificaram os modos de se constituir a figura do anormal e de produzir estratégias de enquadramento e controle. No lugar da disciplina, o controle opera por meio de um conjunto de dispositivos de subjetivação, permitindo aos indivíduos se autogerirem sobre certos territórios identitários que produzem vidas desejantes de determinados modelos estéticos, tornando-os consumidores de bens de mercado para produzir a si mesmos. Como não há garantia de controle total, há que se capturar os desviantes. Desloca-se, assim, a figura do anormal “da desrazão para o do desejo”, condenado à reclusão “do manicômio prisão para a prisão Comunidade” (Mehry, 2012, p.17).

Embora usuários de drogas, historicamente, sempre tenham ocupado os espaços manicomiais junto às pessoas com experiência de sofrimento mental, cabe contextualizar que a atenção a esse tipo de usuário não foi pauta prioritária desde o início do movimento de luta antimanicomial. Ainda que a construção da rede pública de atenção em Saúde Mental tenha avançado significativamente nos anos de 1990, o mesmo não se verificou no que se refere aos serviços específicos para tratamento de usuários de álcool e drogas. A maioria das intervenções eram desenvolvidas no campo da justiça e da segurança pública com viés proibicionista (Machado & Miranda, 2007). A quase inexistência de políticas públicas de saúde destinadas às pessoas que fazem uso problemático de drogas contribuiu para o aumento do número de comunidades terapêuticas, as quais favorecem um processo de exclusão social do usuário por fundamentarem-se num modelo de tratamento baseado em longo isolamento do contexto de vida, na manutenção da abstinência, na prática religiosa, na disciplina e no trabalho (Bolonheis-Ramos & Boarini, 2015). Inspeções realizadas nestes locais apontaram violações sistemáticas dos direitos humanos, incluindo punições físicas, psicológicas, sequestros, cárcere privado, exploração de mão de obra, trabalho compulsório e condições precárias de hotelaria (Conselho Federal de Psicologia, 2011; 2018).

O caráter essencialmente higienista dessas instituições comporta traços das práticas adotadas em instituições totais, tais como prisões, manicômios e conventos, cuja eficácia foi questionada por Goffman (1974) tanto pela violência que as constitui quanto por contribuírem para acentuar, sobre o usuário, o estigma associado a desvios de comportamento condenados socialmente.

Em contraposição a essa perspectiva, o movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileiro, principalmente a partir dos anos 2000, tem investido significativamente na ampliação das políticas de atenção ao usuário de álcool e drogas, no âmbito do SUS, com o incremento de programas e serviços assistenciais pautados pela lógica da Redução de Danos. A Política Nacional para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas assume a questão das drogas como problema de saúde pública e prevê “um conjunto de medidas de saúde que buscam minimizar as consequências do uso e da dependência de substâncias psicoativas, bem como diminuir o risco de infecção por hepatites e

HIV” (Brasil, 2003, p. 34), sem que haja a exigência de os indivíduos implicados interromperem imediatamente o uso. Quanto à oferta de atendimento, o documento estabeleceu, em consonância com a Política de Saúde Mental vigente na época, que o cuidado deve ser priorizado nos Centros de Atenção Psicossocial álcool e drogas (CAPS ad), articulados à rede assistencial em saúde mental e ao restante da rede de saúde (Brasil, 2003).

Todos os avanços na efetivação dessa política enfrentam um embate, intensificado nos últimos anos, com distintos interesses corporativos, partidários e financeiros que atuam na manutenção de práticas que promovem a internação e o isolamento dos usuários.

2.3 Práticas e discursos em disputa no cenário neoliberal

Alguns acontecimentos vêm contribuindo para acentuar a disputa pelo modelo que deve orientar as práticas de atenção às pessoas com experiência de sofrimento psíquico, incluindo ou não as relacionadas ao uso prejudicial de drogas.

Primeiramente, cabe mencionar a disseminação, nos meios de comunicação, de uma suposta epidemia de crack que repercutiu indiretamente criação do programa conjunto do Ministério da Justiça, Saúde e Desenvolvimento Social “Crack, é preciso vencer”, em 2011 (Brasil, 2011). Esse programa se propôs a articular, ao mesmo tempo, estratégias Proibicionistas e de Redução de Danos a partir de três eixos de ação: autoridade, prevenção e cuidado.

Conforme destacam Volcov & Vasconcellos (2013), apesar da inexistência de dados que confirmassem a hipótese de uma epidemia ou mesmo da relação do uso de crack com o aumento da criminalidade e da violência, o eixo de prevenção se articulou através de campanhas publicitárias, amplamente veiculadas na mídia, com base em afirmações do senso comum que disseminaram preconceitos e não ofereceram aprofundamento nas discussões sobre questões psicológicas, sociais, jurídicas ou político-econômicas que envolvem o consumo da substância. Tais campanhas voltaram-se para a

especulação do medo e da tragédia para os quais a internação compulsória aparece como a saída mais segura (Volcov & Vasconcellos, 2013).

Apesar do eixo do cuidado ter sido pautado em estratégias de Redução de Danos, as metas de implementação ficaram bem aquém do que estava previsto inicialmente (Confederação Nacional do Municípios, 2014). Apesar do Ministério da Saúde ter sido o principal contemplado financeiramente pelo programa, os recursos foram prioritariamente destinados para alta e média complexidade em saúde (72,87%) e apenas 1,92% foi destinado a estruturação da rede especializada em saúde mental. Além disso, é possível constatar que os investimentos caíram drasticamente a partir de 2017 (Ministério da Transparência e Controladoria Geral da União, 2019).

No plano político mais amplo, é notória a crise que o país atravessa, desde 2016, com a ruptura do processo democrático. Essa ruptura foi o resultado de um golpe parlamentar, respaldado em legislação de exceção que deslegitimou e derrubou um governo eleito através de amplo acordo de interesses entre a elite financeira, a mídia, setores da oposição no Congresso Nacional e o aparelho jurídico-policial do Estado (Souza, 2016; Antunes, 2018). Desde então, governo vem restringindo paulatinamente o papel do Estado na proteção social, especialmente por meio do congelamento do teto de gastos com saúde e educação por vinte anos (Emenda Constitucional 95, 2016), através da desvinculação das despesas com ações e serviços públicos de saúde e aumento das iniquidades no acesso aos bens e serviços de saúde (Vieira & Benevides, 2016). Essa política tende a favorecer a precarização e insuficiência da oferta dos serviços públicos e a facilitar a privatização da assistência (Silva, Batista e Santos, 2017).

Somado a isso, o governo ilegítimo também incidiu em perda de direitos sociais por meio de uma reforma trabalhista que fragilizou os direitos dos trabalhadores através da flexibilização total dos contratos de trabalho, a prevalência do negociado sobre o legislado (Lei 13.467, 2017) e da terceirização irrestrita direta ou indireta (Lei 13.429, 2017).

No campo do trabalho em saúde, a contratação das Organizações Sociais (OSs) tem se tornado prática cada vez mais comum em muitos municípios, eliminando o concurso público, contribuindo diretamente para a flexibilização e a precarização dos vínculos trabalhistas, para o enfraquecimento sindical, a perda da autonomia dos profissionais no âmbito do SUS, o assistencialismo e o clientelismo (Correia, 2011; Silva, Batista & Santos, 2017).

No campo da Saúde Mental, a aprovação da Portaria 3588/MS (2017), que dispõe sobre alterações na Portaria 3 de Consolidação do SUS (2017), mais especificamente, o anexo V que dispõe sobre a Rede de Atenção Psicossocial, opõe-se às deliberações das Conferências Nacionais de Saúde e de Saúde Mental e às recomendações do Conselho Nacional de Saúde, instâncias máximas de participação e controle social do SUS, ou seja, foi aprovada de forma pouco democrática. Trata-se de um documento que prevê o redirecionamento de recursos públicos para hospitais psiquiátricos públicos ou conveniados através de substantivo reajuste de diárias hospitalares e o retorno de ambulatórios especializados que funcionam em uma lógica diferente daquela do cuidado no território.

Cabe destacar que, em março de 2019, foi divulgado pela imprensa que a pesquisa nacional sobre uso de drogas concluída pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), em 2016, nunca foi revelada pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, provavelmente porque os números comprovam que a tão propagada epidemia de drogas não existe (Garçoni, 2019). Apesar das evidências, a mesma reportagem informa que, em 2018, o governo federal aumentou de 2 mil para 6,6 mil os leitos em comunidades terapêuticas. A previsão é que, em 2019, esse número chegará a 10,8 mil leitos, aos quais se destinará 153,7 milhões de reais por ano. Estima-se que tais diretrizes drenarão enorme aporte de recursos que deveriam ser direcionados à ampliação dos dispositivos da rede de atenção psicossocial, relegando-os ao subfinanciamento e desinvestimento. O desmonte continua a se concretizar com a Portaria 3659/MS (2018) que suspende o repasse financeiro para custeio de muitos Centros de Atenção Psicossocial e Serviços Residenciais Terapêuticos, Unidades de Acolhimento e Leitos em Hospitais Gerais, alegando irregularidade nos registros de procedimentos nos sistemas de informações SUS.

Embora o movimento pela reforma psiquiátrica tenha ganhado repercussão pública, é preciso reconhecer que os Hospitais Psiquiátricos e Comunidades Terapêuticas continuaram sendo admitidos e apoiados socialmente. Ao financiamento público para essas instituições, em detrimento do fortalecimento da rede de atenção psicossocial, soma-se um conjunto de forças por parte de alguns setores privados que tentam enfraquecer o SUS, aumentando as dificuldades para o seu pleno funcionamento e servindo para justificar sua terceirização e privatização (Bolonheis-Ramos & Boarini, 2015).

O desmonte da Reforma Psiquiátrica Brasileira se torna explícito por meio da Nota Técnica n.11/2019 que delineia uma nova Política Nacional de Saúde Mental e as Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Essa nota declara que nenhum serviço de saúde mental será considerado substitutivo e sim complementar. Ressalta que não haverá mais fechamento de leitos em Hospitais Psiquiátricos, ao contrário, será destinado investimento para sua modernização. A nota exalta uma série de prejuízos sociais que o projeto de desinstitucionalização teria acarretado no país. Atribui ao movimento da reforma psiquiátrica a responsabilidade por uma série de mazelas sociais, dentre as quais, cita o aumento da população em situação de rua e o encarceramento da população com transtornos mentais, desconsiderando a crise política e social que o país atravessa, o investimento insuficiente na ampliação da rede substitutiva, o aumento da desigualdade social, do desemprego e da miséria que ocorreu nos últimos anos. Em concordância com a Resolução do CONAD 01/2018, a nota sepulta a Política Nacional de Redução de Danos ao propor que as estratégias de tratamento sejam pautadas na lógica da abstinência. Além disso, prevê o financiamento para compra de equipamentos de eletroconvulsoterapia, citada como um exemplo “de melhor aparato terapêutico para população”. De fato, há evidências da efetividade do uso desse recurso em usuários com Transtorno Depressivo Maior, episódios maníacos e esquizofrenias catatônicas refratárias a outros métodos, porém trata-se de um recurso que requer avaliação clínica criteriosa do paciente para sua indicação, dados os riscos envolvidos, conforme aponta estudo de revisão de literatura (Perizzolo *et al*, 2003). A questão não está, portanto, no uso desse recurso como medida de exceção em casos extremos, mas diante do fato de que, dentre tantos

aparatos terapêuticos disponíveis que oferecem evidências mais consistentes de eficácia, como medicações de primeira linha não disponíveis no SUS, ampliação do acesso da população à psicoterapias e terapia ocupacional, investimento em associações de trabalho para usuários, o que significa enfatizar o retorno dessa prática? Da mesma forma, a nota destaca que não há impedimento legal para a internação de crianças e adolescentes em instituições psiquiátricas destinadas a adultos. Dentre tantos avanços legislativos, por que realçar justamente essa brecha na lei? Ao que parece, com o respaldo de um determinado conhecimento científico com enfoque biomédico, o que se faz, por meio dessa nota, é enfatizar uma escolha por medidas mais contensivas e repressivas do que propriamente terapêuticas e inclusivas, o que é bem coerente com outras medidas no campo da segurança pública proposta pelo novo governo.

Essa análise da nota converge com as considerações de Reis (2019), que alerta ainda para o risco de ampliação da medicalização dos problemas sociais que a lógica ambulatorial proposta pode acarretar ao desconstruir a lógica reabilitadora dos serviços territoriais. A autora acrescenta que, embora a nota tenha sido suspensa a partir da pressão social dos movimentos organizados de saúde mental, as portarias que a sustentam continuam a vigorar, ameaçando os avanços históricos que a reforma psiquiátrica construiu em direção ao cuidado em liberdade (Reis, 2019).

O fato é que, apesar de todos os esforços dos movimentos, não foi possível impedir a aprovação de uma Política Nacional sobre Drogas contrária à legalização de drogas consideradas ilícitas e às estratégias de redução de danos e focada na abstinência e no apoio às Comunidades Terapêuticas, na repressão e combate ao tráfico (Decreto 9761, 2019). Embora tal política não possa ser considerada necessariamente nova, trata-se de uma lógica totalmente distinta daquela orientada pelos direitos humanos, conforme prevê a Reforma Psiquiátrica Brasileira.

O que está em jogo, mais do que uma disputa por modelo de atenção e financiamento, é o conceito de saúde. De um lado, como valor sem dimensão, direito universal e dever do Estado, conforme prevê a Constituição Federal de 1988, diretamente associado ao direito à liberdade e à vida. De outro lado, a

saúde como mercadoria, ou seja, como produto do trabalho humano colocado à venda para atender interesses corporativos, de acordo com o que é mais relevante para o mercado e o que pode produzir lucro – planos de saúde, indústria farmacêuticas, setor hospitalar privado, comunidades terapêuticas. Associada ao seu valor de mercadoria, as práticas de saúde, nessa perspectiva, também servem como medida de controle da população marginalizada. Desloca-se dessa forma, o objetivo de promover e proteger a saúde para o de tratar doenças e restringir a liberdade de alguns grupos populacionais.

Como ressalta Gomes (2015), no contexto de crise econômica, gastos sociais são considerados, no discurso neoliberal, as causas de um Estado dispendioso e fator dificultador de estabilização econômica. Associada à oportunidade de lucro, a abertura de gestão dos serviços públicos à iniciativa privada aparece como possibilidade de manutenção da ordem social no sistema capitalista.

A orientação de redução do Estado, das políticas sociais e de redução dos gastos públicos contrasta com os ideais do SUS que prevê o acesso universal a todo cidadão, assegurando a resolutividade de todas suas necessidades de forma equânime (Lei 8080, 1990). É dessa forma que o neoliberalismo incide sobre a vida social, aprofundando a desigualdade e banalizando a injustiça. A ideologia neoliberal opera na subjetividade das pessoas, transformando cidadãos de direito em consumidores, que passam a ser responsabilizados pela aquisição de bens e serviços de saúde, educação e segurança, cabendo ao Estado intervir apenas em situações extremas.

Se há trinta anos o entusiasmo da reconstrução democrática estabeleceu novos alicerces para uma sociabilidade pautada na garantia de direitos universais para as pessoas com experiência de sofrimento mental, hoje, o esforço dos trabalhadores é não sucumbir ao sentimento de derrota e de impotência face ao avanço das forças neoliberais e conservadoras que ferem de morte as instituições que emergiram desse processo, não permitindo que as fraturas objetivas destruam as possibilidades de ação individual e coletiva.

Enfrentar tais desafios exige organização política, unificação e fortalecimento de movimentos sociais em defesa não só de uma política de saúde mental que respeite a singularidade e os direitos sociais dos usuários e trabalhadores, mas de um projeto de sociedade que enfrente com coragem as desigualdades sociais para que não se elimine a possibilidade de convivência com a loucura, em suas múltiplas formas de apresentação.

2.4 Efeitos das políticas neoliberais: a precarização do trabalho

Os embates políticos descritos refletem o fato de que a regulação das sociedades, antes responsabilidade do Estado, atualmente, está nas mãos dos mercados financeiros (Aubert, 2003). Tal mudança tem afetado todos os setores sociais e, particularmente, no campo da saúde pública, acarreta, como uma das consequências mais nocivas, a precarização do trabalho.

O termo precarização do trabalho tem sido utilizado para designar um conjunto amplo e variado de mudanças em relação ao mercado de trabalho, condições de trabalho, qualificação dos trabalhadores e direitos trabalhistas no contexto neoliberal de defesa do Estado mínimo (Pires, 2009).

Esse processo de transformação do mundo do trabalho, que se iniciou na produção industrial, no final do séc. XX, inaugura uma nova fase do capitalismo, apoiada em um projeto neoliberal. O chamado *capitalismo flexível* caracteriza-se, ao mesmo tempo, por uma desaceleração do crescimento econômico e um aumento da lucratividade por meio da especulação financeira (Sennet, 2015).

A ruptura com a hegemonia do modo de produção fordista acarretou transformações profundas nos modos de trabalho e vida pautados na desregulamentação, flexibilização e na precarização. “Trata-se de uma rapidez inédita do tempo social, sustentado na volatilidade, efemeridade e descartabilidade sem limites de tudo o que se produz e, principalmente, dos que produzem – os homens e mulheres que vivem do trabalho” (Druck, 2011, p. 42). A flexibilidade do sistema econômico acarreta o que Bauman (2001) nomeia como *Modernidade Líquida*, sem fronteira e sem limites, dominada pelo imediatismo e instantaneidade das relações. Destaca-se a impossibilidade de sustentar valores de longo prazo, tais como lealdade e compromisso, onde a

reatividade e adaptabilidade permanente substituem a experiência acumulada e a cultura profissional (Sennet, 2015).

Essa morfologia do capitalismo financeiro ganha novos contornos no século XXI, especialmente a partir de 2008, com a eclosão da crise estrutural do capital. Ao mesmo tempo que se observa uma imensa redução do emprego em escala mundial, pronuncia-se a recriação de novas modalidades de trabalho informal, intermitente, precário, flexível e a corrosão os direitos sociais e das conquistas trabalhistas históricas daqueles que se mantêm empregados (Antunes, 2018).

Outras características deste cenário são a informatização dos processos produtivos e a passagem do predomínio da indústria para o setor de serviços (Antunes, 2018). A maioria dos serviços baseia-se em intercâmbio de informações, o que não resulta em bem material ou durável, o que levou Hardt (2003) a definir o trabalho envolvido nessa forma de produção como *trabalho imaterial*. Seus produtos são intangíveis e referem-se ao próprio ato em si, experimentados de forma subjetiva: produzem, entre outras coisas, bem-estar, tranquilidade, saúde, satisfação, entusiasmo, o que não significa que não possam se constituir em mercadoria. Esse tipo de trabalho assume várias formas – informacional, cultural, comunicacional e afetiva – que valorizam o conhecimento social, a capacidade de processamento criativo de símbolos, a produção e manipulação de afetos, interações e contato humanos e tendem a se integrar como um componente em todos os processos de trabalho, mesmo no setor agrícola, mineral ou na indústria. Especificamente no que tange ao *trabalho afetivo*, o que se produz e reproduz são “redes sociais, formas de comunidade, biopoder” (Hardt, 2003, p.152), ou seja, sociabilidades, subjetividades e valores que, uma vez apropriados pelo capital, instituem novas formas de divisão de trabalho, acumulação financeira e, em última instância, modos de vida.

Nesse contexto, surgem modos de gestão pública que substituem o controle disciplinar dos corpos pela mobilização do desejo, em favor do engajamento do trabalhador a um ideal de dinamismo, rapidez, dedicação, polivalência, comprometimento e excelência no trabalho (Gaulejac, 2011). “A

repressão é substituída pela sedução, a imposição pela adesão, a obediência pelo reconhecimento” (Gaulejac, 2007, p. 113).

“Não se trata mais de regular através da determinação institucional de identidades, mas através da internalização de um modo empresarial de experiência que, com seu regime de intensificação, flexibilidade e concorrência” (Safatle, 2015a, p. 207). Além disso, produz uma espécie de “anomia administrada”, vinculada à conformação dos sujeitos a uma reconfiguração contínua e à construção performativa das identidades.

Nessa sociedade caracterizada como *hipermoderna*, a lógica do mercado rompe com todos os parâmetros que anteriormente organizavam as identidades individuais e impõe a todos um estilo de vida baseado no excesso: hiperconsumo e hiperperformance (Aubert, 2008). Nesse contexto, "o indivíduo inadimplente" seria aquele que declina sua identidade em termos de falta porque perdeu (ou nunca teve) laços privados ou sociais, profissionais, econômicos e emocionais que lhe permitiriam existir plenamente (Aubert, 2008).

A expansão do trabalho *on line* e dos aplicativos colocam o trabalhador em uma disponibilidade ininterrupta para o trabalho (Antunes, 2018) e vigilância contínua (Gaulejac, 2007). Concomitantemente, a relação dos sujeitos com o tempo é modificada, colocando-os em um estado de urgência constante (Aubert, 2003), de modo que se tornam cada vez mais borradas as fronteiras entre os tempos da vida profissional e da vida privada (Gaulejac, 2007). Tal modo de gestão intensifica o volume de trabalho e diminui o tempo e os recursos para desenvolvê-lo, em razão da eficiência do sistema. Além disso, responsabiliza os trabalhadores pelo controle de sua produtividade, estimula o individualismo e a competição, induzindo-os não só a aceitar coletivamente modos de funcionamento que condenam individualmente como os confronta como uma série de injunções paradoxais (Gaulejac, 2011). Espera-se que a pessoa se mobilize totalmente para realizar o trabalho necessário sob condições insuficientes, devendo encontrar as soluções que lhe permitam conciliar os objetivos de produtividade e qualidade que lhe são impostos e que nem sempre são compatíveis (Linhart, 2014). Em última instância, favorece a superexploração, salários degradantes, assédio, adoecimento, padecimento e mortes decorrentes das condições de trabalho (Antunes, 2018).

Linhart (2014) sublinha que se soma à precariedade objetiva um outro tipo de precariedade que afeta até mesmo os trabalhadores estáveis: a *precariedade subjetiva*. Trata-se de uma sensação de “não estar em casa no trabalho”; não poder contar com a rotina ou os saberes acumulados pela experiência; sentimentos difusos de ser induzido a erros; sentimento de isolamento e abandono. É também a perda de autoestima, de não poder controlar o seu trabalho e de ter que desenvolver constantemente esforços para se adaptar, para cumprir os objetivos estabelecidos, para não se colocar em perigo física ou moralmente na interação com os usuários; sentimento de fazer um trabalho ruim e, ao mesmo tempo, ter que provar o tempo todo empregabilidade e competência.

Fica claro que a precarização é produto de uma escolha política e não de mera fatalidade econômica. Sobretudo, consiste em uma estratégia de dominação que persuade ao consentimento com condições de trabalho e emprego precárias, fundada na instauração de uma situação generalizada e permanente de insegurança, visando obrigar os trabalhadores à submissão e à aceitação da exploração (Bourdieu, 1998).

Essa realidade afeta diretamente o trabalho em saúde, minando as bases em que se fundamenta o SUS. Silva, Batista e Santos (2017) apoiam-se em Soares (2014) ao apontar que, nesse contexto, a atividade dos trabalhadores tende a ser tecnicizada, restrita e envolta em ações emergenciais já que “a racionalidade do sistema permite a existência de um grande contingente de demandas não contempladas, as quais devem ser resolvidas no espaço das emergências, dos pronto-atendimentos ou mesmo nas ações curativas ou assistenciais de modo geral” (n.p.). Para os autores, essa lógica emergencial requer dos profissionais de saúde ações imediatas, ágeis e objetivas, sendo cada vez mais impulsionados a atuarem dessa forma pelo aumento das demandas. “Esses fatores refletem o privilégio da ideologia neoliberal, pois esse tipo de intervenção propicia uma maior lucratividade ao capital” (n. p.).

Os serviços de Saúde Mental, imersos nesse contexto, não escapam dos efeitos da precarização do trabalho como se verá mais adiante, especialmente os CAPS que se estruturam na dupla tarefa de conciliar urgência e referência.

3 CAPS: DISPOSITIVO CLÍNICO-POLÍTICO DE CUIDADO EM REDE

3.1 CAPS: A letra da norma

O CAPS surge como uma das principais estratégias para a efetivação da reforma psiquiátrica brasileira nos anos de 1980. Trata-se de uma invenção inspirada nas experiências francesa, inglesa e italiana de serviços substitutivos ao manicômio com função estratégica no acolhimento das urgências, na referência dos casos mais graves de um dado território e na articulação da rede substitutiva de cuidado em saúde mental.

A Portaria GM 224/92 (1992) caracteriza-se como o primeiro documento normativo para o funcionamento dessas unidades, definindo modalidades, equipe mínima e modo de funcionamento. Essa portaria definiu CAPS como “unidades de saúde locais/regionalizadas que contam com uma população adstrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional”. Dez anos depois, a Portaria 336 (2002) amplia essa definição para “serviço ambulatorial de atenção diária que funcione segundo a lógica do território para pessoas com transtornos mentais severos e persistentes e/ou usuárias de álcool e drogas”.

O Ministério da Saúde (Brasil, 2004) passa a definir CAPS como “dispositivos que devem estar articulados à rede de serviços de saúde e necessitam permanentemente de outras redes sociais, de outros setores afins, para fazer face à complexidade das demandas de inclusão daqueles que estão excluídos da sociedade por transtornos mentais”(p.11). De acordo com este manual para o funcionamento dos CAPS, caberia a esse dispositivo o papel estratégico na organização da rede comunitária de cuidados, desenvolvendo projetos terapêuticos e comunitários, efetivando a dispensação de medicamentos, encaminhando e acompanhando usuários que moram em residências terapêuticas, assessorando e sendo retaguarda para o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde e Equipes de Saúde da Família no cuidado domiciliar.

Os CAPS devem ofertar tanto cuidados clínicos quanto estratégias de reabilitação psicossocial, “com o objetivo de substituir o modelo hospitalocêntrico, evitando as internações e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias” (Brasil, 2004, p.12). Cabe ainda ao CAPS a organização e regulação da demanda e da rede de saúde mental no âmbito do seu território, o que inclui supervisão, matriciamento e capacitação de profissionais da Atenção Básica e Hospitalar. O CAPS deve possuir capacidade técnica de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e estar referenciado a um serviço de atendimento de urgência/emergência geral de sua região, que fará o suporte de atenção médica (Brasil, 2004).

No que concerne à assistência prestada, o CAPS deve oferecer (Portaria 336, 2002):

- atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);
- atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);
- atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;
- visitas domiciliares;
- atendimento à família;
- atividades comunitárias enfocando a integração do paciente na comunidade e sua inserção familiar e social;
- acolhimento noturno, nos feriados e finais de semana, com no máximo 05 (cinco) leitos, para eventual repouso e/ou observação (CAPS III); manter de 02 (dois) a 04 (quatro) leitos para desintoxicação e repouso (CAPS ad);
- desenvolvimento de ações intersetoriais, principalmente com as áreas de assistência social, educação e justiça (CAPSi);
- os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária; os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas

refeições diárias, e os que permanecerem no serviço durante 24 horas contínuas receberão 04 (quatro) refeições diárias;

- a permanência de um mesmo paciente no acolhimento noturno fica limitada a 07 (sete) dias corridos ou 10 (dez) dias intercalados em um período de 30 (trinta) dias.

Atualmente, o CAPS é definido como serviço “constituído por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo, e não intensivo” (Portaria 3088, 2011). As atividades devem ser realizadas prioritariamente em espaços coletivos (grupos, assembleias de usuários, reunião diária de equipe), de forma articulada com os outros pontos de atenção da rede de saúde e das demais redes.

Além disso, o cuidado, ainda de acordo com a Portaria 3088 (2011), deverá ser desenvolvido por intermédio de Projeto Terapêutico Individual, construído pela equipe do CAPS, juntamente com o usuário e sua família. A função inicial do CAPS de centralidade na ordenação do cuidado agora deverá ser compartilhada com outros dispositivos da rede, em especial com a Atenção Básica, garantindo permanente processo de cogestão e acompanhamento longitudinal dos casos. Dessa forma, o CAPS passa a ser concebido como um serviço “especializado” (Portaria 3088, 2011).

A equipe dos CAPS deverá ser composta por profissionais de nível superior (psiquiatras, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, educador físico, pedagogo, terapeuta ocupacional, entre outros) e profissionais de nível médio (técnicos e auxiliares de enfermagem, técnico administrativo).

A portaria 3088 (2011) define que as modalidades de CAPS devem variar da seguinte forma, de acordo população da área de abrangência:

- CAPS I: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool

e outras drogas de todas as faixas etárias; indicado para Municípios com população acima de vinte mil habitantes;

- CAPS II: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, conforme a organização da rede de saúde local, indicado para Municípios com população acima de setenta mil habitantes;
- CAPS III: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS ad, indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes;
- CAPS AD: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário, indicado para Municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes;
- CAPS AD III: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo doze leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes; e
- CAPS i: atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço aberto e de caráter comunitário indicado para municípios ou regiões com população acima de cento e cinquenta mil habitantes.

Mais recentemente, a Portaria 3588/2017 institui uma nova modalidade, o CAPS AD IV, cuja implantação deve ser planejada junto às cenas de uso em

municípios com mais de 500.000 habitantes e capitais de Estado para atender pessoas com quadros graves e intenso sofrimento decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, de todas as faixas etárias, proporcionando atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana e ofertando assistência a urgências e emergências, contando com leitos de observação.

Ao CAPS IV, de acordo com a Portaria 3588/2017, cabe uma dupla atribuição que já é prática nos demais CAPS: ter a capacidade de atender urgência e emergência psiquiátrica e, ao mesmo tempo, acolher e tratar casos novos e já vinculados, sem agendamento prévio e sem qualquer outra barreira de acesso, constituindo-se em referência de cuidado e proteção para usuários e familiares em situações de crise e maior gravidade. A portaria define que a partir da designação de um profissional de referência será produzido um Projeto Terapêutico Singular em conjunto com o usuário e seus familiares que permita acompanhar o usuário nos contextos cotidianos, promovendo a inserção, proteção e suporte no processo de reabilitação psicossocial, ampliando as possibilidades de vida e mediando suas relações sociais.

Embora, desde 2015, o governo federal não disponibilize dados acerca do processo de desinstitucionalização e expansão da rede de serviços substitutivos, segundo o Panorama Diagnóstico da Política de Saúde Mental (Brasil, 2017) estima-se um número absoluto de 2462 CAPS em todo Brasil, sendo que apenas 100 unidades funcionam como CAPS III e 106 como CAPS ad III, número significativo, porém ainda insuficiente para responder às demandas de atenção à crise que surgem com a desativação de leitos em hospitais psiquiátricos.

3.2 As renormalizações no cotidiano de trabalho nos CAPS: o que revelam as pesquisas

A normatividade oficial traz exigências técnicas e éticas que complexificaram as atividades dos trabalhadores no campo da saúde mental. Estar implicado com a desinstitucionalização da loucura requer articular conhecimentos interdisciplinares tanto para acompanhar os usuários no momento da crise quanto na construção de uma rede de saúde e suporte social

que lhes garanta o exercício da cidadania. Entretanto, é a partir das condições concretas de trabalho e das relações entre trabalhadores e usuários no cotidiano que as práticas de cuidado no CAPS se constroem.

A partir de uma revisão de literatura foi possível identificar alguns estudos que revelam como as normas instituídas para o funcionamento dos CAPS têm sido ressingularizadas, bem como as ressonâncias para a saúde e subjetividade dos trabalhadores.

Considera-se que, diferentemente dos manicômios, “cada CAPS é um CAPS” (Remminger & Brito, 2012), tem cultura e modos próprios de organização que variam de acordo com a diversidade da população atendida, das características do território e dos recursos disponíveis para o desenvolvimento das ações de cuidado (Pinho, Souza & Esperidião, 2018).

A maior parte dos estudos encontrados são de abordagem qualitativa. Até 2007, poucas publicações faziam referência ao trabalho no CAPS, as quais se concentram, principalmente, no período entre 2008 e 2012 (Almeida, 2012; Pinho, Souza & Esperidião, 2018). As publicações desse período revelam a importância do engajamento militante dos trabalhadores na efetiva construção de um cuidado pautado na lógica antimanicomial, ainda que persistissem descompassos entre discursos e práticas (Bueno & Caponi, 2009; Leão e Barros, 2008; Nardi & Remminger, 2007; Nunes, Torrenté, Ottoni, Moraes Neto & Santana, 2008; Vasconcelos & Azevedo, 2010). Constatava-se disposição ética para reforma psiquiátrica, embora o trabalho nem sempre caminhasse nessa direção (Garcia & Jorge, 2006). Observavam-se práticas que oscilavam entre o tradicional e o novo (Koda & Fernandes, 2007) ou um discurso focado no novo que se contrapunha a uma prática focada no tradicional (Fodra & Costa-Rosa, 2009; Leão & Barros, 2008; Santos, 2010; Vasconcelos & Azevedo, 2010). Tal descompasso era atribuído, especialmente, ao período da transição de modelos de atenção que acarretaria um potencial desequilíbrio entre demanda e oferta e um desenvolvimento parcial, incompleto e provisório das ações assistenciais (Lancman & Pereira, 2008; Souza, Kantorski, Gonçalves, Mielke & Guadalupe, 2007), já que as velhas tecnologias do poder psiquiátrico e da lógica da

compaixão ainda integravam o patrimônio de saberes e a memória dos trabalhadores do CAPS (Remminger, 2010).

Apesar dos desafios apontados, os estudos reconhecem a transformação do cuidado, a afirmação dos ideais da reforma psiquiátrica, a aversão ao modelo manicomial e a necessidade de criação de espaços para repensar e reformular as práticas e teorias de forma contínua. Surgem também, no final desse período, algumas pesquisas que revelam vivências de prazer e sofrimento associados ao trabalho (Glansner, Olschowsky, Kantorsky, 2011; Guimarães, Jorge, Assis, 2011; Uchida, Sznelwar, Barros & Lancman, 2011).

Publicações mais recentes têm evidenciado, entre outros aspectos, o impacto da gestão neoliberal no processo de trabalho e na subjetividade dos trabalhadores (Anjos Filho & Souza, 2017; Azevedo & Figueiredo, 2015; Barros & Bernardo, 2017; Gomes, 2015; Silva, Aciole & Lancman, 2017).

De um modo geral, os estudos que analisam as práticas em contraposição aos ideais da Reforma Psiquiátrica servem a denunciar uma lacuna significativa entre o funcionamento proposto no aparato legislativo conquistado e as possibilidades concretas de produzir o cuidado. Múltiplas são as razões atribuídas a essa discrepância. Parte do problema refere-se à burocratização e precarização dos serviços (Barros & Bernardo, 2017; Fiorati & Saeki, 2013; Gomes, 2015; Ruas & Mendes, 2017; Silva, Aciole & Lancmam, 2017; Silva & Costa, 2010). A falta de condições materiais e estruturais para o desenvolvimento do trabalho foi considerado como o principal fator de insatisfação, gerando sentimentos de angústia e tristeza (Guimarães, Jorge & Assis, 2011; Ribeiro *et al*, 2018).

Quanto a esse aspecto, Alves, Dourado e Cortês (2013); Rézio e Oliveira (2010) e Schneider, Camatta, Nasi, Adamoli & Kantorski (2009) apontam uma série de dificuldades relacionadas à estrutura física e material que afetam a dinâmica institucional. A condição de trabalho onde prevalecem os contratos temporários é considerada um fator que dificulta a atenção psicossocial, uma vez que resta ao trabalhador “pouco poder de contratualidade para o exercício de práticas emancipatórias no processo de trabalho/cuidado” (Oliveira, 2006, p.

696). A insuficiência de recursos humanos compatíveis com as demandas do serviço, a rotatividade de profissionais e a jornada extensa de trabalho também aparecem como fatores intervenientes nos processos de trabalho (Leão e Barros, 2008; Oliveira, 2006). Já o estudo de Silva e Lima (2017) ressalta que a estrutura e os recursos humanos da maior parte dos quatorze CAPS analisados em Minas Gerais estavam de acordo com o que preconiza a legislação. O que ocorre é que a legislação precisa ser atualizada a fim de se adequar à realidade atual das demandas dos serviços, favorecendo maior comunicação e articulação entre os pontos da rede para atender às demandas sociais associadas ao sofrimento psíquico, fator identificado como a principal dificuldade dos serviços.

Silva, Aciole & Lacman (2017) destacam que o modo de gestão neoliberal foi apontado como principal elemento disparador de “crise de identidade” e “convivialidade”, o que ameaça não somente a condição do serviço de operar de acordo com os pressupostos da reforma psiquiátrica, mas também a manutenção do emprego dos trabalhadores. Nessa direção, Oliveira (2006) já apontava uma série de contradições que atravessam a organização do trabalho nos CAPS. De um lado, o CAPS organiza-se legal e normativamente em torno da atenção psicossocial. De outro, as condições de trabalho não favorecem a construção de uma clínica compromissada com a cidadania e acabam por fazer com que as equipes funcionem na instrumentalização do trabalho médico. A centralização médica e a medicalização foram apontadas também em outros estudos como fator que persiste e dificulta os processos de trabalho na perspectiva da atenção psicossocial (Abuhab, Santos, Messenberg, Fonseca & Silva, 2005; Fiorati & Saeki, 2013; Quinderé, Jorge & Franco, 2014; Silva, 2016; Silva, Aciole & Lancman, 2017; Vasconcelos & Azevedo, 2010)

Nesse sentido, há que se considerar os argumentos de Nardi e Remminger (2007) quando afirmam que os entraves para a efetiva implementação de reforma psiquiátrica não se concentram necessariamente na falta de vontade política ou de recursos financeiros, mas nos processos de subjetivação dos trabalhadores, no modo como se relacionam com os discursos (médicos, religioso e da cidadania) que engendram relações de poder, atravessam sua prática e oferecem parâmetros de reconhecimento.

As deficiências na formação também ganham destaque em estudos que apontam que profissionais formados na lógica do antigo modelo assistencial podem ter dificuldade de realizar o trabalho na perspectiva psicossocial (Milhomem & Oliveira, 2009; Ribeiro, 2015), o que leva Remminger e Nardi (2007) a questionarem se a reforma psiquiátrica só seria possível com trabalhadores militantes. Por outro lado, Remminger (2010) destaca que, além de romper as fronteiras do especialismo, deixando os trabalhadores confusos quanto ao que podem ou não fazer, os saberes considerados válidos são aqueles adquiridos na experiência em serviço, “uma sabedoria do corpo, não codificável, pouco dizível, mas que garante os diferentes espaços de cuidado dentro do CAPS” (p.209).

Alguns autores identificam a coexistência dos paradigmas biomédico, manicomial e da Atenção Psicossocial nos discursos e ações das equipes, onde a prática se encontra próxima das ideias de integração e de interdisciplinaridade auxiliar e não da construção efetiva de saberes e projetos terapêuticos compartilhados (Jafelice & Marcolan, 2018).

No entanto, há que se reconhecer que, conforme mostram Pinho, Souza e Espiridião (2018), em uma revisão integrativa de literatura que considera o período de 2001 a 2014, foi desenvolvida uma série de estudos acerca de novas práticas desenvolvidas nos CAPS em que o acolhimento, a escuta e o vínculo de confiança entre trabalhadores e usuários, o Projeto Terapêutico Singular, o manejo de crise, os grupos e oficinas terapêuticas, atendimentos e visitas domiciliares, reuniões de equipe, matriciamento e referenciamento são analisados em suas limitações e potências.

Raros são os estudos que se ocupam estritamente da atividade do técnico de referência. Miranda e Furtado (2006) avaliam, segundo a perspectiva de pacientes psicóticos em tratamento nos CAPS, que os profissionais de referência os conhecem profundamente e realizam a função de mediação de suas relações sociais, familiares e laborais, ofertando suporte afetivo para que se apropriem de suas vivências e possam administrá-las de um modo pessoal. Entretanto, este estudo não considera o ponto de vista da atividade dos próprios técnicos de referência. Já Miranda e Onocko-Campos (2010), incluindo a perspectiva

também dos profissionais, gestores e familiares, através de uma análise de grupos focais cujo tema era equipes de referência, apontam que esse arranjo é útil para viabilizar a discussão interdisciplinar dos casos e o compartilhamento das responsabilidades, além de contribuir para que os usuários formem laços afetivos com mais de um técnico, evitando sua própria cronicidade. Entretanto, explicitam o incômodo dos profissionais com a indeterminação de papéis entre as categorias. Nessa perspectiva, o fato de a atividade do técnico de referência guiar-se mais pelas necessidades do paciente do que pela formação foi avaliado com gerador de angústia.

Resultados semelhantes foram apontados por Silva e Costa (2010) que ressaltam o sofrimento psíquico do referente como um aspecto que emergiu em decorrência de três fatores principais: a responsabilização decorrente do vínculo com o usuário, a precariedade das condições de trabalho e a dimensão clínica.

Especificamente no campo das Clínicas do Trabalho, os estudos sobre o trabalho no contexto dos CAPS (Athayde & Hennington, 2012; Azevedo & Figueiredo, 2015; Lancman, Sznelwar, Uchida, Alonso & Juns, 2008; Remminger & Brito, 2012; Ruas & Mendes, 2017; Silva, Aciole & Lancman, 2017; Uchida *et al*, 2011) identificam sentimentos de angústia, sofrimento e impotência relacionados às exigências do trabalho nos CAPS.

Silva, Aciole e Lancman (2017), a partir de um estudo de caso com base na perspectiva da Psicodinâmica do Trabalho, revelam vivências de sofrimento no trabalho associadas à introdução de um modelo neoliberal na gestão do serviço que dificulta a construção de regras coletivas e o desenvolvimento de empatia e cooperação profissional.

Uchida *et al* (2011) buscaram investigar a relação entre sofrimento e prazer no trabalho, bem como as dificuldades e estratégias criativas desenvolvidas pelos trabalhadores de um CAPS através de uma Ação de Psicodinâmica do Trabalho. O forte engajamento tanto clínico quanto político dos trabalhadores com o serviço e com os usuários trazia consequências para os processos de trabalho, para as relações de sofrimento e prazer no trabalho, para a realização de si e a construção identitária. Os trabalhadores questionavam-se

quanto a efetividade do serviço diante das dificuldades de desligamento dos usuários e relatavam fadiga decorrente das exigências cognitivas de atenção constante e das exigências afetivas que uma relação de maior proximidade com os usuários exigia tendo que, ao mesmo tempo, marcar limites entre a vida pessoal e profissional. Os autores ressaltaram que, apesar de tentarem estruturar uma rotina, os profissionais eram frequentemente interpelados pelas variabilidades do contexto, as quais exigiam flexibilidade e desenvolvimento de estratégias individuais e coletivas, tais como, a criação de uma equipe solidária e cooperativa.

Também na perspectiva da Psicodinâmica do Trabalho, Azevedo e Figueiredo (2015) apontam que a falta de reconhecimento da gestão, a falta de segurança nos atendimentos e a sobrecarga de trabalho são fatores que impactam em sofrimento, apesar do reconhecimento dos usuários e familiares, das relações entre os profissionais da equipe e da autonomia no trabalho proporcionarem vivências de prazer no trabalho.

Athayde e Hennington (2012) concordam que a atividade cotidiana dos profissionais de saúde mental demanda grande envolvimento subjetivo e revela-se desgastante, gerando sofrimento e adoecimento. Evidenciaram condições de trabalho insatisfatórias que repercutiam tanto no serviço prestado, como na saúde dos trabalhadores. Ainda assim, identificaram movimentos criativos, aspectos de satisfação pelo trabalho desenvolvido e estratégias utilizadas pelos sujeitos para o enfrentamento e a superação das adversidades que envolviam o apego aos ideais do SUS e da Reforma Psiquiátrica, o suporte da equipe e o reconhecimento do trabalho realizado.

Remminger e Brito (2012), de uma perspectiva Ergológica, observam que houve avanços principalmente quanto à consolidação de leis e portarias que apontam diretrizes para a construção de uma rede de atenção psicossocial pautada na valorização da subjetividade e cidadania do usuário, entretanto, paradoxalmente, identificam que há ausência de normas, na medida em que faltam referenciais sobre como desenvolver essa atividade no caso a caso. Se por um lado, essa ausência de normas é condição para o trabalho bem feito, por outro, por predominarem as variabilidades em detrimento da estabilidade, são

requeridas invenções constantes, “um uso exacerbado de si”, de modo que a criatividade, em alguns momentos, deixa de ser uma conquista e passa a ser um fardo. Esse vazio de normas, associado aos impedimentos de desenvolver e compartilhar sua atividade levariam os trabalhadores a recorrer justamente ao modelo que pretendem superar.

A avaliação de riscos no trabalho em um CAPS II, desenvolvida por Ruas e Mendes (2017), identificou uma prevalência de riscos considerados “invisíveis”. Os autores consideram que “o imprevisível diante da exposição aos riscos de agressão física e verbal (intimidação, ameaça, susto, medo)” (p. 140) tornava os trabalhadores vulneráveis não apenas fisicamente, mas sobretudo psicologicamente, acarretando impactos no desempenho profissional, afastamentos por acidentes e doenças profissionais. Esse estudo associa o aumento da violência, na percepção dos trabalhadores, como decorrente das mudanças do perfil dos usuários acarretadas pela associação da psicose ao consumo de drogas. Além disso, a diversidade de vínculos empregatícios e as formas de remuneração contribuem para a alta rotatividade entre os profissionais e dificulta produção e atualização de saberes necessários para a gestão da assistência e dos riscos. Entretanto, ressaltam a importância da integração e comunicação do coletivo de trabalhadores e a construção dos vínculos com os usuários para a antecipação e gestão dos conflitos e situações de riscos.

A agressividade e o comportamento violento sempre foram considerados desafios para a Psiquiatria e, por muito tempo, justificaram práticas de exclusão, segregação e construção de um imaginário de periculosidade e discriminação das pessoas com experiência de sofrimento mental. No contexto da Atenção Psicossocial, esses desafios persistem, porém tem sido possível construir formas de manejo da crise mais humanizados, considerando dois aspectos: sua imprevisibilidade e sua inscrição na história da pessoa. Para contornar as dificuldades nesse manejo, tecnologias pautadas em vínculos duradouros e na intensificação de cuidados possibilitam a estabilização do quadro crítico, prescindindo, em muitas situações, da medicação ou mesmo da força policial (Lima, Jucá, Nunes & Signos, 2012). Nesse sentido, Willrich, Kantorski, Chiavagatti, Cortes, & Pinheiro (2011) chamam a atenção para o fato de que a

periculosidade presente no imaginário social e de alguns profissionais dificulta o atendimento adequado na crise, impossibilitando “a construção de uma relação sujeito-sujeito, de um encontro em que estejam presentes o vínculo, a afetividade e a reciprocidade”(p. 61), enquanto que uma relação empática em que a escuta, o diálogo, a preocupação para tornar o ambiente seguro estejam presentes pode favorecer o desenvolvimento de estratégias de prevenção das agressões físicas. Além disso, acompanhar o usuário ao longo do tempo também contribui para o manejo da crise (Willrich *et al*, 2011).

A violência da crise psicótica difere, entretanto, da violência urbana e do tráfico de drogas que atravessa os CAPS inseridos em territórios vulneráveis, dificultando o acesso dos profissionais ao território, a adesão dos usuários ao tratamento, expondo os técnicos a situações de medo de ameaças à sua integridade moral e física, gerando sentimento de vulnerabilidade, impotência diante da precariedade e sofrimento psíquico na equipe, como demonstram Souza, Valência, Dahl & Cavalcanti (2011).

Embora esta revisão não tenha a pretensão de esgotar os aspectos diversos que envolvem o trabalho no CAPS, ela oferece elementos que permitem afirmar, em concordância com Remminger (2010) que, “o trabalho em saúde mental é identificado como uma atividade, ao mesmo tempo singular e coletiva, criativa e angustiante, gratificante e desgastante e que, para além do corpo do trabalhador, deve contar com sua capacidade relacional” (p.206). Como lugar de conflitos e saberes em permanente construção, é possível reconhecer que as novas formas de cuidar têm produzido alívio e mudanças significativas na vida dos usuários, embora as equipes relatem exaustão diante do “medo das crises, com as urgências e emergências, e o massacre que tem sido, simplesmente, tocar os fluxos de atendimento” (Mehry, 2004, p.13), aspectos intensificados pelo atual contexto de precarização do trabalho e desmonte da reforma psiquiátrica antimanicomial.

3.3 A singularidade de um CAPS no projeto de Saúde Mental de Belo Horizonte

A experiência de desinstitucionalização e tratamento antimanicomial da loucura, em Belo Horizonte, caracteriza-se como um projeto ambicioso, com

algumas peculiaridades em relação a como a construção da rede de serviços substitutivos se organizou no país. Ainda hoje incompleto e prenhe de contradições, trata-se de um dos projetos que contaram com grande volume de investimento, especialmente nos primeiros anos de sua implementação, constituindo-se como referência internacional para a estruturação do cuidado em liberdade.

Essa rede teve o início de sua construção em 1994, quando vários dispositivos foram criados e intensamente desenvolvidos nos primeiros quatro anos de sua existência por contar com o apoio de uma gestão pública da Frente BH-popular (Loboque, 2001). Estes dispositivos deveriam se articular em rede de modo a oferecer um cuidado integral e territorializado: quatro Centros de Convivência, quatro CAPS, que no município denominam-se CERSAM (Centro de Referência em Saúde Mental)¹ e o Projeto Arte na Saúde², que atuavam de forma regionalizada em articulação com as Equipes mínimas de Saúde Mental dos Centros de Saúde. Ao longo de sua existência, houve grande investimento no fechamento dos hospitais psiquiátricos da região e no desenvolvimento de estratégias de desinstitucionalização dos usuários com a criação de serviços residenciais terapêuticos em todas as regiões da cidade.

O CAPS em análise, projetado como um dos dispositivos dessa rede, foi criado em 1996 e organizou-se, nos primeiros anos, inspirado pela experiência bem-sucedida da criação, dois anos antes, do primeiro CAPS do município, cujo projeto de trabalho deveria estruturar-se em dois eixos: a clínica e a política. A clínica, por sua vez, deveria ter duas vertentes articuladas: a da urgência e da referência (Campos, 1998).

Ao longo dos vinte anos de sua existência, este CAPS ampliou-se e organizou-se articulado à construção de uma Rede de Saúde Mental.

¹ Em Belo Horizonte, os CAPS foram denominados Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAM). Apesar de seu credenciamento como CAPS junto ao Ministério da Saúde, a política de Saúde Mental do Município optou por manter a nomenclatura inicial.

² O Arte da Saúde é um programa de promoção de saúde voltado para crianças e adolescentes de seis a dezoito anos, em situações de vulnerabilidade, risco social e/ou pessoal, usando a arte e suas diversas expressões como principais ferramentas de produção de cidadania e protagonismo infanto-juvenil. O Arte da Saúde oferece oficinas de arte em várias modalidades: artes plásticas, artesanato, dança, música, teatro, circo e outras, além de atividades socioculturais e de circulação urbana (Prefeitura de Belo Horizonte, 2019).

Atualmente, essa rede conta com oito CAPS III, três CAPS III i, cinco CAPS III ad, nove Centros de Convivência, equipes mínimas de Saúde Mental em todos os Centros de Saúde, nove Equipes Complementares de Saúde Mental destinadas ao atendimento ambulatorial de crianças e adolescentes e Projeto Arte na Saúde, uma Associação de Trabalho, quatro equipes de Consultórios de Rua, duas Unidades de Acolhimento Transitório adulto e infanto-juvenil, 33 Serviços Residenciais Terapêuticos que acolhem 268 moradores, uma Residência Integrada de Saúde Mental, um Serviço de Urgência Psiquiátrica (SUP) que oferece retaguarda no período noturno aos CAPS e 10 leitos psiquiátricos em Hospital Geral destinados a atender, prioritariamente, os casos em que estão imbricadas comorbidades clínicas e psiquiátricas. Além disso, dispõe de dispositivos de controle social como o Fórum Mineiro de Saúde Mental, a Frente Mineira de Drogas e Direitos Humanos, a Associação de Usuários de Saúde Mental, a Comissão Municipal de Reforma Psiquiátrica, o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental e o Conselho Municipal de Saúde.

O CAPS em análise, atualmente, é referência de urgência em saúde mental para uma população de aproximadamente 380 mil habitantes, oferecendo cobertura para 20 Unidades Básicas de Saúde presentes no território (Prefeitura de Belo Horizonte, 2019). O território é abrangente, heterogêneo, conta com grandes instituições de caráter fechado ou assistencial (prisões, centros socioeducativos, hospital psiquiátrico, albergues municipais) e abrange extensas áreas de favelas e assentamentos informais. Além disso, contempla parte da região central da cidade que possui um expressivo contingente de população que vive nas ruas. Tais características demandam intervenções complexas e diversificadas.

O cuidado oferecido orienta-se pelas diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental (Lei 10216, 2001), funcionando 24 horas, todos os dias da semana e estruturando-se nas modalidades intensiva/hospitalidade noturna (HN), semi-intensiva/permanência dia (PD) ou ambulatorial. O ambulatório-crise consiste em consultas agendadas com técnico de referência e psiquiatra. A permanência dia prevê a oferta de atendimento individualizado com as referências técnicas, cuidados de alimentação, higiene, transporte, administração de medicamentos e a participação em atividades coletivas como, por exemplo, assembleia de

usuários e oficinas terapêuticas. Além desses cuidados, no CAPS, a hospitalidade noturna é reservada aos casos, contingencialmente, considerados mais graves. O serviço dispõe de seis leitos para hospitalidade noturna e não há limites para a indicação de frequentar a permanência dia e as consultas ambulatoriais, cabendo aos TSS a regulação da porta-de-entrada.

Atualmente, o CAPS conta com um gerente, uma equipe técnica composta por quatro psiquiatras, cinco psicólogos, cinco terapeutas ocupacionais, duas assistentes sociais, cinco enfermeiros, uma farmacêutica, 32 auxiliares de enfermagem e uma equipe de apoio, composta por quatro porteiros, quatro auxiliares administrativos, seis auxiliares de limpeza e dois copeiros). Essa equipe atende uma média de 360 usuários/mês, em regime de acolhimento, hospitalidade noturna, permanência dia ou atendimento ambulatorial. Desse contingente, apenas uma média de 280 estão inscritos em tratamento. Além disso, essa equipe desenvolve projetos de formação de estagiários de diversas áreas profissionais (Terapia Ocupacional, Enfermagem, Psicologia, Medicina) e de Residentes do Programa de Residência Integrada em Saúde Mental³.

Há dois tipos diferentes de vínculo trabalhista: efetivos e contratados. Trabalhadores efetivos são aqueles que foram aprovados em concurso público, contam com estabilidade e plano de carreira. Os contratos administrativos são realizados a partir de processo seletivo simplificado, porém, em caráter temporário de 30 meses, podendo ser renovado após período de interrupção de no mínimo 30 dias. Os salários são menores e não contam com os mesmos benefícios garantidos aos trabalhadores efetivos.

O serviço se organiza desde o início de sua existência a partir da tarefa de conciliar de urgência e referência. A urgência se estrutura em escalas de plantões de 6h, onde dois TSS, independente da formação e um psiquiatra se revezam nas tarefas de acolher novos usuários, avaliar as demandas, a urgência e os riscos e propor uma primeira proposta de intervenção no serviço ou de

³ Programa de formação em serviço, em regime de Pós-graduação *Latu senso*, a partir de uma parceria da Prefeitura de Belo Horizonte com a Universidade Federal de Ouro Preto.

transferência do cuidado para outro dispositivo da rede que possa responder adequadamente à demanda. Além disso, tradicionalmente cabia ao plantão a avaliação diária dos usuários que estão em hospitalidade noturna e a administração das questões da permanência dia. Recentemente, essa função foi revista com a intenção de diminuir a sobrecarga de atividades para o plantão. As tarefas foram divididas com dois TSS escalados especificamente para a gestão da PD, ficando encarregados da lista de indicações, do transporte, de coordenação de atividades coletivas, como assembleias ou oficinas, negociações sobre entradas e saídas e atendimentos pontuais dos usuários indicados na PD. Entretanto, a mudança ainda não foi totalmente assimilada devido às variabilidades do contexto que exigem o deslocamento dessa tarefa para outras atividades de urgência, dentre elas, a frequente falta de profissionais no último ano.

A referência deve se estruturar pelo acompanhamento individualizado dos usuários em crise. No CAPS, cada usuário deve ser referenciado por um técnico de referência, um profissional de formação universitária que conduz o caso, “encarregado mais diretamente de decidir, seguir e avaliar com o paciente seu processo de tratamento” (Lobosque, 2003, p. 33). Essa atividade é descrita como aquela que permite um vínculo mais próximo com o usuário e sua família. O Técnico de Referência se encarrega diretamente do projeto terapêutico singular de cada usuário, construído juntamente com o psiquiatra de referência, o usuário e a família a partir das demandas e singularidades de cada caso. O Técnico de Referência precisa ser capaz de desenvolver um repertório de ações que descentralize a contenção e medicalização e que promova a autonomia e a construção de laços sociais (Minas Gerais, 2006).

Em termos práticos, compõem as tarefas do técnico de referência: realizar atendimentos individuais; definir a frequência do usuário no serviço; avaliar as demandas e agenciar os recursos para atendê-las, o que envolve encaminhamento para avaliação psiquiátrica e monitoramento do uso de medicação; a viabilização da participação do usuário em atividades coletivas dentro e fora do serviço; o acolhimento e a orientação à família e aos demais profissionais sobre necessidades específicas do usuário. Além disso, cabe ao

Técnico de Referência “secretariar” o usuário na gestão de sua vida cotidiana até que desenvolva autonomia para tanto, promover articulações com outros pontos da rede e fazer encaminhamentos para continuidade do tratamento em outros serviços (Minas Gerais, 2006).

Nesse sentido, faz parte das tarefas da referência acompanhamentos terapêuticos para agenciar ações bancárias, relacionadas a benefícios assistenciais, pagamentos, compras, atendimentos médicos ou tratamentos dentários, visitas domiciliares e busca ativa, atividades que, por vezes, contam com o suporte da equipe de enfermagem, estagiários e residentes.

A equipe técnica é dividida em cinco microáreas que referenciam usuários de três a seis centros de saúde de determinado território geográfico. Cada microárea tem um psiquiatra e três ou quatro TSS. Essa organização permite o estreitamento da relação com as equipes de saúde do território e o conhecimento dos recursos e dinâmicas presentes naquela determinada área de abrangência. Uma das microáreas não tem psiquiatra e a referência dos centros de saúde é dividida entre outros três.

Aos enfermeiros cabe ainda a responsabilidade pela organização das escalas e supervisão da equipe de enfermagem. A consulta psiquiátrica e a prescrição medicamentosa são atividades especificamente médicas. O regime de trabalho é de 20 horas semanais, divididas em quatro dias da semana para os TSS e três ou quatro para os médicos. Além dessa carga horária, todos esses profissionais se revezam em regime de plantão de 12 horas extras nos finais de semana.

Os técnicos e auxiliares de enfermagem revezam-se em plantões de 12x60. Cada plantão diário conta com cinco ou seis profissionais que se alternam nas tarefas de acompanhar o transporte dos usuários, auxiliar na rotina da PD, na gestão dos medicamentos na farmácia, na ministração diária da medicação, coleta de material de exames e aferição dados vitais no posto de enfermagem.

Nos finais de semana ficam, na casa, apenas um TSS e quatro ou cinco técnicos de enfermagem e, eventualmente, um psiquiatra que referencia todos os demais CAPS da cidade por meio de consulta presencial ou telemedicina.

São indicados para PD, teoricamente, os casos mais graves. O TSS fica durante esse tempo responsável por todos os acolhimentos e gestão das situações da PD e HN que nem sempre são tranquilas e, por vezes, envolvem contenção física ou química, necessidade de medicação extra, internação involuntária e mediação de conflitos entre usuários. O TSS conta com a retaguarda da telemedicina, mas as decisões nem sempre podem esperar o tempo da burocracia⁴. O mesmo ocorre no período noturno. Permanecem no serviço apenas três ou quatro técnicos de enfermagem que se responsabilizam pelo cuidado com os usuários em HN, contando com a retaguarda médica do SUP⁵. Quando o número de indicações de HN excede o número de vagas, os usuários excedentes são direcionados para pernoitar em outro CAPS, se houver vaga disponível ou no SUP.

A gestão participativa se efetiva por meio da participação dos trabalhadores nas discussões sobre os processos de trabalho e construção dos projetos terapêuticos. Diariamente, ocorrem três reuniões de equipe para passagem de plantão, onde são discutidos os casos mais graves, especialmente os que estão em HN, as intercorrências e pendências de um turno para o outro. Semanalmente, o serviço dispõe de uma reunião mais ampliada com toda a equipe. Essa reunião se divide em momentos de construção dos casos e momentos de informes e discussão do processo de trabalho. Os TSS e médicos têm horário reservado em sua carga semanal para participar dessa reunião. Mensalmente, essa reunião é ampliada com a participação de todas as equipes dos centros de saúde e centro de convivência da área de abrangência. Essa reunião ampliada se divide em supervisão clínica de casos, com orientação psicanalítica lacaniana e reuniões de microárea, onde cada microequipe do CAPS e equipes de saúde mental dos centros de saúde de um território delimitado se reúnem para a construção de casos acompanhados conjuntamente, aproximando-se de uma proposta de matriciamento.

⁴ Descrevi e analisei de forma bastante detalhada os fluxos desse processo de trabalho e as consequências desse tipo de organização do trabalho em Almeida (2012). Ainda que não se tratasse do mesmo serviço, a lógica da organização se assemelha.

⁵ O Serviço de Urgência Psiquiátrica funciona no período noturno em hospital geral, oferecendo retaguarda psiquiátrica a todos os CAPS da cidade.

Eventualmente, essas reuniões mensais são substituídas por Fóruns Formativos de Saúde Mental.

É interessante retomar, nas publicações históricas do serviço, a forma como foi concebida a proposta de articulação da urgência e da referência, as duas funções principais estruturantes do serviço:

Penso então que na urgência se instala um campo de trocas, de negociações com o sujeito, para conseguir um adiamento, um voto de confiança, um pequeno acordo. A partir disso, faremos todo o possível para que da queixa surja uma demanda, da demanda um sintoma. Uma vez instalada a transferência (o que pode acontecer em minutos), o sintoma está situado no espaço de cura. Trata-se de fazer entrar o paciente na estrutura. Para mim, aí está colocada a estrutura do tratamento e o CERSAM enquanto estrutura de suporte para fazer acontecer o tratamento (Soalheiro, 1994, p. 39).

O termo referência, por um lado, nomeação implícita no próprio nome do dispositivo, deveria se referir, primeiro, à ideia de estruturação do SUS que se construía naqueles primeiros anos de redemocratização do país: os princípios de regionalização de um certo território, de um recurso disponível para uma população de determinada área de abrangência e de hierarquização, estando o CAPS localizado como um serviço de urgência em Saúde Mental, articulado a uma rede de Atenção Básica.

Um segundo sentido a que se refere o termo referência é a clínica. “A clínica da referência” teria a função de subverter a noção de responsabilidade. O Técnico de Referência desloca a resposta normativa institucional para a possibilidade de sair do nível de indiferenciação e constituir o tratamento a partir da singularidade de cada sujeito na relação de transferência (Mandil, 1994).

A clínica da referência seria então marcada por um processo que envolve um laço de trabalho entre duas partes – os pacientes que nos procuram e nós que os atendemos com o projeto CERSAM. E a cada caso em que este laço se estabelece, uma estrutura é construída para viabilizar o tratamento. Um percurso que será

sempre de queixa ao trabalho para ambas as partes. Então, temos, por um lado, o desafio de ocupar o lugar em que cada caso nos coloca e, por outro, o desafio de ocupar o lugar que todo o sistema nos coloca: o da clínica da crise (Soalheiro, 1994, p.39).

Já se delineava, portanto, nas primeiras publicações acerca desse projeto clínico-político, as orientações e impasses para a “Clínica da Referência”, ainda que de forma bastante inespecífica, mas definitivamente marcada pelo ideal antimanicomial proposto pela reforma psiquiátrica italiana e pelo saber psicanalítico lacaniano como alternativa ao modelo psiquiátrico tradicional. Curiosamente, na organização da publicação institucional do primeiro CAPS da cidade, fruto de um seminário, dos nove artigos publicados, apenas dois (um psicólogo psicanalista e um usuário), não eram psiquiatras. Esse fato sugere que, nesse primeiro momento, o discurso muda, mas ainda não se desloca o poder de quem tem a palavra.

Apesar de não deslocar o poder, essa mudança no discurso psiquiátrico foi fundamental para que a reforma pudesse se concretizar e, aos poucos, outras vozes também pudessem ser ouvidas e valorizadas, assumindo um protagonismo a partir, justamente, do lugar da referência de cada caso, da apropriação de um saber singular constituído em relação.

É importante resgatar, nesse sentido, que a reforma psiquiátrica em Minas Gerais e, mais especificamente, em Belo Horizonte, surge no interior dos grandes manicômios públicos, onde o saber psiquiátrico era hegemônico, promovendo inicialmente, sua reforma e seu desmonte parcial, a partir da década de 1980. Os testemunhos do trabalho nos primeiros anos do CAPS revelam um coletivo militante e engajado nesse processo que não recuou frente ao desafio de concretizar o ideal de tratamento dos casos graves de sofrimento mental em situação de crise, prescindindo do hospital psiquiátrico. Segundo Brandão (2018) e Campos (1998), esse coletivo que deu vida ao CAPS esteve também dentre os responsáveis pela adesão ao Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental e da instauração da luta antimanicomial em Minas Gerais, inspirados pelas presenças marcantes de Franco Basaglia e de Robert Castel no III Congresso Brasileiro de Psiquiatria, em 1979. Ainda no âmbito do hospital,

esse coletivo teve a iniciativa de visitar o NAPS, de Santos e o CAPS Luiz Cerqueira, de São Paulo, primeiras instituições antimanicomiais criadas no país. Essa experiência inspirou a criação do primeiro Centro de Convivência e do primeiro hospital-dia da cidade, ainda no espaço hospitalar. O Hospital-dia pode ser considerado como um embrião do projeto do CERSAM que, anos mais tarde, deslocou-se para o território. Foi essa mesma equipe a responsável pela auditoria nos hospitais públicos de Minas Gerais, tendo em vista diagnosticar a situação para reordenar a assistência estadual (Campos, 1998).

A criação do CAPS marca, portanto, a tentativa de concretização desse ideal de “repensar e construir de outra maneira a presença da loucura entre nós” (Lobosque, 2003, p.17), tornando cada vez mais fluidas, mais transitáveis, mais flexíveis as fronteiras entre instituições destinadas aos loucos e a sociedade onde se desenrola vida, o que se faz através de uma operação de pensamento e prática onde a clínica não deveria ter o lugar central, mas conviver emparelhada com intervenções no âmbito da política, das legislações, da cultura e do trabalho. Dessa forma, o que se pretendia era romper com uma vocação histórica da clínica psiquiátrica com a disciplinarização, adestramento e adaptação às normas que apreendem o tempo, a vida e a força dos corpos, sujeitando-os. Almejava-se oferecer “uma ajuda que se procura exercer sem domínio, dirigida especialmente àqueles que se encontram, num dado momento, tomados por uma experiência insuportável de sofrimento psíquico” (Lobosque, 2003, p.21). Essa definição que Lobosque (2003) faz de uma “clínica em movimento” pressupõe uma ruptura com as formas tradicionais de se fazer clínica em Psiquiatria, primeiro, por sua dimensão política e social que ultrapassa as disciplinas psi e, segundo, com a forma de conceber a loucura não mais como doença ou transtorno, mas como experiência de sofrimento psíquico. Expressões como “casos agudos, urgências, crises, psicoses e neuroses graves, egressos de hospitais psiquiátricos” (Campos, 1998; ECL, 1998) designam, igualmente, o que se elegeu como prioridades para o acolhimento no CAPS.

O CAPS destina-se prioritariamente a “portadores de sofrimento mental grave em situação de crise” (Lobosque, 2003, p.22), estando indicado à permanência no serviço o usuário para o qual o sofrimento psíquico for vivenciado como insuportável, quando estiver inviável o convívio no contexto

sociofamiliar, quando estiverem indicados cuidados mais intensivos e constantes: “Estará conosco aquele usuário que não dorme há várias noites e anda de um lado para outro sem parar; aquele que parou de comer e tomar banho; aquele outro que não para de falar um minuto sequer; aquele ainda que acaba de realizar ou ameaçar seriamente uma agressão a si mesmo ou outrem” (Lobosque, 2003, p. 22).

Embora tomando o cuidado de evitar enquadrar sintomas em quadros diagnósticos rígidos, é possível perceber que a indicação para o tratamento seguia a mesma lógica da internação hospitalar. Entretanto, o cuidado que se pretendia ofertar partia de uma lógica totalmente diversa, a começar pela proposta arquitetônica que deveria mais se assemelhar a uma casa do que a um hospital. Conforme ressalta Loboque (2003), no lugar de leitos ou enfermarias, deveria haver quartos e camas. A circulação das pessoas deveria ser também distinta, sem a necessidade de locais de uso restrito para a equipe técnica. Alguns espaços como o posto de enfermagem e farmácia deveriam ser mais reservados, mas a princípio, em nenhum deles deveria estar proibida a entrada de usuários. Lobosque (2003) marca a importância das portas abertas nesse projeto inicial e a necessidade de admitir, como parte do trabalho, as interrupções constantes dos usuários com suas demandas diversas, tornando-as suportáveis, estabelecendo limites flexíveis e negociados. Os técnicos deveriam circular pelos espaços, assim como os usuários, não para vigiar, mas para fazer companhia, não só dentro como fora do CAPS, fazendo visitas domiciliares, buscas ativas, passeios, reuniões com outros serviços da rede. Entre o CAPS e a rua, o portão que se abre e fecha a partir de negociações, nem sempre tranquilas. “A arte da nossa clínica, num certo sentido é a arte de fechar apenas o estritamente necessário para que se possa abrir sempre e mais, logo a seguir” (Loboque, 2003, p.25).

Em 2001, O CAPS transfere-se para um local mais amplo onde passa a funcionar 12 horas por dia, todos os dias da semana, dividindo, com os demais CAPS já existentes, a população das macroregiões de cidade. Finalmente, em dezembro de 2002, passa a funcionar 24 h, prescindindo de fato do hospital psiquiátrico, ainda que como retaguarda.

A referência para o cuidado da população passa então a operar na lógica de um “tripé”, conforme Garcia (1998) ou um circuito, uma rede mínima, que incluía CAPS/Centro de Convivência/Centro de Saúde.

Se o projeto antimanicomial comportava uma ética que deveria guiar as ações contra uma estrutura que se deveria eliminar, a instituição ainda não dispunha de um saber-fazer consolidado. Inspirava-se em experiências de ruptura radicais com o modelo psiquiátrico, tais como, as de Trieste, na Itália e de Santos, em São Paulo, mas sua concretização, em permanente construção, encontrou grande resistência na gestão pública que se seguiu, o que comprometeu seriamente o projeto (Lobosque, 2003).

Há relatos de precarização do serviço com corte de material para oficinas, vales-transportes, medicamentos, fornecimento irregular de refeições e paralisação da expansão da rede de saúde mental (Lobosque, 2001). “O desinteresse da gestão pública levou o trabalho a automatizar-se, adquirindo características mais rotineiras e perdendo as mais criativas” (Lobosque, 2003, p. 37).

É importante ressaltar ainda que, ao longo dos vinte anos que se seguiram desde sua inauguração, o CAPS vem se debatendo entre períodos fecundos e períodos de profunda carestia, dependendo da forma como a gestão pública conduz ou prioriza projetos e investimentos, o que parece repercutir diretamente na qualidade do trabalho e satisfação dos trabalhadores.

Lobosque (2001), nesse sentido, denuncia uma forma como se pode acabar com um projeto sem negá-lo diretamente, apenas minando suas forças, enfraquecendo suas bases, levando os trabalhadores à exaustão, a descrença nesse projeto e a desinvesti-lo, repercutindo em desastres que “se fazem inevitáveis quando o caminho é feito para não chegar” (2001, p.160). A possível saída que a autora aponta é a organização livre, autônoma e disciplinada dos trabalhadores como movimento social. Nesse sentido, foi criado, na época, o Fórum Mineiro de Saúde Mental, uma entidade da sociedade civil, que articula familiares, trabalhadores e usuários na luta pela extinção da lógica manicomial. Esse fórum, que resiste até hoje com reuniões mensais, organiza, anualmente, o mais importante ato político de reafirmação do ideal de uma sociedade sem

manicômios: o Desfile do 18 de maio⁶. Concomitantemente, também foi criado o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental que se reúne periodicamente para pensar estratégias de resistência, especialmente quando direitos de trabalhadores e usuários estão mais ameaçados.

É interessante notar que, de forma singular, a reforma psiquiátrica no município vai se constituindo marcada pelo discurso da Reabilitação Psicossocial (Saraceno, 2001) e da Desinstitucionalização (Basaglia, 1985; Rotteli, Leonardis & Mauri, 1990), sem implicar em uma negação da clínica. Nos documentos históricos do CAPS, o que orienta, mais que o sujeito cidadão com baixa capacidade contratual, é o sujeito da experiência do sofrimento mental. “Mas, se este resgate [da cidadania] é condição imprescindível para avançarmos em direção ao tratamento, ele não pode ser tomado como um fim em si mesmo” (ECL, 1998, p.14). Da mesma forma, o discurso acerca da função que caberia a esse serviço de saúde mental, embora se coloque radicalmente contrária ao adestramento e sujeição dos corpos, não se propõe prioritariamente a criar oportunidades de ampliação das possibilidades de trocas de recursos e afetos nos três grandes cenários de seu meio social (habitat, rede social e trabalho), tal como defende Saraceno (2001). Define-se como o local onde se trata a crise, mas que deve estar articulado a outros dispositivos da rede de saúde mental que se destinariam a cumprir tais objetivos, como os centros de convivência, os serviços residenciais terapêuticos e associações de trabalho, as duas últimas demorando um pouco mais a se consolidar⁷. Essa opção leva o serviço a fazer escolhas instrumentais e a seguir uma trajetória bastante distinta de outras experiências brasileiras de CAPS que contam com retaguarda de leitos em Hospitais Psiquiátricos ou Hospitais Gerais.

O sujeito não é o cidadão [...] O cidadão é de início, um, qualquer um; um sujeito é singularidade que se afirma por ocasião de um

⁶ Na cidade de Belo Horizonte, o desfile acontece anualmente por volta do dia 18 de maio, data emblemática que marca a fundação do Movimento de Luta Antimanicomial, em 1987. Fazem parte do desfile trabalhadores, usuários, familiares e simpatizantes que atravessam o centro da cidade vestindo fantasias carnavalescas e entoando um samba enredo relacionado ao tema central do desfile. Toda a organização do evento, desde o planejamento até sua concretização, ocorre de forma democrática, envolvendo trabalhadores, usuários e serviços.

⁷ O primeiro Serviço Residencial Terapêutico foi criado em 2001 e a Suricato (Associação de Trabalho e Produção Solidária) iniciou sua estruturação, oferecendo cursos de qualificação profissional em 1999.

acontecimento a quem ele passa a dever fidelidade [...] O cidadão se faz sujeito no momento exato em que há apresentação/representação de um acontecimento. A soberania do sujeito surge, e não se contenta em residir no contrato ou no aspecto jurídico-formal. [...] Poderíamos nos contentar com o cidadão, abandonando a questão do sujeito, desistindo de fazer do cidadão um sujeito? (Garcia, 1998, pp.20-21).

O que se propunha, portanto, é que se perguntasse pelo sujeito que sustenta a clínica da psicose e que tem o direito de existir à margem do social como condição política, cabendo ao CAPS oferecer-se como espaço de acolhida, de escuta do “fora do discurso”, para o qual estratégias de inserção e reabilitação podem se configurar, em alguns casos, em uma forma de segregação (Carvalho & Milagres, 1998).

“Clínica do Social” (Garcia, 1998), “Clínica em Movimento” (Loboque, 2003), “Clínica da Referência” (Soalheiro, 1994), “Clínica trans-estrutural” (Long, 1994) são algumas das nomeações que surgiram a partir dessa nova prática. O CAPS optou por uma “Clínica de Saúde Mental” que reconhecesse em cada caso o limite de sua ação, evitando uma pretensão terapêutica desmedida e generalizada” (ECL, 1998, p.15), se colocando, como diretriz, fazer “borda” à crise, em lugar de sua mera contenção. Para tanto, se destaca a importância da formação, a exposição pública dos resultados do trabalho, a interdisciplinariedade, o referenciamento de caso, o trabalho em rede com vistas a viabilizar a inserção social, a delimitação entre acolher, tratar e pensar critérios de alta e, sobretudo, “fazer valer a política do um a um”(ECL, 1998, p.15). Nesse processo, o desejo do técnico de referência responsável pelo caso é apontado como uma das condições para o tratamento possível.

Tratava-se de afirmar uma clínica inédita que se instituía a partir de um não-lugar, de uma negação, como fica claro no seguinte trecho escrito por dois psicólogos na ocasião de um ano de funcionamento do serviço:

Trata-se de uma clínica a ser inventada, conceituada e que não se encontra ancorada por um saber prévio: não é uma clínica psiquiátrica tradicional; não é estritamente uma clínica psicanalítica,

mesmo que essa orientação venha a ser uma orientação teórica privilegiada por muitos de nós; não é simplesmente uma clínica antimanicomial, se definirmos a partir das noções de cidadania e inserção social, apesar do amplo acordo em torno de suas diretrizes básicas, ao tomar o sujeito de direitos como condição de todo trabalho clínico (Carvalho & Milagres, 1998, p. 23).

Algumas dificuldades que se percebe ainda hoje já se anunciavam nesse primeiro momento do serviço, tais como, lidar com brigas e inevitáveis incidentes da sexualidade; o risco de aderir a altas administrativas, suspensões, expulsões, consideradas “medidas administrativas que não funcionam jamais” (Lobosque, 2003). Nesse sentido, assinala-se uma dimensão necessariamente incondicional que deveria orientar a clínica do sofrimento mental grave no intuito de “promover o convívio entre essas pessoas e as que cuidam delas, sem violência, negligência ou abandono” (Lobosque, 2003, p.27).

As situações de “extrema violência” entre os usuários ou dirigidas à equipe produziam a sua fragilização e despedaçamento, interrogando seus limites e posicionamentos sobre como manejar essa clínica sem deixar-se sobrecarregar e nem se perder na queixa de “sobrecarga” que já aparecia ao final do primeiro ano do serviço (Milagres, 1998). “Se a carga é excessiva, é preciso distribuí-la, o que não significa repassá-la, nem deixá-la de lado” (ECL, 1998). A ideia de tecer redes surge então como condição indispensável para seguir adiante, mas, ao mesmo tempo, reconhecia-se que tecer rede também implica em volume a mais de trabalho. A equipe se pergunta sem a pretensão de respostas definitivas se a sensação de sobrecarga não seria devido a impasses inerentes a certos efeitos de grupo, como abrir mão de certas centralizações e de princípios que regem as instituições totais, como a promessa de isentar o social da sobrecarga da loucura.

Lobosque (2003) faz breves relatos de casos atendidos nesses primeiros anos que apontam para problemáticas que vão muito além do sofrimento mental e que envolvem mediação de conflitos familiares; usuários em situação de rua que fazem do CAPS uma casa e não querem sair, e outros que não querem entrar e muito menos ficar, o que exige atendimentos domiciliares, parcerias com vizinhos e articulações com outros serviços, negociações quanto ao uso da

medicação; casos em que a melhora é difícil ou muito lenta. Aponta também saídas, continuidade de tratamento e projetos de vida possíveis fora do CAPS, passada a situação de crise.

O uso abusivo de drogas não aparecia como um problema nesse primeiro momento do serviço, nem tampouco as estratégias de Redução de Danos apareciam como objeto de estudo ou instrumento de intervenção. Falas de trabalhadores mais antigos confirmam que essa questão é mais recente.

Apesar do ideal e do desejo de construir outro modo de cuidar, alguns impasses permaneciam, tais como, a superação da dependência do profissional de formação psiquiátrica e a necessidade de desmontagem das identidades profissionais, embora ao Psiquiatra se resguardasse certa especificidade. Nesse processo, a adesão à Psicanálise foi apontada como a saída encontrada para fundamentar as práticas (Lobosque, 2003).

Outro impasse, apontado por Lobosque (2003), refere-se à “relutância” em assumir e sustentar o compromisso de desenvolver as atividades coletivas. As atividades eram pensadas, principalmente no contexto das oficinas, como possibilidades de expressão da subjetividade distinta da palavra, um agente facilitador para fazer insurgir o diálogo, desfazer o isolamento, a exclusão e a anomia que caracterizam o sofrimento mental, permitindo ao usuário reconhecer a si mesmo em um meio social (Jacobina, 1998). As atividades eram valorizadas também pela sua função institucional fundamental: a manutenção de uma complicada e necessária rotina, de produzir ambiente de interação, instigação intelectual e de criatividade associadas a ideia de continuidade na história vital, de possibilitar o desenvolvimento de habilidades, aptidões e interesses viáveis, tanto quanto de fazer, brincar e jogar no dia a dia (Teixeira, 1998). As atividades permitem também movimentar o corpo que se apresenta de múltiplas formas em situação de sofrimento, situando-o em si e com relação aos outros (Freire, 1998). Marca-se nesses enunciados oposição à forma como a atividade era usada nos contextos manicomiais enquanto recurso ergoterápico de controle e disciplinarização, sublimação ou oposição ao ócio. Afirma-se a importância de valorizar a liberdade, a criatividade e a interação, sinalizando para a possibilidade de encontrar sentido no fazer e, a partir dele, se inserir no mundo social (Hamdam, 1998).

Se, no discurso, as atividades e espaços coletivos eram valorizados como componentes imprescindíveis na proposta que se pretendia executar, cabe perguntar: por que a dificuldade em sustentá-los? A mesma questão se coloca ainda hoje. Seria por que a urgência da crise e das demandas da referência se impõem, ficando as atividades coletivas em segundo plano nas prioridades de ação? Ou seria porque a oficina é menos valorizada que a clínica? Que repercussões isso traz para o cotidiano do serviço e o trabalho que nele se desenvolve?

Outros desafios, apontados por Garcia (1998), dizem respeito ao considerável dispêndio e desgaste físico e psíquico que o atendimento de urgência impõe aos profissionais que se ocupam da clínica. Não contar mais com o recurso da internação, contenção e isolamento para enfrentar problemas graves e delicados onde a integridade física dos próprios usuários e familiares estivesse ameaçada exigia inventar formas criativas de gerir tais situações, outros muros que, por vezes, se fazem com o próprio corpo de quem trabalha.

Trabalhamos quase sempre fora do enquadre, fora do *setting*, fora da regularidade, para além dos dias úteis, para além das técnicas conhecidas e reconhecidas como terapeuticamente eficazes. Há algo nessa clínica, clínica das psicoses, clínica das psicoses no serviço público (duplo impasse) que nos faz tomá-la como contaminada por excessos: excesso de real, excesso de discursos (Milagres, 1998, p.28).

Para Carvalho e Milagres (1998), nessa prática em que “muitos saberes a atravessam e muitos senhores a demandam”, o estresse surge quando se negligencia a clínica e a temporalidade do um-a-um na tentativa de responder a demandas desenfreadas associadas à ordem pública, aos ideais impossíveis, às identidades rígidas. Há que se privilegiar algumas ações em detrimento de outras e, notadamente, o acolhimento à urgência se impõe. Mas é preciso sustentar uma clínica que se estende para além do atendimento à crise e que deve estar ancorada ao tempo próprio de cada caso.

Se fazer isso era possível no primeiro ano de funcionamento do serviço, logo se tornou um desafio: como conciliar a função e a necessidade do tempo

de cada um no serviço e, ao mesmo tempo, evitar a casa sempre cheia? Ainda hoje, a equipe se debate quase que diariamente com essa mesma questão. Nessas condições e por força da rotina, os acolhimentos correm o risco de se tornarem frouxos, passivos, de modo que os usuários ficam indefinidamente, sem que se construa, com eles, saídas viáveis (Lobosque, 2003).

Diante dos desafios, Milagres (1998) propõe que não perder de vista o sujeito requer uma ética que não se deixe fascinar pela realidade da miséria humana, que não deseje por esses sujeitos já assolados por vontades que lhes são absolutamente alheias. Reuniões semanais de equipe e supervisões quinzenais também são apontadas como momento privilegiado para que a equipe possa pensar e repensar sua prática frente aos impasses (Brandão, 2018).

É possível verificar, nas publicações de ex-trabalhadores e no relato dos trabalhadores mais antigos, o forte desejo de produzir um cuidado que prescindisse dos recursos habituais dos hospitais, tanto de seu aparato de segurança, das relações verticalizadas de poder e de separação entre técnicos, usuários e familiares, rompendo com sua estrutura médica e medicalizante e suas medidas de isolamento, silenciamento ou punição.

Eram muitas as expectativas e as apostas: equipe sendo formada em nome do desejo de transformação da política de Saúde Mental da cidade, do estado, do país e do mundo! Cumplicidade, solidariedade, cooperação, entusiasmo, alegria, formação clínica eram traços marcantes que nos uniam e nos orientavam [...] As supervisões quinzenais e noturnas fora do horário de trabalho, com o saudoso César Campos, quase sempre acabavam em torno de uma deliciosa *paella* em uma mesa no *Chef Túlio*, onde, além de jogar conversa fora, traçávamos ambiciosos planos de ação. Éramos unidos, jovens e muito festeiros, e tudo acabava em *rock and roll*, e entrávamos noite adentro dançando e tomando vinho branco alemão *Liebfraumilch* (doce em excesso para o meu paladar atual), a bebida em voga na época (Brandão, 2018, p. 36-37).

Essas memórias mostram que, apesar dos descompassos que se seguiram aos primeiros anos, os quais podem ter contribuído para que quase todos os trabalhadores citados se desligassem do serviço, a presença de um afeto amoroso sustenta, desde o início, este projeto, seja dos trabalhadores entre si, seja com os usuários, seja com o serviço, mas especialmente com ideia da clínica antimanicomial. Afeto que não se restringe a pessoas ou lugares, mas que sustenta resistências e recomeços.

Somos movidos a paixão do que fazemos. [...] Se a paixão é o que nos ocupa, sabemos, no entanto, que é preciso que ela não ocupe todos os lugares, que o CERSAM seja, a princípio, um lugar esvaziado para que o sujeito possa enfim, nos demandar. A clínica do CERSAM talvez se sustente nesse vazio, única possibilidade de uma resposta inédita (Carvalho & Milagres, 1998, p.26).

4 ESCOLHAS TEÓRICAS E METODOLÓGICAS

*Que a importância de uma coisa não se mede com fita métrica nem com
balanças nem barômetros etc.*

*Que a importância de uma coisa há que ser medida pelo encantamento
que a coisa produza em nós*

Manoel de Barros

A atividade humana comporta em si renormalizações permanentes em um contexto saturado de normas que convocam a Ergologia, não como disciplina ou método, mas como um *dispositivo transversal* (Remminger, 2010) que favorece diálogos entre os saberes da experiência concreta de quem trabalha e os saberes disciplinares. Por reconhecer que nenhuma disciplina sozinha seja capaz de compreender a complexidade da atividade humana, a Ergologia permite articulações teóricas e metodológicas pluridisciplinares, flexíveis e inovadoras desde que conservem o que ela tem de essencial: processos dialéticos e dialógicos em três polos (Trinquet, 2010) e que sejam disciplinas que respeitem “as exigências quase ontológicas fora das quais haveria perda da humanidade no homem” (Schwartz, 2016, p. 255).

Esse diálogo se define, fundamentalmente, por uma postura ética que deve ser orientadora em campo: a horizontalidade na relação com os sujeitos em torno de um projeto comum de produção de saberes inéditos sobre o trabalho e a possibilidade de transformação da realidade que esse encontro almeja.

Busco delimitar neste capítulo quais foram os instrumentos – lanterna e bússola – que me permitiram, no percurso de produção da tese, transformar o desconforto com o real em uma questão de pesquisa para, em seguida, criar dispositivos que pudessem me conduzir na exploração de um território conhecido, conseguindo, ao mesmo tempo, estranhá-lo.

Por compreender que “pesquisar é se aproximar de questões tomadas como relevantes e mergulhá-las em teorias que fazem pensar” (Hissa, 2013, p. 31), na primeira parte deste capítulo, procuro construir um eixo teórico-metodológico de análise em torno do conceito de atividade humana proposto

pela Ergologia e Psicossociologia do Trabalho. Convoco ao diálogo especialmente a Psicossociologia e a Sociologia Clínica por serem disciplinas que consideram as dimensões simbólica e imaginária que atravessam e animam os contextos sociais em que a atividade de trabalho se desenvolve e a Filosofia e Psicanálise para refletir sobre sua dimensão afetiva.

Na segunda parte, relato a experiência da pesquisa em sete movimentos: a revisão bibliográfica e análise de documentos; a escolha do campo de pesquisa; a análise da implicação e o diário de campo; a ampliação do campo por meio de uma aproximação com os movimentos sociais; a aposta no diálogo como possibilidade produzir saberes; a análise dos Diálogos sobre a Experiência Compartilhada e a expectativa de uma futura devolutiva da pesquisa aos atores.

4.1 Da Psicossociologia ao trabalho

A Psicossociologia, cuja origem remonta à década de 1930, se propõe a compreender e intervir nas relações entre o indivíduo e a sociedade, especialmente os grupos, organizações e instituições, articulando aspectos do campo social e da vida psíquica (Carreteiro & Barros, 2014).

Na perspectiva da Sociologia Clínica e da Psicossociologia francesas, a análise das relações entre indivíduo e sociedade se articula no diálogo entre disciplinas múltiplas que vão desde a Psicologia Social americana do início do século XX, o Materialismo Dialético, a Psicanálise freudiana e de grupos, da Sociologia e Antropologia Cultural (Barus-Michel, Enriquez & Levy, 2005).

O social é compreendido como um conjunto de normas, regras, códigos e contratos que funcionam como referência estruturante para determinado conjunto de indivíduos (Barus-Michel, 2004). Como formação da sociedade e da cultura, o social se opõe ao que é da ordem da natureza e se anuncia como instituição: um conjunto de leis e costumes que preexiste aos sujeitos e que se impõe a eles, regulando as relações (Kaes, 1989).

A unidade entre os indivíduos decorre de uma coesão interna engendrada a partir de um tecido de sentidos e significações em permanente constituição, um sistema de interpretação do mundo que dirige e orienta a vida social. Esse sistema tem ao mesmo tempo, uma dimensão simbólica e imaginária. No registro

simbólico, o social associa-se à instituição de leis que vinculam, reúnem, constroem e ordenam um conjunto de indivíduos em torno de uma linguagem e um projeto comum de ação. Ao mesmo tempo, o registro imaginário conserva mitos, ideologias, representações e metáforas que o grupo constrói de si mesmo (Barus-Michel, 2004). A fundação de uma instituição se erige em torno de uma instância mítica que se enuncia como a única que promete salvação e redenção e, em contrapartida, pressupõe uma renúncia à satisfação pulsional irrestrita em favor do bem comum (Enriquez, 1989). O *mito* tem tanto a função intelectual de oferecer aos sujeitos uma visão coerente, a partir da qual devem se situar em determinado contexto, como de favorecer identificações com os heróis que o constituíram e a construção de afetos favoráveis aos vínculos sociais. Nas sociedades atuais, os mitos são frequentemente substituídos pela *ideologia* que, enquanto expressão de verdade, tem a função de mascarar a realidade, confortando os sujeitos contra os ataques externos, agrupando-os e orientando-os nas ações (Carreteiro & Barros, 2014). Trata-se um sistema ordenado e coerente do imaginário coletivo que associa a ideia e a paixão, podendo se constituir, a depender da circunstância, em um modo de expressão e canalização dos afetos ou em um modo de controle social (Ansart, 1983).

A unidade social se compõe, no entanto, de sujeitos socio-históricos que, ao mesmo tempo que obedecem a leis particulares que os antecedem, intervêm sobre elas não somente por meio de relações de força, regras e normas, mas através de crenças e paixões que se constituem, igualmente, em motores da história (Gaulejac, 2000). A confrontação com a realidade e a necessidade de apreendê-la e transformá-la, através da práxis individual e coletiva, leva os indivíduos a reconfigurarem permanentemente as representações coletivas (Barus-Michel, 2004).

A finalidade de uma instituição é, em última instância, garantir a existência, ou seja, “manter e renovar as forças vivas da comunidade, permitindo a todos os seres serem capazes de viver, trabalhar, transformar e talvez criar um mundo a sua imagem” (Enriquez, 1989, p.84). Dotada de finalidades que a identificam e a distinguem, a instituição fornece as bases para a subjetivação dos indivíduos, predispondo as estruturas de simbolização através das quais o sujeito deverá se constituir (Kaes, 1989).

Desse modo, a instituição não se restringe a uma formação social e cultural com suas funções específicas de educar, cuidar ou produzir. Tem uma função estruturante para a vida psíquica dos sujeitos, configurando-se como matriz de identificação e formação do eu e, ao mesmo tempo, como “receptáculo do indiferenciado”, do negativo (Kaes, 1989, p.28). Para cumprir suas funções específicas, é necessário que as instituições mobilizem *formações psíquicas intermediárias*, ou seja, que não pertencem nem ao sujeito e nem ao grupo, mas à relação entre eles, função que pode ser encarnada por uma liderança (Kaes, 1989). Cabe à instituição fomentar as sinergias das formações que produzem a ilusão de coincidência e que mantêm as relações entre os sujeitos individuais. Entretanto, irrupções violentas dos conteúdos negativos reprimidos podem provocar fragmentação dos pactos inconscientes, irrupção de pulsões violentas e paralisia da inventividade, desencadeando uma sensação de caos.

O *negativo*, para Kaes (2003), concerne à experiência de ausência e falta que não tem representação ou não pode ser representada, senão pelo vazio, por ser considerada nociva ao funcionamento psíquico. Em outros termos, refere-se:

...aquilo que acentua a necessidade, para o aparelho psíquico, de efetuar as operações de rejeição (*rejet*), negação (*négation*), recusa (*déni*), desmentido/retratação (*désaveu*), renúncia (*renoncement*) e apagamento/supressão (*effacement*), a fim de *preservar* um interesse maior da organização psíquica, do próprio sujeito ou dos sujeitos aos quais ele está ligado em um conjunto por um interesse maior (Kaes, 2003, p.22).

O *pacto denegativo* seria uma formação intermediária condenada à repressão, negação ou renegação por colocar em questão os ideais, a organização dos mecanismos de defesa, a formação ou manutenção dos vínculos intersubjetivos. Nesse sentido, trata-se de alianças inconscientes adquiridas na base do negativo, cujo enunciado não se formula nunca, mas faz calar a divisão, a violência e a diferença como preço a ser pago para que se torne possível à vinculação coletiva. Tais mecanismos protegem contra os efeitos das experiências dolorosas ao mesmo tempo que impedem o trabalho do pensamento (Kaes, 1989).

A instituição tanto fornece as referências pelas quais os indivíduos avaliam seu ato, como se configura no local onde se vive dificuldades, mal-estar, crises. Para Barus-Michel (2004), os indivíduos se reconhecem através da instituição que os liga por meio de um grupo de trabalho, uma *equipe* que se constitui na parte viva da instituição e através da qual é possível se defender da morte ou violência institucional. “A equipe é, então, o lugar dinâmico em que as individualidades interferem, em que se tecem, na trama institucional, relações afetivas, em que os atores se sentem capazes de apropriar-se de um projeto, apreender seu ato coletivo, dominar uma prática” (Barus-Michel, 2004, p.80).

A instituição só pode ser apreendida por meio das relações e práticas que a confrontam com a realidade no contexto de uma organização (Barus-Michel, 2004). A organização, por sua vez, tem um caráter contingente e concreto que oferece os meios para atingir os fins institucionais (Kaes, 1989).

Uma organização orienta-se por um projeto de ação que justifica sua existência e só tem sentido na medida em que consegue efetuar as tarefas que uma dada sociedade reconhece como necessárias. Enquanto uma unidade sociológica, define-se a partir de quatro critérios: sua finalidade, suas regras, suas normas de divisão do trabalho e sua história (Levy, 2005).

Para Levy (2005), as organizações traduzem a vontade de homens e mulheres concretos de se associarem para lutar contra o que ameaça sua vida, estabelecendo pactos civilizatórios e instituindo entre si relações de produção e cooperação. Duas lógicas se inter-relacionam em seu sistema de ação: o conjunto de meios instrumentais (técnicos, materiais e humanos) e subjetivos (afetivas e relacionais). Ainda de acordo com o autor, esse caráter vivo das organizações implica em reconhecer que estão sempre em mudança, atravessadas por dúvidas e contradições, trocas e debates. Nenhum saber ou ideologia pode garantir sua estabilidade, ainda que sua existência esteja condicionada ao trabalho incessante em direção ao mito que a fundamenta (Levy, 2005).

Em síntese, a *organização* refere-se à forma como o conjunto social é formalmente estruturado, como estão prescritos os processos de trabalho e as relações de hierarquia, edificam-se sobre uma base *institucional* e *econômica*,

compreendida como o conjunto de normas e valores aos quais os indivíduos devem submeter-se para não serem rejeitados, mas também são confrontadas às exigências paradoxais do cotidiano, à *experiência concreta* dos grupos na realização do próprio trabalho e às implicações subjetivas e sintomáticas dos *sujeitos* da qual fazem parte (Carreteiro & Barros, 2014).

Para Lhuillier (2017), um sujeito se constrói em um processo de subjetivação interminável de busca de si para situar-se no mundo e com os outros. A autora ressalta que esse processo tem, ao mesmo tempo, uma dupla base: o corpo e o social. As percepções sensíveis e os afetos que o sujeito vivencia no corpo ganham sentido por meio dos signos que o social lhe oferece para simbolização. Mas o sujeito não se liga aos outros apenas pela dimensão imaginária e simbólica. Esse elo passa pelo ato de transformação da realidade, que permite o confronto com o real.

Lhuillier (2017) cita Mendel (1998) ao afirmar que:

... é no ato e apenas no ato que o ser humano conhece a dimensão de uma realidade estranha a seu eu, dimensão esta que resiste a seus desejos, conceitos e projetos. O ato (ou a atividade) é, portanto, o vetor da prova de realidade e do confronto com o que resiste ao projeto visado (compreender, transformar, dominar, executar...). Assim, podemos destacar que a construção do sujeito passa pela perda das ilusões de onipotência: querer não é poder (p.299).

Essa perspectiva da atividade foi recentemente incorporada com centralidade nas abordagens psicossociológicas por Dominique Lhuillier e Gilles Amado. Conforme ressaltam Carreteiro e Barros (2014), a atividade, tradicionalmente negligenciada nas práticas de pesquisa e intervenção psicossociológicas, é considerada pelos autores como elemento que triangula e media as relações entre o eu e outro no contexto organizacional. Além disso, as reflexões compartilhadas em torno da atividade permitem criar alternativas de ação e engajamento.

A Psicossociologia do Trabalho se propõe a explorar a distância entre as prescrições e a realidade do trabalho em três dimensões implicadas na atividade: aquela do real que resiste a toda fusão com a realidade procedimental; aquela das relações sociais, tanto no que condiz à divisão do trabalho em torno das normas, mas também como espaço social de interpretação, validação, seleção, regulação das regras; e aquela da subjetividade que se constrói e se faz reconhecer no distanciamento do papel e da tarefa determinada e que comporta em si uma história singular (Lhuillier, 2012).

Alguns obstáculos concorrem para o conhecimento do trabalho, entre eles, a invisibilidade do trabalho mascarado pela noção de emprego, o trabalho dissolvido nas condições de trabalho, o trabalho reduzido à tarefa ou ao trabalho realizado. Em outras palavras, é necessário ir além do visível, do observável para acessar o trabalho real (Lhuillier, 2012).

Outro aspecto que concorre para a invisibilidade do trabalho real é a divisão técnica e social do trabalho. Essa divisão é também uma questão de respeitabilidade e imagem de si, uma vez que todo trabalho implica em julgamentos de prestígio e valores (Lhuillier, 2012). Nesse sentido, ao tomar de empréstimo de Hugles (1951/1996) o conceito de “trabalho sujo”, a Psicossociologia do Trabalho possibilita uma aproximação com as dimensões morais e simbólicas que compõem o trabalho.

Segundo Lhuillier (2012), nos processos de trabalho, há sempre uma parte das tarefas que são objeto de processos de delegação, invisibilização ou que se encarregam do que deve ser negado ao passo que outras vão de encontro às concepções morais mais heroicas. Isso se deve ao fato de que todo trabalho contém atividades que são fonte de prazer e reconhecimento e outras que são consideradas impróprias, degradantes ou humilhantes. Essa divisão se faz não só na gestão individual do trabalho, mas é influenciada por valores que circulam no espaço social.

Lhuillier (2012) denomina como trabalho sujo aquele “que recobre as atividades realizadas no avesso da decoração, na sombra do social” e que contribui para a “neutralização do que é o objeto de negação e, por isso,

colocado à margem ou no esquecimento” (p.24-25) por meio de *pactos denegativos* (Kaes, 2003). O trabalho com o “negativo psicossocial”, ou seja, com os resíduos da organização produtiva e social é condenado e os profissionais que com eles atuam, buscam formas de diferenciar-se desses objetos (Lhuillier, 2009).

A realização da atividade passa por uma redefinição da tarefa e reinvenção dos meios em função das variabilidades do contexto ou das singularidades de quem a realiza, o que exige do sujeito um movimento criativo. Para Lhuillier (2015), “a criatividade pode ser analisada como um modo de se livrar dos constrangimentos da tarefa, das tensões entre diferentes determinantes, de se apropriar e singularizar as maneiras de fazer” (p.102, tradução livre). Mais do que isso, remonta à possibilidade mesmo de existir, de viver com saúde.

São os constrangimentos, as resistências do mundo, portanto, que dão origem à criatividade, à inventividade. Nesse processo, é o próprio corpo, em luta com os obstáculos do real e pelas exigências do viver e fazer junto, que confere criatividade ao agir, permitindo ir além da situação como está posta (Lhuillier, 2015).

Nesse ponto, o diálogo com a Psicodinâmica do Trabalho oferece contribuições à compreensão do trabalho ao sugerir que “o real se revela ao sujeito pela sua resistência aos procedimentos, ao *saber-fazer*, à técnica, ao conhecimento, isto é, pelo fracasso da maestria” (Dejours, 2004, p.28). Uma vez que confronta o sujeito ao fracasso, o real se apresenta de um modo afetivo, como uma “surpresa desagradável”, desencadeando sentimentos de impotência, irritação, cólera ou ainda de decepção ou de esmorecimento. O sofrimento, por um lado, constitui-se como proteção da subjetividade com relação ao mundo e, por outro, situa-se na origem da inteligência no trabalho, pois é o confronto com o real que induz à busca de meios para agir e encontrar a via que permita superar sua resistência (Dejours, 2004).

Desse modo, a experiência dos limites não pode ser analisada apenas sob o ângulo do fracasso e da alienação pois também fundamenta processos de

desenvolvimento da subjetivação (Lhuilier, 2014). As situação-extremas ou situações-limites são marcadas por uma profunda perturbação devido à confrontação com um problema ou evento que não pode se resolver a partir das regras e normas habitualmente mobilizadas, contrapondo os sujeitos a sentimentos de desamparo, angústia e sofrimento. Ao mesmo tempo que o limite remete à subjetividade de cada um, também remete ao que é do humano, à preservação de direitos ou da integridade da própria vida. São experiências extremas e desorganizadoras porque fazem irromper o irrepresentável, o insignificável, o desaparecimento do sentido, de tudo que é aceitável. Aparecem como uma ruptura da continuidade de si, das relações com o ambiente, dos modos de regulação e defesa usuais. Essa profunda desorganização tanto pode ser paralisante e adocedora, quanto pode inaugurar um movimento de reorganização alternativa. Tais situações tem, portanto, uma dupla face: podem tanto aumentar a vulnerabilidade como podem alavancar transformações (Lhuilier, 2015).

Se, por um lado, a criatividade tem valor no processo de subjetivação, por outro, é preciso considerar que o trabalho nunca é individual, sempre se trabalha com alguém ou para alguém. Se cada um trabalhasse somente segundo os próprios gestos, tempo, criatividade e estilo seria um risco para a coesão do coletivo. A coordenação mútua do trabalho se opera por meio de uma cooperação, o que impõe uma necessária e consentida limitação para o potencial subjetivo individual em favor do viver junto e da formação das regras de ofício, acordos coletivos a respeito das maneiras possíveis de trabalhar (Dejours, 2004). Para que o modo singular possa fazer parte desse acordo, é necessário torná-lo visível, aceitável e reconhecido pelos outros (Dejours, 2012), mas também depende do valor desse reconhecimento para o próprio sujeito (Lhuilier, 2015).

A mediação de um coletivo que valide a produção de um sujeito, em termos de utilidade e beleza permite não só seu pertencimento a esse coletivo, como também confere identidade e certifica a originalidade daquilo que, na sua produção, o diferencia e o faz único (Dejours, 2004). Entretanto, o reconhecimento dos pares ou da hierarquia não é suficiente para que o sujeito cesse de duvidar de si mesmo. O julgamento, não apenas da qualidade de sua

contribuição em relação à produção, mas do seu valor ético, no sentido do que seria uma ação moralmente justa, independente do que valorizam os outros, só pode ser realizado por si mesmo, a partir de seus valores (Dejours, 2012).

Em suma, a atividade permite uma circulação entre os tempos presente do ato, o passado, as ressonâncias simbólicas acumuladas e o futuro implicado na antecipação (Lhuillier, 2015). O fazer pode ser renovado se a criação não estiver impedida pela precariedade ou pela ruptura; pela falta da continência simbólica oferecida pelo coletivo que permita sustentar a segurança e a confiança necessárias para a inventividade e a construção de um espaço e temporalidade próprias para a experiência conjunta; pela desvalorização ou apagamento do patrimônio de saber acumulado; pela negação do pertencimento por meio da ilusão da autossuficiência; da pressão pela excelência; pela conformidade e repetição em “defesa do ofício” ou pela invisibilidade que se opera a partir do desprezo, do descrédito. O impedimento da criatividade pode ser patogênico, pois impede o reconhecimento de si por si, mesmo se houver o reconhecimento dos outros (Lhuillier, 2015).

A Psicossociologia do Trabalho propõe um escopo de análise de atividade que dialoga com a Ergologia tanto no aspecto teórico quando metodológico na medida em que reconhece que a atividade humana se orienta tanto pela conduta do sujeito e seus próprios motivos, quanto pela realidade a que se pretende transformar e pelas atividades e expectativas dos outros (Lhuillier, 2014). Assim como a Ergologia, a Psicossociologia do Trabalho também busca o diálogo interdisciplinar para a produção do conhecimento e, nesse diálogo, muitos pilares são comuns no campo das ciências do trabalho, entretanto, a base psicossociológica, fortemente marcada pela Psicanálise e Psicologia dos grupos e instituições, abre perspectivas de análise da atividade que incluem aspectos do imaginário social. Ambas valorizam o intercâmbio com os saberes da experiência dos trabalhadores para a compreender e transformar o trabalho como uma atividade em continuidade com a vida. Mas é justamente em relação à criatividade que a Psicossociologia do Trabalho mais se aproxima da Ergologia. Tanto uma abordagem quanto a outra apostam “na capacidade humana de

engendrar novas formas de vida social, de fazer história, mesmo em situações adversas” (Cunha, 2014, p. 56).

Barros e Silva (2017) apontam o que significa pesquisar a atividade de trabalho, a partir do entrelaçamento dessas duas perspectivas:

Pensar o trabalho é interessar-se, sobretudo, pelos sujeitos na complexidade que os funda – suas singularidades, seus processos de constituição, engendramentos psíquicos e sociais e sua capacidade criadora. Uma vez que o trabalho não é mera execução, mas atividade, esta capacidade criadora do sujeito é convocada em permanência, tanto na gestão das imprevisibilidades do meio, na transformação do mundo e na construção de novas formas de viver, quanto nas maneiras de resistir à situações adversas, hostis e àquelas que podem levar à seu aniquilamento, que os coloca como seres abjetos. Tais situações, que por vezes colocam o sujeito no limite de sua destruição, demandam-lhe a mobilização de um potencial criador para o desenvolvimento de formas de se proteger e não sucumbir, não se deixar levar. O trabalho pode ser uma dessas formas e é sobre seu uso como recurso criativo para sobreviver em meio a grandes dificuldades que focaremos nosso olhar (Barros & Silva, 2017, *tradução livre*).

Para a Ergologia, a atividade é, essencialmente, renormalização. A Ergologia parte do pressuposto ergonômico de que o trabalho é determinado socialmente, assim como as normas e condições para sua execução, ao passo que o resultado é sempre singular e os objetos produzidos trazem em si traços da atividade de quem o produziu (Guerin, Laville, Daniellou, Duraffourg & Kerguelen, 2001). Dessa forma, o *trabalho real* jamais reproduz o que foi prescrito porque, no processo do fazer, o trabalhador se depara com inevitáveis variabilidades a gerir.

A Ergologia toma para si esse pressuposto, mas amplia-o ao propor pensar o trabalho sem encerrá-lo em contornos rígidos, tomando-o como um processo em conexão com as demais atividades humanas (Cunha, 2013). Todo

agir no mundo enfrenta normas instituídas na história quanto às formas de exploração da natureza e dos homens uns pelos outros, saberes acumulados nos instrumentos, nas técnicas, nos dispositivos coletivos (Schwartz, Duc & Durrive, 2010c). Essas *normas antecedentes* englobam, portanto, de um lado, os saberes relativamente estabilizados provenientes dos protocolos científicos, objetivos e tarefas prescritas e, de outro, os saberes que são procedentes da experiência, como culturas de ofício, saber-fazer e valores (Nouroudine, 2009).

Ao mesmo tempo que não é possível prescindir dessas normas antecedentes, também não é possível reproduzi-las tal como prescritas. A atividade consiste em uma resistência a toda situação de heterodeterminação normativa (Canguilhem, 1966/2010) e tem um caráter essencialmente inventivo e subversivo (Schwartz, 2005). Não é possível viver sem posicionar-se (Canguilhem, 1966/2010).

Não só é impossível, como é “invivível”, nocivo à saúde, reproduzir inteiramente as normas (Schwartz, Duc & Durrive, 2010a, p.189). Ocorre que, como o meio é sempre infiel, de modo a gerir suas variabilidades, é preciso fazer escolhas. Por meio dessas escolhas, faz-se uma arbitragem entre o uso de si por si e pelos outros, o que se configura numa “dramática do uso de si”, e pressupõe *engajamento* (Schwartz, Duc & Durrive, 2010a). Dramática remete à ideia de sequências de vida em que aparece o inantecipável, a história, e não necessariamente a uma provação, uma tensão dificilmente suportável, embora isso também possa ocorrer (Schwartz, 2014).

É no corpo de quem trabalha que essa dramática se desenvolve. O corpo é considerado como “entidade enigmática” não só por transgredir as fronteiras entre o biológico, o histórico e o singular, mas por encarnar saberes de *si* que permitem decidir sobre formas de agir que não passam necessariamente pelo crivo da consciência e resistem às tentativas de objetificação. É o conjunto de recursos do corpo que sustenta as formas de agir e não simplesmente os cálculos intelectuais (Schwartz, 2014).

As experiências de encontro com o outro nas situações de trabalho são sempre “encontro de dramáticas de uso de si” em que as escolhas feitas

exprimem uma polarização valorativa que mobiliza a postura, a gestualidade, a forma de abertura ou fechamento diante da alteridade (Schwartz, 2014).

Nas sociedades mercantis e de direito, esses debates de normas acontecem num espaço integrado: o *espaço tripolar*. Nesse espaço, valores dimensionáveis (mercantis) – que no neoliberalismo adquirem características mais flexíveis de regulação e espoliação do trabalho – e valores sem dimensão, fundamentais para a preservação da vida (da política, dos direitos, da cidadania), influenciam e determinam mutuamente a gestão do trabalho (Schwartz, Duc & Durrive, 2010b). Subentende-se que não é possível compreender uma situação de trabalho sem considerar o contexto socioeconômico, cultural e histórico em que ela está inserida, dado que a atividade consiste em um retrabalho ou rehierarquização constante de um universo de valores que atravessam aquele que trabalha (Schwartz & Echternacht, 2009). Da mesma forma, não é possível compreender a história sem um olhar para a atividade humana dos homens e mulheres que a produzem em seus debates de normas, tanto no âmbito individual, quanto coletivo. Desse modo, a Ergologia impõe o desafio de trabalhar na junção macro-micro, em que se revelam as *dramáticas do uso do corpo si*, buscando compreendê-las, a partir de saberes epistêmicos, sem anular sua historicidade (Cunha, 2013).

Safatle (2015a) vai um pouco além ao afirmar que uma sociedade não é determinada apenas pelo sistema socioeconômico por onde circulam bens, valores e normas intersubjetivamente compartilhadas, mas onde afetos são produzidos e veiculados, e através dos quais se fundamentam determinadas formas de vida.

No intuito de refletir sobre a dimensão do afeto na atividade, Espinoza (1677/2015) se localiza como um ponto de partida para uma interlocução com a Psicossociologia e as Clínicas do Trabalho. O autor rompe com a ideia cartesiana de ciência que valoriza a racionalidade em detrimento da subjetividade e que propõe recortar os objetos em partes para compreendê-los. É necessário, entretanto, considerar seu pensamento em relação às possibilidades e limitações da cultura e da ciência de sua época, tomando seus

pressupostos como um devir capaz de produzir continuidades, tal como propõe Deleuze (2002).

Em oposição a tradição platônica dualista em que o afeto é marca de irracionalidade, Espinoza (1677/2015) compreende que o mundo inteligível e o mundo sensível se constituem em um só, não havendo descolamento entre sensações e ideias. Para o autor, o corpo é tomado como potência em ato e o viver, como estar em relação, numa sequência interrompida de encontros com outros corpos que se afetam e se transformam mutuamente.

Nessa perspectiva, afeto se refere às “afecções do corpo pelas quais sua potência de agir é aumentada ou diminuída, estimulada ou refreada e, ao mesmo tempo, as ideias dessas afecções” (Espinoza, 1677/2015, p.98). Desse postulado, subentende-se que são justamente os afetos que promovem a transição de um corpo de um estado a outro. As afecções podem ter causas internas ou externas, o que implica numa noção de corpo complexo, integrado à mente e ao mundo.

Para Espinoza (1677/2015), todos os afetos derivam de três principais: desejo, alegria e tristeza. O desejo (*conatus*), que envolve vontade e valor, é o que define e leva o homem a perseverar sua existência. Dele derivam a firmeza e a generosidade. A alegria, por sua vez, é o que traz contentamento ou excitação, enquanto a tristeza traz dor e melancolia. Esses afetos podem compor-se de diversas maneiras, fazendo surgir inúmeras variações: amor e ódio, medo e esperança etc.

Efeitos causados por um corpo exterior, em encontros fortuitos, são considerados paixões ou afetos passivos. Estar à mercê dos afetos, enquanto paixões, sem conseguir regulá-los ou refreá-los, para Espinoza (1677/2015) é estar sob o comando do acaso, em condição de servidão. O autor propõe uma ética em que é preciso um esforço na direção da virtude, agindo de modo a perseverar o próprio ser e, ao mesmo tempo, promover o bem comum.

A busca do conhecimento do afeto já implica no fato de estar ativo no seu confronto e traz um aumento da potência de agir. Nessa perspectiva, a

ignorância e a superstição mantêm a situação de servidão e produzem afetos tristes. A consciência dos afetos permite ser ativo na busca de encontros que aumentem a própria potência, o que Espinoza (1667/2015) chama de *bons encontros*, experiência que se traduz em alegria. Por outro lado, os *maus encontros* produzem os afetos tristes.

Cabe apontar que, apesar de recusar o dualismo cartesiano mente/corpo e superar a ideia maniqueísta de bem e mal, ainda persiste na Filosofia de Espinoza dicotomias que tentam reduzir os afetos a categorias antagônicas. É preciso considerar a existência de uma contingência da qual não se pode escapar e que é necessária a toda transformação da vida. Além disso, alguns afetos são irrepresentáveis e produzem certa opacidade (Fravet-Saada, 2005; Butler, 2015). Essa opacidade em relação a si mesmo é uma forma de abertura àquilo que, no outro, implica um sujeito sem que possa controlar, abertura àquilo que desfaz suas ilusões de autonomia e controle (Safatle, 2015b). Esse estranhamento circula como um afeto no mundo do trabalho definindo “as possibilidades de relação consigo para além das ilusões de transparência reconquistada pela consciência” (Safatle, 2015a).

Numa perspectiva mais ampla e, em certa medida, diversa da ética espinozana, Safatle (2015a) tenta explorar de que forma, no contexto da sociedade atual, os afetos são mobilizados no campo político para promover certa governabilidade. O autor propõe uma crítica social acerca da forma como o capitalismo governa a vida, dispendo-se “a compreender como certos afetos são produzidos a fim de conformar sujeitos a tipos fixos de comportamentos, a aceitarem certas impossibilidades de ação como necessárias e a assumirem certos medos através de sistemas de repetições” (Safatle, 2015b, pp.189-190). Para o autor, um modo de vida se fundamenta em afetos específicos que se repetem impondo um certo ordenamento, ou seja, a adesão social se constrói através das afecções. Desse ponto de vista, para que um contexto social se transforme, os afetos precisam começar a circular de outra forma, a agenciar-se de maneira a produzir outros objetos e efeitos (Safatle, 2015a).

Safatle (2015a, 2015b) descreve, dentre as múltiplas formas como os afetos são mobilizados para a manutenção de determinada estrutura social, duas principais: o medo e a melancolia.

O medo tem sido o afeto central utilizado para produzir uma sensação de insegurança generalizada, levando necessariamente ao individualismo como fundamento para os processos de reconhecimento. Desse modo, a ideia de liberdade dos indivíduos encontra-se indissociada de uma cultura emergencial de segurança, de risco iminente e contínuo a ser violentado e onde as diferenças precisam ser anuladas. “O medo como afeto político tende a construir a imagem da sociedade como corpo tendencialmente paranoico, preso à lógica securitária de que deve se imunizar contra toda violência que coloca em risco o princípio unitário da vida social” (Safatle, 2015a, p. 24).

O medo, assim como sua antítese, a esperança, são afetos tristes (Espinoza, 1667/2015), uma vez que coexistem numa ideia de projeção no tempo futuro, o que esvazia o tempo presente e inviabiliza a experiência, exclui o sujeito do pensamento, da imaginação. Ter acesso à experiência requer uma abertura maior aos acontecimentos, o que inevitavelmente lança o sujeito em uma situação de desamparo. O desamparo promove uma abertura para os vínculos sociais porque despossuem o sujeito dos predicados que o identificam e permite o desabamento das potências que produzem sempre os mesmos atos (Safatle, 2015a). Quando não se sabe mais como agir e não é mais possível recorrer às referências normativas para resolver determinada situação, o desamparo surge como um afeto que permite um agir criativo, o que converge com a ideia de atividade como processo que emerge nas situações-limites (Lhuillier, 2015) ou de renormalização frente a um suposto “vazio de normas” (Schwartz & Venner, 2015).

É nessa perspectiva que Larrosa-Bondía (2011) define experiência essencialmente como “*isso que me passa*” (p.5). Trata-se de algo que pressupõe abertura à alteridade, ao acontecimento que toca o sujeito, que o afeta, que lhe é desconhecido e independente de sua vontade, saber ou poder, radicalmente diferente do que reconhece como próprio. A experiência é sempre subjetiva e implica numa saída de si para outra coisa, numa transformação. Viver a

experiência supõe um gesto de interrupção, demorar, atentar a detalhes, escutar, suspender a vontade e o automatismo da ação, cultivar o encontro, a atenção e a delicadeza, calar, ter paciência, tempo e espaço para, finalmente, falar sobre o que acontece. A alta velocidade com que se experimenta os acontecimentos e se processa as informações na atualidade, o excesso de excitação, de consumo e de trabalho inviabilizam o silêncio e a sedimentação da memória, dificultando a construção de narrativas acerca de um saber fundamentado na experiência. A experiência é, portanto, singular e impossível de ser repetida e o saber que emerge dela, a partir da atribuição do sentido dado ao acontecimento, não pode separar-se do indivíduo concreto que a encarna (Larrosa-Bondía, 2002).

Inscrita no corpo, a experiência transforma o sujeito “ao reenviá-lo à singularidade das situações jamais antecipáveis; ao constituí-lo como trabalhador; ao capacitá-lo para enfrentar as situações que ameaçam sua vida e ao convocá-lo a saber de si, do seu corpo, da sua história, da sua cultura e da sua humanidade” (Mata, Oliveira & Barros, 2017, p. 369).

Desse modo, um acontecimento não pode ser medido pelo resultado imediato que provoca, mas pela abertura que produz latências, onde é possível ao sujeito reflexividade e ação. A ação, enquanto experiência é o que passa por um sujeito, age nele, não uma representação (Safatle, 2015a). Ao se contrapor à ordem cotidiana, a ação que emerge a partir dos acontecimentos permite enfrentar a tendência de melancolização por parte do poder (Butler, 2001). Essa referência à melancolia remete a uma outra forma como os afetos são mobilizados, submetendo os sujeitos à norma social, a mais paralisante e que faz com que aceitem ser habitados por um discurso que, ao mesmo tempo, não é seu, mas os constitui (Safatle, 2015b).

Freud (1917/1992) descreve a melancolia como um desânimo profundamente doloroso, uma suspensão do interesse pelo mundo externo, com diminuição da capacidade de se ligar aos objetos do mundo e inibição de toda atividade. Está presente na melancolia um sentimento de que algo se perdeu, mas nem sempre é possível discernir com clareza o quê. Ainda segundo o autor, o eu, incapaz de elaborar o “trabalho de luto” de uma perda real ou imaginária,

identifica-se com o objeto perdido, de tal forma que a “sombra do objeto” cai sobre si, tomando-o como objeto de crítica e mortificação, repercutindo no seu empobrecimento, em recriminações, autoacusações e diminuição da autoestima.

A partir deste enunciado freudiano, Khel e Safatle (2015) questionam: “Se o buraco em que o melancólico cai é o de sua falta de valor, o que acontece quando sujeitos sociais, agentes da ação política não se enxergam como objetos de valor pelo Outro que é representado pelo Estado?” Para os autores, a produção e gestão da melancolia faz com que os sujeitos internalizem normas como se fossem expressões de sua própria vontade, gerando um convencimento de que determinadas normas são as melhores e que devem ser aceitas como a expressão da vontade de todos, jogando-os no tempo da inação, da paralisia, da impotência e da fraqueza. A experiência da fala pública é da resignação e do ressentimento. A produção e lembrança contínua do objeto que se perdeu – o corpo político, a liderança, a estrutura da organização, os ideais – tem a função fundamental de bloquear a imaginação política ou a capacidade de produzir emancipação. Dessa forma, sujeitos são remetidos à repetição, em que nenhuma transformação é possível, onde a violência contra o outro é um imperativo, incapazes de olhar para as instâncias do poder como algo que os implica porque isso produz sofrimento, lembra da sua impotência, produz desengajamento da vida social, como ressaltam os autores. Desse modo, a depressão tornou-se um fundamento da estrutura disciplinar contemporânea, através da qual o poder introjeta nos sujeitos suas injunções (Safatle, 2015a).

Nas novas configurações de gestão do trabalho, as exigências normativas cedem lugar às prerrogativas da iniciativa individual, da excelência, da performance e engajamento completo do sujeito no trabalho, da exigência em sustentar demandas de satisfação irrestritas, repercutindo em patologias de insuficiência e disfuncionalidade da ação (Safatle, 2015a). O sofrimento psíquico decorrente da adesão a esse modo de organização do trabalho, através da internalização de um ideal empresarial de si, se traduzem numa gramática ordenada por patologias marcadamente depressivas que servem muito bem para corroborar tais ideais, contribuindo para uma aceitação da intensificação e precarização do trabalho e repercutindo, em algumas situações, em um retorno

às formas mais primitivas de extração da mais-valia (Safatle, 2015a). Essa gramática fornece ao sofrimento um tipo de encaminhamento terapêutico socialmente aceito, o qual, o trabalhador no campo da saúde mental, inevitavelmente, contribui para consolidar. Dessa forma, “a sociedade controla suas margens, as mesmas margens a partir das quais poderiam advir demandas de transformação” (Safatle, 2015a, p.268).

4.3 Compondo um dispositivo metodológico: Diálogos sobre a Experiência Compartilhada

Quando se compreende que fabricar saberes no processo de uma escrita é uma atividade permeada de dramáticas, aceitar o desconforto intelectual e tomar a atividade própria como *matéria estrangeira* a partir do diálogo com o outro do saber acadêmico e do saber da experiência, é também considerar cada movimento como uma escolha de *uso de si*. Tais movimentos não devem ser tomados como lineares ou sequenciais, mas como um conjunto articulado que possibilita o ato de caminhar.

O *primeiro movimento* foi o de buscar circunscrever o contexto de normas e valores que atravessam a gestão do trabalho. Através de uma análise de documentos e revisão de literatura, busquei o aprofundamento das questões norteadoras e das que foram se colocando ao longo da pesquisa.

A análise de documentos, tais como, leis, portarias, políticas públicas, sites oficiais de diversas instâncias governamentais, procurou investigar a evolução normativa no campo da saúde mental e a forma como valores dimensionáveis e não dimensionáveis são colocados em disputa neste determinado momento histórico. Documentos históricos da instituição, livros de registros e atas de reuniões, publicações diversas, prontuários e cartas também auxiliaram na compreensão de como a instituição se articula ao contexto territorial, macrossocial, histórico e político e a forma como se estrutura a sua organização.

A pesquisa bibliográfica, por sua vez, orientou-se pela busca de aportes teóricos diversos – livros, capítulos, dissertações, teses e artigos que

auxiliassem tanto no resgate histórico da reforma psiquiátrica brasileira, suas práticas e discursos, quanto em desvelar como a precarização de trabalho decorrente das políticas neoliberais os afeta diretamente. A revisão de literatura permitiu ainda acessar análises anteriores sobre o campo de pesquisa, resgatando a história, a identidade, suas dependências e vinculações, seus mitos e ideologias, o território em que se situa, os discursos manifestos e reconhecidos e, ao mesmo tempo, os problemas práticos aos quais tem se deparado ao longo de sua existência. A revisão propiciou também localizar experiências de outros CAPS no Brasil, identificando lacunas normativas e oferecendo um panorama acerca dos constrangimentos presentes, estratégias de renormalização e impactos do trabalho na saúde e subjetividade dos trabalhadores. Esta última consistiu em uma busca de publicações na base de dados *Scielo*, em idioma português, utilizando os indexadores CAPS e Trabalho. Foram localizadas 156 publicações. Após leitura de título e resumo, foram selecionadas 36 publicações para a leitura na íntegra. Os critérios de inclusão foram artigos que abordassem processos de trabalho e impactos do trabalho na saúde e subjetividade dos trabalhadores. Os critérios de exclusão foram pesquisas que se referissem ao trabalho de usuários, pesquisas cujos sujeitos fossem os usuários ou familiares; pesquisas não situadas nos CAPS geral adulto; pesquisas sobre o trabalho de outras categorias profissionais que não os TSS (terapeuta ocupacional, psicólogo, enfermeiro, assistente social); descrição de práticas específicas de apenas uma determinada categoria profissional; repetidos. Outros estudos analisados no mestrado ou identificados nas referências dos artigos selecionados foram incluídos quando convergiam com o tema da pesquisa. Procedeu-se uma análise temática desses estudos, cujos principais resultados foram agrupados e incluídos no texto.

O *segundo movimento* foi em direção ao campo. A começar pela escolha do CAPS onde exerço minha atividade profissional como o campo apropriado para a realização da pesquisa, é preciso esclarecer que essa escolha se deu, em parte, à facilidade de acesso. Em função de minha inserção como trabalhadora desde 2012, o CAPS caracterizou-se como o contexto onde emergiu toda a problematização que justifica a pesquisa, construída conjuntamente no diálogo com os outros trabalhadores. A realização da

pesquisa em outro local não seria, portanto, desejável, uma vez que os processos de trabalho são definidos não só por normas previamente determinadas pela gestão, mas pelo *patrimônio de saberes* e valores compartilhados por um coletivo que se constitui a partir encontro com os usuários de um certo território.

Como realizar uma análise da atividade em um contexto próprio de trabalho que se aproximasse de uma pesquisa-intervenção, como propõem as Clínicas do Trabalho (Bendassoli & Godim, 2014)? Esse foi um dos desafios éticos e metodológicos se apresentou diante da escolha do campo.

Apresentar-me desde o início como trabalhadora-pesquisadora exigiu considerar que eu não me encontrava numa posição assimétrica em relação aos sujeitos, como a do clínico do trabalho que recebe uma encomenda para intervir numa determinada realidade, mas me situava como mais um entre todos os trabalhadores, porém em um ponto específico da divisão de tarefas (que é também divisão social do trabalho), permeada por relações de poder. Essa posição implicou em me reconhecer submetida às mesmas condições concretas de trabalho e engajada nos mesmos movimentos de resistência política contra a marginalização dos usuários que a instituição é demandada a cuidar. Não poderia me isentar, portanto, de admitir meu posicionamento político-ideológico antimanicomial e o que ele poderia repercutir em invisibilização da atividade de trabalho, considerando o contexto macrossocial em que as normas e valores manicomiais estão retornando de maneira crescente e fortalecida.

Posicionar-me como trabalhadora-pesquisadora implicou, sobretudo, em uma análise da minha própria experiência, em reconhecer-me como trabalhadora que algo do seu trabalho sabe, ensina e aprende, que se angustia diante dos fracassos, que se alegra quando encontra beleza em seu trabalho e que deseja o reconhecimento do outro a partir de seu fazer. Trabalhadora que porta, portanto, alguma experiência do ofício, mas que, por vezes, se encontra em situação de não saber e, ao mesmo tempo, de querer saber. O desejo de saber permitiu me situar também como pesquisadora. No entanto, não posso desconsiderar que essa inserção se colocou para mim como outro desafio: se a

proximidade com o campo me garante estar implicada, como estranhar um ambiente que me é próprio?

Estranhar o óbvio requer “um tipo de escuta em que deixamos cair nossas defesas e barreiras, quando abandonamos a posição dos que já sabem e que imaginam ter de enfiar cada pedaço do mundo e da experiência em determinado lugar ou lhe colocar uma etiqueta” (Streck, 2006, p.265).

Ao invés de negar os laços com o campo, admito que o envolvimento não só é inevitável, mas desejável e imprescindível para a construção do conhecimento. Se, por um lado, o distanciamento permitiria uma visão “mais realista” da vida social, por outro, em determinadas situações, o envolvimento pode oferecer uma perspectiva privilegiada para compreensão dos significados que se referenciam às estratégias compartilhadas entre os sujeitos para lidar com as vivências que afetam seus sentidos (Gonsalves, 2006).

Gonsalves (2006) sugere reorientar as exigências das ciências positivistas com relação a necessidade de neutralidade como requisito para desvelar uma realidade, ao questionar até que ponto o sujeito é capaz de olhar para si mesmo sem a mediação das fantasias. A autora defende a adoção de métodos flexíveis e criativos para uma aproximação não da “verdade”, mas de um processo de compreensão-transformação da realidade, impregnado de sentidos. “Assim, abre-se a possibilidade e, mesmo a necessidade, de aprender a viver sem garantias ou seguranças herdadas pela verdade. Abre-se a possibilidade de aprender a viver com um pluralismo de narrativas, de racionalidade e de valor” (Gonsalves, 2006, p.256).

Transformar as angústias do trabalho em questões de pesquisa exige encontrar uma justa medida entre aproximação e distanciamento para o exercício do pensamento, evitando cair na armadilha “relativismo vazio” (Nardi & Remminger, 2007). Se as questões que o encontro com o outro trabalhador me coloca são também minhas, preciso ser capaz de olhá-lo a partir de sua alteridade, de sua singularidade e não de minhas identificações e projeções (Amado, 2005).

Uma aproximação “bem temperada” demandou, ao longo de todo o percurso da pesquisa, um *terceiro movimento: a análise da implicação* (Amado, 2005). Essa análise pressupõe uma “capacidade de se dispor ao sentido, de acolhê-lo e, em primeiro lugar, admiti-lo ali onde ele nos atravessa, o que é a melhor oportunidade para atingi-lo” (Barus-Michel, 2004, p.126).

Para Barus-Michel (2004), a análise da implicação passa pela palavra, seja em um dispositivo de escuta, seja pelo processo de escrita e se inicia por uma enunciação de quem fala, de que lugar e porquê, o que não sabe e o que espera, explicitando sua relação com a instituição em que se inscrevem as práticas que pretende analisar.

Conforme Kaes (1989), nesse processo, é necessário examinar, primeiramente, o que concerne aos fundamentos narcisistas e objetivos da própria posição de sujeito comprometido com a instituição em que o trabalho se realiza, ou seja, de que forma a instituição mobiliza, com suas normas, seus mitos, seus ideais, seus interditos, suas designações do impossível ou irrepresentável, a dependência, o pertencimento e as formas próprias de confrontá-la. Essa análise foi sendo possibilitada através de meu processo de análise pessoal, das reuniões de orientação e do processo de escrita que me convocaram a pensar como a instituição me situa e me inscreve em seus vínculos e discursos, como me estrutura e favorece processos de reconhecimento e identidade, como contém uma parte primitiva e indiferenciada de mim que, ao mesmo tempo que me expõe ao sofrimento e à alienação, fomenta minha própria atividade criadora.

Conforme ressalta Fravet-Saada (2005), a única forma de se aproximar da realidade é ocupar um lugar e as intensidades que lhe são ligadas. Aceitar ser afetado supõe, todavia, assumir o risco de ver seu projeto de conhecimento se desfazer, “pois se o projeto de conhecimento for onipresente, não acontece nada. Mas se acontece alguma coisa e se o projeto de conhecimento não se perde em meio a uma aventura, então uma etnografia é possível” (p.160). A empreitada etnográfica de Fravet-Saada (2005) me fornece elementos que auxiliam em meu percurso, primeiramente, no que concerne à orientação de se deixar afetar no encontro com o campo, sem se preocupar em pesquisar,

compreender ou reter para, em momento posterior, redigir crônicas sobre os acontecimentos, construindo um diário de campo. Para a autora, o fato de participar ativamente da vida social do campo, “experimentando as intensidades do lugar” (p.160) que se pretende pesquisar permite recolher discursos espontâneos, abre canais de comunicação verbal e não-verbal involuntários e desprovidos de intencionalidade e afetos desprovidos de representação, os quais produzem um material de densidade particular, cuja análise conduz inevitavelmente ao desabamento das certezas científicas. Concordo que “no momento em que somos mais afetados, não podemos narrar a experiência; no momento em que a narramos não podemos compreendê-la. O tempo da análise virá mais tarde” (p.160).

O diário de campo consistiu, dessa forma, no meu percurso de pesquisa, em um tipo de registro que, por meio de notas e narrativas, poesias e desenhos tanto auxiliou no processo de análise de implicação, dos efeitos da atividade em meu próprio corpo, como na descrição, tradução ou indagação sobre os acontecimentos do cotidiano, fazendo da minha participação, instrumento de conhecimento (Fravet-Saada, 2005).

É nesse sentido que “a tese que vai se fazendo carrega consigo também o sujeito que vai se refazendo” (Hissa, 2013, p.172). Ao escrever sobre uma realidade viva, fiz também o exercício de me autoescrever. Se a pesquisa é, sobretudo, atividade, movimentei-me justamente no intervalo entre o método e os resultados efetivos, ressignificando-os a partir de minhas próprias dramáticas. Ao lançar-me nessa “aventura”, foi necessário suportar certa dose de desamparo, de manter as certezas em suspenso, colocando-me à deriva para que o inusitado pudesse se revelar. Em outros momentos, foi necessário engajamento político para não sucumbir às injunções do contexto.

Esse engajamento se constituiu como um *quarto movimento* no percurso da pesquisa: a ampliação do território, saindo dos limites do CAPS em busca de interlocução com outros pontos da rede de saúde e com movimentos sociais. A necessidade desse movimento se apresentou, principalmente, a partir de dois momentos: um evento em que o poder judiciário retira a guarda de uma criança recém nascida de sua mãe-usuária dentro do CAPS e outro em que a gestão

municipal suspende o fornecimento de pão e leite para o lanche dos usuários e ameaça cancelar os pagamentos de plantões de finais de semana para trabalhadores contratados. No primeiro momento, acompanho uma série de eventos que envolveram a sociedade civil, o poder público, os movimentos sociais e as universidades em torno de construir estratégias de resistência à violência do Estado com as mães usuárias de drogas (Almeida & Barros, 2017). No segundo momento, me aproximo do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental. Essa interlocução me permitiu confrontar a experiência do campo de pesquisa com a de trabalhadores de outros CAPS do município e, ao mesmo tempo, oferecer alguma contribuição para o enfrentamento coletivo da precarização das condições de trabalho.

Nessa mesma direção, outro movimento importante foi a organização de um livro (Almeida & Nogueira, 2018) cujos capítulos, escritos pelos próprios trabalhadores para um Colóquio comemorativo de vinte anos da instituição, possibilitou compartilhar com a rede de saúde mental saberes e experiências do trabalho no CAPS.

Além da análise da minha experiência enquanto trabalhadora-pesquisadora em campo através dos registros do vivido e observado no cotidiano do CAPS e na circulação pela rede, concordo com Lhuillier (2012) que para compreender uma situação de trabalho, outros desafios se impõem. Por um lado, a observação do realizado é insuficiente porque parte do trabalho fica invisível. Por outro lado, o acesso às práticas através do discurso também oferece dificuldades dada a complexidade da passagem do registro do fazer para o dizer. Faz-se necessário promover processos reflexivos que favoreçam vencer o desconhecimento do real do trabalho.

Para viver, não basta renormalizar, é preciso produzir sentidos a partir de relatos que recuperam a história. Sendo assim, o *quinto movimento* consistiu na *renormalização* dos dispositivos ergológicos a três polos, de modo a incluir a perspectiva psicossociológica, colocando a minha implicação em diálogo com os demais trabalhadores, convidando-os a ocupar também a posição de trabalhador-pesquisador em uma análise que propõe pensar a atividade a partir da própria trajetória profissional, do engajamento institucional, dos sentidos do

trabalho construídos nessa trajetória e dos significados compartilhados pelo coletivo; dos afetos e valores mobilizados nos encontros com os usuários em que *somos* convocados a agir, criando condições para que novos saberes sobre si e sobre a atividade de trabalho fossem produzidos no diálogo, em uma permanente confrontação com a percepção subjetiva do que foi possível apreender na experiência cotidiana do trabalho compartilhado.

Se o espaço tripolar se constitui em um dispositivo de três polos que permite compreender de forma dialética o que faz a história, transformá-la é possível a partir de sua articulação com um outro dispositivo ergológico de trabalho cooperativo e formação: o Dispositivo Dinâmico a Três Polos (DD3P). O objetivo do DD3P é favorecer os *processos socráticos em duplo sentido*, em que o polo dos saberes investidos ou da experiência servem de forças de convocação e reconvocação para recentrar o diálogo com o polo dos saberes (formalizados ou constituídos) em desaderência com a atividade, em torno de questões práticas (Trinquet, 2010).

Esse dispositivo favorece, portanto, uma dupla antecipação: os saberes e valores acadêmicos, formalizados e disponíveis no universo da ciência são convocados, interpelados e validados através do diálogo com os saberes e valores investidos na experiência de quem trabalha, processados e reprocessados nas atividades (Trinquet, 2010). Essa dupla antecipação é mediada pela disponibilidade de reconhecer no outro um saber legítimo e se dispor a aprender com ele. A produção de um novo conhecimento emerge, entretanto, somente a partir da existência de um terceiro polo, ou seja, de uma exigência ética que pressupõe enxergar o outro “como alguém que está em atividade”, como “lugar de debates de normas, lugar de ressingularização de sua situação, lugar dessa dialética permanente entre o impossível e invivível” (Schwartz, Duc & Durrive, 2010b, p. 266). É necessário que todos os sujeitos envolvidos no processo mantenham um desconforto intelectual, ou seja, que reconheçam que nem tudo se pode saber para que se “possa produzir zonas de aprofundamento comuns, para os diferentes parceiros, no que tange ao projeto de cada um, em termos de conjuntos de saberes e transformações positivas da

vida”(p.273). Em outras palavras, produzir saberes depende essencialmente de aceitar habitar um lugar supostamente vazio de saber.

A apropriação e reconfiguração desse dispositivo em um formato particular chamei de *Diálogos sobre a Experiência Compartilhada*. Esses diálogos se constituíram no instrumento central de produção do material analisado na escrita da tese. Caracterizaram-se como encontros individuais com quinze sujeitos que se vinculam à organização por meio do cargo de Técnico Superior de Saúde, aos quais são designadas tarefas comuns, independentemente de sua formação acadêmica. Os encontros ocorreram em ambientes dentro e fora do serviço, de acordo com a conveniência de cada um e tiveram duração média de uma hora e trinta minutos.

Embora o projeto de pesquisa e uma síntese das primeiras impressões do campo tenha sido apresentada aos trabalhadores em reunião de equipe, convidando a todos para a participação na pesquisa, em dezembro de 2016, a maior parte dos diálogos (treze) foram realizados ao longo do primeiro semestre de 2018, após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG e da Prefeitura de Belo Horizonte (CAAE 78143517.9.3001.5140). Todos os quinze Técnicos Superiores de Saúde que trabalhavam na instituição naquele momento foram convidados a participar. Apenas um recusou o convite e outro, por motivos diversos, não conseguiu conciliar sua agenda para o diálogo no primeiro semestre. Apesar do grande volume de saberes produzidos nesses diálogos, a saída de cinco dos treze profissionais com quem conversei e as reconfigurações da organização do trabalho, ao longo do ano, levaram à necessidade de realização de mais dois encontros, no final do segundo semestre de 2018, o que foi adiado no primeiro semestre e outro com um TSS contratado há seis meses. Do total de quinze trabalhadores com quem dialoguei, sete saíram e três anunciaram seu desligamento eminente da organização até o momento de conclusão da escrita, em maio de 2019. Optei por analisar todos os diálogos para compreender aspectos da atividade mobilizadores de sofrimento e desengajamento. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), autorizando a utilização do material produzido para os fins da pesquisa, mediante a garantia da ocultação de suas

identidades. Nesse intuito, os sujeitos foram identificados com nomes fictícios e sua formação profissional foi omitida nos trechos dos discursos utilizados ao longo do texto, uma vez que as tarefas são comuns e não é objetivo do estudo explorar as distinções disciplinares. Além disso, com o mesmo objetivo, somente o ano da comunicação pessoal foi mencionado. Da mesma forma, mantive apenas as iniciais dos nomes de usuários ou outros trabalhadores citados pelos sujeitos e substituí nomes de serviços e pessoas por suas funções institucionais, marcando-os em itálico. No entanto, não foi possível omitir a identidade de gênero, dadas as implicações que o fato de se identificar como homem ou mulher acarreta ao trabalho. Quanto à formação profissional, foram dois assistentes sociais, três enfermeiros, quatro terapeutas ocupacionais e seis psicólogos. É importante esclarecer que os médicos não foram incluídos porque, embora possam compartilhar algumas das tarefas e saberes com os demais TSS, o ato de medicar, especificamente médico, os coloca em posição diferenciada no processo de trabalho, conforme demonstrei em Almeida (2012).

Os diálogos se iniciaram com uma breve exposição sobre a temática da pesquisa, as problematizações realizadas no encontro com o campo, seus objetivos e métodos. Em seguida, foi feito um convite ao TSS para discorrer sobre sua trajetória profissional. Seguiu-se um debate livre sobre como a problemática apresentada era significada a partir da experiência de cada um, possibilitando-nos enunciar as questões que o real do trabalho nos colocava, tanto no que concerne às características pessoais como do conjunto de exigências e limites para a realização da atividade. Em algum momento do diálogo, busco a recolocação da atividade no centro da conversação a partir da evocação de casos concretos ou incidentes críticos, o que de acordo com Lhuillier (2014), permite perceber o emaranhado entre funcionamento psíquico, a prática profissional e funcionamento da organização, modos de regulação e ajustamentos singulares e abrir vias de desimpedimento da atividade, favorecendo intuições do sujeito sobre si mesmo, auxiliando no trabalho de simbolização e subjetivação. Nesse sentido, os diálogos favoreceram o reconhecimento de um saber-fazer próprio e dos resultados efetivos do trabalho, especialmente na condução dos casos, onde foi possível encontrar sentido e

valor no próprio trabalho. Ao final de cada encontro, registrei minhas principais impressões no diário de campo.

O *sexto movimento* consistiu na análise dos diálogos. De forma articulada com os pressupostos psicossociológicos e ergológicos, esta análise procurou seguir a *trilha dos afetos*, partindo do contexto em direção ao corpo para encontrar a atividade.

Considerando que o trabalho não deve ser analisado apenas em relação as técnicas de produção, mas quanto à forma como sujeitos implicados vivem e dão sentido a sua experiência, a análise procurou interrogar como essa experiência se circunscreve em continuidade com um contexto social, histórico e econômico delimitado. O desafio foi me ater ao conjunto de processos através dos quais a atividade se desenrola, indagando o que os acontecimentos produzem no corpo, como se encadeiam e se articulam com o social, ligando a experiência particular ao todo.

Nesse processo, os diálogos foram transcritos, lidos e relidos inúmeras vezes, mantendo a atenção flutuante para apreender significantes em comum e ver como se articulam aos afetos. A análise se iniciou situando o momento de crise que a instituição enfrentava no início de 2018, quando ocorreram a maior parte de meus encontros com os participantes da pesquisa, localizando possíveis fatores desencadeadores e suas ressonâncias para a subjetividade e para a atividade de cada um. Essa análise buscou considerar a interdependência entre elementos externos e internos; manifestos, implícitos e inconscientes; instituídos, funcionais e relacionais, conforme a grade de leitura proposta por Barus-Michel (2004, p. 134). A análise procurou formular ligações e apontar possíveis significações entre elementos presentes nos discursos dos atores, na experiência da pesquisa e os saberes acadêmicos, mas também se valeu de imagens de produções artísticas como possibilidade de tentar traduzir a dimensão do impronunciável que é vivido no corpo.

Nesse sentido, a análise que se propõe aproxima-se da ideia de construção ao se constituir em uma escrita livre que vai associando palavras, recolhidas nos encontros com o outro, com teorias e imagens, registradas como

memórias e, ao mesmo tempo, atentando ao que é silenciado, à opacidade do não-dito e do impossível de dizer. A medida mesmo em que se escreve, vai se atribuindo a esses elementos laços e significações que passam, necessariamente, pela implicação de quem vivencia, em seu íntimo, os ecos da pesquisa.

“Lemos o mundo, também, quando o experimentamos. E tal leitura do mundo se dá com maior acuidade quando ela se faz simultaneamente à leitura da palavra” (Hissa, 2015, p.137). É com o próprio corpo e seus órgãos de sentidos – olhos, ouvidos, narinas, boca, pele – impregnados pelos signos culturais, que os saberes sobre o mundo e no mundo se constroem.

Esse processo de construção de saberes centrou-se em evitar compartimentalizar as informações em categorias estanques, procurando considerá-las, de forma dialética, em seu movimento e transformação contínuos, sua evolução, sua história, seus antagonismos e contradições (Politzer, 1962/2007), identificando debates de normas e valores presentes (Schwartz, 2010b) e injunções paradoxais (Gaulejac, 2007). Assim se torna possível refletir sobre a atividade, promovendo “articulações *transversais*” entre processos de diferentes ordens que se influenciam mutuamente, mas que não são redutíveis uns ao outros: macrossociais, institucionais, afetivos, corporais, psíquicos etc., conforme orienta Pagés (2005).

Nesse entrelaçamento de narrativas, escolho manter trechos longos dos discursos de forma a não mutilar os sentidos, evitando desvincular os fragmentos recortados do contexto em que foram enunciados. Ao mesmo tempo, essa escolha permite valorizar a legitimidade do saber a partir da própria forma como foi comunicado, respeitando os sujeitos em sua condição de coautores da construção do novo saber que se revela.

Finalmente, o *sétimo movimento* será a apresentação dos resultados da pesquisa aos sujeitos, após sua conclusão, na expectativa não de validá-la, mas de produzir deslocamentos que permitam “lançar um novo olhar sobre a atividade e o envolvimento com ela, abrindo novas possibilidades de pensar, se

comunicar e fazer” (Lhuilier, 2015), abrindo possibilidade da emergência de demandas no coletivo.

5 “O IMPOSSÍVEL DA LOUCURA, O IMPOSSÍVEL DO SERVIÇO PÚBLICO”

O impossível de dizer é duplo.

Marie-Helene Blancard

Parecia que estar aqui era um despropósito. Propuseram construir um caminho que ultrapassasse o fazer. Entrelaçar firmeza e cuidado, urgência e referência, dar um rumo, dar um porquê. Fomos desafiados a acolher aqueles que tentam escapar dos alçózes de um mundo adoecido enquanto enfrentávamos a falta de interesse e a burocracia de um Estado frustrador. A certa altura, fomos consumidos em faltas. Colocaram-nos em um lugar de “nãos” e “adeus”. Fomos desrespeitados, nossos pacientes violentados. Não há palavras que descrevam a angústia que se instalou em cada um de nós. Ainda assim, continuamos. Embora tudo parecesse ruína, chegando, sempre houve acolhida. Pusemo-nos a erguer casas sobre orvalhos, encher vazios, ser a voz para quem quisesse falar. Pusemo-nos a ser pão, braços e pernas; telhado, parede, colchão. Costuramos o tempo, juntamos pedaços. Cada pequena vitória nos motivou a continuar. Nunca foi fácil. Por algum tempo ainda não será. Hoje somos muitos corpos postos em batalha. Somos muitas mãos a construir um lugar de acalento. Apesar de tudo, o CAPS continua a conectar o coletivo e o singular, engrandecer os conhecimentos diversos, exaltar a transferência e o afeto. Olhos, ouvidos e toque, em tudo o CAPS aconchega. Não é fácil partir. Encontro-me agora parte de uma equipe forte e delicada que, embora diga de suas próprias fragmentações, faz-se inteira, no dia a dia, “carregando água na peneira”. Os afetos, as parcerias, a escuta e a fala: em tudo o CAPS me ensinou a cuidar. Juntos, investimos nos mais desacreditados dos homens, construímos os mais mirabolantes projetos terapêuticos,

comemoramos cada minúsculo passo em direção à liberdade. Juntos, fazemos, todos os dias, o impossível. A gente não desiste. Continuarão a exigir dessa equipe esforços cada vez maiores, mas eis que se faz uma equipe forte, dedicada, sensível e disposta a melhorar. É a melhor equipe que já conheci. Acredito que, se existe um grupo que possa se refazer, esse são vocês. Parto para novas experiências com o coração apertado, mas com a certeza de que as coisas se acertarão. Tenho nesse serviço amigos que levarei para a vida. Ficarão em mim ricos presentes, lições, palavras e carinhos trazidos por cada paciente e colega de trabalho, que hoje me fazem maior, e melhor, consciente da minha própria incompletude, mas disposta a ir além. “Eu penso renovar o homem usando borboletas”. Não fecharei as portas. Parto com a certeza de que o CAPS também mora em mim. Até logo, Alessandra (Comunicação pessoal, 2018).

Escolho abrir o capítulo com essa carta de despedida, lida em reunião de equipe. De forma poética, a carta traduz os ideais, os paradoxos e desafios que a precarização do trabalho acarreta no contexto do CAPS. A carta apresenta os afetos compartilhados pelo coletivo no período de crise interna que se instalou no final de 2017/meados de 2018 e suas repercussões no cotidiano de trabalho. Transparece na carta o quanto a atividade não se restringe a um fazer, mas possibilita o laço que media a transformação da realidade e a relação com o outro, sem o qual a subjetividade não se constrói. Revela, ao mesmo tempo, o sentimento de pertencimento a um coletivo de trabalho que se constitui como referência identitária, mas do qual Alessandra escolhe, naquele momento, desatar-se, apostando que, em outros territórios, haveria maiores possibilidades de produção de saúde. As formas de enfrentamento do real, do que resiste ao desejo ou projeto pessoal, só se constroem no singular, a partir de como a atividade se inscreve na história de vida de cada um, de seus desejos, valores e construções de sentidos. Resta ao coletivo o desafio de encontrar formas de se refazer para não sucumbir aos afetos melancólicos que o desarticulam.

5.1 A eclosão de uma crise na instituição: os “nãos” e “adeus”

Nos últimos anos, a rede de saúde mental de Belo Horizonte testemunha um processo contínuo de sucateamento das condições de trabalho através do investimento insuficiente para sua manutenção e ampliação. Especificamente no caso do CAPS em análise, esse contexto de precarização do trabalho incide com grande violência sobre trabalhadores que, privados do contingente adequado de profissionais e de instrumentalização necessária para realizar seu trabalho, têm sido, cada vez mais, convocados a sustentar a política de tratamento em liberdade com o próprio corpo “posto em batalha”. A situação agravou-se a partir de dezembro de 2017, com a eclosão de uma crise institucional que já vinha latente há mais tempo.

Em 2014, auxiliares de enfermagem reivindicaram, junto ao sindicato e coordenação regional de saúde mental, intervenções para mudanças. A queixa principal era o agravamento de agressão física por parte de usuários, tanto em quantidade como em intensidade, inclusive no sentido psicológico e moral, com ameaças que impactavam como sofrimento. Denunciavam certa banalização da violência, entendida cada vez mais como parte da rotina normal do serviço. “Não estou mais dando conta”, “não estou aguentando mais, está me causando adoecimento”, “estou exaurido, perdendo o prazer no trabalho pela própria situação de viver sob ameaça” foram algumas das falas que dispararam um processo de intervenção institucional⁸.

Formou-se uma comissão com representação de todos os trabalhadores, da qual participei ativamente em grande parte dos encontros. Durante um ano, a comissão reuniu-se periodicamente com um interventor externo. O primeiro passo foi identificar as dificuldades a partir das queixas. O segundo foi a produção conjunta de um documento onde constasse o projeto institucional e as normas para o desenvolvimento das atividades. Nesse processo, que envolveu todos os trabalhadores, foram formadas subcomissões para a discussão das atividades eleitas como as mais problemáticas: permanência dia, hospitalidade noturna, oficinas. Foram propostas mudanças na organização do trabalho com vistas a ampliar a interação e comunicação entre as diversas categorias profissionais e avaliar constantemente os processos de trabalho, algumas das

⁸ Documento institucional, não publicado

quais impossíveis de se instituir. O processo de produção do documento possibilitou uma análise coletiva sobre o trabalho e uma (re)construção das referências que devem orientá-lo, o que é imprescindível. No entanto, enfatizar a normas almejadas e não a realidade da clínica dificulta tratar das situações singulares e impacta diretamente na autoestima dos trabalhadores, ainda mais quando as condições concretas de trabalho não são modificadas. Apesar da relativa melhoria na organização do trabalho, narrativas de insatisfação e sofrimento permaneceram.

No entanto, a organização, no primeiro semestre de 2016, de um Colóquio de Saúde Mental, realizado em julho do mesmo ano em comemoração ao 20º aniversário do CAPS parece ter marcado a passagem da preocupação com as condições de trabalho e sua organização para a clínica. No período anterior, a instituição se via imobilizada pelos conflitos internos, perdas reais e simbólicas de pessoas e referências, afetos melancólicos escamoteados por queixas infundáveis de uma estrutura precarizada, debatendo-se em tentativas infrutíferas de organizar o trabalho burocratizando-o, sem conseguir reconhecer o próprio valor. A partir desse momento, ocorre uma inversão, um olhar mais generoso para si e uma valorização do próprio saber, uma abertura para refletir sobre a experiência. A organização desse evento permitiu uma saída, ainda que momentânea, de uma condição de desamparo, impotência, indiferenciação e queixa, a partir de um desejo de saber que é também o desejo de escutar o que o outro tem a dizer⁹.

Se o período crítico foi parcialmente superado, nova crise emerge no final de 2017/ início de 2018, após a saída abrupta da gerente sem substituição imediata, deixando o serviço à deriva nesse período crítico.

O contexto de precarização do trabalho e o ataque sistemático à reforma psiquiátrica são o pano de fundo em que a crise se desenvolve, entretanto, além da saída da gerente, outro fator parece ter contribuído para precipitar seu desencadeamento. Em função de uma diminuição contingente do número de trabalhadores, a reestruturação dos processos de trabalho, priorizando a

⁹ Os textos produzidos nesse evento deram origem ao livro: Almeida, D.T. & Nogueira, M.T.G. (orgs) (2018). *Attraversiamo: saberes e experiências sobre o trabalho em saúde mental*. Belo Horizonte: Editora Instituto DH.

urgência em detrimento da referência, repercutiu em uma intensificação da gravidade das urgências.

O mal-estar vivenciado pelo desencadeamento da crise foi objeto inevitável de debates nos diálogos que ocorreram nesse período de grande fragilidade do serviço.

Em janeiro de 2018, após pouco mais de três semanas de férias, minha sensação ao retornar ao trabalho foi a de não reconhecer mais aquele serviço. Trabalhadores exaustos, entristecidos, amedrontados, adoecidos. Usuários agitados, contidos no leito por longos períodos; usuários em conflito entre si; relatos de agressões e ameaças de usuários aos trabalhadores; a polícia quase diariamente convocada a mediar conflitos dentro do serviço; a fragmentação do coletivo de trabalho, cenário muito semelhante ao que encontrei em minha chegada, seis anos atrás. Se havia sido possível reverter parcialmente a situação através de uma série de medidas de reorganização dos processos de trabalho, mais uma vez, o período de desorganização retorna, contribuindo direta ou indiretamente para que um expressivo contingente de trabalhadores abandone serviço, a maioria contratados.

Eu acho que a gente vive um momento difícil. Acho que está difícil para todos os colegas. Você vê colegas entrando e saindo, não dando conta (Cássio, comunicação pessoal, 2018).

É preciso ter certa cautela para não desconsiderar que há questões individuais, ligadas aos desejos, valores e a história de vida de cada sujeito que interferem nas suas decisões e na sua relação com a crise institucional. Entretanto, como alerta Giust-Desprairies (2005), a crise, como experiência perturbadora que afeta a todos, dificulta as regulações e mediações habituais e pode gerar um sentimento de ruptura da continuidade de si que põe em causa suas identificações, ideais, modos de defesa, referências simbólicas e fiabilidade dos laços de pertença, especialmente daqueles mais engajados.

Aos poucos, começo a sentir os efeitos da intensificação do trabalho e da violência em meu próprio corpo e chego também a cogitar a possibilidade de me desvincular da organização, o que me levou a questionar: Que crise é essa? O

que favoreceu sua (re)emergência? Quais são os fatores desencadeadores? Como incide na atividade e nas relações entre os sujeitos?

O termo [crise] remete simultaneamente para uma ruptura das dinâmicas e equilíbrios anteriores e para uma incapacidade presente para regular ou estabilizar o jogo das relações para assegurar uma estabilidade suficiente. Falada pelos indivíduos e pelos grupos constitui uma alteração catastrófica, vivenciada na maioria dos casos como uma fatalidade da qual é difícil sair (Giust-Desprairies, 2005, p.64).

A crise emerge quando a instituição não consegue mais cumprir sua função principal de continuidade e regulação, o que pode contribuir para o desencadeamento de processos de sofrimento ou adoecimento manifestos nos sujeitos que a ela se vinculam (Kaes, 1989). De toda forma, conforme ressalta Barus-Michel (2004), toda crise pode se constituir em um analisador que “faz falar a instituição”, trazendo à tona suas contradições, determinantes latentes, realidades do poder acobertadas até então pelo discurso. Para a autora, é preciso remontar à fonte e retornar aos efeitos reveladores que não se restringem necessariamente à crise, empreendendo, junto aos sujeitos envolvidos, primeiramente, uma decomposição dos elementos em jogo para, em seguida, relacioná-los e, a partir daí, deduzir significações.

Para Giust-Desprairies (2005), a fase crítica propriamente dita tem um fator desencadeador que inaugura a desordem. Essa desordem, por sua vez, manifesta-se no comprometimento de uma unidade significativa que permitia a adesão ao coletivo e à prática e se revela em sentimentos de angústia e comportamentos de ruptura pelos membros do grupo. Nesse sentido, a análise desenvolvida no diálogo com Fernanda aponta alguns fatores inter-relacionados como possíveis desencadeadores e suas repercussões para o coletivo:

Eu acho que foi um conjunto de coisas. A primeira delas, eu acho que o CAPS já vem sendo sucateado há bastante tempo. Então, o serviço sucateado, essa pessoa que era muito pilar sai e sai de um jeito muito abrupto. Não deram um tempo para ela fazer uma passagem mais gradual. Ela, assim, meio que do dia para noite, ela

teve que ir embora assumir outro lugar. Então, eu acho que a equipe fragilizou muito com isso. Eu fragilizei, posso dizer de mim, mas eu acho que outras pessoas também ficaram meio perdidas nisso aí. Eu acho que não foi só a equipe, os usuários ficaram muito perdidos porque ela era um ponto de sustentação para os usuários também. Ela era uma gerente, mas ela tinha uma escuta clínica ali dentro daquele serviço. Uma escuta clínica dos trabalhadores e dos usuários (Fernanda, comunicação pessoal, 2018).

Essa fala traduz o consenso do coletivo de que a eclosão da crise se deu no vazio que seguiu à saída abrupta da gerente em novembro de 2017. A gerente comunicou sua decisão como própria, entretanto, demonstrando grande pesar. Além disso, como até então mostrava-se engajada com o coletivo e o projeto institucional e não apresentava sinais de cansaço, sua saída foi envolta por um imaginário de que houvesse um segredo ou uma injustiça. A saída provocou um sentimento de desamparo que pareceu, num primeiro momento, incontornável para os trabalhadores e usuários. A partir dos diálogos com os trabalhadores, foi possível perceber a figura da gerente associada a ideia de uma grande mãe cujo olhar acolhe, conforta, apoia, protege, incentiva, educa e trata. De forma afetiva, exercia uma função de suporte, apoio e sustentação de um coletivo que não foi capaz de desenvolver autonomia suficiente para permitir que operasse por si mesmo em sua ausência.

Só de olhar, eu já entendia se tava certo. Tinha o olhar. Agora eu olho e não vejo nada. Nós ficamos sem referência. Então, a gente se misturou. Ficou tudo muito misturado. A gente se perdeu (Raquel, comunicação pessoal, 2018).

Fica evidente nesse comentário a função estruturante que a gerente exercia na organização ao favorecer a coesão, as identificações e o tratamento dos conflitos, de forma que a perda dessa função significou uma fragmentação dos vínculos. Enquanto “formação psíquica intermediária” (Kaes, 1989), a gerente assegurava a permanência e continuidade do laço social no grupo, bem como sua capacidade estruturante de manutenção e fortalecimento da ação individual e coletiva. A desestabilização ou perda dessa função repercutiu nos diferentes elementos que ela enlaça. É no sujeito singular, no seu corpo e

atividade que os efeitos devastadores são mais facilmente percebidos, mas nesse caso, as consequências afetaram também o eixo institucional, desencadeando o retorno desintegrador de conteúdos negados que eram depositados nessa formação:

Eu acho que a *gerente* segurava muita coisa, ela era uma gerente que colocava o corpo dela. Acho que não foi à toa que ela saiu. Chegou um momento que ela não tava dando mais conta de segurar. Mas ela era uma gerente que segurava com o corpo. Ela tirava dinheiro do bolso dela para comprar coisas para dentro do serviço. Eu posso falar de mim, assim, mas todas as vezes que eu acessei a *gerente*, eu fui prontamente... Posso não ter sido prontamente atendida no meu desejo, mas que eu fui prontamente ouvida e acolhida, eu fui. E eu acho que isso transmite uma segurança muito grande para quem está trabalhando, né? Então, assim, várias vezes eu tive problemas com superlotação de pernoite, ela me ajudava, ligava para o SUP, arrumava vaga, arrumava técnico de enfermagem, aumentava um leito dentro do CAPS. Enfim, era uma pessoa que tava muito perto (Fernanda, comunicação pessoal, 2018).

Como sugere Giust-Desprairies (2005), a liderança enquanto figura carismática, que encarna por si só a unidade social, favorece as identificações, servindo de continente afetivo e escudo protetor contra ameaças reais ou fantasmáticas. Por outro lado, sua centralização pode favorecer o mascaramento das fragilidades, gerando forte dependência de sua presença para resolução de conflitos internos e externos, tanto que, em sua ausência, “a gente ficou meio órfão, sem lei”, conforme aponta Janaína (comunicação pessoal, 2018).

Então, eu acho que os usuários ficaram muito, muito perdidos e ficou meio terra sem lei, entendeu? “Não tem quem manda nessa bagaça aqui, então, vamos começar a ver aqui como essa coisa funciona”. E aí, eu acho que os usuários foram meio que esticando a corda, no sentido, assim, de desassistência. “Eu tô desassistido, então, eu vou começar a cobrar do meu jeito”, então, a equipe respondeu... (Fernanda, comunicação pessoal, 2018).

Com o afastamento dessa figura, o que se vivencia, portanto, é uma desarticulação de registros que, anteriormente, mediavam as relações entre os membros da equipe e da equipe com os usuários, o que produziu ruptura de sentidos, de reconhecimento mútuo, esgarçando os laços de pertencimento e solidariedade que anteriormente organizavam as práticas. Foi possível constatar, como consequência, um empobrecimento da clínica, onde o ato passou a prevalecer sobre a simbolização.

A palavra, instrumento tão caro para o agir em saúde mental, perde sua função dialética de modo que a reflexão, o diálogo e a negociação se tornam mais difíceis. E “juntamente com a linguagem, a capacidade de fazer sentido se perde nesse momento de dessimbolização” (Guist-Desprairies, 2005, p.68).

A violência emerge associada a um imaginário mortífero da realidade enquanto um caos, o que dificultou os processos reflexivos, criativos e prospectivos. Os valores que orientavam o trabalho começaram, então, a girar no vazio, engendrando sentimentos de desamparo e apreensão quanto à própria segurança. Desse modo, os discursos que organizam a ação e a legitimam deixam de ser escutados, fazendo com que se perca de vista os objetivos, as práticas sejam abandonadas por perderem o sentido ou funcionarem à base de repetição, os membros da equipe deixarem de encontrar prazer no seu trabalho, os salários parecerem irrisórios frente às frustrações e às violências sofridas e a sofrer (Guist-Desprairies, 2005).

Por outro lado, é necessário reconhecer que “cada um, atingido e implicado, participa no clima da violência” (Guist-Desprairies, 2005, p.66), tal como reconhece Raquel (comunicação pessoal, 2018):

A violência não era só do usuário, era nossa. Nós estávamos sendo violentos com eles. Quando a clínica se perdeu, nós começamos a responder de forma violenta (Raquel, comunicação pessoal, 2018).

É importante contextualizar que, no final de 2017, um pouco antes da saída da gerente, foram propostas algumas mudanças na organização do trabalho. Em função da instalação de ponto eletrônico, foram concedidos longos períodos de folga para profissionais que dispunham de banco de horas em um período que tradicionalmente já é marcado por muitos trabalhadores em período

de férias. Outras situações que agravaram o quadro foram os pedidos de transferência e aposentadoria na equipe de enfermagem, deixando essa parte do coletivo bastante desfalcada. Como forma de tentar minimizar o impacto das faltas e prevendo a dificuldade na transição de gerência para organizar as escalas, foi proposto um aumento no número de plantões semanais fixos por trabalhador. A ideia inicial era garantir certa flexibilidade para os plantonistas cuidarem da permanência dia ou saírem para fazer visitas domiciliares ou matriciamento, desde que sempre permanecessem ao menos dois profissionais escalados na casa. O projeto de PD, que já não dispunha de grande investimento da equipe, acabou ficando praticamente abandonado. Essa organização instaurou um clima de urgência constante que, somada a falta de profissionais, deixou o serviço funcionando praticamente só em esquema de plantão, acolhendo às urgências.

Essa insuficiência no número de pessoas trabalhando produziu um vazio na assistência que obrigou os trabalhadores que ainda permaneciam a se deslocarem de suas atividades de referência para atender à urgência que se impunha. Especialmente no período de crise, essa priorização da urgência levou a um empobrecimento da clínica da referência. Esse empobrecimento, por sua vez, acarretou agravamento da urgência, instaurando um ciclo que parecia infundável de violência. Retomando a análise proposta por Fernanda quanto aos fatores que precipitaram a crise, essa mudança na organização do trabalho também aparece como um aspecto relevante:

Outra coisa foi a quantidade de plantão. Aquela mudança foi uma coisa assim, horrorosa, aquela coisa de ter que fazer dois plantões fixos por semana. Por quê? Porque a gente perdeu mais ainda o espaço da construção clínica. Nós ficamos só apagando incêndio. Eu acho que isso é um ponto muito importante porque você ficava o tempo todo de plantão, entendeu? Ficava apagando incêndio, apagando incêndio, apagando incêndio... Eu atendia o meu ambulatório, mas os meus pacientes de PD, vou te dizer, assim, ficaram ao “Deus dará”! Eu não tava conseguindo atender os pacientes de PD. Atendia rapidinho assim, cinco minutos no plantão, aquela correria, no vai e vem. Então, aquilo que já é frágil,

que no serviço de urgência te exige demais, que é essa coisa de apagar incêndio, mas que minimamente você ainda conseguia sustentar alguma coisa, eu passei a não sustentar nada. Então, eu acho que isso foi um ponto muito importante, esse aumento dos plantões. Então, a gente ficou só na urgência, a gente deixou de fazer essa escuta, de construir caso e de estar junto deles. Aí, eu acho que eles ficaram sem gerente e sem referência técnica ao mesmo tempo. E aí, eu acho que a corda esticou e aí, é isso: eles responderam com o ato porque eles não tinham espaço para a palavra e nós também respondemos com o ato. Eu escutei, num determinado momento, *J.* falando assim: “é, esses dias agora tá mais tranquilo porque antes vocês estavam inimigos da gente, só tinha polícia aqui dentro”. Sabe assim? E é isso mesmo, assim, e isso para o... eu tenho horror de polícia, eu, *Fernanda*, imagina para o psicótico, o tanto que isso é violento! (*Fernanda*, comunicação pessoal, 2018)

Esse comentário sugere que a perda das referências simbólicas, o abatimento e a desorganização se traduziram em rupturas que afetaram em graus diferentes e por razões variáveis, a totalidade dos trabalhadores e usuários, mas chama a atenção também para o esfacelamento das relações entre trabalhadores e usuários. O mesmo ocorreu entre os membros da equipe, conforme percebido também por outros trabalhadores.

O que me deixa mais triste é essa fragmentação da equipe. Essa equipe sempre foi uma equipe unida. Conflitos sempre existiram e é saudável mesmo que existam, tem que existir, até porque as pessoas são diferentes, mas não da forma como está (*Janaína*, comunicação pessoal, 2018).

A avaliação de alguns trabalhadores é que novo gerente chega com um olhar de estranhamento. Olhar necessário para desnaturalizar o automatismo de algumas práticas, inclusive que poderiam estar contribuindo para o agravamento da desordem e da violência, tais como, as portas trancadas, a inexistência de assembleias e oficinas, o recurso cada vez mais comum ao chamado da polícia

ou da guarda municipal para mediar os conflitos e facilitar às contenções. Por outro lado, esse “olhar” contribuiu para certa rejeição inicial à sua figura.

Foi possível notar, nesse período, que os TSS se perceberam excluídos dos processos de decisão nos quais tinham o sentimento de participar. As reuniões de equipe, antes reconhecidas como espaço de trocas e compartilhamento, começaram a esvaziar-se. Dedicava-se boa parte delas a discutir o processo de trabalho e outras questões burocráticas, como a organização de escalas para cobrir os furos deixados pelos que saíram, enquanto a construção clínica dos casos ficava em segundo plano. Instaurou-se um clima de disputas e acusações mútuas em torno do número de plantões que cada um estava designado a fazer. Acusações veladas de incompetência e rivalidades apareceram ou exacerbaram-se. Foi possível observar que a cooperação ficou prejudicada com essa “ruptura, dissolução, desmembramento das unidades sociais nas quais cada um encontrava identidade, sentido e reconhecimento” (Giust-Desprairies, 2005, p.66). Os efeitos dessas rupturas são também afetivos, como salienta Viviane:

Uma coisa que tá adoecida lá é o afeto mesmo, esse afeto que a gente tem que ter com a gente mesmo. Os profissionais querem isso do outro, do paciente doido com a crítica comprometida, então, faz qualquer coisa para ser amado pelo paciente. Coisas que comprometem o andamento do serviço, que adoecem as relações [...] A gente se atropela nisso, de olhar para os próprios afetos, do próprio medo mesmo. Eu acho que agora isso tá se mostrando de uma maneira que não tem meio termo. Como tá muito adoecido, não tem meio termo, ou eu fico ou eu saio. (Viviane, comunicação pessoal, 2018).

Com o despedaçamento do corpo social, o que se vive, neste momento, é a perda irremediável de alguns desses fragmentos, instaurando uma sombra melancólica sobre os sujeitos que, impossibilitados de elaborar o luto, ficam colados a ele. Como salienta Raquel (comunicação pessoal, 2018), “é como se fosse um corpo amputado, cada um que sai, perde um pedaço. Isso dói”. Referências ao coletivo como um corpo amputado, adoecido, exaurido ou

fragmentado foram frequentes nos diálogos com os trabalhadores, apesar do esforço da gestão em desconstruir esse imaginário.

Guernica (Figura 1), de Pablo Picasso (1937), representa de forma muito precisa a angústia do caos desencadeado numa situação de crise institucional. Na obra, corpos humanos em agonia e em pedaços encontram-se misturados a imagens de animais, o que remete às pulsões e afetos agressivos que irrompem sem controle e, por vezes, “nos engolem”.

Figura 1 - Guernica



Fonte: Museu Reina Sofia

O trabalho, cuja natureza consiste, em grande medida, na contenção da crise do outro, do corpo que agita, do sujeito que se apresenta em situação de intenso sofrimento por si só pressupõe uma confusão e uma tensão que exigem do TSS colocar o próprio corpo nas cenas, o que já é algo considerado bastante desgastante.

Mas estar muito mergulhado no caos, às vezes, acontecem coisas, não sei... Eu acho preocupante, coisas graves podem até passar despercebidas, né? Quando o caos tá tão grande que a gente não vê algumas situações... ou, quando vê, já aconteceu uma quebradeira, uma agitação (Letícia, comunicação pessoal, 2018).

Uma situação considerada grave por Adriana ilustra bem uma dessas consequências de se estar “mergulhado no caos”:

Quando aquela paciente da *Fernanda* tem uma atuação grave da facada na barriga, eu estava no plantão. Eu não cheguei a ver, eu estava acolhendo um outro paciente. Era meu plantão no dia, assim, e foi uma história muito, muito delicada, né? Uma paciente que começava... Assim, era uma paciente de ambulatório, vai para PD porque o caso estava mais grave e aí, a gente pode tecer várias críticas, por exemplo, a pessoa quando ela entra no *CAPS*, a nossa recepção, ela é pouco produtiva no sentido do acolhimento porque a pessoa entra, às vezes, se a recepcionista não tá lá, tá tomando um café ou fazendo um xixi, ela não se identifica para ninguém, né? Só para o porteiro. E aí, a paciente chegou, falou que tinha uma consulta, não sabia muito bem o que estava fazendo ali e ela fica por ali mesmo [...] E aí, essa moça, em sofrimento, chegou lá, com a bolsa dela, dentro da bolsinha, dentro de tanto objeto, tinha uma faca e ela enfia essa faca na barriga. Eu acho um ato, assim, de um endereçamento muito grande para o nosso serviço, para o nosso trabalho, assim. Claro que a enfermagem, o cuidado de todo mundo depois, fez os cuidados. Depois, essa moça volta para o *CAPS* e vai, volta, eu estava no dia, volta para fazer um bolo pra gente no café da tarde. Era uma moça que trabalhava com cozinha. E aí sim, nesse momento, eu acho que a gente conseguiu fazer um acolhimento mais qualificado, porque quando ela chega, na correria, a gente não sabia quem era ela. Ela também não soube se identificar. A gente não tinha visto no livro [do plantão] se tinha alguma coisa específica dessa paciente estar vindo, saindo do ambulatório e vindo para a PD, enfim, são coisas que na fazeção, nessa coisa de responder ao plantão, à urgência, às vezes, escapa (Adriana, comunicação pessoal, 2018).

A chegada do novo gerente favoreceu a retomada de certa ordem e a violência foi parcialmente contida. No entanto, apesar do seu esforço visível em reorganizar os processos de trabalho, a demora na reposição do efetivo de trabalhadores fragilizou aqueles que permaneceram e retardou a implementação das mudanças propostas. Tais efeitos agravaram a sensação de ameaça de

esfacelamento do coletivo e do projeto institucional. Seguiu-se um período de pedidos de demissão, transferências e licenças médicas, direta ou indiretamente associados à organização do trabalho. Intensificaram-se as queixas de sofrimento e insuportabilidade que contribuíram para “minar” o desejo de permanecer no serviço, conforme fica evidente nos seguintes comentários:

Na verdade, é mais um amadurecimento de entender que não é, assim, tudo tão lindo, tão gratificante, o dia a dia não é tão gratificante, mas acho que isso tem menos a ver com a Saúde Mental e mais a ver com a estrutura do serviço público. Eu esperava grandes resultados, esperava coisas muito exuberantes. A verdade é que as nossas conquistas são muito pequenininhas. É tudo muito sutil, mas isso não é uma decepção. Isso é, na verdade, um amadurecimento mesmo. Mas esse desgaste do dia a dia da falta de recurso, da falta de material, do lugar, da ambientação que é muito ruim, da falta de funcionários, isso tudo me deixa muito angustiada, frustrada (Alessandra, comunicação pessoal, 2018).

A gente chega aqui com um ideal muito grandioso do que é o CAPS. O CAPS era o lugar que eu sempre quis trabalhar desde a minha graduação. Eu tinha um desejo muito grande de estar aqui, mas hoje está muito difícil, né? Muito árido. Hoje eu percebo que sustentar esse ideal com o corpo é muito pesado e eu não quero ter uma relação sintomática com o trabalho (Adriana, comunicação pessoal, 2018).

Fica claro nesses comentários que a confrontação entre o ideal da reforma psiquiátrica e a realidade cotidiana contribui para um certo “desencantamento”, o que exige uma necessária reflexão sobre dois pontos em diálogo: a função da militância, no sentido de causa a defender e a noção ergológica de uso de si no trabalho, no sentido das escolhas sobre como agir quando as exigências normativas entram em conflitos com os valores.

No contexto do CAPS, a militância antimanicomial apareceu nos discursos tanto como um ideal de realização futura, funcionando tanto como um valor que

sustenta o desejo de se manter no trabalho, quanto servindo à contenção da angústia e motivação para enfrentar adversidades.

Acho que você pegar um plantão de treze horas onde você não consegue fazer xixi, você não consegue comer, quando você vai comer, 4 horas da tarde, é 5 min. Você não bebe água! Já tive desidratação por causa de plantão que eu não consegui beber água. Fiquei treze horas e tive infecção urinária por causa disso. Então, assim, se não tem algo que é muito maior que tudo isso e te mobiliza a falar assim: “não, vale a pena”, é difícil, né? (Fernanda, comunicação pessoal, 2018).

Ao mesmo tempo, essa “rede muito, muito afetada” funciona também como um obstáculo para enfrentar os desafios do real, conforme salienta Adriana (comunicação pessoal, 2018), “a gente está com dificuldade de tentar novos modelos, melhorias para nossos serviços”. Da mesma forma, a militância pode induzir ao consentimento em se expor a situações em que a própria integridade física ou psíquica é colocada em risco.

Às vezes, muito em nome da militância, o trabalhador fica desnudo. Um plantonista, por exemplo, no final de semana. Eu, por exemplo, não durmo direito na época do plantão porque eu fico pensando nas intercorrências que podem ter no dia seguinte e que eu vou ter que responder por elas e aí, isso me angustia, isso me adocece, pensar que eu vou estar sozinha no plantão, mesmo que eu possa contar com a equipe de enfermagem (Adriana, comunicação pessoal, 2018).

Essa ansiedade que antecede um plantão de final de semana foi expressa também na fala de outros trabalhadores, mas com menor intensidade dentre os enfermeiros. De um lado, é preciso reconhecer que há uma clara divisão de tarefas na equipe entre técnicos superiores de saúde e equipe de enfermagem que, por vezes, prejudica a cooperação entre as duas equipes, o que poderia justificar, em parte, o sentimento de angústia por ter que “responsabilizar-se sozinho”. Por outro lado, o que Adriana denuncia nessa fala é a violência institucional que expõe o trabalhador a responder a situações que fogem ao seu

controle e à sua competência técnica, conforme exemplifica com a seguinte situação concreta:

Na hora da agitação, que enfia o pé na porta, que arrebenta, estoura um cadeado, precisa juntar cinco pessoas em cima e subir em cima dele para poder dar uma injeção e, se não fizer isso, ele se põe em risco e pode agredir outras pessoas, ali, nesse momento, não é a palavra. Isso foi muito difícil para mim num plantão no final de semana sozinha. O T. estava de PD e a J. também. Eu acho que o T. estava em HN, não lembro mais. Aí, ele discute com a J. Eu não me lembro mais se, na época, era por causa da D., eu não lembro mais, por causa de uma outra pessoa, da A., que já estava indo lá e aí, o fato é que ele enforca a J. A J. fica desacordada no chão, assim, uns 8 segundos no chão. E eu fiquei com muito medo dela morrer no meu plantão e de pensar que aquilo, de alguma maneira, pudesse ser minha responsabilidade, que eu tivesse que responder por isso. Eu achei isso muito, muito grave, de pensar da gravidade mesmo, assim, ele não estava bem, precisava estar no CAPS. A J. também. Então, os dois precisavam de cuidados. O lugar dos dois era ali, mas em função dessa delicadeza do funcionamento, da agressividade de um para com o outro, de uma discussão, ele vai no corpo e se a gente não intervém, assim, uma coisa muito grave poderia ter acontecido e, esse risco, assim, de pensar que alguém poderia ter morrido no meu plantão, isso para mim é muito pesado (Adriana, comunicação pessoal, 2018).

Os plantões de final de semana são atividades onde o sentimento de solidão é relatado de forma mais incisiva. O tempo oscila entre o tédio e a ansiedade, passando lentamente quando nada acontece ou tornando-se insuficiente quando muitas coisas acontecem ao mesmo tempo e não se conta com ajuda para “pensar junto” ou dividir as responsabilidades das decisões e ações.

Em todo trabalho há um grau de imprevisibilidade a gerir, mas no trabalho na urgência, essa imprevisibilidade é a norma que coloca o trabalhador sempre em situação de alerta, especialmente quando está no plantão. Em função disso,

são comuns relatos acerca de uma série de sintomas relacionados ao sofrimento no trabalho em determinados dias ou períodos, dependendo do andamento dos plantões, da gravidade e dificuldade de manejo de alguns casos, das ameaças e agressões sofridas: insônia, pesadelo, irritabilidade, angústia, dificuldade de se desligar do trabalho, de se relacionar com as pessoas em casa, de relaxar. Quando se consegue dormir, o sono é insuficiente para o descanso, há relatos de dificuldade de concentração, lapsos de memória, sintomas somáticos, fadiga constante, uso de substâncias psicoativas. Algumas situações, em que o sofrimento se prolonga por longos períodos e as estratégias de regulação individuais e coletivas tornam-se insuficientes, podem desencadear processos de adoecimento.

Há um consenso entre os trabalhadores de que os afetos sustentam e permitem as regulações necessárias: o afeto com o projeto institucional, entre os colegas de trabalho, mas, especialmente, aquele que se constrói na relação entre o usuário e o técnico de referência. Esses afetos vão aparecer em gestos de carinho e atenção; na disposição para burlar a burocracia, de trabalhar além do horário, quando necessário; nos momentos em que se faz intervenções que produzem apaziguamento ou um reposicionamento do sujeito frente ao mal-estar que lhe traz sofrimento; quando se percebe que o usuário está conseguindo se organizar em seu cotidiano; nos momentos em que se faz a transferência do cuidado para a Atenção Básica porque o período da crise foi superado. É justamente na referência dos casos que esses afetos se constroem e é esse acompanhamento que mais fica prejudicado quando se instala o “caos” e a rotatividade. Viver a experiência requer abertura para o acontecimento e, para tanto, é necessário um gesto de interrupção no tempo da ação para que o sujeito possa atribuir-lhe sentido (Larrosa-Bondia, 2002), processo que fica comprometido em meio ao caos.

Por outro lado, não há consenso quanto aos limites do que o serviço é capaz de responder. É possível perceber clara divisão da equipe quanto a forma como é ressingularizada a dupla tarefa primária de configurar-se como serviço de urgência e referência.

O discurso antimanicomial, que se funda em oposição ao fechamento, o isolamento e a exclusão, impõe aos TSS o desafio de associar clínica e política

em suas práticas, acolhendo todo tipo de demanda. Do TSS, figura híbrida que emerge no contexto dos serviços substitutivos, supõe-se um saber amplo que permita responder a todas elas, ainda que buscando construir redes. Haveria estrutura capaz de fornecer “recursos” para dar conta de um ideal tão grandioso? Por outro lado, é preciso questionar: sem o engajamento militante teria sido possível avançar tanto na desconstrução das práticas manicomiais e na instauração de novos modos de cuidar em liberdade, devolvendo aos usuários a dignidade e o direito à vida e à convivência no território?

Para alguns, é justamente o “desejo de que esse projeto se concretize” (Glênia, comunicação pessoal, 2018) que permite continuar, apesar do sofrimento. É justamente essa militância que permite se situar e dar sentido a própria existência.

“A gente não desiste” de fazer o “impossível”, como afirma Alessandra (comunicação pessoal, 2018), em sua carta de despedida, mas isso pode ter um custo alto para a saúde, desencadeando processos de adoecimento que as renormalizações e o ativismo nem sempre são capazes de conter. Como ressalta Cássio (Comunicação pessoal, 2018), “eu não falo em sair hora nenhuma, mas eu sofro. Na carne. Porque a gente sofre é na carne”.

Essa discussão merece um maior aprofundamento ao qual me deterei mais adiante. Introduzo os principais elementos em jogo como forma de explicitar um ponto que me parece fundamental para compreender esse momento crítico, mas que, eventualmente, fica obnubilado pela concretude da precariedade material: “Quando o trabalho vem acompanhado de um engajamento militante, as dificuldades encontradas no curso da atividade correm sempre o risco de serem interpretadas como falhas pessoais, como um distanciamento “inadmissível do ideal” (Lhuillier, 2014, p. 38). Nesse sentido, a “desdramatização da responsabilidade pessoal e o deslocamento da análise para o contexto psicossocial da atividade” (Lhuillier, 2014, p.38) contribuem para separar o que são as dificuldades do contexto do que são engajamentos pessoais na atividade.

A partir do reconhecimento dessa realidade e do sofrimento dela decorrente, tomo a iniciativa, em abril de 2018, de apresentar uma síntese dos primeiros diálogos à equipe sobre a forma de uma carta endereçada à

coordenação de saúde mental, no sentido de reivindicar maior agilidade no processo de reposição de trabalhadores e cuidado com a equipe para que pudesse reencontrar confiança na sua própria continuidade e restaurar as referências que organizavam o trabalho (Apêndice A). Essa carta foi acolhida pela equipe que validou seu conteúdo, sugeriu acréscimos e autorizou seu envio. A partir dessa carta, foi agendada uma reunião onde foi possível perceber o empenho da coordenação de saúde mental em sustentar os princípios da reforma psiquiátrica diante de um contexto macropolítico pouco favorável, buscando formas de ampliar os serviços da rede e sua efetividade, apesar dos limites que lhe eram impostos, porém, ao mesmo tempo, certa naturalização da insuportabilidade do trabalho no CAPS, no sentido de que seria “isso mesmo”, de que “tem prazo de validade” não foi problematizada. Essa reunião possibilitou que, ao menos a reivindicação de manter dois plantonistas no final de semana, por período indeterminado, fosse atendida de forma imediata, o que favoreceu a sensação de maior segurança nesses plantões. Dessa forma, a carta constituiu-se em um movimento importante do coletivo no esforço de compreensão dos acontecimentos e tratamento dos afetos relacionados a eles. Além disso, foi uma contribuição da pesquisa para o processo de reestruturação do serviço. Seu maior mérito, no entanto, foi possibilitar à equipe a saída de uma posição de queixa e imobilismo para reconhecer seu valor como “equipe forte e delicada que, embora diga de suas próprias fragmentações, faz-se inteira, no dia a dia, carregando água na peneira” (Alessandra, comunicação pessoal, 2018).

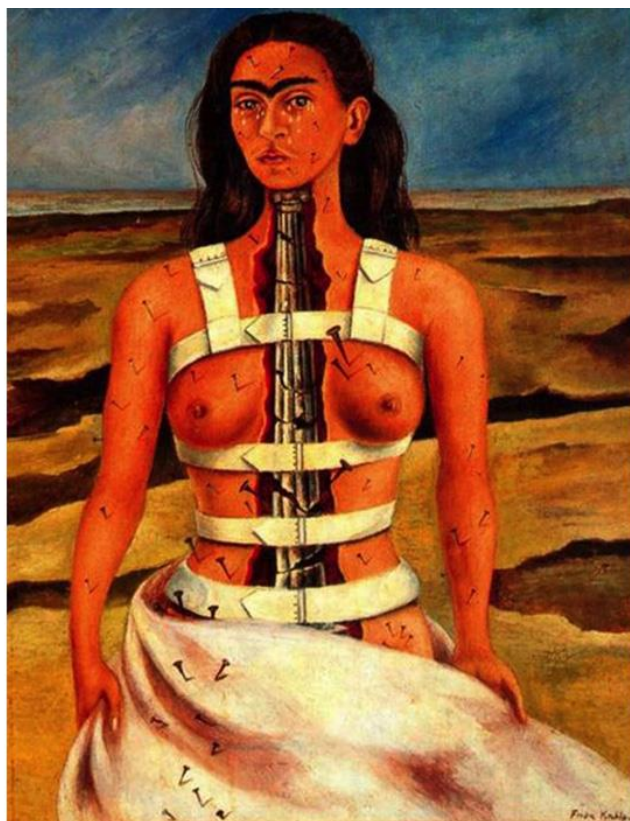
De certa forma, a superação da crise, em sua fase mais crítica foi, aos poucos, sendo possível a partir da vontade política e reconfigurações das práticas e do coletivo, apesar dos limites de governabilidade do novo gerente e dos trabalhadores. Além das substituições dos trabalhadores que partiram, a contratação de dois oficinairos e a celebração de novos convênios de estágio contribuíram para colocar em prática um projeto de permanência dia com oficinas regulares, incluindo passeios semanais com os usuários, de forma que, aos poucos, o serviço foi assumindo um outro formato, um pouco mais vivo e acolhedor para o trabalhador e o usuário.

A ampliação dos espaços de diálogo dos trabalhadores entre si e com os usuários possibilitou a reconstrução simbólica, de modo que a palavra, aos

poucos, foi retomando seu lugar na mediação das relações. Esses espaços permitiram a reconstrução da equipe como coletivo de trabalho, redefinindo objetivos e instaurando novos processos de trabalho onde as atividades de PD ganharam maior ênfase e valorização na dinâmica institucional. Foram instituídos novos espaços não só para o dizer, mas para um fazer que favorece outras possibilidades de dizer, deixando o plantão um pouco menos sobrecarregado. Porém, tão importante quanto a redefinição dos projetos, foi a presença ativa do gerente no cotidiano, garantindo que as pactuações propostas pela equipe fossem de fato cumpridas, oferecendo suporte para as decisões mais difíceis do plantão, “fazendo junto” assembleias e o controle dos vales transporte até que a equipe conseguisse sustentar por si só essas atividades, o que denota a importância da função estruturante da gerência nesse contexto.

A gente se perdeu um pouco com a ausência de gerente. Virou uma bagunça danada, a equipe ficou dividida, foi muito problema, mas acho que com a chegada do *novo gerente*, ninguém tava apostando muito no trabalho dele, mas com muita tranquilidade, ele tá conseguindo (Solange, comunicação pessoal, 2018).

Além disso, a diminuição da PD de quinta-feira, restringindo-a apenas ao período da manhã, garantiu maior participação da equipe de enfermagem na reunião semanal de equipe, no período da tarde. Reuniões gerais formativas periódicas também favoreceram o diálogo entre as duas equipes. A renovação das equipes com a chegada de novos trabalhadores contribuiu para que velhos ressentimentos fossem aos poucos abandonados e as relações de confiança mútua fossem restauradas. Os projetos terapêuticos ganharam mais atenção nas reuniões, inclusive convocando outros atores da rede para a discussão dos casos mais difíceis. Outros efeitos dessas mudanças foram a diminuição das contenções e do chamamento da guarda municipal e da polícia, entretanto, passou-se a cogitar mais recorrer ao hospital psiquiátrico para a internação de casos considerados muito graves, depois de esgotadas outras possibilidades.

Figura 2 - La Columna Rota

Fonte: Museo Dolores Olmedo Patiño

Eis que o corpo social, antes imerso no imaginário do caos, aos poucos, vai assumindo outra feição, como mostra a figura 2 (Kahlo, 1944). Sob um fundo árido e desértico (da precarização), a nova imagem desse corpo exibe uma face melancólica, consumida por uma dor dilacerante (produzida no encontro com o real da atividade) que incide como pregos fincados “na carne”, porém mantém-se erguida, disposta ao enfrentamento das dificuldades. A cabeça é sustentada por uma coluna recomposta, mas que não esconde as cicatrizes de sua fragmentação. Desnudo, o corpo erógeno (reinvestido de desejo) exibe, ao mesmo tempo, beleza (do reconhecimento mútuo do valor do trabalho) e cisão (estruturante). Ao remover o véu ideológico que o cobre, torna-se capaz de admitir suas dificuldades e limites. Forçosamente unido por um colete ortopédico, tenta recompor sua funcionalidade.

5.2 Precarização do trabalho e empobrecimento da experiência: as “perdas” e “faltas”

Ainda que a crise tenha se apresentado como uma ruptura das regulações e sentidos anteriormente partilhados, ela tem uma história que sobrevém no tempo (Guist-Desprairies, 2005). O serviço permanece imerso em um contexto político e socioeconômico desfavorável que o atravessa em suas entranhas, de tal modo que a precarização e a violência, efeitos do modo de vida capitalista não deixam de se inscrever como ameaça de futuros esfacelamentos, conforme apareceu nos diálogos realizados posteriormente ao período da crise. Nesse contexto, as melhorias nos processos de trabalho são frágeis e difíceis de serem sustentadas. No início de 2019, o segundo técnico de plantão no final de semana já havia sido desautorizado, assim como, os contratos com oficinairos, rescindidos. A equipe de enfermagem já estava novamente desfalcada por motivos diversos, acarretando grande sobrecarga aos que permaneceram. Novos desligamentos de médico e TSS se anunciaram. Inovações nos arranjos organizacionais são permanentemente discutidas e implementadas na tentativa sempre insuficiente de tentar contornar as faltas de estrutura material e humana para a realização do trabalho, o que exige um olhar ampliado para além das fronteiras do serviço.

O neoliberalismo não é apenas um modo de regulação dos sistemas de trocas econômicas, baseado na maximização da concorrência e do dito livre-comércio. Ele é um regime de gestão social e de produção de formas de vida que produz uma corporeidade específica, uma corporeidade neoliberal (Safatle, 2015a, p.196).

Essa corporeidade é forjada por um “ideal empresarial de si”, o que equivale a consentir com a intensificação do desempenho e das performances pelo ritmo econômico através não mais do trabalho alienado, mas da mobilização do desejo e a otimização das competências afetivas, “fundamento normativo da internalização de um trabalho de vigilância e controle baseado na autoavaliação constante de si” (Safatle, 2015a, p.200).

Essa configuração macropolítica incide sobre os trabalhadores, mas também sobre os usuários em seus processos de sociabilidade e subjetivação. Aqueles que Alessandra enuncia como “os mais desacreditados dos homens” (comunicação pessoal, 2018), em grande parte dos casos, fracassou em

responder a esse ideal social de ser bem-sucedido como sujeito econômico. Nesse sentido, é possível constatar a ocorrência gradativa de transformações no perfil socioepidemiológico dos usuários e em suas demandas. O aumento das situações de miséria associadas ao uso de drogas e à emergência de condutas violentas daqueles “que tentam escapar dos alçózes de um mundo adoecido” (Alessandra, comunicação pessoal, 2018) e que buscam no CAPS um lugar de “acalento”, aparecem como as questões que mais dificultam o desenvolvimento da atividade dos TSS (Almeida & Nogueira, 2018). É nas vicissitudes dos encontros com essa alteridade que a atividade se constrói, traduzindo-se em dramáticas prenes de saberes e valores, mas também de afeto e sentido.

Se a saída da gerente apareceu como um abalo confirmado pelos fenômenos de ruptura, não deixa de ser apenas o sinal mais visível do antagonismo de forças desse contexto que já vinha acometendo a organização de forma silenciosa e invisível, ao longo do tempo, produzindo um estado permanente e crescente de mal estar e impotência entre os trabalhadores.

Quando eu entrei, acho, assim, que o CAPS vivia uma outra época, diferente de hoje. Tá, muito cheio, muitas crises, muitos casos graves, mas eu não vejo que era essa coisa assim tão pesada! Eu não acho que era tão pesado igual é hoje. Ao longo dos anos, foi ficando cada vez mais pesado [...] Das coisas mais difíceis do CAPS, hoje em dia, eu acho que é, sem dúvidas, o número de pacientes e a nossa estrutura super precária. Eu acho que isso vai aparecer muito para você ainda (Letícia, comunicação pessoal, 2018).

De fato, a palavra precarização apareceu em quase todos os diálogos como um significante associado às perdas e faltas que não só contribuíram para o desencadeamento da crise, “consumindo” os trabalhadores, mas que permaneceram mesmo após a superação de sua fase mais crítica.

Os efeitos da precarização sobre a organização do trabalho, sobre a subjetividade dos trabalhadores e sobre a qualidade da assistência persistem e sinalizam para o risco de comprometimento do projeto antimanicomial, embora seja preciso recusar a ideia simplista de uma classe trabalhadora passiva e

indefesa diante da opressão e da violência. A precarização do trabalho, compreendida como um dispositivo de poder que tenta subjugar a vida no trabalho, não opera sem resistências, pois a vida, como diria Canguilhem (2010), é atividade normativa e valorativa.

Essa precarização se reflete nas condições materiais de trabalho e, sobretudo, em um efetivo humano insuficiente para conciliar urgência e referência, em um serviço “cada vez mais cheio de usuários em crise” (Letícia, comunicação pessoal, 2018).

Assim, não aumentou número de funcionários, a verba continua a mesma, os recursos continuam os mesmos, tem muita precariedade. Se a gente atendia dez pacientes num dia, hoje a gente atende 30, 40, 50 que nos procuram. Mas, tem um ponto positivo que os pacientes procuram mais o CAPS porque antes eles não procuravam tanto a gente, procuravam o *Hospital Psiquiátrico*. Agora, a gente é referência para as pessoas, mas não melhorou a estrutura, as equipes são a mesma coisa de dez anos atrás (Solange, comunicação pessoal, 2018).

O que se subentende é que, se houve o aumento (desejável) da procura pelo serviço, não houve, de forma proporcional, o devido investimento na adequação da estrutura para atender satisfatoriamente a complexidade das demandas que foram se apresentando.

...eu percebo que a maior dificuldade é a falta de investimento do poder público, a precarização, porque a temática, a proposta é muito ousada e você tem que ter investimento do poder público e eu percebo que está precarizando cada vez mais e os CAPS estão cada vez mais cheios, os técnicos adoecendo. Você vai percebendo uma precarização mesmo (Cássio, comunicação pessoal, 2018).

Especialmente os trabalhadores mais antigos relatam que houve, nas últimas gestões municipais, um desinvestimento nos serviços de saúde. Além de uma degradação significativa das condições de trabalho, houve também um

desinvestimento no trabalhador tanto no que concerne aos processos de educação continuada, quanto de retribuição material e simbólica. Observa-se uma defasagem salarial e, de forma inversamente proporcional, um aumento da cobrança por produção.

Por meio de minha participação nos debates do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, em agosto de 2018, foi possível observar que a realidade da precarização não se restringe apenas ao CAPS analisado, atingindo em maior ou menor intensidade todos os demais serviços da rede de saúde. Especialmente no que tange aos serviços de saúde mental, a restrição de recursos financeiros no Sistema Único de Saúde na cidade vem acarretando a precarização em três frentes principais: a precarização das condições de trabalho; a precarização dos contratos de trabalho e a burocratização da gestão do trabalho.

Quanto à precarização das condições de trabalho, é possível elencar algumas das repercussões de um progressivo desinvestimento na estrutura dos CAPS. A manutenção do espaço físico é burocrática e demora a ser realizada, de modo que vidros e bancos quebrados, paredes sujas, portas apodrecidas e colchões rasgados trazem de volta a imagem do velho manicômio que se busca superar. Por tratar-se de um serviço cuja premissa é o acolhimento da crise, a estrutura pode ficar “destruída” nos episódios de agitação e os reparos e reposições de mobiliários, vidros, computadores, telefone não acontecem rapidamente, se é que acontecem, como bem aponta Silva (2016).

Em alguns períodos, faltam itens de higiene básicos como sabão, fralda, absorvente higiênico. A qualidade da hotelaria fica prejudicada quando faltam lençóis, cobertores. Materiais de higiene bucal são inexistentes e os usuários, por vezes, têm que se enxugar com roupas ou lençóis diante da falta de toalhas. A falta eventual do vale transporte provoca revoltas e tumultos por dificultarem o acesso ao serviço. Além disso, não dispor de medicamentos essenciais ou de materiais para realização de oficinas afeta diretamente a qualidade da assistência prestada.

Depois de anos de denúncias e reivindicação de melhoria na qualidade das refeições, houve a troca do fornecedor, o que pode ser considerado um

avanço. Entretanto, o lanche se tornou cada vez mais restrito. Primeiro, com a suspensão do café e depois do pão com manteiga e do leite, substituído por leite em pó e sete biscoitos de água e sal. Após mais de seis meses de protestos e petições da Comissão Municipal de Reforma Psiquiátrica junto ao Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental e ao Conselho de Saúde, foi possível o retorno do lanche, tal como era anteriormente. Entretanto, não há variação nutricional que contemple casos cuja complexidade clínica exija restrição de alguns tipos de alimentos.

A justificativa das faltas quase sempre é burocrática (atrasos nos processos de licitações) ou financeira (custos que extrapolam a receita), porém revela o desconhecimento das instâncias centrais da gestão acerca das especificidades, necessidades e prioridades para o funcionamento dos CAPS.

Ainda nos CAPS, outra face da precarização do trabalho refere-se à terceirização de serviços de portaria, transporte, administrativo, de copa e limpeza, além da diminuição do número desses profissionais de apoio ao longo dos anos. A suspensão de concurso público há mais de sete anos é um outro aspecto da precarização que acarretou aumento do número de contratos temporários nas atividades fim, de assistência direta ao usuário, que não asseguram os mesmos salários e nem as mesmas garantias trabalhistas que os trabalhadores concursados possuem. Os salários são menores, sem adicionais e com menos benefícios. O período de férias é de apenas 20 dias corridos ao ano, enquanto os concursados dispõem de cinco semanas, podendo ser divididas em até três períodos. Além disso, contratados cumprem, compulsoriamente, um período de 40 a 60 dias de pausa de contrato sem remuneração, a cada dois anos e seis meses trabalhados. Embora submetidos à mesma condição de trabalho, todos esses fatores parecem contribuir para uma intensificação do sofrimento e maior rotatividade dentre os contratados.

A terceira frente de precarização vem ocorrendo através de um processo de burocratização e legalismo na atual gestão, que desmembrou a rede de atenção psicossocial, vinculando os serviços em diferentes setores administrativos, o que tende a enfraquecer a coordenação e promover alterações nem sempre bem-vindas no processo de trabalho. Uma delas seria a “uperização” dos CAPS, ou seja, uma propensão de transformar os CAPS em UPA

psiquiátricas, restringindo-se ao atendimento das urgências, sem oferecer, no entanto, a estrutura necessária para tanto. O atraso na renovação de convênios com as instituições que gerem dispositivos importantes da rede, tais como, Consultórios de Rua, Unidades de Acolhimento, contratação de oficinheiros impactou na suspensão temporária do funcionamento desses dispositivos no início de 2019. O impacto estendeu-se aos CAPS que tiveram que reabsorver essa demanda em momento de fragilidade. Outros projetos como o Arte na Saúde e Serviço Residencial Terapêutico também se encontram ameaçados pelos mesmos motivos, acarretando sentimento de insegurança e desamparo para trabalhadores e usuários.

Além disso, ameaça-se cortar benefícios e pagamentos onde se encontra brechas nas leis, como ocorreu em 2018 com os pagamentos de plantões extras para os trabalhadores contratados; dificulta-se e atrasa-se novas contratações ou substituições de puérperas, aposentados, de trabalhadores licenciados ou que se demitiram, impactando numa diminuição significativa do efetivo humano no serviço. Não se autoriza a necessária ampliação das equipes – em algumas unidades, chegou a haver redução – o que leva os serviços a funcionarem com trabalhadores em número insuficiente para a executar cada vez mais tarefas.

Pode faltar tudo, até haldol pode faltar que nós damos conta, o que não pode faltar é gente. Sem gente, não tem como fazer esse trabalho (Diário de Campo, 5 de abril de 2018).

Esse comentário proferido por uma trabalhadora em uma reunião com a coordenação de saúde mental confirma que, no cuidado, a estrutura e as tecnologias materiais não substituem a dimensão central do trabalho humano, único capaz de convocar todos os recursos do *corpo si* para colocar em dialética saberes formalizados e o inédito da situação para agir, guiado por valores (Schwartz, Duc & Durrive, 2010a).

Entretanto, a degradação das condições de trabalho impõe uma crise que vai além da gerencial e assistencial, uma “crise de sentido” (Azevedo & Sá, 2013), tanto na dimensão simbólica de valorização do trabalho quanto no que se refere à construção identitária e os processos de reconhecimento.

Falta de gerente, eu acho que foi a gota d'água, assim, mas a gente vem sofrendo com esses pequenos desgastes, essa burocracia e essas faltas que a gente já tem há muito tempo, desde o vidro da janela, papel, até recursos humanos, medicação e tudo mais. É muito triste, a gente vai vendo que não é uma prioridade do governo e que não vai ser tão cedo. Não vai voltar a ser (Alessandra, comunicação pessoal, 2018).

Sem material, a gente já tá faz muito tempo, né, Dani? Mas quando a coisa bateu no recurso humano... Não, aí não dá porque quando era falta de recurso material, a gente sempre deu um jeito, agora quando falta recursos humanos não tem jeito, não tem como sustentar uma clínica sem gente para trabalhar. Isso diz muito também... a sensação de que eles não estão nem aí, nem aí com o nosso trabalho, não reconhecem, não querem conhecer (Gabriela, comunicação pessoal, 2018).

A constatação de Alessandra e Gabriela remetem a sentimentos de desamparo e falta de valor e reconhecimento pelo outro que é representado pelo Estado, o que produz um afeto melancólico que contribui para desmobilização política dos trabalhadores que acabam por consentir em trabalhar em condições que lhes expõe a riscos à sua integridade física e psíquica ou a um desinvestimento no trabalho. A desmobilização política é notória, a partir do cansaço e do esgotamento produzidos pela intensificação do trabalho.

Eu percebo todo mundo muito cansado, muito esgotado, não tem disposição para ir numa reunião do movimento de trabalhadores. Pela primeira vez, esse ano, não participei de nenhuma reunião do 18 de maio. Na terça feira, geralmente eu tava tendo que cobrir plantão. Eu ficava tão esgotada que eu só queria ir para casa descansar porque, no outro dia, iria ser um dia pesado também. Pela primeira vez, eu não participei, em cinco anos! Estar naquele espaço dá um gás para continuar na luta, mas a gente tá tão esgotado, tão cansado que fica sem disposição de ir para os lugares de militância (Gabriela, comunicação pessoal, 2018).

A desvalorização material e simbólica recai de modo mais significativo sobre os TSS contratados, impactando em maior rotatividade:

Com esse salário e essas condições de trabalho é difícil para o contratado permanecer aqui. Não tem nenhuma valorização do poder público, nenhum incentivo. A equipe vai estar sempre desfalcada (Alessandra, comunicação pessoal, 2018).

Além do prejuízo no sentido de valor, o contrato temporário implica em incerteza quanto ao futuro, favorece o esgarçamento dos laços de solidariedade e reciprocidade que permitem as respostas coletivas às agressões do trabalho. Todos esses fatores acarretam sentimento de menos valia e solidão associados à necessidade de provar o tempo todo competência e empregabilidade (Linhart, 2014).

Eu mesmo comecei vínculo de contrato e tem uma questão muito interessante. Primeiro, nosso salário é bem menor do que quem entra concursado. A gente não tem direito à adicional de urgência, insalubridade, uma série de coisas. E sabe o que me incomodou muito? Foi uma colega do serviço ter tratado a gente do contrato... Primeiro, ela falou que a gente era cabide de emprego e depois, como uma forma inferiorizada, que contrato é isso mesmo, que esses são os direitos mesmo, como se ser contratado fosse alguma coisa até, assim, deplorável. Você não é nem digno de estar aqui num serviço que tem demanda, que precisa de gente para trabalhar. Eu achei isso uma coisa tão absurda! A gente tá aqui porque existe uma demanda, a gente passa por um processo seletivo, tem uma banca para avaliar e a colega se coloca num lugar que, às vezes, impede de criar uma sensação no trabalho de um coletivo, de uma certa coesão. Fica criando é mais divisão e eu acho que isso... Nós estamos vivendo um momento de tanta fragilidade e à medida que nós vamos nos separando, cada um com seu sofrimento, eu acho que isso vai ficando muito adoecedor (Ricardo, comunicação pessoal, 2018).

Se a precarização afeta, principalmente, trabalhadores contratados, trabalhadores estáveis também referem um sentimento que pode ser descrito com o que Linhart (2014) define como *precariedade subjetiva* ao se confrontarem com “exigências cada vez maiores no trabalho e por estarem permanentemente preocupados com a ideia de nem sempre estarem em condições de responder a elas” (p.45).

A gente se debruça em casos muito graves que demandam muita estrutura. Se você está com o serviço precarizado, a dificuldade aumenta e eu acho que você tem uma pressão para dar conta disso [...] A gente estar nesse lugar de ter que dar conta de tudo: plantão, referenciar caso, fazer oficina, cobrir final de semana está da ordem do insuportável (Cássio, comunicação pessoal, 2018).

O que, a princípio, representava a liberdade de trabalhar com mais autonomia, rompendo as fronteiras disciplinares e articulando saberes diversos para responder à complexidade que envolve as questões de saúde mental, no contexto precarizado, converte-se em uma desestabilização relativa à perda de referências. Conforme ressalta Aubert (2003), a demanda de polivalência dificulta a identificação do sujeito a uma tarefa, o que lhe traz um sentimento de desenraizamento. Para a autora, ter que fazer de tudo um pouco, sempre em menos tempo, acaba por obrigá-lo a sacrificar o desejo pelo trabalho bem feito.

Então assim, eu acho que o CAPS meio que, nessa coisa de ter esse tanto de coisa que tem para fazer, a gente tem pouco tempo para poder se debruçar muito sobre essa escuta mais delicada e construir esse projeto terapêutico. Muitas vezes, a gente constrói, mas, às vezes, a gente não consegue sustentar. Eu acho isso, assim, muito delicado (Fernanda, comunicação pessoal, 2018).

Apesar da avaliação de que, de um modo geral, os TSS esforçam-se em “atender bem” os usuários, mesmo diante das dificuldades, houve relatos como, por exemplo, o de Letícia, onde transparece o sentimento de vergonha e desconforto por trabalhar em um local onde não se sentiria confortável em ser usuária ou recomendar a amigos ou familiares, especialmente, devido às condições estruturais, o mal cheiro e à sujeira:

Por exemplo, semana passada, eu tava atendendo no consultório de urgência, isso me marcou muito, do lado do banheiro. O banheiro estava com a privada estragada, foi horrível! Tive que chamar a pessoa para atender lá fora porque eu vi que a pessoa estava incomodada e eu também não tava aguentando o cheiro. Isso é muito ruim, esse cheiro do CAPS. Acho que tem um cheiro que gruda. É um local que, se você for parar para pensar, de hotelaria, todo mundo reclama e com razão. Acho que os pacientes precisavam de um pouco mais de conforto ali dentro que não existe, né? (Letícia comunicação pessoal, 2018).

Esse “cheiro de CAPS” é um cheiro de abandono, não só no descuido com a estrutura física, mas com o corpo e a vestimenta. Suor, urina, fezes, chulé são odores que, por vezes, emanam de um corpo se sobressaindo ao sujeito que se apresenta, dificultando a aproximação. É certo que a tolerância à sujeira e ao mal cheiro é uma construção pessoal e subjetiva, no entanto, na cultura ocidental, para Douglas (1966), a ideia de sujeira articula-se a valores morais socialmente compartilhados que se associam à desordem e ao perigo e, conseqüentemente, à necessidade de exclusão. Trabalhadores que se encarregam de lidar com os objetos socialmente condenados à exclusão, à negação, à rejeição ou à desvalorização, empenham-se para não deixar que a própria subjetividade seja “contaminada”, criando estratégias para diferenciar-se desses objetos (Lhuillier, 2009). Nesse sentido, cabe indagar se o esforço de organizar o meio, livrando-o das “impurezas”, poderia ser compreendido como tentativa de diferenciar-se, de livrar-se dessa sujeira que “gruda” para não se reconhecer também em situação de abandono e descuido. O sentimento de nojo que emerge no confronto com a sujeira funcionaria como proteção da própria subjetividade no trato desse “negativo psicossocial”?

Para Lhuillier (2009), o nojo aparece em situações de proximidade com objetos em suposta situação de decomposição: podridão, excrementos, secreções corporais, lixo. A proximidade funciona como um espelho que reflete a própria condição de vulnerabilidade e revela a própria impotência frente à finitude da vida. De toda forma, o nojo é o que parece mobilizar os sujeitos, no contexto do CAPS, a encontrar modos (nem sempre) sutis de contornar a

precariedade. É o incômodo que estimula o convite para o banho, à oferta de uma roupa limpa, à construção de espaços para o cuidado com o corpo, ainda que a execução dessas tarefas seja comumente delegada à equipe de enfermagem.

Por outro lado, a vergonha de não poder oferecer condições dignas para esse cuidado, por vezes, é um sentimento mais difícil de contornar, pois tende a ser evitada por sua relação direta com culpa, inferioridade e desprezo, configurando-se como um sofrimento social e psíquico que impede “uma boa imagem de si” diante de adversidades traduzidas como pobreza, humilhação e ausência de recursos, conforme ressalta Gaulejac (2006). O surgimento da vergonha está ligado ao confronto do indivíduo com o olhar do outro que, ao mesmo tempo que o divide, também o socializa, obrigando-o a posicionar-se como sujeito em seu meio social. O que permite a elaboração desse sentimento, para Gaulejac (2006), se inicia pela disjunção entre aquilo que é de ordem social do que é de ordem subjetiva. Nesse sentido, observa-se que os TSS, frequentemente, desculpam-se com as famílias e as convocam a contribuir de alguma forma para suplantam as faltas, tornando o período de permanência do usuário no serviço o menos desagradável possível.

Apesar dessas iniciativas, é inevitável o impacto direto da precarização na qualidade da assistência ao usuário e às famílias, não só devido à ausência de insumos básicos e estrutura adequada para a realização do trabalho, mas porque essa falta de estrutura implica em pouca margem de manobra para contornar os “furos” que aparecem no processo de trabalho, conforme ressalta Solange:

Eu acho que, nos projetos terapêuticos, a gente fura muito. A questão da busca. A gente ficar muito atarefado dentro do serviço e não conseguir fazer busca ativa, visita domiciliar, não fazer um trabalho mais próximo com as famílias, isso me incomoda. Eu acho que nisso, às vezes, os casos dos pacientes se perdem, a gente perde um paciente porque a gente não consegue dar uma assistência melhor durante a crise. O paciente melhora, ele vai cuidar da vida dele, né? Mas no momento que ele está mais fragilizado, eu acho que a gente ainda fura com ele devido às

fragilidades mesmo do processo de trabalho, quando a gente tá com pouco funcionário, o transporte dá problema... Às vezes, tem uns combinados dos auxiliares com os motoristas e a gente não fica sabendo. Às vezes, o paciente tá muito grave e eles não buscam o paciente. Isso me incomoda. Serviço muito cheio [...] Eu acho que a gente tem que se preocupar com a qualidade da assistência, o tanto que a gente dá conta de cuidar [...] O espaço é muito grande, tinha que ter mais gente. Tem muita coisa que poderia melhorar (Solange, comunicação pessoal, 2018)

A qualidade da assistência também fica prejudicada com a rotatividade dos trabalhadores porque prejudica a formação de vínculos. A constituição do vínculo é um dos elementos fundamentais do trabalho em saúde mental, sem o qual não há manejo possível, especialmente nos casos mais graves. É preciso tempo para estabelecer uma relação de confiança, conhecer o histórico de vida dos usuários e adquirir experiência para a escuta e o cálculo das intervenções em cada caso. Sobretudo, é preciso tempo para a transmissão desse saber que se constrói no cotidiano do trabalho para que possa se constituir em experiência compartilhada. A partir da análise dos diálogos com trabalhadores mais antigos, esse parece ser um dos principais elementos que vem se perdendo no processo de intensificação do trabalho que se configurou no cenário da precarização: a experiência.

As lembranças de Luiza revelam como, apesar de não ter tido formação específica em Saúde Mental, o saber da experiência foi se construindo em sua trajetória profissional, primeiramente, na Atenção Básica, indo ao encontro das demandas dos usuários e suas famílias no território e agenciando possibilidades de cuidado: “Eu comecei a fazer isso sem saber, sem nunca ter lido nada, só na intuição mesmo” (Luiza, comunicação pessoal, 2018). Mais tarde, no contexto do CAPS, o encontro com um coletivo acolhedor, em um espaço onde as trocas e a cooperação entre os pares eram valorizadas, permitiu que essa experiência adquirisse sentido.

Aí, aqui no CAPS, a equipe muito bacana, muito acolhedora, o *gerente* que tinha entrado um pouco antes, a *M.* [psiquiatra]... Aí, era bom demais! Adorei! Adorei! Como era mais tranquilo, na época,

eu tinha essa liberdade de ir para rua, que era o que eu gostava, gostava não, gosto. Gosto? Tem hora que eu falo gostava porque tá tão ruim que eu já não sei nem se eu gosto. Aí, eu ia para a favela. Tinha o caso do A., não sei se você lembra, era um caso difícil do CAPS, na época, e eu ia atrás dele na favela, lá naqueles altos. O que eu tinha mais dificuldade, na verdade, era no acolhimento, sabe? Na verdade, até hoje, eu fico angustiada porque às vezes é muita coisa e você tem que ser rápido. Aí, eu fico angustiada no acolhimento, mas aprendi a lidar com minha angústia e consegui. [...] Teve um psiquiatra que me ajudou muito, era o D., não sei se você já ouviu falar dele. D. era um cara hiper inteligente e sarcástico. Eu com ele, a gente dava plantão, era tão bom! Ele me ajudava tanto! Ele falava: “calma, vamos aprender a deixar as coisas para amanhã” [risos]. Eu ficava aflita, queria resolver tudo e ele falava: “não, vamos ver como vai ficar”. Tinha condições, naquela época, do paciente chegar contido, a gente descontrer e ver como ele iria ficar. Hoje tem, Dani? Não, hoje ele chega, vai para cama contido e fica três dias contido até melhorar. Então, antes, a gente tinha aquele sofazinho na sala de plantão que a gente tinha tempo de sentar, tinha o lanchinho, aquelas coisas... Então, eu gosto. Hoje em dia... Teve um período que eu falei assim: “nó, tenho que sair daqui porque não gosto, não tô gostando”. Não é porque eu não gosto, é porque está difícil mesmo (Luiza, comunicação pessoal, 2018).

É possível perceber claramente, nesse trecho do diálogo com Luiza, por um lado, a importância do coletivo para a estruturação de saberes sobre o trabalho e, por outro, o esvaziamento do afeto que decorre da restrição cada vez maior de tempo e espaço para compartilhar a experiência.

A sala de plantão se constitui em um espaço que permite a cooperação e as trocas de saberes de forma diferente da reunião de equipe ou das passagens de plantão. A primeira, marcada pela presença de maior número de trabalhadores e por certa formalidade de pautas definidas pelo gerente, por vezes, inibe manifestações espontâneas. A segunda, restrita pelo tempo e pelo

cansaço de uma jornada, atém-se, na maior parte das vezes, à descrição do quadro atual dos usuários considerados mais graves e às intercorrências e questões principais que ficaram pendentes para o turno precedente. Na sala de plantão, ao contrário, as trocas ocorrem de forma mais informal no cotidiano. Trata-se do espaço onde a comunicação é possibilitada, a linguagem comum é construída, as decisões são tomadas coletivamente, em tempo real; onde se constituem laços de confiança e apoio mútuo. Espaço de construção de redes dentro e fora da instituição. Espaço de intervalo para o recuo da ação, necessário à reflexão, ao registro e construção da memória que, ao ser interpretado pelas gestões e pelos usuários como espaço de não trabalho, vai sendo, aos poucos, desmantelado.

Nostalgia semelhante apareceu associada a certo ressentimento nos diálogos com Glênia, ao avaliar que a intensificação do trabalho e a chegada de novos trabalhadores pouco comprometidos com a reforma psiquiátrica contribuiu para que, junto a esse espaço de construção coletiva, processos de trabalho e valores também fossem se perdendo ao longo dos anos.

Mas aqui tinha uma sala que era dos técnicos, a gente sentava e discutia. “A gente tá percebendo assim”, tal. A A.[psiquiatra] era uma pessoa que sempre dava orientação, apesar de que tinha pessoas que não concordavam, na época, que brigavam e tudo, mas acho que isso sempre vai acontecer. [...] As pessoas que chegaram depois não tinham essa experiência, não tinham essa visão do que é isso aqui. Sabe essa parede aqui? O povo não sabe e isso é muito ruim (Glênia, comunicação pessoal, 2018).

Da mesma forma, para Gabriela, a delicadeza do momento histórico, tanto no que concerne à precarização do trabalho quanto ao desmonte da reforma psiquiátrica, exigem criar estratégias para o fortalecimento do coletivo a partir dos valores através do quais se estruturou:

Eu sempre fui muito implicada com a questão da reforma, da militância, eu tento estar o mais próxima possível, é algo que eu acredito, que eu acho que tem que ser esse caminho mesmo. Por mais que... Eu acho que a gente tá num momento muito delicado

também, um momento muito difícil, de retrocesso e a gente precisa se fortalecer mais porque, não sei, eu tenho a sensação de que as pessoas, não só as pessoas novas que estão chegando não, mas muita gente vai trabalhar no CAPS sem ter uma dimensão do que foi esse percurso da saúde mental, da história mesmo da reforma. Nas conversas que eu tenho com algumas pessoas, eu tenho uma sensação que as pessoas não têm muito conhecimento desse processo, dessa história (Gabriela, comunicação pessoal, 2018).

“Qual o valor do patrimônio cultural se a experiência não está mais vinculada a nós?” (Benjamin, 1994a, p.115). A pergunta de Walter Benjamin, no início do século XX, introduz uma reflexão sobre o empobrecimento da experiência decorrente da impossibilidade de compartilhar saberes em contextos onde a técnica predomina sobre as relações.

Para Benjamin (1994b), a experiência estrutura-se coletivamente por meio da construção de narrativas acerca das vivências comuns de quem narra e quem ouve. Aquele que narra transmite um saber da prática construído através de reminiscências ligadas a um trabalho e um tempo partilhado, que confluem em uma rede de interpretações e sentidos que vão sendo atribuídos aos acontecimentos por meio de histórias endereçadas a gerações mais novas.

A evocação da imagem dos soldados que voltavam silenciosos da Primeira Guerra mantém-se relevante para retratar a situação dos trabalhadores no contexto da precarização do trabalho. “O frágil e minúsculo corpo humano” (Benjamin, 1994a, p.115) é “bombardeado” e entregue à própria sorte, agora não pelos aviões, como descreveu o autor, mas pela intensidade e velocidade das informações, dos ruídos e das demandas simultâneas a que precisa manter-se atento e responder de forma cada vez mais urgente e solitária.

É nesse sentido que, a intensificação do trabalho rouba do sujeito a possibilidade de transformar as sensações e reações imediatas das vivências em modificações duradouras do psiquismo. Para Khel (2009), esse empobrecimento do saber e da memória que se associa à transmissão da experiência torna as pessoas “fatigadas com a complicações da vida diária”,

incapazes de entender o valor das coisas e de si mesmas, “disponíveis para se desfazer de suas referências em troca das novidades em oferta” (p.168).

Essa “nova barbárie [...] impele a partir para frente, começar de novo, contentar-se com pouco, construir com pouco, sem olhar nem para a direita, nem para a esquerda” (Benjamin, 1994a, p.116). A partir do momento que o capitalismo associa-se ao discurso científico para tentar reduzir o trabalho a uma racionalidade técnica e instrumental, o sujeito também é reduzido à condição de objeto que, para Rosa e Poli (2009), “segue sem um projeto de futuro, sem uma utopia: perde a direção de sua vida, adapta-se, debate-se para prosseguir”(p.8), se sacrificando para fazer funcionar a estrutura social.

É dessa forma que o estar bem aqui e agora vai, por um lado, tomando o lugar da antiga busca de sentido, antes relativa ao ciclo total da vida, aos projetos de longo prazo e, por outro, corroendo as relações interpessoais, destituindo o sentido do trabalho e, em última instância, acarretando adoecimento (Aubert, 2003).

“A gente tinha tempo...”, essa afirmação compartilhada pelos trabalhadores mais antigos revela que o sentimento melancólico de que algo se perdeu, de que “o CAPS não é mais o que era” pode estar associado não só a falta de “recursos materiais e humanos”, mas à perda dos espaços de transmissão e elaboração da experiência, imposta pela pressão de estar o tempo todo em ação, ou seria melhor dizer, “na fazeção”, conforme expressão utilizada pelos trabalhadores.

A temporalidade tecida de uma sequência de instantes que comandam sucessivos impulsos à ação, não sustentados pelo saber que advém de uma prévia experiência de duração, é uma temporalidade vazia, na qual nada se cria e da qual não se conserva nenhuma lembrança significativa capaz de conferir sentido ao vivido (Kehl, 2009, p.116).

Do empobrecimento da experiência decorre, portanto, alterações na relação dos sujeitos com o sentido do tempo. É nessa perspectiva que Aubert (2008) retoma a história para mostrar que houve transição de uma sociedade sujeita ao tempo para uma sociedade em que se deseja dominar tempo. Essa

dominação do tempo pelo indivíduo assume, atualmente, segundo a autora, uma dupla face: a da instantaneidade, por um lado, possibilitada pelas novas tecnologias de comunicação que dão ao indivíduo a sensação de poder abolir o tempo e, assim, dominá-lo; a da urgência, por outro lado, que constitui uma nova forma de coerção e até de violência.

A lógica da economia que prevê o máximo de rentabilidade, de utilidade, de eficácia e exige respostas imediatas atingiu o conjunto de todas esferas da sociedade e da vida privada, modificando comportamentos, hábitos, o ritmo e as relações com as atividades, podendo repercutir em um desligamento do sujeito com seu fazer (Aubert, 2003).

É nesse sentido que Haroche (2005) adverte que a tecnologia, a velocidade, a aceleração e o advento de uma atividade constante induzem a uma ausência de reflexão ligada à rapidez, à instantaneidade, à imediatidade, que perturba os modos de vida, as estruturas de pensamento, de ideação, os modos de representação e de expressão de si e do outro, bem como, as maneiras de sentir e de perceber. Para a autora, a fluidez entre o real e o virtual, profundamente imbricados e desprovidos de limites, implicam em deslocamento, desterritorialização, sentimento de instabilidade, de permanente mudança, intensificando a incerteza, a angústia, o isolamento e a insegurança. Todas essas modificações na estrutura social trazem implicações que vão ser muito singulares para a subjetividade de cada gestor, cada trabalhador e cada usuário, porém é possível constatar notadamente seus efeitos no cotidiano do CAPS:

É, mas a gente que é trabalhador, que em algum momento tem a militância sim, mas também olha para outros espaços, às vezes, fica muito perdido, assim, quando vem o sujeito que a gente atende com sua precariedade, com sua miséria, vem a gestão e a gerência pedir para reduzir lista [indicações de PD], vem o serviço muito cheio e vem você, que está no seu dia de ambulatório, ter que atender e fazer plantão, um plantão atrás do outro. Eu acho que isso tudo, é... é... se a gente não ficar atento, a gente fica só afetado por isso, na fazeção, sem produzir um pensar, sem se propor

discutir, rever nas nossas reuniões de equipe (Adriana, comunicação pessoal, 2018).

Transparece no comentário de Adriana que, apesar da implicação subjetiva e afetiva com os ideais da instituição, o trabalhador pode ser capturado por um sistema de *injunções paradoxais* (Gaulejac, 2007). Nesse sistema, muito comum nas empresas hipermodernas, o poder se exerce produzindo adesão por meio de uma mobilização subjetiva que coloca as pessoas em tensão constante entre o ideal e o real, exigindo que cumpram demandas contrárias e mutuamente excludentes e que sejam mais do são, sob o risco da exclusão. Dessa forma, a atividade de trabalho torna-se uma:

...sequência ininterrupta de decisões a tomar diante de múltiplas interfaces, sendo que cada uma emite demandas, recomendações, procedimentos, injunções, expectativas, de tal modo que o fato de responder a uma não permite responder à outra, ao passo que todas, contudo, são necessárias (Gaulejac, 2007, p.121).

O sujeito é, então, colocado em uma situação de derrota, sem saída e insustentável. “O que quer que faça, ele pode ser pego em erro, o que destrói no seu íntimo qualquer possibilidade de reação para sair da dominação de seu interlocutor” (Gaulejac, 2011, p.86).

Aparentemente, há autonomia, liberdade e estímulo à criatividade, mas não se oferece condições para isso. Além da oportunidade de realização de si, a organização oferta, ao mesmo tempo, vantagens e obrigações que fazem com que o sujeito experimente satisfação e angústia e, ao investir totalmente no trabalho para lutar contra essa angústia, obtém resultados e reconhecimento que lhe permitem prosseguir. Essa lógica reforça sua dependência, sua submissão e seu conformismo (Gaulejac, 2007).

Adriana, ao retomar sua trajetória na saúde mental, iniciada como estagiária em um CAPS, em 2008/2009, assim como vários outros trabalhadores, ressalta que, naquela época, havia “recurso” para oficina, cinema, transporte para passeios. Mais do que isso, era possível o trabalho no território. Entretanto, por meio de seu relato, nota-se que, à medida que a organização do trabalho no CAPS foi tornando-se paradoxal, os TSS se percebem impedidos de realizar

uma série de atividades que possibilitam transformações na vida dos usuários e que lhes garantem reconhecer o próprio trabalho como uma bela obra. Presos à uma “fazeção” que dificulta o “pensar para fora”, o trabalho de desinstitucionalização, o trabalho de construção de redes no território, o que mais fica prejudicado é a própria saúde mental.

A gente tinha outros investimentos que foram sendo precarizados e que hoje deixa... a gente quase que fica só no atendimento dos plantões, das urgências, né? Eu acho isso difícil, assim, quando vem um pedido que a gente tem que reduzir a lista de PD. A gente precisa pensar para fora. Quando se precariza esses recursos, o trabalhador, ele fica muito nessa fazeção e aí, a gente fica com dificuldade de pensar para fora. Eu acho que é esse movimento que pode deixar a saúde mental saudável, quando ela está para fora e o trabalhador também. É muito duro isso da gente estar no *CAPS*, cumprindo a carga horária ali o tempo todo e tendo, às vezes, uma agitação psicomotora... A gente até faz o que é preciso, o que é necessário, mas para mim é muito difícil. Depois que passa, parece que um trator passou por cima de mim. É um dos momentos que eu tenho mais dificuldade, assim, no *CAPS*: ser esse anteparo, às vezes, da crise. Eu percebo muito os pacientes vindo dizer para a gente do lugar do pior, assim, do sofrimento, de uma precariedade. E ser o recipiente disso... Quer dizer, eles vêm endereçar isso pra gente. É no *CAPS* que vai aparecer a loucura, o desajuste, o chute na porta, vai aparecer o corpo nu, o corpo caído, estendido no chão, pelado. Então, assim, ser quem vai filtrar isso, isso mexe muito com a gente também, né? Mexe com as nossas experiências, como a gente entende, assim, ser técnico de referência (Adriana, comunicação pessoal, 2018).

A “fazeção” a que se refere Adriana bem pode ser o resultado da aglutinação entre as palavras *fazer* e *repetição*. Essa expressão parece referir-se, em certa medida, à instauração de uma clivagem entre o fazer e o agir que funciona como um redutor da angústia, instaurando um certo automatismo da prática. Em outras palavras, na fazeção, predomina a dimensão

instrumental/técnica do trabalho em detrimento de sua dimensão política, que envolve o debate de normas e valores, já que as exigências de polivalência e o ritmo acelerado, que o contexto precarizado impõe, dificultam o raciocínio clínico, os movimentos criativos, as renormalizações.

No conjunto das situações de privação, o fazer desarticula-se da práxis, ficando reduzido a gestos e condutas esvaziados de afeto e sentido. Consequentemente, a vida psíquica fica empobrecida, pois o sujeito, capturado pelo discurso institucional, encontra poucas possibilidades de refletir sobre o seu fazer. O que prevalece é a sensação de esgotamento que se estende a outros domínios da vida: “E assim, quando você fica no CAPS 6 horas, às vezes, até quatro, você sai exausta. Tem dias que a sensação que eu tenho é essa, de um esgotamento. Não dá vontade de fazer mais nada” (Letícia, comunicação pessoal, 2018).

É fato que ações urgentes que, anteriormente, tinham um caráter excepcional no cotidiano do CAPS, tornam-se cada vez mais comuns. Houve aumento das demandas, certamente, mas a forma como elas se anunciam e a velocidade das respostas que elas exigem também sofreu modificações.

A própria noção de urgência tem seus contornos ligados a uma situação (contexto), um julgamento (urgência subjetiva) e uma ação (remédio imediato), o que equivale a dizer que está condicionada a um sistema de valores da sociedade ou da pessoa que faz o julgamento (Aubert, 2003). Daí, decorre o risco de confusão entre uma situação real que demanda uma resposta urgente a um jeito de fazer mais ou menos sistematizado, um *costume*. A urgência tem se tornado cada vez mais um modo privilegiado de regulação social e uma modalidade dominante de organização da vida coletiva, a tal ponto que fica cada vez mais difícil diferenciar o que é urgente e o que é importante, o acessório do essencial (Aubert, 2003).

A urgência se tornou um sintoma que traduz a desordem, a confusão, a perda de caminhos de uma sociedade que não sabe mais sanar suas feridas ou reduzir as fraturas de um mundo que desaba, sob o peso de problemas que devem ser resolvidos “em tempo” antes que eles piorem mais ainda. Este sintoma é um

analisador do que se passa nas empresas e na sociedade inteira, hipermoderna, cada vez mais complexa e cheia de paradoxos (Aubert, 2003, p.36).

Nesse sentido, o que Adriana parece chamar a atenção é que, diante das dificuldades em conciliar as tarefas da urgência e referência impostas pelo contexto precarizado, o próprio corpo é tomado como um objeto que passa a funcionar, na maior parte do tempo, como um “anteparo” ou “um recipiente” que contém todo tipo de desajuste. Cabe aos TSS “filtrar” as demandas de medicalização e tamponamento de todo tipo de sofrimento que os usuários endereçam ao serviço, por vezes, transbordando de forma violenta, por vezes, de forma esvaziada de afeto e sentido de viver. A urgência com que essas demandas têm se apresentado sugere que há cada vez menos disponibilidade para elaborar o luto, cada vez menos tolerância para qualquer tipo de falta ou frustração, cada vez menos recursos simbólicos para construir lastros que permitam enfrentar o real.

Eu fico vendo que, às vezes, essas produções da psicose... Tava até comentando com um colega hoje o quanto que essas produções da psicose têm... parece que elas estão muito empobrecidas. A gente quase não vê mais aqueles delírios bonitos, aquela coisa! E eu penso se não é muito em função desse ataque sistemático que tem sido feito à produção delirante, que, às vezes, a produção delirante é um tanto bizarra. “Não, vamos medicar!” Tanto a droga ilícita quanto os psicotrópicos vão tamponando essa possibilidade de produzir o delírio. E aí, são coisas muito vazias e eu fico pensando também se a gente tem ainda interesse por essas psicoses extraordinárias porque dão trabalho, dão muito trabalho. Dá trabalho para a pessoa que vive esse processo e dá trabalho para quem está secretariando isso. E eu entendo, Dani, a coisa é tão complexa porque o próprio sistema que a gente vive nele, assim, o sistema capitalista, ele vai excluindo essas pessoas de uma forma que a gente fica muito sem ter o que fazer com esses usuários porque eles não vão caber em lugar nenhum (Ricardo, comunicação pessoal, 2018).

O que se verifica na experiência, tal como indica Otoni-Brisset (2018), são atuações, violências, sintomas de corpo sem sentido, adições cuja urgência e pungência da pulsão “não cabem em palavras, não crê em autoridade e não segue as normas do discurso” (p.16).

“Acolher o singular requer a paciência que aguarda o que está por vir, sem esperar uma resposta à nossa imagem e semelhança” (Otoni-Brisset, 2018, p.22), o que “mexe” com as experiências, a partir do sentido que a atividade de ser técnico de referência tem para cada um, em diálogo com os significados construídos pelo coletivo.

É nesse sentido que o próximo capítulo busca o aprofundamento de questões suscitadas ao final dessa discussão, apresentando as principais injunções a que os trabalhadores são confrontados nas atividades de urgência e referência e, ao mesmo tempo, as formas de enfrentamento, resistência e renormalizações que se processam na forma como os corpos são convocados a se colocarem em atividade. Através da construção de imagens e metáforas que traduzem os afetos e os efeitos da atividade sobre o corpo, os TSS foram tecendo saberes sobre a experiência. Por vezes, um corpo-sem-pernas, forçado a reconhecer seus limites. Por vezes, um corpo-anteparo que, diante das múltiplas faces das situações de violência, se apresenta, como um “muro vivo”. Por vezes, um corpo-recipiente que filtra e devolve, por vezes, um corpo-que-enlaça, favorecendo a existência de ambos, trabalhador e usuário, no mundo.

6 ATIVIDADE: VICISSITUDES DE ENCONTROS

*A gente está vivendo um momento muito dolorido e
as pessoas se aproximam pela alegria e também pela dor.*

A diferença é que o sorriso é laço e a dor é nó.

Bráulio Bessa

A atividade humana pressupõe um corpo, um objeto sobre o qual esse corpo age, um instrumento mediador da ação e um produto. Um corpo humano tem ao menos três dimensões: material, psíquica e afetiva. Tais dimensões permitem a esse corpo reconhecer o mundo, auferir-lhe sentido, desejar e agir sobre ele, modificando-o e construindo, ao mesmo tempo, uma estrutura subjetiva que lhe permita reconhecer a si mesmo como ser singular. Quando esse corpo humano age sobre outro, o que se tem é um encontro de dois corpos em atividade, já que nenhum deles é totalmente passivo da ação do outro. Mais um aspecto desse encontro é que ele se inscreve num contexto discursivo que o precede, o das normas antecedentes.

No contexto do CAPS, o usuário chega a partir de uma queixa de sofrimento psíquico e uma demanda de cuidado que pode vir de si próprio ou de outras instituições sociais. O TSS entra a partir de um reconhecimento garantido pela sua formação (um suposto saber) que o autoriza socialmente a responder a essa demanda, mas que não lhe garante uma instrumentalização necessária. Não garante porque as tarefas que lhe são prescritas exigem colocar em questão a cisão entre as diferentes disciplinas e desenvolver não só um repertório de saberes técnicos, mas uma ética de cuidado que inclui o acolhimento, a escuta e a responsabilização. Essa atividade centra-se essencialmente no vínculo que possibilita formas possíveis de se relacionar com o outro. Atividade que mobiliza a afetividade de modo que é preciso suportar o sofrimento, as faltas e os excessos do outro (e os próprios) para ajudá-lo a cuidar de si e a conviver. Refiro-me, portanto, a um trabalho peculiar, uma vez que seus instrumentos são os próprios corpos e suas formas de linguagem que se colocam em relação uns com os outros, produzindo subjetividades e sociabilidades.

Trata-se, a princípio, do encontro entre dois corpos marcados por histórias de vida distintas, experiências de classe social, raça, gênero e territórios, que

constituem subjetividades igualmente diversas, os quais circulam entre o dentro e o fora trazendo, para dentro do serviço, todas implicações da vida do lado de fora. Ambos se encontram, nesse contexto perpassado por um universo de valores, dispostos numa relação assimétrica – mas que se pretende não hierárquica – de poder.

Nesse encontro, estão em jogo relações entre saberes, valores e afetos que interferem de forma consciente ou não nos modos de agir. A atividade consiste, desse modo, em um circuito onde o corpo afetado reage ao encontro com o outro e (re)significa permanentemente sua ação.

Se o agir depende do retrabalho dos saberes normativos a partir dos saberes da experiência mobilizados pelo inédito que se apresenta no acontecimento, é possível dizer que também está diretamente relacionado com o afeto que o encontro com a alteridade desencadeia um no outro.

Seguindo a trilha dos afetos, este capítulo se divide em três partes. A primeira reflete a impotência, a angústia e os afetos melancólicos que se relacionam aos paradoxos normativos de conciliar a urgência e a referência, às implicações subjetivas do trabalho com o “negativo psicossocial” e da ocultação da parte “suja” do trabalho, por meio do discurso ideológico, para a saúde e algumas soluções encontradas pelos sujeitos, a partir de sua história singular. A segunda, mapeia as múltiplas faces da violência, o medo que ela desencadeia e as formas de regulação desse afeto no encontro dos TSS com os sujeitos e com o território. Finalmente, a terceira trata dos sentidos, enlaçamentos e construções de projetos de vida que a atividade de referência possibilita para usuários e trabalhadores por meio do amor e da alegria.

6.1 Corpo-sem-pernas

6.1.1 “O plantão engole a gente”

É consenso dentre os trabalhadores que a urgência e a referência são dois pilares que sustentam a organização do trabalho no CAPS. Esse consenso remete à própria história de como o serviço se constituiu na cidade como parte de uma rede de dispositivos de cuidado, onde sua função deveria ser, ao mesmo

tempo, clínica e política, “atendendo à crise e ocupando o espaço social de nova referência para usuários e familiares” (Campos, 1998, p.10).

Estrategicamente considerado como dispositivo de transição, caberia ao CERSAM orientar sua ação a partir de uma dupla exigência: por um lado, criar condições para que os pacientes normalmente inseridos no circuito hospitalar, na medida em que essa inserção tem consequências ao nível de sua cronificação e exclusão social, possam sair dele; por outro lado, deve priorizar o atendimento da crise em pacientes agudos, a fim de evitar a entrada de novos pacientes nesse circuito [...] O vínculo com o serviço deve se produzir a partir do consentimento do paciente para além do que lhe é imposto por sua própria urgência, de forma a constituir o CERSAM como sua referência em saúde mental (ECL, 1998, p.13).

Apesar de ambas as tarefas serem consideradas importantes, necessárias e complementares, “é um desafio juntar a urgência e a referência no mesmo lugar” (Alessandra, comunicação pessoal, 2018) por uma série de razões. Primeiramente, porque são tarefas que, por vezes, se misturam: “O problema é fazer tudo ao mesmo tempo. Às vezes, no plantão, você faz tudo” (Alessandra, comunicação pessoal, 2018).

A urgência se impõe, assim, de repente, você está escalado para o plantão no dia que você tinha se organizado para fazer alguma coisa. Então, eu acho que os tempos se misturam (Mayra, comunicação pessoal, 2018).

Nesse sentido, algumas condutas tomadas na urgência, enquanto profissional do plantão, como, por exemplo, participar de uma cena de contenção, podem prejudicar a relação com os usuários, enquanto profissional de referência. Como ressalta Ricardo:

A gente que trabalha com a transferência, porque, assim, às vezes, tem uma precariedade mesmo da instituição que dificulta o manejo da transferência. Às vezes, a instituição nos coloca em lugares muito difíceis e esse da contenção é um deles. Você ter que conter

um paciente que depois você vai fazer um trabalho com ele, eu acho que isso te coloca num lugar de grande outro um pouco desregulado que isso te coloca uma série de impasses depois (Ricardo, comunicação pessoal, 2018).

Por outro lado, a referência pode facilitar o manejo nas situações de urgência, tal como aparece na situação descrita por Solange:

Ele tava dormindo na hora do almoço. Quando ele acordou, queria o vale [transporte]. Eu falei, vale agora é só 14 h. Ele subiu lá no administrativo e começou a gritar, esbravejar, pegou uma lâmpada, quebrou a lâmpada e falou que iria agredir o *gerente*, matar o *gerente*. Aí, a *técnica administrativa* foi doida atrás de mim, eu já tava indo embora. Menina, eu fiquei brava demais! Gritei com ele: “você nunca machucou ninguém aqui, não vai ser agora! Me dá essa lâmpada aqui!” Igual mãe faz com filho e fui falando... [risos]. E o *gerente* do lado. Ele me entregou a lâmpada, sabe? Pediu muita desculpa para o *gerente*. Depois, coloquei ele dentro do carro. Falei: “vambora pegar carona até ali embaixo”. O *gerente* falou assim: “*Solange*, você foi muito corajosa, mas também você conhece ele há muitos anos”. Eu falei: “pois é, se eu não conhecesse, eu não faria isso, mas eu tinha certeza que ele iria me ouvir” (Solange, comunicação pessoal, 2018).

O relato confirma a importância do vínculo para permitir certa antecipação da consequência do ato. Conforme Solange (comunicação pessoal, 2018) acrescenta: “ser técnico de referência, tem que ter uma transferência, tem que construir alguma coisa com o paciente para você conseguir conduzir”.

Entretanto, o maior desafio em conciliar as duas tarefas – urgência e referência – é o fato de que, na atual conjuntura, a urgência tem se imposto, de forma mais incisiva, como prioridade sobre a referência. Como consequência, não há concordância se ainda é possível cumprir as duas tarefas primárias sobre as quais o serviço se edificou. É interessante notar como as expressões “a gente tem pouca perna” ou “eu não tenho tido pernas” para executar uma série de

outras tarefas que decorrem dessas duas principais aparece no cotidiano e nos diálogos como um impedimento tanto para a atividade individual quanto coletiva.

Eu não acho que o *CAPS*... Embora seja um serviço de saúde, ele tem sim, uma função que é social, assim, um cuidado que é social desse sujeito. Não dá para separar, não, até aqui é saúde, daqui para cá não é. Então, a gente se envolve com essas questões de moradia, a gente se envolve com os conflitos familiares, a gente se envolve com a miséria, a gente se envolve com a questão de administração de dinheiro, de não ter o que comer, né? Eu acho que o *CAPS*, ele absorve tudo isso, então, assim, é difícil você... Eu acho que a gente tem pouca perna... (Fernanda, comunicação pessoal, 2018)

As ponderações de Fernanda coadunam-se àquelas anunciadas por Adriana no final do último capítulo: a forma como cada um vai “filtrar”, renormalizar as demandas que lhe são colocadas pela organização do trabalho ou pelos usuários depende de suas experiências, da forma como se construiu sua trajetória profissional e de vida, do modo como compreende o processo saúde-doença e como “entende o que é ser técnico de referência”. Os projetos terapêuticos são construídos a partir de uma escuta do usuário perpassada por esses parâmetros. Entretanto, o que é da ordem do projeto individual, muitas vezes, choca-se com o que a estrutura organizacional tem condições de ofertar e suportar, o que desencadeia conflitos entre os trabalhadores.

O desconforto de ser quem vai ter que “filtrar” as demandas que se dirigem ao serviço e que, por vezes, aparecem de forma violenta e indissociável das necessidades sociais, nas reflexões de Mayra, foi o fator que mais pesou na decisão de pedir transferência para outro local:

Eu quero mais leveza para minha vida. Eu acho que a crise econômica tende a piorar e eu não quero ser quem vai ter que decidir quem merece vale transporte, quem merece ter um lugar para comer ou para dormir porque a gente sabe que essas indicações nem sempre são de ordem clínica como a gente

gostaria. A miséria tem nome, tem corpo. Ela se apresenta para nós de forma muito concreta (Mayra, comunicação pessoal, 2019).

Paradoxalmente, reconhece-se a necessidade do trabalho territorial de articulação de rede, mas a organização do trabalho dificulta cada vez mais sair dos limites do serviço. Imagens como “chover no molhado”; “apagar incêndio” ou “enxugar gelo” foram frequentemente evocadas na tentativa de traduzir uma certa impotência frente a essa situação paradoxal:

Não são coisas que se resolvem rapidamente e a gente tem pouca perna e acho que a gente... Eu não sei... E eu tenho as minhas dúvidas... Eu acho que, assim, pela falta de tempo, pela correria da urgência, a gente acessa pouco os dispositivos que existem e que são poucos. Então, assim, a gente fica num discurso de que são poucos e porque são poucos o *CAPS* tem que dar conta de tudo, mas, ao mesmo tempo, a gente não consegue nem ter tempo de acessar nem os poucos que existem. Eu acho que a gente fica ali mesmo chovendo no molhado e não consegue muito que sair do mesmo lugar (Fernanda, comunicação pessoal, 2018).

É nesse sentido que as indicações para a permanência dia ou hospitalidade noturna, muitas vezes, passam pela falta de suporte social no momento da crise. O problema é que podem se prolongar por mais tempo que o planejado, tornando o serviço “inchado”. Os TSS referem sentir uma “pressão” por parte não só da gestão, mas também da equipe para resolver rapidamente questões complexas que demandam articulação de rede e enfrentamento de uma série de questões burocráticas. Além disso, alguns TSS referem desenvolver uma relação de afeto e sentimento de responsabilidade com alguns usuários, especialmente os que se encontram em situações de extrema fragilidade dos laços sociais, o que dificulta os encaminhamentos:

Porque eu acho que tem pacientes, inclusive que eu atendo em ambulatório, que estão bem, estão estáveis, não deveriam continuar, mas quando eu menciono a possibilidade de transferência para o Centro de Saúde me pedem: “pelo amor de Deus, não me mande! Se eu for para lá, se você me mandar, vou

entrar em crise”. E aí, assim, muitos a gente vai adquirindo um afeto, você perguntou de afeto, um afeto positivo e acaba que eu também não mando. Se você for ver, em ambulatório, a maioria são pacientes estáveis que a gente cria um vínculo e que eu não consigo mandar. [...] A J., tem a S., tem a L. Devo ter no mínimo uns 7 de ambulatório que estão super bem, mas que eles me falam: “se você me mandar, eu vou entrar em crise”. Sei que ocupa minha agenda, sei que ocupa um espaço que eu poderia estar numa oficina, no plantão, mas, não dou conta de fazer diferente (Letícia, comunicação pessoal, 2018).

Não há consenso acerca de como contornar essas situações. É certo que nenhum TSS discorda que o CAPS deveria se caracterizar como um lugar de passagem nos momentos de crise e quanto à necessidade de fortalecer as relações com a Atenção Básica e a Assistência Social para o acompanhamento longitudinal nos períodos de estabilização dos usuários. Entretanto, há aqueles que defendem que o serviço deveria se ater apenas ao acolhimento das “urgências estritamente psiquiátricas”. Cabe questionar, no entanto, se as características estruturais mais abertas do serviço oferecem condições para responder a todo tipo de “crise psiquiátrica”. Assim como ocorre na UPA, diante de casos mais complexos ou mais graves, considerar a internação hospitalar seria a resposta possível, necessária e inevitável. Nessa perspectiva da lógica de um serviço de atenção secundária, a tendência não seria a centralização médica e a medicalização, distanciando-se do que se propõe um serviço de atenção psicossocial? Por outro lado, há outra parcela da equipe que preza pelos princípios inaugurais do CAPS quanto à responsabilização pela urgência e referência dos casos mais graves quando a lógica ambulatorial da Atenção Básica não é capaz de responder à complexidade do caso ou quando o usuário apresenta dificuldades de enlaçar-se em outras redes de sociabilidade e suporte, considerando que o tempo da burocracia institucional não deve jamais prevalecer sobre o que cada sujeito indica em seu processo de autoconstrução como sujeito-cidadão. Essa outra perspectiva pressupõe que a “questão social” não pode ser compreendida de forma dissociada da “questão psíquica” e aposta na referência (que por vezes se prolonga indefinidamente) como estratégia para

evitar ou amenizar novas crises, bem como para tentar proteger o usuário da ameaça da morte, embora nenhum trabalhador tenha negado que a internação hospitalar possa ser necessária, em situações extremas.

Fica muito nesse ideal, o paciente estabiliza e a gente encaminha para o Centro de Saúde como se fosse algo que vai acontecer naturalmente. Não é! [...] Vamos pensar um caso atual que tem me demandado mais, que eu tenho me debruçado mais, que é o caso do R., um caso que eu acompanho desde 2015, um caso que a gente já teve, não só eu como técnica de referência, mas a equipe tá sempre muito envolvida com o caso do usuário, mas é um usuário que, além da questão psiquiátrica, que é um psicótico, que precisa mesmo, tem uma fragilidade social enorme, os vínculos familiares estão rompidos. Tentou estabelecer agora, mas acabou se frustrando porque estava com muita expectativa com essa relação com a irmã, uma irmã que nunca foi próxima, não tem condição de trabalho, não tem nenhum recurso financeiro, não tem moradia, não dá conta de estudar, não dá conta de trabalhar, não consegue se manter sozinho na vida e tá no CAPS e a gente tendo que se haver não só com a questão da doença, mas com a vida dele toda (Gabriela, comunicação pessoal, 2018).

De acordo com os protocolos de fluxos pactuados pela equipe, o usuário em situação de rua que não esteja em “crise” e apresente uma demanda de abrigo deverá ser encaminhado a um dos Abrigos Municipais e aos equipamentos da Assistência Social destinados ao acolhimento dessa população, no entanto, a recusa nesse encaminhamento é frequente, associada a queixas de violência e insalubridade que estariam presentes nesses locais. O usuário citado por Gabriela, especificamente, é um dos muitos que construíram sua trajetória de vida entrando e saindo de instituições de controle e assistência cujas “fronteiras entre o dentro e o fora estão cada vez mais borradas” (Mallart & Rui, 2015, p.2), para quem o território parece ameaçador e o CAPS se configura como um refúgio, um local de proteção.

Ele não tem trajetória de rua, por quê? Porque quando ele chegou no CAPS tinha uma trajetória prévia de várias instituições que

sempre deram suporte, desde a adolescência. Já passou pelo socioeducativo e olha como é a história dele: ele não foi para rua porque o socioeducativo entendeu que tinha que proteger. Ele ficou preso como proteção, para ele não ficar na rua. Então, ele sai do socioeducativo, sem ter cometido crime e vai para uma Comunidade Terapêutica para ser protegido, sem ter história de envolvimento com droga, sempre passando por várias instituições. E a gente fica muito limitado. Recentemente, eu tive uma conversa com o coordenador da assistência social para ver como seria possível a assistência ajudar no caso, como a gente poderia lançar mão da assistência e sabe? Não tem, não tem... Ele se recusa a ir para o Abrigo, não conseguiu benefício. Como a gente constrói um projeto de vida para o usuário desse jeito? Como a gente constrói? Vai mandar ele para a rua? Não vai. A equipe já entendeu que não é um usuário que dá conta de ficar na rua, mas também não é um usuário que dá conta de ficar em hospitalidade noturna no CAPS para sempre (Gabriela, comunicação pessoal, 2018).

Viganó (2007) adverte que a rede institucionalizada pode trazer mais danos ao psicótico do que o próprio manicômio se não servir para promover ocasiões de parcerias, pontos onde o sujeito possa movimentar-se e usar como “alavanca” para sua própria criatividade, para que algo novo possa ser inventado. Essa construção leva um tempo que nem sempre coincide com a urgência da instituição.

Tem essa pressão, assim, e a gente acaba antecipando muitas saídas de pacientes que deveriam ficar lá durante um tempo maior porque a gente tem essa pressão e tem também, não sei, parece que é algo que se baseia somente na questão psiquiátrica, na sintomatologia, que ele tá bem, tá circulando, consegue sair e voltar, mas essa questão social – a gente usa muito esse termo: “ah, tá aqui de pernoite por uma questão social” – eu acho que isso toma a maioria dos nossos casos, eles tem uma questão social muito incrustada. Como que faz? O que que faz? (Gabriela, comunicação pessoal, 2018).

As questões levantadas por Gabriela no final de sua fala traduzem concretamente não só o conflito, a divisão da equipe quanto ao limite do que o serviço pode responder, mas indicam uma posição eminentemente clínica: a sustentação de um não saber necessário para que o saber do usuário possa conduzir o projeto terapêutico.

Primeiro, eu acho que quando a gente fala de projeto terapêutico, a princípio, a gente pensa em algo que tem que estar ali no papel, que tem que seguir aquelas metas, que tem que ser discutido com o paciente, com a equipe, que a família tem que estar envolvida. Nos moldes como isso é colocado, eu acho que a gente não consegue fazer, mas a gente faz muito além disso também. [...] Então, eu acho que vai sendo construído à medida que vai caminhando, mas, geralmente, o que eu tento fazer, assim, quando eu sou técnica de referência do caso, tentar conduzir, construir junto com o paciente (Gabriela, comunicação pessoal, 2018).

No entanto, Gabriela reconhece sentir-se frustrada e impotente diante de “uma escassez de tanta coisa” que, por mais que “a gente seja criativo, por mais que a gente faça para além do que poderia oferecer, eu acho que tem algo dessa vulnerabilidade que limita muito o trabalho da gente”. Essa perspectiva é compartilhada também por outros TSS:

Quando a gerente me perguntou na entrevista o que era ser técnico de referência, eu respondi que era ajudar as pessoas que a gente acompanha a pensar as diversas situações da vida, não só especificamente com relação ao tratamento. Só que, hoje, é muito difícil, assim... Eu me vejo me angustiando muito com a impotência. Às vezes, o sujeito está, assim, numa vida tão difícil, tão miserável que o ponto alto da vida dele é ir no CAPS e isso é muito miserável! E a gente tem pouco para oferecer. Hoje, tem pouco para oferecer! Eu sei que a gente faz, hoje, o melhor, o que é possível, mas é pouco (Adriana, comunicação pessoal, 2018).

O caso de R. sugere a existência de uma demanda social para que o CAPS ocupe o lugar do antigo manicômio de depositário de todos aqueles que,

por uma série de razões que não necessariamente o sofrimento mental, não encontram outro lugar social. Recusar ocupar esse lugar implica garantir outros lugares sociais e não no abandono do sujeito à própria sorte.

Ao se tomar a “questão social” como o conjunto de contradições que surgem no bojo do desenvolvimento do capitalismo (Netto, 2001), considerando, sobretudo, a desigualdade social, a pobreza, o desemprego, a fome, a violência, as doenças, o uso abusivo de drogas, é necessário perguntar como construir um cuidado antimanicomial sem a transformação dessa base societária. Além disso, cada indivíduo ou grupo social vivencia as manifestações da questão social a partir do atravessamento de marcadores étnico-raciais e de gênero, igualmente circunscritos em estruturas de opressão reformadas e confirmadas nesse sistema (Costa, 2017). Nesse contexto, toda tentativa de dissociação da condição de saúde das resultantes da exploração econômica que a produz torna-se inócua e o trabalho reduzido a “enxugar gelo”, servindo à manutenção e perpetuação dessa mesma estrutura e seus modos de sociabilidade.

Situações ainda mais desafiadoras e cada vez mais comuns são a de usuários idosos que perderam o suporte social, a mobilidade ou a autonomia para viver sem esse suporte. Embora em grande parte dos casos tenham história de sofrimento mental e tratamentos psiquiátricos prévios, frequentemente, apresentam diversas comorbidades clínicas, tais como, insuficiência respiratória, hipertensão arterial, diabetes, infecções diversas, demências. Esses casos também repercutem em angústia para o técnico de referência, mas enfrentam grande resistência da equipe quando mantidos no serviço, dada sua grande vulnerabilidade em sofrer abusos e violências por parte de outros usuários mais desorganizados ou pelo risco de evoluir com complicações orgânicas e chegar a óbito, já que o serviço não dispõe de estrutura para o tipo de cuidado que tais casos demandam. Há consenso de que o CAPS não é o lugar ideal para o tratamento desses usuários, mas diante da inexistência de outros lugares, acabam por permanecer morando na instituição até que esses outros lugares possam ser construídos.

Teve “seu” A. que foi uma construção bacana. A. não era um paciente psiquiátrico, era um paciente neurológico que veio parar aqui por falta de outro lugar que coubesse ele. Ele já estava há

mais de um ano internado no *Hospital Geral*, sem indicação clínica, mas também sem suporte familiar nenhum e totalmente desorganizado, delirante devido às sequelas de uma neurosífilis. Ele tinha sido casado, tinha uma filha adolescente, tinha irmãos, mas que perdeu os vínculos ao longo da vida. Ficou no CAPS também quase um ano morando aqui e o desafio foi bancar com a coordenação que ele precisava de uma vaga numa SRT [Serviço Residencial Terapêutico]. Demorou, mas a gente conseguiu. Ele foi para lá. Na SRT, é bacana porque ele tem livre circulação, então, ele sai, ele sai sozinho e, numa dessas saídas, ele foi parar lá na casa da filha, conseguiu chegar lá de ônibus, conseguiu chegar de ônibus e a filha levou ele de volta para a SRT. Mas assim... Ele delirava o tempo todo: dono do Mineirão, dono do Palace, namorado da Xuxa, da Angélica, amigo do Zezé de Camargo... Foi muito difícil manter ele aqui porque não era um paciente para cá. Muito vulnerável, né? Mas foi uma construção bacana, foi... é sempre uma reflexão da rede, né? Nossa rede é muito incompleta, que a gente precisava de mais serviços, outros tipos de serviços, ofertar outras coisas (Alessandra, comunicação pessoal, 2018).

A orientação de que a vida acontece no território e de que é o território o lugar onde as ações devem ser privilegiadas fica cada vez mais dificultada neste contexto de precarização do trabalho e priorização da urgência, fazendo com que a condução dos casos fique predominantemente restrita a atendimentos individuais no ambulatório ou na permanência dia.

“Isso para mim é a morte! Eu preciso sair, não me deixa trancada aqui não!”, brinca Raquel (comunicação pessoal, 2018) ao comentar sobre o paradoxo de uma necessária organização do trabalho para dar conta das tarefas da permanência dia, as quais, reconhecidamente, são as ficam mais prejudicadas e relegadas a segundo plano e, ao mesmo tempo, o risco de institucionalização que essa organização pode acarretar para usuários e trabalhadores.

Eu acho que tem uma questão da urgência que fala de um outro tempo para essas atividades, de uma outra lógica que eu tenho uma dificuldade com isso e eu acho que tem uma coisa da nossa instituição, assim, que a gente não privilegia, a gente sempre... Né? Assim, a gente se desloca com facilidade para fazer o plantão, para fazer os atendimentos e eu penso muito nisso, assim, que a gente deveria ser mais organizado, mas eu não sei como também não, mas eu acho que a gente se perde nessa confusão assim do CAPS (Mayra, comunicação pessoal, 2018).

Mayra relembra atividades coletivas que já propôs em outros momentos, tentando promover “um diálogo com a cidade” através de passeios e fotografias, que não foram possíveis de serem sustentadas por muito tempo. Avalia que houve uma série de motivos que corroboraram para isso, os quais passam por outros registros para além da priorização institucional da urgência enquanto plantão porque a urgência se apresenta também na referência. São elementos que passam pelo desejo do TSS, passam pela facilidade de não depender de um planejamento prévio ou pactuação com o coletivo, pois tudo que sai da rotina “dá um trabalhão”, enfrenta muitos “entraves” e isso “vai desgastando e vai minguando a nossa energia” (Mayra, comunicação pessoal, 2018).

O que eu acho, assim, primeiro, exige uma mobilização de você convidar, de ter o seu desejo e o desejo do outro, né? Às vezes, é mais fácil eu atender porque demanda o meu desejo, eu sei que o usuário vem para conversar comigo e aí... Eu acho que é um cansaço, assim, aí você chama, aí você organiza, por exemplo, uma atividade externa, aí você combina com o transporte, aí... São tantos elementos que furam! Você chega aqui tem só um usuário que quer, aí eu vou ficando desanimada... Eu acho, assim, dá um trabalhão e às vezes a gente não vê sentido para eles, sabe? Às vezes, as coisas que eu venho a propor é muito em função do que eu penso que seria interessante, assim. A gente conversa, dialoga, vai ser interessante, mas chega na hora... Eu fico pensando nisso, assim, porque ideia, eu fico muito assim, ideia, ideia, ideia, mas na hora de implementar, eu faço um ou dois encontros, aí começam a

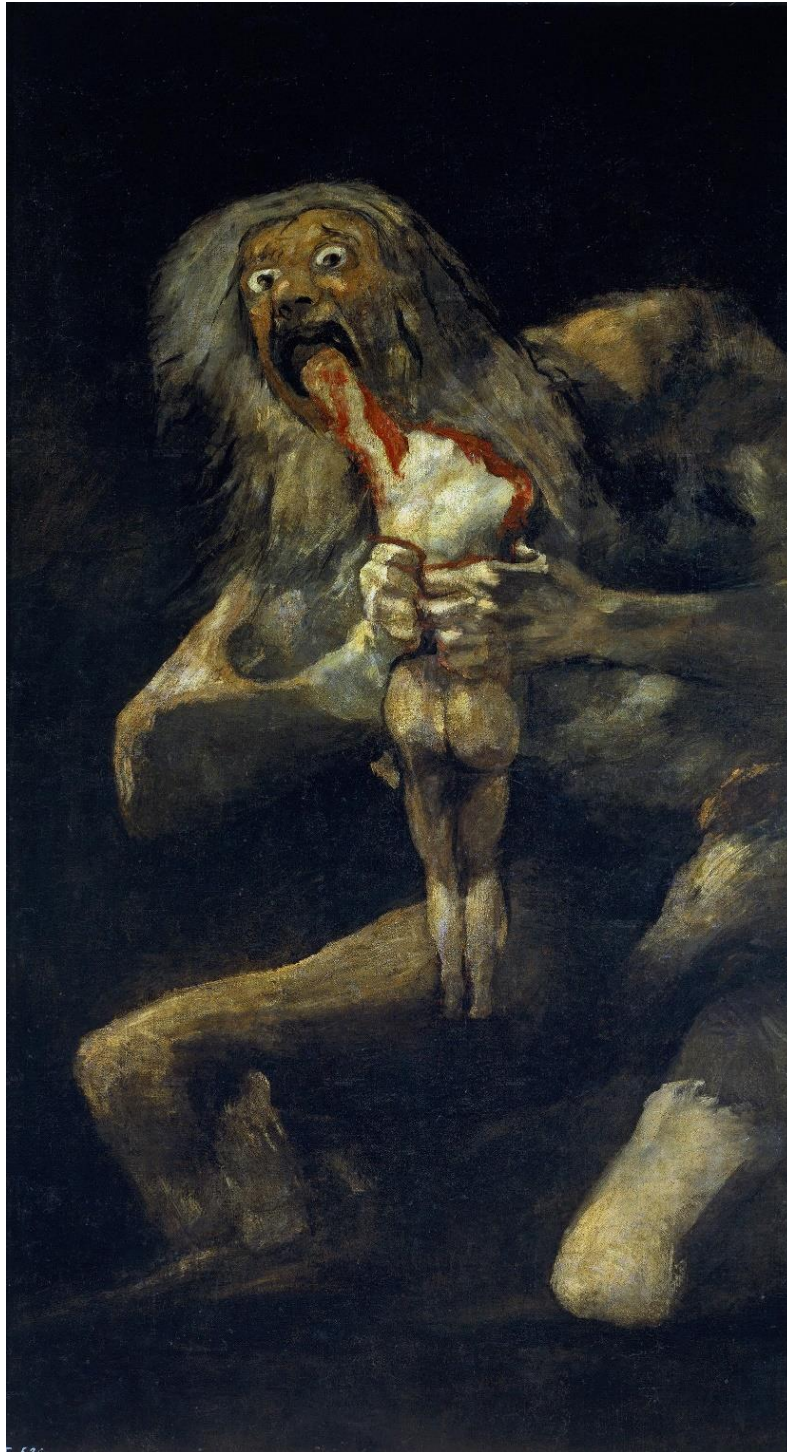
vir tantos entraves, assim, aí chega paciente fora do horário e por aí vai... (Mayra, comunicação pessoal, 2018).

Cabe questionar se a dificuldade em sustentar as atividades coletivas também não estaria relacionada a uma cultura institucional que valoriza mais as questões individuais em detrimento das coletivas e mais a medicação e a palavra como estratégias clínicas em detrimento das atividades. De toda forma, é importante marcar que a solução de contratação de oficinairos foi reconhecida pela equipe e pelos usuários como uma melhoria significativa do cuidado ao trazer um outro colorido para a instituição, propondo lugares institucionais de produção de alegria onde antes só cabia acolher e manejar o sofrimento. A perda desses espaços (música, passeios, projetos de decoração em datas festivas, horta), com a rescisão dos contratos dos oficinairos, contribuiu para (re)acentuar a lógica da urgência que aparece em muitos dos discursos como algo que atropela, que engole, que grita.

Então assim, nesse período do *CAPS*, uma diferença que eu via dos outros trabalhos que eu passei é que eu não conseguia me debruçar muito sobre o projeto terapêutico diante da questão da urgência. Então, assim, a urgência sempre vinha atropelando e você tinha que resolver aquela questão da urgência. Então, tudo aquilo que eu planejava – uma visita domiciliar, uma ida ao banco, uma investida maior naquele paciente – eu não conseguia fazer porque a urgência estava gritando e que não era só a urgência dos meus pacientes, mas você tá lá e acontece uma urgência dentro da casa, você vai falar assim: “ah não, o plantão não é meu, eu não vou fazer nada”? Eu não consigo fazer isso, então, eu ia lá e acabava me envolvendo naquilo também (Fernanda, comunicação pessoal, 2018).

Essa representação imaginária da urgência quase que encarnada e fora de controle produz efeitos no corpo: sentir-se sugado, exaurido, moído, engolido por uma demanda infinita imposta pela organização do trabalho. A imagem de Saturno devorando o filho permite exprimir essa voracidade insaciável do tempo (figura 3).

Figura 3: *Saturno devorando a un hijo*



Fonte: Museu do Prado

Saturno, que na mitologia grega também responde pelo nome de *Kronos*, é retratado por Goya (1920-23) como uma figura ambivalente e contraditória que devora aquilo que cria:

Seu caráter ambíguo e contraditório vem do fato de ser o mesmo deus que ora é o progenitor de todos, devorador de sua prole, e, em outro momento, é o deus castrado por seus filhos, definitivamente impotente; ora senhor supremo da idade áurea, posteriormente, um deus vencido e humilhado; ora criador de tudo, na figura do deus, ora a força que faz com que tudo se corrompa e pereça, na figura do tempo (Fianco, 2017, p.164).

Parece não ter sido à toa que a imagem foi escolhida por Miller para a capa do livro *O Seminário 4: a relação de objeto* (Lacan, 2005), uma vez que a angústia está atrelada ao momento em que o sujeito se vê alienado no desejo do Outro e, ao mesmo tempo, sinaliza o modo mais radical de sustentação do próprio desejo, pois o coloca a trabalho, não permitindo sucumbir à melancolia.

Uma releitura contemporânea da obra de Francisco Goya (figura 5), realizada por Vik Muniz (2005), troca o contexto sombrio e melancólico do vazio pelo do excesso: o resto, o que sobrou, o que se descartou, o que não tem mais utilidade na vida social. O negativo é o que se destaca na nova composição. É com esse material que a obra se compõe. E não é desse mesmo material que se constitui a angústia e o desejo? Não é esse o material sobre o qual a ação cotidiana do TSS se dirige?

Figura 4 - Saturn Devouring one of his sons, after Francisco De Goya



Fonte: Vik Muniz

Para além dos impedimentos que advêm das condições e organização do trabalho, essas imagens levam a indagar como “a natureza ansiogênica” do trabalho com o “negativo psicossocial” (Lhuillier, 2014) que, nas palavras de Alessandra, aparece como o “despropósito” de manejar o “impossível”, incide nos corpos dos sujeitos, dificultando o agir tanto nas atividades cotidianas quanto no plano político. E, nesse sentido, como a postura militante pode levar tanto a mascarar as arbitragens necessárias, porém não autorizadas, para desenvolver

o trabalho (Lhuillier, 2009), quanto a absorver excessivamente uma carga emocional ingovernável e incompatível com a saúde (Lhuillier, 2014).

6.1.2 O trabalho com o “negativo psicossocial”: implicações para a subjetividade e a saúde

Lhuillier (2009) apoia-se em Freud (1925) ao considerar a negação como uma forma de apreensão da realidade através de sua rejeição. Esse “trabalho do negativo”, que permite a preservação da organização psíquica do sujeito singular, quando está a serviço dos interesses de um grupo, assume o caráter de “positividade de ligação”, ou seja, favorece processos de identificação que garantem a manutenção dos vínculos intersubjetivos através de um “pacto denegativo” (Kaes, 1989) selado pelo coletivo e depositado em espaços destinados a contê-lo, controlá-lo, neutralizá-lo.

O “negativo psicossocial” refere-se tanto aos sujeitos rejeitados e afastados da vida social por não se mostrarem capazes de corresponder aos ideais normativos que a definem (velhos, deficientes, loucos, usuários de drogas, miseráveis), como aqueles que transgridem tais normas e são considerados criminosos passíveis de punição (Lhuillier, 2009). Lidar com esse negativo consiste na dupla tarefa de mantê-lo afastado e reciclá-lo em formas positivas reassimiláveis. Prisões, albergues, serviços psiquiátricos, asilos, funerárias, centros de reabilitação, delegacias de polícia são exemplos de organizações encarregadas da preservação do *pacto denegativo* através da neutralização dos objetos negados. Para tanto, são construídos mitos e discursos ideológicos que lhes permita restaurar sua imagem, mascarar o real e manter à sombra o que é considerado resíduo do sistema social (Lhuillier, 2009).

Ser convocado a “filtrar” os efeitos que a experiência da loucura e da pobreza produzem na vida social traz implicações para a subjetividade dos trabalhadores que podem ficar encobertas pelo discurso da precariedade. Ao sofrimento psíquico decorrente da organização e das condições de trabalho soma-se àquele resultante do contato intenso e permanente com a dor, o sofrimento, a morte e as dificuldades de simbolização que situações como a pobreza extrema provocam (Onocko-Campos, 2005), bem como dos processos de identificação que o contato com a psicose desencadeia (Kaes, 1989).

A gente tá lidando com a miséria humana, a gente tem uma população que é muito, muito, muito carente. E não é fácil você lidar com isso, não é fácil. Eu sou muito mãe, assim, eu fico cuidando como se fosse filho mesmo. É insuportável para mim ver que está passando fome, é insuportável para mim ver que não tem onde morar. Então, essas coisas são coisas que eu tenho que trabalhar em mim sem me permitir endurecer, sem me permitir cronificar porque eu não quero perder o meu horror diante disso. Essas coisas me tomam muito e eu quero que continue que isso me incomode profundamente (Fernanda, comunicação pessoal, 2018).

O que Fernanda parece expressar é o desafio de não banalizar a injustiça social e nem se tornar impotente frente a ela, encontrando a justa medida da responsabilização em uma linha tênue que se interpõe entre a tutela e o descuido, pela qual é preciso caminhar quando se trabalha em um serviço aberto.

A situação assemelha-se à descrita por Lhuillier (2009) acerca dos “trabalhadores sociais” na França. Esses trabalhadores se situam no cruzamento de lógicas e demandas contraditórias, entre os indivíduos e as instituições, entre estar a serviço dos usuários e, ao mesmo tempo, ser agente das prescrições, o que implica no delicado exercício de “dosar”, conforme expressão utilizada por Solange (comunicação pessoal, 2018), em cada caso, controle e ajuda no processo de restauração dos vínculos sociais.

Em todo trabalho é possível diferenciar a parte visível e reconhecida daquela degradante ou ameaçadora, geralmente associada à sujeira e à transgressão. O cuidado é considerado uma atividade nobre e valorizada socialmente por sua função de erradicar a doença e reestabelecer a saúde e, nesse sentido, afastar o perigo da morte. No entanto, não deixa de envolver uma dimensão de “trabalho sujo”, ou seja, de tarefas “fisicamente asquerosas ou que simbolizam alguma coisa degradante ou humilhante” e, ao mesmo tempo, “algo que contraria nossas concepções morais mais heroicas” (Hugles, 1951 citado por Lhuillier, 2005, p.77-78, *livre tradução*). Essa dimensão é tradicionalmente relegada àqueles que ocupam posições de menor poder na hierarquia das profissões, ou seja, são os auxiliares de enfermagem que se encarregam da

vigilância e higienização dos corpos e os auxiliares de limpeza, da higienização do ambiente, enquanto que médicos e profissionais de nível superior ocupam-se das tarefas consideradas terapêuticas (Lhuillier, 2005).

No CAPS, não é possível negar que essa divisão do trabalho ainda exista, embora seus limites estejam cada vez mais imprecisos. Todos os trabalhadores ficam expostos à proximidade com o negativo do cuidado em saúde mental, o que equivale a tudo aquilo que, no encontro com o outro, produz medo e repulsa impronunciáveis porque interditados pelo pacto que fundamenta a existência da instituição. Por outro lado, afetos como o medo e o nojo se aproximam e se constituem como “um apelo ao retraimento, à purificação, a reorganização do mundo que separa o vivo e o morto, quer se trate de morte física, psíquica ou social” (Lhuillier, 2009, n.p.).

Da mesma forma, a angústia frente a incerteza dos limites entre o eu e outro se revela proporcionalmente à intensidade da ameaça à identidade (Lhuillier, 2005). No manicômio, algumas estratégias favoreciam essa diferenciação, tais como, os uniformes, as cabeças raspadas, os pés descalços, as bocas desdentadas, a desumanização do “louco”. Cabe questionar se a linguagem técnica permeada por eufemismos, os rituais de higienização e a restrição informal de espaços de convívio não representariam mecanismos mais sutis com fins de promover essa diferenciação no contexto do CAPS.

No confronto com negativo, em um contexto marcado pela falta de recursos e o excesso de demandas, um conjunto de mecanismos de defesa inconscientes que protegem os trabalhadores da angústia do contato com a psicose podem produzir, ao se confrontar com a impossibilidade de concretizar o ideal profissional, além do sentimento de impotência associada à construção da imagem de um corpo-sem-pernas, o sentimento de onipotência no sentido de dar conta de tudo (Kaes, 1989). Essa análise se aproxima do que Viviane nomeia como “Síndrome do super-herói” e a qual procura desmistificar:

Se a gente tirar a capa de super-herói, o sujeito pode ir para a rede. Ele não precisa só da gente para se tratar, ele pode ir para vida, pode ir para o mundo. Mas com capa de super-herói, a gente acha que salva o outro. Ninguém salva ninguém, isso é uma ilusão.

Quando a gente precisa de ajuda e é ajudado por alguém, herói ou não, a gente se abre para receber aquilo, pactuando com o outro aquilo. Nessa pactuação, é possível haver tratamento. Agora, sem essa pactuação, achar que porque o sujeito tá sem crítica, tá muito doido, ele não pode entrar nessa pactuação é muito capa de super-herói nossa. Porque até o J., o C., naquela loucura toda deles, estão recebendo o nosso cuidado, estão recebendo, o que é um ato. Eles também querem melhorar um pouquinho. No meio da loucura deles, eles sabem que é preciso baixar a guarda para receber (Viviane, comunicação pessoal, 2018).

O pacto denegativo (Kaes, 1989) que também se manifesta por meio do desenho de uma imagem do herói que não só “tem que dar conta de tudo”, mas “resistir apesar de tudo” em nome do ideal da reforma psiquiátrica é, sem dúvida, outro entrave para encontrar recursos coletivos que permitam enfrentar as experiências traumatizantes associadas ao trabalho. Dessa forma, as dificuldades coletivas são percebidas como falhas pessoais e vivenciadas de forma associada a sentimentos de vergonha por “suportar o insuportável para conseguir trabalhar, sem conseguir isso realmente” (Lhuillier, 2014, p.37). Diante do enfraquecimento da organização coletiva para fazer frente as injunções, “o sofrimento se expressa, então, no registro psicossomático onde procura se expressar num colóquio singular, a salvo do julgamento dos pares” (Lhuillier, 2014, p. 39).

As saídas são diversas e cada um “tem que descobrir por si mesmo de que modo específico ele pode ser salvo” (Freud, 1929/1974, p.41), se defendendo como pode para não sucumbir ao adoecimento. Há aqueles que conseguem colocar um limite entre a vida dentro e fora do trabalho, outros encontram, em atividades externas, modos de renormalização.

Eu tenho utilizado estratégias para conseguir separar. É um trabalho muito intenso, um trabalho muito complexo a lida com a vida das pessoas e não tem jeito, tem hora que a gente fica mesmo pensando: “gente, o que eu vou fazer? Como eu vou conseguir?” Agora eu tenho utilizado muito de estratégias para poder dar conta

porque o trabalho que a gente faz é um trabalho que exige muito da gente em todos os sentidos assim, né? A gente tem que estar ali fisicamente, essa questão emocional. Eu, pelo menos, sou muito envolvida com meu trabalho e é um envolvimento pessoal. Eu escuto muito assim: “nossa, você gosta de trabalhar no CAPS? Como você dá conta?” É um investimento pessoal. Mas eu tenho utilizado estratégias para desligar porque a gente tem um limite, eu tenho um limite. A gente tem que colocar um limite, uma barra: “Olha, até aqui eu consigo, eu tô disponível até aqui. A partir daqui, não tô mais”, de tentar me preservar porque se não fosse assim, eu já teria saído, saído assim, de buscar outro lugar. Eu tenho que ter um tempo, assim, de chegar em casa e conseguir fazer outras coisas que não sejam relacionadas ao trabalho, de não levar trabalho para casa, de fazer o que é possível naquele espaço, dentro da carga horária que eu tenho de trabalho (Gabriela, comunicação pessoal, 2018).

As soluções só podem ser compreendidas a partir da historicidade de cada sujeito em suas implicações com o contexto socio-histórico onde vive e trabalha, através do qual é produzido e o qual igualmente produz. Entretanto, a saída mais frequente tem sido o abandono.

A situação de Fernanda, com quem conversei pouco tempo após sua saída do CAPS, merece destaque por mostrar claramente a relação entre o trabalho, os valores e os afetos nessas construções subjetivas. Fernanda relata uma história profissional de profundo engajamento na luta antimanicomial, tendo participado ativamente do processo de desinstitucionalização dos pacientes egressos dos hospitais psiquiátricos. Em alguns relatos, como o que segue, transparece uma intensa angústia que parece resultar do confronto entre os valores que orientam sua atividade e as condições para sua execução.

Eu fui dar um plantão que, assim, muito caso grave. Foi no dia da festa de Natal. Assim, a gente teve que fazer contenção de seis usuários e a gente não tinha faixa de contenção. Fui para a rouparia com uma tesourinha sem ponta, sem corte, picotar a roupa de

doação para consegui amarrar o povo, sabe assim? E, assim, primeiro que amarrar alguém, para mim, é um negócio que é muito violento, é muito doído e, segundo, eu ter que ir para a rouparia para picotar roupa para eu fazer uma faixa para amarrar alguém, sabe? Aí, eu vendo que as pessoas ficavam machucadas com aquilo porque aquilo não era adequado para poder conter ninguém, né? E aí, você já tá fazendo contenção, assim, pelo medo que te toma, entendeu? Você começa a se perder clinicamente. Você não sabe mais se aquilo realmente tem uma indicação clínica ou se você está com medo do trem desandar lá. [...] Ver o E. – eu tava saindo do consultório – ver o E., deitado, pelado na porta da sala e aí, eu fui tentar levantar o E. do chão e ele assim, aquela... aquele pedaço de pano, sabe assim? Ele era um pano sujo jogado no chão e eu tentando falar com ele: “E., vamos levantar, deixa eu te ajudar, deixa eu cuidar de você e as lágrimas escorriam no rosto do E. e ele me mostrava as marcas no punho dele de contenção. Então, são coisas que eu não quero pactuar com isso. Até me emociona na hora que eu falo disso porque eu não quero pactuar com isso (Fernanda, comunicação pessoal, 2018).

Carregar em si os estigmas de um trabalho sujo, que se distancia do trabalho idealizado, não só dificulta a produção de sentido como tem um custo psíquico pesado, pois a crítica endereçada à própria atividade cria um mal estar difuso, de vergonha e constrangimento pelo que é levado a fazer, sentimentos que, para Lhuilier (2009) não são compartilháveis e reforçam o silêncio sobre o trabalho e o isolamento de cada um.

Quando o real do trabalho se choca com a história de vida e militância, como no caso de Fernanda, o que parece ocorrer é um esvaziamento do afeto e do sentido do trabalho, que colocam em risco a possibilidade de encontrar valor no trabalho ou em si mesma: “Quando a gente tá num momento doído assim é até difícil enxergar o que você construiu de bom” (Fernanda, comunicação pessoal, 2018).

A gente não consegue fazer nem um trabalho na vida sem afeto, principalmente, quando a gente está lidando com o ser humano e acho que o serviço, hoje, o CAPS está muito malcuidado em todos os aspectos e isso vai nos bombardeando. Isso vai fazendo com que a gente vá perdendo... por mais que eu tenha esse encantamento com a saúde mental, isso começou a me adoecer. Então, assim, aí não dá mais. Quando isso passa a me adoecer, quando isso começa a me trazer mais tristeza que alegria... O que me traz alegria? Me traz alegria ver que eu tô conseguindo conduzir um caso legal, que eu tô conseguindo fazer com que aquele sujeito encontre um caminho na vida, que ele encontre o caminho dele na vida. Não é o caminho que eu quero que ele encontre porque isso é uma coisa que eu aprendi também na minha trajetória: às vezes, o caminho que eu desejo não é o caminho do sujeito, mas eu aprendi a entender qual é o caminho do sujeito, né? Então, isso me traz muita alegria, mas eu comecei a ver que eu não estava tendo tempo para fazer isso, que os resultados não tavam... Não tava achando que eu estava fazendo um bom trabalho. Eu estava indo trabalhar triste. Eu tava indo trabalhar num grau de ansiedade absurdo. Então, quando chegava... Então, minha folga é na segunda feira, chegava na terça feira, eu começava já num nível de ansiedade muito grande, assim, começava a rezar para ir para o CAPS, rezar! Comecei a ter medo. Uma coisa que me incomodou, profundamente, no final do ano que eu acho que a gente se perdeu, eu acho que a clínica se perdeu e aí, essa coisa da violência cresce. Quando a palavra falta, o ato entra e esse ato começa a entrar de ambas as partes, ele entra por parte do usuário e ele entra por parte da equipe técnica e a gente não pode fazer isso, assim. Eu me vi fazendo isso e aí, aí esse trem me adoeceu, eu não dei conta, assim. Então, a polícia lá dentro como forma de intervenção clínica está errado, não pode ser, né? Quer dizer, eu tô num caminho que não é meu caminho. Comecei a ver posturas que são muito mais manicomiais dentro do serviço substitutivo do que dentro do hospital psiquiátrico. Isso eu não dou conta, isso cria um câncer em

mim, não consigo. Eu não fechei hospício para ter, hoje, atitudes manicomiais (Fernanda, comunicação pessoal, 2018).

No relato de Fernanda, o adoecimento aparece intimamente associado tanto à tristeza de não reconhecer mais no trabalho uma bela obra, quanto por consentir em agir na direção contrária dos valores. Ao sofrimento decorrente do contato com a precariedade, a miséria e a psicose e seus impactos na organização do trabalho, soma-se “o sofrimento ético” que o reconhecimento dos pares e da hierarquia não são suficientes para conter (Dejours, 2012), o que sugere um impasse entre o que está se tornando e não suporta e o que era e quase não reconhece mais (Castro e Zanelli, 2010), distanciando-se do que reconhece como *si mesma*. Sua decisão de abandonar o trabalho torna-se, desse modo, um ato de resistência à alienação.

Tomar o sofrimento fora da dialética da atividade implica no risco de encerrá-lo à esfera de um sujeito, de seus desejos e construções imaginárias que o levam a se engajar em um determinado trabalho, excluindo a dimensão que pertence à realidade e que produz constrangimentos. Desdobrar as dramáticas que se encerram entre o individual e o coletivo, entre o local e global, entre o corpo e o social abre possibilidades de refletir sobre o sofrimento enquanto *luta* contra aquilo que constitui um obstáculo à manutenção ou ao desenvolvimento da própria vida, ou seja, para recentrar o meio em torno de suas próprias normas de vida, nos termos de Canguilhem (2010), ou de perseverar o próprio ser, nos de Espinoza (2015).

Recentrar o meio implica em fazer escolhas, mais ou menos conscientes, a partir de um debate do uso de si que se orienta por valores. Nesses debates entre o uso de si por si e pelos outros, ao se escolher um modo de agir, o que se escolhe são as formas de “relação com os outros ou o mundo no qual você quer viver (Schwartz, Duc & Durrive, 2010a, p.192). “Há, nessa situação, uma resistência do sujeito, que retoma o controle, assumindo sua existência” (Gaulejac, 2011, p.93). Nessa perspectiva, o adoecimento pode surgir tanto como enunciado de um mal estar associado ao laço com o trabalho quanto como oportunidade de posicionar-se como sujeito das próprias normas, ainda que isso implique em desengajamento do meio de trabalho. “Ser sujeito é resistir ao que não tem sentido para si. Ser sujeito é existir sem se curvar as injunções, cursos

e mudanças que são impostas sem que o agente perceba nelas uma razão lógica” (Gaulejac, 2011, p.91).

Resta ainda algumas indagações a partir do diálogo com Gaulejac (2011): o que significa para a instituição o paradoxo de gerar um sofrimento que ela supostamente deveria tratar, de favorecer a exclusão quando se encarrega da construção e manutenção de laços sociais? Não haveria uma contradição entre as finalidades institucionais e seus meios na medida em que contribui para o adoecimento dos que nela trabalham? Como continuar a dar sentido ao cuidado com aqueles em situação de sofrimento quando aquele que cuida é levado a excluir-se pelo mesmo motivo? Assim como mostra Gaulejac (2011), o custo simbólico parece ser minimizado pelo pacto coletivo que vê com naturalidade “o não dar mais conta” de trabalhar no CAPS. Embora a tristeza pela saída do colega seja expressa, cada um guarda para si a culpa e a vergonha que acompanham o medo dessa ameaça que também pode atingi-lo a qualquer momento, aceitando a exclusão inelutável de alguns colegas como aqueles que simplesmente “não dão conta” das exigências do trabalho ou “que não tem perfil” para este trabalho.

Ao se esgotar seu “prazo de validade”, o TSS abandona o serviço levando consigo não só o saber da experiência, mas uma certa relação de confiança que se adquire com a prática e com o fortalecimento dos vínculos que faz com que os usuários possam estar mais fora do que dentro do CAPS. Por outro lado, há sempre renovação da esperança de dias melhores com a chegada de novos trabalhadores que trazem um “novo fôlego” e propostas inovadoras que nem sempre se consolidam como saber compartilhado. Alguma reorganização ocorre e se assenta, tornando o trabalho mais suportável por um tempo até chegue o dia em que vence o “próprio prazo de validade”.

É nesse sentido que o conflito entre o cuidar si, da própria saúde e, ao mesmo tempo, do trabalho bem feito é apontado por Lhuillier (2017) como um dos maiores desafios da organização do trabalho no mundo contemporâneo.

6.1.3 A ideologia como função de ocultação do “trabalho sujo”

Se o que produz sofrimento deriva em parte da forma como o coletivo se defende das ameaças reais ou imaginárias, reconhecidamente, em alguma

medida, provém também de como escolhe se organizar em função dos valores que o orientam, conforme reconhece Alessandra:

Essa superlotação, ela é nossa. É a gente que faz isso. A gente que provoca isso porque a gente não tem mais pacientes que os outros CAPS. É a gente que está deixando eles de PD e eu não sei se nossos pacientes são mais graves que os dos outros, sabe? Acho que talvez a gente se importe mais com isso e nosso jeito de tratar é esse. Só que é uma coisa que a *gente não tem perna* para fazer. A gente põe todo mundo para dentro. A gente tem isso (Alessandra, comunicação pessoal, 2018).

É notório que em um contexto de disputa política em a reforma psiquiátrica está ameaçada, trabalhadores sejam convocados a resistir e sustentar o que já foi construído, o que dificulta reconhecer que há um limite para o que o CAPS pode “dar conta” até mesmo porque a “questão social” é estrutural. Por um lado, essa ameaça se associa a um receio do que pode significar expor fragilidades, reforçando o discurso ideológico que tudo sabe e tudo pode.

Eu tenho pensado que aqui no serviço, os técnicos têm muita dificuldade, na verdade, a nossa regional. Eu vou dizer pelo pouco que eu vi nas reuniões de micro e aqui no serviço. Tem uma dificuldade primeiro de assumir o furo, de dizer assim: “olha, esse caso aqui a gente não dá muito conta, a gente precisa parar o que tá fazendo e pensar porque, assim, nada tá funcionando”. É igual o pessoal levar caso para a supervisão, caso bonito que tá dando certo. Eu acho isso de uma vaidade porque eu faço supervisão particular e o que eu levo são meus embaraços... Agora, aqui, eu fico vendo que o pessoal fica querendo fazer um certo *semblant* de que as coisas estão indo bem e não estão (Ricardo, comunicação pessoal, 2018).

Para Carvalho (1998), seguir sobrevivendo sem sucumbir aos frequentes ataques do real requer que o serviço se apresentasse “um pouco menos consistente, um pouco menos absoluto, e quem sabe, menos todo. Apresentar-

se enquanto uma instituição capaz de suportar qualquer coisa, não tardará a encontrar a resposta à galope: se não estivermos furados, alguém o fará” (p. 29).

É nesse sentido que, à medida que as dificuldades vão se tornando cada vez mais evidentes, os ataques a esse discurso são reforçados por parte daqueles que não compactuam com ele, o que requer muita cautela, como adverte Ricardo:

Mas eu acho que tem que ser um não dar conta com muito cuidado porque não é dizer que a gente não dá conta de tudo, a gente dá conta de muita coisa! Nós temos pacientes aqui que já estiveram em situações gravíssimas tanto de vulnerabilidade social quanto de crises difíceis e o serviço deu conta e dá ainda até hoje, casos graves! Agora, tem alguns casos que nos colocam impasses que, às vezes, a gente precisa admitir que, naquele momento, a gente não dá conta, que a gente perdeu o *timing* de intervir, a gente perdeu o *timing* de pensar estratégias de barrar aquilo no início (Ricardo, comunicação pessoal, 2018).

No plano político, esse paradoxo de ter que resistir ao ataque que ameaça o projeto institucional e, ao mesmo tempo, realizar um trabalho bem feito tem produzido uma relação cada vez mais ambivalente com o hospital psiquiátrico. A orientação para condução dos projetos terapêuticos a partir das necessidades do usuário pode, em alguns momentos, esbarrar nos limites impostos ao serviço pelo contexto da precarização do trabalho, o que tem levado a equipe a cogitar, de forma cada vez mais frequente, o encaminhamento para internação hospitalar.

E deveremos reconhecer que, em alguns usuários e em algumas situações, a necessidade de resguardo, proteção e contenção serão fortemente colocadas pelo aparecimento do surto. Assim, quando o serviço não dispõe nem mesmo do espaço físico (às vezes também não do psíquico, nem do técnico) para acolher a crise, a única saída que pode ser enxergada pela equipe é encaminhar para internação (Onocko-Campos, 2001, p. 104).

Nessa equipe, a militância antimanicomial, embora seja um orientador para a maior parte dos TSS, não apareceu para nenhum deles como um valor que deve prevalecer sobre a singularidade de cada usuário quando se avalia a necessidade de espaços que garantam uma maior restrição de sua circulação no território, em alguns momentos muito pontuais do seu tratamento.

Eu fiquei provocada com a discussão do que seria militância, assim, eu acho complicado da gente avaliar se o outro é militante, se não é, né? Que parâmetro que é esse, que nível de comprometimento que a pessoa tem com o fazer dela? Eu achei isso delicado. Eu, quando eu entro para a Prefeitura, quando eu faço essa escolha não pelo *meu outro trabalho*, mas pelo *CAPS*, era muito uma questão ideológica mesmo, de acreditar que o caminho é pela reforma psiquiátrica mesmo, é o tratamento em liberdade, né? E é por aí, mas eu acho que uma coisa *de lá*, que eu acho que foi precioso o que eles me ensinaram, assim, “tá, mas o compromisso é com o sujeito”, né? Assim, ainda que o sujeito deles seja o do inconsciente, para mim, o sujeito é o sujeito concreto em dada realidade, que mora *em um aglomerado de favelas*, que tem uma ameaça do tráfico, que vai ser pai. Existe um risco dele agredir, dele matar alguém, né? Assim... Então, eu tenho a reforma enquanto um ideal, uma diretriz, um norteador, mas eu acho que tudo que é imperativo, “tem que”, “tem que ser”, eu acho que isso é mesma coisa que... Quando alguém fala, assim, da Cracolândia, em São Paulo, que tem que internar todo mundo. É maciço. Eu acho que é o mesmo descabimento, assim, de pensar que pode ser violento quando a gente coloca esse imperativo assim, de que internar nunca, em condição nenhuma e para ninguém (Mayra, comunicação pessoal, 2018).

Para muitos TSS, a experiência mostra que é a escuta clínica que deve orientar as condutas e essa escuta implica em reconhecer os próprios limites e fazer as parcerias necessárias, em momentos oportunos.

Eu acho que o serviço é muito aberto, tem paciente que precisa de um ambiente mais fechado, de parede mesmo. De parede, de um cuidado mais intensivo que a gente não consegue. Então, nós vamos deixar o paciente contido direto, uma semana contido quando ele tá se colocando muito em risco, colocando os outros em risco? [...] Mas, no hospital, eles fazem uma contenção medicamentosa muito maior também. A estrutura também barra mais. Quando você tá dentro de um serviço aberto procurando rotas de fuga e você vai encontrar com muita facilidade, aí você vai fugir mesmo. Eu acho que um caso ou outro, a gente vai ter nossos limites, nós não vamos dar conta de tudo, nem eu, como referência técnica, não vou dar conta de tudo. Eu, como referência técnica, vou ter que pedir ajuda para os meus colegas. Até a questão da minha formação mesmo. Nós temos limites como instituição, como profissionais e a gente tem que buscar o que é melhor para o paciente, para isso que a gente trabalha, esse é nosso objetivo. Se for para ficar internado, um mês, dois, uma semana, se a equipe resolver, não vejo motivo de não encaminhar (Solange, comunicação pessoal, 2018).

Embora se reconheça que algumas situações exijam maior contenção, de forma contraditória, o serviço não se estrutura para tanto e nem permite, institucionalmente, o encaminhamento para a internação psiquiátrica. Desse modo, diante da impossível conformidade das exigências do trabalho às diretrizes institucionais, o TSS se vê muitas vezes, constrangido a forjar uma apresentação socialmente aceitável do trabalho, mantendo as transgressões necessárias na clandestinidade (Lhuillier, 2009).

Nessa reunião – eu acho que você tava – do R... Vamos pegar o caso. No dia ele tava em crise e para ele ficar, no final de semana, ele ficaria ou muito medicado ou medicado e contido, o final de semana todo contido! A gente pergunta: mas isso é antimanicomial? Por quê? A gente sabe que ele não pode sair, ameaçando outra pessoa ou se colocando em risco, que é o quadro no momento. Mas ali dentro também, sem uma medicação muito

forte, sem uma contenção, não dá! E a gente não pode encaminhar para uma internação em hospital psiquiátrico por conta de uma burocracia? E aí, a gente põe o paciente em risco por causa de uma burocracia? (Letícia, comunicação pessoal, 2018).

Há um reconhecimento tanto de usuários quanto da equipe que algumas internações breves produziram efeitos positivos no cuidado. Entretanto, o que incomoda para alguns não é a internação em si, mas o local onde ela é feita.

Muitas vezes, a gente se vê obrigada a pedir ajuda para o hospital [psiquiátrico] e assumir que a gente não dá conta. Não é um serviço em si que é falho. Não é porque é um *CAPS* que não dá conta. A experiência em outros países mostra pra gente: todos os países têm... Inglaterra, Itália tem leito em Hospital Geral justamente para esses casos que precisam ficar mais sedados. Não é que a gente tem que dar conta de tudo, o que angustia é pedir ajuda no manicômio. É isso que deixa a gente muito chateada (Alessandra, comunicação pessoal, 2018).

Há que se questionar, no entanto, até que ponto a complementariedade com o hospital psiquiátrico não é apenas a solução mais viável diante de circunstâncias que não favorecem os vínculos, o trabalho territorial e inventivo. Trata-se de uma solução que apazigua a angústia, mas não viabiliza o enfrentamento das contradições.

Por que o manicômio de certa forma é mais eficaz que a gente? Ele tira essa galera da rua que é onde a sociedade não quer ver esse pessoal, na rua. O manicômio tira da rua e lá, por ser uma instituição total e por não ter nenhum apreço pela subjetividade, pesam a mão na medicação, tem posturas muito coercitivas. [...] O hospital não mede, assim, se ele precisar ser coercitivo, ele é. Eu acho que aqui a gente ainda tem muito apreço pela subjetividade, pelas produções do usuário, mas eu acho que, às vezes, em função da nossa angústia, a gente acaba acolhendo algumas práticas que são muito manicomiais. Tem uma pressão da família, da cidade. [...] Eu acho, Dani, que é isso: às vezes nós estamos recorrendo a

esse serviço do hospital porque o R. é um cara que a gente precisava fazer uma intervenção no território próximo. [...] Eu acho que a gente precisa ter mais perna para estar em outros serviços, para investir, para poder aproximar inclusive das micros, das lideranças de bairro, criar uma estratégia territorial mesmo (Ricardo, comunicação pessoal, 2018).

A opção ética e política pelo tratamento em liberdade coloca aos TSS questões e desafios que os saberes produzidos entre os muros dos manicômios jamais poderiam prever, o que convoca a instituição ao trabalho de criar novas formas de se relacionar com a loucura sem aprisioná-la e nem tampouco negar os excessos que ela comporta.

Lobosque e Abou-Yd (1998, p.242) afirmam que, em Belo Horizonte “os CERSAMs não se caracterizam como serviços intermediários ou secundários e nem se destinam a complementar os hospitais psiquiátricos e sim substituí-los, conjugados com uma série de dispositivos e ações”. Entretanto, se houve grande esforço na desmontagem das instituições manicomiais de tratamento, desospitalização de usuários e criação de serviços abertos e territoriais, não houve, na mesma proporção, investimento nas condições materiais e concretas de trabalho desses últimos. Além disso, os saberes e tecnologias de cuidado desenvolvidos nem sempre são capazes de responder à complexidade das demandas de forma a prescindir totalmente das práticas manicomiais que tanto se condena. Desse modo, assim como afirma Silva (2016), o CAPS alarga possibilidades e profissões, mas corre o risco de tornar-se um espaço manicomial, sucumbido pela precarização das condições de trabalho e a burocratização da assistência.

Além disso, enquanto o manicômio ainda existir, continuará a figurar no horizonte como possibilidade terapêutica nas situações mais desafiadoras, especialmente quando há risco para a própria integridade física ou grande pressão social. Conforme adverte Basaglia (1985), enquanto a lógica da internação persistir, o fracasso da reforma será sempre uma possibilidade iminente. Por essa razão, o trabalho clínico não pode dissociar-se da atuação

política: a sociedade também precisa ser transformada. Esse é o compromisso ético da desinstitucionalização.

O manicômio não é só um espaço físico, mas uma construção histórico-cultural e relacional, um dispositivo instituído na modernidade para fazer valer a afirmação de que a razão é a única forma de acesso à verdade. E estará sempre à espreita de retornar à cena enquanto o pensamento de cada um que se ocupa da loucura não estiver liberto dessa “racionalidade carcerária” (Pelbart, 1990) que impede a desinstitucionalização do saber e a construção de outras formas de viver que incluam a “desrazão” e afetividade.

Entretanto, embora a liberdade seja o valor que orienta a luta antimanicomial, não pode opor-se ao valor maior que é a preservação da própria vida. Em situações em que a vida se encontra ameaçada, paradoxalmente, talvez seja necessário recuar um pouco para não retroceder. Esse é um cálculo delicado que os trabalhadores do CAPS não podem se eximir de fazer.

Olha, eu vou dizer porque eu sei que isso é uma pesquisa e eu acho que tem certas coisas que precisam ser ditas: a gente tá perdendo terreno de uma forma absurda porque a reforma não avançou. A gente fechou os hospitais, a gente desospitalizou. Agora, Dani, a desinstitucionalização propriamente dita a gente não tem dado conta de fazer e o que a gente tem feito é criar outras formas manicomiais de atender esses usuários (Ricardo, comunicação pessoal, 2018).

É preciso chamar a atenção sobre dois pontos nesse comentário de Ricardo. Primeiramente, quanto ao silenciamento sobre o “trabalho sujo” necessário para a sustentação do mito fundador, condição para o reconhecimento e o pertencimento nos coletivos de trabalho nos serviços substitutivos. Esse ponto exige uma reflexão mais alargada sobre a militância política antimanicomial. Ao mesmo tempo que foi e ainda é necessária não só para a transformação da realidade, mas para a sustentação dessa transformação, ao cobrir-se de um véu ideológico, pode contribuir para o silenciamento das contradições e dificultar seu enfrentamento. É certo que existe um campo de forças em disputa de hegemonia no âmbito discursivo que

congrega valores distintos sobre como se deve conceber sofrimento mental e implementar as práticas de cuidado. Esses discursos tornam-se ideológicos na medida em que se cristalizam, ficam imunes à reflexão, quando “a linguagem sofre uma restrição, pois não é qualquer um que pode dizer a qualquer outro qualquer coisa e em qualquer circunstância” (Dunker & Kyrillo Neto, 2004, p.124).

Então, na medida que a vida cotidiana confronta cada um com as incertezas da vida real, a prática ideológica, de qualquer forma que seja, comunica um exorcismo da dúvida, permite a cada um encontrar resposta às suas indagações. Não apenas a ideologia acalma a inquietude e hesitações, mas na medida em que é aceita, é vivida como resposta justa, resposta verdadeira, aquela que não pode ser recusada e que concilia cada um consigo próprio (Ansart, 1983, p.2).

Nesse sentido, o discurso impregnado de militância política, como um sistema simbólico de integração e regulação social, age de forma tão eficaz como redutor da angústia que pode inibir as possibilidades de crítica, operando uma inversão histórica pela qual a ideologia, construída através de ações libertadoras “pode se transformar tragicamente em mordaza mortífera” (Ansart, 1975, n.p.). Isso ocorre à medida que a ideologia oferece um sistema imaginário e simbólico coerente de justiça e legitimidade, ao mesmo tempo que mobiliza as paixões e organiza as figuras do desejo, oferecendo-se como solução para os conflitos pulsionais e tensões inconscientes dos sujeitos. Ao mesmo tempo em que favorecem a estruturação das identidades, o pertencimento a determinado grupo social “ideal e com valores superiores” (Ansart, 1975, n.p.), as ideologias incitam os sujeitos a resistir à diferença e à alteridade como ameaças ilegítimas. “A partir daí, a ação da ideologia se desloca, centrando-se na anulação ou encobrimento das falhas e das frustrações que poderiam afetar o sujeito” (Ansart, 1975, n.p.).

O segundo ponto que o comentário de Ricardo localiza é ainda mais grave e refere-se ao fato de que, no contexto precarizado, para não sucumbir à disputa política (e financeira) entre o modelo substitutivo e o manicomial, reproduza-se, no coração do serviço substitutivo, práticas manicomiais, justificando-as a partir

de um discurso antimanicomial. Essa incoerência para alguns TSS é o mais insuportável, conforme ficou evidente na saída de Fernanda.

Ao recusar uma dimensão de não-saber que reside, necessariamente, na experiência, a ideologia, como um discurso “maciço”, engessa as renormalizações necessárias na atividade. Conforme apontam Dunker e Kyrillo Neto (2004), apoiando-se em Chauí (2001):

A ideologia, diferentemente do saber, projeta uma posição que permite neutralizar a História, abolir diferenças, ocultar contradições e desarmar toda tentativa de interrogação. Em suma, a ideologia é um saber que oculta o trabalho de sua própria constituição. O saber pressupõe um trabalho. Nessa condição, é uma “negação reflexionante” que, por sua força interna, transforma algo que lhe é externo, resistente e opaco. O saber é o trabalho para elevar a experiência à dimensão do conceito. A situação de não-saber impulsiona o trabalho de deciframento, daí a afinidade entre o trabalho do saber e o processo de subjetivação (p.123).

No campo discursivo, os saberes e valores que compõem a clínica antimanicomial convivem em disputa com os saberes psiquiátricos tradicionais, estratégias que se condena, mas que se lança mão facilmente, no campo da experiência, quanto mais precarizadas estiverem as condições de trabalho e quanto mais vulnerável o trabalhador se encontrar frente às situações de fragilidade do serviço (Almeida & Marques, 2018). Isso não anula as rupturas com a lógica manicomial, entretanto, as ações construídas na direção da efetivação dos direitos dos usuários, da horizontalidade das relações, da singularidade das ações do cuidado podem ficar igualmente ocultadas pelos discursos em que prevalecem a insatisfação diante da impossibilidade de corresponder ao ideal.

“Fazer com o que se tem” ou “fazer uma escolha do que fazer a partir do que a gente dá conta” é um discurso institucional que, ao mesmo tempo que preserva o sujeito do peso esmagador do ideal, pode banalizar e legitimar uma lógica meramente funcional que não produz transformações políticas. Por se tratar da luta contra o perecimento do próprio desejo, do próprio sentido do

trabalho, do laço que une o coletivo, da vida em comunidade, da luta antimanicomial enquanto projeto de sociedade, não pode bastar apenas “fazer funcionar”.

O crescimento das forças neoliberais e o enfraquecimento das políticas públicas incidem sobre as formas de gestão e regulação da atividade, comprometendo as condições materiais de vida, a estruturação de identidades, os laços de solidariedade e a saúde. O enfrentamento dos conflitos e paradoxos que essa realidade engendra talvez seja mais eficaz se envolver a construção de saídas no âmbito coletivo, não delegando apenas a cada sujeito, individualmente, essa responsabilidade.

Para os profissionais que se incumbem do trabalho com o “negativo psicossocial”, o sentido do trabalho e o reconhecimento social dificilmente se sustentam ao se depararem com a realidade da impossível ocultação do real. Pertencer a um coletivo de trabalho é o que vai permitir o agrupamento das defesas inconscientes e fornecer referências identificatórias para que os significados do trabalho sejam reconstruídos e validados a partir do teste que a realidade oferece (Lhuillier, 2005). Se é no coletivo que se torna possível a reelaboração do sentido e a valorização das práticas através de construções intersubjetivas que estabelecem limites e a construção de tramas simbólicas para as repercussões fantasmáticas do contato com o objeto do trabalho (Lhuillier, 2009), é também no coletivo que se torna possível o enfrentamento das questões macrossociais que incidem sobre o trabalho. E é justamente nesse ponto que a militância política pode se oferecer como uma saída potente.

6.2 Corpo-anteparo x corpo-recipiente: desafios de “entrelaçar firmeza e cuidado”

L. chega ao serviço, no final da tarde, visivelmente intoxicada, demandando aos técnicos do plantão dinheiro emprestado para pagar um traficante que a estava ameaçando. Sua demanda foi escutada, no entanto, ressaltamos que não poderíamos atendê-la. Contrariada e não conseguindo mais nos escutar, começou a jogar mesas e cadeiras, quebrou o vidro da janela e com um caco, ameaçou se cortar (Diário de Campo, 31/01/2018).

Essa cena é uma das muitas associadas à violência que registrei ao longo da pesquisa, mas que se destaca pelo impacto que causou em mim a forma como a usuária reivindica com o corpo o que não foi possível conseguir por meio da palavra. Nessa cena, a ameaça do ato violento se dirige contra si, provocando a divisão do outro. Em outras situações, a violência se dirige diretamente ao outro, ameaçando sua integridade física, psíquica ou moral. Por vezes, como na situação descrita, é expressão de uma demanda a ser decifrada, em outras, o ato não se encerra em significação. Pode ser expressão de uma “crise” ou um “surto psicótico” que se direciona ao outro por motivação delirante, mas também pode ser a expressão do empobrecimento simbólico presente em alguns territórios como forma de resolver conflitos. O espaço comum compartilhado também sofre os efeitos da violência quando o ato é de resistência à alienação institucional.

Ao contrário da palavra precarização que apareceu nos diálogos como um mal estar relacionado à experiência de perda e privação, a palavra violência aparece de forma impactante como uma nomeação para as situações que constroem a atividade de cada sujeito, porém associada a sentidos difusos, muito particulares e quase sempre desvinculada de certezas sobre a melhor maneira de manejá-la. O que é interessante é que a experiência da violência confronta os sujeitos ao limite, à angústia do *não saber*, mas também desencadeia afetos que vão desde o medo, quando é a própria integridade física que está ameaçada, até o desamparo e o ressentimento paralisantes. De toda forma, a violência impele à saída do automatismo e exige o trabalho de escuta e invenção em cada caso e cada situação. Se os efeitos subjetivos da precarização são vivenciados solitariamente, os diálogos mostraram que, frente à violência, o coletivo é convocado a “fazer corpo”.

No contexto do CAPS, a violência na relação com os usuários aparece como um acontecimento esperado e inevitável. Trabalhadores que já experienciaram trabalhar em outros serviços de urgência em saúde mental identificam a violência como um fenômeno típico da crise psicótica que é angustiante quando não responde à intervenção da linguagem e exige disponibilidade e coesão da equipe para colocar o corpo na cena, oferecendo

algum contorno ao excesso de agressividade que transborda no corpo do outro. Isso é considerado pela maior parte dos TSS como parte inerente do trabalho.

A agressividade da urgência é igualzinho, idêntico! Então assim, eu vivi uma cena lá de paciente contido virar a cama, carregar a cama nas costas, precisar de nove pessoas para conter o cara. Isso é da urgência. [...] Mas eu acho que tem alguma coisa muito errada quando nossos pacientes de PD chegam com tanta agressividade. Você entende quando é um paciente de pernoite, uma urgência, ficam muito agressivos, mas quando nossos pacientes ficam tão violentos... (Alessandra, comunicação pessoal, 2018).

Há um reconhecimento de que “violência da crise psicótica” pode assumir formas diferentes, dependendo dos recursos simbólicos que cada usuário constrói em sua história de vida e em suas relações com o território onde vive:

E aí, eu vejo uma diferença de uma crise de alguns usuários que tem mais recurso pela palavra do que outros. Tem usuários que, em franca crise, você consegue manejar pela palavra, ainda faz alguma entrada, esses usuários... Nós temos aqui um perfil de usuário que, às vezes, eles ficam tão imersos nesse contexto da violência que, no momento da crise, o único tratamento que eles conseguem dar para o outro é a violência. Mas, às vezes, eu fico pensando, tem uma violência... (Ricardo, comunicação pessoal, 2018).

As reticências no final do comentário de Alessandra que coincidentemente também aparecem no de Ricardo parecem indicar uma percepção de que o fenômeno da violência ocorre também em outros registros difíceis de nomear que não são necessariamente de ordem clínica, mas social e intersubjetiva. Entretanto, a linha que divide uma coisa e outra quase sempre fica embaçada, dificultando a leitura do que o ato enuncia.

Há um entendimento de um agravamento da violência como um fenômeno social que, com o aprofundamento da crise financeira, tende a “aumentar ainda mais” (Ricardo). Além disso, Ricardo aponta que se constrói um “estigma” de periculosidade associado a usuários que já protagonizaram episódios anteriores

de agitação no serviço que parece contribuir para que as condutas com determinados usuários sejam sempre permeadas pelo medo, antes mesmo que o ato violento se pronuncie. Mas não se pode negar que “as classes populares carregam os estigmas da suspeita, da culpa e da incriminação permanentes” (Chauí, 2017, p.48).

Foi possível identificar também nos discursos uma percepção de que uma medida da violência é endereçada para a instituição, de forma muito específica, na realidade deste CAPS em comparação aos outros. Alessandra procura resumir o conjunto de fatores frequentemente atribuídos a essa violência:

Essa violência, essa agressão acontece em todos, mas a gente vê que aqui acontece com uma frequência muito grande. Numericamente, a gente não tem uma microárea maior que dos outros CAPS. Mesmo os que atendem uma área só. [...] É muito ruim, é muito desagradável e é muito desnecessário. É uma coisa que aponta mais para a gente do que para eles. O erro tá em alguma coisa para o lado de cá mesmo. Mas eu não sei dizer exatamente o que é, sabe? Não sei. Algumas pessoas insistem que é a questão da superlotação do serviço, da demanda que é muita e da gente não conseguir fazer esses dois papéis que é referência e urgência. Eu também já ouvi dizer que o nosso distrito sempre foi um distrito muito disputado politicamente e, por interesses variados, questão de localização e tudo mais, isso acaba trazendo pessoas, às vezes, não tão preparadas, que nem sempre sabem o que querem, o que estão fazendo aqui. Também já ouvi a justificativa histórica de que esse comportamento dos usuários foi sendo construído a partir da conduta dos profissionais que passaram por aqui. Então, talvez seja de tudo um pouco, assim (Alessandra, comunicação pessoal, 2018).

Para além de buscar explicações sobre o fenômeno e suas determinações, o interessante na fala de Alessandra é que ela desloca o olhar sobre a violência como sendo de um sujeito e procura localizá-la também em “nós”.

Se as afecções são variações do estado de um corpo afetado por outros corpos e que é em virtude das afecções produzidas no encontro com outros corpos que o sujeito age (Espinoza, 1667/2015), é possível dizer que a violência envolve o encontro entre corpos e o campo de afetividade que permeia esse encontro, não podendo ser atribuída a um único corpo exclusivamente. É necessário indagar, portanto, em que medida “nós” contribuímos, enquanto trabalhadores, para a emergência dessas situações? Em que medida não estamos submetidos a uma violência do Estado que nos mantém trabalhando em situações precárias e, ao mesmo tempo, somos “um braço do Estado” reproduzindo essa violência na relação com os usuários? Quando “nós” individualizamos a agressividade, seja atribuindo-a ao usuário ou a relação entre ele e o trabalhador de forma descontextualizada socio-historicamente, “nós” não estaríamos incorrendo no risco de produzir exclusões e culpabilizações? Dessa forma, em que “nós” contribuímos para uma mudança?

É certo que a presença da violência na vida contemporânea não se restringe aos limites do CAPS. O que se percebe é um esgarçamento cada vez maior das relações de troca, reciprocidade e solidariedade que alicerçam a vida social, diminuindo as possibilidades de resolução de conflitos de forma dialógica (Galheigo, 2009). A violência se apresenta de forma cada vez mais explícita no cotidiano, seja de forma concreta contra minorias políticas, seja de forma banalizada e espetacularizada com que é tratada pela mídia, seja de forma simbólica na humilhação, na manifestação pública do desejo de anulação do outro enquanto alteridade; no gesto de um candidato que ensina uma criança a atirar e é ovacionado por uma multidão ou que encena matar os adversários políticos, tomando o microfone como se fosse uma arma; que exalta publicamente assassinos e torturadores, estimula o ódio nas redes sociais e, dessa forma, se elege presidente da nação. Está presente também, de forma menos visível, nas instituições e suas estratégias disciplinares e punitivas, desde as relações intrafamiliares até as organizações sociais mais amplas. A violência está no humano e o confronta com a questão das relações de poder que constitui a base do social.

Nessa perspectiva, Zizek (2014) convida a pensar a violência deslocando o foco da “violência subjetiva” diretamente visível, exercida por um agente

claramente identificado para os contornos dos cenários que engendram as explosões. O horror do ato violento e a empatia com a “vítima” podem funcionar como uma armadilha que impede a compreensão de que a violência subjetiva, como uma perturbação do estado considerado normal e pacífico, é apenas a parte mais visível de um movimento que inclui dois outros tipos convenientemente invisíveis de violência que sustentam a “normalidade econômica e política”: a simbólica, encarnada na linguagem e a violência sistêmica que decorre das formas mais sutis de coerção que sustentam as relações de dominação e exploração no capitalismo e que produzem indivíduos excluídos e dispensáveis (Zizek, 2014).

Ao mesmo tempo, se a agressividade é constitutiva do humano, ela não precisa necessariamente ser atuada de forma violenta na vida cotidiana, uma vez que a cultura disponibiliza a palavra como forma de mediação simbólica das relações (Ferrari, 2006). É por meio da palavra que se constrói o debate político em torno de leis e direitos que vão compor o pacto social que impede o exercício do poder pela força, os genocídios e a barbárie. O ato violento se opõe à política e a ética à medida que reifica ou instrumentaliza o outro, desconsiderando sua dimensão racional e sensível (Chauí, 2017).

Para Chauí (2011), a sociedade brasileira se estrutura em torno de um mito de não violência, ou seja, de ser um povo generoso, alegre, solidário, pacífico e cordial que respeita as diferenças étnicas, religiosas e sociais. Mesmo diante de evidências da presença da violência na vida cotidiana, o mito encarrega-se de “fabricar explicações que permitem denegá-la no instante mesmo em que é admitida” (Chauí, 2011, p. 382). Essa denegação se estrutura por meio de cinco mecanismos: produzindo uma clivagem entre “nós brasileiros não violentos” e “eles”; atribuindo à violência um caráter acidental, temporário ou episódico; delimitando-a ao campo da delinquência e da criminalidade que, definida como ataque à propriedade privada, serve para legitimar a ação policial como necessária e não como violenta; construindo máscaras que dissimulam comportamentos, ideais e valores como não violentos (Chauí, 2011).

Dessa maneira, em uma sociedade que não é percebida como estruturalmente violenta, a violência aparece como fato isolado e as próprias

explicações para o fato são violentas pois desconsideram as desigualdades, o racismo, o sexismo e as diversas formas de intolerância que integram a vida social (Chauí, 2011).

A violência não é percebida onde se origina e onde se define como violência propriamente dita, isto é, como toda prática e toda ideia que reduza um sujeito à condição de coisa, que viole interior e exteriormente o ser de alguém, que perpetue relações sociais de profunda desigualdade econômica, social e cultural (Chauí, 2011, p. 368).

Nesse sentido, pensar o ato violento no CAPS exige considerar a violência estrutural a que trabalhadores e usuários estão submetidos, mas que igualmente reproduzem. Essa violência se inicia quando se condena quase cinquenta e cinco milhões de brasileiros a viverem abaixo da linha da pobreza, ou seja, com renda familiar por pessoa inferior a 406 reais mensais (IBGE, 2018). A “guerra às drogas” tem sido o pretexto que justificou, nas últimas décadas, um aumento da violência urbana e do encarceramento, além do expressivo número de mortes por homicídios, sobretudo da juventude negra (Waiselfisz, 2016). Essa guerra nada mais é que uma guerra contra às pessoas (Karam, 2012), principalmente das que vivem em situação de pobreza, tendo por finalidade o controle dessa população, via sua apreensão ou seu extermínio (Almeida & Amaral, 2017). A violência policial opera, nesse contexto, não como exceção, mas como parte normativa da sociabilidade brasileira que determina o encolhimento do espaço público da lei e do direito e o alargamento do espaço privado do interesse e do privilégio (Chauí, 2017).

É preciso ir além das condutas violentas para compreender que a resistência é um processo que está em curso antes do fato ao qual se resiste e que o fato nada mais é que condição de possibilidade da resistência efetiva que irá se instaurar a partir dele (Roque, 2002). Em outras palavras, a violência tem raízes históricas de séculos escravidão, de opressão, marginalização e miséria a que é submetida a população negra e pobre no Brasil (Souza, 2017), a qual compõe a maioria dos usuários dos serviços de saúde mental, condição que pode ficar ocultada por um diagnóstico psiquiátrico.

Pensar a realidade como um processo histórico implica em reconhecer que ela não é mera contingência, mas o resultado da ação dos homens que, em determinadas condições, por vezes, alheias à sua vontade, instauram e mantêm um modo de sociabilidade por meio de instituições, ideias e representações. Em outras palavras, as transformações sociais são produto da atividade humana e a contradição é o motor temporal que a movimenta ao revelar que o real se efetiva como luta (Chauí, 2008).

Nesse sentido, é importante resgatar que as instituições totais (manicômios, prisões, conventos) são advento do modo de vida capitalista que cumprem a função de responder à demanda social de controle de uma parcela da população que não pode ser absorvida de imediato como força de trabalho. Os sistemas de organização da vida no interior dessas instituições obedecem a uma lógica disciplinar cujo objetivo era tornar “os corpos úteis e dóceis” (Foucault, 1975/1999). Esse processo se opera por meio de relações hierárquicas de poder que garantem o controle dos tempos, movimentos e espacialidades no interior dessas instituições.

Especificamente no cenário manicomial, historicamente, tanto usuários como trabalhadores eram submetidos como objetos da violência (Basaglia, 1985). Os primeiros, considerados cidadãos sem direitos, refugos do sistema produtivo, eram condenados a serem afastados do convívio social, confinados em uma instituição fechada. Os segundos, ao se tornarem agentes dessa violência, sem terem consciência que ela advinha do sistema socioeconômico, devido à ocultação operada pela ideologia psiquiátrica (Basaglia, 1985).

Da negação do mandato social de tutela e cura surgem, no bojo da reforma psiquiátrica italiana, novas instituições, cujo eixo orientador é a liberdade, a horizontalidade nas relações de poder, a permeabilidade da instituição à vida que se desenrola no território. As instituições que emergem desse processo são convocadas a funcionar em uma outra lógica, aparentemente menos repressiva, que respeita as singularidades dos sujeitos e onde os trabalhadores, guiados pela ética antimanicomial, teriam a liberdade de se deslocar em suas tarefas, tempos e espaços para responder às demandas que surgem a partir da singularidade de cada caso. De acordo com a lógica basagliana, é possível afirmar que se, em um primeiro momento, o CAPS surge como uma das

alternativas à violência manicomial, não poderia jamais servir como modelo acabado ou bastar-se em si mesmo, pois perderia sua função contestadora da violência. Encontrar um lugar social para o louco na cultura ultrapassa as paredes de uma organização que não deve se restringir a ser anteparo ou recipiente da crise, embora essas funções possam ser necessárias em alguns momentos ou situações. Nesse sentido, toda tentativa de burocratização implicaria em fechamento. A negação permanente de sua institucionalização seria não só necessária como desejável para que a prática antimanicomial não se deixasse capturar nas malhas do sistema capitalista que oprime e marginaliza as pessoas com experiência de sofrimento mental, mantendo-se sempre como negação da negação, resistindo à sua institucionalização. O enfrentamento de suas contradições torna-se assim, condição essencial para que seu caráter substitutivo permaneça. Em caso contrário, seria o fim da história.

Arruda (2016) identificou transformações significativas em uma análise deste CAPS comparativamente às instituições totais. Em relação à espacialidade, a estrutura física do CAPS convida para a proximidade e confrontação corpo a corpo. Não há pavilhões isolados ou interligados onde os usuários ficam isolados a partir de uma avaliação quanto ao nível de periculosidade, tal como se fazia no manicômio. Os usuários circulam pelo espaço e têm acesso livre à equipe o tempo todo, negociando medicação, entradas e saídas, visitas familiares, permanência e frequência no serviço, o que sugere um cuidado baseado na corresponsabilização. Além disso, os projetos terapêuticos são individualizados e flexíveis e a rotina não é engessada por regras e horários rígidos. O saber do usuário é valorizado, embora em algumas situações ainda sejam necessárias contenções e internações involuntárias. Apesar da restrição de muitas portas fechadas, não há uniformes que dividam técnicos de usuários, de modo que fica difícil para quem chega diferenciar quem é quem, o que contribui para diminuir o estigma da loucura (Arruda, 2016).

Nesse sentido, é certo que o CAPS rompe com o modelo manicomial em muitos aspectos, tais como, a centralidade médica, o desenvolvimento de todas as atividades no interior da instituição, a restrição da circulação, a rigidez das normas de funcionamento e da divisão de tarefas e pessoas na espacialidade institucional, a estruturação da rotina e sua imposição total aos usuários. Tem

sido possível constatar iniciativas de construção de redes que articulam o dentro e o fora e criam formas de resistir às violências estruturais que os usuários enfrentam.

Da mesma forma, observa-se certa descentralização da figura do psiquiatra. Técnicos de referência acolhem os usuários, avaliam, elaboram hipóteses diagnósticas e projetos terapêuticos, fazem relatórios, internam e dão alta, fazem encaminhamentos e tomam decisões junto à família e aos usuários sem que haja necessariamente o envolvimento direto do psiquiatra em cada uma dessas atividades. Da mesma forma, psiquiatras podem fazer essas funções de referência em alguns casos, sem que haja participação do técnico. O saber psiquiátrico é compartilhado sem que isso implique em grande conflito, bem como outros saberes encontram espaço de legitimidade e reconhecimento no espaço institucional. Entretanto, a prescrição medicamentosa ainda é resguardada como ato médico e muito demandada pelos usuários e trabalhadores como um todo (Almeida & Arruda, 2019).

No sistema fechado, há uma restrição da movimentação do usuário para fora da instituição, “um silêncio de fixação dos corpos” em lugares definidos dentro da instituição: o usuário nos corredores e alas e os trabalhadores aguardando o usuário e sua crise chegarem para serem prontamente contidos (Silva, 2016). Nessa perspectiva, as espacialidades e a organização do trabalho no CAPS marcam, radicalmente, rupturas com o modelo das instituições totais, apesar das suas contradições. Entretanto, a precariedade das condições de trabalho e a perspectiva de aumento crescente da demanda fazem com que os trabalhadores desenvolvam ações tendendo ao fechamento. No CAPS, prioriza-se o tratamento integral no momento da crise, o acompanhamento longitudinal, o movimento de ir e vir e a participação da família no processo, o que vem se tornando ideais cada vez mais difíceis de se sustentar na prática (Almeida & Arruda, 2019).

Destacar essa análise ao abordar a questão da violência é importante no sentido de mostrar que as transformações sociais decorrentes da abertura democrática, no final do século XX, no Brasil, e as instituições que emergiram desses processos engendram em si contradições e desafios a serem enfrentados para sua continuidade. O CAPS, enquanto um serviço aberto é,

necessariamente, permeável ao território e essa porosidade produz efeitos na dinâmica das relações que se estabelecem tanto dentro quanto fora do contexto institucional. Ao contrário de uma instituição fechada, que impõe barreiras físicas e simbólicas à relação social com o mundo exterior (Goffman, 1974), um serviço *aberto* orienta-se pelo acolhimento ao acontecimento, à vida que se apresenta, cotidianamente, com todas as suas misérias e belezas, o que exige da equipe, como um todo, um olhar mais ampliado não apenas para o sujeito, mas para a história do espaço social onde ele vive, reconhecendo os códigos do território e os riscos envolvidos (Arruda & Almeida, 2019). No CAPS, o encontro com subjetividades constituídas em territórios heterogêneos e fortemente marcados pela condição precária interroga à instituição de diferentes maneiras:

Mas essas situações de violência... Uma coisa que eu fico muito angustiada, quando tem situações de violência para com nosso usuário, quando ele vem com risco de ser agredido fora, assim, eu fico louca, assim, eu fico pensando, quando a M. liga e fala assim: “eu amarrei ele numa corrente porque, se ele sair, o pessoal vai matá-lo”, aí, eu fico assim: “que resposta que a gente vai dar enquanto instituição? Consentir com que ela amarre?” A gente sabe que se a gente trouxer ele para cá, ele evade e, provavelmente, ele volta para o aglomerado, então, eu acho assim, quando a gente convida o território a entrar com todas as suas mazelas, com todos os seus riscos, seus perigos, assim, que essa questão, quando existe o risco de agressão, eu fico muito angustiada assim, o que fazer? E aí, as saídas que eu faço é discutir na reunião e construir junto com a equipe, assim, o que vai nos orientar? O que vai... Quais os próximos passos? Que oferta que a gente vai dar? Eu acho que a gente tem alguns casos que isso fica mais forte, né? O caso do G., o próprio H. também tem essa questão do território, essa questão do tráfico enquanto um atravessador (Mayra, comunicação pessoal, 2018).

Quando o território de origem se configura como ameaçador, o CAPS pode se tornar um refúgio, um local de proteção, de onde o usuário não quer sair. Por outro lado, em situações em que há falta de crítica quanto aos riscos

presentes no território, intervenções mais incisivas podem ser necessárias para que esse sentido do CAPS seja construído para o usuário. Na linha tênue que se interpõe entre a tutela e o descuido, a recusa da lógica manicomial que aprisiona e exclui não pode deixar o sujeito à deriva frente às ameaças à vida humana, se furtando a inventar formas de ofertar respostas não fascistas às novas configurações do sofrimento humano em suas múltiplas dimensões e apresentações (Arruda & Almeida, 2019).

O atravessamento das drogas seja pela relação com o tráfico, seja pelo uso de substâncias lícitas ou ilícitas também introduz à clínica da atenção psicossocial desafios para além dos efeitos das substâncias nos corpos dos sujeitos.

O CAPS é essa porta aberta, tem a questão da entrada da droga, assim, que eu acho que foi impressionante, assim, desde a época que eu trabalhava, desde de 2002 até hoje, eu acho que mudou muito o perfil dos pacientes e a forma, assim, eu acho que a droga tem uma entrada muito violenta na vida dos psicóticos, justamente por causa da falta de crítica, então assim, eu acho que atropela de uma forma muito mais avassaladora, né? Eles se colocam muito em risco e aí, assim, eu acho que esse trabalho, das maiores dificuldades que eu tive dentro do CAPS, foi justamente lidar com essa questão da violência desencadeada pela questão da droga (Fernanda, comunicação pessoal, 2018).

Quando o uso ou o comércio acontecem dentro do serviço, quando o TSS é convocado a mediar conflitos por dívidas ou furtos motivados pelo uso ou coagido a “financiar” esse uso, fornecendo dinheiro ou vale-transporte que será trocado por dinheiro ao virar da esquina; quando o usuário chega intoxicado, exaltado e intimidador demandando medicação extra; quando faz uma “quebradeira” no serviço, essas são situações atravessadas por questões morais que dividem a equipe. Não é necessariamente o uso da “droga” em si e seus efeitos que parecem incomodar, mas o modo de sociabilidade marcado por atos violentos ao qual o usuário é introduzido com a proibição de algumas drogas e que, de alguma forma, é reproduzido no espaço do serviço. Muitos TSS referiram

sentir-se desrespeitados, intimidados a ceder frente às ameaças por alguns usuários, o que pode levá-los a agir em função da autopreservação e não da orientação clínica:

Você toma uma certa conduta, dá medo do paciente. Eu tenho de alguns, sempre tive, não nego, a L. é uma delas, alguns outros. Então, muitas vezes, você acaba cedendo na conduta, você sabe que não seria o certo, sei lá, uma medicação a mais, um vale transporte para evitar uma quebradeira, uma agressão. Eu acho que os pacientes estão piorando em relação a isso. Você chega em casa e... Muitas vezes, você pensa, na hora de sair de casa: “ah, vou ganhar pouco” – porque a gente ganha pouco e aí, a gente tem que escutar tudo quanto é nome, a gente tem que lidar com essas frustrações. É... isso me deixa, assim, um pouco chateada, sabe? Muitas vezes, a gente teria que bancar uma postura que a gente não dá conta, de ter uma maior autoridade ali dentro, de impor mais limite. Como que isso seria feito? Não sei, acho que a gente teria que de fato pensar (Letícia, comunicação pessoal, 2018).

Com a descentralização médica, são os TSS que passam a ter o poder de decidir, na maioria das vezes, quem deve ficar de HN, quem vai entrar no serviço para ficar em PD e em que momento e, dessa forma, ter acesso não apenas ao tratamento, mas à comida, à uma cama para dormir e ao vale-transporte que pode ser convertido em dinheiro; quem vai ter acesso à consulta psiquiátrica e, conseqüentemente, à medicação. Esse deslocamento os coloca no lugar de quem vai ter que dizer não, em alguns momentos, a partir de sua avaliação da legitimidade das demandas. Essa posição de poder implica também em vulnerabilidade.

O ato violento dos usuários muitas vezes se direciona aos TSS como um ato de resistência à essas determinações de acesso a recursos que são limitados, como também quando a negociação para a autorização de saídas se torna tensa.

Eu acho muito difícil quando a agitação é direcionada para você. Quando tem a agitação, eu não costumo ter medo de paciente, paciente que quebra, paciente em crise que ameaça, que bate,

quando um tenta matar o outro. Mas, para mim, foi muito difícil quando o E. tentou me enforcar. Para mim, talvez tenha sido o dia mais difícil. Quando ele me enforcou foi, para mim, o dia mais difícil do CAPS. [...] Na hora, eu só conseguia pensar em respirar, em ficar calma e respirar. Foi difícil porque o *psiquiatra* tava na sala, foi ele que tirou o E. Se ele não tivesse lá, alguma coisa de pior teria acontecido, porque ele gritava, gritava e não aparecia ninguém. E assim, ele gritava com E., pedia ajuda e não apareceu ninguém. Até a hora que o E. soltou, assim, e aí, eu fui conter o E. junto, justamente porque senão o *psiquiatra* iria sozinho e aí, eu continuei trabalhando. E aí, eu ter que continuar fazendo as coisas, eu fiquei meio em estado de choque, sabe? Mas assim, eu não me sinto muito... Eu não sabia o que eu fazia, fiquei meio desorientada, assim. Continuei, fui lá amarrei, tudo. Aí, eu fiquei assim, minha ficha... Eu fiquei meio aérea, mas fui lá trabalhar, fazer os acolhimentos que tinha que fazer. Para mim, esse dia foi muito difícil, assim... (Alessandra, comunicação pessoal, 2018).

No episódio descrito por Alessandra, tratava-se de um usuário com indicação de internação involuntária, em crise, porém Alessandra avalia que a agressão não foi motivada apenas pela demanda de liberação, mas pelo fato de ter feito intervenções, em outros momentos, no sentido de proteger a companheira do usuário, da qual era referência. Mas o episódio evoca outras questões relativas à insuficiência do número de trabalhadores no serviço que dificultou não só outras formas de manejo que não precisassem ser violentas, mas a necessidade de continuar trabalhando, sem permitir um afastamento momentâneo para a elaboração do acontecimento traumático.

A situação mostra que a dimensão estrutural da violência, embora atinja mais diretamente as pessoas que vivem em condições de miséria, afeta também os trabalhadores dos CAPS quando não oferece condições para que possam desenvolver as tarefas para as quais o serviço se destina, o que faz com que, por vezes, trabalhar no fio da navalha, mais do que uma metáfora que representa o que é ter que fazer arbitragens (impossíveis) frente às injunções do contexto,

torna-se literal, como em uma situação, relatada por Ricardo, em que ele se confronta com a ponta de uma faca encostada por um usuário em sua barriga.

Essa violência toda, ela tá mostrando a violência do serviço com o trabalhador. [...] Eu acho que vai crescer muito mais cada vez que a gestão lidar com o trabalhador desse lugar, de fragilizar o trabalhador. Tinha 20% trabalhando! (Viviane, comunicação pessoal, 2018).

O Estado é igualmente violento ao infringir os direitos dos usuários dentro do serviço como em uma situação em que uma usuária foi encaminhada ao CAPS direto da maternidade para que a guarda de seu bebê recém-nascido fosse arbitrariamente retirada¹⁰.

A história da C., né? Quando a polícia vai dentro do CAPS recolher o bebezinho, né? Assim, isso é uma coisa, assim, que não tem como falar, né? É... é... é... é muito... é uma sacanagem! Isso acontecer dentro da cena do CAPS, dentro do espaço do CAPS, né? E aí, a gente vai pensando, assim, qual o lugar que a loucura ocupa no cenário social, qual o lugar do CAPS enquanto dispositivo que acolhe essas pessoas, né? Assim, então, ela é levada para lá porque eles iriam recolher o bebê dela e aí, se ela tivesse uma crise, ela poderia ser bem cuidada ali, silenciada. Isso foi uma violência e aconteceu ali, debaixo dos nossos olhos e a gente podendo fazer pouquíssimo, isso é muito duro... (Adriana, comunicação pessoal, 2018).

A violência, assim como a precarização – que em certa medida se relaciona a ela – também parece contribuir para o esvaziamento do sentido e do desejo em permanecer no trabalho ou produzir sentimentos ambivalentes em relação a ele, como transparece nos depoimentos de Giovana e Letícia:

Se você me perguntar, um dos motivos para eu não querer estar no CAPS mais, eu acho que é isso: É ato o tempo todo. Tô cansada

¹⁰ O episódio foi descrito, contextualizado e analisado em: Almeida, D.T. & Barros, V.A. (2017) O caso do sequestro do bebê: a violência do Estado as possibilidades de resistir. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 9(24), 148-176.

de quebradeira, de gritaria. Não sei, para mim, acho que dez anos é o prazo de validade. [...] Então, assim, é com o coração partido também, não sei, assim. Não gosto, mas gosto, tô cansada, mas gosto, não vejo frutos, mas vejo. É muita doideira mesmo! [risos] Não sei, mas acho que dentro desse caldo, a gente consegue sobreviver de uma forma impressionante. Mas eu acho que a gente tem que assumir esse nosso limite, esse nosso esgotamento porque tem horas que eu me pego irritada com os pacientes (Letícia, comunicação pessoal, 2018).

Falar em desejo, eu fico apavorada. Eu não tenho desejo de trabalhar num lugar que as pessoas brigam. Hoje, aqui, tem a questão da violência que é muito complicado, que eu vejo que às vezes é além da gente. [...] Você tem que estar tranquila para trabalhar e receber o outro. Eu acho que cada um tem um perfil. Eu acho que tem pessoas que vão aí... Tem uma história política com a questão da saúde mental e... Então, é isso. Hoje, eu não vou te falar que eu gosto porque tá muito sofrido em termos das brigas aqui dentro, que eu não quero, não vou ficar separando briga. Não queria ficar correndo risco, os riscos que eu corro (Giovanna, comunicação pessoal, 2018).

Ao se perguntarem o que fazer diante de situações de violência no CAPS, Correia, Gilbert e Vasconcelos (2018) apontam a necessidade de se desaprender o saber. Se no manicômio a resposta a uma agitação ou aos sinais de risco é a contenção mecânica e química como resposta natural e obrigatória, no CAPS, o fenômeno deve ser compreendido e contextualizado em cada situação, bem como as respostas a ele poderão ser diversas, dependendo do histórico, do projeto terapêutico singular e da condição clínica de cada sujeito, em cada momento e, nesse sentido, o mesmo sujeito, em momentos diferentes, pode indicar intervenções mais ou menos invasivas.

Há casos de agitação que não suscitam muitas interpretações, pela pobreza de significação que é comum na psicose. Outros, por sua vez, demandam-nos um enigma – decifra-me ou te devoro – que acabamos por entender em grande parte das situações. Mas no

nosso caso, entender não é o bastante para não ser devorado! Seja uma demanda por hospitalidade noturna, em casos onde o laço social é mais sofrido, seja uma exigência por medicação, em casos de dependência química, seja a pregnância de uma motivação delirante, um mal estar com familiares ou um atrito com outro paciente, acentuados pelo baixo limiar às frustrações ou, ainda mais importante, seja porque a violência é a linguagem que a cidade impõe a muitos, a solução do impasse não se dará pela lógica. Mais uma vez, o saber não resolve. E não conseguimos realmente prever qual fala, e se uma fala apaziguará a situação. Em vários momentos não será possível uma saída elegante, e a contenção será o remendo entre aquilo que gostaríamos e aquilo que conseguimos fazer com um corpo (Correia, Gilberg & Vasconcelos, 2018, p.73).

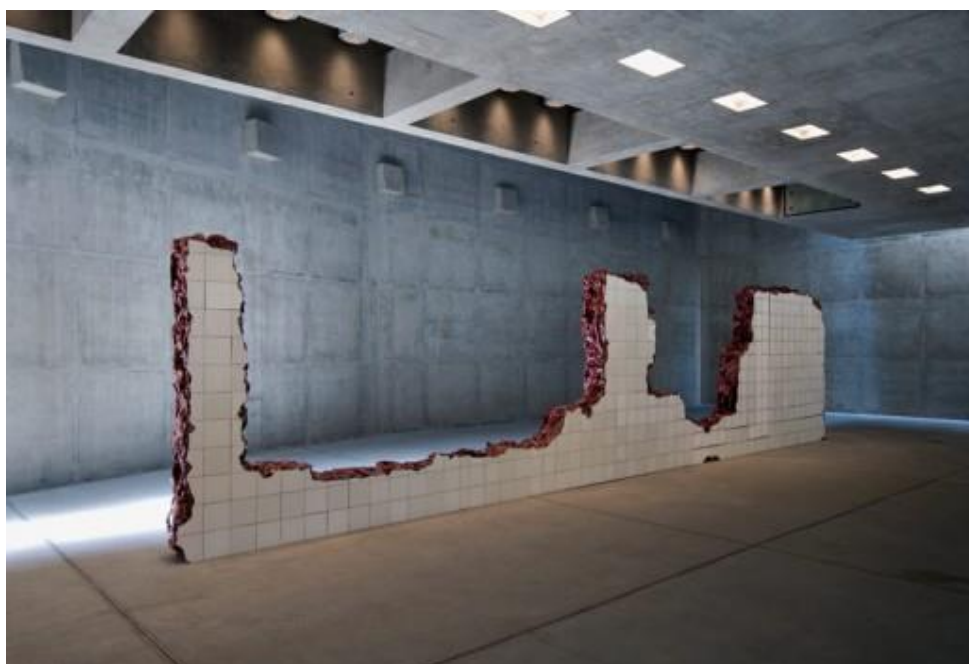
Se, no manicômio, o muro de concreto fornecia alguma forma de limite para a violência, no CAPS, enquanto um contexto institucional marcado por discursos e materialidades, mais ou menos permeável ao território onde se localiza, o muro do CAPS demarca um limite muito mais simbólico do que concreto entre o dentro e o fora, onde entradas e saídas são negociadas em cada situação. No CAPS, é com o corpo que o trabalhador é convocado a fazer a função do muro. Para Viganó (2007), substituir os muros do manicômio implica em compreender, primeiramente, que ele não servia apenas para isolar o que constrangia a sociedade, tinha uma função também para o psicótico que era a de manter longe o temor e o perigo da morte. Quando se tira o muro, para ele resta a perseguição. O que o autor sugere é que, para suprimi-lo, as pessoas que trabalham no serviço aberto precisam substituí-lo, constituindo um “muro vivo”. Fazer essa função não é simples. Implica em entender como vive o psicótico e como a experiência de prazer pode barrar as pulsões autodestrutivas. O autor ressalta que o psicótico vivencia um empobrecimento simbólico que dificulta representar a si mesmo pela palavra, o que o leva a experimentar as relações sociais como ameaças das quais se autodefende de forma agressiva ou se isola afetivamente. Sair dessa condição de objeto exigiria uma operação de autoconstrução através de gestos, por vezes, bizarros ou repetitivos, que lhe

permitam inscrever-se no campo da linguagem. Para o autor, não basta para substituir o manicômio uma outra estrutura, é necessário um discurso que garanta para o psicótico um lugar e quem constrói esse discurso são as pessoas que se ocupam dele.

Para isto ser suportável, a própria equipe precisará de cuidados para encontrar seu lugar na sociedade, ter suas próprias regras, seu próprio discurso (Viganó, 2007). Se não houver espaço institucional para a construção dos casos, para se falar sobre o trabalho psíquico que o psicótico está fazendo para enfrentar o real que o invade, para produzir na equipe um saber sobre o caso particular, fica mais difícil para o serviço e, particularmente, para a referência, sustentar-se como esse muro vivo.

A escultura *Linda do Rosário*, de Adriana Varejão (2004) pode ser tomada como uma metáfora que representa esse deslocamento proposto pela reforma psiquiátrica (Figura 5 e 6). De longe, aparenta um muro de azulejos parcialmente destruído por onde se pode transpassar livremente. De perto, se vê que o azulejo é pele que recobre a carne. Nessa perspectiva, “a arquitetura se associa ao corpo, e a matéria de construção se torna carne” (Inhotim, 2018, n.p.).

Figura 5 – Linda do Rosário (perspectiva lateral)



Fonte: Museu do Inhotim

Figura 6 – Linda do Rosário (perspectiva aproximada)



Fonte: Museu do Inhotim

Especialmente os homens referem sentirem-se “responsáveis por esse lugar” ou “impelidos a estarem nesse lugar” (Cássio, comunicação pessoal, 2018) de “anteparo” à crise.

Eu, enquanto homem, pelo fato do serviço... o serviço é muito feminino, não sei até que ponto isso afeta a instituição enquanto organização, o cuidado. Nem quero falar a favor ou contra, fazer juízo de valor, mas você tem situações lá que o masculino é convocado. Somos em poucos homens. Eu não sei nem te falar. Eu acho que, para as mulheres, passa um sentimento de se sentirem mais desprotegidas em situações de violência, de crise, agitação psicomotora, né? Assim, delas terem que intervir em situações que são difíceis demais. Porque eu, TSS, sou muito convocado, às vezes, para esse corpo a corpo. Sou convocado por ser homem. Isso não me incomoda não, mas eu percebo o sofrimento das colegas. Eu percebo um medo, um receio, essa

coisa de dar plantão final de semana sozinha. Eu acho que isso aumenta o sofrimento assim... Então, por exemplo, na maioria das contenções, eu sou chamado para ajudar, 90%. Às vezes que eu não vejo, o pessoal vai lá e me chama: *Cássio*... Isso acontece cotidianamente (*Cássio, comunicação pessoal, 2018*)

Se tal convocação não é necessariamente um incômodo para *Cássio*, *Ricardo* tece uma série de críticas não só com relação à ocorrência frequente de contenções, mas às demandas, especialmente por parte da equipe de enfermagem, para que sejam realizadas contenções em situações onde a palavra poderia ter algum efeito. Essas demandas são endereçadas mais diretamente aos homens por se pressupor maior força física. Entretanto, para ele, fazer parte das cenas de contenção pode prejudicar a construção clínica.

Eu fico vendo que se nós, homens, tomarmos partido dessa coisa da contenção exclusivamente com técnicos homens, nós vamos ficar num lugar tão impossível porque a gente vai ser visto só nesse lugar de quem amarra, pega, contém (*Ricardo, comunicação pessoal, 2018*).

Além disso, essa divisão sexual do “trabalho sujo”, traz implicações também para as mulheres que ficam mais vulneráveis quando os homens não estão presentes.

Inclusive, os efeitos disso recaem sobre as mulheres de forma muito negativa porque, o dia que a gente não estiver aqui, o usuário vai falar: “hoje é o dia da baderna porque os gatos não estão. Então, nós vamos fazer a festa”. Isso tem consequências. Eu acho que é muito precário. Talvez seja o momento que o *CAPS* tá precisando disso agora, mas a gente precisa problematizar isso porque eu, assim, eu fiquei muito angustiado no dia que eu tive que ajudar a conter o *R.* que é um paciente que tem um potencial muito grande de agredir a gente, de quebrar as coisas no serviço e aí, depois, ele sai da contenção. Foi feita uma medicação pesada nele. Ele: “não amarra não”. “Você vai ficar de boa no leito?” Ficamos lá, eu e outro enfermeiro e aí, ele sai e fala: “Velho, eu vou pegar cada

um de vocês porque vocês me amarraram, vocês fizeram uma traição, me pegaram por trás”. E eu acho que à medida que a gente for sustentando isso, vai ficando muito invasivo mesmo para os usuários. Então, assim, o H., por exemplo, ele chega aqui e vai nomeando as pessoas e que eu acho que são pessoas que começam a entrar nesse circuito de serem as mesmas que tão barrando ele, uma coisa que eu gostaria que a gente repensasse, assim, se o serviço não precisa lidar com isso de uma forma que não localize nas mesmas pessoas sempre (Ricardo, comunicação pessoal, 2018).

É certo que cada um lida com essa convocação de emprestar o corpo como anteparo à violência de formas muito distintas, o que também divide a equipe e pode desencadear conflitos, independente do gênero. Há aqueles que se recusam a participar dessas cenas, defendendo que situações de ameaça explícita à vida do outro são “caso de polícia”.

Porque, assim, por exemplo, uma pessoa que entra nos pedindo dinheiro e ameaçando me agredir se eu não der dinheiro, isso é caso de polícia, não é caso para mim! Então, que nem outro dia, nós tentamos dar conta. Umas cinco vezes: “chama a polícia!” “Não, a pessoa apaziguou, vamos dar conta, já melhorou”. Então, gente, até que ponto vou ficar fazendo isso? Aí, chama a polícia de novo, a pessoa começou a quebrar. Então, eu sinto... É muito ruim, não... Falta... Eu vou falar... Porque... Fica difícil, Dani, porque eu sei, assim, que... Eu vou falar... Tem coisa que eu fico assim: “Oh gente, igual tem no serviço de urgência à noite, a polícia está rodando de noite. Então, deveria rodar aqui sim”. Igual eu falei semana passada, tava pessoal [da enfermagem] saindo do serviço, nós estamos sem trabalhador, vir na tensão se o outro trabalhador vai vir, pessoal insatisfeito, trabalha com raiva, falando que eles não vão fazer, que eles não vão vir, que eles estão adoecendo. Por que que a gente não fala com o Distrito? Por que que a gente tem que dar conta sozinho? Falei com o gerente: “vamos dar um grito de socorro, nós estamos precisando de...” Até eles ficaram gozando

[na reunião de equipe]: “de intervenção”? [risos] (Giovanna, comunicação pessoal, 2018).

A convocação da polícia ou da guarda municipal é um assunto espinhoso e delicado, pois trata-se de um recurso que é utilizado, mas que não pode ser defendido explicitamente:

Eu acho, muitas vezes, eu fico me perguntando, mas eu nunca tive coragem de abrir a boca numa reunião de equipe. É uma questão que há controvérsias, se há necessidade de um guarda municipal ou não dentro do CAPS. Eu entendo todas as dificuldades que seria ter um guarda municipal lá dentro, inclusive pelo quadro clínico, os pacientes podem ficar persecutórios, podem inclusive agitar eles mais, mas tem horas que eu acho que é extremamente necessário, assim. Ele vai impedir uma fuga? Acho que não, mas assim, coloca certo limite. Por exemplo, vamos pegar uma situação de abuso, de falta de limite, uma L. da vida, um R., que hoje claramente, “se não me liberar agora...” São situações que a gente fica ameaçada. Seria, não sei, uma tentativa a mais de autoridade dentro do CAPS porque eu acho que a gente tá muito largado. Paciente chega, fala do jeito que quer, nos ameaça da maneira que quer, nós somos reféns muitas vezes (Letícia, comunicação pessoal, 2018).

Se, por um lado, a polícia é uma resposta paliativa, rápida e que silencia a violência no momento em que ela se anuncia – e é preciso reconhecer que, em algumas situações, tem sido a solução possível frente às ameaças – por outro, a realidade tem mostrado que é uma resposta que tem pouco ou nenhum efeito a longo prazo. Ao contrário, é uma resposta que parece produz ainda mais violência, ao longo do tempo, de ambas as partes. Da mesma forma, a violência, interpretada como falta de autoridade ou regra, pode contribuir para a burocratização e o fechamento, afastando do serviço os usuários “mais difíceis”, mas nem sempre trata, ao desconsiderar a própria parcela de responsabilidade perante a violência. Nesse sentido, é preciso questionar se não há outras possibilidades mais dialógicas de tratar da questão que possam produzir efeitos mais transformadores. Antes de abordar essa discussão, porém, é necessário considerar que o que Giovanna, Letícia e muitos outros trabalhadores parecem

confrontar é o imperativo de ter que “dar conta de tudo” que não permite estabelecer alguns limites:

A gente tem que pensar se o trabalho está sendo feito, porque a gente, num nível de irritação, num nível de medo grande, a gente não realiza um trabalho. O que que é um trabalho? De acolher uma pessoa, de escutá-la, de pensar assim, de pensar que nós trabalhamos, no geral, com pessoas muito pobres, pessoas com limitação de conhecimento mesmo, de uma vida muito sofrida, com muita violência. Então, com poucas vivências de amor. Então, se você consegue dar amor àquela pessoa, se você consegue tratar com amor, aquela vivência que elas têm aqui, isso já muda alguma coisa na vida delas, muda na casa delas, muda na relação delas com outras pessoas. Como que você vai tratar uma pessoa, quer dizer, como tentar ter uma vivência de amor com ela, como vai ter com medo? Você não tem tempo, você tem um monte de pessoas te chamando. Então, é fato: a PD precisa diminuir? Precisa. Porque que não faz assim: “a partir de amanhã, 20 pessoas em PD”? “Ah, mas vai ficar sem tratar”. Vai ficar! Você não muda o mundo, não muda! Em todo lugar é assim. No centro de saúde é assim, você atende 5 ou 6, 7, não vou atender mais, não tem como. Por quê? Porque não tem como, não tem como (Giovanna, comunicação pessoal, 2018).

Nessa mesma direção, Viviane denuncia:

Ninguém consegue falar não para os pacientes, tem que ser bonzinho. Falar não para os pacientes é dizer sim para a equipe. Vai ter uma hora que as pessoas vão ter que fazer isso, dizer sim para a equipe e vai ser falar não para os pacientes, infelizmente. Eles são a parte mais frágil e vão ser os mais prejudicados nisso tudo, já estão. [...] Quando a gente fala não para equipe e fala sim para 25 pacientes na PD no sábado e no domingo, a equipe vai sair, eu fiz essa escolha (Viviane, comunicação pessoal, 2018).

O desafio de encontrar a justa medida entre o cuidado de si sem que isso implique em descuido com o outro é uma *dramática* vivenciada cotidianamente, na qual as escolhas que se faz podem contribuir para perpetuar a violência quando não considera a necessidade de estabelecer limites.

Eu acho que o CAPS pode oferecer alguma coisa para esses usuários quando a gente consegue construir pequenos pontos de basta, pequenos limites para nosso trabalho. Não que ele não pudesse ter entrado de volta, mas eu acho que não do jeito que foi. Eu não acho que a gente tem que fechar a porta, mas eu acho que essa porta não precisa estar aberta de qualquer jeito, porque isso deixa o trabalhador, o técnico vulnerável e numa vulnerabilidade dessa a gente é ameaçado, né? Assim, a gente tá lá a trabalho! Tem uma coisa que é da rotina do nosso trabalho, do risco do nosso trabalho, mas a gente não precisa estar exposto, né? E aí, eu acho que nisso, com a fazeção, a gente não tem tempo para pensar estratégias de ser mais eficaz em construir essas pequenas bordas, construir os nossos limites, até para a gente conseguir qualificar o nosso cuidado, porque, senão, a gente fica ali muito na mistura com os nossos usuários, assim, quase que respondendo como eles e eu acho que a precariedade, assim, nesse sentido da resposta, não pode estar do nosso lado (Adriana, comunicação pessoal, 2018).

Frente a esse paradoxo, que mais uma vez se inscreve na linha tênue entre o cuidado com o trabalho bem feito e a preservação da própria saúde – o que, nesse caso, inclui também resguardar a própria segurança – é que cada um, a partir de sua história, sua própria relação com as normas antecedentes e seus valores, faz uma arbitragem sempre incerta no uso de si. É fato que as agitações dos usuários causam efeitos nos corpos dos trabalhadores e que o medo pesa na soma do que será necessário, pois provoca o instinto de autopreservação, o que aumenta o risco de “vacilar” sobre o que deve ser feito, como ressaltam Correia, Gilbert e Silva (2018). Mas a atividade como prova de si convoca o sujeito à responsabilidade e ao engajamento na produção de fabricar um viver junto (Schwartz & Venner, 2016). Nesse sentido, a ação não precisa necessariamente ser uma reação, mas criação de um mundo comum.

Sempre há reservas de alternativas. Apostar na prevenção da violência, através de um plano de cuidados que envolva os usuários, apareceu como uma possibilidade no sentido dessa criação.

Eu acho também que não pode ter muita regra, senão vira um mini-hospital, e a gente quer um serviço aberto, que as pessoas tenham liberdade de ir e vir. “Me dá um liberado, hoje não tô bem, quero ir embora”. “Vai com Deus!” É muito ruim você trabalhar num ambiente onde a violência tá muito presente. Você tá lá no consultório, fazendo seu trabalho direitinho, de repente, você vai lá, paciente tá quebrando tudo. Mas eu acho que, depois que a gente começou a fazer as reuniões com os usuários, tá melhorando muito. Por exemplo, eles estão aprendendo, chega determinado horário, eles começam a subir, querendo fazer a reunião. Eu acho que a gente tem que pactuar algumas coisas. É como se fosse uma construção. No dia que o R. chega muito violento quebrando as coisas, eu falo: “Ro., você me ajuda?” Aí, ele vai comigo porque, dependendo do grau de intoxicação que ele chega, ele não dá conta de me escutar, mas ele consegue escutar o outro paciente. É a questão do manejo mesmo, sabe? A questão da violência, hoje, está muito presente em todos os ambientes dos CAPS, associada muitas vezes, aos quadros de intoxicação. Chegam naquela confusão que a gente não consegue abordar, não consegue manejar, mas eu acho que é uma construção. A gente tem que pactuar sempre, sempre estar conversando com eles, mostrando para eles que lá é lugar de tratamento, que a violência não é ali, apesar que a vida lá fora é muito difícil, mas não precisa repetir lá dentro. Eu acho que quebra quando você chega e abraça, com o afeto quebra um pouco essa questão da violência (Solange, comunicação pessoal, 2018).

Se o trabalho se orienta pelo princípio de acolher a crise, superá-la exige mais que medidas de contenção física ou medicamentosa, ainda que essas possam ser necessárias em situações de exceção em que o manejo verbal se mostre impossível. É necessário construir junto ao usuário outras formas de agir

no mundo e de se relacionar com ele e isso exige tempo e competência para a construção clínica. “A contenção só pode ser (des)necessária se a clínica vier antes” (Silva, 2016, p. 46), ou seja, se estiver circunscrita como um ato dentro de um projeto terapêutico.

A literatura psiquiátrica oferece algumas orientações para as práticas de contenção em situações de agitação psicomotora, agressividade contra si, terceiros ou confusão mental, quando o usuário não responde a outras intervenções menos invasivas ou como medida de prevenção de queda (Braga, Souza, Leite, Fonseca, Silva & Volpe, 2016). Devido aos riscos clínicos envolvidos, tais como, desidratação, asfixia, aspiração, depressão respiratória, trombose, acidentes circulatórios, hipertensão arterial, arritmias, incontinência, rabdomiólise, agressão por outros pacientes e até mesmo a morte, as contenções necessitam ter indicação precisa e avaliação contínua. Os autores citam o protocolo de contenção da *American Psychiatric Association* como referência para a prática. O protocolo sugere o manejo verbal como a primeira medida. Se essa medida falhar, o protocolo preconiza o uso de medicação via oral ou intramuscular (usualmente benzodiazepínicos e/ou antipsicóticos) antes de prescrever a contenção mecânica ou física. Há procedimentos para uma contenção segura que envolvem uma equipe treinada e coesa de pelo menos cinco pessoas, assim como, requer ambiente, materiais adequados e supervisão contínua da equipe de enfermagem.

No CAPS, a partir de uma avaliação de gravidade e risco, cabe a equipe de plantão a decisão e a prática da contenção, algumas vezes, contando com a intervenção da guarda municipal ou polícia militar. As contenções nem sempre são monitoradas como se deveria e, não raro, se prolongam por tempo maior que o necessário, em função das condições do ambiente, do receio de ter que lidar com novas agitações ou da insuficiência de pessoal disponível para fazer uma observação próxima do usuário quando descontento. Essa realidade sugere que as contenções, sejam elas físicas ou químicas, podem se configurar como ato clínico, mas também podem funcionar como ato de punição ou apaziguamento de sintomas dos trabalhadores da equipe (Silva, 2016).

Eu já concluí que o que nós medicamos é o mal estar dos técnicos da instituição e não propriamente o usuário que está em sofrimento.

Então, eu me incomodo muito com isso porque, às vezes, a gente quer tratar o sofrimento só por essa via porque a medicação responde mais rápido? De fato, assim, às vezes, ela atenua a angústia mesmo. Você seda o usuário, ele dorme e aí, para de fazer o que tá fazendo, mas não trata. E aí, a gente fica enxugando gelo, enxugando... (Ricardo, comunicação pessoal, 2018).

A possibilidade de acompanhar a crise dos usuários exigirá da equipe sustentar a crise como “algo que pode ser tratado e acompanhado e não somente abafado por grande quantidade de remédios” (Onocko-Campos, 2001, p. 105).

Nesse sentido, assim como assinalou Silva (2016), há aqueles trabalhadores que conseguem fazer cálculos clínicos, agindo de forma antecipada a evitar fugas ou agressões ou de fazer dessas cenas ocasião de escuta e construção clínica, como se confirma no exemplo que segue.

Numa terça feira, no final da tarde, A. entra no serviço à procura de N. que demandou ficar em hospitalidade noturna, naquela noite, devido ao intenso e ininterrupto de crack, por vários dias. Ao se aproximar dela, A. retira da meia uma faca e parte para cima. Acusando-a de traição, ameaça matá-la. A técnica de referência de N. se interpõe entre os dois e consegue evitar o que poderia ter sido uma grande tragédia.

A ficha demora a cair até a gente entender o que aconteceu. Eu fiquei com medo na hora, mas eu acho que o que passa na cabeça da gente o tempo todo, na minha cabeça, que eu acho que a gente não deveria esquecer é que eles são doidos. E aí, assim, eu não sabia que ele estava armado. Quando eu fui lá fora conversar com ele, foi num outro sentido, foi mesmo para apaziguar ele, para falar que estava tudo bem, tentar mediar a situação dele com N. Nunca imaginei que ele fosse tirar uma faca, de dentro da meia, ainda por cima. Foi bacana porque ele me respeitou demais, assim: “olha, estou indo embora por sua causa. Não vou fazer nada por sua causa”, o que é bacana, apesar de tudo. Apesar que, hoje em dia, eu acho que isso deveria ser para o serviço e não para um

profissional, esse respeito. Mas assim, na hora, não teve jeito, quando eu assustei, ele já tinha tirado a faca. Eu assustei muito e aí, eu mandava a N. entrar e ele falava: “você não vai entrar, se entrar, eu te mato”. E aí, o que eu fiz, o que eu podia fazer foi tentar falar com ele. Pedi para ele não fazer isso, que ele iria estragar a vida dele e falar que eu estava preocupada com ele, que ele não era assim, que que estava acontecendo que ele tava assim tão tomado. E aí, ele acaba falando, assim. E no final, eu falo: “A., você não tá bem, se cuida” e aí, ele agarrou nisso, nessa frase: “cuida de você”. Voltar o olhar para ele e não para a proteção dela foi importante. Entender que ele estava sofrendo demais, que estava passando ao ato mesmo, que a gente se preocupava com ele, que a gente... foi importante, assim. Essa medida do que tem que ser rígido e do que tem que ser afeto é um pouco difícil no dia a dia. Então, o que eu tento fazer sempre, assim, e isso, às vezes, até dá um problema, é ser... É preocupar mesmo com quem está agitado, assim, mostrar que eu estou sendo afetada por aquilo também, de alguma forma. No geral, funciona... (Alessandra, comunicação pessoal, 2018).

Dois pontos podem ser destacados no relato de Alessandra. Primeiramente, é preciso retomar que, se a violência é indesejável no CAPS, ela pode ser uma estratégia usual em outros territórios, até como forma de resistência ou sobrevivência. Territórios em que vida e morte (tráfico, violência material e subjetiva) podem ter significados distintos daqueles construídos na experiência do técnico (Onoko-Campos, 2005). A autora chama atenção para um “esgarçamento simbólico” presente em algumas comunidades, no sentido de que, ao invés de se conversar, mata-se.

Nesse sentido, não cabe condenar e nem tampouco banalizar os atos violentos, mas oferecer respostas distintas, pautadas no acolhimento e no diálogo. Alessandra, em seu agir, não coloca seu corpo na cena apenas como anteparo para o ato violento, mas como recipiente que acolhe, filtra e devolve uma resposta para o sujeito e o implica em seu ato, ao lhe mostrar que “se importava” com ele e que estava “sendo afetada” por esse ato de alguma forma.

Um outro ponto a ser destacado refere-se a “não esquecer que eles são doidos”, evidenciando que há um saber sobre a psicose que é considerado e que orienta. Para Alessandra, esses saberes são próprios, constituídos ao longo de sua trajetória profissional por uma série de elementos que vão desde a formação acadêmica, a prática, a experiência de encontro e compartilhamento de saberes entre os membros da equipe e com os próprios usuários.

A técnica, neste caso, mostra-se imprescindível para alavancar processos criativos, abertos à diversidade e acolhedores da diferença, embora possa, em outras situações, funcionar como receita prescritiva ou estratégia defensiva, o que depende essencialmente do contexto em que é exercida, conforme alerta Onocko-Campos (2005):

Digamos que o trabalhador de saúde que não conte com razoável formação técnica será submetido a mais um fator de sofrimento, a angústia que provoca o “nada saber”, ou, no dizer de Oury, o fato de não estar advertido. Quando a insegurança técnica é grande, toda demanda é amplificada, não é possível discernir em relação a riscos e urgências. Tudo se torna tão intenso que, para aplacar essa angústia, tudo acaba por ser banalizado, caracterizando uma das formas da burocratização. Também, essa insegurança está por trás dos mecanismos que perpetuam certos usos do poder na instituição, como, por exemplo, o excessivo poder médico: se eu nada sei, suponho que outro saiba, delego a ele o saber e o poder (p. 580).

Entretanto, ao contrário do que pressupõem Onocko-Campos (2005) e Silva (2016), ter uma orientação clínica não torna o trabalhador menos vulnerável ao sofrimento psíquico. Há muitos fatores em jogo que extrapolam a dimensão técnica e que dizem respeito ao uso de si, da capacidade de regulações do afeto e dos valores em jogo.

A orientação clínica é certamente um diferencial, mas a coesão da equipe também se mostra como um elemento fundamental para que o agir seja possível. Conforme ressalta Glênia, é preciso, primeiramente, “estar antenado”, “ver o todo”. Glênia relata uma série de situações em que foi possível contornar

situações de agitação, mesmo sem a presença masculina ou a centralização da figura do(a) psiquiatra para as tomadas de decisão, por exemplo:

Esse paciente A. Foi na época que ele deu uma facada no pai dele, tava em HN. Ele queria sair e eu não liberei. Eu comecei a conversar com ele. Nessa época, tinha a M. e a F. que eram duas auxiliares [de enfermagem] bem altas que trabalharam no SAMU. E essa porta do CAPS, que dá para fora, são duas, uma de grade e outra que fecha. Eu pedi para fechar a porta de grade e deixar aberta a de ferro. Então, eu via do lado de fora. Ele começou a me ameaçar e eu estava do lado de cá do balcão. Ele falou: “vou te acertar” e não sei o quê e aí, eu comecei a conversar com ele e ele foi afastando e as meninas estavam do lado de fora. A F., quando ele encostou na grade, a F. pegou ele por trás, mas também tudo cálculo, tudo cálculo, tudo pensado. Eu pensei, à medida que eu for falando e ele for afastando... Eu não sei porque ele tava afastando, não sei se tava com medo de me agredir, mas eu pensei que, assim, a gente conseguiria contê-lo (Glênia, comunicação pessoal, 2018).

Nessa situação, foram necessárias medidas mais contensivas para o anteparo à violência. Mas há situações em que a delicadeza também faz estancar a violência como na cena em que R. começa a alterar o tom de voz na recepção do serviço. Fazia ameaças ao plantão porque queria vale transporte, o que não tinha naquele dia. Prevendo uma agitação, Solange aproxima-se com mansidão: “O que está acontecendo? Vem cá conversar comigo”. Pega no braço de R. e o retira do meio da multidão que já o observava apreensiva. Ele a acompanha e, depois de algum tempo, retorna mais tranquilo (Diário de Campo, 16/05/2018). Mais tarde, ao ser perguntada sobre o que tinha feito, Solange responde: “Não sei, só dei carinho para ele”.

Nas duas situações, houve um “cálculo”, onde alguns “ingredientes da competência” foram postos em sinergia (Schwartz, 2010a). De um lado, a dimensão de certo número de normas antecedentes, de saberes formalizados sobre a psicose, o conhecimento da nosologia, da terapêutica, do prognóstico;

sobre o que é a crise psicótica, sobre como historicamente o coletivo maneja situações de agitação e protocolos de contenção. Por outro lado, a dimensão do “encontro de encontros”, ou seja, de uma série de interfaces técnicas e humanas que se deve operar em conjunto. Nesse processo, a capacidade de se deixar apropriar pela dimensão do singular da situação é confrontada ao histórico que permite a antecipação de um certo número de eventos, de problemas. Essa dimensão passa pelo corpo, por tudo que nele é registrado, sensações, memórias construídas ao longo do tempo de experiência naquele contexto de trabalho, conscientes ou não. O “cálculo” que permite certa antecipação dos efeitos que o ato pode produzir consiste em colocar em diálogo essas duas dimensões, fazendo “circular o caso típico e a pessoa” (p. 210), o protocolo e a situação inédita. Os saberes técnicos, protocolares são confrontados de forma dialética com o que se percebe do caso, da pessoa em questão, do que se “escuta” do sujeito, da forma como enfrenta as dificuldades, da capacidade de simbolização, dos afetos. Esse movimento remete “ao estado de uma relação entre a pessoa e o meio, no qual lhe é demandado agir” (Schwartz, 2010a, p.213). Em outras palavras, o que se faz é “uma arbitragem entre o uso de si por si e pelos outros” (p. 213), a partir do valor daquele meio para a pessoa, da capacidade de se apropriar do meio como sendo seu no trabalho coletivo.

Em síntese, Solange e Glênia, de maneiras diferentes, frente ao acontecimento, conseguiram colocar em sinergia as seguintes dimensões: do saber codificado, do saber da história e na história e da própria relação, em termos de valores com o meio (Schwartz, 2010a, p. 220). Isso só foi possível porque houve certa “regulação do afeto” (Viviane, comunicação pessoal, 2018), em uma operação complexa que envolve uma articulação do próprio corpo em relação com o meio que não passa necessariamente pela consciência.

Mas eu fico pensando, cara, foi muita coragem e foi muita cabeça! Na hora, eu sou muito fria, eu faço um cálculo que eu não sei de onde eu tiro elementos para fazer aquela abordagem, não sei [...] Eu acho que eu vejo o todo. Isso que eu te falo, eu entro no CAPS, eu vejo o todo, impressionante! Eu entro, já sei mais ou menos como vai ficar (Glênia, comunicação pessoal, 2018).

Houve, por parte dos trabalhadores, um reconhecimento de que não é possível o trabalho sem afeto e que o afeto trata, mas, por outro lado, estar à mercê do afeto inviabiliza o agir criativo. Essas situações-limites oferecem possibilidades de refletir sobre a concretude do trabalho e suas nuances, a forma como alguns afetos são mobilizados quando o TSS se encontra em um aparente vazio de normas, as possíveis saídas e suas repercussões. São acontecimentos que atravessam os sujeitos, lançando-os em um abismo que pode paralisá-los pelo medo e desamparo em que os colocam. Acontecimentos em que o real se apresenta como o impossível de suportar. Nessas situações em que não há palavra possível, restam os atos que se impõem, mas, é preciso insistir, “a precariedade, nesse sentido da resposta, não pode estar do nosso lado” (Adriana, comunicação pessoal, 2018).

É no momento de tomada de consciência dos limites e das contradições que o sujeito ético pode emergir assumindo a responsabilidade pelas suas escolhas sobre como agir e respondendo por elas. A desconstrução do mito fundador da “não violência” nas práticas presentes nos serviços substitutivos permite a desnaturalização do fenômeno e o envolvimento ativo no seu enfrentamento porque permite também se perceber como parte daquilo que a produz. Nesse processo, os valores do bem comum podem se sobrepor às paixões, sem dispensar o afeto.

O agir respaldado pela ética exige, portanto, uma regulação das paixões, o que apareceu nos diálogos como diretamente relacionado à experiência, “um amadurecimento profissional” (Solange, comunicação pessoal, 2018) que conjuga saberes, experiências, valores, afetos e trabalho coletivo em um contexto que garanta condições mínimas de trabalho para agir.

6.3 Corpo-que-enlaça: a dimensão do afeto que vincula e trata

Uma das proposições mais elementares da Ergologia consiste em afirmar que nenhum trabalho é apenas execução de instruções, mas uma “dramática do uso de si por si e pelos outros” que remete à atividade do *corpo si* e aos valores (Schwartz, 2010b). Em outras palavras, é o *si*, “este sábio desconhecido” encarnado, que permite desvencilhar-se das objetivações impostas pelo meio (Schwartz, 2014).

O corpo si lida a seu modo com as lacunas, ressingularizando as normas, reprocessando os valores e acumulando saberes que conferem condições para enfrentar “o destino a viver” (Venner & Schwartz, 2015). “A atividade é exatamente esse exercício de viver a crise, de se deparar com a insatisfação, mas sem que se fique inerte e passivo aos acontecimentos. O esforço de viver consiste exatamente nesse esforço de lidar com as infidelidades do meio” (Muniz, Santorum & França, 2018, p. 74).

Se, frente à precarização do trabalho e às injunções do contexto, o corpo aparece nos discursos como uma imagem mutilada, “sem pernas” e frente à violência, como “anteparo” ou “recipiente” que a contém, a atividade de referência mostra que o corpo também é laço. Assim pude escutar, a partir dos diálogos com os TSS, que é principalmente nessa atividade que reside a possibilidade de escapar dos afetos mortíferos da urgência e da violência que pretendem capturá-la e aprisioná-la e, ao mesmo tempo, resistir ao desmonte da reforma psiquiátrica brasileira.

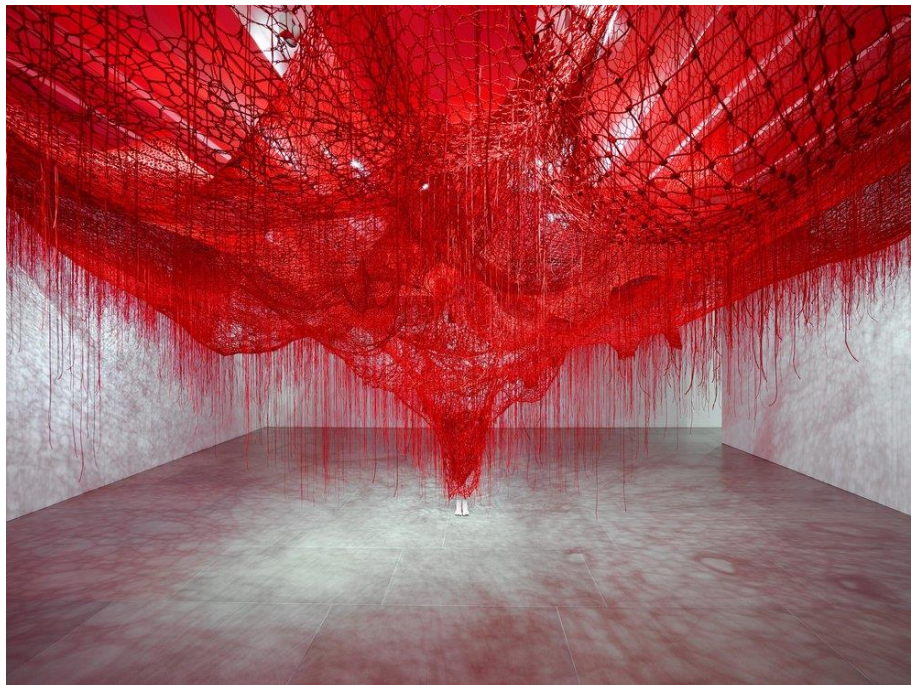
Apesar de todas as adversidades, quando convidados a falar da concretude do que é feito na atividade da referência, todos os TSS, sem exceção, foram capazes de reconhecer “pequenas vitórias” na construção dos “mais mirabolantes projetos terapêuticos”, comemorando “cada minúsculo passo em direção à liberdade” e fazendo, junto com o outro, “todos os dias, o impossível”, como revelou poeticamente Alessandra, em sua carta de despedida. Foi exatamente nas narrativas acerca dessas *construções* que transpareceu sinais de alegria e satisfação com o resultado do próprio trabalho.

O desafio de encontrar a beleza e a ternura em meio à miséria e ao sofrimento certamente está na poesia. Poesia que “tira de onde não tem e bota onde não cabe”, como em Pinto de Monteiro (Medeiros, 2007). Poesia que comprova “que o esplendor da manhã não se abre com faca” e que “desaprender 8 horas por dia ensina os princípios”, como em Manuel de Barros (1993).

Poesia enlaçada com sisal, como na instalação *Me Someone Else*, de Chiharu Shiota (2018) que sugere que um corpo é rede de múltiplas conexões biológicas, afetivas, psíquicas e históricas que tendem a se expandir (Figura 7). Rede inacabada com múltiplas pontas soltas para novas e possíveis amarrações.

Rede flexível que permite o movimento daquilo que acolhe. Rede viva que se liga a outras redes para construir o cuidado e inventar novos fluxos a partir do desejo e da disponibilidade de cada um para o encontro e a invenção.

Figura 7 – Me someone else



Fonte: Blain Southern London

Na dinâmica histórica das interações de cada um com seu meio de trabalho é possível encontrar a materialidade do *corpo si* em sua dupla inscrição: do meio em si e de si no meio. Sendo assim, o corpo é a própria história, memória sedimentada e matriz de histórias que produz o inédito por meio de sua atividade (Schwartz & Echernacht, 2009).

Nas histórias contadas sobre encontros que enlaçaram sujeitos aparecem os saberes, valores e afetos construídos pelo coletivo e ressingularizados por cada um em sua atividade. Cinco dessas narrativas serão apresentadas e, posteriormente, comentadas em diálogo com os saberes teóricos e da experiência de outros TSS.

Narrativa 1: Um pequeno bom trabalho

Tem uma moça que chegou tem pouco tempo. Ela é uma paciente grave que veio do *hospital psiquiátrico*, ela tratava lá em ambulatório e aí, ela decide voltar para o *CAPS* – ela já tinha

tratado com a gente em 2006 – mais ou menos porque o *hospital psiquiátrico* propõe para ela fazer eletrochoque e ela não concorda com isso. Ela fica muito horrorizada com essa ser a alternativa para a vida dela, para o tratamento dela, então, ela retorna para o CAPS. E aí, assim, é uma depressão muito grave, uma vida muito difícil. Ela vem e chora muito, chora muito nos atendimentos, sempre muito angustiada. E aí, assim, tem um momento desse acompanhamento que eu falo com ela que ela vem, chega, o carro vai buscar. Ela chega e fica deitadinha lá no pátio e não demanda para a gente atendimento, ela não, não vai atrás da gente, ela não chega lá no plantão, não pede para ser atendida. E aí, eu tive que pedir uma licença, em função de um adoecimento. Quando eu retorno, uns dez dias depois, ela fala assim: “eu tô aqui todo dia e não converso com ninguém. Para mim, vir aqui não tá adiantando nada, esse tratamento não está adiantando nada”. E aí, eu falo assim para ela, se ela não pensou em pedir um atendimento. Falo com ela que o CAPS tem um técnico de referência sim, mas que o plantão poderia ter acolhido, né? E eu falo com ela: “olha, acho que você precisa ficar mais ligada no CAPS”. E aí, quando ela retorna, ela participa de uma assembleia com os usuários e fala com *Alessandra* que ela queria trocar de referência porque eu era muito dura com ela. Aí *Alessandra* me fala disso e, quando ela me fala disso, eu achei isso bom porque ela pelo menos foi para a assembleia, ela conseguiu fazer uma queixa de uma intervenção que eu tivesse sido dura e aí, eu retomo isso com ela. E aí, ela se coloca muito numa posição assim de que ela queria que eu passasse a mão na cabeça dela, que eu tivesse sido dura. Mas depois disso, ela vai atrás do *psiquiatra* para pedir um atípico, para perguntar para ele cadê os papéis para levar na Secretaria¹¹, ela

¹¹ Medicamentos antipsicóticos atípicos, tais como, Clozapina, Risperidona, Olanzapina, Quetiapina e Ziprazidona são considerados de “alto custo” e não estão disponíveis gratuitamente no SUS de Belo Horizonte. Em casos em que o Psiquiatra avalia a necessidade da utilização de um desses medicamentos, deve preencher um protocolo justificando o motivo para o que o usuário possa abrir um processo junto à Secretaria Estadual de Saúde, solicitando o acesso gratuito.

chega na salinha de plantão e, quando eu vejo, ela faz assim para mim [acena com a mão]. Então, quer dizer, ela vem me dizer um oi! E aí, num atendimento, ela fala assim que o dinheiro que ela tinha, ela tinha comprado um punhal. Ela me pede um voto de confiança porque ela vai trazer o punhal e vai me entregar. E aí, eu achei que, nesse momento, desse período de acompanhamento, foi um pequeno bom trabalho, assim, o voto de confiança foi para as duas, né? E eu acho que nosso trabalho é isso. Às vezes, a gente acompanha a pessoa um tempão, tem um desgaste grande de acolher, de suportar o choro, de suportar a dureza da vida, o que é uma construção minha, assim. E aí, no final do atendimento, ela me deu um abraço. A gente combina dela me entregar esse punhal, a gente combina outros acordos para o tratamento dela. Ela deu conta de dar um sorriso, que foi o que, ao longo desse acompanhamento, não tinha aparecido em momento nenhum. Então, isso para mim foi muito gratificante, né? Mas para eu chegar nesse ponto, demorou uns três meses de acolhimento (Adriana, comunicação pessoal, 2018).

Narrativa 2: uma vivência de amor

É uma paciente que queimava casa, uma paciente que achava que se apaixonava por mulher e, quando ela se apaixonava, ela se desesperava. Então, fui trabalhando com ela que, independente de ser mulher ou homem, o que é o amor? O que é uma relação boa que faz uma pessoa ter sossego e paz na vida? O que são as relações? Como estavam as relações dela? Então, antes disso, dela achar que ninguém gostava dela e que as mulheres não gostavam dela, esse ódio, vinha um ódio até pelo corpo porque ela não tinha momentos de paz, do amor mesmo e ela passou a ter. Então, hoje, ela não tem mais ódio pelo corpo dela. Ela parece muito com mulher, tem seio e tudo, mas ela é o que ela é. Ela não importa se tem aquele seio. Hoje, ela já se cuida. Ela já tem um sossego para colocar um brinco, colocar uma roupa limpinha, ser educada com as pessoas aqui, para trabalhar, para se relacionar

com a filha que é adolescente e que é difícil. Então, hoje, ela já pode tomar uma medicação e pode falar: “eu me sinto melhor, isso aqui não me dá medo. Que bom que eu posso não ter medo, que eu posso ter uma vida melhor”! Então, hoje, ela já sente, consegue... Eu percebo que ela sente que pode ter uma vida boa, assim. Sabe, eu vou falar, *vivência de amor*, porque é isso que eu consigo chamar, não sei o que é exatamente. Eu construí com ela isso, dela confiar, dela perguntar que hora que ela pode tomar medicação, que hora que é o medo, se ela dá conta desse medo, se está grande demais. Se ela tem vontade de bater no namorado da filha, que hoje é o namorado da filha, se ela lembrar que se ela falar só coisa ruim para ele, ele vai ser agressivo com ela, então, ela já tenta falar outras coisas, vem e me conta e já encontra outras alternativas ao invés de bater nele porque senão a vida dela seria um caos (Giovana, comunicação pessoal, 2018).

Narrativa 3: Desinstitucionalizar

Tem uma paciente, esse caso me ensinou muito também, a V. Ela ficou 45 anos internada no hospital [psiquiátrico], foi para o hospital com quinze anos e hoje mora na residência [Serviço Residencial Terapêutico]. E a V. chorava, chorava, chorava, chorava, chorava, chorava. Oito meses atendendo a V. e todas as queixas eram que a V. chorava. Ia para o sacolão, chorava, tomava banho, chorava, almoçava, chorava, chorava, chorava. Tentamos todas as medicações possíveis. Dani, nada, nada, nada. Até que um dia, eu falei: “gente, e se a gente começar a ouvir o choro da V.? Porque pode ser essa a forma dela se expressar porque, por exemplo, eu, eu falo, canto, quanto eu tô muito feliz, eu até canto para expressar a minha felicidade. A V. chora. Vamos começar a ouvir o choro da V.? O que é que ela chora? O que ela quer dizer quando chora?” Aí, 20 dias depois, a cuidadora e a supervisora da casa vieram assim: “*Viviane*, a V. chora diferente para as coisas! Ela chora diferente para comer. No sacolão, é diferente, não é o mesmo choro que é para tomar banho. São vários choros”. É isso! Ela vai chorar

mesmo, sem problemas, sem problemas, deixa ela chorar! Vamos mostrando, aos poucos, pra ela outras formas de se comunicar, mas, por enquanto, é pelo choro. Enquanto a gente tava combatendo o choro, era uma luta perdida, era ficar dentro do manicômio do mesmo jeito. Mesmo possibilitando casa, sacolão, banho, almoço, era ficar dentro do manicômio porque tem que parar de chorar. Para morar na casa, tem que parar de chorar. Leva um tempo para gente ter um *insight* desse, tem que conhecer a pessoa, tem que ouvir um monte. Ali, você vai conseguindo tirar da instituição, instituição-saber. Olha que lindo: ela comunica com o choro! Para entender isso, tem que sair da instituição, dessa instituição-saber (Viviane, comunicação pessoal, 2018).

Narrativa 4: abraçar o caso

Quando eu entrei no CAPS, eu peguei um caso que eu pensei: “Meu Jesus, como eu vou fazer para conduzir?” O caso da Dona H. Uma mulher que tava em situação de rua há vários anos, vinha de uma família que o marido... Ela começou a ficar muito tempo num quadro delirante, ficou muito isolada dentro do quarto e aí, o marido falava que ela tava com o Demônio, com o Capeta. Chega um momento que ele coloca ela na rua, tira os filhos dela, muda para um outro lugar, abandona ela na rua. Ela fica muitos anos procurando alguém da família dela. A família [extensa] era do Mato Grosso. De vez em quando, vinha, ia no centro, sabia mais ou menos onde ela tava, mas ela nunca aceitava nenhum tipo de cuidado de ninguém e o laço foi se perdendo. Quando ela chega lá no CAPS, foi uma manhã de quinta-feira, estava eu e *outra TSS*. Pessoal da Abordagem de Rua tinha feito um trabalho e leva para gente lá: “Ela não tem ninguém, não tem família, o nome é esse”. Gente, eu nunca tinha cuidado de um caso de situação de rua de uma vulnerabilidade tão grande! Aí, eu comecei a procurar os filhos, a gente foi localizando, o pessoal da Abordagem de Rua me ajudou. R. era da equipe da Abordagem de Rua, na época, acompanhou para tirar os documentos... E as coisas, assim, foram... A gente foi

abrindo as portas e as coisas, assim, foram... Chegou um momento que ela melhorou com o antipsicótico e a gente levou para a *República Social*, os filhos foram chegando devagarzinho. Foi uma construção muito bacana, teve o resgate da família, paciente melhorou e hoje ela vive com filho, em outra regional. O filho falou: “Não vou morar com a minha avó, não. Eu vou morar com minha mãe”. Eu acho que muitos casos a gente consegue, a referência, para mim, referência, conduzir o caso, eu acho que é você abraçar o caso, conduzir, buscar a família, acompanhar de perto. Ter uma escuta boa fica muito mais fácil, o próprio paciente vai te falando, vai te ajudando a conduzir (Solange, comunicação pessoal, 2018).

Narrativa 5: a transferência

Engraçado que me falavam assim: “*Solange*, ele é um paciente tão violento, tão violento, tão bravo, tão nervoso”! Quem conduzia o caso eram homens, não eram mulheres porque, com as mulheres, ele era muito violento. Quando eu cheguei no *CAPS*, ele tava em franca crise. Chegava batendo porta, chutando porta, virava aquela confusão, totalmente desorganizado, usando muito crack e, assim, comecei devagarzinho com ele, mas sem medo, sem medo e aí, foi uma construção. A gente teve uma transferência, de respeito, comecei a ir com ele nos lugares, nas consultas, comecei a ir na casa dele, conversar com a família. Ele precisava de ir no banco tirar documento, eu ia com ele. Achei muito interessante uma vez que eu fui levar ele numa consulta com infectologista. Chegou lá, a médica foi fazer o exame, pediu para ele levantar a blusa, ele tava com uma faca de todo tamanho na cintura. Ela assustou. Falei: “me dá essa faca aqui. Eu guardo para você”. Ele se sentia tão ameaçado que ele andava armado. E eu nem aí, botava dentro do meu carro, andava com ele para todos os lugares. Então, foi uma relação de ter muita transferência (Solange, comunicação pessoal, 2018).

As narrativas revelam a delicadeza de um trabalho que associa clínica e cuidado ao conjugar três dimensões inextricavelmente imbricadas – técnica,

ética e afetiva – que o respaldam e orientam, ainda que nem sempre de forma sistematizada, mas construída nos processos formativos e na experiência de cada técnico de referência em sua interação com o coletivo de trabalho e com os usuários. São saberes construídos em relação, a partir da escuta do que o sujeito sabe de si e da aposta em seus recursos subjetivos e contextuais.

É nesse sentido que, na narrativa 1, “o pequeno bom trabalho” consistiu, primordialmente, em ser capaz de suportar o tempo necessário de acolher o sofrimento através do qual o sujeito se apresentava e, ao mesmo tempo, reconhecer o momento oportuno de intervir, implicando-o com seu sintoma e com a responsabilidade pelo próprio tratamento. Foi se construindo, nesse processo, uma relação de confiança e um afeto mútuo de gratidão.

Na narrativa 2, as intervenções se dirigem tanto no sentido de promover reflexão e ressignificação das relações do sujeito com o próprio corpo, com seu desejo, com seus vínculos sociais e com suas ações, quanto no sentido de construir, junto com ele, oportunidades de experimentar outras vivências afetivas, favorecendo um processo de aceitação de si e de modificação da vida que se processa fora dos limites da instituição.

Em ambas as situações, os sujeitos contavam com recursos simbólicos que lhe permitissem construir, junto com a referência, formas de enfrentar o real que limita suas escolhas e dificulta suas ações e relações. A condição de possibilidade parece ter sido “a dimensão dialógica do encontro clínico, ou seja, a abertura a um autêntico interesse em ouvir o outro” (Ayres, 2004, p.23), o que implica, primeiramente, ouvir-se e se fazer ouvir, tomando para si determinadas responsabilidades na relação que se constrói com o usuário.

Já na narrativa 3, o sintoma se apresenta como uma forma de linguagem corporal que expressa um modo muito peculiar de ser, de viver e reagir às interações com o mundo. Nesse caso, em que a queixa não se localiza no sujeito, mas naqueles que convivem com ele, há sempre o risco de não escutá-lo, de repetir as tentativas manicomiais de normatizá-lo. Escutá-lo requer uma posição de não saber para que o sujeito possa comunicar, da forma como lhe é possível, suas demandas. Nesse sentido, Rotelli (2008) lembra que o ato mais importante de Basaglia foi a coragem científica de dizer: “eu não sei nada sobre a loucura,

eu não sei nada sobre este homem ou esta mulher que está a minha frente e vive dentro de um manicômio” (p.37), ensinando que é somente se desembaraçando de saberes previamente consolidados que as ações não mais comportarão o que já se tem formatado para o outro, tomando-o como objeto manipulável. Ao contrário, permitirá enxergá-lo já em um movimento de um viver próprio. Nesse sentido, “colocar a doença entre parênteses” para que possa emergir o humano, equivale a colocar também o saber entre parênteses para “acolher o singular que habita a loucura, intrinsecamente humano, sua originalidade vital, sua desinserção fundamental” (Otoni-Brisset, 2018, p.15). “Escutar” o que a gramática do sintoma pode informar sobre o sujeito se opõe radicalmente à tradição psiquiátrica manicomial de classificá-lo, erradicá-lo e silenciá-lo. Na situação descrita, o trabalho da referência implicou os cuidadores nessa escuta, conferindo à atividade o caráter político de transformar a percepção do meio social sobre o sujeito ao vislumbrar beleza onde antes só havia incômodo.

Nessa mesma direção, na narrativa 4, a referência, também a partir da escuta da usuária, procura identificar os recursos presentes no território e investir na articulação de uma rede social de suporte e cuidado compartilhado, a qual se produziu através de um trabalho interdisciplinar feito pelos muitos atores que compõem essa rede. “Abraçar o caso” foi o que possibilitou essa construção, o que pode ser traduzido como um desejo, “desejo de relação” que permite acolher e estabelecer uma relação imprevisível e nunca antes experimentada, em busca de que algo novo seja construído, ao sabor do desconhecido (Miranda, 2004). “Desejo de fazer caber o incabível [...] com criatividade, mas não sem orientação” (Otoni-Brisset, 2018, p. 15). Esse processo somente se inicia se houver por parte do técnico de referência uma disposição para o encontro com a alteridade e todas as dificuldades e tensões que esse contato implica, enfrentando desde das próprias fragilidades até os conflitos institucionais. É necessário ofertar um lugar onde o usuário possa experienciar uma relação de confiança, que suporta manifestações humanas como a agressividade, o mutismo, a agitação, a erotização, sem incorrer em sua banalização (Miranda, 2004).

No desejo de relação inclui-se, portanto, uma necessária disposição para lidar com o sofrimento decorrente do contato com o outro que escancara os

próprios muros manicomiais. Como demonstra claramente a narrativa 5, sem a abertura para o outro não é possível construir novas relações e novos saberes que permitam conhecer suas necessidades e criar condições de responder a elas. Sustentar o vínculo com alguém que se sente o tempo todo ameaçado não é tarefa fácil, ainda mais quando chega com um rótulo negativo, construído a partir de um olhar de medo e repulsa por aqueles apresentam sua história. Mas foi justamente o “desejo de relação” que permitiu rerepresentá-lo, por meio de um bem dizer, construindo um lugar para ele na equipe, na família, no território onde ele vive, desmistificando o imaginário historicamente construído acerca de sua periculosidade, refazendo histórias e afetos. Fez parte dessa “construção” promover “aberturas” para que a família, a equipe do serviço e a rede pudessem acolhê-lo e reconhecê-lo no que tinha de mais humano, respeitando-o naquilo que lhe era único e, ao mesmo tempo, convencê-los da pertinência do investimento no seu cuidado (Miranda, 2004). O estabelecimento desse campo de confiança possibilitou à referência sugerir novas experimentações que favoreceram o autocuidado, o engajamento em atividades significativas e permitiram habitar e circular na cidade, adentrando espaços coletivos sem se sentir tão ameaçado. Nesse processo, a referência foi se colocando como uma mediadora dos enlaçamentos possíveis que ele foi conseguindo estabelecer a partir da disponibilidade para caminhar com e por ele, saindo dos limites da instituição em direção ao território. Foi justamente o caminhar que permitiu que fossem se vinculando e que, a partir dessas andanças, as palavras pudessem emergir sem que parecessem tão invasivos um para o outro. Aos poucos, esse processo vai propiciando ao usuário assumir o protagonismo do próprio projeto de vida, enquanto sujeito de direitos e sujeito de desejos que caminha por si mesmo, prescindindo de uma mediação técnica/terapêutica.

É nesse sentido que tecer rede exige que técnico de referência e usuário se movimentem “raciocinando com os pés” (Oliveira, Arruda e Carvalhaes, 2018, p.98).

É um orientador que eu tô começando a retomar e a construir na prática com o CAPS. Nosso trabalho tem que ser para fora, né? Então assim, essas experiências que reconectam os nossos pacientes com a vida, isso não vai se dar com eles socados lá no

CAPS e com a gente também socado no *CAPS*. Como sair? Eu acho que essa é uma pergunta assim... Mas, não sei... Que seja com as próprias pernas, né? (Adriana, comunicação pessoal, 2018).

Retomando a imagem da instalação de Chiharu Shiota (2018), em uma perspectiva mais aproximada (figura 8), é possível observar que o que humaniza esse corpo-que-enlaça é justamente os pés, cujo movimento de caminhar vai reaparecendo nos discursos a medida em que os TSS vão reconhecendo a potência dessa atividade e seu poder de desalienação, transgressão e invenção. A tentativa de recentramento do meio em torno das próprias normas faz desse corpo-que-enlaça um corpo vivo onde as dimensões dos saberes, dos valores e dos afetos se integram na produção de saúde de si e do outro. Nesse sentido, é possível afirmar que não se trata de uma atividade que se ocupa exclusivamente dos sintomas, mas de ampliar possibilidades de renormalizações e de enlaçamentos.

Figura 8 – Me someone else



Fonte: Blain Sothern London

Como apontam Oliveira, Arruda e Carvalhaes (2018), o que a reforma psiquiátrica brasileira introduz à clínica é a ampliação do escopo do indivíduo e seus sintomas para a dinâmicas das interações, uma “clínica do laço”, para a qual as pontas soltas são fundamentais. Clínica que se faz a partir do particular do sujeito e não do universal do saber (Viganó, 1999).

Nesse processo, o técnico de referência é, ao mesmo tempo, agente e agenciador do cuidado no sentido de ser alguém em torno do qual se organiza a assistência ao usuário, se colocando a serviço do acolhimento pontual e do acompanhamento longitudinal, tendo como ferramentas a palavra que educa, secretaria e apazigua, mas também o corpo, o movimento, ato e gesto que, no encontro com o usuário, ampliam suas possibilidades de relação, no ritmo que lhe seja possível (Oliveira, Arruda e Carvalhaes, 2018). A atividade, nesse contexto, se torna um “encontro de dramáticas de si” que investem e se infiltram nos circuitos de agir presentes nos corpos (Schwartz, 2014).

As narrativas permitem localizar saberes conceituais colocados em sinergia com a historicidade e o inédito de cada situação. Saberes da Psicopatologia que traduzem e descrevem fenômenos como “uma depressão muito grave” ou “um quadro delirante”, termos psicanalíticos como transferência, construção, manejo, escuta que dialogam com a perspectiva psicossocial. É certo que os saberes psicopatológicos e psicofarmacológicos favorecem a identificação do quadro clínico, do desencadeamento de uma crise, bem como o reconhecimento dos efeitos desejáveis e indesejáveis das medicações, garantindo a interlocução com a psiquiatria como uma parceira na condução dos casos. Entretanto, o diagnóstico informa muito pouco sobre as necessidades, sobre os desejos e sobre as possibilidades do usuário (Saraceno, 2001). Outras questões sobre seu contexto de vida se mostraram igualmente importantes para a construção dos casos. Onde o usuário vive? Como ele vive? Quais os recursos psíquicos, afetivos e materiais de que ele dispõe? Quais os recursos que o território oferece e que é possível lançar mão para favorecer a ampliação de sua autonomia ou o acesso a seus direitos? Essa perspectiva implica em questionar como o sofrimento decorrente de um modo próprio de existir impacta na vida cotidiana, como dificulta a realização de atividades ou prejudica suas relações. Sobretudo, consiste em indagar o que é possível ser e fazer apesar do

sofrimento mental. As intervenções orientadas por essas questões não se pautam, portanto, em padrões normativos que definem saúde e doença mental, nem tampouco na cura ou erradicação de sintomas, mas em ampliar as oportunidades de trocas materiais e afetivas (Saraceno, 2001) por meio de “projetos de vida” flexíveis, negociados e construídos com o usuário.

Projeto terapêutico, a gente precisa rever esse nome. É projeto de vida. Cada caso é um caso. Nosso trabalho é a escuta, simples assim. Escutar o que o outro diz. Tenho que respeitar as escolhas que cada um faz acerca do modo de viver. Por exemplo, C. dorme com o cachorro do lado de fora da casa. S. escolheu viver na rua. [...] É isso que eu faço. Tento escutar. Os meus casos, eu tento fazer assim [abre os braços]: é para fora, eu tento articular a rede para cuidar. Eu saio, vou na casa, vou no C.S... Eu tenho que conhecer onde ele vive, como vive. Quando o usuário chega, a família, o SAMU, a polícia, tudo, tento articular tudo isso, todas as demandas e, de alguma forma, implicar todos no projeto. Não sei se tá certo, se tá errado, mas eu só sei fazer assim (Raquel, comunicação pessoal, 2018).

Esses saberes próprios do campo da saúde mental dialogam com os saberes do núcleo de cada profissão e com os saberes adquiridos na experiência, na trajetória profissional, conferindo estilos diferentes a cada profissional, embora a ética do cuidado proposta pela reforma psiquiátrica brasileira, que inclui acolhimento, vínculo e responsabilização tenha se mostrado como um orientador para todos.

Eu tenho, Dani, uma coisa, assim, que eu fico pensando: o que que a gente faz então, né? Eu acho que, assim, é conviver, essa é a palavra. Eu não sei se eu trato, se eu cuido, se eu faço clínica. Eu estou disposta a conviver. Convivendo, seus preconceitos não se sustentam. Convivendo, você se coloca no lugar do outro. O trabalho da referência técnica, a clínica da reforma, ela diz é da construção do vínculo, da responsabilidade pelo sujeito, pela sua história. [...] Esse exercício de escutar, de ter essa oportunidade

porque, os outros técnicos, eles vão ver assim as demandas, os excessos na instituição, mas assim, você se deparar com a pessoa cara a cara, e aí, a pessoa fala da história dela, começa a localizar o sofrimento com o pai, assim, não tem como você não se sensibilizar, assim. Eu acho que o papel do técnico de referência, quando ele se propõe a escutar e fazer essa narrativa junto com o usuário, eu acho que possibilita a ele perceber, a ver a humanidade do outro. [...] Eu acho que é no campo da ética o que me sustenta. E é um aprendizado diário, no fazer. Não é algo que eu venho e vou capturando aqui nas minhas caixinhas para ver qual resposta que eu vou dar. [...] Eu tento entender o que a pessoa está passando, o que está sofrendo, o que o *CAPS*, enquanto serviço, pode auxiliar. Eu acho que isso eu aprendi estando no serviço, mas enquanto um orientador, assim, durante a graduação, foi a questão da reforma (Mayra, comunicação pessoal, 2018).

Transparece no discurso de Mayra “valores sem dimensão” que fazem com que a experiência de si no trabalho possa favorecer a produção de um mundo comum. Esses valores prevalecem sobre as divisões técnicas e estruturais. Desse modo, ensina que romper com as delimitações impostas às profissões e extrapolar a prática do atendimento protegido em uma sala ou instituição para além de seus muros pode viabilizar, para o usuário, possibilidades de conviver.

Eu acho que é muito interessante o efeito pro usuário, eu acho bonito isso, assim, por exemplo, o C., ele ficou anos chamando a gente de nome diferente e quando hoje ele fala, me reconhece enquanto *Mayra*, sabe quem eu sou, sabe para quem direcionar as demandas, as aflições, eu acho que cumpre um papel interessante, assim, para secretariar os nossos pacientes, né? Assim, quando o V. chega demandando, vem me falar da mãe, né? Eu acho que isso organiza a vida deles e eu acho que é um processo de trabalho interessante, assim, você consegue ter clareza ou aproximação com a história de vida deles, pode tentar construir esses territórios, esses afetos e tentar ir mediando, assim, que momentos que

aparece mais, que momentos que aparece menos (Mayra, comunicação pessoal, 2018).

A partir do comentário de Mayra, é possível delimitar algumas funções de *mediação do cotidiano* (Miranda, 2009) atribuídas à referência para além do acolhimento e da articulação de redes de suporte, tais como, “secretariar” e “organizar” as atividades da vida. Essas funções incluem oferecer suporte no manejo de dinheiro, do uso das medicações, de autocuidado, ao procurar um trabalho, uma moradia ou providenciar um benefício, as quais podem facilmente tornar-se burocráticas e esvaziadas de sentido se dissociadas de uma escuta clínica.

A atividade de referência confere uma relação de proximidade afetiva com o usuário que permite o reconhecimento do técnico de referência como alguém em quem pode ele confiar para endereçar suas demandas. Nesse processo, a transferência é considerada como condição primordial para qualquer possibilidade de tratamento. Os discursos sugerem que o termo foi apropriado da Psicanálise e reconfigurado de modo a designar não necessariamente a atualização de conteúdos inconscientes a serem manejados numa relação analítica, mas o vínculo entre determinado usuário com determinado profissional, independente da formação acadêmica. O termo compõe o repertório linguístico e instrumental dos profissionais no cotidiano do trabalho, mesmo daqueles que não têm a Psicanálise como um saber privilegiado de referência. Essa ressignificação do conceito aproxima-se daquela proposta por Elia (2015): “inclusão do técnico no campo e na trama do sofrimento do paciente, sua adoção como destinatário necessário e a pessoa atual do técnico passa a dever suportar esse endereçamento, acolhê-lo, responsabilizar-se pelo lugar extremamente preciso e precioso que lhe é conferido pelo paciente” (p. 250). O autor acrescenta que a Psicanálise fornece eixos estruturais, princípios e direção para as ações, sem os quais a atenção psicossocial não se cumpriria.

Para Miranda (2009), a técnica psicanalítica interdita a pretensão onipotente de tudo escutar, entender, saber, permitindo aos técnicos de referência “desenvolver a percepção de que nunca sabem o que é bom para o outro, sem que antes tenha o acompanhado, nos caminhos que ele pôde percorrer, a despeito das confusões inerentes ao percurso”(p. 276). E, para que

isso seja possível, a disposição para o contato emocional vivo deve alternar-se com certa ausência que garante ao usuário o lugar central.

Na atividade de referência, se a proximidade afetiva permite a vinculação, também pode se configurar, em alguns momentos, como uma “invasão” para o psicótico. Nessas situações, o coletivo é convocado a “entrar mais” no caso, diluindo a transferência maciça, seja por meio da figura do gerente, seja do psiquiatra, de outro TSS, do técnico de enfermagem, seja da auxiliar de limpeza, do porteiro ou do técnico administrativo. Cada um contribui como pode e com o saber que dispõe, o que comprova que o lugar da referência não é, necessariamente, solitário, como avalia Mayra:

Mas em alguns casos, em alguns momentos, é um lugar difícil de estar, né? Assim, em momento de maior crise, assim, igual no caso do H., onde a pessoa fica muito tomada com esse papel, assim, mas eu acho que a gente aqui no CAPS, a gente faz esse movimento interessante, assim, que horas que a referência é mais fortalecida, que horas que ela esvazia e a coisa dilui em equipe. Então, eu acho que a gente aqui no CAPS tem uma leitura interessante, que momento que a gente fortalece esse lugar da referência, que momento que a gente coloca de lado (Mayra, comunicação pessoal, 2018).

A proximidade afetiva, acrescida das dificuldades próprias do contexto de trabalho também pode levar o técnico de referência a “misturar-se” com os usuários ou defender-se excessivamente dessa proximidade, o que exige um olhar mais cuidadoso para os próprios afetos.

A gente vai aprendendo então que é isso, né? Do afeto, do laço. Se tem transferência do lado do paciente com a gente, tem da gente com ele. [...] Um ponto também que me chama muita atenção, assim, é como que a psicose escancara essa radicalidade da solidão. Eu acho que os nossos pacientes, eles sofrem muito disso, né? De estarem sós, assim, eu escuto os que eu atendo, eles queixam muito disso. E isso tem uma dimensão também que é para todos nós porque quando a vida da gente também está difícil,

sofrida, assim, o sofrimento não passa porque o outro tá segurando a sua mão. Em alguma medida, você tem companhia, mas, em alguma medida, é você que vai ter que se haver com isso e aí, eu acho que, para a psicose, isso está sem nenhum elemento de conexão, tá escancarado, é radical e às vezes é isso, né? Assim, ir lá conversar com a gente, ir lá ver a gente, né? Verificar se a gente tá lá, ter com quem conversar, com quem contar, eu acho que é um pouco isso também, né? Assim, de tornar a vida menos solitária, menos árida, então, eu acho que é delicado nosso trabalho, importante também, então, a gente também precisa, tem que se cuidar, tem que estar bem, tem que estar avisado dos nossos afetos, né? Não para que eles não apareçam, mas para que eles possam aparecer numa boa medida (Adriana, comunicação pessoal, 2018).

Essa “boa medida” de afeto é considerada condição essencial para a realização do trabalho, tanto no sentido de desejo, como no sentido de “ferramenta” clínica.

Acho que se você for varrer rua, você tem que fazer com afeto e quando você está lidando com o ser humano que já vem como uma fragilidade tão grande quanto é na saúde mental, se você não tem esse afeto para emprestar, não dá. Não existe nenhuma possibilidade de construção. Então, eu acho que você tem que estar inteiro, eu acho que você tem que estar verdadeiramente investida, aquilo ali tem que te tesar muito, tem que te arrepiar, tem que te emocionar porque a gente trabalha para caramba, a gente trabalha de um modo que não é um modo saudável (Fernanda, comunicação pessoal, 2018).

No comentário de Fernanda, o afeto aparece como um investimento de si no trabalho que favorece a construção clínica e que, em certa medida, permite contornar as adversidades. Já Solange, por meio do relato de uma situação concreta que segue, demonstra que os afetos amorosos se expressam por meio de gestos de carinho e atenção enlaçam, desde que circunscritos a um projeto

terapêutico e uma racionalidade clínica. Em outras palavras, desde que regulado e não desmedido.

A J. também eu acompanho desde que eu cheguei no CAPS e aí, ela sempre chegava... Na hora que ela chegava quebrando tudo, eu falava: “Me dá um abraço primeiro”. Eu chegava, abraçava ela, pedia a ela um abraço. “Agora nós vamos conversar”. Então, assim, hoje, eu entendo, esse abraço é tão importante porque ela mora sozinha com os filhos, não tem ninguém por ela. Os laços todos rompidos. Esse abraço era melhor do que o remédio, sabe? Eu chegava, eu dava um abraço, ela acalmava, conversava, ia embora, tanto que eu falei na reunião... Lá no SUP, é a mesma coisa, na hora que ela me vê, ela fica toda feliz que eu chego e falo: “dá um abraço?” Aí, eu sento com ela, escuto ela e, às vezes, é o melhor remédio. [...] Eu acho que a afetividade ajuda muito na condução do caso porque o paciente, além de confiar em você, tem uma transferência afetiva, de afeto de confiança e aí, melhora muito, sabe? Em qualquer momento da crise. Às vezes, o paciente já recebeu alta: “Ah, vou lá porque eu tenho a *Solange*. Lá que vai me acolher, me receber, me ajudar no tratamento”, sabe? (Solange, comunicação pessoal, 2018).

Da mesma forma, é por meio da racionalidade clínica que Viviane avalia em que medida esse afeto amoroso pode ser privilegiado como “ferramenta clínica” que vincula e trata.

Eu dei de presente para o Sr. J. uma calça, igualzinha ele me falou, eu comprei na loja que ele me pediu e eu sei que Sr. J. adere ao tratamento via chamego, via... quando eu chamo ele de general, coronel. Quando ele entra no consultório, ele não tem uma elaboração, não tem conteúdo subjetivo para poder tratar em consultório. Então, ele entra no consultório e fala assim para mim: “imprime a patente aí: coronel da PE e tal”. Eu imprimo e grampeio na blusa dele. Isso que trata ele. Quando eu entrei, ele estava muito desorganizado, em crise, ele fica de HN uns 20 dias e ficou seis meses estável até agora com duas visitas domiciliares e com isso

que é do afeto ligado nele, de ligar, mandar abraço e da medicação ser feita assim... Ele entra no consultório e fala: “te amo tanto, *Viviane!*” e eu respondo: “também te amo tanto, Sr. J., pena que eu sou casada”. “Pena que você é casada...” e ri. Mas é... hoje, para mim, falar isso para um usuário não me constrange mais. Antigamente, ah... Isso trata ele, ele precisa disso e eu amo ele mesmo, de paixão, assim. É com amor que eu faço meu trabalho. O amor tem várias formas de se manifestar, mas é pela via do afeto ali, muito mais do que pela ciência, sentar e ouvir. Ele não me exige esse saber, não preciso ler um livro do Freud e nem fazer um curso de Psicanálise para atender Sr. J. Até receber esse carinho, ele não vai se tratar. Falta amor no que eu faço? Tem um saber do manejo, mas nisso, as meninas da enfermagem são muito mais eficazes, mais despidas disso, da Psicanálise do que eu. [...] Mas eu vejo o que o sujeito ali, o que ele precisa? Aqui é amor, lá na outra é Freud. Ficar ouvindo, deixar as histórias que ela me conta, que ela traz do Centro Espírita e fazer dessa história um significante para ela. Aí, me exige mais saber científico, mas ainda com afeto, sempre com afeto (Viviane, comunicação pessoal, 2018).

Para Viviane, essa “regulação do afeto” se constrói na experiência e maturidade profissional, mas também no cuidado de si: “o que é que você vai entregar para outro quando você está adoecida, quando você não se olha”? (Viviane, comunicação pessoal, 2018). Esse cuidado de si favorece o reconhecimento dos próprios saberes e a autovalorização, não permitindo fazer parcerias com sintomas e nem com instituições que não respeitam o trabalhador e o usuário. “Quando a gente não tem reconhecimento próprio, a gente paga um preço muito caro no mercado negro” (Viviane, comunicação pessoal, 2018).

O desejo de ser feliz ou de viver é, ao mesmo tempo, existir em ato (Espinoza, 1677/2015). É nesse sentido que, se o afeto pode obscurecer a racionalidade clínica no sentido de um medo da violência que precisa ser contido/dominado para agir ou no sentido da tristeza e angústia que tendem a paralisar a atividade diante das situações de privação, inibindo-a ou tornando-a

mecanizada, esvaziada de sentido, é também o afeto que tem potência para enfrentar o real, a partir dos valores pelos quais um sujeito luta.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No percurso de pesquisar o trabalho trabalhando, caminhei o tempo todo sobre o “fio da navalha” por viver na própria pele o desafio de conciliar urgência e referência em um contexto de precarização do trabalho e desmonte da reforma psiquiátrica brasileira, o que exige fazer arbitragens (im)possíveis em meio às exigências paradoxais, suportando a intensidade de afetos vivenciados no cotidiano, mas não só por isso. Se a tese surgiu do desejo de responder às questões práticas, políticas e teóricas que a experiência de trabalho no CAPS suscitou, concluí-la não me livra das dramáticas que foram surgindo à medida em que novos saberes foram sendo tecidos nos encontros ao longo do processo que a produziu.

A escolha do método pode ser considerada como uma primeira dramática. Enquanto participante das ações que se desenrolavam em um espaço compartilhado com os sujeitos da pesquisa, eu estava submetida ao mesmo fluxo de acontecimentos, à mesma materialidade e às mesmas normas e valores comuns, embora minha percepção da realidade não fosse necessariamente a mesma dos outros atores. Produzir o distanciamento necessário à reflexão crítica, estando mergulhada nas exigências do trabalho, não foi tarefa fácil. Transformar as angústias do trabalho em questões de pesquisa impôs o desafio de estranhar o que era familiar. Esse processo me exigiu olhar para meus próprios afetos, avaliando em que medida meu envolvimento poderia contribuir para a compreensão das questões que me propus a investigar. Analisar o grande volume de material produzido, sem reduzi-lo a categorizações mutilantes da realidade, mostrou-se como mais um desafio. O maior deles, no entanto, foi ético e se refere ao limite do que revelar ou de como revelar a realidade, não deixando de apontar as fragilidades e contradições que repercutem em sofrimento e desengajamento no trabalho e, ao mesmo tempo, preservando a integridade dos sujeitos e da instituição pesquisada. Avaliar a relevância social e o uso político que poderia ser feito dos resultados da pesquisa e como sua divulgação poderia contribuir para a melhoria do trabalho demandou um certo cálculo que é fundamental na pesquisa em contextos precarizados e excludentes ou em instituições que intervêm junto às populações desses contextos.

Retirar o véu ideológico, colocando a militância “entre parênteses”, permitiu enxergar o trabalho, fazer autocrítica e avançar. Mas foi preciso ter cuidado para não a desqualificar de modo algum, pois a militância representa não só a utopia que faz a luta antimanicomial avançar, como a ação concreta de trabalhadores que empreendem enfrentamentos cotidianos na construção de uma sociedade sem manicômios, transpondo a dureza do trabalho no CAPS.

Começo pela opção de circunscrever o cenário em que se inserem as práticas, apresentando o panorama histórico da reforma psiquiátrica brasileira, situando-o em relação ao contexto sociopolítico e econômico atual caracterizado pelo recrudescimento de forças autoritárias e conservadoras que se articulam à política neoliberal, ameaçando as conquistas históricas de garantia dos direitos sociais de usuários e trabalhadores. Nesse cenário, os avanços na efetivação da política de saúde mental enfrentam um embate, intensificado nos últimos anos, com distintos interesses corporativos, partidários e financeiros que defendem a internação e o isolamento dos usuários, especialmente aqueles que fazem uso problemático de substâncias psicoativas.

A precarização do trabalho é um dos efeitos dessa política neoliberal, configurando-se como uma realidade que se alastra na vida social, incidindo nos serviços públicos de saúde de forma muito peculiar, minando as bases em que se fundamenta o SUS e repercutindo em práticas tecnicizadas e emergenciais.

É fato que os CAPS têm sofrido os efeitos dessa precarização, o que impacta diretamente na atividade e na subjetividade dos trabalhadores, conforme indicam as pesquisas mais recentes sobre esses dispositivos clínico-políticos que se situam em um espaço de fronteira permeável à vida no território. Procuro identificar os avanços normativos para a estruturação desse serviço, bem como as ressingularizações cotidianas descritas em pesquisas sobre a atividade de trabalho nos CAPS. Apesar das dificuldades, tais pesquisas apontam que trabalhadores seguem inventando modos possíveis de convivência com a loucura, resistindo e produzindo formas de contornar a precariedade e a violência.

Especificamente no que concerne ao CAPS onde a atividade de trabalho dos Técnicos Superiores de Saúde foi analisada, procurei, inicialmente, situá-lo

em relação ao projeto antimanicomial da cidade de Belo Horizonte, para então, apresentá-lo no que se refere à organização do trabalho e ao compromisso histórico em conciliar urgência e referência em situações de crise, prescindindo do hospital psiquiátrico e apostando na construção de redes no território para a continuidade do cuidado.

O mal estar decorrente da crise institucional que se instalou no final de 2017/meados de 2018 permitiu elucidar alguns elementos geradores de angústia e desengajamento no trabalho. Os fatores desencadeadores contribuíram ainda para desvelar afetos melancólicos relacionados às experiências de privação e perda e, ao mesmo tempo, às pulsões agressivas que irromperam e repercutiram no esfacelamento do coletivo e no desinvestimento no projeto institucional. Movimentos restaurativos favoreceram a retomada de certa funcionalidade, porém em um equilíbrio instável, dadas as condições e injunções do contexto em que a precariedade se destaca.

A precarização do trabalho se revelou no sucateamento das condições de trabalho, nas contratações temporárias que se prolongam indefinidamente, nos baixos salários, na burocratização e legalismo da gestão. Essa situação incide nos processos de reconhecimento e nos laços de cooperação, reciprocidade e solidariedade, repercutindo em sentimentos de menos valia, desamparo, vergonha e solidão. A intensificação do volume de trabalho e da urgência mostrou-se como impedimento para o compartilhamento de saberes acarretando, conseqüentemente, um empobrecimento da experiência. Nesse contexto, Técnicos Superiores de Saúde são confrontados a uma série de “injunções paradoxais”: desenvolver tarefas de referência frente à priorização institucional da urgência; construir redes no território e ver-se cada vez mais impossibilitado pela organização do trabalho de sair de dentro do serviço; ofertar tratamento em liberdade e ter que participar de cenas cada vez mais frequentes de contenção; conciliar o cuidado de si com o trabalho bem feito.

O sentimento de impotência que decorre das dificuldades em responder a tais injunções repercute na construção do imaginário de um corpo-sem-pernas, devorado pelo tempo, mas também de onipotência no sentido de ter que dar conta de tudo, vestindo uma “capa de super-herói”.

Por meio de metáforas que envolvem o corpo, foi possível a aproximação com as implicações subjetivas do trabalho com o negativo do cuidado em saúde mental, ocultado muitas vezes pelo discurso da precarização e da militância.

No corpo se localizam as dramáticas do uso de si e os afetos que nem sempre encontram palavras para serem expressados. O corpo é convocado a posicionar-se como “anteparo” que contém a violência que irrompe da crise psicótica ou das formas de resolução de conflito presente em alguns territórios, mas também como um recipiente que “filtra” o ato violento, através de uma leitura do que ele enuncia, implicando o sujeito nesse ato. O fazer a função de um muro vivo, em situações-limites, confronta os sujeitos com um suposto vazio de normas, o medo paralisante e o desamparo. Tomar consciência dos próprios limites e contradições permite desconstruir “o mito da não violência” nos serviços substitutivos, desnaturalizar o fenômeno, assumir a própria parcela de responsabilidade e envolver-se ativamente no seu enfrentamento. É na emergência do sujeito ético que saberes e experiências se conjugam a valores do bem comum para o agir no trabalho coletivo, sobrepondo as paixões sem dispensar o afeto.

Se, frente às perdas, privações e contradições normativas, o corpo aparece nos discursos como uma imagem mutilada, “sem pernas” e frente à violência, como “anteparo” ou “recipiente” que a contém, a atividade de referência mostra que o corpo também é laço e tece rede. É principalmente nessa atividade que reside a possibilidade de escapar dos afetos mortíferos da urgência e da violência que pretendem capturá-la e aprisioná-la e, ao mesmo tempo, resistir ao desmonte da reforma psiquiátrica brasileira. O corpo vivo e em movimento reaparece na atividade da referência como potência de desalienação e transgressão, lançando-se à invenção, borrando as fronteiras do especialismo, entrelaçando as dimensões dos saberes, dos valores e dos afetos que se integram na produção de saúde. A referência se revela como um lugar de conexão, onde o saber-fazer com o afeto se conforma no corpo que se dispõe ao convívio. Entretanto, o tempo necessário ao convívio tem ficado cada vez mais comprimido por uma intensificação da urgência que subtrai da referência sua potência para responder a ela de forma menos manicomial.

É por todo o exposto que, ao retomar as questões iniciais que originaram a tese, é possível concluir que o movimento dialético da vida não oferece respostas definitivas, ao contrário, traz sempre novas questões. Nesse sentido, não se pode apontar um único fator que desencadeia o mal estar no trabalho, mas uma conjunção de aspectos sociais, históricos e políticos que convergem e se misturam com a história pessoal de cada sujeito, com seus desejos e limites para produzir uma resposta a esse mal estar, amparada nos valores que sustentam as lutas de cada um com o real que o afeta.

A pesquisa permite, no entanto, apontar algumas direções para a transformação dessa realidade. Ser mais afetivo no sentido do envolvimento com o outro parece uma boa aposta para que o trabalho no CAPS não se perca em burocracias e repetições, valorizando o contato humano e cultivando a delicadeza na produção cotidiana de um mundo comum. Se em certa medida essa saída depende do desejo e dos recursos pessoais, no coletivo, ela se fortalece.

Cabe ao poder público ofertar tanto condições materiais para a realização do trabalho quanto cuidado para quem cuida, revigorando, ampliando e protegendo os espaços de diálogo e supervisão clínica, onde os saberes da experiência podem ser consolidados e compartilhados e a coesão do coletivo possa ser fortalecida; implementar políticas de reconhecimento material e simbólico para os trabalhadores; fomentar a formação continuada; investir na criação de mais serviços substitutivos e na ampliação das equipes naqueles que já existem; adotar estratégias de gestão mais participativas, em que as demandas de usuários e trabalhadores sejam ouvidas e consideradas.

A salvação não virá, entretanto, de nenhum “messias” que explora o desalento do povo flertando com o autoritarismo, mas do angustiante exercício de caminhar no fio da navalha, ou seja, de posicionar-se e assumir os riscos. Nesse sentido, cabe aos trabalhadores e usuários o engajamento político não só para a reivindicação de direitos, mas para o agenciamento de forças sociais para além do Estado, no intuito de construir alternativas capazes de enfrentar às desigualdades e injustiças.

REFERÊNCIAS

- Abuhab, D., Santos, A.B.A.P., Messenberg, C.B., Fonseca, R.M.G.S & Silva, A.L.A. (2005). O trabalho em equipe multiprofissional no CAPS III: um desafio. *Rev. Gaúcha Enferm*, 26 (3), 369-80. Recuperado a partir de <https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4567>
- Almeida, D. T. (2012). Análise do Trabalho de uma equipe multiprofissional em um Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas. (Dissertação de Mestrado não publicada). Escola de Engenharia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais.
- Almeida, D.T. & Amaral, T. V. (2017). Drogas: paradoxos no campo do trabalho. *Psicologia em Revista*, 23(1), 374-386. Recuperado a partir de <http://periodicos.pucminas.br/index.php/psicologiaemrevista/article/view/16698/12650>
- Almeida, D.T. & Arruda, A.E. (2019) Fronteiras permeáveis e suas implicações no cuidado em Saúde Mental: a experiência de um serviço aberto e territorial, *Revista Práticas e Pesquisas Psicossociais*, 14(2), 1-12. Recuperado a partir de http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/revista_ppp/article/view/e3240/2135
- Almeida, D.T. & Barros, V.A. (2017). O caso do sequestro do bebê: a violência do Estado e as possibilidades de resistir, *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 9 (24), 148-176. Recuperado a partir de <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/5077/5112>
- Almeida, D.T. & Marques, M.G. (2018). Desafios da Formação para o trabalho em Saúde Mental. In: D.T. Almeida & M.T.G. Nogueira (orgs) *Attraversiamo: Saberes e Experiências sobre o trabalho em Saúde Mental* (pp.23-28). Belo Horizonte: Editora Instituto DH. (Direitos Humanos e Trabalho).
- Almeida, D.T. & Nogueira, M.T. G. (2018). Apresentação. In: D.T. Almeida & M.T.G. Nogueira (orgs) *Attraversiamo: Saberes e Experiências sobre o trabalho em Saúde Mental* (pp.23-28). Belo Horizonte: Editora Instituto DH. (Direitos Humanos e Trabalho).
- Almeida, D.T. & Nogueira, M.T.G. (orgs) (2018). *Attraversiamo: Saberes e Experiências sobre o trabalho em Saúde Mental*. Belo Horizonte: Editora Instituto DH. (Direitos Humanos e Trabalho).
- Alves, H. M.C., Dourado, L. B. R. & Côrtes, V. N. Q. (2013). A influência dos vínculos organizacionais na consolidação dos Centros de Atenção Psicossociais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(10), 2965-2975. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013001000021>
- Amado, G. (2005). Implicação. In J. Barus-Michel; E. Enriquez & A. Levy (orgs). *Dicionário de Psicossociologia* (pp. 281-286). Lisboa: CLIMEPSI.

- Amarante, P. (2008). Saúde Mental, territórios e fronteiras. In: P. Amarante (org.) *Saúde Mental e Atenção Psicossocial* (pp. 15-21). Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.
- Anjos Filho, N. C. & Souza, A. M. P. (2017). A percepção sobre o trabalho em equipe multiprofissional dos trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 21(60), 63-76. <https://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0428>
- Ansart, P. (1975) Discours politique et réduction de Angoisse. *Bulletin de Psychology*, 29, 8-13. [J. N. Garcia, tradução não publicada]
- Ansart, P. (1983) La gestion des passions politiques. Lausanne: Lâge D'homme. [V. A. Barros, tradução não publicada]
- Antunes, R. (2018) O privilégio da servidão: o novo proletariado de serviços na era digital [e-book]. São Paulo: Boitempo. (Mundo do trabalho).
- Arruda, A. E. (2016) Experiências e territórios da loucura: narrativas de portadores de sofrimento mental assistidos em um serviço aberto no município de Belo Horizonte. (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais.
- Athayde, V. & Hennington, E. A. (2012). A saúde mental dos profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 3(22), 983-1001. <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312012000300008>
- Aubert, N. (2003). Le culte de l'urgence: la société malade du temps. Paris: Flammarion, 2003. [J. N. Garcia, tradução não publicada].
- Aubert, N. (2008). Violence du temps et pathologies hipermoderns. *Mediterranean Clinics*, 2(78), 23-38.
- Ayres, J.R.C.M. (2004). O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*, 13 (3), 16-29. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902004000300003>
- Azevedo, A. O. & Souza, T. P. (2017). Internação compulsória de pessoas em uso de drogas e a Contrarreforma Psiquiátrica Brasileira. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 27(3), 491-510. <https://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312017000300007>
- Azevedo, A.P.F. & Figueiredo, V.C.N. (2015). Vivências de prazer e sofrimento mental em um Centro de Atenção Psicossocial, *Revista Psicologia: Organizações e Trabalho*, 15(1), 30-42. Recuperado a partir de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpot/v15n1/v15n1a04.pdf>
- Azevedo, C.S. & Sá, M.C. (2013). Subjetividade e gestão: explorando as articulações psicossociais no trabalho gerencial e no trabalho em saúde In:

- C.S. Azevedo & M.C. Sá (orgs.) *Gestão e cuidado em Saúde: abordagens da Psicossociologia* (pp. 31-48). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Barros, A. C. F. & Bernardo, M. H. (2017). A lógica neoliberal na saúde pública e suas repercussões para a saúde mental de trabalhadores de CAPS, *Revista de Psicologia da UNESP*, 16(1), 60-74. Recuperado a partir de <http://seer.assis.unesp.br/index.php/psicologia/article/view/845>
- Barros, M. (1993) *O livro das invencionices*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Barros, V. A. & Silva, M. S. (2017). La créativité nécessaire dans les activités marginales. In: G. Amado; J. P. Bouilloud; D. Lhuilier; A. L. Ulman. (Org.). *La créativité au travail* (pp. 241-258). Toulouse: Érès.
- Barus-Michel, J. (2004). *O sujeito social*. Belo Horizonte: Editora PUC Minas.
- Barus-Michel, J., Enriquez, E. & Levy, A. (2005) Introdução (pp. 9-22) in: J. Barus-Michel, E. Enriquez & A. Levy (orgs.) *Dicionário de Psicossociologia*. Lisboa: CLIMEPSI Editores.
- Basaglia, F. (1991). As instituições da violência. In: F. Basaglia (org.) *A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico* (pp.99-134). Rio de Janeiro: Edições Graal.
- Bauman, Z. (2001). *Modernidade Líquida*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Bendassolli, P.F. & Godim, S.M.G. (2014). Projeto de cientificidade das clínicas do trabalho e seus desafios no campo da Psicologia Organizacional e do trabalho(pp. 3-31). In P.F. Bendassolli & L.A.P. Sobol (orgs.) *Métodos de Pesquisa e intervenção em Psicologia do Trabalho: Clínicas do Trabalho*. São Paulo: Atlas.
- Benjamin, W. (1994a). Experiência e Pobreza. In: W. Benjamin. *Magia e técnica, arte e política: ensaios sobre literatura e história da cultura - Obras Escolhidas* (Vol. 17. 8.ed., pp.114-119) São Paulo: Brasiliense, 1994.
- Benjamin, W. (1994b). O Narrador: considerações sobre a obra de Nikolai Leskov. In: W. Benjamin. *Magia e técnica, arte e política: ensaios sobre literatura e história da cultura - Obras escolhidas* (Vol. 1, 8.ed, pp. 197-221). São Paulo: Brasiliense, 1994.
- Brandão, I.C.S (2018). CERSAM Leste e seus vinte anos: singelas lembranças, breves considerações. In: D.T. Almeida & M.T.G. Nogueira, *Attraversiamo: saberes e experiências sobre o trabalho em Saúde Mental* (pp.35-42). Belo Horizonte: Editora Instituto DH. (Direitos Humanos e Trabalho)
- Braga, I. P., Souza, J. C., Leite, M. B., Fonseca, V., Silva, E. M. & Volpe, F. M. (2016). Contenção física no hospital psiquiátrico: estudo transversal das práticas e fatores de risco. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 65(1), 53-59. <https://dx.doi.org/10.1590/0047-2085000000103>

- Bolonheis-Ramos, R.C.M.; Boarini, M.L. (2015, outubro, dezembro) Comunidades terapêuticas: “novas” perspectivas e propostas higienistas. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 22 (4), 1231-1248. Recuperado a partir de <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v22n4/0104-5970-hcsm-22-4-1231.pdf>
- Brasil. Ministério da Justiça (2011) Crack, é possível vencer: enfrentar o crack. Compromisso de todos. Recuperado a partir de https://www.pucsp.br/ecopolitica/downloads/docs_oficiais/1_D_2013_Crack%20_possivel_vencer_estrategia_completa.pdf> acesso em 20.08.2018
- Brasil, Ministério da Saúde (2003). *A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2004) *Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Bourdieu, P. (1998) A precariedade está hoje por toda parte. In: P. Bourdieu. *Contrafogos: táticas para enfrentar a invasão neoliberal* (pp. 72-77). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Bueno, M.L.S., & Caponi, S. (2009). A construção do discurso dos sujeitos envolvidos com o processo de reforma psiquiátrica: um estudo sobre o município de Joinville/SC. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 13(28), 137-150. <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832009000100012>
- Butler, J. (2001). *Mecanismos psíquicos del poder*. Madrid: Ediciones Cátedra.
- Butler, J. (2015). *Relatar a si mesmo: crítica da violência ética*. Belo Horizonte: Autêntica. (Filô)
- Campos, C. (1998). Cidadania, sujeitos, CERSAM e Manicômios. *Metipolá*, 1(1), 4-11.
- Canguilhem, G. (2010). *O Normal e o Patológico* (6ª ed). Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010. (Publicado originalmente em 1966)
- Carneiro, H. (2002). As necessidades humanas e o proibicionismo das drogas no século. XX. *Revista Outubro*, 1(6), 115-128. Recuperado a partir de <http://outubrorevista.com.br/wp-content/uploads/2015/02/Revista-Outubro-Edic%CC%A7a%CC%83o-6-Artigo-10.pdf>
- Carreteiro, T.C.O. & Barros, V.A. (2014). Intervenção Psicossociológica. In: P.F. Bendassolli & L.A.P. Sobol (orgs) *Clínicas do Trabalho: Métodos de Pesquisa e Intervenção em Psicologia do Trabalho* (pp.101-128). São Paulo, Atlas.
- Carvalho, F.Z.F. (1998). Teoria e Clínica no CERSAM. *Metipolá*, 1(1), 23-26.

- Carvalho, F.Z.F. & Milagres, A.F. (1998). A clínica do CERSAM. *Metipolá*, 1(1), 23-26.
- Castro, F.G. & Zanelli, J.C. (2010). Burnout e Perspectiva Clínica: Contribuições do Existencialismo e da Sociologia Clínica. *Revista Psicologia: Organizações e Trabalho*, 10 (2), 38-53. Recuperado a partir de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-66572010000200004&lng=pt&tlng=pt
- Chauí, M. (2008). *O que é Ideologia?* (2a. ed. 9ª. reimp.). São Paulo: Brasiliense.
- Chauí, M. (2011). Ética e violência. *Revista Bioethikos*, 5(4), 378-383. Recuperado a partir de <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/89/A3.pdf>
- Chauí, M. (2017). Sobre a violência. O mito da não violência brasileira. In: E. M. Itokazu & L. Chauí-Berlinck (orgs) *Sobre a violência/Marilena Chauí*. Belo Horizonte: Autêntica Editora. (Escritos de Marilena Chauí, v.5)
- Clot, Y. (2010). *Trabalho e poder de Agir*. Belo Horizonte: Fabrifactor.
- Confederação Nacional de Municípios (2014). Crack, é possível vencer. Recuperado a partir de https://www.cnm.org.br/cms/biblioteca_antiga/ET%20Vol%207%20-%202019.%20Crack,%20%C3%A9%20poss%C3%ADvel%20vencer.pdf
- Conselho Federal de Psicologia (2011). *Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas*. Brasília: Conselho Federal de Psicologia.
- Conselho Federal de Psicologia, Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura & Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão / Ministério Público Federal (2017). *Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas*. Brasília: Conselho Federal de Psicologia.
- Correia, A.T.M., Gilbert, J. M.S. & Silva, N. V. Sobre Corpos e Sob corpos: violência e heteroagressividade nos CERSAMs. In: D.T. Almeida & Nogueira, M.T.G. (orgs.) *Attraversiamo: saberes e experiências sobre o trabalho em Saúde mental* (pp.71-76). Belo Horizonte: Editora Instituto DH. (Série Direitos Humanos e Trabalho)
- Correia, M. V. C. (2011) Por que ser contra os novos modelos de gestão do SUS? In: M. I. S. Bravo & J.S.B. Menezes (org.) *Saúde na atualidade: por um Sistema Único de Saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade* (pp.43-50). Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius - ADUFRJ.
- Costa, P.H.A. Entre nós, laços e tramas: compreendendo a rede de atenção aos usuários de drogas. (Tese de Doutorado não publicada). Universidade Federal de Juiz de Fora, Minas Gerais.

- Cunha, D. M. (2013). Trabalho, atividade humana. *Cadernos de Psicologia Social do trabalho*, 16 (esp.1), 35-46. Recuperado a partir de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-37172013000300004&lng=pt&tlng=p
- Cunha, D. M. (2014, junho). Ergologia e Psicossociologia do Trabalho: desconforto intelectual, interseções conceituais e trabalho em comum. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, 17 (n.esp.1), 55-64. <https://doi.org/10.11606/issn.1981-0490.v17ispe1p55-64>
- Decreto no. 9761 de 11 de abril de 2019. Aprova a Política Nacional sobre Drogas. Brasília: Diário Oficial da União. Recuperado a partir de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9761.htm
- Dejours, C. (2004). Subjetividade, trabalho e ação. *Revista Produção*, 14(3), pp. 027-034. <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-65132004000300004>
- Dejours, C. (2012). Psicodinâmica do Trabalho e Teoria da Sedução. *Psicol. estud. [online]*. 17(3), pp.363-371. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722012000300002>
- Deleuze, G. (2002). *Espinosa: filosofia prática*. São Paulo: Escuta.
- Desviat, M. (1999). *A Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Douglas, M. (1966). *Pureza e Perigo: ensaio sobre a noção de poluição e tabu*. Rio de Janeiro: edições 70.
- Druck, G. (2011). Trabalho, precarização e resistências: novos e velhos desafios? *Caderno CRH*, 24(spe1), 37-57. <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-49792011000400004>
- Dunker, C.I.L. & Kyrillos Neto, F. (2004). Sobre a Retórica da Exclusão: a Incidência do Discurso Ideológico em Serviços Substitutivos de Cuidado a Psicóticos. *Psicologia Ciência e Profissão*, 24(1), 116-125. Recuperado a partir de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932004000100013&lng=pt&tlng=pt.
- ECL (1998). Proposta para um Centro de Referência em Saúde Mental. *Metipolá*, 1(1), pp. 13-15.
- Emenda Constitucional no. 95 de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Brasília: diário Oficial da União. Recuperado a partir de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc95.htm
- Elia, L. (2015). Uma Equipe muito peculiar: a equipe do CAPS. In M. Kamers et al (orgs). *Por uma nova psicopatologia da infância e da adolescência* (pp.243-264). São Paulo: Escuta.

- Enriquez, E. (1989). El trabajo de la muerte en las instituciones. In: R. Kaes (org.) *La institución y las instituciones* (pp. 84-119). Buenos Aires: Paidós.
- Espinoza, B. (2015). *Ética* (2ª ed) Belo Horizonte: Autêntica. (Publicado originalmente em 1677).
- Ferrari, I.E. (2006). Agressividade e Violência. *Psicologia Clínica*, 18(2), 49-62. Recuperado a partir de <http://www.scielo.br/pdf/pc/v18n2/a05v18n2.pdf>.
- Ferreira, G. (2006). A Reforma Psiquiátrica no Brasil: uma análise sociopolítica. *Psicanálise e Barroco: Revista de Psicanálise*, 4 (1), 77-85. Recuperado a partir de <http://seer.unirio.br/index.php/psicanalise-barroco/article/viewFile/8891/7650>.
- Fianco, F. (2017). Goya e a melancolia: prenúncios da decepção com o iluminismo. *R. Inter. Interdisc. Art & Sensorium*, 4(2), 159-170. Recuperado a partir de <http://periodicos.unespar.edu.br/index.php/sensorium/article/view/1880>.
- Fiorati, R.C., & Saeki, T. (2013). As dificuldades na construção do modo de atenção psicossocial em serviços extra-hospitalares de saúde mental. *Saúde em Debate*, 37(97), 305-312. Recuperado a partir de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042013000200012&lng=en&tlng=pt.
- Fodra, R.E.P. & Costa-Rosa, A. (2009). Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas (CAPS ad): análises dos discursos e da prática no contexto da reforma Psiquiátrica e atenção psicossocial. *Saúde em Debate*, 33(81), pp. 129-139. Recuperado a partir de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942012000100009&lng=pt&tlng=pt
- Foucault, M. (1999) *Vigiar e punir: nascimento da prisão* (20ª. ed). Petrópolis: Vozes. (Publicado originalmente em 1975)
- Fravet-Saada, J. (2005). Ser afetado, *Caderno de Campo*, 13, pp.155-161. Recuperado a partir de <http://www.revistas.usp.br/cadernosdecampo/article/view/50263/54376>.
- Freire, V.B. (1998). Movimento e sociabilidade. *Metipolá* 1(1), 51-52.
- Freud, S. (1992). Luto e Melancolia, *Novos Estudos*, 1(32), 130-142. (Publicado originalmente em 1917).
- Freud, S. (1974). *O Mal-estar na Civilização*. Rio de Janeiro: Imago editora, 1974. (Publicado originalmente em 1930) (Pequena coleção das Obras de Freud).
- Galheigo, S. M. (2008). Apontamentos para se pensar ações de prevenção à violência pelo setor saúde. *Saúde e Sociedade*, 17(3), 181-189. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902008000300018>

- Garcia, C. (1994). É viável uma abordagem clínica no CERSAM? *Metipolá*, 1(1),18-22.
- Garcia, M.L. & Jorge, M.S. (2006). Vivência de trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial: estudo à luz do pensamento de Martin Heidegger e Hans-Georg Gadamer. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(3), 765-774. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000300024>.
- Garçoni, I. (2019). Guerra à pesquisa. *The Intercept Brasil*. Recuperado em <http://theintercept.com/2019/03/31/estudo-drogas-censura/>
- Gaulejac, V. (2000). Desafios sociais e abordagens socio-clínicas, *Cronos*, 1(1), 75-86. Recuperado a partir de <https://periodicos.ufrn.br/cronos/article/view/10723>
- Gaulejac, V. (2006). *As origens da vergonha*. São Paulo: Via Lettera.
- Gaulejac, V. (2007). *Gestão como doença social: ideologia, poder gerencialista e fragmentação social*. Aparecida: Ideias & Letras.
- Gaulejac, V. (2011). A NGP: a Nova Gestão Paradoxal. In: P. Bandassolli & L.A. P. Soboll (orgs.) *Clínicas do Trabalho* (pp. 94-98). São Paulo: Atlas.
- Giust-Desprairies, F. Crise. (2005). In: J. Barus-Michel, E. Enriquez & A. Levy. (orgs) *Dicionário de Psicossociologia* (pp.64-72). Lisboa: CLIMEPSI Editores.
- Glanzner, C. H., Olschowsky, A. & Kantorski, L. P. (2011). O trabalho como fonte de prazer: avaliação da equipe de um Centro de Atenção Psicossocial. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(3), 716-721. <https://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000300024>
- Goffman, I. (1974). *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva.
- Gomes, T. (2015). Capitalismo contemporâneo, crise e política social: impactos na política de saúde mental, crack, álcool e outras drogas. *O Social em Questão*, 18(34), 297-314. Recuperado a partir de http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSQ_34_14_Gomes.pdf
- Gonsalves, E.P. (2006). Pesquisar, participar: sensibilidades pós-modernas. In: C.R. Brandão & D.R. Streck (orgs.). *Pesquisa participante: a partilha do saber* (pp.245-258) Aparecida: Ideias & Letras.
- Goya, F. (1920-23). Saturno devorando a un hijo [óleo sobre reboco transladado à tela, 146x83 cm]. Madrid: Museu do Prado. Recuperado a partir de <https://www.museodelprado.es/en/the-collection/art-work/saturn/18110a75-b0e7-430c-bc73-2a4d55893bd6>

- Guerin, F., Laville, A., Daniellou, F., Duraffourg, J & Kerguelen, A. (2001). *Compreender o trabalho para transformá-lo: a prática da Ergonomia*. São Paulo: Blucher: Fundação Vanzolini.
- Guimarães, J. M. X., Jorge, M. S. B. & Assis, M. M. A. (2011). (In)satisfação com o trabalho em saúde mental: um estudo em Centros de Atenção Psicossocial. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(4), 2145-2154. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000400014>
- Hamdan, J. (1998). Além das Aparências: uma reflexão sobre as ocupações no tratamento dos usuários do CERSAM. *Metipolá* 1(1),49-50.
- Hardt, M. (2003). O Trabalho Afetivo. *Cadernos de Subjetividade*, 1(11), 143-157. Recuperado a partir de <http://revistas.pucsp.br/cadernoss subjetividade/article/view/38773/26319>
- Haroche, C. (2015). O sujeito diante da aceleração e da ilimitação contemporânea. *Educação e Pesquisa*, 41(4), 851-862. <https://dx.doi.org/10.1590/s1517-97022015041920>
- Hissa, C. E. V. (2013). *Entrenotas: compreensões da pesquisa*. Belo Horizonte: Editora UFMG.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE] (2018). Síntese dos indicadores Sociais: indicadores apontam aumento da pobreza entre 2016 e 2017. Recuperado a partir de <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/23298-sintese-de-indicadores-sociais-indicadores-apontam-aumento-da-pobreza-entre-2016-e-2017>
- Inhotim (2018). Adriana Varejão: Linda do Rosário, 2004. Recuperado a partir de <https://www.inhotim.org.br/inhotim/arte-contemporanea/obras/linda-do-rosario/>
- Jacobina, S (1998). A complexidade da loucura e os novos serviços de Saúde Mental, *Metipolá*, 1(1), 46.
- Jafelice, G. T. & Marcolan, J. F. (2018). O trabalho multiprofissional nos Centros de Atenção Psicossocial de São Paulo. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(Supl. 5), 2131-2138. <https://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0300>
- Kaes, R. (1989). Realidad y sufrimiento en las instituciones. *Psiquica* in: R. Kaes (org.) *La institución y las intituiciones: estudios psicanalíticos*. Buenos Aires: Paidós.
- Kaes, R. (2003). A negatividade: problemática geral. *Psicologia USP*, 14 (1), 21-36. Recuperado a partir de <http://www.revistas.usp.br/psicousp/article/view/42389>.

- Kahlo, F. (1944). *A Coluna Partida* [Óleo sobre lienzo montado sobre fibra dura 43 x 33 cm]. Ciudad de Mexico: Museo Dolores Olmedo Patiño. Recuperado a partir de <https://www.correioims.com.br/uncategorized/as-cartas-apasionadas-de-frida-kahlo/attachment/frida-kahlo-exposicao-sao-paulo-a-coluna-partida-1944-790x1024-2/>.
- Karam, M. L. (2012). Por que o modelo proibicionista ainda avança? In: C. Magalhães, V. Mattos & J. L. Q. Magalhães. (Orgs.). *Desconstruindo práticas punitivas*. Belo Horizonte: Grupo de Amigos e Familiares de Pessoas em Privação de Liberdade/Cress 6ª região.
- Kehl, M.R. (2009). *O tempo e o cão: a atualidade das depressões*. São Paulo: Boitempo.
- Kehl, M.R & Safatle, V. (2015, 25 de setembro). Afeto, política e psicanálise: Melancolia do Poder. Mesa redonda realizada no programa Café Filosófico, promovida pelo Instituto CPFL/TV Cultura, Campinas. Recuperada a partir de <http://www.institutocpfl.org.br/cultura/2015/09/25/afeto-psicanalise-e-politica-com-maria-rita-kehl-e-vladimir-safatle-integra/>.
- Koda, M.Y. & Fernandes, M.I.A. (2007). A reforma psiquiátrica e a constituição de práticas substitutivas em saúde mental: uma leitura institucional sobre a experiência de um Núcleo de Atenção Psicossocial. *Cad. Saúde Pública*, 6(23), 1455-1461. <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000600020>.
- Lacan, J. (1995). O seminário – livro 4: a relação de objeto. Texto estabelecido por Jacques Alain Miller. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lancman, S.; Pereira, L.M.F. (2008). Introdução. In: S. Lancman, S. (org.) *Políticas públicas e processos de Trabalho em Saúde Mental* (pp. 9-28). Brasília: Paralelo 15.
- Lancman, S. Sznelwar, L.I. Uchida, S. Alonso, C.M. C. & Juns, A.G. (2008). Ação em Psicodinâmica do Trabalho: contribuições sobre o trabalhar em Saúde Mental. In: Lancman, S. (org.) *Políticas públicas e processos de trabalho em Saúde Mental* (pp. 9-28). Brasília: Paralelo 15.
- Larrosa-Bondía, J.L. (2002). Notas sobre a experiência e o saber da experiência. *Revista Brasileira de Educação*, (19), 21-28. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-24782002000100003>.
- Larrosa-Bondía, J. (2011). Experiência e Alteridade em Educação. *Revista Reflexão e Ação*, 19(2), 04-27. Recuperado a partir de <https://online.unisc.br/seer/index.php/reflex/article/view/2444>.
- Leão, A. & Barros, S. (2008). As representações sociais dos profissionais de saúde mental acerca do modelo de atenção e as possibilidades de inclusão social. *Saúde & Sociedade*, 17(1), 95-106. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902008000100009>

- Lei 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União.
- Lei 10.216, de 6 de abril de 2001(2001). Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: Diário Oficial da União.
- Lei 13467, de 13 de julho de 2017. Altera a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei no 5.452, de 1º de maio de 1943, e as Leis nos 6.019, de 3 de janeiro de 1974, 8.036, de 11 de maio de 1990, e 8.212, de 24 de julho de 1991, a fim de adequar a legislação às novas relações de trabalho. Brasília: diário Oficial da União.
- Lei 13.429, de 31 de março de 2017. Altera dispositivos da Lei no 6.019, de 3 de janeiro de 1974, que dispõe sobre o trabalho temporário nas empresas urbanas e dá outras providências; e dispõe sobre as relações de trabalho na empresa de prestação de serviços a terceiros. Brasília: Diário Oficial da União.
- Levy, A. (2005). Organização In: J. Barus-Michel, E. Enriquez & A. Levy. (orgs) *Dicionário de Psicossociologia* (pp.64-72). Lisboa: CLIMEPSI Editores.
- Lhuillier, D. (2012). A invisibilidade do trabalho real e a opacidade das relações saúde-trabalho. *Trabalho & Educação*, 21(1),13-38. Recuperado a partir de <https://periodicos.ufmg.br/index.php/trabedu/article/view/8832/6336>.
- Lhuillier, D. (2005). Le “sale boulot”, *Travailler* 2 (14), 73-98.
- Lhuillier, D. (2009). Travail du négatif – travail sur le négatif. *Revue Education Permanente* 2(179). [V.A. Barros, tradução não publicada]
- Lhuillier, D. (2014). Introdução à Psicossociologia do Trabalho. *Cad. Psicol. Soc. Trab.*, 17(spe), 5-20. <https://dx.doi.org/10.11606/issn.1981-0490.v17ispe1p5-19>
- Lhuillier, D. (2017). O agir em Psicossociologia do Trabalho. *Psicologia em Revista*, 23(1), 295-311. Recuperado a partir de <http://periodicos.pucminas.br/index.php/psicologiaemrevista/article/view/16657>
- Lhuillier, D. (2015). Puissance normative et créative de la vulnérabilité. *Education permanente*, 1(202), 101-116.
- Lima, M., Jucá, V. J. S., Nunes, M.O. & Signos, V. E. O. (2012). Significados e práticas de manejo da crise em Centros de Atenção Psicossocial. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, 16 (41), 423-34. <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832012000200011>

- Linhart, D. (2014). Modernização e precarização da vida no trabalho. In: R. Antunes (org.) *Riqueza e Miséria do Trabalho no Brasil III* (pp.45-54). São Paulo: Boitempo.
- Lobosque, A.M. (2001). *Experiências da loucura*. Rio de Janeiro: Garamond (Coleção Loucura XXI)
- Lobosque, A. M. (2003). *Clínica em Movimento: Por uma sociedade sem manicômios*. Rio de Janeiro: Garamond. (Coleção Loucura XXI)
- Lobosque, A.M., Abou-Id, M. (1998). A cidade e a loucura: Entrelaces (pp. 243-264). In: A.T. Reis (Org) *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público*. São Paulo: Xamã.
- Long, M.E.P.A. (1994). Diagnóstico trans-estrutural da crise. in: *Seminário Urgência sem manicômio* (pp. 23-27). Belo Horizonte: Assessoria de Comunicação Social/PBH.
- Machado, A.R. & Miranda, P.S.C. (2007). Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública. *História, Ciências, Saúde –Manguinhos*, 14 (3), 801-821. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702007000300007>
- Mallart, F. & Rui, T. (2015). Por uma etnografia das transversalidades urbanas: entre o mundão e os dispositivos de controle. In: 39º. Encontro Anual da ANPOCS, Caxambu. Anais...Caxambu: ANPOCS, 2015, Recuperado a partir de <https://www.anpocs.com/index.php/papers-39-encontro/gt/gt34/9763-por-uma-etnografia-das-transversalidades-urbanas-entre-o-mundao-e-os-dispositivos-de-controle/file>
- Mandil, R.A. (1994). O CERSAM e a Referência. In *Seminário Urgência sem manicômio* (pp.33-35). Belo Horizonte: Assessoria de comunicação/PBH.
- Mata, C.C., Oliveira, F.G. & Barros, V.A. (2017). Experiência, atividade, corpo: Reflexões na confluência da Psicossociologia do Trabalho e da Ergologia, *Psicologia em Revista*, 23(1), 361-373. Recuperado a partir de <http://periodicos.pucminas.br/index.php/psicologiaemrevista/article/view/16697/12656>
- Medeiros, I. (2007). *Pinto de Monteiro: O Bardo do Cariri*. (3.ed.). Campina Grande: EDUEP.
- Mehry, E.E. (2004). O CAPS e seus trabalhadores: no olho do furacão antimanicomial. Alegria e alívio como dispositivos analisadores, Recuperado a partir de <http://www.uff.br/saudecoletivaprofessores/merhy/capitulos-08.pdf>
- Mehry, E.E. (2012). Anormais do desejo: os novos não humanos? Os sinais que vem da vida cotidiana e da rua. In: Conselho Federal de Psicologia (org.) *Drogas e Cidadania: em debate* (pp. 9-18). Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2012.

- Milagres, A. F. (1998). Três questões sobre o CERSAM. *Metipolá* 1(1), 27-29.
- Milhomem, M.A.G.C., Oliveira, A.G.B. (2009). O trabalho nos Centros de Atenção Psicossocial: um estudo em Cuiabá, Mato Grosso, Brasil. *Rev. Gaúcha Enferm.*, 30(2), 272-9. Recuperado a partir de <https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/6180>.
- Minas Gerais, Secretaria Estadual de Saúde (2006). *Atenção em Saúde Mental* [Linha Guia], Belo Horizonte, MG.
- Ministério da Transparência e Controladoria-Geral da União (2019). Crack é possível vencer. Recuperado a partir de <http://www.portaltransparencia.gov.br/programas-de-governo/23-crack--e-possivel-vencer?ano=2018>
- Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas/DAPES Secretaria de Atenção à Saúde (2017, agosto). Panorama e Diagnóstico da Política Nacional de Saúde Mental. Recuperado a partir de <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/04/2a-Apresentacao-CIT-Final.pdf>
- Miranda, L. (2004). Projeto terapêutico individual. Recuperado a partir de <http://psiquiatriabh.com.br/wp-content/uploads/2015/01/Projeto-Terapeutico-Individual.pdf>
- Miranda, L. (2009). Transitando entre o individual e o coletivo: reflexões sobre o trabalho de referência junto a pacientes psicóticos. (Tese de Doutorado não publicada) Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, São Paulo.
- Miranda, L. & Furtado, J.P. (2006). O dispositivo “técnicos de referência nos equipamentos substitutivos em saúde mental e o uso da psicanálise winnicottiana. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, 4 (3), 508-524. <https://dx.doi.org/10.1590/1415-47142006003010>
- Miranda, L. & Onocko-Campos, R.T. (2010). Análise das equipes de referência em saúde mental. *Cad. Saúde Pública*, 6(26), 1153-1162. <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000600009>
- Muniz, H.P., Santorum, K.M.T. & França, M.B. (2018). Corpo-si: a construção do conceito na obra de Yves Schwartz, *Fractal: Revista de Psicologia*, 30(2), 69-77. <https://doi.org/10.22409/1984-0292/v30i2/5877>
- Muniz, V. (2005). Saturn devouring one of his sons, After Francisco De Goya [Fotografia]. [webblog] Recuperado a partir de <http://vikmuniz.net/pt/gallery/junk>

- Nardi, H. C. & Remminger, T. (2007). Modos de subjetivação dos trabalhadores de saúde mental em tempos de Reforma Psiquiátrica. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 17(2), 265-287. <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312007000200004>
- Netto, J.P. (2001). Cinco notas a propósito da questão social. *Temporalis: Revista da ABEPSS*, 2(3), 41-49.
- Nouroudine, A. (2009). Dicionário: Norma. *Laboreal*, 5 (1), 125-126. Recuperado a partir de http://laboreal.up.pt/files/articles/2009_07/pt/14_norma_PT.pdf
- Nota Técnica no. 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes na Política Nacional sobre Drogas. Recuperado a partir de <http://www.cosemssc.org.br/wp-content/uploads/2019/02/Nota-T%C3%A9cnica-Esclarecimentos-sobre-as-mudan%C3%A7as-da-Pol%C3%ADtica-de-Sa%C3%BAde-Mental.pdf>
- Nunes, M., Torrenté, M., Ottoni, V., Moraes Neto, V., & Santana, M. (2008). A dinâmica do cuidado em saúde mental: signos, significados e práticas de profissionais em um Centro de Assistência Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil, *Cadernos de Saúde Pública*, 24(1), 188-196. <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100019>
- Oliveira, L.B., Arruda, A.E & Carvalhaes, A.G. A Clínica possível com a reforma. In: D.T. Almeida & M.T.G. Nogueira (orgs.) *Attraversiamo: saberes e experiências sobre o trabalho em Saúde Mental* (pp.93-100). Belo Horizonte: Editora Instituto DH. (Direitos Humanos e Trabalho)
- Oliveira, A.G. B. (2006). Trabalho e cuidado no contexto da atenção psicossocial: algumas reflexões. *Escola Anna Nery*, 10(4), 694-702. <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452006000400011>
- Onocko-Campos, R. (2001). Clínica: a palavra negada. *Saúde em Debate*, 25(58), 98-111. Recuperado a partir de https://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/paganex/rosana2001clinic_aapalavranegada.pdf
- Onocko-Campos, R. (2005). 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. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000300015>
- Otoni-Brisset, F. (2018). Prefácio: *Attraversar é preciso!* In: D.T. Almeida & M.T.G. Nogueira (orgs.) *Attraversiamo: saberes e experiências sobre o trabalho em saúde mental* (pp15-22). Belo Horizonte: Editora Instituto DH. (Direitos Humanos e trabalho)
- Pagès, M. (2005). Complexidade. In: J. Barus-Michel, E. Enriquez & A. Levy (orgs.) *Dicionário de Psicossociologia* (pp. 36-44). Lisboa: CLIMEPSI Editores.

- Pelbart, P.P. (1990) Manicômio mental: a outra face da clausura. In: A. Lancetti (org.) *Saúde & Loucura 2* (3.ed) São Paulo: Hucitec.
- Perizzolo, J., Berlim, M.T., Szobot, C. M., Lima, A. F. B. S., Sidnei Schestatsky, S. & Almeida-Fleck, M. P. A. (2003). Aspectos da prática da eletroconvulsoterapia: uma revisão sistemática. *R. Psiquiatr.*, 25(2), 327-334. <https://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082003000200009>
- Picasso, P. (1937). *Guernica* [óleo sobre tela 349 x 776,5 cm] Madrid: Museu Nacional Centro de Arte Reina Sofia. Recuperado a partir de <https://www.museoreinasofia.es/en/collection/artwork/guernica>
- Pinho, E. S., Souza, A. C. S. & Esperidião, E. (2018). Processos de trabalho dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial: revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(1), 141-152. <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018231.08332015>.
- Pires, D.E. (2009). Precarização do Trabalho em Saúde. In: I.B. Pereira & J.C. F. Lima (orgs). *Dicionário de Educação profissional em Saúde*. (2.ed, n.p.). Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. Recuperado a partir de <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/pretrasau.html>
- Politzer, G. (2007). *Princípios elementares da Filosofia* (3.ed). São Paulo: Centauro.
- Portaria SAS/MS nº 224, de 29 de janeiro de 1992. Estabelece diretrizes e normas para serviços de saúde no âmbito do SUS. Brasília: Diário Oficial da União. Recuperado a partir de http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_224.pdf
- Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS de 28 DE SETEMBRO DE 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Brasília: Diário oficial da união. Recuperado a partir de <http://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/informacoes-gerais/redes-de-atencao-a-saude-2/rede-de-atencao-psicossocial-raps/13297-con>
- Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação no. 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União.
- Portaria 3.659, de 14 de novembro de 2018. Suspende o repasse do recurso financeiro destinado ao incentivo de custeio mensal de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Unidades de

Acolhimento (UA) e de Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral, integrantes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), por ausência de registros de procedimentos nos sistemas de informação do SUS. Brasília: Diário Oficial da União.

Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Atualiza as normas constantes da Portaria MS/SAS nº 224, de 29 de janeiro de 1992. Brasília: Diário Oficial da União. Recuperado a partir de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.htm

Prefeitura de Belo Horizonte (2019). Coordenadoria de Atendimento Regional Leste/Coordenadoria de Atendimento Regional Centro-Sul. Recuperado a partir de <https://prefeitura.pbh.gov.br/>

Quinderé, P. H. D., Jorge, M. S. B. & Franco, T. B. (2014). Rede de Atenção Psicossocial: qual o lugar da saúde mental? *Physis: Revista de Saúde Coletiva* [online], 24(1), 253-271. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312014000100014>.

Reis, V. (2019) Sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Recuperado a partir de <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/saude-da-populacao/sobre-as-mudancas-na-politica-nacional-de-saude-mental-e-nas-diretrizes-da-politica-nacional-sobre-drogas/39619/>.

Remminger, T. (2010). “Cada Caps é um Caps”: a importância dos saberes investidos na atividade para o desenvolvimento do trabalho em saúde mental. (Tese de Doutorado não publicada). FIOCRUZ, Rio de Janeiro.

Remminger, T. & Brito, J.C. (2011). “Cada CAPS é um CAPS”: uma coanálise dos recursos, meios e normas presentes nas atividades dos trabalhadores de saúde mental. *Psicologia & Sociedade*, 23(spe), 150-160. <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822011000400018>

Rézio, L. A. & Oliveira, A. G. B. (2010). Equipes e condições de trabalho nos Centros de Atenção Psicossocial em Mato Grosso. *Escola Anna Nery*, 14(2), 346-354. <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452010000200019>

Ribeiro, M.C. (2015). Trabalhador de Centros de Atenção Psicossocial de Alagoas, Brasil: interstícios de uma nova prática, *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 19(52), 95-108. <https://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.0151>

Ribeiro, M. C., Barros, A. C., Correia, M. S., Lessa, R. O. Nascimento, L. T. & Chaves, J. B. (2018). Atenção Psicossocial e satisfação no trabalho: processos dialéticos na saúde mental. *Ries*, 7(1), 55-67. Recuperado a partir de https://www.researchgate.net/publication/330946755_ATENCAO_PSICOSS

OCIAL_E_SATISFACAO_NO_TRABALHO_PROCESSOS_DIALETICOS_N
A_SAUDE_MENTAL

- Roque, T. (2002). Resistir a quê? Ou melhor, resistir o quê? *Lugar comum*, 17, 23-32. Recuperado a partir de http://uninomade.net/wp-content/files_mf/113003120958Resistir%20a%20qu%C3%83%C2%AA%20Ou%20melhor%20resistir%20o%20qu%C3%83%C2%AA%20-%20Tatiana%20Roque.pdf
- Rosa, M.D. & Poli, M.C. (2009). Experiência e linguagem como estratégia de resistência, *Psicologia & Sociedade*, v. 21, Edição Especial, 5-12. Recuperado a partir de <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v21nspe/v21nspea03.pdf>
- Rotelli, F.; De Leonardis, O. & Mauri, D. (1990). Desinstitucionalização, uma outra via: a reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos “países avançados” In: F. Nicácio (Org.). *Desinstitucionalização*. (p.17-59) São Paulo: Hucitec.
- Rotelli, F. (2008). Formação e construção de novas experiências em Saúde Mental (pp.37-50). In: P. Amarante & L.B. Cruz (orgs) *Saúde Mental: formação e crítica*. Rio de Janeiro: Laps.
- Ruas, S. X. & Mendes, D. P. (2017). Análise das estratégias de gerenciamento de risco no trabalho dos profissionais da saúde em um CAPS, *Trabalho & Educação*, 26(2), 131-147. Recuperado a partir de <https://periodicos.ufmg.br/index.php/trabedu/article/download/7937/7641>
- Safatle, V. (2015a). *O circuito dos afetos: corpos políticos, desamparo e o fim do indivíduo*. São Paulo: Cosac Naify.
- Safatle, V. (2015b). Posfácio: Dos problemas de gênero a uma teoria da despossessão necessária: ética, política e reconhecimento em Judith Butler. In J. Butler, *Relatar a si mesmo: crítica da violência ética*. Belo Horizonte: Autêntica, pp.173-196. (Filô)
- Santos, J.L.G. (2010). Políticas de Saúde Pública para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: a prática no CAPS ad em Feira de Santana, na Bahia, Brasil. (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade Católica de Salvador, Salvador, Bahia.
- Saraceno, B. (2001). *Libertando identidades: da Reabilitação Psicossocial à cidadania possível* (2ªed). Belo Horizonte/Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia/ Te Corá.
- Schwartz, Y. (2005). Dicionário: Actividade. *Laboreal*, 1(1), 63-64. Recuperado a partir de http://laboreal.up.pt/files/articles/2005_12/pt/10_Yves_PT.pdf
- Schwartz, Y. (2010a). Uso de si e competência. in: Y. Schwartz & L. Durrive (orgs) *Trabalho e Ergologia: conversas sobre atividade humana* (pp. 205-221, 2.ed). Niterói: EdUFF.

- Schwartz, Y. (2010b). Anexo do Capítulo 1: reflexão em torno de um exemplo de trabalho operário in: Y. Schwartz & L. Durrive (orgs) *Trabalho e Ergologia: conversas sobre atividade humana* (pp. 37-46, 2ªed). Niterói: EdUFF.
- Schwartz, Y. (2014). Motivações do conceito de corpo-si: corpo-si, atividade, experiência. *Letras de Hoje*, 49(3), 259-274. Recuperado a partir de <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fale/article/view/19102>
- Schwartz, Y. (2016). Abordagem ergológica e necessidade de interfaces pluridisciplinares. *ReVEL*, 1(esp.11), 253-264. Recuperado a partir de <http://www.revel.inf.br/files/2e5e27e69e52df1113fd2b52d2d99f39.pdf>
- Schwartz, Y., Duc, M. & Durrive, L. (2010a). Trabalho e uso de si. In: Y. Schwartz & L. Durrive (orgs) *Trabalho e Ergologia: conversas sobre atividade humana* (2a. ed., pp. 189-204). Niterói: EdUFF.
- Schwartz, Y., Duc, M. & Durrive, L. (2010b). O homem, o mercado e a cidade. In: Y. Schwartz & L. Durrive (orgs) *Trabalho e Ergologia: conversas sobre atividade humana* (2ª. ed., pp. 247-273). Niterói: EdUFF.
- Schwartz, Y., Duc, M. I Durrive, L. (2010c). Trabalho e Ergologia In: Y. Schwartz & L. Durrive (orgs.) *Trabalho & Ergologia: conversas sobre a atividade humana* (2ª. ed, 25-36). Niterói: EdUFF.
- Schwartz, Y. & Echternacht, E.H.O. (2009). Le corps-soi dans les milieux de travail: comment se spécifie sa compétence à vivre? *Corps au travail*, 1(6), 31-37.
- Schwartz, Y. & Venner, B. (2015). Debates de Normas, “mundo de valores” e engajamento transformador (pp.55-150) in: Y. Schwartz & L. Durrive. *Trabalho e Ergologia II: diálogos sobre a atividade humana*. Belo Horizonte: Fabrifactum
- Schneider, J.F, Camatta, M.W., Nasi, C., Adamoli, N.A., Kantorski, L.P. (2009). Avaliação de um Centro de Atenção Psicossocial brasileiro. *Ciencia y Enfermeria*, 15(3), 91-100. Recuperado a partir de https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v15n3/art_10.pdf
- Sennett, R. (2015). *A corrosão do caráter: impactos pessoais no capitalismo contemporâneo*. (19. ed). São Paulo: Ed Record.
- Shiota, C. (2018). *Me Someone Else*. [red wool, rope, plaster] [photo by Peter Mallet] London: Blain/Southern London. Recuperado a partir de <https://www.chiharu-shiota.com/me-somewhere-else>
- Silva, A.C., Batista, J.H.S. & Santos, W.C.M. (2017). Desmonte e sucateamento do SUS: o ataque neoliberal à política de saúde no Brasil. In: 7º. Seminário da Frente Nacional contra a privatização da saúde: saúde em tempos de retrocesso e retirada de direitos, Maceió. Recuperado a partir de

<http://www.seer.ufal.br/index.php/anaisseminariofncps/article/viewFile/4009/2847>

- Silva, E.A. & Costa, I.I. (2010). O profissional de referência em Saúde Mental: das responsabilizações ao sofrimento psíquico. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, São Paulo, 13(4), p. 635-647. <https://dx.doi.org/10.1590/S1415-47142010000400007>
- Silva, E.R. (2016). *O gesto profissional em Psiquiatria: o Centro de Atenção Psicossocial como território de trabalho*. (Tese de Doutorado). Faculdade de Educação, Universidade Federal de Minas Gerais, Programa de Pós-Graduação em Educação, Belo Horizonte.
- Silva, J. D. G., Aciole, G. G. & Lancman, S. (2017). Ambivalências no cuidado em saúde mental: a 'loucura' do trabalho e a saúde dos trabalhadores: Um estudo de caso da clínica do trabalho. *Interface, Comunicação, Saúde e Educação*, 21(63), 881-92. Epub April 03, 2017. <https://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0559>
- Silva, S. N. & Lima, M. G. (2017). Avaliação da estrutura dos Centros de Atenção Psicossocial da região do Médio Paraopeba, Minas Gerais, *Epidemiol. Serv Saúde*, 26 (1) ,149-160. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742017000100016>
- Soalheiro, N. I. (1994). A Clínica da Referência. In: *Seminário Urgência sem manicômio* (pp.37-39). Belo Horizonte: Assessoria de comunicação/PBH.
- Souza, J., Kantorski, L.P., Gonçalves, S.E., Mielke, F.B. & Guadalupe, D.B. (2007). Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas e Redução de Danos: novas propostas, novos desafios. *Rev. Enferm. UERJ*, 15(2), 210-7. Recuperado a partir de <http://www.facenf.uerj.br/v15n2/v15n2a09.pdf>
- Souza, F. M. S., Valência, E., Dahl, C. & Cavalcanti, M. T. (2011). A violência urbana e suas consequências em um centro de atenção psicossocial na zona norte do município do Rio de Janeiro. *Saúde e Sociedade*, 20 (2), 363-376. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000200009>
- Souza, J. (2016). *A Radiografia do Golpe: entenda como e por que você foi enganado*. Rio de Janeiro: Leya.
- Souza, J. (2017). *A elite do atraso: da escravidão à Lava Jato*. Rio de Janeiro: Leya.
- Streck, D.R. (2006). Pesquisar é pronunciar o mundo. In C.R. Brandão & D.R. Streck (orgs) *Pesquisa participante: a partilha do saber* (pp.259-276) Aparecida: Ideias & Letras.
- Teixeira, R.M. (1998). Um novo olhar sobre a loucura. *Metipolá* 1(1), p.47-48.

- Trinquet, P. (2010). Trabalho e Educação: o método ergológico. *Revista HISTEDBR On-line*, 1(esp), p. 93-113. <https://doi.org/10.20396/rho.v10i38e.8639753>
- Uchida, S., Sznelwar, L. I. L., Barros, J. O. & Lancman, S. (2011). O trabalhar em serviços de saúde mental: entre o sofrimento e a cooperação. *Laboreal*, 7(1), pp. 28-41. Recuperado a partir de http://laboreal.up.pt/files/articles/28_41f1.pdf
- Varejão, A. (2004). Linda do Rosário. [Óleo sobre alumínio e poliuretano]. Brumadinho: Museu de Inhotim. Recuperado a partir de <https://www.inhotim.org.br/inhotim/arte-contemporanea/obras/linda-do-rosario/>
- Vasconcellos, V. C. & Azevedo, C. S. (2010). Sentidos do trabalho e imaginário organizacional em um Centro de Atenção Psicossocial – CAPS. *Interface - Comunic., Saúde, Educ*, 14(34), 563-576. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832010005000008>.
- Volcov, K.; Vasconcelos, M.P. (2013). “Crack, é possível vencer” ou é preciso compreender: observações a partir de campanhas publicitárias do governo federal. *Sau. & Transf. Soc.*, 4(2), 99-105. Recuperado a partir de incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/2245
- Vieira, F. S.; Benevides, R. P. S. E. (2016). O Direito à Saúde no Brasil em Tempos de Crise Econômica, Ajuste Fiscal e Reforma Implícita do Estado. *Revista de Estudos e Pesquisas Sobre As Américas*, [s.l.], 10(3), 1-28. <http://dx.doi.org/10.21057/repam.v10i3.21860>
- Viganó, C. (1999). A construção do caso clínico em saúde mental. *Curinga-Psicanálise e Saúde Mental*, 1(13), 39-48. Recuperado a partir de <http://minascomlacan.com.br/publicacoes/revista-curinga-13/>
- Viganó, C. (2007). Trabalho em equipe na rede: a enfermeira e a instituição parceira. *CliniCAPS*, 1(3), n.p. Recuperado a partir de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-60072007000300002&lng=pt&tlng=pt
- Waiselfisz, J. J. (2016). Mapa da violência 2016: homicídios por armas de fogo no Brasil. Brasília: Flacso. Recuperado a partir de: https://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2016/Mapa2016_armas_web.pdf
- Willrich, J. Q., Kantorski, L. P., Chiavagatti, F. G., Cortes, J. M. & Pinheiro, G. W. (2011). Periculosidade versus cidadania: os sentidos da atenção à crise nas práticas discursivas dos profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial. *Physis - Revista de Saúde Coletiva*, 21(1), 47-64. Recuperado a partir de 4. <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312011000100004>
- Zizek, S. (2014) *A violência* [e-book]. São Paulo: Boitempo.

APÊNDICE A

Prezado Coordenador de Saúde Mental,

Nos últimos anos, temos testemunhado um processo contínuo de sucateamento das condições de trabalho no âmbito da rede de saúde mental de Belo Horizonte e investimento insuficiente para sua ampliação. Especificamente no caso do CAPS, esse contexto incide com grande violência sobre trabalhadores que, privados do contingente adequado de profissionais e de instrumentalização necessária para realizar seu trabalho, têm sido, cada vez mais, convocados a sustentar a política de tratamento em liberdade com o próprio corpo. Desde dezembro de 2017, uma crise que já vinha latente, eclodiu. Avaliamos que dois fatores contribuíram para seu desencadeamento. Com a reestruturação dos processos de trabalho, priorizando a urgência em detrimento da referência, em função de férias regulamentares, férias prêmio e folgas por horas extras acumuladas, observamos uma intensificação da gravidade das urgências. Além disso, a saída abrupta da antiga gerente, sem substituição imediata, deixou o serviço à deriva nesse período crítico. Temos resistido com muita dificuldade, porém avaliamos que estamos no limite do tolerável. Alguns trabalhadores, sobrecarregados com plantões, iniciaram processos de adoecimento e insatisfação insuportáveis com o trabalho. Nessa fase crítica, vivenciamos a desarticulação de registros que, anteriormente, mediavam as relações entre os membros da equipe e da equipe com os usuários, o que vem produzindo ruptura de sentidos, de reconhecimento mútuo e colocando em risco os laços de pertencimento e solidariedade que organizavam as práticas. Identificamos um empobrecimento da clínica e vimos emergir a violência e um imaginário mortífero associado a uma representação da realidade enquanto um caos, o que dificulta os processos reflexivos, criativos e prospectivos. Os valores que orientam o trabalho começaram, então, a girar no vazio, engendrando sentimentos de desamparo e apreensão quanto à própria segurança. A perda das referências simbólicas, o abatimento e a desorganização, por vezes, têm se traduzido em rupturas que afetam em graus diferentes e por razões variáveis, a totalidade dos trabalhadores e usuários. Licenças médicas, pedidos de transferência e demissão são alguns dos efeitos que agravam a sensação de ameaça de esfacelamento do coletivo e do projeto antimanicomial. Apesar do esforço visível

do novo gerente em reorganizar os processos de trabalho, a demora na reposição do efetivo de trabalhadores fragiliza aqueles que permanecem, prejudica a qualidade da atenção aos usuários e dos processos formativos de estagiários e residentes de diversas áreas de conhecimento. Dessa forma, requeremos, com prioridade e urgência, maior agilidade nos processos de reposição do efetivo de trabalhadores e cuidado com a equipe no sentido de possibilitar o restabelecimento da confiança na sua própria continuidade e restauração das referências que organizam o trabalho. Salientamos ainda a importância do redimensionamento da equipe técnica com ampliação de pelo menos um psiquiatra e da equipe de enfermagem para garantir oito leitos de hospitalidade noturna; reforma da estrutura física, no intuito de atender melhor ao projeto institucional e abertura de *outro CAPS*.

Cordialmente,

Trabalhadores do *CAPS*

Belo Horizonte, 08 de abril de 2018.

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) _____,

Você está sendo convidado (a) a participar de um projeto de pesquisa de doutorado, intitulada **Saberes e afetos em movimento: as atividades dos Técnicos de Referência em Saúde Mental**. Os objetivos consistem em compreender como os afetos são mobilizados nas situações de trabalho, como interferem no potencial para agir e sua relação com os saberes e valores que orientam as atividades dos técnicos de referência no Centro de Referência em Saúde Mental. O desenvolvimento dessa pesquisa respeitará a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que estabelece as diretrizes e normas para a realização de pesquisas envolvendo seres humanos. De acordo com o item V dessa resolução, “toda pesquisa com seres humanos envolve riscos em tipos e gradações variados”. Por tratar-se de uma pesquisa participante que compreende o envolvimento ativo do pesquisador com as ações e os sujeitos na construção do conhecimento e transformação da realidade, descrições de situações vivenciadas junto a você no cotidiano de trabalho e entrevista em profundidade, onde você será convidado a falar livremente sobre sua atividade se constituirão em instrumentos privilegiados de pesquisa. Os riscos de participação nesta pesquisa são mínimos e se referem a uma possível fadiga mental ou desconforto advindo de lembranças desagradáveis que podem ocorrer durante uma entrevista. Entretanto, fica resguardada a liberdade de interromper, adiar ou recusar sua participação no percurso investigativo a qualquer momento. Destacamos que serão realizados procedimentos que assegurem a confidencialidade e a privacidade das informações geradas na pesquisa. Para garantir a qualidade dos dados, solicitamos sua aprovação para que a entrevista seja gravada. Nos comprometemos a fazer uma devolutiva sobre a análise dos dados no final da pesquisa. Os materiais produzidos ficarão arquivados por um período de cinco anos no Laboratório de Estudos sobre Trabalho, Cárcere e Direitos Humanos da Universidade Federal de Minas Gerais, onde somente as pesquisadoras terão acesso a eles. Após esse tempo posterior à finalização da pesquisa, serão destruídos. Para participar do estudo, você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados danos provenientes da pesquisa, você tem assegurado o direito à indenização. Como benefícios, espera-se que a pesquisa, ao produzir saberes sobre o trabalho, favoreça a construção de novas formas de agir no trabalho que sejam coerentes com a produção de saúde. Os dados obtidos serão utilizados apenas para fins desta pesquisa, não sendo divulgados em nenhum outro tipo de veículo de comunicação ou utilizados com outra finalidade. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais e da Prefeitura de Belo Horizonte. As pesquisadoras responsáveis estão disponíveis para quaisquer esclarecimentos que se façam necessários. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pela pesquisadora responsável.

Para a participação nessa pesquisa, solicitamos sua autorização para incluir sua entrevista gravada em áudio e a observação do trabalho como elementos de análise e estudo.

Declaração e assinatura:

Eu, _____, li e entendi toda a informação repassada sobre o estudo, sendo os objetivos, procedimentos e linguagem técnica satisfatoriamente explicados. Tive tempo suficiente para considerar a informação acima

e a oportunidade de tirar todas as minhas dúvidas e recebi uma cópia idêntica desse termo. Estou assinando voluntariamente este termo e estou ciente que tenho direito, de agora ou mais tarde, discutir qualquer dúvida com relação à pesquisa com a pesquisadora doutoranda Daniela Tonizza de Almeida – (31) 986265105, com a professora orientadora Vanessa Andrade de Barros – (31) 83555885 ou com o COEP, em caso de dúvidas éticas.

Assinando este termo de consentimento, eu estou indicando que eu concordo em participar deste estudo.

Assinatura do Participante _____

Data: _____ RG: _____

Professora orientadora Vanessa Andrade de Barros
Programa de Pós-graduação em Psicologia/UFMG
Laboratório de Estudo sobre Trabalho, Cárcere e Direitos Humanos

Pesquisadora doutoranda Daniela Tonizza de Almeida

COEP – Comitê de Ética em Pesquisa
Universidade Federal de Minas Gerais

Av. Antônio Carlos, 6627, Pampulha,
Unidade Administrativa II, 2º andar, sala
2005 CEP: 31270-901, Belo Horizonte,
Minas Gerais

Telefone: (31) 3409-4592;
coep@prpg.ufmg.br

CEP - Comitê de Ética e Pesquisa
Secretaria Municipal de Saúde de Belo
Horizonte

Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º
andar/sala 302 -
Padre Eustáquio - Belo Horizonte - MG.
CEP: 30.720-000

Telefone: 3277- 5309
cep@pbh.gov.br