

Enio Rodrigues da Silva

**A atividade de trabalho do psiquiatra no CAPS - Centro de Atenção
Psicossocial: pois é José...**

Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais, como parte dos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia Social

Linha de pesquisa: Trabalho, Saúde e Sociabilidade.

Orientador: Prof^ª. Dra. Vanessa Andrade de Barros

Belo Horizonte

2010

DEDICATÓRIA

À minha mãe, Maria Rodrigues da Silva,

Pelos incansáveis conselhos sobre a vida, pela religiosidade segura. Sempre delicada e dura em seus princípios, chamava-me para sua companhia, para os afazeres de casa... O outro dia... um outro dia... de repente, com a casa sempre cheia de amigos, cansada, não se desgarrava da tecitura da vida. Em meio a tudo isso, fui tomando meu rumo de vida... as latas de “pelotas na banha” eram uma alegria... rendiam meses. Agradeço por ter me ensinado o caráter antimanicomial da vida, que refletiu lá em outros lugares. E olha que a escola foi ali mesmo dentro de casa, entre tramas e urdiduras.

A meu pai, Francisco Assis da Silva,

Olha, tem uma coisa só: o Seu Assis não parava. Ele viajava com seu caminhão para tudo quanto é lado do país. Aquele caminhão... pude lavá-lo várias vezes. Descarregar o esterco e a areia não era a minha praia, mas estive presente. “*A oportunidade foi dada a todos... igual pra todos...*”, e cada um a conduziu, fazendo usos de si, do outro, bem como das oportunidades do mundo. Pela valentia e pelo caráter, o senhor apresentou-me ao mundo do trabalho ainda cedo.

À minha vó, Vitalmina Marcolina de Jesus,

Em memória... Retorno à cena de vê-la deitar no chão por não tolerar o calor. Ali tecia comentários muito instituintes de vida. Em casa, encapando colchões com chita (tive um de presente dela até a idade adulta), fazendo arroz com jurubeba, do qual até hoje não consigo gostar - para mim, fazia um outro arroz, com ovo. Daí, deitada no chão, contava-me histórias. Ela falava de tudo e todos, inclusive de pessoas loucas, das quais eu tinha medo, próximas de nossa realidade, na época.

Ao meu tio, José Rodrigues de Souza,

Em sua memória... Ele era médico pediatra, formado sob a escassez de recursos financeiros. Seu percurso de vida e de formação, minha mãe os ressignificava e, orgulhosa, contava-me. Sua história contagiava-me. Seu olhar era de perto, mas enxergava longe. Sua intuição clínica era deveras sagaz. Ensinava-me... Foi um espelho em minha formação. Durante o cumprimento de seu ofício, conversávamos sobre o enlouquecimento. Contava-me histórias de seu trabalho como perito, os apertos que ali passava. Se pensava ter sua vida um fim aos 40 anos... comemoramos seus 60 anos juntos. Nesse mesmo ano, foi violentamente assassinado em seu local de trabalho - o prédio da perícia em Patrocínio, MG. Um paciente rompeu a barreira de “segurança”, inexistente... A polêmica - se era em torno da centralidade do trabalho em sua vida - transformou-se em indignação pela precariedade da segurança nesse mundo do trabalho. Protesto...

Uma perda irreparável em meu coração. Dedico-lhe este trabalho e toda minha luta com a loucura, em nome de seus familiares.

Aos trabalhadores dos CAPS, onde trabalho e onde pesquisei,

Sem vocês este trabalho não teria nascido. A vocês me mostrei, com vocês compartilhei, interroguei, experimentei. Ressignificando encontros, com respeito, dedico-vos minhas reflexões. E que nossos diálogos sobre a atividade se façam e refaçam como mediadores de lutas futuras.

Ao amigo Juarez Pereira Furtado...

Ofereço-te este trabalho como forma de restabelecimento e revalorização de nossas conversas sobre a vida e sobre nosso trabalho com a loucura. Retorno ao nosso primeiro encontro no CAPS Estação em Campinas. Acho que ali houve “encontro de encontros” que se desdobraram em várias conversações sobre as atividades dos CAPS, porém, eu ainda não tinha o devido olhar para recolorir, criticamente, nossas diferenças. A “militância” tomava conta de mim - o que, no início, trazia-me mais ilusões do que materialidade e concretude sobre os fatos da saúde (mental). Sei que você me chamou a atenção. Assim, antes devolvo a mim mesmo estas reflexões e as estendo a você.

AGRADECIMENTOS

Decidi fazer mestrado depois de 13 anos de experimentação com a loucura, apesar de que o desejo já existia. O meu destino tinha que ser a UFMG. O encontro não poderia mesmo ser mais original, “Histórias de Vida e Militância” era o nome da disciplina. Assim é que agradeço à minha orientadora Vanessa Andrade de Barros. Eu portava uma pasta branca (curricular) cheia de documentos e nosso encontro, acredito eu, já era vermelho. Depois de muito me deixar falar, disse ela sobre a militância: “ela não pode morrer (...)”. Ela não morreu, mas não poderia continuar se fazendo como dantes. Foi se transformando sob seu prisma de orientação. Obrigado por acalantar minha ansiedade e dirigir minha inquietação. Você, de fato, permitiu-me “*la méconnaissance*” e tem a delicadeza de prestar atenção nos estudantes, “figuras” com histórias de vida, daqui a pouco orientá-los com delicadeza e devolvê-los para eles mesmos, com palavras mais afins acerca daquilo que procurávamos. A você: “Benção sobre benção...”

Aos professores: Marco Aurélio, somos militantes por curvas assaz instituintes, mas somos. Você me ajudou a dar corpo às minhas palavras, *a priori*, inflamadas pela indignação do fazer prático; Cornelis, pela reconfirmação de que habitamos o caminho da coletividade pública; Maria Elizabeth Lima - a Beth - você moveu meu raciocínio entre a objetividade/ subjetividade da atividade do trabalho (ser psiquiatra); ao Francisco Lima - o Chico - obrigado por ter tocado em minha ferida. O chão é concreto e precisa ser habitado de fato, com subjetividade. Foi assim que vivi, estando com você.

Aos professores de minha “*Residência em Psiquiatria*”: Fábio Lopes Rocha, você, chamado de “psiquiatra biológico”, foi o que mais me ensinou (o rigor das anamneses psiquiátricas). Devolvi-lhe histórias, mesmo que às avessas; Sílvio Veloso, pelas magistrais aulas de psicopatologia e supervisões clínicas; Sérgio Campos, pela sua delicadeza e ensinamentos em Psicanálise; Gilda Paoliello, por me mostrar uma porta que por mim foi aberta em outros campos. Obrigado. Você me apresentou o Quinet em momento difícil...

Aos companheiros e companheiras do trabalho árduo com as transcrições de fitas e as análises do material achado: Alessandra, Débora, Renata, Carlos Henrique da Silva, Atená Maria, Gabriela Luanda, Davi Gardoni de Almeida. A vocês todos: o meu respeito. A vida, de fato, é surpreendente. Em especial, quando o olhar do outro permite-nos uma outra visada concreta e responsável de nós mesmos.

À Ana Amélia e à Vanessinha. Vocês foram especiais comigo.

Ao meu colega de mestrado, Paulinho Faleiro, que, ao me interrogar, interroga-se ao mesmo tempo e o tempero disso são movimentos bilaterais e instituintes...

À minha companheira de pesquisa, Denise Coimbra. O tempo é inexorável amiga.

Aos meus colegas da “*Residência em Psiquiatria*” Laís Mendes Guimarães e Gerson Tavares. Realmente temos algo em comum, mesmo que por caminhos diversificados.

No início de minha experimentação de trabalho no CERSAM Betim Central, deparei-me com duas psicólogas - o tempero da atividade -, com as quais reconheci o ser psiquiatra (na saúde mental) e compreendi a necessidade de sustentar o lugar de tensionamento do fazer juntos. Devo muito a vocês duas, Cláudia Maria Generoso e Ana Lúcia de Souza. Obrigado por me interrogar. Continuo respondendo-as com minhas histórias de vida e escolhas teóricas/profissionais. Minha colega de trabalho Junia Sampaio, ressignificamos elementos importantes de vida em tempo real de trabalho. Muito obrigado.

Aos trabalhadores dos dois CERSAM's onde trabalho - o Leste, em Belo Horizonte (representado pelo gerente atual Marcílio Rodrigues do Amaral). Você soube ser gerente e amigo. Obrigado por tolerar minhas diferenças, minha “ranhete” afetiva no trabalho real) e o CERSAM Suzana Nara Ozólio, o Betim Central (através do gerente Maurício Antônio Siqueira: meu afetivo abraço). Às gerentes dos três outros CAPS onde pesquisamos: Adriane Pitangui Terra, Rosa Maria Vasconcelos e Maria das Graças Dias, pela suas elegância, militância, determinação e compromisso com o cotidiano-vivido de trabalho nos CAPS.

Àquela equipe inicial de trabalhadores da *Casa Verde*. Aos membros da *Associação Verdesperança*. A vocês, a minha militância e o meu respeito.

Aos enfermeiros Heitor da Rocha e Paulo Moura, militantes corajosos, destemidos. Aos dois que chegam lá onde o antes e o depois se comunicam. Agradeço a vocês pela parceria de trabalho.

Aos inúmeros pacientes, que reconheceram em mim a possibilidade de conduzir seus tratamentos por longos anos. Poderia citar nomes maravilhosos aqui, porém, prefiro deixá-los resguardados em suas histórias de vida que continuam.

Agradeço aos meus amigos da República da Praça da Estação em Belo Horizonte. Ali sim foram “encontro de encontros”. A você Deud Calil e ao Dineisinho, não me esqueço...

Aos meus irmãos, cada um à sua maneira. A vocês, meu amor, meu carinho e minha diferença que se mistura às suas.

À Tia Gildete, com quem eu me (re)enxerguei, ressignifiquei minha trajetória de vida no trabalho e fora dele. Ela, que anda a pé com a mesma facilidade que pega um carro

e um avião em busca de seus objetivos de vida. Lá onde se encontra o humano, com suas necessidades, dificuldades, desorientações e ressignificações, ela já havia chegado.

Ao Leandro de Oliveira, que sempre me permitiu o (des)embaraço, com carinho. Entre mais convergências do que controvérsias, continuamos nos recaminhos da vida.

Ao Marcelo Dirceu de Oliveira, um irmão adorável, amigo fiel, companheiro de todas as horas, do qual você pode falar “quase tudo”. Com seu pai, este me alertou/ensinou alguns primeiros passos importantes para a paternidade.

Agradeço ao Adriano Gonçalves, pelo incentivo aos estudos...

Aos amigos Olavo de Castro e Gilson Carlos: vocês, somos atores (sociais) e sujeitos desejantes. Para vocês, digo: “amigo é como o sol, ora ele desaparece, ora ele brilha”, ...

Geralda, você enxergava aquele espaço-tempo que eu nem sequer “*pispiava*”. Corajosa na vida dentro e fora do trabalho. Devolvo a você o meu afeto...

Inês, pela simplicidade, honestidade, ética e firmeza em sua postura de vida e na lida com o ensinamento, que muito me influenciou na vida.

Ao Antônio Quinet, meu analista há cerca de 13 anos. É... foram muitas as “falazadas” de mim para mim mesmo, de outrem. E ele fazia silêncio em minhas ironias, com as quais eu não me levava a sério, mesmo em momentos difíceis e de (re)nascimento. Ele enxergava, ou fazia de conta que enxergava, e conseguia apontar (junto comigo) outros rumos para aquele desvario desejante. Desejar é um verbo plural, difícil é sustentá-lo, coragem né, Quinet?

Por fim, ao meu filho Daniel Machado Rodrigues da Silva. Se demorou, fisicamente, a presentificar-se, antes já era presente em minha alma e desejo. Mesmo distantes, estávamos juntos através de músicas e músicas, olhares, palavras e silêncios, trabalhos e assim fomos nos reconhecendo mutuamente. Histórias de vida foram o pano de fundo de nosso reencontro. Você me trouxe chão e, com ele, o amor, a revalorização de mim mesmo e a segurança de poder continuar voando, desejando, com a devida concretude do viver.

Agradeço também às professoras Teresa Cristina Othenio Cordeiro Carreiro e Daisy Moreira Cunha que aceitaram fazer parte de minha banca de defesa deste mestrado. Àquela, pelo respeito ao seu trabalho e pelo vivido-cotidiano que estivemos juntos - instituinte de sentido de vida. A esta, pela sua trajetória pelo mundo da Filosofia e da Ergologia, pela sua firmeza e delicadeza de percepção de encontros e reencontros do fazer do trabalhador com o seu trabalho. Obrigado a vocês duas.

A Deus, pela orientação constante!

Uma parte de mim
é todo mundo;
outra parte é ninguém:
fundo sem fundo

Uma parte de mim
é multidão;
outra parte estranheza e solidão

Uma parte de mim
pesa, pondera:
outra parte
delira

Uma parte de mim
almoça e janta:
outra parte
se espanta

Uma parte de mim
é permanente
outra parte
se sabe de repente

Uma parte de mim
é só vertigem:
outra parte
linguagem

Traduzir uma parte
Na outra parte - que é uma questão
de vida ou morte - será arte?¹

¹ Traduzir-se: Poesia de Ferreira Gullar, publicado no livro *Na vertigem do dia*, em 1980. (CAMENIETZKI, 2006, p. 193)

*São as vozes caindo na tarde
E os cartazes pregados no muro,
Cada um procurando a sua parte*

*Vejo luzes manchadas no escuro
E as pessoas cansadas da sorte,
Que retornam sonhando, esperando a morte*

*Quando ouço ruídos distantes,
Imagino disformes semblantes,
Minha mente vagando no espaço,
Desespero não sei o que faço*

*Eu me cansei,
Imaginei,
Sempre tentei,
E contornei,
Mas discordei
E me calei
Porque já sei
Que a vida não é, realmente, o que pensei*

*Luís Olavo Oliani
(Harmonia Enlouquece: Pra distrair a lembrança do irritado)*

“Tudo pela contribuição de nada. Estou sempre aí se precisar de mim”.

Gabriel

RESUMO

Esta dissertação tem como objetivo compreender a atividade de trabalho do psiquiatra nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) - um dos dispositivos da Reforma Psiquiátrica brasileira. A pesquisa foi desenvolvida em dois CAPS III do município de Belo Horizonte e em um CAPS III e um II de Betim/MG.

Valemo-nos de pressupostos teórico-metodológicos da Psicologia do Trabalho, tendo como norte os aspectos da Clínica do Trabalho, inspirados na Análise Ergonômica e Psicossocial do Trabalho, bem como, de forma mais relevante, a Ergologia. Apoiamo-nos nos conceitos de trabalho prescrito e trabalho real e nas defasagens daí decorrentes, para buscar uma compreensão do que fazem os psiquiatras que trabalham nos CAPS. Efetuamos um processo de observação do trabalho real nos CAPS, visando desvelar os aspectos objetivos e subjetivos do funcionamento dos serviços e das relações de trabalho. Em seguida, realizamos entrevistas em profundidade com psiquiatras trabalhadores e ex-trabalhadores, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, além de pacientes, a fim de ampliar nossas investigações sobre o trabalho do psiquiatra em equipe.

Em termos empíricos, os resultados obtidos foram amplos e apontaram, de forma singular, para uma confirmação do distanciamento dicotômico entre o prescrito e o real, traçando um paralelo entre as condições e contradições concretas, materiais de trabalho e os aspectos político-ideológicos. Um estudo de caso exemplificará a situação que apresentamos. Quanto aos CAPS, estes foram encontrados num processo de totalização do trabalho em si mesmos, mas também de reflexão das práticas de trabalho. No geral, constatamos um *mal estar* no trabalho real, traduzido pela fragilidade na identidade dos pesquisados como trabalhadores, na precarização dos processos clínicos de trabalho, no sofrimento/adoecimento psíquico, no abandono do trabalho, em especial do psiquiatra. Em outra instância, ao ressingularizar e ressignificar as exigências prescritivas de trabalho, os trabalhadores apresentaram-nos estratégias de lida com as variabilidades/infidelidades do meio de trabalho. A temática do “reconhecimento” no/pelo trabalho também se mostrou central em nossa pesquisa.

Palavras-chaves: trabalho, psiquiatra, CAPS, trabalho prescrito, trabalho real.

ABSTRACT

This dissertation has the purpose understanding the psychiatrist work task at the CAPS - one of the devices of the Brazilian Psychiatrist Reform. The research was developed in two CAPS III of Belo Horizonte city, one CAPS III and II of Betim city/MG.

We considered the theoretical-methodological assumptions of the work psychology, based on the aspects of the Clinical work, inspired on the Ergonomic and Psychossocial Analyse of the work, as well as, in a more relevant way, the Ergology. We were supported in the concepts of prescribed and real work, and of the consequent lags to understand what psychiatrists do when they work at CAPS. We did an observation participant on the real work at CAPS, in order to unveiling the objective and subjective aspects of the operation of services and the work relationships. Then, we did in-depth interviews with psychiatrists workers and former workers psychologies, social assistants, nurses, occupational therapists, nursing assistants, beyond the patients, in order to enlarge our researches on the psychiatrists team work.

Empirically, the results obtained were large and pointed, in a singular way, to a confirmation of the distancing dichotomous between the prescribed-real, drawing a parallel between the concrete conditions and contradictions, work materials and the ideological political aspects. One study of the case will exemplify the situation that we present. As to CAPS, these were found in an aggregation process of working in itself, but also of reflection of work practices. In general, we found a bad feeling at the real work, translated by the fragility at the researches identity as works, at the precauriones of the clinical work process, in the psychic suffering/illness, in the work abandonment, especially the psychiatrists ones. At other instance, to ressingularizar and reframe the work requirement prescribed, the workers presented us strategies to deal with the working environment variability/infidelity. The subject of “recognition” at/ for work has also showed central in our research.

Key words: work, psychiatrist, CAPS, prescribed work, real work

LISTA DE ABREVIACÕES

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial
CERSAM - Centro de Referência em Saúde Mental
CSMPBH - Coordenação de Saúde Mental da Prefeitura de Belo Horizonte
ECRP - Entidade Coletiva Relativamente Pertinente
ESP - Escola de Saúde Pública
HN - Hospitalidade Noturna
MLA - Movimento de Luta Antimanicomial
PBH - Prefeitura de Belo Horizonte
PB - Prefeitura de Betim
PTI - Projeto Terapêutico Individual
PD - Permanência-dia
ONG - Organização Não Governamental
TNS - Técnico de Nível Superior
TR - Técnico de Referência
NAPS - Núcleo de Atenção Psicossocial
NAPSEMG - Núcleo de Atenção Psicossocial dos Servidores de Minas Gerais
RP - Reforma Psiquiátrica
SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SRT - Serviço Residencial Terapêutico
SUP - Serviço de Urgência Psiquiátrica
UNB - Universidade de Brasília
UFMG - Universidade Federal de Minas Gerais
UPA - Unidade de Pronto Atendimento
UAI - Unidade de Atendimento Imediato

LISTA DE ILUSTRAÇÕES (QUADROS, FIGURAS, TABELAS)

FIGURA 1: QUADRO DE TRABALHADORES DOS CAPS.	43
FIGURA 2: QUADRO DE ATIVIDADES/OFICINAS TERAPÊUTICAS.	44
FIGURA 3: O CAPS ENTRE O INSTITUÍDO/INSTITUINTE.....	62
FIGURA 4: O TRABALHO PRESCRITO E O TRABALHO REAL (GUÈRIN, F 2001, p. 15).....	67
FIGURA 5: ESQUEMA 6: OS INGREDIENTES DE UMA COMPETÊNCIA (ESQUEMA YVES SCHWARTS)	70
FIGURA 6: ESQUEMA 9: OS INGREDIENTES DE UMA COMPETÊNCIA (ESQUEMA YVES SCHWARTZ), REAPLICADOS À EXPERIMENTAÇÃO DE TRABALHO NOS CAPS ESTUDADOS.....	157
FIGURA 7: O TRIÂNGULO DA IDENTIDADE DE SIGAUT (APUD DEJOURS, 2004, p. 73).....	184
FIGURA 8: TRIÂNGULO DA PSICODINÂMICA DO TRABALHO (DEJOURS, 2004, p.213)	185
FIGURA 9: F. SIGAUT (APUD DEJOURS, 2004, p. 208)	186
FIGURA 10: GRÁFICO DO MINISTÉRIO DE APONTAMENTO DO NÚMERO DE CAPS NO BRASIL, 2008.....	223
FIGURA 11: GRÁFICO DE EXEMPLIFICAÇÃO DE CRESCIMENTO POPULACIONAL PARA SE CORRELACIONAR COM O NÚMERO DE CAPS.....	236

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	15
INTRODUÇÃO	16
O romance familiar e o sofrimento mental	19
A formação médica e a “Residência em Psiquiatria”	20
O lugar de onde se parte	25

CAPÍTULO I

1. CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS	26
1.1 A Clínica do Trabalho	30
1.2 A Ergologia	32
1.3 Entrevistas em Profundidade	35

CAPÍTULO II

2. DELIMITAÇÕES DOS CAMPOS DE PESQUISA	37
2.1 Os CAPS estudados	40
2.2 O funcionamento dos CAPS	44
3.2.1 <i>As prescrições: do velho ao novo modelo</i>	46
3.2.2 <i>Entre o CAPS e o Hospital Psiquiátrico</i>	53
3.2.3 <i>O CAPS: um Serviço Substitutivo de Saúde Mental?</i>	57
3.2.4 <i>Considerações sobre a gestão/gerenciamento dos CAPS</i>	62

CAPÍTULO III

3. O TRABALHO REAL NOS CAPS	67
3.1 As condições de trabalho	71
3.2 A clínica, a técnica e a tecnologia em refazimento	76
3.3 A evolução da demanda em sobrecarga	88
3.4 A pulverização das atividades específicas de trabalho no CAPS	92

3.5 A relação com a Rede de Saúde Mental e interfaces.....	95
3.6 Entre o prescrito e o real: a gestão das variabilidades.....	98
3.6.1 <i>As saídas pelo fazer prático: o nó (cego), a gambiarra e o pulo do gato</i>	100
3.6.2 <i>A coleção e o coletivo de trabalho</i>	105
3.6.3 <i>O vazio de conversas sobre a atividade</i>	112
3.6.4 <i>O processo de sofrimento e adoecimento</i>	113
3.7 A atividade do psiquiatra em seu ponto de vista	119
3.7.1 <i>O pedido de avaliação psiquiátrica</i>	129
3.7.2 <i>A lida com a medicação</i>	132
3.7.3 <i>A versão de outros trabalhadores e pacientes da atividade do psiquiatra</i>	135
3.7.4 <i>A atividade criativa do psiquiatra</i>	140
3.7.5 <i>O abandono e a alta rotatividade do psiquiatra do CAPS</i>	145
3.8 A repetição do velho no novo.....	151

CAPÍTULO IV

4. A PSIQUIATRIA E O PSIQUIATRA NOS CAPS: DILEMAS E POLÊMICAS	158
4.1 A formação como problema e como saída	165
4.2 O CAPS intermediário: entre o II e o III	175

CAPÍTULO V

5. AS DINÂMICAS DO RECONHECIMENTO NO/PELO TRABALHO	179
5.1 Um estudo de caso: o psiquiatra José.....	190
CONSIDERAÇÕES FINAIS	204
REFERÊNCIAS	211
ANEXOS	223

APRESENTAÇÃO

O trabalho que apresentamos habita o campo da Psicologia do Trabalho, especificamente na linhagem teórica da Clínica do Trabalho, protagonizando o caráter ontológico desta na estruturação psíquica do ser humano. Contextualizamos a Reforma Psiquiátrica como um espaço-tempo político-ideológico, social, cultural e clínico de trabalho.

Na introdução, recorreremos ao método “História de vida” em Sociologia Clínica para promover a atividade de recortar fragmentos importantes da minha própria história de vida dentro e fora do trabalho, que me conduziram a promover escolhas teóricas/profissionais.

O primeiro capítulo aborda o percurso da eleição de uma metodologia condizente com nossos objetivos de pesquisa. A filosofia ressurge na atividade de trabalho, tomando o trabalhar como um verbo plural de sentido. Para tal, valemo-nos de pressupostos da Clínica do Trabalho, apoiados na análise da atividade humana e embasados pela Análise Psicossocial e Ergonômica do Trabalho, tendo a Ergologia como um norteamto mais específico. Apresentamos também um estudo de caso: o do psiquiatra José.

O segundo capítulo delimita os campos de nossos estudos e nos adverte para as complexidades e diferenças de estilos de organização dos serviços nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) estudados.

O terceiro nos conduziu ao “chão de fábrica” dos CAPS, ao drama do/no trabalho real desses Centros.

O quarto capítulo reenvia-nos aos dilemas e polêmicas da Psiquiatria e do psiquiatra nos CAPS.

O quinto coloca-nos frente a frente com o psiquiatra José e as vicissitudes de seu fazer prático - “às dramáticas do uso de si” -, remetendo-nos à temática Saúde Mental e Trabalho, aos rearranjos para a lida com as variabilidades/infidelidades do ofício, além de datar algumas insígnias do processo de *Reconhecimento* no/pelo trabalho. Apresenta também um estudo de caso: o psiquiatra José.

Por último, apresentamos uma perspectiva conclusiva, que se desvela parceira da incompletude do real da vida no trabalho e fora dele.

INTRODUÇÃO

Em termos gerais, esta pesquisa tem como ponto de partida, o encontro do campo da Saúde Mental com a Psicologia do Trabalho, através da localização de prescrições de trabalho para o psiquiatra: do clássico ao novo modelo de Saúde Mental. Primeiramente, um olhar para o velho modelo asilar de tratamento psiquiátrico, focado na figura (hierarquizada) do médico psiquiatra. Em seguida, um passeio pormenorizado pela Reforma Psiquiátrica² (cenário oficial de investigação de nossa pesquisa). Finalmente, promovemos um pouso real no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS³), reconhecendo-o como um dos frutos da implantação dessa nova política de Saúde Mental em relação à existência de hospícios, manicômios e hospitais psiquiátricos. Em outras palavras, o palco de nossas investigações sobre a atividade de trabalho do psiquiatra.

Em termos históricos, a Reforma Psiquiátrica Brasileira, iniciada por meados dos anos 70, teve o protagonismo dos trabalhadores em 1987, no cenário reformista da época, repetindo-se no início dos anos 90, quando da implantação dos primeiros CAPS. Tratava-se do *Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental* que, naquele período, contribuiu, de forma instituinte de sentido, para a realização da I Conferência Nacional de Saúde Mental, lançando as bases para o rompimento com antigas políticas de Saúde Mental e para a criação dos chamados “serviços abertos”. Tal movimento teve como lema “*Por uma sociedade sem Manicômios*”, e reafirmou o dia 18 de maio como *Dia Nacional da Luta Antimanicomial*

² O termo “Reforma Psiquiátrica”, refere-se ao movimento que aconteceu em meados do século XX nos Estados Unidos e na Europa, lançando as bases para a melhoria da qualidade de assistência em Psiquiatria, promovendo transformação do modelo manicomial, da Psiquiatria clássica, para uma Psiquiatria reformada. Um movimento que critica a posição psiquiátrica reducionista da loucura à categoria de doença e que requer um tratamento biológico-centrado/medicação, traduzido e reproduzido pelo psiquiatra. Promovemos uma reaproximação da reforma à *Antipsiquiatria*, Cooper (1967), uma crítica da Psiquiatria a ela mesma, onde o psiquiatra não seja mais o protagonista e veiculador de saberes, permitindo ser questionado e questionar o parceiro da relação (em tese). Inserimos nosso ponto de vista num princípio de liberdade, de emancipação da Psiquiatria e do psiquiatra do lugar de saber-poder redutor de sentido, ampliando seu discurso num debate de normas, valores e escolhas, promovendo um fazer junto com outras disciplinas, encontrando-se com a atividade de trabalho (humano-genérico) no campo biopsicossocial, ou seja, um processo de transversalização dos saberes, de resgate de sociabilidades e repensamento da identidade das pessoas inseridas como trabalhadores (da saúde mental).

³ Lei Federal nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Lei Mineira nº 11802, de 18 de Janeiro de 1995. Dispõe sobre a promoção de saúde e da reintegração social do portador de sofrimento mental; determina a implantação de ações e serviços de saúde mental substitutivos ao hospital psiquiátrico e a extinção progressiva destes; regulamenta as internações, especialmente a involuntária, e dá outras providências. Portaria Ministerial nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002. Em Minas Gerais, especificamente em Belo Horizonte e Betim, referem-se aos CERSAM’s – Centros de Referência em Saúde Mental.

(AMARANTE, 1995; BARRETO, 1999). Como consequência, houve um repensamento da hegemonia do hospital psiquiátrico⁴ no cenário das políticas de Saúde Mental.

Para maior contextualização, vale ressaltar que nossa pesquisa encontra-se apoiada na passagem do campo da Psiquiatria para o da Saúde Mental, segundo três vertentes: a teórica, a profissional e a institucional (BARRETO, 2010). A primeira vertente traz uma crítica da redução da loucura no lugar de doença mental. A segunda levanta um questionamento ao absolutismo Psiquiatria/psiquiatra, valorizando as atividades realizadas por trabalhadores de diversas especialidades, em vários níveis de complexidade, competência e conflito. Quanto à Psiquiatria, partimos de seu caráter híbrido-constitucional (BARRETO, 2010). A terceira faz uma crítica ao manicômio e aborda a criação dos novos “Serviços Substitutivos”.

Apoiamo-nos nas reflexões de Barreto (2010), ao dividir a história da Psiquiatria em três vertentes: a era clássica, a Psiquiatria das grandes escolas e aquela da classificação internacional. Na primeira delas, localizamos o nascimento da Psiquiatria no final do século XVIII, a partir do “grande internamento”, com Pinel (o pai da Psiquiatria) confirmando-a como uma disciplina médica, reafirmando o asilo como forma de tratamento, conferindo à loucura seu estatuto de doença, enaltecendo o sintoma e reafirmando o médico psiquiatra no lugar de saber-poder (FOUCAULT, 1997a). Sobre as grandes escolas, o autor nos apresenta importantes expoentes que contribuíram para a modificação do campo de trabalho da Psiquiatria como a Psicopatologia, a Fenomenologia, a Psicologia, a Filosofia e a Psicanálise, inseridos no século XX.

Por último, a era da classificação internacional, que foi um momento de reposicionamento do discurso científico e do rigor da classificação/categorização de sintomas com o fim de promover a interlocução globalizada de saberes sobre a loucura, na intenção de organizar o campo dos tratamentos farmacológicos. É dentro desse recorte que relocalizamos a figura do médico psiquiatra da era clássica à contemporaneidade.

Depois dessas palavras iniciais, ressitamos o CAPS através desses discursos de reforma, num processo dialético de interrogação do fazer prático e da teorização. Neste sentido, apoiamo-nos em mecanismos que se propõem a interrogar a Psiquiatria e o psiquiatra. Existem algumas experiências que marcaram a possibilidade de desconstrução desse saber-poder psiquiátrico. São elas: a antipsiquiatria, a psicoterapia institucional e as

⁴ Instituições aqui nomeadas de “Instituições Totais”, segundo Erving Goffman (1961): “(...) uma instituição total pode ser definida como um local de resistência e trabalho onde grande parte de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada” (p. 11).

comunidades terapêuticas inglesas, a Psiquiatria de setor francesa, a desinstitucionalização democrática italiana e outros dispositivos terapêuticos relacionados a todas essas propostas reformistas (AMARANTE, 1995).

A primeira proposição/prescrição desses novos serviços - os CAPS - foi de convocar os trabalhadores a atuarem em equipe multiprofissional, tendo em vista a descentralização de posições específicas de saber e poder em suas práticas diárias de trabalho. Esse convite, em relação ao psiquiatra, tomou uma dimensão de imperativo (categórico de ordem), de exigência, visto que, ao se revisitar a história da loucura, este se manteve hierarquicamente numa posição moralizante e centralizadora de saber-poder.

Situamos nossa pesquisa no campo do trabalho (humano-genérico), segundo diversos autores que apresentaremos, inclusive reconsiderando a dimensão política que encerra toda atividade humana, ou seja, o potencial de compreensão do fazer na intenção de transformá-lo. Partimos da hipótese de que essa nova política implantada esteve pouco atenta à experimentação e à formação dos profissionais que viriam a ser os futuros trabalhadores dos CAPS.

Dessa forma, os serviços foram se estruturando de forma singular e os trabalhadores foram assumindo suas posições de trabalho, deparando-se com várias exigências de trabalho/tarefas/prescrições diversificadas e questionamentos inesperados, diferentes daqueles do modelo tradicional, centralizados na Psiquiatria e no médico psiquiatra. Restamos como esse trabalhador tem respondido a tais exigências - nosso foco de pesquisa.

Na prática, buscaremos a promoção de um olhar para as condições concretas de trabalho nos CAPS. Diante desse quadro, propomos esta pesquisa, que tem como foco o trabalho do psiquiatra nesse local, analisando suas atividades a partir de questionamentos acerca da existência do discurso teórico da Reforma Psiquiátrica e do Movimento de Luta Antimanicomial (MLA) em relação ao fazer prático de trabalhadores e gestores, revisitando conceitos caros à Psicologia do Trabalho, via Ergonomia e Ergologia como o “trabalho prescrito”⁵, ou seja, “(...) o trabalho que foi pensado, “cientificamente pensado”, por pessoas que fizeram cálculos de tempo, de eficácia, portanto que estudaram tudo, de fato, detalhadamente” (SCHWARTZ, 2007, p. 40), e pelo “trabalho real” , que está relacionado ao que realmente se faz num dia cotidiano de trabalho, levando em consideração as condições concretas, os materiais utilizados e os resultados efetivos. Melhor dizendo, traduz

⁵ Aqui, vale anunciar que as prescrições de trabalho não são tomadas como boa, nem ruins, a priori, antes como um norte para nossas análises e ressignificações da experimentação dos trabalhadores.

“(...) o que foi feito por uma pessoa num lugar particular (...)” (SCHWARTZ, 2007, p. 42), além do conceito de “real da atividade”, que será apresentado em breve, baseado em Clot (2006).

O romance familiar e o sofrimento mental

Entende-se este relato histórico de vida mais próximo de um romance familiar de cunho profissional do que de uma biografia de mesmo sentido. Podemos partir do pressuposto de que a atividade de contar fragmentos de vida é, por si só, remexer, transformar, promover deslizes significativos e instituintes de modificações de estilo de vida pessoal e no trabalho.

O romance como a vida é do tempo trabalhado, do tempo remanejado, expressão de historicidade, quer dizer, do trabalho que o indivíduo efetua sobre sua própria história para tentar dominar o seu curso. Autobiografia não é um gênero literário, é um remédio metafísico... Eu escrevo minha vida, então significa que eu existi... Se contamos a vida, verdadeiramente, isso nos refaz uma existência... Contar uma vida é um modo de “se refazer”. (GAULEJAC, 1996, p. 4, grifo nosso)

Ao longo dessa atividade de (re)contar fragmentos históricos de vida, exprimo sentimentos, escrevendo-os num sentido próximo de um romance familiar, ou seja, “o romance familiar está no coração das articulações múltiplas e ele exprime claramente, que a vida é um romance ou, pelo menos, que o desejo de fazer de sua vida um romance é um modo privilegiado para suportar as contingências” (GAULEJAC, 1996, p. 6).

No início da minha adolescência, a adesão aos estudos, os esportes e o teatro eram os ingredientes (de minha competência) do meu sentido de vida. Por outro lado, em casa, experienciava um desconforto emocional continuado que, aos poucos, foi se desvelando no espaço micro de convivência com a manifestação da “loucura”. Eram debates acerca de como se contornar crises e crises e da (não) internação psiquiátrica de um familiar próximo. Lembro-me vagamente, que meus pais diziam (em especial minha mãe) que aquele lugar - o hospital psiquiátrico - era ruim, pois já haviam vivenciado, em tempos mais antigos, o falecimento de um parente naquele ambiente. Associar o hospital psiquiátrico à morte foi reforçado quando um terceiro familiar, em anos mais recentes, depois de um período de internação psiquiátrica, veio a falecer devido à sequência de medicamentos utilizados numa mesma noite para se controlar uma agitação psicomotora.

Nesse movimento de retrabalho de vida, torna-se importante:

Trabalhar sobre o passado a fim de restaurar, de reparar, de religar; por exemplo: ao desvendar a vergonha de um segredo de família que perturba a transmissão intergeracional, reabilitar o que foi invalidado, religar os fios da memória para reencontrar o “tempo perdido”. Se não se pode mudar o passado, podemos mudar a relação a esse passado, compreendendo em que essa história é sempre presente em si. (GAULEJAC, 1996, p. 2, grifo nosso)

Pode-se dizer que, por um lado, vários acontecimentos daquela época tomavam uma dimensão de desconforto, denegação e vergonha; por outro, esses mesmos fatos, no futuro de minha formação acadêmica, fizeram um sentido concreto, sendo trazidos à realidade e transmitindo ensinamentos de vida relacionados às escolhas teóricas/profissionais.

Diversas foram as vezes que acompanhei momentos de grande fragilidade, dificuldade e angústia de meus pais na lida cotidiana com a bizarrice da loucura. Foi por este caminho que me encontrei com os seguintes temas: a crise/urgência, a contenção, a hospitalização, a medicação, o tratamento psiquiátrico e, enfim, a Saúde Mental.

Assim, ao relatar tais acontecimentos, estes se ressignificaram ao longo de minha formação profissional, ou melhor:

(...) esse trabalho do sujeito sobre sua história, uma vez que depois de reconstituído a trama de sua vida, ele percebe que tal acontecimento, vivido como dramático, vergonhoso, indizível, talvez não o fosse de fato, talvez não tivesse tanta importância como ele lhe conferia. (GAULEJAC, 1996, p. 2)

Em diálogo com o mesmo autor, vemos que “o homem resiste a ver a realidade como ela é; ele ama travesti-la de acordo com seus desejos, com seus medos, com seus interesses ou sua ideologia” (GAULEJAC, 1996, p. 4). A partir dessas considerações, de enfrentamento do real, da ressingularização de normas e valores de vida, caminho em direção ao vivido cotidiano de minha formação profissional e especulações afins.

A formação médica e a “Residência em Psiquiatria”

Para efeito de contexto e continuidade histórica, relato que iniciei minha carreira de estudos superiores no curso de Agronomia da Universidade de Brasília (UNB), em 1988, como segunda opção a uma reprovação no curso de Medicina. Estudei durante um semestre, tendo, em seguida, abandonado o curso. A aprovação no vestibular para Enfermagem no mesmo ano, também como segunda opção à Medicina, não me despertou o devido sentido profissional.

Em 1989, iniciei meus estudos em Medicina na Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais (FCMMG). Aqui, vale algumas considerações de sentido nesse contexto de trabalho. Em 1991, depois de receber em minha casa um estudante de Medicina, em estágio,

vindo de Southampton, no sul da Inglaterra, tranquei o curso de Medicina e viajei para o mesmo país, onde morei por cerca de um e meio. Antes disso, fizemos juntos um estágio de Clínica Médica num hospital clínico de Belo Horizonte. Foi lá que encontramos o “paciente-jacaré”. Dizia-se que “lá no andar tal, acabou de internar um jacaré, por exemplo, três/10 cruzeiros”, ou seja, o máximo de cruzeiros era dez e isso significava que o paciente era pobre, feio, mal vestido, simples, retraduzindo a palavra *excluído*. Indignados, refletimos e denunciemos a situação.

Como resposta de trabalho, de acordo com minhas anamneses, o acolhimento dos pacientes era demorado, pormenorizado, permitindo-me a coleta de histórias de vida destes, praticando a clínica, mesmo ainda sem saber do que ela se tratava de fato. Nesse contexto, Lévy (2001, p 21) diz que “a simpatia, a boa vontade, a disponibilidade de espírito não são, no entanto, condições suficientes”, há que se fazer um contraponto, considerando a concretude dos fatos vividos na experimentação. Em diálogo com o mesmo autor podemos observar que:

Quer se trate de pesquisa ou de intervenção, a *abordagem* clínica é, principalmente, a abordagem de um sujeito, ou de um conjunto de sofrimento, uma crise que os toca por inteiro; o clínico supõe sujeitos vivos, desejantes e pensantes, falando igualmente, tanto para nada dizer quanto para se fazer reconhecer, ou para encontrar um sentido para suas emoções, para suas lembranças ou para sua história, que eles constroem a cada instante. (LÉVY, 2001, p. 20)

No final de 1991, na Inglaterra, em Londres, não sendo possível o referido estágio, fui ao encontro dos estudos da língua e, em meio às infidelidades do meio, inclusive a dificuldade de sobrevivência, encontrei o mundo do trabalho (clandestino, sem permissão oficializada). Por um ano fui faxineiro de um *shopping* indiano e trabalhei oito meses em uma fábrica de comida grega. Ali, de fato, conheci o verdadeiro sentido do termo “chão de fábrica”⁶. Passei de lixeiro a faxineiro, de ajudante de confecção de massa de samozas (pastéis indianos) a fabricante da mesma massa, trabalhando no turno da noite e da madrugada. De volta ao Brasil, em 1992, retomo os estudos de Medicina. Minha entrada na “Residência em Psiquiatria” aconteceu em 1996 no Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais (IPSEMG⁷). Aqui, torna-se necessário um parêntese de sentido e

⁶ Termo utilizado por pesquisadores em Psicologia do Trabalho quando se faz uma leitura do dia-a-dia de trabalho, o cotidiano, ou seja, o trabalho real (realizado) pelos trabalhadores e que faz pareceria com colegas trabalhadores e não com gestores da organização (no caso, os CAPS) que tem como prerrogativa, o planejamento do trabalho.

⁷ Um hospital geral que, na época, contava com duas alas psiquiátricas, totalizando 50 leitos de internação psiquiátrica, um sistema ambulatorial e um consultório de urgência psiquiátrica - localizado no mesmo espaço de diversas urgências clínicas -, porém, num espaço mais reservado, para não dizer, exatamente, excluído e excludente.

crítica. A maioria dos ensinamentos dessa residência se fazia dentro de uma lógica médico-biológica sobre o saber em Psiquiatria, mesmo que a Psicanálise por ali fizesse seu anúncio. A internação de pacientes era o desejável. Internavam-se fenômenos, sintomas, e não pacientes, muito menos sujeitos. Aos fenômenos eram oferecidos medicamentos, aos pacientes eram ofertados o atendimento médico, às vezes com a participação da Psicologia, da Terapia Ocupacional, da Enfermagem e da Assistência Social.

Os corredores abertos eram o desejo de muitos pacientes. O resgate de sujeitos, cidadãos, só se fazia em termos discursivos. Logo no início, tomei conhecimento de uma realidade muito protocolar de trabalho (pouco afetiva) sobre o sofrimento mental. Nesse percurso, que durou três anos, ainda sem percepção consciente de militância antimanicomial, mostrava-me engajado num processo de contrariedade frente ao desrespeito à singularidade dos pacientes, além do cumprimento da prescrição de trabalho de realização da Eletroconvulsoterapia (ECT⁸).

Aponto momentos de ressignificação de normas e de debates sobre a atividade, permitindo o encontro com escolhas teóricas/profissionais. Num dia de trabalho, no final de semana, o plantão estava tranquilo, quando respondi a solicitação de uma família para fazer uma visita domiciliar. A cena encontrada era angustiante. Nada muito diferente de muitas já presenciadas em minha vida pessoal. A mãe fora levada para a internação hospitalar. O resultado desse trabalho foi polêmico e ressignificado no campo da indisciplina de minha parte, por ter “abandonado” o plantão: dilemas e polêmicas em cena.

Findados dois anos de residência, o terceiro veio de um convite para a implantação, neste mesmo hospital, de um lugar diferenciado para se tratar a loucura em regime semi-aberto. A proposta era a criação de um “hospital-dia”⁹. Com afã e afeto, agarrei-me a esta tarefa prescritiva, ressignificando-a em forma de debates sobre normas, escolhas e valores de vida (SCHWARTZ, 2007).

Sobretudo, se foi prescrita a implantação de um hospital-dia, minhas andanças pelos *Serviços Substitutivos* de Belo Horizonte e Betim, MG; São Paulo e Campinas, SP, fizeram outras diferenças. A proposta final foi a criação de um Centro de Atenção Psicossocial II

⁸ Eletroconvulsoterapia: uma prática ainda muito utilizada como recurso terapêutico, estigmatizada por um lado, especialmente por trabalhadores mais engajados e militantes da Reforma Psiquiátrica, mas responsivo no tratamento de casos graves. Aqueles com risco grande e agudo de morte, incluindo pacientes deprimidos graves, grávidas com algum sofrimento psíquico grave, idosos em sofrimento mental agudo e que pouco se beneficiam com a medicação, psicóticos muito agressivos e com risco de morte, além daqueles pacientes “refratários aos medicamentos típicos”. Há que se considerar algumas reações adversas: prejuízo de memória e perda de esfínteres. Trata-se de informações recolhidas em conversas com os nossos próprios entrevistados.

⁹ Portaria SNAS nº 224, de 29 de janeiro de 1992. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, DF, 2004a, p. 246)

(CAPS II), que veio a se chamar Núcleo de Atenção Psicossocial Fernando Veloso: *Casa Verde* (NAPSEMG) - . Porém, o objetivo era a implantação de um CAPS III: uma utopia até o presente momento. Finalizada minha passagem pelo terceiro ano de residência, em 1998, diferente dos dois primeiros anos, fui contratado para trabalhar no novo serviço inaugurado, através de uma movimentação política de familiares, pacientes e de alguns trabalhadores. Na verdade, fizeram um abaixo-assinado com mais de mil assinaturas, vindas de pacientes, familiares e trabalhadores do hospital, solicitando minha continuidade no projeto que durou dois anos a mais. Uma situação que, hoje, ressignifico, em termos ergológicos, de grande revalorização e *Reconhecimento* de minha experimentação de trabalho.

Posso me aventurar a dizer que o lugar onde nasceu toda essa movimentação foi um espaço micro, mas muito instigante: as atividades que fazíamos fora do espaço do NAPSEMG, especialmente, numa oficina de atividades externas, de “passeios externos”, gerenciada por mim, uma enfermeira e por alguns auxiliares de enfermagem. Tratava-se de um cuidado clínico-ativo, dotado de uma expectativa de resgate de autonomia e cidadania do paciente. Nesse contexto, Tosquelles (1967) já nos chamava a atenção para um trabalho parceiro entre Medicina e Enfermagem, no sentido de, juntos, promoverem no sujeito um desejo, um cuidado ativo, de si mesmo. Esse era o lema dessa oficina terapêutica. Acostumados com o regime de internação, muitos pacientes, depois da criação da *Casa Verde*, começaram a ganhar as ruas, a comemorar seus aniversários em casa, com a presença de outros pacientes, trabalhadores e familiares. Passando por lugares próximos ao IPSEMG como, por exemplo, o Parque Municipal, fomos a vários lugares da cidade de Belo Horizonte e vizinhança como Ouro Preto, Serra do Caraça, Sabará e sítios no entorno da capital.

Segundo Schwartz (2007), é no mais infinitamente pequeno que as diferenças se fazem, que questões sobre a política surgem e que nos remetem às nossas próprias cidadanias. “A perspectiva ergológica obriga, ao contrário, colar permanentemente o micro ao macro, a partir do momento em que aponta o fato de que toda atividade de trabalho encontra escolhas, debates de normas e, logo, encontro de valores” (p. 33).

Durante as atividades externas de trabalho, conversávamos no sentido de que já constituíamos uma Associação e somente precisávamos legitimá-la entre nós, no âmbito do jurídico, uma vez que no político e social, já se fazia existente. Assim, em agosto de 1998, foi criada a Organização Não Governamental (ONG), “*Associação Verdesperança*” - Associação de Usuários, Familiares e Amigos da Saúde Mental do IPSEMG. Ela existe até hoje e

continua trabalhando na contramão de um discurso médico prevalente, que nada de novo permite acontecer na instituição.

Vale ressaltar que, neste contexto de história de vida, apesar das escolhas teóricas/profissionais realizadas, como a Residência em Psiquiatria dentro de uma sistemática médico-biológico, minha identidade de profissional/psiquiatra também acontecia na experimentação de trabalho na rede de Saúde Mental de Betim e Belo Horizonte, em 1997 e 2002, respectivamente, além de vivências familiares e de mundo, instituintes de minha escolha profissional pelo engajamento militante antimanicomial. No decorrer de minha formação médica e na “Residência em Psiquiatria”, muitas vezes fui convocado por familiares a ocupar o lugar de um certo saber sobre a doença e, algumas vezes, cedia, entre amor e ódio, intervindo, inclusive com medicação em momentos de crises em ambiente domiciliar. Anunciava-se, então, neste contexto prático, um distanciamento comprovado e universal entre o prescrito e o real, que ultrapassa qualquer tentativa de circunscrição de tarefas normativas e pré-estabelecidas (SCHWARTZ, 2007). Ou seja, em meio a estudos recentes sobre a loucura, Reforma Psiquiátrica, Movimento de Luta Antimanicomial (MLA), estive habitando o hospital psiquiátrico em momento de internação de alguns familiares. Eram visitas para levar, por exemplo, frutas, aquele “chinelo de dedo” desejado, etc. Foi nesse contexto que os processos ideológico-militantes antimanicomiais tomaram conta da minha atividade de trabalho. De forma consciente, e até mesmo inconsciente, posso dizer que a ideologia interpelou a mim mesmo, porém, contribuindo para a organização de crises que me aconteceram ao longo de minhas histórias de vida e escolhas teóricas e profissionais, ou seja, minha identidade de profissional/psiquiatra. Por outro lado, funcionando como elemento redutor e apaziguador de estreitamentos angustiantes (em seu aspecto terapêutico):

Na medida em que a angústia é a possibilidade do não-sentido, do nada, o aparelho simbólico da ideologia aparece como um mecanismo de evitamento da angústia, através do processo permanente de saturação das significações. Ela tende a evitar a angústia, através da renovação das certezas assumidas. (ANSART. P, 1975, p. 5, grifo nosso)

Nesse romance familiar, a diversidade de acontecimentos de loucura e a familiaridade com essa temática, possibilitaram, facilitaram e confirmaram minha escolha pela Psiquiatria e a construção de uma identidade profissional engajada na militância, porém, recentemente marcada pela contextualização e concretude dos fatos de percepção do trabalho em sua materialidade. Pelo viés de que “o trabalho se desloca”, a movimentação decorrente disso tudo foi de deslocamento do olhar da experimentação para o campo científico (do trabalho real).

O lugar de onde se parte

O lugar de onde partimos é aquele espaço-tempo entre o prescrito e o real, marcado por um diálogo com as normas que permitiram o encontro com ressignificações do trabalho prático, incluindo a materialidade dos acontecimentos cotidianos. Diz-se da promoção de um olhar diferenciado para o mundo do trabalho e de uma posição de observador/observado no processo de pesquisa (LHUILIER, 2006). As histórias que foram contadas vão tecendo compromissos com escolhas teóricas singulares. Sem abdicar de minha prática de trabalho, houve o encontro com teorias sobre ele, subsidiando a busca pela compreensão do trabalho real (do psiquiatra) dentro dos CAPS, o encontro com interrogações, inquietações, desejos e frustrações, que foram me conduzindo à universidade na tentativa de buscar uma formalização, organização, teorização e tradução desse trabalho.

Assim, parto da experimentação, deparando-me com inúmeras situações desafiadoras na lida com pacientes, familiares e com o trabalho em equipe, do qual não tinha traquejo, além de inúmeras prescrições de trabalho, as quais não sabia renormalizar ao meu estilo. Também convivi com questões acerca das condições e contradições de ordem prático-organizacional e clínica do mundo de trabalho nos CAPS. Tudo isso trazia-me um “desconforto intelectual” psíquico intenso e traduzia uma posição tensa em que cada trabalhador tendia a “recompôr, em parte, o meio de trabalho em função do que ele é, do que ele desejaria que fosse o universo que o circunda” (SCHWARTZ, 2007, p. 31). Ora, uma posição difícil e positiva de se sustentar, tendo em vista o chamado para uma permanente (re)criação do meio de trabalho antimanicomial. Uma situação de não se deixar caber, de não se colocar numa posição confortável mediante às exigências do trabalho em equipe, uma vez que nós trabalhadores temos a tentação de encontrar um lugar de conforto para a pronúncia de nossos discursos. Um espaço-tempo de convite à sustentação de posturas e posições de trabalho, onde se valorizam as histórias e o meio social e se promovem possibilidades de transformações. Relaciona-se também a uma situação de constante permissão por aprendizagens de vida e de transformações de posições de viver. Em outras palavras, um lugar desconfortável entre a teoria e a experimentação:

De qualquer modo, teóricos e experimentalistas nunca se enquadraram muito; o avanço do conhecimento é o resultado de contradições entre eles e das tentativas de comunicação feitas pelos dois lados... Experimentação e teoria não se colocam em uma relação transparente uma em relação à outra; é o papel da teoria tornar a experimentação desnecessária e o papel da experimentação tornar a teoria impossível. A relação dialética existente entre as duas proposições deve ser convenientemente empregada, a fim de que o conhecimento avance. (MOSCOVICI. S, 2005, p. 143)

CAPÍTULO I

1. CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

O processo metodológico em construção nesta pesquisa visa a valorização da prática, da relação próxima do pesquisador com o pesquisado e com o campo de pesquisa estabelecido. Dessa forma, valoriza-se o fazer do trabalhador em situação real de trabalho, a fim de se estabelecer uma coerência teórico-metodológica com o objeto da pesquisa em questão.

Ao propormos conhecer um dado objeto ou uma dada situação, devemos, antes de tudo, dirigir nosso olhar em sua direção, tentando deixar de lado qualquer idéia apriorística que possamos ter a seu respeito. Ou seja, em vez de impormos nossa lógica a esse objeto, devemos tentar desvendar sua própria lógica. E o que é mais importante: somente após decifrá-lo e conhecê-lo em todos os seus matizes é que estaremos de posse de um método. (LIMA, 2002, p.125)

Dentro dessa perspectiva é que promovemos nosso olhar em direção ao trabalho do psiquiatra nos CAPS estudados. Através da Psicologia Social, dialogamos com a Psicologia do Trabalho, a Ergonomia, a Ergologia e a “Clínica da Atividade”, que nos colocaram frente aos conceitos importantes sobre o trabalho.

Vale ressaltar que não praticamos a “Clínica da Atividade” no sentido metodológico, proposto por Clot (2006), em nossa pesquisa, mas valemo-nos de diversos de seus conceitos dela afins para melhor compreender o trabalho dos psiquiatras. Dentre eles o conceito de que:

A análise psicológica do trabalho é sempre análise de um sujeito, de um grupo ou de vários, numa situação ou num meio. **Ela concerne àquilo que os homens fazem com as provocações pelas quais passam e das soluções que eles encontram, ou não encontram, a fim de enfrentá-las.** (...) o analista do trabalho é precedido no “campo” por aqueles que nele vivem. (CLOT, 2006, p. 127, grifo nosso)

Nessa perspectiva, realizamos como procedimento metodológico, uma pesquisa qualitativa, mediante uma coleta de dados através de observação participante, uma vez que trabalho há treze anos como psiquiatra em um dos CAPS III estudados, além de entrevistas em profundidade. Efetivamente, o referido processo de observação participante do trabalho (real) nos CAPS ocorreu desde que começamos nossa pesquisa de campo no início do ano de 2008. Sobre esse processo, esclarecemos que não se trata de uma prática simples, mas complexa, repleta de dilemas teórico-práticos (VALLADARES, 2007). Nesse sentido, deparamo-nos com inúmeras particularidades das atividades de trabalho e detalhamentos do fazer prático, os quais tivemos que gerenciar ao longo da pesquisa. Segundo a mesma autora: “O pesquisador é um observador que está sendo observado o tempo todo” (p. 154). Para

tanto, requer um tempo de imersão no campo de pesquisa, um tempo de compreensão das observações de trabalho, um processo que se traduz num constante “saber ouvir, escutar, ver, fazer uso de todos os sentidos. É preciso aprender quando perguntar e quando não perguntar, assim como que perguntas fazer na hora certa” (p. 154), além de tomar nota de todos os achados empíricos e ressignificá-los *a posteriori*. Foi dentro dessa perspectiva que nos mostramos aos trabalhadores dos CAPS, a fim de compreender a evolução do comportamento destes, suas ações individuais e em grupo. Em outras palavras:

A observação participante supõe a interação pesquisador/pesquisado. As informações que obtém, as respostas que são dadas às suas indagações, dependerão, ao final das contas, do seu comportamento e das relações que desenvolve com o grupo estudado. Uma auto-análise faz-se, portanto, necessária e convém ser inserida na própria história da pesquisa. (VALLADARES, 2007, p. 154)

Desde o início, deixamos claro aos pesquisados o nosso percurso de pesquisa, promovendo um espaço-tempo de trocas intersubjetivas constantes e, não raro, fomos interrogados sobre a devolução de nossas conclusões de pesquisa. Assim, esse processo propiciou aos trabalhadores, possibilidades de verbalizarem seus saberes e fazeres, respeitando o silêncio (no fazer repetitivo) como palavras não ditas, porém, lidas por nós, nas entrelinhas do fazer. Esse movimento permitiu que informações importantes sobre as nuances do trabalho chegassem ao nosso (re)conhecimento.

Assim, buscamos compreender o trabalho dentro e fora dos CAPS como um todo (o funcionamento e os processos de trabalho, as missões, o gerenciamento e os comportamentos com os trabalhadores, tais como as atribuições de cada um deles na equipe e as condições e infra-estruturas de trabalho). Em seguida, colocamos uma lupa no “trabalho real” do psiquiatra, isto é, nas atividades desenvolvidas por ele num dia cotidiano de trabalho. Focamos também o fazer de outros trabalhadores como enfermeiros e auxiliares de enfermagem, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, o estagiário de Psiquiatria, especificamente, no que diz respeito ao estabelecimento de relações e/ou parcerias com a equipe de trabalho. Movimentamo-nos dentro dos CAPS para observar o fazer prático dos trabalhadores como um todo, acompanhando as rotinas onde o trabalho do psiquiatra se fizesse presente, com ou sem sua presença física. Acompanhamos alguns atendimentos em consultório, as oficinas terapêuticas com os pacientes, as reuniões de trabalhadores semanais dentro e fora dos CAPS, a organização dos trabalhadores nos plantões diurnos, noturnos e de final de semana, as passagens de plantões nos diversos turnos, as assembléias de pacientes, a visita domiciliar, a rotina de trabalho com o transporte diário (os pacientes são recolhidos em casa para a permanência-dia (PD) e levados de volta, à

tarde e à noite, pelos auxiliares de enfermagem), a organização e a manifestação pública nas ruas como a comemoração anual do dia 18 de maio - Dia Nacional da Luta Antimanicomial, a comunicação com as interfaces externas de trabalho, a urgência psiquiátrica dentro e fora do CAPS, o Serviço de Urgência Psiquiátrica (SUP), a contribuição de dispositivos como a Polícia e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) na lida com a urgência dos pacientes. Enfim, tentamos abarcar todos os dispositivos existentes na rede em que os trabalhadores dos CAPS se situam para melhor compreender o trabalho do psiquiatra.

Realizamos também, 89 entrevistas em profundidade com trabalhadores, dentre eles, com 31 psiquiatras, dos quais, 18 que atuam e 13 que não atuam nos CAPS estudados, bem como 32 outros trabalhadores (psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, auxiliares/técnicos de enfermagem) dos CAPS estudados. Reentrevistamos 6 trabalhadores, a fim de melhor compreendermos questões empíricas apresentadas por eles. Também entrevistamos 12 pacientes distribuídos entre os CAPS estudados.

Ainda dentro de nosso percurso metodológico em pesquisa qualitativa e condizente com nossos objetivos, apresentamos um estudo de caso: o do psiquiatra José, na intenção de tornar visíveis os efeitos de uma relação estabelecida entre entrevistado e entrevistador, pesquisador e pesquisado. O estudo de caso permite-nos a identificação de indivíduos que vivenciam o problema, a situação, ou têm algum conhecimento sobre a temática em questão (TURATO, 2005). Desta perspectiva metodológica, fazem parte alguns atributos éticos de reconhecimento de uma dada situação:

(...) uma postura de acolhida das angústias e ansiedades do ser humano; uma aproximação própria de quem habitualmente já trabalha na ajuda terapêutica; e a escuta e a valorização dos aspectos psicodinâmicos mobilizados sobretudo na relação afetiva e direta com os sujeitos sob estudo. (TURATO, 2005, p. 510)

Dessa forma, José apresentou-nos o CAPS de uma forma singular, mediante uma permissão bilateral, desvelando uma relação de confiança no processo de pesquisa. Acompanhamos o seu percurso de trabalho no local, as nuances de seus posicionamentos em grupo e no trabalho real e que culminaram com sua saída do mesmo serviço. Para tanto, estivemos próximos a ele por um longo período e, assim, compreendemos melhor as condições e contradições de um processo de trabalho em equipe, do lugar ocupado pelo psiquiatra e por outros trabalhadores e, conseqüentemente, os fatores psíquicos, emocionais e afetivos daí decorrentes.

José foi entrevistado por três vezes, traduzindo-nos três momentos de sua caminhada no CAPS. Desde a primeira entrevista, pelo seu tom de voz, as pausas e reflexões

apresentadas e sentidas desvelaram-nos um campo fecundo e definidor de rumos a serem seguidos no processo de trabalho do CAPS. A segunda entrevista, aconteceu mediante uma situação de verbalização de um sofrimento psíquico no/pelo trabalho: uma resignação por ele construída na ocasião de sua saída. Depois de dois meses de sua partida, nós o entrevistamos pela terceira vez, numa etapa crucial das ressignificações de seu percurso de trabalho no CAPS. O que nos possibilitou uma ampliação do entendimento dos fenômenos evidenciados, ou seja, “(...) se não é diretamente o estudo do fenômeno em si que interessa a esses pesquisadores, seu alvo é, na verdade, a *significação* que tal fenômeno ganha para os que o vivenciam” (TURATO, 2005, p. 509).

Enfim, tivemos como objetivo geral analisar o trabalho do médico psiquiatra, a partir da dicotomia prescrito-real e suas repercussões na vida cotidiana desses profissionais. Em termos específicos, nossos objetivos expandem-se para compreender as prescrições do trabalho do psiquiatra no antigo modelo, passando pelo sistema de tratamento hospitalar e o novo modelo - os CAPS. Identificar a forma com que os psiquiatras fazem “uso de si”¹⁰. Investigar o “real da atividade”¹¹ entre o trabalho prescrito e o real; analisar as condições materiais/concretas de trabalho no CAPS; verificar como o psiquiatra se articula com outras áreas específicas de conhecimento em saúde mental e com o trabalho em equipe - através de suas escolhas, de seus valores, do debate de normas, em meio às infidelidades do meio; pesquisar as repercussões das contradições desse trabalho na inserção do médico e da Psiquiatria em programas de saúde pública e coletiva; bem como investigar as saídas encontradas pelos psiquiatras no enfrentamento do trabalho real.

¹⁰ Especificamente, trata-se de um termo ergológico, segundo Schwartz (2007) que diz que o que está em jogo é como este trabalhador/psiquiatra organiza-se, “usa de si” em suas atividades de trabalho, “(...) ou seja, é preciso fazer uso de suas próprias capacidades, de seus próprios recursos e de suas próprias escolhas” (p. 192). Em outro sentido, partimos do pressuposto de que no trabalho: “(...) as normas não antecipam tudo. Então, trabalhar é arriscar, fazer “uso de si” (p. 193). Que trabalhar não seja nunca, puramente, a execução de normas, mas sim de escolhas singulares, mediante um “vazio de normas”, dos quais os trabalhadores vão tentando preenchê-los num processo de debates entre eles, através de valores pessoais e coletivos. Estamos nos referindo às “dramáticas do uso de si”: um outro conceito em que o vivido humano é tomado como drama - a subjetividade do trabalhador desmistificando-se e (re)fazendo parte das realidades de trabalho concretas. Uma definição de herança politzeriana (2004).

¹¹ Ou seja: “A atividade não é somente aquilo que se faz. O real da atividade é também o que não se faz, aquilo que não se pode fazer, o que se tenta fazer sem conseguir - os fracassos - aquilo que se desejaria ou poderia fazer, aquilo que não se faz mais, aquilo que se pensa ou sonha poder fazer em outro momento. É necessário acrescentar aqui - um paradoxo freqüente - atividade é aquilo que se faz para não fazer o que tem que ser feito ou ainda o que se faz sem desejar fazer. Sem contar o que deve ser refeito. A atividade possui então um volume que transborda a atividade realizada. Em matéria de atividade, o realizado não possui o monopólio do real” (CLOT, 2001, p.6).

Discorreremos a seguir sobre as perspectivas teóricas que sustentaram nosso trabalho de campo.

1.1 A Clínica do Trabalho

Ressituamos os pressupostos ontológicos e epistemológicos de nossa pesquisa nos CAPS, que estão voltados para os princípios da Psicologia do Trabalho, tendo a “Clínica do Trabalho” (LHUILIER, 2006) uma importância primordial para a análise da atividade real de trabalho do psiquiatra no CAPS. Trata-se de uma Clínica que sintetiza vários aspectos do trabalho num movimento pluri, inter, multi e transdisciplinar (no sentido de que um saber profissional interfere em outros) nas situações reais de trabalho. Isso remonta dois objetivos mais específicos. O primeiro é o de valorizar a ação do trabalhador (de forma clínica), considerando aspectos sociais, cognitivos e afetivos da atividade real. O segundo veicula o reforço à renovação do conceito de atividade, a partir da aproximação da subjetividade no/pelo trabalho.

Diz-se de uma movimentação clínica que, em primeira instância, valoriza filiações importantes, tais como os princípios da Análise Ergonômica do Trabalho (AET) e a Análise Pluridisciplinar de Situações de Trabalho (APST). Por outro lado, incorpora conceitos da “Clínica da Atividade”, segundo Clot (2001, 2006) e, por outro lado, a Ergologia, segundo Schwartz (2007, 2009) e a Psicodinâmica do Trabalho (DEJOURS, 1992, 2004). Sendo uma prática, essa Clínica prima pela relação dialógica entre o trabalhador e sua atividade de trabalho, que é investigada em seus matizes de construção de sociabilidades, de posicionamentos críticos sobre o seu próprio saber-fazer e da construção de coletivos de trabalho, visando desvendar as nuances do fazer prático.

A Clínica em questão interroga a relação pesquisador/pesquisado para que esta não aconteça de forma hierarquizada, mas assimétrica, garantindo as particularidades de cada um dentro de um processo clínico e dialético entre as duas instâncias. Embasando-nos em aspectos clínico-psicossociológicos, a atenção volta-se para que:

Pesquisadores e sujeitos pesquisados (...) são colocados em mesmo pé de igualdade, não existindo uma hierarquia desses saberes. O pesquisador rompe com a posição de expert e se engaja em uma relação de cooperação com os sujeitos em torno de um projeto comum onde a análise de sua implicação passa igualmente a ser objeto de pesquisa. (CARRETEIRO & BARROS, 2010, grifo nosso)

Em outro sentido, um processo de engajamento do pesquisador como um terceiro elemento na relação entre os trabalhadores e a realidade de trabalho, propondo a criação de um espaço-tempo de privilégio de interrogação ao trabalhador e à circulação da palavra. Numa movimentação de “agir compreendendo e de compreender agindo” (LHUILIER, 2006, p. 8) na situação concreta, propõe o posicionamento de um “pesquisador clínico” (do trabalho), ou seja, a possibilidade de criação de flexibilidades sobre a atividade de construção de sentido, mediante as experiências do trabalhador e do pesquisador.

Partimos de uma prévia teorização sobre o trabalho como um lugar dialético, numa relação dinâmica do trabalhador consigo mesmo, com o outro e com o seu trabalho real. Tomamos esse real com uma hiância entre o prescrito e o realizado, onde o próprio trabalhador em sua atividade vai (re)contando sobre esse encontro, possibilitando-lhe um momento de recriação, de reinterpretação da atividade, no momento em que nos verbaliza suas ações em tempo real, os acontecimentos da prática de trabalho.

Revalorizamos o entendimento do trabalho como práxis, inclusive social, e nos referimos à capacidade/poder de agir de cada trabalhador no exercício de sua atividade, que requer um endereçamento a si mesmo e, em seguida, ao outro, contrapondo a solidão do fazer à ação coletiva da atividade de trabalho. Trabalhar não significa um se livrar da atividade, mas trocas, cooperação e transmissão de saberes (LHUILIER, 2006).

A Clínica do Trabalho permite-nos uma reinterpretação da subjetividade à luz da simbologia da atividade no campo social e real. Também nos permite um encontro com outras parcerias como a Psicossociologia, que amplia o olhar ao objeto, mediante à Psicanálise, à filosofia, dentre outras. Em outra visada, uma interlocução intersubjetiva em busca de sentidos no mundo do trabalho entre os aspectos psíquicos, sociais, individuais e coletivos.

A busca pela compreensão dos sentidos do trabalho é outro aspecto clínico na Psicossociologia: por que e para que trabalhamos e suas repercussões na vida cotidiana são questões importantes que guiam a pesquisa e a intervenção psicossociológica como uma clínica do trabalho. Trata-se de bem articular uma atividade de pesquisa, que é ao mesmo tempo uma atividade de intervenção, a uma perspectiva teórico/metodológica que favoreça a descoberta e a co-produção de sentidos do trabalho pelos sujeitos envolvidos. (CARRETEIRO & BARROS, 2010)

Finalmente, o trabalhador situa-se na confrontação entre a tarefa e a atividade, num movimento dialético entre objetividade e subjetividade, uma vez que, ao trabalhar, o sujeito encontra-se com sua singularidade, história e experimentação. Por outro lado, encontra-se com o social pela via da política, da economia, da gestão da empresa, além da identidade e do *Reconhecimento* profissional.

1.2 A Ergologia

Para ampliar nossa bagagem teórica de forma significativa, ao promover “conversas sobre a atividade humana”, a Ergologia, segundo Schwartz (2007, 2008, 2009), vem nos trazer uma abertura para que o conceito de atividade se (re)faça como um enigma, em um tom filosófico, e em constante movimento de parceria com a experimentação dos trabalhadores. Ela permite a Análise Pluridisciplinar das situações de Trabalho (ASPT), da qual fizemos uso em nossa pesquisa, além de considerar a atividade imersa em quatro proposições ergológicas, que também utilizamos ao longo de nossa pesquisa.

(...) existe sempre uma distância (entre o trabalho prescrito e o realizado); esta distância é sempre ressingularizada; a entidade que conduz e que arbitra esta distância é uma entidade simultaneamente alma e corpo, como dizia a filosofia; e a arbitragem mobiliza um complexo de valores: o trabalho é sempre encontro de valores. (SCHWARTZ, 2007, p. 46)

Neste sentido, referimos a todos os personagens do cenário laboral dos CAPS como trabalhadores da saúde (mental), reservadas suas especificidades, relacionando-os entre si e com os pacientes: trabalhador-paciente, trabalhador-trabalhador/gestor. Sobretudo, o olhar ergológico permite novas formas de organização, processos e tecnologias de trabalho, a circulação de saberes, a informatização do meio, a comunicação entre serviços de saúde, a formação, a valorização dos saberes investidos e tácitos dos trabalhadores na experimentação, num processo de reconhecimento de si e do outro parceiro da relação.

Mediante princípios ergológicos, revisita-se o *modus operandis* do fazer prático. Há uma movimentação pela busca de (re)significações dos trabalhos a serem desenvolvidos e da (re)construção de estilos de trabalhar, de realizar suas atividades rotineiras, apresentando um determinado “ponto de vista” particular e em troca de saberes. Uma situação que não é construída espontaneamente, mas que demanda ser inventariado a todo momento, onde os saberes construídos permitam-se interpelar pela atividade cotidiana.

A Ergologia tem sido utilizada de forma recorrente em nossa pesquisa, inclusive mediante o “Dispositivo Dinâmico a Três Pólos” (DD3P). O primeiro pólo seria o conhecimento científico, os saberes (conceituais); o segundo pólo, aquele dos saberes investidos na execução do trabalho real (a experimentação, a produção prática); o terceiro, um dispositivo ético das trocas de saberes (SCHWARTZ, 2007). São pólos que se articulam, interagem dentro de um mesmo pé de igualdade entre pesquisadores e trabalhadores e que visam intervir no trabalho para modificá-lo, transformá-lo. Utilizamos da Ergologia naquilo que ela nos traz de mais importante e que podemos compreender em seu próprio objetivo:

(...) a Ergologia propõe uma análise “situada”, apostando na potência humana de compreender-transformar o que está em jogo, (re)inventando, criando novas condições e um novo meio pertinente – a si e à situação. Uma análise que opera com o ponto de vista da atividade, atraindo e permitindo um diálogo sinérgico entre profissionais oriundos de diferentes disciplinas científicas e profissionais que alimentam os saberes da prática. (...) que a atividade de trabalho pode ser um operador transversal, um objeto não só pluri, quicá transdisciplinar, mas necessariamente transaberes. (BRITO & ATHAYDE, In: SCHWARTZ, 2007, p. 7)

Pelo viés da Ergologia, houve uma legitimação e (re)qualificação de minha prática, de minhas emoções e afetos, um *Reconhecimento* e valorização de capacidades e habilidades na experimentação. Ela conferiu-me uma firmeza para enxergar o trabalho concreto que, de fato, fazem os trabalhadores dos CAPS. Foi um aparelho redutor/apaziguador de angústias advindas do furor pela inclusão social da loucura, uma evolução de auto-estima e uma recolocação de palavras onde a experimentação era prevalente, sem a devida reflexão crítica do fazer. Trouxe solidez às minhas reflexões teórico-práticas, ampliando a compreensão dos limites entre o engajamento ideológico-militante (inflamado e duro) pela Reforma Psiquiátrica (RP) e pelo Movimento de Luta Antimanicomial (MLA), e a atividade prática, promovendo um processo de retrabalhos de valores, escolhas, saberes de mundo, de aderência ou desaderência a teorias valorativas da experimentação. Enfim, contribuiu para o desvio do olhar da militância antimanicomial para o trabalho em si, para as condições, contradições e conflitos do mundo do trabalho aplicados aos CAPS. De carona, veio o entendimento de que, quando trabalhamos - no caso os psiquiatras dos CAPS - o próprio trabalho exige tarefas a serem executadas e que, não longe da realidade concreta, conseguimos realizá-las ou não, de formas diversificadas.

Em comum acordo com a Ergonomia, a questão não é adaptar o trabalhador ao trabalho, mas sim este ao trabalhador. Esta inversão de sentido promove todo um repensamento de pontos de vista sobre a atividade. Sob a insígnia “trabalhar é gerir”, (SCHWARTZ, 2007, p. 68), podemos reviver desdobramentos muito significativos nas atividades dos psiquiatras dentro dos CAPS. Ou seja, trabalhar é gerir defasagens entre o prescrito e o real, visando o encontro de novas possibilidades de trabalho, de novas confrontações e conflitos dentro de um coletivo de trabalhadores. Gerir a si mesmos, suas competências, seus potenciais de trabalho, encontros de pontos de vista diferentes sobre a atividade, as prescrições, regras, normas, procedimentos técnico-clínicos, dentre outros.

Em outros termos, a Ergologia foi tomada, não como uma disciplina, mas como um recurso Clínico - no campo da Saúde Mental, aplicado ao CAPS - para se analisar as relações de trabalho e para a construção/condução de casos clínicos.

Por último, temos um outro caráter clínico-ergológico. Podemos localizá-lo nas habilidades e atitudes do “agir em competência”, distribuídos entre os seis ingredientes de competência da atividade, que compõem o “perfil/estilo” de se trabalhar. Trata-se de elementos constituintes da forma de trabalho de cada um - aquilo que é inerente, mais hipertrofiado em um trabalhador, mostra-se diferente em outro, hipotrofiado, por exemplo - e que serão utilizados ao longo de nossa pesquisa, em termos clínicos ampliados de sentido. O primeiro ingrediente (IGR1) de uma competência é o traquejo, o domínio com os protocolos antes mesmo que estes sejam colocados em prática, o registro (R1) da atividade. O segundo ingrediente (IGR 2) relaciona-se com a dimensão histórica da situação de trabalho, a ressingularização das normas, o “encontro de encontros”¹², o relacionamento das interfaces específicas em uma dada realidade de trabalho, diz-se da antecipação de ações na configuração das atividades, ou seja, o registro R2 da atividade. O terceiro ingrediente (IGR 3) explica-nos a sintonia entre os dois primeiros ingredientes, uma inter-relação entre o contexto e o singular num processo de diferenciação, não de confusão, mas de mistura dessas duas instâncias. É a capacidade dialética de focalizar o protocolar de forma singularizada, da tomada de decisões em momentos certos e precisos da atividade.

O quarto ingrediente (IGR 4) trata-se do “uso de si” por si mesmo e pelos outros, mas dentro de uma permissão dialética, bilateral, trilateral e assim por diante, entre trabalhadores, pacientes e familiares dos CAPS. O agir em competência situa-se de forma prevalente nesse ingrediente, visto que ele diz do verdadeiro reconhecimento do meio de trabalho como seu, onde se pode colocar partes de suas crenças históricas de vida, de seus valores de mundo. Esse agir em competência traduz-se naquilo que o ambiente de trabalho é capaz de oferecer aos trabalhadores como possibilidade de locomoção, legitimação, e transformação desse meio em “patrimônio/herança” de trabalho, isto é, a capacidade de apropriação de sua ambiência de trabalho, seu território de ação.

O quinto ingrediente (IGR 5) dialoga com a atividade de trabalho, a partir do momento em que o trabalhador reconhece seu meio como prenhe de valores para si. Dessa forma, o trabalhador se apropria desse meio, toma partido dele, potencializando os ingredientes anteriores no exercício de suas atividades e utilizando-se deles conforme as exigências esperadas e inesperadas. O sexto e último ingrediente (IGR 6) vem circunscrever

¹² Explicando melhor, relaciona-se com o registro R2 – “(...) o registro dos encontros, o registro em que todos esses princípios são introduzidos na história. Introdução na história que cria encontros com algo inédito, jamais inteiramente inédito, ao menos em parte. Alguma coisa que se refere a combinações de grupos humanos com os meios técnicos e materiais, o que podemos chamar de *encontros de encontros* - e que são completamente ancorados no fio da história” (SCHWARTZ, 2007, p. 99).

todos os outros no processo de observação/investigação do trabalho real, especificamente, um local onde o “viver juntos” tende a fazer parte de um processo prescritivo de trabalho e do funcionamento do CAPS. Através desse ingrediente, a criação de coleções ou coletivos de trabalho são colocados em evidência como formas possíveis de organização de processos de trabalho.. Para esclarecer melhor nossa trajetória metodológica, esse ingrediente relaciona-se estreitamente com a capacidade de se trabalhar em equipe. A capacidade de tirar proveito das situações de trabalho, mediante colaboração, solidariedade e incorporação particular de cada um desses ingredientes.

O caráter constituinte da Ergologia para nossas reflexões teórico-metodológicas não se esgota aqui. Ao contrário, perpassa toda nossa pesquisa num processo de costura entre teorização e prática plurais. Assim, ao longo deste trabalho, outros conceitos ergológicos serão apresentados.

1.3 Entrevistas em Profundidade

As entrevistas em profundidade, dentro da metodologia de pesquisa qualitativa, complementaram nosso instrumento de análise de dados. Partimos do entendimento de que “*não contamos nossa vida a um gravador, mas a um outro que busca um conhecimento a partir de nossa experiência própria*” (FERRAROTI apud BARROS & SILVA, 2002, p. 142). Esse tipo de entrevista visa uma conversa com o trabalhador, possibilitando-nos uma elucidação, conhecimento e entendimento de suas atividades de trabalho, suas opiniões, suas trajetórias pessoais e de experimentação, seus processos de formação, críticas e pontos de vista sobre suas atividades, dentre outros.

Os elementos das entrevistas foram sendo categorizados no sentido de corporificar nosso trabalho e promover uma compreensão de nossos objetivos gerais e específicos. Em nossas experiências, essas entrevistas foram um convite à elaboração do fazer prático, ou seja, verbalizar as experimentações dos trabalhadores na empiria, no desafio de explicitar o saber tácito (que diz daquilo que o trabalhador sabe, mas não consegue explicar como fazer) de cada um, buscando traduzir aquilo que eles fazem cotidianamente quando trabalham - uma atividade de inter-relação dialógica entre pesquisador e pesquisado.

Entendemos que essas entrevistas tomam de empréstimo algumas reflexões importantes da Sociologia Clínica, que visa (re)situar o pesquisador numa interlocução clínica com o campo e com os pesquisados e busca valorizar as falas destes dentro de um

contexto de historicidade. Ou seja, em se refazendo alusão à metodologia de pesquisa em história de vida, “Isto quer dizer que ela torna possível, para o sujeito da narrativa, “trabalhar’ sua vida, reconstruir o que foi vivido, ressignificá-lo e mudar sua relação com sua história” (BARROS & SILVA, 2002, p. 138).

Em termos éticos, os trabalhadores e pacientes foram convidados, espontaneamente, a se pronunciarem (sobre os pontos de vistas de suas atividades) em entrevistas, mediante seus consentimentos éticos, livres e esclarecidos, que serão apresentadas nos anexos finais que se iniciam na página 247. Em relação aos pacientes, promovemos entrevistas mais cautelosas no sentido de salvaguardar sua integridade psíquica, a fim de compreendermos como o trabalho do psiquiatra é percebido na vertente de quem utiliza o serviço para tratamento - o paciente.

Nesse processo, buscamos compreender a ressingularização e o debate de normas e as reflexões imediatas de muitos trabalhadores em tempo real de nossas observações, notificando-as, analisando-as (de forma contextualizada com os pressupostos de Reforma Psiquiátrica de (des)centralização das hierarquias profissionais de todos os trabalhadores do CAPS, especialmente, os psiquiatras), e tomando-as como elementos balizadores para as entrevistas em profundidade que realizamos. Estas foram acontecendo numa movimentação de sentido como se estivesse ocorrendo uma conversa a distância entre os trabalhadores, intermediada por nós, pesquisadores. Se em uma entrevista eram feitas perguntas, em outras, as respostas eram apresentadas por outros trabalhadores e vice-versa.

CAPÍTULO II

2. DELIMITAÇÕES DOS CAMPOS DE PESQUISA

Ao fazermos uma imersão em nossos campos de pesquisa, reencontramos os CAPS inseridos no campo da Saúde Mental, que promove um espaço-tempo interrogativo acerca dos processos de saúde/adoecimento mental e que visa, pelo menos em tese, promover a integração e operacionalização dos serviços que compõem a Rede¹³. Suas ações localizam-se no desafio de articular um debate entre os saberes da experimentação (os investidos) e o conhecimento teórico em saúde como um todo, numa perspectiva de *Trabalho em Equipe*, inter, multi e transdisciplinar.

Em termos práticos, cientificamente, compõem-se de conhecimentos socioculturais, representados pela Psiquiatria, Psicologia, Psicanálise, Enfermagem, Serviço Social, Terapia Ocupacional, Pedagogia, Fisioterapia, Filosofia, Artes, Política, Justiça, Antropologia e outros. Também existe uma interlocução com a Saúde Pública e Coletiva, na expectativa de construção de coletivos de trabalho e trabalhadores. A Saúde Mental incumbe-se, assim, de diluir esses saberes entre três eixos: o da Clínica, o da Política e o da Reabilitação Psicossocial de portadores de sofrimento mental.

Nossos campos de pesquisa são três CAPS III e um CAPS II, inseridos nas cidades de Belo Horizonte e Betim, MG. Vale ressaltar que todos eles têm como missão primeira, o acolhimento de pacientes com sofrimentos mentais graves e persistentes e em crise¹⁴, um conceito que expandimos para além de quadros organo-psíquicos.

Com relação ao campo de Belo Horizonte¹⁵, sabemos que a cidade conta com uma população de 2412.937 habitantes. Compõe-se de nove CAPS, dos quais sete são CAPS III¹⁶, ou seja, serviços que funcionam todos os dias da semana em tempo integral; um CAPS AD, para pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas,

¹³ Ver nos anexos: SAÚDE MENTAL NO SUS (2004, p.13)

¹⁴ Ver o mesmo anexo acima.

¹⁵ Ver o texto: “A cidade e a loucura – *entrelaces*, no livro, Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: Reescrevendo o Público, Editora Xamã, São Paulo, 1998. Também, o livro: Política de Saúde Mental de Belo Horizonte: O cotidiano de uma utopia da SMSA - PBH.

¹⁶ De forma particular, são CAPS que funcionam vinte e quatro horas por dia, segundo princípios ministeriais, especificamente, em regime de Hospitalidade Noturna para pacientes em crises diversas. Trata-se de um funcionamento noturno em regime de portas fechadas, com a presença de equipe de nível médio, os auxiliares de enfermagem, porteiro e agente de higienização, acolhendo às demandas de pacientes em pernoite para aqueles já conhecidos do serviço, ou melhor, que passaram pelo acolhimento por algum técnico de nível superior durante o cotidiano de trabalho, de forma regionalizada. A Hospitalidade Noturna é regulada pelo SUP.

um CAPSi, para crianças e adolescentes, ambos CAPS II¹⁷. Há um Serviço de Urgência Psiquiátrica (SUP), localizado dentro da área hospitalar da Santa Casa de Belo Horizonte, que funciona todos os dias das 19:00 às 7:00 horas da manhã. Possui seis leitos de urgência e conta com o trabalho de psiquiatras, enfermeiros e auxiliares de enfermagem em regime de plantão. Atendem pacientes trazidos pelo SAMU e pela Polícia Militar, além de oferecer apoio aos auxiliares de enfermagem que trabalham na Hospitalidade Noturna dos CAPS III que, além da permanência-dia, oferecem também leitos de pernoite para pacientes mais graves. Existem nove Centros de Convivência e vinte e três *Serviços Residenciais Terapêuticos*¹⁸ destinados ao acolhimento em regime de moradia para pacientes egressos de internações psiquiátricas de longa permanência.

A cidade de Belo Horizonte possui, ainda, nove equipes complementares de atenção à saúde mental da criança e do adolescente, que contam com o projeto “*Arte da Saúde*”, melhor dizendo, são oficinas de arte para o público acima descrito, que recebe encaminhamentos vindos da rede básica complementar, o CAPSi e da Saúde da Família. Existem, também, cinquenta e oito equipes de saúde mental distribuídas pelos Centros de Saúde de forma regional.

Em termos de inclusão social do portador de sofrimento mental pelo trabalho, a Rede apresenta uma política específica de inclusão produtiva: a incubadora de empreendimentos econômicos e solidários de saúde que fomenta recursos financeiros, humanos, técnicos e políticos. Trata-se também de um trabalho em parceria com outras secretarias da Prefeitura de Belo Horizonte (PBH), oferecendo apoio à “*Suricato*”, uma “*Associação de Trabalho e Produção Solidária*”, que é gerida por usuários de saúde mental e que agrega grupos de produção como a marcenaria, o mosaico, a moda, o design e, mais recentemente, a culinária.

Vale ressaltar que todos os serviços da Rede de Saúde de Belo Horizonte estão conectados num sistema de rede computadorizada, o programa “*Gestão Saúde*”, que, através do prontuário eletrônico, possibilita a comunicação entre os serviços em geral. Além de todos esses serviços que compõem a Rede de Saúde Mental de Belo Horizonte, o projeto tem parceria com 513 equipes de Saúde da Família distribuídas pela capital. Em termos de políticas sociais, a Rede conta com a participação efetiva do Fórum Mineiro de Saúde Mental, que promove a interlocução de saberes e práticas com o campo da Saúde Mental e outras interfaces da cultura. Conta, também, com a Associação dos Usuários da Saúde

¹⁷ Portaria Ministerial n° 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002.

¹⁸ Portaria Ministerial n° 106, de 11 de fevereiro de 2000.

Mental de Minas Gerais (ASSUSAM). A referida Rede favoreceu o fechamento de três hospitais psiquiátricos privados conveniados com o SUS e a desativação de 1800 leitos de internação prolongada, via criação de Serviço Residencial Terapêutico (SRT) até a presente data. Uma particularidade do trabalho dos CAPS é que há um sistema de microárea, no qual os trabalhadores dos CAPS se dividem conforme o número de bairros para referenciar os pacientes. Nessa divisão, sempre existe um psiquiatra inserido, que, inclusive, assume mais pacientes em referenciamento (clínico-psiquiátrico) pelo fato de compor o menor número de trabalhadores dos CAPS, em termos generalizados.

No campo de Betim¹⁹, pode-se dizer que houve uma trajetória diferente, porém, singular. Por não contar com a presença de hospitais psiquiátricos em seu entorno, o município de Betim com seus trabalhadores, inicialmente à construção do projeto, teve que se debruçar sobre o acolhimento das urgências em saúde mental, impedindo a internação psiquiátrica hospitalar em Belo Horizonte. Em aspectos de políticas de saúde, em 1993, começou-se a considerar a necessidade da criação de uma Rede de Assistência em Saúde Mental, baseada em princípios do Serviço Único de Saúde (SUS), da Reforma Psiquiátrica (RP) e do Movimento de Luta Antimanicomial (MLA).

A partir de 1994, quando da criação da Rede de Saúde Mental, particularmente do CAPS II (Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM) Suzana Nara Ozólio, o Betim Central), foi ocorrendo uma considerável redução do número de internações em Belo Horizonte. Pela história da RP no município, até 1996 a média de internações em hospitais psiquiátricos de Belo Horizonte, de pacientes provenientes de Betim, era de 600 por ano e a população da cidade era de 249.451 habitantes. Em janeiro de 1997, o CAPS II expandiu seu funcionamento para 24 horas, tornando-se CAPS III. No primeiro mês, ocorreu o regime de Hospitalidade Noturna (HN) e, em seguida, com a presença do trabalho 24 horas do psiquiatra. Com a abertura do serviço 24 horas, houve uma redução significativa de internações hospitalares. Nessa época, já se contava com a presença de mais um CAPS II (CERSAM Teresópolis) e um CAPSi, que funcionava junto à equipe do CAPS III, dentro de uma mesma estrutura física. Em 2006, houve a implantação de mais um CAPS II (CERSAM Citrolândia).

Recentemente, a Rede de Saúde Mental encontrava-se estruturada com um Centro de Convivência, duas Unidades Básicas de Saúde (UBS), com equipes de Saúde Mental, duas

¹⁹ Para melhor conhecimento da rede, sugerimos a leitura do “Boletim: *Construindo um Gestor Pleno*, no livro *Praxis en Salud: um desafio para lo público* (MERHY & ONOCKO, 1997, 169-196. Também o livro, “Reforma Psiquiátrica no Brasil: *Um estudo sobre a trajetória de Betim, Minas Gerais* (NUNES, K. G, 2009).

Residências Terapêuticas, uma equipe de Saúde Mental em fase de composição dentro do Programa de Saúde da Família (PSF), além da Associação de Usuários, Familiares e Amigos da Saúde Mental de Betim - a “*Vida que te quero Vida*” -, uma entidade autônoma, que garante a participação dos usuários no âmbito sócio-político e cultural.

Em 2009, com uma população em média de 450.000 habitantes²⁰, o cenário da Saúde Mental de Betim continua, praticamente, o mesmo. Vale considerar que, recentemente, esse projeto encontra-se em fase de reestruturação assistencial e ampliação de sua Rede.

2.1 Os CAPS estudados

Em Belo Horizonte, os CAPS estudados foram sugeridos pela Coordenação de Saúde Mental da Prefeitura de Belo Horizonte (CSMPBH). São eles: os CAPS III - CERSAM's Noroeste e Oeste, assim nomeados pela localização em determinada regional da cidade. Em Betim, estudamos um CAPS III, o CERSAM Betim Central, e um CAPS II, o CERSAM Teresópolis. A escolha desses dois CAPS foi realizada, mais precisamente, sob nossa reflexão a respeito da importância desses dois CAPS no cenário histórico da Rede.

Com relação ao CAPS III/CERSAM Betim Central, localiza-se numa região mais central da cidade (mais precisamente, próximo à rodovia - BR 381), oferece atenção a uma população de 450.000 habitantes e conta com seis leitos de internação e um de urgência. No início, era um pequeno Centro de Saúde e foi readaptado para o funcionamento do referido CAPS III. Em sua área física, há um andar superior, destinado ao ambulatório de pacientes estabilizados, quartos e banheiros para os trabalhadores plantonistas e área administrativa. Funciona em regime de “portas abertas” para o acolhimento das urgências noturnas e finais de semana da Rede de Saúde Mental de Betim e dos municípios que compõem a MICRO II (composta por 13 municípios). Apresenta-se de forma diferenciada no cenário da RP brasileira pelo fato de ter expandido seu funcionamento para 24 horas logo em seguida à sua abertura como CAPS II. Oferece apoio noturno e nos finais de semana para toda a Rede, inclusive dos municípios vizinhos.

O CAPS II/CERSAM Teresópolis, um serviço que se localiza próximo a uma grande favela, em frente à fábrica da FIAT Automóveis, foi inaugurado em 1998, sendo o terceiro CAPS de Betim. Atende uma população de 237.000 habitantes. Apesar de ser um serviço

²⁰ Ver Figura 9 nos Anexos finais para melhor compreender a média de crescimento populacional do município.

amplo, sua infraestrutura ergonômica é questionada pelos trabalhadores no sentido de apresentar uma grande fragilidade em segurança. Funciona de segunda a sexta-feira, de 8:00 às 18:00 horas²¹.

Suas dependências são concentradas em três prédios separados por uma área externa onde ficam os pacientes da permanência-dia (PD). Um deles é destinado à recepção de pacientes novos, junto a um atendimento ambulatorial. O outro apresenta cômodos pequenos, onde se situam alguns consultórios, o setor administrativo e a gerência, a sala de reunião e uma sala de observação conjunta para pacientes masculinos e femininos. O terceiro é uma sala multiuso. Como não funciona aos finais de semana, este CAPS II transfere aqueles pacientes mais graves para a responsabilidade do CAPS III.

O CAPS/CERSAM Noroeste, inaugurado em abril de 1995, completando 15 anos de existência, nasceu num momento de desconstrução de um Centro de Especialidades para Atendimento em Psiquiatria, chamado de PAM, composto por um grande ambulatório de atendimentos à população da mesma regional e de outras cidades mineiras. Paralelamente a essa desconstrução, constituía-se o CAPS. Na época, a regional tinha uma população de cerca de 300.000 habitantes e, hoje, com 400.000, conta, segundo os trabalhadores, com o mesmo número de recursos humanos. É um serviço pioneiro da Reforma Psiquiátrica em Belo Horizonte, por ter sido o segundo CAPS da Rede de Saúde Mental, depois da criação do CAPS/CERSAM Barreiro em 1993. Também, por ter conseguido se reafirmar e consolidar sua importância como referência para a população da regional. Nos três primeiros anos de sua implantação, funcionou de segunda a sexta-feira, constituindo-se como um exemplo de CAPS intermediário, segundo nossas investigações. Em setembro de 2006, expandiu seu funcionamento para 24 horas em regime de Hospitalidade Noturna (HN), dispondo de oito leitos de pernoite. Atualmente, é referência para oito Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), acolhendo os pacientes em PD e HN, caso seja necessário. Foi o primeiro CAPS a estabelecer o sistema de microáreas enquanto processo de trabalho. Em termos estruturais, é um CAPS grande, com dependências bastante espalhadas, conservando alguns aspectos da estruturação do velho ambulatório.

O CAPS/CERSAM Oeste foi o penúltimo dos sete CAPS da cidade, inaugurado em abril de 2002, responsável por uma população de 441.000 habitantes, uma vez que assiste a uma parcela da população centro-sul que ainda não tem um CAPS. Trata-se de um CAPS III

²¹ Segundo nossas reflexões, trata-se de um CAPS II, porém há discussões acerca da expansão de seu funcionamento para o final de semana (tornando-se CAPS intermediário, segundo nossa denominação), com vistas ao funcionamento 24 horas.

que se localiza próximo à entrada de uma favela - Morro das Pedras. Foi composto por trabalhadores que, antes da abertura deste, estagiaram no CERSAM Noroeste. Na Regional Oeste, há dois hospitais psiquiátricos, o Galba Veloso e o André Luiz. A região conta com cinco leitos de HN e também é referência para um SRT. Em termos históricos, o CAPS expandiu seu funcionamento para os finais de semana em 2003 e, em 2006, o ampliou para 24 horas em regime de HN, sendo que seu processo de trabalho também acontece segundo a subdivisão em microáreas.

Para efeito de melhor compreensão e discriminação dos trabalhadores e das atividades/oficinas terapêuticas²² realizadas nos CAPS estudados, apresentaremos dois quadros informativos.

²² Podemos nomeá-las em diálogos com os trabalhadores de espaços de criação, expressão de suas singularidades, transformação, humanização das relações, experimentação, socialização e convivência, educacionais e recreativas, mas sempre visando o respeito pela diferença de cada paciente e seu contexto de vida e de tratamento.

TRABALHADORES	CAPS Oeste (BH)	CAPS Noroeste (BH)	CAPS Teresópolis (Betim)	CAPS Betim Central
PSIQUIATRAS	3	5	2	10 ²³
PSICÓLOGOS	6	7	7	6
ASSISTENTES SOCIAIS	2	2	1	2
TERAPEUTAS OCUPACIONAIS	2	3	3	2
ENFERMEIROS	3	4	3	7
AUXILIARES/TÉCNICOS DE ENFERMAGEM	30	30	12	33
FARMACÊUTICOS	1	1	1	2
PORTEIROS	4	8		4
AUXILIARES ADMINISTRATIVOS	2	3	3	5
AUXILIARES DE SERVIÇOS GERAIS	4	8	3	6
MOTORISTAS	1	2	1	1
GUARDAS/SEGURANÇAS	-	-	-	-
GERENTES	1	1	1	1
TOTAL DE TRABALHADORES	59	74	37	79

Figura 1: Quadro de trabalhadores dos CAPS.

²³ Aqui, vale uma consideração e que se expande a todos os CAPS estudados. Ver portaria 336/GM nos anexos, que preconiza 2 (dois) psiquiatras para compor o CAPS III. Este CAPS diferencia-se em número de psiquiatras por contar com a presença 24 horas desse trabalhador, uma situação que não apresenta uma diretriz protocolar, segundo leis e portarias, quer dizer, ficando a cargo de cada gestão municipal, a direção de rumos de seus processos de trabalho para o acolhimento do paciente em termos de integralidade. Em contato recente com o Ministério da Saúde, obtivemos a informação da existência no Brasil de 46 CAPS III que funcionam com a presença 24 horas do psiquiatra.

CAPS	ATIVIDADE/OFICINAS TERAPÊUTICAS
CAPS Oeste	Auto-cuidados; Jardinagem; Filme/Karaokê; Lian Gong (uma ginástica oriental); confecção de sabonetes; Tema livre; Bijouteria; Letras; Cine-cidadania; aniversariantes do mês; Reunião de familiares e <i>Assembléia de usuários</i>
CAPS Noroeste	Papel reciclado; Artesanato; Música; Auto-cuidados; cosméticos; Letras; Jornal; Livre expressão; Discussão de temas cotidianos; Reunião da familiares e <i>Assembléia de usuários</i> .
CAPS Teresópolis	Roda de conversas sobre medicamentos; Oficina de decoupage (pintura e colagem); Oficina de biscuit (enfeites em miniatura); Bordados; Fuxico; Pintura livre; Modelagem em argila; Chaveiros de feltro; Bijouterias diversas; Reunião de familiares e <i>Assembléia de usuários</i> .
CAPS Betim Central	Artesanatos (bordado, tapeçaria, tricô, crochê); Jogos (dama, dominó, advinhações, bingo); Música; Karaokê; Aniversariantes do mês; Futebol; Cinema; Cuidados pessoais; Dança; Dinâmica de grupo; Reunião de familiares e <i>Assembléia de usuários</i> .

Figura 2: Quadro de Atividades/Oficinas Terapêuticas.

2.2 O funcionamento dos CAPS

Os CAPS apresentam como missão primeira, pelo menos em tese, o acolhimento preferencial para pacientes (psicóticos e neuróticos) graves, em crise de sofrimento psíquico, buscando promover a substituição do hospital psiquiátrico e de práticas manicomialis - um desafio para os trabalhadores. De forma comum a todos os CAPS estudados, a determinação primordial no funcionamento é que o trabalho aconteça em equipe (multiprofissional, interdisciplinar e/ou transdisciplinar) e que haja uma atenção territorializada, que extrapole os muros (reais e simbólicos) do CAPS. Mediante essa determinação, todos os trabalhadores

estariam numa posição de igualdade frente aos outros trabalhadores e, conseqüentemente, num lugar de assimetria no atendimento aos pacientes e familiares.

Os trabalhadores que exercem a Clínica em Saúde Mental dentro do CAPS receberam uma denominação de Técnicos de Nível Superior (TNS) . São profissionais que adquiriram um conhecimento universitário, especificamente no campo da Psicologia, da Psiquiatria, da Assistência Social, da Enfermagem, da Terapia Ocupacional, em contrapartida aos outros trabalhadores que também apresentam um saber (investido) na Saúde Mental, porém, não acadêmico, como os técnicos/auxiliares de enfermagem. Em termos de processo de trabalho, esses TNS atendem, em sua maioria, como “*Técnicos de Referência*” (TR). São trabalhadores de nível superior, eleitos, preferencialmente, de forma espontânea, no momento do acolhimento, para a condução do tratamento do paciente. A construção e condução do caso clínico, respeitando a divisão dos trabalhadores pelo sistema de microáreas, por um lado, facilita o trabalho, aproximando mais os pacientes das equipes de trabalho, por outro, mostra-se um desafio no reestabelecimento do laço transferencial que, muitas vezes, tende a acontecer no momento do acolhimento, na porta de entrada.

Vale ressaltar que o tratamento ocorre mediante a construção de “*Projetos Terapêuticos Individualizados*”²⁴ (PTI), pelo viés da “*Clínica da Referência*”²⁵, segundo conhecimentos teóricos e de verbalização dos trabalhadores. Neste sentido, cada paciente tem um trabalhador de referência no CAPS, que conduz o seu tratamento e que constrói (em termos prescritivos) sua passagem pelo serviço. A expectativa é que a condução do caso seja feita, pelo menos por uma dupla de profissionais, sendo um deles o psiquiatra.

Na prática, o trabalho dentro do CAPS pode ser definido por um sistema híbrido no sentido de acolher pacientes em diversos estágios de sofrimento psíquico. “*Aqui todo técnico tem que participar de plantões. Então, a gente tem o atendimento da urgência, temos a permanência-dia, e temos o ambulatório, são três em um, são três serviços num lugar só, o que é um grande complicador, né?*” (Psicóloga 4).

²⁴ “*Projetos Terapêuticos Individualizados*” aqui dizem da forma como os trabalhadores, técnicos em Saúde Mental articulam-se e planejam ações para conduzir o tratamento do paciente numa perspectiva de trabalho em equipe.

²⁵ Trata-se da Clínica realizada pelo *Técnico de Referência*. Também pode ser definida como a clínica do “um-a-um”, do “caso-a-caso”, do “corpo-a-corpo”, onde o tratamento do paciente é gerenciado por um trabalhador específico e em parceria com outros membros da equipe, mediante o respeito à singularidade e à subjetividade do paciente. Clínica que valoriza o potencial de vida do paciente antes de qualquer tipo de adoecimento. Visa fornecer elementos para a construção de “*Projetos Terapêuticos Individuais*”, com vistas à (re)inclusão social e o trabalho em equipe. Uma clínica diferenciada do modelo tradicional de Clínica (na prescrição, a priori) em saúde, que, em termos mais expandidos, diz da *Clínica Ampliada* que abordaremos ao longo da pesquisa. Em suma, há uma ampliação das atividades de trabalho junto ao paciente para além das questões “psi”.

Os trabalhadores revezam em diversas tarefas, inclusive em regime de plantões e atividades com hora determinada para início e fim. Neste sentido, os CAPS se diferenciam, mas há uma tendência em manter, mais ou menos, a mesma organização/processo de trabalho. Os trabalhadores distribuem-se segundo algumas atividades, com hora, tempo e lugar determinados. São elas: o acolhimento na porta de entrada, a organização do carro para o transporte diário de pacientes de permanência-dia ou noite, o atendimento ambulatorial individual e psicoterápico, o ambulatório de crise destinado a pacientes recém-saídos da crise e que necessitam de maior suporte clínico em Saúde Mental, as oficinas terapêuticas, o atendimento em assistência social, as assembléias de pacientes e familiares, a visita domiciliar, as atividades externas, bem como outras atividades inesperadas, não programadas.

2.2.1 As prescrições: do velho ao novo modelo

Partimos do entendimento de que em todo processo de trabalho há a dimensão protocolar, mesmo que os protocolos não estejam escritos e expostos concretamente, em locais de trabalho. Segundo as teorias sobre o trabalho e a experimentação, os trabalhadores tendem a seguir uma certa normatização em seus processos de trabalho, mesmo que essas normas não estejam claras, nem verbalizadas. Isso se mostra constitutivo de nossas reflexões teóricas, de que não há trabalho sem o prescrito, que a relação prescrito-real é evolutiva e que “(...) no trabalho, temos a tendência a só ver o prescrito” (SCHWARTZ, 2007, p. 70).

De antemão, deve-se elucidar que, *a priori*, tais prescrições não podem ser taxadas nem de boas, nem de ruins, mas sim de tentativas de (re)normatização de um novo modelo de atenção e que isso não poderia acontecer sem o pré-estabelecimento de idéias (LHUILIER, 2006).

Na era clássica da Psiquiatria, a prescrição era evidente e se fazia à luz de uma determinação cultural (da própria sociedade) de um lugar (de exclusão) para o tratamento da loucura, ou seja, o hospício/manicômio e, no século XX, o Hospital Psiquiátrico. Isso se reconfirma nas palavras contemporâneas de Schwartz (2007, p. 68), que diz: “(...) em termos mais gerais é a sociedade quem prescreve”. Na mesma era, havia uma prescrição claramente estabelecida para o psiquiatra, evidenciada nas seguintes palavras: “(...) a psiquiatria sempre colocou o homem entre parênteses e se preocupou com a doença” (BASAGLIA, 1979, apud AMARANTE, 1995, p. 46). Por este caminho, de uma forma mais clara e prescritiva, o

psiquiatra ocupava o lugar de hegemonia do saber e o lugar central no trabalho dentro das instituições psiquiátricas, gerenciando o processo de trabalho e distribuindo tarefas para outros trabalhadores. “No modelo da Psiquiatria clássica, o psiquiatra era o centro de tudo, o manicômio, o asilo, nele o psiquiatra era a figura única, praticamente, era o centro” (Psiquiatra 1).

Se na época acima referida, evidenciava-se uma prescrição mais homogênea, no modelo novo, a situação mostra-se de forma mais heterogênea. Inúmeras são as prescrições, mas há uma primeira: a própria RP (Brasileira), particularizada aos moldes em que se aplica em nossos campos de pesquisa, visando a transformação do modelo antigo, via criação de vários “Serviços Substitutivos”, dentre os quais localizamos os CAPS como um dos frutos dessa prescrição.

Dentro dos CAPS²⁶, a primeira prescrição é que sejam instalados no território da cidade e em casas comuns²⁷. Quanto a essa prescrição, logo no início da pesquisa, percebemos uma renormalização considerável. Todos os CAPS estudados não se localizam em casas, nem tampouco se assemelham. Muitos se distanciam da proposta, outros tendem a reaproveitar/readaptar o imóvel de forma a facilitar a instalação, primeiro dos dispositivos de tratamento e, em seguida, da circulação de pacientes.

Uma outra e marcante prescrição é que o trabalho seja em equipe, fato que será reabordado ao longo de toda a pesquisa. A partir dessas primeiras prescrições, localizamos diversas outras, que nos pareceram desdobramentos destas, quer sejam advindas da própria experimentação, dos próprios trabalhadores, de ex-trabalhadores e/ou de teóricos do processo de reforma. De recepção, um de nossos entrevistados apresenta-nos um desafio:

Você se propõe em definir qual o papel do psiquiatra numa equipe multiprofissional, multidisciplinar de saúde mental. Eu tenho uma dificuldade muito grande com esse tema, uma dificuldade que eu coloco de saída que é a seguinte: não existe nenhuma definição sustentável, defensável, do que seja uma equipe multidisciplinar de saúde mental. Então, isso de cara coloca um problema que eu considero sério: **“como é que eu vou discutir o papel do psiquiatra numa equipe se, de antemão, eu ponho em questão, eu ponho em dúvida a própria existência de uma equipe dessa natureza? Eu problematizo, não há uma definição do que seja essa equipe, o quê que é essa equipe?”** (Psiquiatra 1, grifo nosso)

²⁶ Ver o caráter prescritivo dos CAPS nas seguintes atividades de: “Atendimento individual, em grupo, para a família, comunitárias, assembléias ou Reuniões de Organização do Serviço”, que se repetem nos seguintes protocolos de trabalho: portaria 336 (anexos finais), SAÚDE MENTAL NO SUS (2004) e ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL (2006).

²⁷ Ver em anexo portaria 336: Art. 3º e Parágrafo único. Em UM OUTRO OLHAR, no item - O que é o CAPS: função e estrutura -, “O CAPS deve ser instalado em espaço físico próprio e adequadamente preparado para atender à sua demanda específica. O imóvel deve ter estilo residencial, estar localizado em bairro de fácil acesso à população e contar com um ambiente que favoreça o acolhimento e a hospitalidade”.

Nossa intenção não é respondê-lo, especificamente, mas diluir tal questionamento entre os trabalhadores dos CAPS: um de nossos objetivos de pesquisa. Nosso referencial teórico, a Ergologia, promove essa discussão de trabalho em equipe permeada pela exposição dos seis ingredientes (IGR's) do agir em competência. Ela localiza o sexto ingrediente como ponto de ancoragem desse trabalho, ou seja:

A verdadeira capacidade de trabalhar em equipe está em compreender que cada homem, em função de sua história, de sua vida escolar, de suas possibilidades e impossibilidades, de suas experiências de vida, tem um perfil mais ou menos diferente: ele tem um perfil que não é o meu, ele é mais rico em tal coisa que em outras; e quanto a mim, eu devo ser modesto, quando se justifique, e assumir minhas responsabilidades quando sei que sou mais competente em determinado plano. (SCHWARTZ, 2007, p. 221)

Segundo o autor, o trabalho em equipe (diferente de uma coleção de trabalhadores) promove um encontro de trabalhadores num coletivo de trabalho, através de uma tecitura dos ingredientes. De outra forma:

Trata-se da capacidade de, como em uma culinária, saber usar os ingredientes, ou seja, de ligar entre si pessoas que têm perfis diferentes e fazê-las trabalhar juntas, de tal maneira que cada um reconheça em que seu perfil é diferente do outro, sem criar hierarquias artificiais, baseadas, por exemplo, em um só ingrediente, como é freqüente. (SCHWARTZ, 2007, p. 221)

Retornando ao entrevistado acima, podemos somar as reflexões teóricas, propondo escutá-lo, o que faz sentido em nosso contexto ergonômico de investigação: “compreender o trabalho para transformá-lo” (GUÉRIN et al, 2001), porém, em diálogos com os trabalhadores. Segundo o autor:

Então, não se define uma equipe a partir dos profissionais. **A minha proposta é que se houver chance de definição de uma equipe, que essa definição se faça pela divisão do trabalho, não pelo nome das categorias profissionais.** Divisão do trabalho. Multilaborativo, não multiprofissional, porque multiprofissional não define nada. Conforme eu lembrei, você pode reunir três pessoas e, no máximo, conseguir que elas briguem entre si! (Psiquiatra 1, grifo nosso)

A questão que perpassa esses serviços reside na formatação desse trabalho em equipe, ou seja, há um consenso de que o trabalho seja em equipe, mas ao olharmos de perto, percebemos uma grande desarticulação dos trabalhadores na lida com as prescrições de trabalho, inclusive no processo de renormalização e na reaplicação das normas de forma contextualizada e continuada. Em conversas com os trabalhadores, estes apresentaram-nos um percurso de repensamento desse trabalho na seguinte direção:

Eu trabalho muito com a idéia do... da transdisciplinaridade. **O que quer dizer, uma proposta que avance em torno, para além das especificidades, para além de cada disciplina, vamos pegar no ponto de vista acadêmico.** A gente parte do pressuposto que a gente está sempre nessa perspectiva da construção coletiva. **Então, pra garantir essa pluralidade de idéias, essa pluralidade de sujeitos, a gente precisa estar aberto, né?**

Aberto para essa perspectiva da transversalidade, transdisciplinaridade, a gente não sabe nada onde vai dar isso, nós somos sujeitos desse processo, né? Portanto, abertos a toda construção coletiva, né? (Enfermeiro 10, grifos nossos)

Nesse aspecto, os ergologistas interrogam-se sobre esse caráter transdisciplinar do trabalho em equipe através da Educação, da Sociologia, da Filosofia, do Direito, das Políticas Públicas, introduzindo um terceiro elemento, a experimentação:

No caso dos estudos sobre o trabalho humano, é necessário incluir um terceiro elemento: a experiência real de trabalho, ou seja, se re-interrogar sobre o próprio trabalho enquanto experiência, colocando novas dificuldades aos diversos campos científicos e buscando ultrapassar os obstáculos epistemológicos que se evidenciam nesse percurso. (CUNHA & LAUDARES, 2009, p. 69, grifo nosso)

Para ilustrar essas reflexões, a fala abaixo apresenta-nos um posicionamento instituinte de sentido de trabalho em equipe, o que se aplica a todos os trabalhadores:

Por exemplo, eu já tive dia de estar atendendo dentro da sala... ambulatório... e eu escutar o barulho do vidro quebrando, eu não espero me chamar não, eu já levanto, abro a porta e já vou. Por que? Porque eu sei que se eu não for, na hora que eu chegar lá, se eu esperar alguém vir me chamar, o negócio já vai ter triplicado... o problema, né? **Então, isso que eu chamo de trabalho em conjunto: é quando tem um barulho, um grito, todo mundo já está antenado e se julga assim... comprometido... como o negócio, tipo assim, tão me chamando, tão precisando de mim.** (Psiquiatra 2, grifo nosso)

A fala acima exemplifica-nos uma situação de diálogo entre a dimensão protocolar e a ressingularização de normas, o que nos recoloca frente ao processo de antecipação²⁸/confrontação de trabalho (em equipe), segundo os pressupostos ergológicos.

Em termos específicos ao nosso objeto de pesquisa - o trabalho do psiquiatra - percebemos diversas prescrições, porém, a mais evidente é que ele consiga abdicar da centralização histórica do saber-poder para se inserir no coletivo dos trabalhadores, uma situação complexa e que remonta um dos objetivos de pesquisa. *“Não, não... como uma prescrição, como um convite, entende? Mas um convite, porque se ele não for convidado... ele vai fazer o que ele sempre soube. Porque a formação dele foi inteira desse jeito lá no hospital”* (Psiquiatra 12). Um convite a fazê-lo abdicar de uma posição centralizadora - herança do modelo clássico - para assumir, então, diversas atividades. Ora, para que o trabalhador possa assumir outras posições de trabalho, além de sua especificidade, espera-se de bom grado que este ocupe, faça, realize suas especificidades, não de forma primeira, mas que dela não se perca (SCHWARTZ, 2007).

²⁸ Refere-se a: “Antecipar, tomar a dianteira, ser proactivo. A nossa faculdade humana de formar conceitos permiti-nos em parte o inesperado do trabalho (graças ao prescrito, mas também à formação, à experiência efectiva, herdada de um colectivo e também pessoal). Glossário da Ergologia (2008, p. 26).

Nesta direção, para exemplificar tal situação, podemos citar algumas prescrições junto com Lobosque (1997, p.30): “(...) esta clínica deve romper com o olhar que o hospital determina; deve romper com este enquadramento manicomial que determina certa relação ao saber”. São prescrições que se configuram como novidades de trabalho para o psiquiatra, haja vista o modelo tradicional de tratamento.

A nosso ver, o trabalho teórico necessário à reconstrução da Psiquiatria alia-se de forma indissolúvel à atuação dos psiquiatras nesses novos locais. Ali, o psiquiatra já não é o anfitrião obrigatório das urgências - embora participe, em rodízio com outros técnicos, de sua recepção. O trabalho dos chamados “técnicos de referência”, profissional de diversas categorias que assumem a responsabilidade do acolhimento à crise e do acolhimento individual, é uma novidade para o psiquiatra mesmo: sustentando também este lugar para alguns pacientes, não pode limitar-se à função da prescrição. (LOBOSQUE, 1997, p. 64-65, grifo nosso)

Na sequência, percebemos outras reflexões importantes que também podemos traduzir em forma de tarefas: “Um traço comum a todos estes serviços substitutivos, tais como os descrevemos, é o seguinte: o psiquiatra não ocupa aí uma posição central” (LOBOSQUE, 2001, p. 91). De uma outra forma:

Ele pode ser ao mesmo tempo o terapeuta e o médico de um paciente que atendeu na recepção; pode ser o médico de um paciente cujo tratamento é conduzido por outro terapeuta; pode ser, como colegas de outras categorias, o monitor de uma oficina de letras ou de artes plásticas; pode, também em rodízio com outros profissionais, ser o coordenador de uma assembléia geral do serviço, ou de uma reunião de familiares; pode acompanhar os usuários ao cinema; pode fazer uma visita domiciliar a um paciente ausente (...). (LOBOSQUE, 2001, p. 91)

Enfim, considerando as reflexões acima, escutamos os psiquiatras falarem de prescrições de trabalho. Apresentamos a seguir alguns exemplos da situação. Eles dizem que a “sobrecarga de trabalho” foi aumentando e, com ela, a cada dia mais, novas prescrições de trabalho, na medida em que as teorias também aventuram-se em desvelar, traduzir e prescrever para o trabalhador, sem antes visitar suas experimentações. A maioria das conversações caminhou nessa direção: “*Olha, eu acho que é estudar, tratar, medicar, identificar as comorbidades que o paciente possa ter, né? Outras doenças, dar diagnóstico, modificar diagnóstico*”. (Psiquiatra 5). Uma outra tarefa coloca-nos de cara com a contraposição do trabalho do psiquiatra no CAPS ao hospital psiquiátrico: “*Eu acho que nós não estamos conseguindo fazer a passagem da assistência... porque nós temos aí a tal meta da extinção do hospital*” (Psiquiatra 12). Nesse sentido, os psiquiatras foram categóricos em dizer que os CAPS esperam que eles se coloquem na linha de frente da luta contra a internação, mas estes profissionais apontam outra direção:

Então, que é uma meta complicada, enquanto a gente ficar muito parado nela, parece que a gente fica igual alguém que fica defendendo bolas com raquetes de tênis **pra não deixar o**

sujeito ser internado no hospital e isso nos demanda um grande esforço que, na hora das atitudes de reabilitação, muitas vezes, a gente já num tem forças mais. (Psiquiatra 12, grifo nosso)

Neste sentido de trabalho prescritivo, localizamos a utilização pelos trabalhadores de verbos no infinitivo, retraduzindo-nos uma diversidade grande de ações para o trabalho psiquiátrico. Há também, a prerrogativa de trabalhar construindo laços com pacientes e familiares, de não poder trancafiar o sujeito, de “ter” que persuadir o paciente no movimento de convencimento dele para o tratamento: “*E pra isso, você, às vezes você tem que ceder em algumas partes*” (Psiquiatra 1). Vários outros posicionamentos se mostraram na conjugação infinitiva de verbos, tais como: manter o olhar médico, cuidar clinicamente dos pacientes: “*(...) pedir os exames, repetir, fazer um exame clínico melhor, repassar, tentativa de medicação nova, etc. Se ele fizer isso estaria desculpado, fecharia assim e tá bom. O que se espera dele é isso, e se ele o fizer estará trabalhando bem, né?*” (Psiquiatra 26). De outras formas: “*Implica de uma extinção do psiquiatra como chefe da equipe, mas também, não é o gerente, o chefe... como os outros médicos, o cirurgião...*” (Psiquiatra 12). Outra prescrição é “*(...) que é uma exigência você participar das reuniões de equipe, as reuniões, elas são obrigatórias aqui no CERSAM... Profissionais de nível superior*” (Psiquiatra 24). Com relação à próxima prescrição, os psiquiatras mostram-se indignados com a exigência. Em dois dos CAPS estudados, percebe-se claramente a seguinte prescrição de trabalho: “*É uma exigência da secretaria de saúde, né? Que nós façamos... que a gente cumpre as 20 horas dividido... né?... durante a semana, vindo quatro vezes por semana*” (Psiquiatra 22).

Revisitando a dimensão protocolar de trabalho, encontramos o mesmo endereço do “perfil” (do trabalhador) para o CAPS, ou seja, uma evidente constatação de que, ao se procurar pelo “perfil”, deve-se procurar pelas prescrições de trabalho. Segundo estudos ergonômicos, (re)encontramos o “perfil” ao localizarmos a atividade de trabalho (GUÉRIN et al, 2001).

Clot (2006) refere-se ao assunto “perfil” de trabalhador, ao fazer uma discussão sobre o gênero de ofício e estilo de profissão. Ou seja, os dois coexistem numa relação dialógica. O estilo diz de uma ressingularização do gênero pelo sujeito. Segundo o autor, pelo estilo, incorporamos os gestos e códigos às nossas experiências, formando nossa competência no exercício de determinada atividade. Funciona com um *modus operandis*. “O estilo retira ou liberta o profissional do gênero não negando este último, não contra ele, mas graças a ele, usando seus recursos, suas variantes, em outros termos, por meio de seu desenvolvimento, impelindo-o a renovar-se” (p. 41).

Segundo grande parte de nossos entrevistados, o trabalhador do CAPS tem que ter um bom relacionamento pessoal; o trabalho tem que ser transparente; tem que saber fazer e receber críticas, mesmo porque o trabalho exige que se exponha os casos clínicos; tem que gostar de gente louca; que saber ouvir mais do que falar, etc. Os próprios trabalhadores reclamam das exigências feitas em forma de “perfil”. No final das conversas, posicionaram-se de forma crítica quanto à necessidade de se ter um “perfil” pré-determinado para trabalhar nos CAPS. Ou seja, “(...) *Então, se você tiver um perfil, assim, adequado, se você tiver sintonia psicológica, pessoal com aquele tipo de serviço, então essas exigências, elas vão ser exigências razoáveis. Se você não tiver esse perfil, aquilo vai ser um fardo*” (Psicólogo 6).

Com relação ao “perfil do psiquiatra”, a polêmica amplia-se, porém, uma trabalhadora vem nos apresentar, de início, uma construção de sentido pelo seu reverso, o não desejável.

Não sei se existe um perfil. Eu creio que sim, mas eu acho que isso é uma discussão que a gente podia ampliar e é uma coisa mais demorada eu acho, a gente tem que pensar bastante. **Mas eu acho que o não perfil existe...** qual que é o perfil exato a gente não sabe, **mas o não perfil a gente sabe.** Isso, de dialogo mesmo com a equipe, de estar aberto a estar discutindo os casos, as posições, estar revendo as posições. Até mesmo de conteúdo, **a gente fica inseguro num psiquiatra que chega aqui e quer dar HF em todo mundo, toda hora. A gente nunca viu isso, então a gente fica inseguro mesmo com a pessoa.** (Terapeuta Ocupacional 1, grifos nossos)

Assim, se existe um “não perfil”, qual seria o “perfil”?²⁹ Vejamos algumas opiniões de psiquiatras, em especial aqueles ex-trabalhadores dos CAPS. O trabalho no CAPS abre caminhos para diversas formas e estilos de fazer a profissão acontecer em termos singulares. Não há como protocolar uma única maneira de ser psiquiatra. O trabalho real solicita dos psiquiatras mobilidade em desenvolver maneiras particulares de trabalhar. Tal fato se traduz numa dificuldade real em estabelecer um “perfil”/ estilo de psiquiatra para o CAPS, porém:

Médico que tem perfil seletista... que ele só faz uma coisa, só pode atender ambulatório, então, se ele não pode parar o ambulatório um minutinho e falar assim...eu vou socorrer um outro que tá quebrando ali? Se ele não dá conta disso, **ele não tem perfil pro CAPS,** ele pode ser um excelente psiquiatra... né... que sabe medicar... mas o perfil do psiquiatra do CAPS é um perfil dinâmico, é alguém que saiba rodar, que saiba raciocinar rápido. (Psiquiatra 2, grifos nossos)

A fala seguinte remonta, em termos de desafio, uma prescrição prevalente de trabalho para os psiquiatras do/no CAPS:

²⁹ Um achado teórico oportuno sobre o contexto de perfil: encontramos aí uma relação com a figura de um médico com poder no início de século XIX. Ou seja, o momento em que o saber psiquiátrico se inscreve no campo médico. “Um belo físico, isto é, um físico nobre e másculo, talvez seja, em geral, uma das primeiras condições para ter sucesso na nossa profissão; ele é indispensável em contato com os loucos para se impor. (...) Sem dúvida, o espírito é o regulador do corpo; mas não se o vê logo de início, ele necessita das formas exteriores para arrastar a multidão” (Esquirol apud FOUCAULT, 2006, p. 6)

O principal traço desse perfil é esse: **de você dar conta de abrir mão desse lugar... de detentor de um certo saber...** você também tem um saber, é diferente de você ter o saber... eu acho que isso é a principal diferença de quem tá inserido e de dá conta de ficar num serviço como esse...(Psiquiatra 7, grifo nosso)

As opiniões de outros trabalhadores sobre o perfil do psiquiatra foram várias. Disseram que perfil é um “*conjunto de atribuições*”, que o psiquiatra do CAPS precisa ter: coragem e auto-estima; força de vontade; perseverança; jogo de cintura; ser criativo em apresentar propostas de condução/construção de casos clínicos; ser mais flexível; ser mais dinâmico e, até mesmo, mais alegre e ter maior esportiva; não ser tão obsessivo, caso contrário sofrerá muito em meio às infidelidades do meio. Nas palavras de uma trabalhadora:

(...) **que tenha desprendimento, não é muito vaidosa, pessoas vaidosas morrem... assim, no CERSAM e acaba mudando, assim, não dá! Né? Pessoas apegadas assim a grana, status, também não é o perfil que cola, não dá.** Nossa... é outra, tem que ter essa **disponibilidade, estar com o povão, compartilhar; é o corpo com o povão.** Se você não está afim disso, não vem para o CERSAM, porque a gente faz festa, a gente faz reunião de família, a gente faz assembleia, né? Que a gente às vezes ajuda a conter o paciente, **então, se você quer ficar em berço esplendido vai pro seu consultório.** (Terapeuta Ocupacional 1, grifos nossos)

Portanto, percebe-se que as prescrições de trabalho nos CAPS se diversificam na velocidade das exigências do trabalho real, requerendo um estilo/perfil de trabalhador com determinadas habilidades e competências na atividade.

2.2.2 Entre o CAPS e o Hospital Psiquiátrico

Neste campo de investigação, em conversas com os trabalhadores, percebemos que as reflexões se diversificaram, até porque, trata-se de uma forma de ressignificação de protocolos e debate de normas, valores e escolhas, seja pela administração/gestão das defasagens entre o prescrito e o real, seja pelos pontos de vista concretos de cada trabalhador, por questões inerentes às crenças individuais e/ou ideológicas acerca da credibilidade nas duas instituições.

Em termos gerais, os trabalhadores não questionaram a existência do CAPS, mas sim a sua forma de se colocar no cenário da saúde com relação ao hospital psiquiátrico. Segundo nossas investigações, a maioria das conversas recaiu sobre a contraposição de uma instituição em relação à outra: o CAPS contrapondo-se não somente ao hospital psiquiátrico, mas, à sua força de atração centrípeta sobre a loucura. Por outro lado, percebemos também uma grande parcela de entrevistados relativizando a existência das duas instituições, apontando-as não como uma em substituição à outra, antes como uma se recolocando no lugar da falha da

outra. Em outra medida, muitos trabalhadores posicionaram-se na insuficiência dos dois modelos na lida com uma pequena parcela de pacientes, porém, significativa para colocar as duas instituições em xeque: aqueles mais “heteroagressivos”, que desafiam qualquer lugar de tratamento. Outros, posicionaram-se a favor da (re)construção de uma terceira instituição, quiçá um CAPS híbrido-forte, mais potencializada em aparatos e elementos substitutivos aos atuais CAPS e hospitais psiquiátricos.

Dizem os trabalhadores que a diferença básica não reside na estruturação física dos dois, mas no fato de que, no CAPS, o trabalho é em equipe e os casos (clínicos) são construídos em nível de Projetos Terapêuticos Individuais (PTI), inclusive em meio a “tropeções e esbarrões” constituintes do sistema de trabalho nos CAPS, da novidade de trabalho em se comparando ao hospital psiquiátrico, mesmo que haja uma tendência atual do CAPS a cronificar muitos pacientes.

No CAPS, às vezes, há uma cronificação da permanência-dia, mas pelo menos aquela presença do paciente perto de nós, nos angustia mais. No hospital, é fácil esquecer um paciente dentro da enfermaria, é só trancar uma porta. **No CAPS não, a gente tropeça no paciente, a gente tropeça no problema dele, o problema dele tropeça na gente. Quer dizer, esse esbarrão, ele ajuda a gente a ser mais criativo, entende?** (Psiquiatra 12, grifos nossos)

Diferente do hospital, onde os trabalhadores estão setorizados, que não é um serviço híbrido, mas estanque, conforme a situação que o paciente apresenta. Diz uma trabalhadora: *“Porque no hospital, é muito estanque, assim, é o psicólogo, é o consultório, o psiquiatra é o prescritor, o terapeuta ocupacional vai fazer oficina e o assistente social vai cuidar do negócio da aposentadoria...”* (Terapeuta Ocupacional 1). Essa diferenciação fica mais evidente ao depararmos, em relação ao hospital, com quatro tipos de atendimentos, quatro psiquiatras diferentes e que nos remetem a um só poder que se fragmenta em algumas etapas no tratamento hospitalar: o psiquiatra da urgência, o da observação, o da internação e aquele do ambulatório, sem comunicabilidade entre si. Quanto ao CAPS, a situação é diferente, trabalha-se mais em conjunto e há uma mistura dos locais de tratamento: pacientes que estão chegando em crise são acolhidos, de forma a conviverem com outros pacientes que já saíram da crise, mas ainda precisam da permanência-dia (PD), e a outros que já frequentam o CAPS para o “ambulatório de crise”. A diferença primordial é que os trabalhadores acompanham os pacientes em todas as suas passagens pelo serviço.

Segundo os trabalhadores, o que se mostra mais inovador nos CAPS é o dispositivo da PD, que é um espaço de compartilhamento. Assim, podemos localizá-la conforme uma “Zona

de Desenvolvimento Proximal” (ZDP), segundo os paradigmas Vigotskianos³⁰, um espaço onde os pacientes podem desenvolver suas potencialidades. A colocação seguinte é definidora de sentido da existência do CAPS: uma maior proximidade dos familiares no tratamento do paciente do que no hospital psiquiátrico:

No CERSAM, que é um serviço híbrido, a gente fala assim. (...) **o grande trunfo do sucesso do CERSAM é esse, que é você atender o paciente longitudinalmente, assim em todos os momentos dele, você cria uma referência forte com o paciente, com a família, e tal.** Eu acho que é... **de proporcionar um cuidado próprio à comunidade, próximo à família, esse é o grande diferencial do CERSAM.** (...) a família mais próxima, inclusive da comunidade, aí vai ser mais possível usar mais recursos da comunidade em relação a conduzir essa crise. (Psiquiatra 14, grifos nossos)

Em outra perspectiva, as conversas com os pacientes foram longas. O que têm os protagonistas do tratamento a dizer? Fizemos um apanhado de suas opiniões. Na verdade, a maioria das conversas reforçou a importância dos CAPS em suas vidas, de forma a ressignificarem os laços sociais, familiares, afetivos, de trabalho e outros. *“Não é o que lhe disse, é como um lar o CERSAM, uma família. Se eu precisar de tomar um banho, eles deixa eu ficar pra tomar um banho, se eu precisar de ficar pra almoçar, eles deixa eu ficar pra almoçar, mas eu já passei dessa fase”* (Paciente 5).

Por outro lado, muitos pacientes, ao estabelecerem diferenças entre os dois, rerepresentaram-nos o CAPS também no lugar da indiferenciação ao hospital psiquiátrico. Em pleno tratamento no CAPS, o paciente abaixo critica sua medicalização:

A diferença é que lá o bicho pega sô. **Eu, pra ser sincero, eu não vejo diferença.** Quem me tratou lá foi um estagiário e aqui é um profissional e as condições aqui... são diferentes. (...) aqui é um profissional, né? **Nosso ponto é uma emenda de fios.** Lá é muito mais abastecido pelo Estado e não sei porque aqui não tem o mesmo pó de café no caso. Cê brigou, problema é seu, vai pra rua... **Aqui no CERSAM é só tomar remédio e pronto.** (Paciente 6, grifos nossos)

Sobre o hospital, escutemos a seguinte resposta, que nos remete a várias outras, todas com a mesma significação:

Violência, sonoterapia, eletrochoque, exclusão, injeção de sal. Injeção de sais. Gravata, sossega leão, e isso deixa a pessoa sem ação, não faz o pedido de medicamentos mais avançados, como se a medicina tivesse ali retrógrada. É retroagindo. (...) Eu vejo que eu não gosto de tomar pancada, eu não gosto de ser maltratado, abaixo da base subversiva da sociedade. Num foi fácil não! No Psicominas passaram até bosta no meu cabelo, no meu rosto, no meu corpo. **Eu fiquei no bosteiro,** fui tentar suicídio com mangueira de incêndio,

³⁰ Trata-se de um lugar intermediário, onde o psíquico e o cognitivo se encontram, recolocando o indivíduo de cara com possibilidades de aprendizagens de vida, considerando recursos/saberes tácitos, mediante sua própria história e em relação aos recursos vindos do campo do outro. Um espaço de sentido definido entre o que o homem é capaz de realizar de forma autônoma e aquilo que realiza com outros componentes do grupo a que pertence (VYGOTSKY, 2008).

né? Me mandaram pro bosteiro. É um lugar onde você fica preso e não sai de lá nem pra comer³¹ (Paciente 7, grifos nossos)

Há um sentido de que o hospital ainda se faça presente, mas não no desejo do paciente, apesar de que presenciamos pacientes pedirem pra ser internados em hospital psiquiátrico: *“Essa comparação é o fato de... por exemplo, a gente vai pra lá quando a gente tá muito ruim, né? Depende do tempo que você fica internado. Eu, por exemplo, prefiro aqui”* (Paciente 4).

Reconfigurando esse meio de campo, diz um trabalhador, remontando a opinião de grande parte de nossos entrevistados em relação ao hospital psiquiátrico: *“Ele vai sempre existir, agora, cabe a nós pensarmos se a gente não pode suportar um pouco mais. Suportar um pouco mais sem internar...”* (Psiquiatra 12).

Em outros termos, a maioria das falas (vejamos algumas) caminham no sentido de valorização do CAPS em detrimento do hospital psiquiátrico. Algumas mais relativizadas ao contexto singular de cada paciente, uma vez que o campo de nossas investigações refere-se ao espaço da crise.

Antes de vim pra cá, quebrava tudo na minha casa. Quebrei tudo que tem lá. Quebrei os vidros da mesinha de centro, quebrei copo, quebrei janela, quebrei rádio, quebrei um monte de coisas. Quando eu fico nervosa quebro um monte de coisas. Eu já dei soco no vidro ali da frente, cortei as mãos duas vezes, eu fico nervosa, eles não me dão o remédio depressa, eu fico muito nervosa, nem vejo o que estou fazendo, dei dois socos, saiu sangue assim, aí que eles me dão o remédio. **Melhorei, agora não quebro mais vidro não.** (Paciente 9, grifo nosso)

As falas acima apresentam um tom primeiro de cumprimento da missão do CAPS de tratar pacientes graves e em crise. As outras caminham de forma diversificada em subjetividade.

Tipo assim, se você como um homem me desse um abraço há alguns anos atrás eu achava que você queria ter alguma coisa comigo, sabe. Então foi aqui que, a minha personalidade mudou, mudou muito, aqui dentro, sabe. Eu aprendi a pensar diferente. **Eu aprendi a sonhar, sabe. Eu tenho sonho, eu tenho projetos na minha mente, entendeu?** Até então eu só pensava em fumar maconha, jogar bola. Isso ia me dar algum futuro? Não ia, você entendeu? (Paciente Gabriel³², grifo nosso)

³¹ Trata-se de um lugar que, ao nosso entender remonta o lugar do “quarto forte”, ainda existente em alguns hospitais psiquiátricos: um espaço destinado para os pacientes mais agressivos e que acaba mostrando-se, no trabalho real, como punição para aqueles mais “agressivos” (subversivos da ordem) dentro de alas psiquiátricas. Nos CAPS, este espaço inexistente, porém, percebe-se que algo semelhante parece fazer-se no momento em que se contém e seda o paciente (por motivos variados: pelo risco de heteroagressividade e de fuga do serviço) - um processo solitário remontado num cenário contra exclusão e muito comum nos CAPS.

³² Aqui, apresentamos uma fala particularizada, do Gabriel - um nome fictício - tendo em vista a relevância de suas considerações verbais sobre seu tratamento no CAPS, sua crítica quanto ao trabalho do psiquiatra. quer dizer, não nos foi confortável, apresentá-lo em termos de numeração, assim, da mesma forma o psiquiatra José.

A sequência de falas apresentada por Gabriel faz um apelo aos trabalhadores como um todo para se pronunciarem frente à tentativa de desmonte desse novo modelo de tratamento. Em toda a conversação que tivemos, ele se mostrou crítico quanto ao CAPS e ao hospital, tomando partido do CAPS. Diz ele:

Os CERSAM's e os Centros de Convivência, sabe porque é muito importante esse serviço? Eu sei, aí, tem pouco tempo que eu estou aí, né? Cinco anos aí, já deve ter uns quinze anos de luta antimanicomial... (...) **os donos de hospitais psiquiátricos estavam querendo entrar numa discussão lá e tal, mandar lá pro Senado, pra câmara de vereadores lá de Brasília pra poder acabar...** porque eles estão fechando os hospitais psiquiátricos, você está me entendendo? (Gabriel, grifo nosso)

E, ainda:

É... não deixe a gente perder o que vocês construíram e continuam construindo que são os CERSAM's e os Centros de Convivência, porque a minha família me abandonou, mas muitos tem famílias e podem ir pra suas casas, quando eu vou pra minha casa eu vou sozinho com Deus, eu só tenho ele como amigo íntimo, sabe? **Então, não deixe que isso acabe!** (Gabriel, grifo nosso)

Em termos militantes, de grande indignação, de reconhecimento dos lugares onde já se tratou no passado, ele apresenta seu debate de normas, criticando a figura do dono do hospício/manicômio/hospital psiquiátrico, expressando que “eles já tiveram a chance deles”:

Pra poder estar é... pra poder estar pegando esta galera e estar atendendo. Só que eles esqueceram que eles erraram no passado, que tem depoimentos de pacientes aqui dentro que viram **pessoas comendo bosta, sendo medicados por conta própria por enfermeiros, espancados, alguns até abusados sexualmente, então eles erraram.** Bom, eu creio nisso. **Talvez eles não vão cometer os mesmos erros que eles cometeram antes, mas eles já tiveram a chance deles e eles provaram que eles não são capazes.** Você está entendendo? **Então assim, não deixar isso acabar não, sabe? E a gente tem que lutar por isso, e bola pra frente, sabe?** (Gabriel, grifos nossos)

2.2.3 O CAPS: um Serviço Substitutivo de Saúde Mental?

Seria o CAPS um Serviço Substitutivo³³ ou um lugar de tratamento alternativo³⁴ ao hospital psiquiátrico? As respostas quanto ao significante substitutivo remeteram-nos a questioná-lo nesse

³³ Em ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL (2006), caracteriza-se esse serviço de forma prescritiva: “Evidentemente, os CAPS substitutivos ao hospital são serviços de ritmo acelerado, por vezes até mesmo tenso. Contudo, ainda assim, o ambiente costuma ser agradável e hospitaleiro: a grande maioria dos pacientes aprecia a permanência no serviço e vincula-se a ele” (p. 62).

³⁴ “O manicômio é definido como estrutura fechada, opressora e excludente. Algumas palavras como internação, contenção e medicalização ficaram a ele reservados. A idéia de abolição do manicômio apresenta os CERSAMs não como alternativos, mas como substitutivos. E, estes serviços são apresentados como espaço aberto, livre e inserido na cidade.” (BARRETO, 2010, p. 279). Quer dizer, essa é, exatamente, a situação desafiante para os CAPS: terem como missão, a substituição do manicômio e do hospital psiquiátrico e terem, ao mesmo tempo como premissa, o tratamento em regime de portas abertas, sem segregação/exclusão/contenção, pelo menos em tese.

lugar e também no lugar de serviço que ainda não atingiu sua meta primeira, ou seja, a substituição do modelo tradicional, continuando a ser alternativo.

Esse espaço-tempo de interrogação aconteceu segundo nosso processo de observação e compreensão do trabalho real, além de nossas entrevistas com os trabalhadores.

Bom, na verdade assim, a gente começou em 94, né? Não existia essa coisa do serviço substitutivo que ainda eram chamados de alternativos a internação, né? Então, não existia essa experiência de CAPS, ninguém sabia ao certo, onde que isso ia parar. A gente tinha mais ou menos uma idéia pela reforma psiquiátrica, pela reforma sanitária, essa coisa toda... **que o CAPS seria um serviço substitutivo à internação em hospício.** (Enfermeiro 10, grifo nosso)

Nossas reflexões foram ressignificadas entre os trabalhadores, a partir dessa primeira fala. Em primeira linha de análise, constatamos que houve uma relativização nas posições apresentadas.

Segundo os campos de pesquisa, considerando a quantidade de pacientes egressos de internações de longa permanência e o estabelecimento do CAPS enquanto uma forte referência de tratamento para eles - além da grande quantidade de pacientes vinculados a ele, que nunca passaram pelo hospital, ou, se já passaram, há muitos anos não retornam - pode-se reafirmar o seu caráter substitutivo ao hospital psiquiátrico. Porém, ao olharmos de perto a experimentação dos trabalhadores e escutá-los em entrevistas, as respostas caminharam de forma relativizada e ressingularizada.

Reforçando nossas reflexões anteriores, verificamos uma tendência de grande parte dos trabalhadores ao colocar o CAPS, questionando seu caráter substitutivo/alternativo ao hospital psiquiátrico, ou seja, *“o aberto contra o fechado”*. Neste sentido, a fala abaixo é significativa de reflexão e crítica quanto a essa constatação empírica:

Vou tentar ser claro, o manicômio é um lugar fechado, é um lugar de exclusão, é um lugar de segregação. A reforma psiquiátrica mineira, então, criou o CERSAM e o **CERSAM, então, seria um lugar aberto, um lugar de inclusão, um lugar que evitaria a segregação.** É... colocada a questão nesses termos, eu acho que há um avanço, mas há um ponto que, a meu ver é pouco trabalhado. Há um ponto aí que traz grandes dificuldades para a reforma psiquiátrica. **Eu não concordo com essa situação de colocar o aberto contra o fechado.** (Psiquiatra 1, grifos nossos)

O mesmo entrevistado faz uma argumentação metafórica sobre seu ponto de vista:

Acho que é a **mesma topologia, topologia da esfera, da bola**, imagine uma bola de futebol, existe o dentro e existe o fora, **é como se o manicômio fosse o lado de dentro da bola e o CERSAM fosse o fora de fora da bola.** Mas, a topologia é a mesma, é... **o CERSAM como um serviço aberto que exclui o fechado**, tá na mesma topologia do manicômio, apenas saiu de um extremo para outro. Em vez de absolutizar o fechado, absolutizou o aberto. Eu sou contra essa topologia. **Acho que há um lugar para o fechado.** Nos serviços de saúde mental, tem casos que precisam de um lugar fechado”. (Psiquiatra 1, grifos nossos)

A questão mais polêmica é que existem casos graves de pacientes (aqueles que apresentam riscos para si mesmos e para terceiros), somados àqueles que agilmente rompem a barreira de contenção do CAPS e remontam o questionamento acima da existência de um CAPS mais forte (mais fechado?), que os impeça de evadir do serviço, ou seja, uma parcela de pacientes que escapa à contenção química e pela palavra, necessitando de um espaço mais contensor, não exatamente de um modo físico, nos leitos, de forma repetitiva. Os defensores dessa posição dizem que o problema está na relação do fechado com o aberto.

Há uma outra parcela de trabalhadores que se posicionam conforme a seguinte fala:

Os CERSAM's não funcionam como Serviço Substitutivo, eu acho. O CERSAM não funciona de forma alguma como Serviço Substitutivo ao hospital psiquiátrico. **Eu acho que a gente ainda não tem esse Serviço Substitutivo, né?** E eu acho que hoje a melhor opção tem sido tratar o paciente de forma humanizada dentro de um hospital psiquiátrico. Fazer isso da melhor forma possível, com respeito, né? Humanizando o hospital. (Psiquiatra 3, grifo nosso)

Muitos trabalhadores dos CAPS posicionaram-se dessa forma, porém, há outros questionamentos de que esse hospital psiquiátrico (humanizado) também não dê conta, que está cheio de pacientes portadores de sofrimento mental com comorbidades clínicas e drogadição associados, que cometeram crimes, ou seja, que o hospital psiquiátrico esteja virando um lugar de limites extremos de casos.

Eu reconheço isso, só acho que tem um pedaço da clientela que o CERSAM diz... não suporta! Que é o mesmo paciente que o hospital também diz não suporta, entende, assim... O hospital também não suporta, dizer que o hospital suporta isso que o CERSAM suporta, é mentira. A diferença é que no hospital tem uma **estrutura com chave e no CERSAM, menos, só isso, mas o insuportável pra instituição é o mesmo.** (Psiquiatra 12, grifos nossos)

Tais reflexões interrogam o futuro dos CAPS e muitos trabalhadores dizem que eles ainda podem vir a ser “Serviços Substitutivos”, aliás, que estão trabalhando nessa direção, mesmo que existam pacientes que não toleram a contenção³⁵ e que precisam ser tratados de acordo com o que apontam em suas próprias “histórias de vida”. Na verdade, percebe-se que o grande desafio dos CAPS tem sido ressignificar o tratamento do paciente grave no “caso-a-caso”.

³⁵ O assunto da contenção para incluir é polêmico. Vejamos um posicionamento crítico: “São casos que mostram claramente, na clínica, os limites da palavra e da medicação. O franqueamento da barreira é de tal ordem que requer outra forma de contenção. Fazemos a diferença, existe a contenção para excluir; não obstante, existe a contenção para incluir” (BARRETO, 2010, p. 262-263). Neste sentido, percebemos que os trabalhadores mostram-se imersos nessa última tentativa, por fim, exaustos e reclamando da falta de infraestrutura para sustentar esse lugar.

Ao olharmos de perto o trabalho real, verificamos que os CAPS, inclusive os III, encaminham pacientes para as internações psiquiátricas hospitalares. Porém, há aqueles que questionam o limite de insuportabilidade no/do CAPS.

(...) e ainda tem essa postura, mesmo a gente estando no serviço substitutivo ainda tem a questão do paciente, quando o paciente **tá numa crise que não melhora** é encaminhado pra uma internação no Raul, no Galba, porque lá é o lugar pra tratar. **Me parece assim, que ainda não se tomou posse dessa questão que o paciente pode ser tratado aqui, que a crise dele pode ser tratada nesse serviço**, porque aqui tem profissionais variados, tem assistente social, tem enfermeira. Então, qualquer outra questão dele, por exemplo, se o paciente tá, e aqui a gente já percebeu, já havia um caso semelhante, o paciente com esquizofrenia catatônica que era necessário soroterapia foi encaminhado pro Galba pra essa questão. (Auxiliar de enfermagem 6, grifos nossos)

Ora, o assunto é extenso. Se formos revisitar o processo histórico da loucura, segundo Michel Foucault, a internação fora considerada como parte integrante e constitutiva de sua trajetória. Quer dizer, relembra-nos a época do século XVII, em que internar um paciente era a regra, ou seja:

A internação é uma criação institucional própria ao século XVII. Ela assumiu, desde o início, uma amplitude que não lhe permite uma comparação com a prisão tal como esta era praticada na Idade média. Como medida econômica e precaução social, ela tem valor de invenção. Mas, na história do desatino, ela designa um evento decisivo: o momento em que a loucura é percebida no horizonte social da pobreza, da incapacidade para o trabalho, da impossibilidade de integrar-se no grupo; o momento em que começa a inserir-se no texto dos problemas da cidade. (FOUCAULT, 2007, p. 78, grifo nosso)

Em nosso processo de observação, percebemos que muitos pacientes, para permanecerem internados (involuntariamente em sua maioria) nos CAPS, precisam permanecer contidos física e quimicamente: na maioria das vezes sedados. Tal situação beira o insuportável para os trabalhadores, com os CAPS lotados de pacientes em PD, lida-se com o paciente grave em crise (o que não é a maioria). A questão é que esses pacientes, pelas características de seus quadros, conseguem romper todas essas barreiras, às vezes com a ajuda de outros pacientes que os descontêm do leito, outras o fazem sozinhos, pulando os muros, ou até mesmo, passando pelos portões dos CAPS. Ultrapassam todas as barreiras, inclusive aquela verbal dos trabalhadores, não se sentindo, então, contidos dessa maneira. Ou seja, momentos de “*ocasião de palavra*” já não ecoam, mesmo quando acontecem.

Ainda nessa mesma direção de repensamento das internações hospitalares, diz uma trabalhadora: “*E todas as vezes que a gente encaminha um caso pra uma internação, o médico não faz isso sozinho não, né?* (Assistente social 3).

E as falas continuam sobre o CAPS como Serviço Substitutivo. As críticas repousam sobre o isolamento do CAPS em seus fazeres - muito ensimesmados -, sem expandir os contatos para além de seus muros. Trata-se de uma situação que observamos: os profissionais

trabalham o tempo todo, mas voltados para dentro da instituição, fazendo atendimentos mais ambulatoriais do que emergenciais. Ora, “(...) *eventualmente o serviço é emergencial*” (Psiquiatra 14).

Houve várias falas que reposicionaram os CAPS enquanto substitutivos, em especial ao dizer que eles promovem o atravessamento da crise do paciente. Fato que observamos de perto.

Quando eu falo assim.... ser substitutivo de fato, é dar essa resposta. Nunca vai dar a cem por cento das crises que chegarem, mas se você contemplar aí, oitenta por cento delas, aí, eu acho que o serviço é substitutivo. Ou seja, você não precisa de um outro espaço, de um outro recurso pra trabalhar aquela crise. (Psicólogo 9, grifo nosso)

Por outro lado, o significante substitutivo/alternativo foi muito verbalizado. Não se trata de colocar uma situação contra a outra no que tange à presença ou não do médico como significante substitutivo, mas sim de reconsiderar diversas falas que colocaram todos os CAPS estudados, em especial o II, como serviços alternativos ao modelo hospitalar.

Eu acho que o serviço ser substitutivo de verdade, eu num tô aqui fazendo apologia à extinção do hospital, o que eu acho é que sempre vai ter que haver esse outro lugar pro paciente... quantas vezes já num foi terapêutico para pacientes nossos daqui estar em outro lugar, mesmo que por um breve espaço de tempo. Então, não é por aí. Eu acho substitutivo no sentido de dar uma resposta integral à crise. Por exemplo, CAPS II, serviço que fecha às 18, 17 horas, ele jamais dará uma resposta à integralidade da crise, então, ele pode ser chamado, no máximo de **alternativo**³⁶, ele nunca vai substituir, por que? Ele num tá dando da resposta na integralidade. (Psiquiatra 14, grifo nosso)

A fala abaixo insere uma outra questão quanto à centralização/institucionalização do CAPS II ou III.

(...) mas ele é substitutivo em relação ao hospital, muito, tem **que ser até menos substitutivo assim**, ele tem que se aliar assim a outras unidades na rede de saúde, que precisam ser substitutivas também. **Não é o CERSAM que tem que ser o substituto, a gente pode cair num erro aí de centralizar também coisas que o hospital fazia**, a gente tem que tomar muito cuidado, eu acho, eu vejo assim. A gente tem que avançar em muita coisa pra não cair nesse caminho aí. (Psiquiatra 14, grifos nossos)

Nesse contexto, as palavras abaixo chamam atenção para que o trabalho da RP não identifique o caráter substitutivo somente nos CAPS:

(...) se a gente identifica a reforma como seus dispositivos: “a reforma é o CAPS, a reforma é a rede substitutiva...”. Sim, esses são equipamentos da reforma. Agora, mas, mais do que isso, **a reforma é um movimento antimanicomial mesmo com o usuário, né? Eu acho que isso é que dá uma outra dimensão.** (Psiquiatra 16, grifo nosso)

³⁶ Vejamos uma reflexão que reforça essa situação, ou seja: “Os CERSAMs são ditos substitutivos. Mas, até agora, isso tem ocorrido parcialmente. Em parte são alternativos, e sua sobrevivência só foi possível porque ainda existem os manicômios” (BARRETO, 2010, p. 262).

Na mesma direção acima anunciada, ao se discutir sobre a importância do CAPS como um Serviço Substitutivo ao hospital psiquiátrico e às práticas manicomial, muitas foram as falas que se confluíram no sentido de presentificar uma crítica quanto à institucionalização do CAPS como o modelo, o lugar substituto ao hospital. Vejamos a seguinte verbalização: “*Tem mais de mil CAPS, mais de 1.500 CAPS no Brasil*”³⁷. *Uma coisa super institucionalizada. Eu acho que a gente tem que inventar uma outra forma instituinte de trabalhar. Inventar novos modelos*”. (Psiquiatra 31). Esta fala, bem como outras que ressignificaremos ao longo de nossa pesquisa, faz-nos (re)situar os CAPS dentro de um movimento (de tensão) entre o instituído e o instituinte (mais próximo do instituído), segundo os trabalhadores, enquanto uma saída possível para eles e os gestores reconversarem sobre os significantes substitutivo/alternativo dos CAPS.

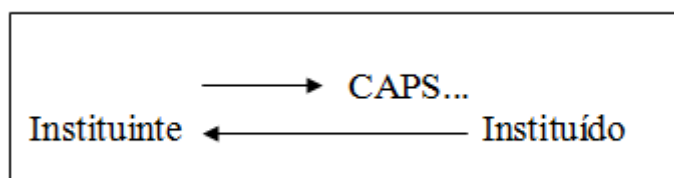


Figura 3: O CAPS entre o instituído/instituinte³⁸

2.2.4 Considerações sobre a gestão/gerenciamento dos CAPS

No campo da Saúde Mental, a gestão dos serviços é uma questão polêmica que pudemos reencontrar em nossa pesquisa. A questão primeira que se faz presente é sobre a forma como os coordenadores/gerentes têm aplicado as políticas de saúde mental na gestão do trabalho nos CAPS. Além disso, a política do gerenciamento das diferenças dos trabalhadores, a forma com estes têm sido recebidos nos CAPS, dentre outras questões.

Não podemos perder de vista nossos referenciais teóricos sobre a Psicologia do Trabalho. Reconsideramos nossas análises aqui apresentadas em termos de “atividades-valores-escolhas”, além do binômio prescrito-real. De forma prescritiva, compreendemos os

³⁷ Ver nos anexos, a Figura 8, para maiores esclarecimentos acerca do número de CAPS no Brasil até 31 de outubro de 2009.

³⁸ Para reforçar nossa reflexões: “No entanto, os Caps não deixam de ser serviços públicos de saúde, integrantes do SUS – sistema esse que vem institucionalizando sobremaneira e começa a dar sinais de burocratização, de perda de agilidade, de excessiva verticalidade. Como estar dentro sem ficar enredado na armadilha do instituído?” (FURTADO & CAMPO, 2005, p. 118).

processos de gestão no lugar de facilitar o trabalho, ou seja, do exercício da alteridade, mas também da autoridade/arbitrariedade no trabalho real.

O assunto remete-nos à movimentação de estar subordinado a (alguém e/ou políticas de saúde mental) e/ou oprimido por (da mesma forma). Este foi o campo do debate de normas, das renormalizações e das ressingularizações dos trabalhadores e gestores ao se pronunciarem com relação ao trabalho nos CAPS (PRADO, 2002). O autor apresenta-nos uma discussão teórica oportuna, ao refletir sobre os processos de mobilização social através de três processos: a construção de *identidade coletiva*, a transformação das relações de *subordinação* em relações de *opressão* e a delimitação de *fronteiras*.

Do que se trata essa transformação da relação de subordinação em opressão? As relações de subordinação são baseadas nas “positividades das posições identitárias”, avisando-nos que as “negatividades” ainda não sustentam as diferenças de posições de sujeito. As pessoas envolvidas não se percebem inseridas na historicidade dos acontecimentos na relação com o outro. Segundo Prado (2002), o reconhecimento do caráter opressivo em algumas relações, torna-se essencial para uma mobilização social. Consequentemente, para as verbalizações de pontos de vista sobre as atividades de trabalho. Neste viés, existe uma “antagonização entre os agentes”, a percepção de que existe o outro nas relações, que existem pontos de vista diversos sobre a mesma situação e que contribuem para o reconhecimento de diferenças como pontos constitutivos de sujeitos (coletivos), que possuem identidade política e podem dialogar com, apesar das diferenças individuais. Em posição opressiva, a palavra se libertaria, tomando sentidos diversos, aplicados às situações em jogo, promovendo mobilizações sociais instituintes de sentido. A delimitação de fronteiras aparece como um processo de criação de reciprocidade e de reconhecimento entre os atores sociais, no qual o “NÓS” e o “ELES” são “irreconciliáveis”, porém, possuem, ao mesmo tempo, o direito de transformar espaços sociais em espaços de lutas políticas.

(...) a emergência de novas identidades políticas, pois elas emergem, como vimos nas apresentações esquemáticas, através de três processos: configuração de uma identidade coletiva e de práticas sociais de materialização da pertença grupal; reconhecimento das novas formas de opressão a partir da criação de antagonismos nas relações de subordinação, o que implica um trabalho objetivo-subjetivo no processo de conscientização social; da demarcação das fronteiras políticas, através da relação intergrupal (NÓS – ELES) dada pela reciprocidade e reconhecimento da relação de um grupo com um constitutivo exterior a ele. (PRADO, 2002, p. 70)

Em nossa pesquisa, percebemos que a maioria dos trabalhadores mostra-se mais do lado da subordinação do que da opressão, em especial, os auxiliares/técnicos de enfermagem na relação com os outros trabalhadores, principalmente, com o psiquiatra.

Entretanto, alguns trabalhadores posicionaram-se do lado da opressão, expressando discursos ideológico-militantes, ora mais, ora menos inflamados a favor da RP e do MLA, além de discursos em favor da organização infraestrutural dos CAPS, da materialidade e concretude dos fatos cotidianos vividos neles. Muitos trabalhadores, ao falarem de suas atividades, apontaram os gestores, com frequência, ora como facilitadores (do lado da alteridade), contribuintes do trabalho real, ora como exigentes demais no cumprimento de prescrições (antimanicomiais) de trabalho, dificultadores (do lado da autoridade/arbitrariedade) da expressão de suas diferenças no funcionamento dos CAPS. A fala abaixo é ilustrativa do contexto acima exposto:

(...) eu acho que... **a gente merecia ser mais ouvido**, a gente deveria ter mais reuniões, com a gente, com a coordenação de saúde mental da prefeitura que, geralmente, é muito ditatorial. A gente quando reclama ou fala que alguma coisa não está legal, **eles falam que a gente não tem perfil** pra trabalhar em CERSAM e alegam que se a gente não está satisfeito, que é pra gente sair. Então, é muito... não tem uma conversa legal, **a gente não tem uma tramitação legal com nossa coordenação**. (Psiquiatra 4, grifos nossos)

As posições dos trabalhadores dos CAPS foram sempre relativizadas quando o assunto era gerente/gestor/coordenador. Houve várias posições enaltecendo o caráter democrático de muitos deles, porém, a maioria dos questionamentos recaíram sob a seguinte perspectiva:

É muito **estresse, é muito cansaço**, a gente vê que a pessoa, vamos dizer assim, ela fica esgotada, muitas vezes, pela responsabilidade que é isso aí, mas então a gente vê assim... **que a pressão em cima... do gerente, a pressão em cada um dos funcionários...** e, muitas vezes, **a gente sai aborrecido, chateado...** por ter se esforçado... ter acontecido, às vezes, e algum equívoco, algum erro e tudo, **que poderia ser abordado de uma maneira mais tranqüila, é colocado, vamos dizer assim, de uma maneira muito ríspida, muito... às vezes... que deixa a gente magoado, chateado mesmo com... é isso**. (Psiquiatra 22, grifos nossos)

Dentro do mesmo contexto, as políticas partidárias e a ideologia se fizeram presentes nos pontos de vista de muitos trabalhadores e gestores. Nesse sentido, localizamos em nossas entrevistas posicionamentos diversos quanto à seguinte teorização:

É preciso ainda apontar, tanto em governos de direita como de esquerda, uma falta de vontade e de cultura política que favoreça a partilha do poder, a co-gestão das políticas públicas em que participem efetivamente o Estado e a sociedade. Nota-se em todo o leque dos partidos no governo, mesmo na esquerda, um despreparo dos governos de Estado para a transparência, isto é, para tornar acessíveis à sociedade as informações, os procedimentos, as decisões de governo, e também para estabelecer relações de parceria com a sociedade. (ARAÚJO, 2001, p. 185)

Vale ressaltar que foi dentro desse aspecto que relocalizamos os dois campos de pesquisa, portando um grande diferencial e tendendo ao extremismo nos dois lados. Quer dizer, em um campo, há um processo de seguimento mais diretivo dos princípios da RP e do MLA nos rumos de evolução do projeto de Saúde Mental. Em outro, uma frouxidão das mesmas políticas, gerando fragilização e perda de rumo na direcionabilidade/evolução do

modelo de atenção. O trabalho real nos dois campos de pesquisa revelou-nos um processo de adesão/não adesão de trabalhadores aos aspectos ideológicos e, ao mesmo tempo, adoecimentos psíquicos dos dois lados.

A temática da ideologia mostrou-se presente ao longo de todos os nossos achados empíricos de pesquisa, direta ou indiretamente no discurso dos trabalhadores. Para início de conversa, diz de seu ponto positivo de existência, no sentido de que pessoas possam ter idéias, valores de vida singulares, que dirigem seu dia-a-dia. Refere-se também como um ponto negativo ou até mesmo pejorativo, uma vez que traz idéias distorcidas, enganadoras, mistificadoras, que até obscurecem uma dada realidade que se pretende verdadeira e científica. Ou seja, a ideologia presta ao estilo de cada trabalhador, aplicada às situações de trabalho. Analisamos a ideologia no campo das relações de poder entre os trabalhadores, onde ela:

(...) ela (a ideologia) dissimula a maneira pela qual as relações sociais foram produzidas, ela esconde aos indivíduos a origem da exploração e da dominação e proclama a liberdade, a igualdade dos homens face ao estado; vemos, então, que ela mascara e exprime; ela mascara o conflito e exprime a igualdade. (BARROS, 1998, p. 5, grifo nosso)

Por este caminho, desvendamos mal-entendidos nas falas dos trabalhadores que, ora explicitaram seus posicionamentos, ora os mascararam. E, considerando a questão da falta de diálogos acima levantada - inclusive de nossos achados de campo com relação à prevalência do discurso ideológico ao invés da sobrevalorização dos saberes investidos na experimentação -, percebemos consequências paranoizantes nas relações entre trabalhadores/gestores/gerentes, uma situação decorrente da tomada de partido mais rígida da ideologia política pela RP e pelo MLA. Melhor dizendo, “a ideologia dura impede o livre pensar, quando uma cidade ou uma nação desenvolve uma cultura na qual elas se fecham e fecham seus membros, então a reflexão desaparece, a perversão ou a paranóia triunfam” (ENRIQUEZ, 2001b, p. 88).

O que está em jogo também é um certo fanatismo antimanicomial, um processo de alienação quando se acredita de forma fanática, na existência de um saber-poder nesse sentido. É como se o ideário antimanicomial tomasse por seu inimigo a existência concreta e real do manicômio, esquecendo-se de outras realidades, visando tornar-se um movimento universal, onde não se prioriza o singular em cada um: paciente e trabalhador dos CAPS. Seguindo este raciocínio, Enriquez (2001b) descreve:

É certo que o fanatismo é apenas uma das respostas possíveis para o mal-estar da identificação; ele é a resposta daqueles que têm necessidade de “referências duras” para viver e que são “inaptos” para reinventar a democracia e se confrontar com a sua solidão; é a

resposta de indivíduos levados pela onda da história e não de indivíduos criadores de história.
(ENRIQUEZ, 2001b, p. 84-85, grifo nosso)

Em outro aspecto, “(...) a ideologia política interpela o sujeito, ela lhe dá imediatamente um lugar, um sentido e um modelo de realização. Ela pode não intervir eficazmente para resolver as crises de identidade e angústia relativa a essas crises.” (ANSART, 1975, p. 5). Nesse sentido, a ideologia (em seu aspecto mais duro e apaixonado) também tende a abolir idéias que estão supostamente contra e/ou, fora de um raciocínio esperado - a contraposição ao modelo manicomial -, surgindo aí a seguinte idéia: “*quem não está comigo, está contra mim*”, correndo o risco de prejuízo daquilo que deveria emergir enquanto adesão ao movimento e ao trabalho nos CAPS.

Portanto, as palavras acima apontam para o caráter político da atividade de trabalho e suas conseqüências quanto à forma de legitimação e assimilação de um modelo de gestão, os CAPS, contra o hospital psiquiátrico, não um relativizando o outro.

CAPÍTULO III

3. O TRABALHO REAL NOS CAPS

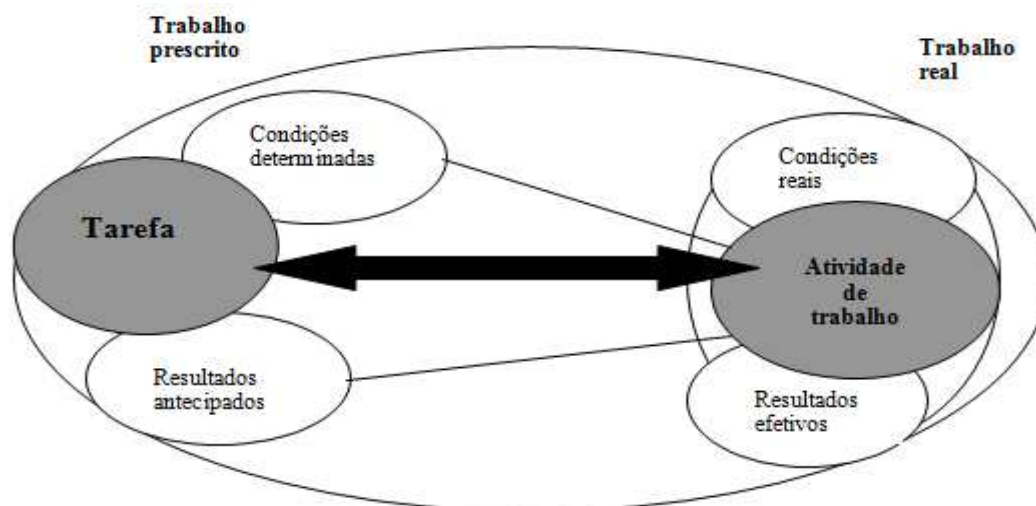


Figura 4: O trabalho prescrito e o trabalho real (GUÉRIN, F 2001, p. 15).

Retomamos, neste momento, a base de nossas argumentações teóricas - a Psicologia do Trabalho, que resgata a subjetividade de quem realiza a atividade, segundo Clot (2006) - alicerçada aos pressupostos da Ergonomia e da Ergologia para promover o diálogo com o trabalho real. Tomamos a figura acima como norte neste capítulo. O que está em jogo é o trabalho ressignificado como um verbo plural, que carrega vários enigmas e que tem a atividade humana como mediadora dos processos históricos de vida e a possibilidade de experimentação dos ingredientes (IGR's) da competência em tempo real de trabalho (SCHWARTZ, 2007).

Trata-se, numa palavra, de compreender como o trabalho se realiza efetivamente, de captá-lo em movimento, e tirar as conseqüências necessárias, tanto para a concepção dos sistemas técnico-organizacionais, quanto para a vida em comum e para uma compreensão do trabalho como realidade humana complexa. (CUNHA, 2007, p. 41)

Como a atividade não é somente determinada pela prescrição, embora haja uma tendência dos trabalhadores a aderirem mais ao prescrito, ela se situa, então, no campo da lida com as variabilidades do real (que faz parte da realidade). Ou seja, o real sendo uma parte dessa realidade que escapa a qualquer simbolização e/ou tentativa de circunscrição de sua

complexidade. A análise do trabalho, segundo nossos pressupostos teóricos, requer tomá-lo como atividade. Nesse sentido, para reforçar nossa compreensão:

Não é possível prescrever completamente o *modus operandis* do trabalhador (...). Todo trabalhar é permeado por um debate de valores que orienta as escolhas que fazem trabalhadores no seu cotidiano e que se revelam na análise, por exemplo, das propriedades no emprego do tempo numa jornada de trabalho. A atividade humana é sempre, portanto, um debate entre normas antecedentes e renormalizações técnicas, operacionais, éticas e que produzem algo novo. (CUNHA, 2007, p. 42, grifo nosso)

Por este caminho, dentro do trabalho real dos CAPS, situaremos a atividade e suas nuances desveladoras de singularidades, de particularidades do poder de agir dos trabalhadores e de (mal)entendidos das situações concretas de trabalho. Ao abordarmos o trabalho real nos CAPS, apresentaremos pronunciamentos de trabalhadores psiquiatras, constitutivos de nossos objetivos de pesquisa. Esse trabalho comporta um caráter subversivo de formas tradicionais de seguimento de protocolos engessados e engessantes de advento da novidade no trabalho, mas também uma parcela de fracasso das expectativas dos trabalhadores.

Partimos da diferenciação primeira entre a tarefa - aquilo que se refere às prescrições da empresa ao trabalhador, num estado de imposição, ou seja, as condições determinadas e os resultados previstos, esperados - e a atividade inscrita no trabalho real, ou seja, as condições reais, concretas e materiais do meio, a própria atividade de trabalho e os resultados efetivos, possíveis de serem desenvolvidos dadas as condições materiais do acontecimento (GUÉRIN et al, 2001). Diz-se daquilo que os trabalhadores conseguem, de fato, realizar num determinado dia de trabalho, considerando todas as variabilidades/infidelidades do meio.

O caminho é reacender a luz da atividade em relação dialética com a tarefa. Em outras palavras:

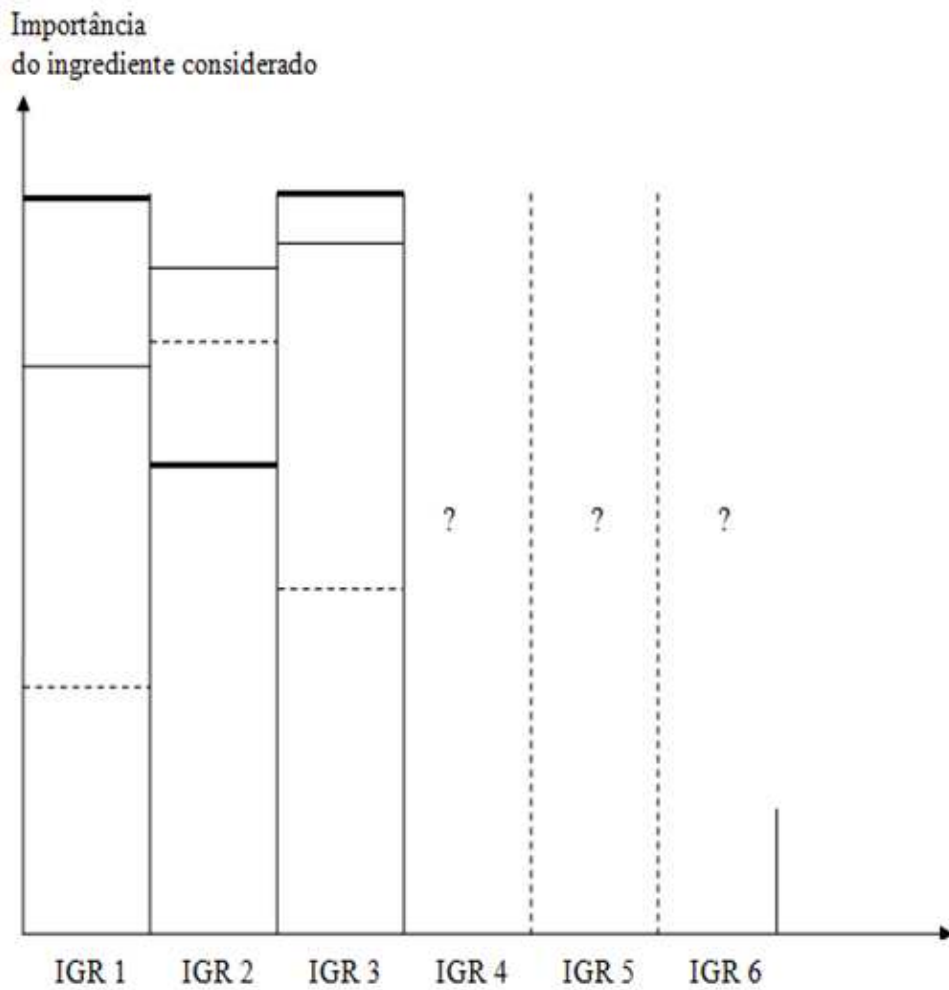
A tarefa é aquilo que deve ser feito e atividade, aquilo que se faz. Pensamos apenas que a atividade do sujeito não se volta unicamente para o objetivo da tarefa, mas também para a atividade dos outros que se baseiam nessa tarefa, e para suas outras atividades. A atividade psicológica no trabalho é aquilo que se faz no universo dos outros para dele participar ou separar-se. É o trabalho assumido pelo sujeito no âmbito do trabalho dos outros. (CLOT, 2006, p. 65, grifo nosso)

No trabalho real, valoriza-se o que, de fato, os trabalhadores fazem, considerando o “*jeitinho/modo de ser de cada um*”, ou seja:

O analista do trabalho sempre se confronta com a singularidade de uma pessoa que, no ato profissional, põe em jogo toda a sua vida pessoal (história, experiência profissional e vida extraprofissional) e social (experiência na empresa, identidade e reconhecimento profissional). Mas, ao mesmo tempo, defronta-se com o modo como essa singularidade fundamental é objeto de uma gestão sócio-econômica por parte da empresa: política social e gestão dos recursos humanos tendo por “objeto” os trabalhadores, a escolha das condições e objetivos de produção determinando o uso dessa produção. (GUÉRIN et al, 2001, p. 17)

Revisitando o trabalho real, desvelamos um estado de *mal estar*, que se mostrou comum a todos os CAPS estudados (de formas particularizadas) e que foi se (re)traduzindo em muito trabalho, desde processos de *desgaste* (psíquico) na lida diária até a criatividade inventariada pelo fazer prático constante e inesperado de se lidar com a loucura (em estado de crise) fora do aparato hospitalar.

O trabalho real nos CAPS estudados foi analisado sob a perspectiva da Ergonomia e da Ergologia. Quanto a esta última, as atividades dos trabalhadores foram analisadas no que diz respeito ao potencial destes em fazerem “uso de si” e das competências da atividade, tendo em vista os seis ingredientes expostos por Ives Schwartz. A figura 3 (Esquema 6) abaixo, exemplo hipotético de um serviço hospitalar, foi tomada de empréstimo para balizar nossas investigações. Ao final deste capítulo, reapresentaremos um outro esquema, ressignificado segundo os dados empíricos dos CAPS, distribuindo, em visibilidade, o psiquiatra segundo suas potencialidades entre os ingredientes, em especial ao abordarmos sua atividade em sua própria versão e na versão de outros trabalhadores e pacientes. Assim o faremos, tentando objetivar nossas análises e focar o trabalho do psiquiatra, a fim de não cairmos em reducionismos objetivantes e subjetivantes na tentativa de enquadramento dos outros trabalhadores entre os mesmos ingredientes - o que mereceria uma investigação empírica mais detalhada, singularmente falando.



IGR 6: Ligado à capacidade de agir em função de uma apreciação dos perfis dos 5 primeiros ingredientes das outras pessoas do meio de trabalho

Exemplo de um serviço hospitalar hipotético

perfil hipotético
de uma enfermeira

perfil hipotético
de uma auxiliar de enfermagem

perfil hipotético
de um médico

Figura 5: Esquema 6: Os ingredientes de uma competência (esquema Yves Schwarts)

3.1 As condições de trabalho

As condições de trabalho nos CAPS foram avaliadas em decorrência de nossa imersão no trabalho real. Foram analisadas segundo a perspectiva ergonômico-ergológica, entre as dimensões pessoal e sócio-econômica aplicadas aos CAPS. Ou seja, a primeira, refere-se às estratégias usadas pelos trabalhadores para realizarem suas tarefas (e que analisaremos ao longo de toda nossa pesquisa). Por outro lado, o trabalho extrapola as nuances da individuação. Em outra visada:

Todo trabalho tem um caráter sócio-econômico. Resulta de uma inserção numa organização social e econômica da produção. A análise do trabalho não pode ignorar essa dimensão, pois é ela que transforma a atividade humana em atividade de trabalho. Reduzir a atividade de trabalho à atividade pessoal não permite captar as reais características das situações de trabalho a transformar. (GUÉRIN et al, 2001, p. 17-18)

De forma mais generalizada, os CAPS estudados apresentam semelhanças quanto às condições concretas e materiais de existência. Partimos das considerações acima e fomos ao encontro dos nossos entrevistados. A ergonomia avisa-nos que há que se visitar a situação de trabalho para averiguar essa inter-relação. E isso requer um constante olhar para os aspectos subjetivos e objetivos das situações de trabalho, tendo em vista que o objetivo seja compreendê-las para poder transformá-las. Nos CAPS, essas duas dimensões se misturam, de forma a ampliar nosso escopo de análise, porém, investigando o trabalho e escutando os trabalhadores, compreendemos que a maioria dos CAPS estudados têm se tornado um ambiente penoso, nocivo para a saúde mental de grande parte dos trabalhadores ao longo dos últimos dez anos. Para alguns mais do que para outros, contextualizando e territorializando nossas análises.

É um ambiente mais salubre, né? Nós não temos, né? Pelo menos no meu CERSAM, nenhuma sala... que a gente possa sentar pra raciocinar, nós ficamos sempre numa porta aberta, direto com os pacientes, eles gritando, berrando e a gente escrevendo e... num tem nenhum momento pra você relaxar, até pra você ver o que que você vai... **É um ambiente muito hostil pro trabalhador.** (Psicólogo 8, grifo nosso)

Nesse sentido, compreende-se que a construção dessa ambiência hostil de trabalho aconteça num vaivém entre as condições individuais, sócio-econômicas e culturais. Le Guillant (apud LIMA, 2006) vem nos dizer que as más condições de trabalho geram conseqüências nefastas para a saúde mental do indivíduo, gerando conflitos intersubjetivos e sofrimentos psíquicos. Por outro lado, compreende-se, de acordo com a Psicologia do Trabalho, que as boas condições de trabalho são aquelas que dão aos trabalhadores a liberdade de construir atividades de trabalho favoráveis à saúde mental. Nesse aspecto,

nossa pesquisa nos CAPS aponta um caminho contrário, ou seja, as condições de trabalho mostram-se precarizadas, segundo a maioria dos trabalhadores.

Apresentamos alguns pontos de vista que apontaram para a construção da insalubridade dos serviços. Em nossas conversas, percebemos queixas/(re)clamações diversas no espaço micro de trabalho: lanches precários para os trabalhadores e pacientes, falta de medicamentos e/ou poucas opções de escolhas, descuido com a hotelaria para os pacientes da PD e pernoite, falta de recursos humanos, falta de segurança pessoal na lida com os pacientes “heteroagressivos”, bem como da precariedade da infraestrutura.

Vejam algumas conversações para exemplificar nossos achados, ora hipertrofiando as más condições, ora relativizando-as ao contexto sócio-político.

Isso é outra coisa tipo: “vamos cortar o lanche”. **Já podia ter cortado já há muito tempo**, porque é horrível, sabe quando você pega aquele pão duro, velho: “oh gente, o que quê isso? Isso é falta de respeito, não é?” Um pão, o café é horrível! Teve que trocar, porque ninguém aguentava tomar o café. Sabe uns negócios assim, sabe que não tem cabimento, não dá, né? (Psiquiatra 20, grifo nosso)

E mais:

Isso é o mínimo, né? **Porque, infelizmente até medicação**, essas outras coisas que te deixam assim meio sem saída, não tem acontecido muito não, porque tinha época que era pior, você trabalhava aqui sem biperideno aqui dentro, né? Todo mundo babando, um lugar onde noventa por cento tomando neuroléptico! Não sei essa estatística, se eu estou chutando, mas muita gente toma, né? (Psiquiatra 20, grifo nosso)

Com relação aos recursos humanos: “(...) *há sim uma falta de recursos humanos, uma falta de psiquiatras, principalmente, falta de psicólogo e assistente social e tudo*” (Psicólogo 3).

Em outro prisma, no CAPS há uma circulação estreita de pacientes e trabalhadores no mesmo espaço e isso complexifica as investigações. Primeiro, o espaço da crise, que é o mesmo do pós-crise; o do acolhimento, que é o mesmo da permanência-dia, que é o mesmo do pernoite e que é mesmo do ambulatório. Uma situação que, se era desejável em termos prescritivos para o funcionamento (antimanicomial) dos CAPS, ao longo dos anos, os trabalhadores, em sua maioria, têm compreendido ser um espaço impróprio para o acontecimento simultâneo de tais atividades. E que elas reservam particularidades diferenciadas, quer seja pela própria condição psíquica dos pacientes, ou por respostas singularizadas que os trabalhadores apresentam ao lidar com o paciente na crise e no pós-crise. Nesse sentido, percebemos uma tentativa constante dos pacientes de entrarem em salas reservadas para os trabalhadores se reunirem ou em consultórios ocupados. Isso vai gerando uma situação de estresse bilateral, tendo em vista que a maioria dos trabalhadores, salvo

algumas exceções, não são receptivos a essa interlocução estreita, contribuindo para remontar as más condições do trabalho, de forma generalizada. Não estaria aqui, uma contradição do trabalho antimanicomial da RP?

Há uma reivindicação da maioria dos trabalhadores de tranqüilidade para o repensamento imediato das condutas a serem tomadas, inclusive da prescrição médica. A fala abaixo é ilustrativa:

E... a gente teve uma colega que disse que o dia que ele precisou de mais tranqüilidade pra fazer uma prescrição, ela teve que ir pro banheiro. **Fazer a prescrição dentro do banheiro porque ela não encontrava um lugar pra fazer a prescrição** porque onde ela ia tinha um paciente ali pedindo alguma coisa, querendo alguma coisa, eles ficam muito ociosos, né? Não têm atividades. (Psiquiatra 3, grifo nosso)

Constatamos que há uma média de 40 pacientes em permanência-dia nos CAPS, o pernoite é lotado, na maioria das vezes, piorando a qualidade de atenção à missão primordial de cuidado ao paciente grave. Segundo a trabalhadora: *“É vá-pá-pá-vá-pá-pá... plantão... o meu ambulatório... num tem condições... mais de sessenta pacientes e dá notícias deles todos! Isso não existe, acaba que os mais graves...”* (Psiquiatra 20). Em termos ergonômicos, a trabalhadora exemplifica uma situação:

Uma coisa boba, isso aqui à tarde, fica insuportável nesse calor e tal, telha de amianto, e no chão é essa coisa de plástico permeável, todo mundo pinga! Não tem um ventilador, tem um! **Sabe um negócio que parece bobo, mas cai até em condição de trabalho, né?** Você fica pingando aí detrás daquela sala, todo mundo, que quê isso, né? Um local pros usuários... e pra nós? (Psiquiatra 20, grifo nosso)

Ao observarmos os trabalhadores da enfermagem lidando estreitamente com os pacientes no banho, na garantia de roupas de uso diário e disponíveis para a frequência de uso, percebemos um grande desgaste emocional. Por um lado, os CAPS se preocupam com a identidade e singularidade dos pacientes (que o paciente possa vestir-se conforme lhe interessa); por outro, não há armários, nem uma rouparia segura e adequada, tanto para guardar pertences dos pacientes, quanto para a oferta gratuita de roupas para muitos. Grande parte dos pacientes não se compromete com tal situação, tampouco seus familiares, salvo raras exceções. Nesse sentido, o mesmo não se pode dizer dos trabalhadores que, na maioria dos CAPS, dispõem de armários com chaves para guardarem seus pertences em tempo real de trabalho.

E os trabalhadores continuam tecendo seus comentários:

Ah são muitas... **Desde a dificuldade de prática, de material prático, cadeira, papel essas coisas, até de supervisão clínica, né?** Então, a gente parte do pressuposto que a gente precisa

de ter um terceiro que vá nos avaliar constantemente³⁹, essa é até a proposta da transversalidade, né? Isso é uma das dificuldades nossas, né? **Então, nós temos dificuldades toda hora, desde uma cadeira para o povo sentar, até dificuldades no ponto de vista conceitual de que cada sujeito vai tá participando desse processo coletivo.** Mas isso é uma construção permanente, né? (Enfermeiro 10, grifos nossos)

Em outra perspectiva das condições de trabalho, a crise dos pacientes traz a agitação (psicomotora), que veicula a “heteroagressividade” de pacientes, que provoca a quebradeira constante dos/nos CAPS. Se por um lado, a loucura traz a inventividade, a criatividade, ela também veicula a feiura e a destrutividade, especialmente em momentos de crise, segundo nossas observações - o que não se aplica a todos os CAPS.

Nesse sentido, percebe-se que o sistema de posição/reposição de mobiliário não é uma constante. Assim, os CAPS têm se mostrado sucateados em graus variados, uns mais, outros menos. Este sucateamento (em termos micro), retraduz o macro da situação (de políticas públicas, do SUS) na seguinte verbalização:

Então, eu acho que o cenário hoje, **trabalhar hoje no CERSAM é igual a trabalhar em Bagdá.** É você trabalhar em uma cidade bombardeada. Um cenário de guerra. Então, hoje em dia, tem esse cenário mesmo bombardeado e muitas vezes **sucateado** no meio desse bombardeio. **O CERSAM foi virando um lugar feio** e isso é mais assim, eu acho que é mais um sintoma, não é que seja algo fundamental, mas é um sintoma do bombardeamento. Então, eu fico muito preocupado. (Psiquiatra 31, grifos nossos)

A situação flutua, aquilo que se mostra melhor, em termos de condições de trabalho em um CAPS, desvela-se como o maior problema em outros. A situação vai da falta de cadeiras - “*Então, ainda tem cadeiras quebradas, muitas vezes falta cadeiras, mas a cadeira num tem encosto...*” (Psicóloga 2) - à (des)organização de prontuários de pacientes. De prontuários precaríssimos a prontuários informatizados, em termos relativizados aos campos de pesquisa.

Os trabalhadores reclamam da falta de segurança do serviço na lida com a variabilidade da agressão dos pacientes e a fragilidade/vulnerabilidade dos CAPS ao ambiente externo. Reclamam, inclusive, de que não são escutados em suas demandas. Por

³⁹ Quanto ao processo de supervisão, esta acontece de forma singular nos dois campos de pesquisa. Em termos ministeriais, os CAPS recebem, anualmente, uma verba destinada à supervisão (clínica) dos mesmos, só que cada gestor vai utilizar dela verba da forma mais adequada que requer o projeto em questão. A tendência é que tais supervisões ocorram mensalmente. Se antes elas aconteciam dentro dos CAPS com a presença, na maioria das vezes de uma analista, com o referencial psicanalítico, ultimamente, a situação se diferencia. Em alguns CAPS, elas não têm ocorrido com a frequência necessária que a complexidade do trabalho exige. Em outros, a supervisão se expandiu para momentos de reuniões gerais em cada regional, por exemplo, a cidade de Belo Horizonte. A experimentação aponta-nos para que esse terceiro olhar ocupe-se com os CAPS, tomando-os como “*casos clínicos*” a serem supervisionados, em especial quando o assunto é relação entre trabalhadores e condições de trabalho.

outro lado, há quem diga que segurança nos CAPS descaracterizaria o modelo antimanicomial de trabalho.

Dentro da perspectiva sócio-econômica, sabe-se que o resultado das condições socialmente favoráveis não se fazem sem parcerias internas e externas ao ambiente de trabalho. Nesse contexto, uma trabalhadora diz que “*o que sustenta isso não é só o ideal dos trabalhadores. Tem um ideal político, toda uma estruturação de recursos que a gente precisa. E, nesse momento, é o que a gente tá sentindo que tá difícil, que tá faltando, né?*” (Psicóloga 6). A fala aponta para uma desarticulação do aspecto macrosocial da coletividade de trabalho - uma dificuldade de apreensão do “Nós” na constituição do “sujeito social” trabalhador (MICHEL-BARU, 2004).

Na remontagem das condições sociais de trabalho, percebemos uma reclamação coletiva dos trabalhadores. Por outro lado, constatamos ações setorializadas para se reivindicar melhores salários, salvo um psiquiatra que faz menção de que os salários não sejam ruins como dizem por aí, mas que o problema esteja nos processos de trabalho dos CAPS, na forma como os trabalhadores são acolhidos e se organizam, tendo em vista o trabalho em equipe. Nesse sentido, a organização do trabalho com rodízio de todos os trabalhadores no final de semana e as reclamações salariais foram eloquentes. Os pagamentos de tais plantões, ora são em regime de folga (situação que será retomada *a posteriori*), ora em espécie. Dizem eles que recebem pouco e trabalham muito, além disso, que os psiquiatras recebem um pouco mais no montante salarial.

Não, você só pode tirar um por semestre em folga, os outros tem que ser remunerados, uma péssima remuneração que eu já falei, o dia que passa doze horas de sábado e domingo, carnaval, reveillon, natal, feriado, dia dos namorados, entendeu? O dia que tá todo mundo por aí, dá o que, bruto trezentos e alguma coisa, **líquido duzentos e pouco**. Outros... **eu tenho a impressão que tá na faixa de seus seiscentos e pouco reais nas outras. Pois é, e é da mesma qualidade de trabalho. É urgência, né?**⁴⁰ (Psiquiatra 20, grifos nossos)

⁴⁰ Uma discussão importante merece ser feita neste contexto de remuneração/condição de trabalho. Paira em todas as duas redes de saúde mental, discussões acerca da inclusão, não inclusão municipal dos CAPS como serviços de urgência como são as UPA's e as UAI's. Quer dizer, se assim o fosse, considerando a regularização de serviços de urgência às exigências de conselhos específicos, de medicina e de enfermagem, deveriam funcionar com a presença 24 horas de médicos e enfermeiros no serviço. Essa possível (re)caracterização dos CAPS como serviços de urgência conforme leis municipais, “descaracterizaria” os CAPS como serviços diferenciados, com o lema de despsiquiatrização vigente, como se veicula o entendimento de funcionamento dos referidos CAPS III estudados. Trata-se de uma faca de dois gumes. Também, a própria lei 10.216, não se posiciona claramente quanto à situação. Resta o silêncio, a falta de conversas com os trabalhadores sobre o assunto, um silêncio que, segundo nosso entendimento, torna-se até estratégico para a não “descaracterização” dos CAPS como serviços de urgência em saúde mental, mas diferenciados das urgências de outra ordem.

Portanto, em termos mais gerais, os CAPS têm se mostrado insalubres para a saúde física e mental dos trabalhadores. Porém, mesmo trabalhando em meio às más condições de trabalho apresentadas, várias falas apontaram para a seguinte ressignificação:

Aqui, cansa, te estressa, mas é mais dinâmico. Eu devo ter falado isso também, às vezes, as coisas aqui acontecem mais, né? É, tem esse lado aí, tem um lado bom, um lado muito triste, tem tudo, tem o lado bom, né? Tem o lado da gente mesmo, mais descontraído de ficar. (Terapeuta Ocupacional 3)

3.2 A clínica, a técnica e a tecnologia em refazimento

Nesse contexto, posicionam-nos do lado da entrevista clínica, segundo Lévy (2001).

A entrevista (clínica) de pesquisa não tem, como meta, o diagnóstico, nem a terapia; ela corresponde a um plano do pesquisador (...). A entrevista terapêutica tem uma finalidade quase oposta: ela facilita a elaboração, pelo paciente, de um pensamento subjetivo, pouco comunicável, graças à colocação ao jogo de relações imaginárias com o terapeuta. (BLANCHET, 1985, apud LÉVY, 2001, p. 90-91)

Assim, primeiramente, vejamos o relato abaixo, que se trata de um depoimento de um paciente entrevistado - o Gabriel⁴¹ - verbalizado nesse contexto de interrogação sobre o trabalho e que exemplifica a razão de existência (clínica) dos CAPS. Perguntamos-lhe sobre o seu tratamento no CAPS e ele nos responde da forma abaixo ilustrada (delirantemente). Para enaltecer a importância da palavra do paciente em nossa pesquisa, pegamos carona com Foucault (2009) em sua aula inaugural no Collège de France, em 1970:

É curioso constatar que a palavra do louco não era ouvida, ou então, se era ouvida, era escutada como uma palavra de verdade. Ou caía no nada - rejeitada tão logo proferida; um então nela se decifrava uma razão ingênua ou astuciosa, uma razão mais razoável do que a das pessoas razoáveis. De qualquer modo, excluída, ou secretamente investida pela razão, no sentido restrito, ela não existia. Era através de suas palavras que se reconhecia a loucura do louco; elas eram o lugar onde se exercia a separação; mas não eram nunca recolhidas nem escutadas. (FOUCAULT, 2009, p. 11, grifo nosso)

Com a palavra, o Gabriel:

Olha, eu adoeci, porque o seguinte, eu não sei se vai dar tempo... Vou te contar o que aconteceu. Aconteceu o seguinte, é... eu era dependente. Eu fui dependente de droga na minha adolescência... de maconha e cocaína, sabe. Então, eu tinha uma televisão lá em casa que eu tinha dado para minha mãe no dia das mães. Eu nunca tinha ido a um psicólogo, dentista também, nunca tinha ido no dentista. Meus dentes eram bons. Tinha uma vida normal, dormia bem, alimentava bem, jogava bola todo dia, fazia barra, flexão, abdominal. Corria daqui para a Pampulha. Eu tinha um amigo meu sabe (...). Aí então assim, eu tava desempregado, e ele como era parente de um pessoal lá que tinha uma condição melhor, ele arrumava vitamina, essas coisas. Me ajudava a pagar uma conta de luz, me ajudava a comprar um mantimento para colocar lá dentro de casa, e tal e tudo. Aí, até aí tudo bem. Aí... todo mundo me chamava para ir para a Igreja e o Marcel gostava muito de ler e me dava muitos livros. E eu lia muito.

⁴¹ Nome fictício: a riqueza de sua verbalização e subjetividade exigiu-nos nomeá-lo neste contexto de pesquisa e posicionamento em seu processo de tratamento no CAPS - um sujeito sendo resgatado da condição de paciente.

Às vezes, eu passava a madrugada toda lendo, sabe? E cheirando cocaína, até aí tudo bem... Aí... eu ficava acompanhando aquela programação que passava na televisão, que Deus falava com uma pessoa e a pessoa dando o testemunho, né? Ah... Deus falou para mim fazer, assim, assim, assim, e eu fiz, aí a minha vida aconteceu isso, isso e aquilo... E tal, tal, tal... Aí, eu falei assim: "poxa...". Aí... beleza... num questioneei nada e ficava com aquilo na cabeça, né? Que estranho... Deus falar com a pessoa assim e tal. Aí teve um dia que... eu nunca fui traficante de droga, nunca matei ninguém. Já roubei para comer... né? Mas, nunca cometi um roubo, essas coisas assim e tal. Então o que é que aconteceu? Eu trabalhei a semana toda e minha mãe não estava em casa. Os meus dois irmãos estavam... na panha de café, entendeu? Então, eu tava sozinho em casa. Aí, eu peguei meu dinheiro que eu trabalhei a semana toda e usei droga. Fui para o bar. Aí, lá eu cheirei cocaína, bebi, sabe? Eu acho que eu até tive relacionamento sexual com uma mulher lá perto desse bar, lá e tal, sabe? Uma amiga minha, e tal... A gente é amigo ainda, mas tem muito tempo que eu não vejo ela, sabe? Aí, então, tudo bem. Eu gastei todo o meu dinheiro e fui embora para a casa. Aí eu fui embora para casa era umas seis horas da manhã. Cheguei em casa, deitei e dormi. Quando eu acordei, aí eu arrependi de tudo aquilo que eu fiz, sabe, assim. De ter bebido, de ter cheirado cocaína, de ter fumado maconha, sabe? Eu arrependi de tudo aquilo, você entendeu? Aí o que é que aconteceu? *Eu me sentei sozinho. Sozinho no mundo. Parecia que eu era só, que eu estava só eu na terra, sabe? Senti sozinho. Aquela solidão, assim...* Olhei para um lado, olhei para o outro, assim. Não tinha nada para comer porque eu não organizei as coisas para dentro de casa, né? Comprar as coisas para comer. Aí eu olhei para aquela pilha de livro e tal. Aí vi uma Bíblia. Eu tinha ganhado muitas bíblias. O pessoal tinha falado: "*você é muito inteligente e tal. Lê a Bíblia e tal. Deus tem uma obra na sua vida e tal, aquele negócio todo e tal. Beleza*". Aí eu fui e... peguei uma Bíblia. Aí, abri a Bíblia, virei para um lado, para o outro e não sabia o que lê porque eu não conhecia o evangelho, não sabia nada. Aí, eu fui e comecei a chorar e andar em círculo dentro de casa e gritando. "*Deus fala comigo!... Deus fala comigo!...*" e *fiquei assim mais de uma hora, mais ou menos assim, naquele desespero imenso dentro de casa, sabe. Com a Bíblia na mão e tal.* Aí, quando foi de repente uma voz falou assim: "*Oi Gabriel*". Uma voz suave assim, sabe, bonita. Uma voz, sabe? Aí, eu olhei para um lado, para o outro e não vi ninguém. Aí falou de novo: "*Oi Gabriel*". Dentro do meu subconsciente. Aí, tudo bem. Aí, depois eu fui no terreiro, olhei e não tinha ninguém. Aí, eu entrei para dentro de casa de novo. Aí falou: "*Oi Gabriel*". Aí eu fiquei meio com raiva e eu era muito rebelde na época, porque era adolescente, e tal. Aí, então, eu falei: "quem que é, porra?" Falou assim: "*somos nós, os anjos do senhor e nós viemos te atender...*". Aí, a gente teve uma conversa muito longa e tal, e tudo e tal. Aí eles perguntavam se eu queria partir... né? Deixar a terra e ir para o céu, né? Descansar com Cristo e tudo. Aí quando falou isso comigo eu entrei em desespero e saí correndo dentro de casa com a Bíblia na mão. *A Bíblia não soltava da minha mão de jeito nenhum. Aí, na hora que eu corri, parecia que escureceu tudo. Parecia que eu estava indo para as trevas, sabe?* E a voz falou assim: "*volta*", uma vez. E a voz tinha poder. Eu senti uma força me puxando para a janela de novo. Aí ela falou: "*então tá Gabriel, a partir de hoje você vai ter mais uma chance, você vai viver. Só que você vai carregar três enigmas com você e parte da sua memória vai ser apagada*". Parte da minha memória foi apagada do diálogo. Porque eu queria saber demais e responderam muito e eu não podia saber demais, né? *Talvez eram informações que ainda não é autorizado que a humanidade venha a conhecer ainda. Eu creio isso, assim.* E me entregou três enigmas. *Disse o seguinte: se eu quiser escrever livros eu posso escrever, mas é para eu ter cuidado para não me perder entre os livros. E o segundo: eu sei o que eu sei, e não o que o ser humano sabe. E o terceiro: para mim ter cuidado com mulher, para eu não me entregar minha força para mulher. Aí foi... eu fui em Igrejas, fui... Conte a história para vários pastores e tal de várias igrejas, eles não teve o discernimento que eu tive, você entendeu? Então, assim, tinha gente que falava assim: "isso aí é de Deus... Isso aí é o demônio que te enganou... Isso é não sei o que, e tal".* E ninguém sabia me explicar. *Então, eu resolvi procurar um psicólogo*" (Gabriel, grifos nossos)

Esponaneamente, Gabriel sentiu-se confortável em relatar este fragmento histórico de vida, apresentando-nos uma outra razão (primordial) de existência dos CAPS: a continuidade do tratamento de um paciente que, não raro, persiste numa mesma atividade delirante (de construção de sentido de vida). Sob nossa compreensão do trabalho real dos CAPS, os pacientes e os familiares mais procuram pelo médico psiquiatra do que outro trabalhador, mas Gabriel o fez diferente - à sua forma, segundo ele -, procurando por um psicólogo. Porém,

sabemos que a construção clínica nos CAPS começa na forma como os pacientes são acolhidos na porta de entrada, em tese, por todos os trabalhadores.

É dentro desse cenário que propomos uma conversa com os trabalhadores acerca da forma e das argumentações por eles utilizados para promover a construção/condução clínica de pacientes em crise, tomando-a, conforme lembra-nos Lévy (2001, p. 35): “Em tais momentos de desespero ou de crise, mas também de renascimento e de reconhecimento é que o trabalho clínico se impõe e pode adquirir todo seu sentido”.

Interrogamos todos os trabalhadores acerca da clínica que eles praticam nos CAPS. As respostas foram muito ressingularizadas e percebemos uma aderência forte de cada um em querer fazer valer seu campo de conhecimento em forma de discurso clínico o que, no geral, fragmenta a condução do caso clínico. Segundo Foucault (2009), o discurso revela uma relação com o saber e o poder.

Nisto, não há nada de espantoso, visto que o discurso – como a Psicanálise nos mostrou – não é simplesmente aquilo que manifesta (ou oculta) o desejo; é também, aquilo que é o objeto do desejo; visto que – isto a história não cessa de nos ensinar – o discurso não é simplesmente aquilo que traduz as lutas ou os sistemas de dominação, mas aquilo por que, pelo que se luta, o poder do qual nos queremos apoderar. (FOUCAULT, 2009, p. 10)

Michel-Baru (2004) chama-nos a atenção: “A clínica começa com o reconhecimento do outro, dos outros que pretendem dizer “nós” (p. 297). Para a autora, a clínica é resultado de três dimensões interdependentes: “a situação, a relação e a demanda, induzidas pela etimologia da palavra, que significa “prática junto ao leito” (p. 67).

Michel Lévy (2001) vem nos apresentar a clínica da seguinte forma:

Com efeito, existem inúmeras maneiras de “**se inclinar**” sobre o leito de uma pessoa que sofre: pode-se auscultá-la, observá-la, apalpá-la, ou ainda prodigar-lhe diversos cuidados, enxugar o suor de sua fonte, escutar sua queixa, testemunhar-lhe compaixão, reconfortá-lo com palavras tranquilizadoras, interrogá-la, ou ainda, conversar com ela; pode-se, também procurar prolongar seu sofrimento, dele fruir, tanto quanto atenuá-lo ou fazê-lo desaparecer. A ajuda pode ser concebida de maneira muito diferente [...]. (LÉVY, 2001, p. 11, grifo nosso)

Lançamos mão de investigações sócio-clínicas, nas quais o mesmo autor diz-nos da clínica do sentido, uma postura clínica - uma *démarche* clínica:

O que é com efeito, profundamente original na concepção clínica do sentido é que ela combina suas duas dimensões: orientação (ou projeto) e significação; em outras palavras, mudar e compreender. O “sentido” é o que faz sentido para seres concretos, em relação dinâmica, como pode fazê-lo um lapso, um ato falho, um ato livre, um poema, o prazer de um instante; ele não está na própria história, na qual ficamos presos, nem mesmo em sua narrativa, mas na sua retomada mais tarde [...]. (LÉVY, 2001, p. 27, grifo nosso)

Nossa investigação insere-se na possibilidade de localização da forma como os trabalhadores têm feito uso da clínica (da técnica e da tecnologia) disponível às suas mãos e/ou inventadas no cotidiano de trabalho.

Escutamos os trabalhadores apoiados em nossas referências teóricas da Clínica do Trabalho, em especial a Ergologia: a ressingularização do distanciamento entre o prescrito e o real, o “uso de si” e dramáticas, dos ingredientes da competência e do processo de “antecipação/confrontação”, dentre outras. Propomos para esta discussão o modelo das arbitragens⁴², visando uma relação intersubjetiva entre o paciente e o trabalhador.

Relocalizamos também, o contexto clínico dos CAPS numa perspectiva de possível junção dos aspectos orgânicos, psíquicos e sociais (fragmentados nesse meio) ao escutar os trabalhadores para compor um corpo ao Trabalho Clínico, a exemplo daquilo que Le Guillant (2006) chamou de “Nova Clínica” e que abordaremos com maiores detalhes em outro contexto: aquele do sofrimento/adoecimento no/pelo trabalho.

Nos CAPS, todos os trabalhadores, salvo os auxiliares de enfermagem, têm a permissão de exercer a clínica do acompanhamento de casos. Eles apresentam seus saberes clínicos investidos na experimentação, porém, não dispõem do “conhecimento formal acadêmico”, não sendo, então, autorizados a exercerem a clínica, apesar de demonstrarem intenso potencial em fazê-lo via experimentação. Esse não é o nosso objeto de investigação, mas passamos por ele e chegamos à conclusão de que o assunto merece maior investigação em pesquisas. Os trabalhadores que exercem a clínica nos CAPS são os Técnicos de Nível Superior (TNS). Resgatamos aqui nossas constatações de que os psiquiatras aí não se incluem, pois, eles têm um lugar diferenciado, aquele de médicos da instituição, não de TNS, nem de trabalhadores. Analisamos o conjunto de trabalhadores, sem essa prévia determinação e percebemos que há uma veiculação, não exatamente de discursos clínicos específicos, antes, de significantes de mesmo cunho bailando entre a falta de inserção no coletivo e a sua imposição no cotidiano de trabalho.

Enfim, qual a clínica que se pratica nos CAPS e como ocorre a sua diluição no coletivo dos trabalhadores? Em primeira instância, verificamos a existência de vários significantes discursivos. O primeiro deles é o da Psicanálise, mais prevalente entre os

⁴² Trata-se de um termo muito utilizado no Glossário da Ergologia (2008, p. 24): “O ser humano em atividade não é nem livre de qualquer constrangimento, nem determinado como um robô: ele efetua incessantemente arbitragens que lhe permitem ao mesmo tempo obedecer a um procedimento e transgredi-lo, tendendo a fazer à sua maneira, no aqui e agora. Estas arbitragens supõem critérios mais ou menos conscientes/individuais/formalizados”.

trabalhadores (em especial os psicólogos): “*Eu propriamente, eu trabalho com a Psicanálise, mas muitos colegas não. Não compartilham dessa mesma vertente, né? Não, mas isso é possível, porque o eixo comum é o cuidado, né? O cuidado é o tratamento, né?*” (Psicóloga 4).

Quanto aos psiquiatras, a situação é equivalente, alguns se posicionam a favor e outros contra, criticam a Psicanálise nos CAPS, alegando que se fala muito o *lacanês*. Nesse contexto:

A Ergologia propõe a construção de dispositivos de formação-pesquisa-ação, de transformação do trabalho, baseados no triângulo atividades-saberes-valores nos quais se possa criar um regime de produção de saberes em que a competência humana industriosa derivada da história individual de cada um possa interrogar e ser interrogada pelos saberes das disciplinas científicas diversas nos seus patrimônios. (CUNHA, 2007, p. 44, grifo nosso)

Vejamos algumas falas significativas nesse sentido:

E ainda acho que há um outro equívoco, que o **projeto monopoliza as formas de tratamento**. Por exemplo, a Psicoterapia, **há uma clara orientação lacaniana**. Mas a gente tem que observar que pacientes, que grupos de pacientes podem se beneficiar de outras intervenções psicoterapeutas; **psicodrama, terapia cognitiva comportamental**. **A gente aqui, é, não escuta falando em Freud, né? Será...?** Isso eu questiono, **o Freud, ele é pouco divulgado aqui no CERSAM** e a gente percebe claramente uma **monopolização pela teoria lacaniana**. **Não são abertos a outras teorias**. **Falar lacanês** é possível, mas entender o quê, por exemplo, Lacan fez, uma nova leitura de Freud é algo que vai uma distância muito grande. E isso se reflete na condução clínica, quando não se tem esse tipo de clareza e de estudo. (Psiquiatra 24, grifos nossos)

A maioria dos trabalhadores apresenta críticas à Psicanálise, mas por outro lado, poucos reafirmam, concretamente, outros discursos. Alguns foram categóricos em apresentar outras possibilidades. Dizem da terapia Cognitivo-Comportamental, da Psicologia Analítica Junguiana, do Psicodrama, da Sistêmica, do Existencialismo Heideggeriano e, inclusive, do resgate de Freud nesse contexto psicológico de trabalho, por exemplo.

Mas, enfim, qual a clínica que se pratica no trabalho real dos CAPS? Qual seriam os quadros clínicos mais comuns? Pacientes com riscos e/ou tentativas de auto-extermínio, por exemplo, deprimidos/depressivos; pessoas com desentendimentos afetivo-conjugais, que procuram o CAPS em momentos de desespero, somatizando suas angústias e solicitando um dedo de prosa; portadores de déficits intelectivos, com baixos limites de tolerância às variabilidades cotidianas do meio e que acabam se agitando, sendo levados aos CAPS; andarilhos de ruas⁴³ e rodovias (aí sempre há um surpresa diagnóstica) em estado de abandono e em crise psíquica e social.

⁴³ Para maiores esclarecimentos sobre nosso ponto de vista sobre essa temática, sugerimos a leitura de: “Hora de Nossa Hora: *o menino de rua e o brinquedo circense*” (OKAMOTO, 2007).

Também, usuários agudos e crônicos de álcool e drogas; pessoas com angústias em relação às suas situações de trabalho⁴⁴; acolhimentos espontâneos de pessoas que procuram os CAPS para conseguirem um laudo pericial; pessoas que buscam somente o atendimento com o médico, especificamente, para trocarem suas receitas, especialmente de benzodiazepínicos, na falta do psiquiatra na rede básica; encaminhamentos equivocados de Centros/Unidades Básicas de Saúde; cidadãos internos em presídios (com ou sem sofrimento psíquico diagnosticados) e sem assistência psiquiátrica crises barulhentas de agitação psicomotora de cidadãos em primeiro surto psicótico e/ou reagudização de pacientes psicóticos, com delírios e alucinações; desencadeamento de crises histéricas (de dissociação) e de dificuldades de conclusão de processos (novos e velhos), das variabilidades/infidelidades da vida; pacientes silenciosos e que podem estar em franca crise psicótica, inclusive com riscos para si e para outros; pacientes que apresentam sintomas psiquiátricos bizarros, mas que, ao se investigar em profundidade, as comorbidades clínicas do corpo físico são a causa fundante do sintoma ou vive-versa; quadros de demenciação, fobias e anorexias e outros.

Escutamos algumas palavras de ordem ao se nomear a clínica praticada: a “*Clínica da Referência*” (de casos) e a “*Clínica Ampliada*”, aliada à “*Psicanálise Aplicada*”.

Inicialmente, um trabalhador vem nos dizer da *Clínica da Referência*⁴⁵, associando-a a um “acontecimento”: “(...) *uma coisa incrível, a clínica da referência, que era uma coisa... que estava começando a tentar elaborar em 1993. Clínica como acontecimento. Uma clínica é um acontecimento, um ato clínico não é um ato, é um acontecimento*” (Psiquiatra 31). Aqui, localizamos uma discrepância evidente entre os CAPS. Em dois deles, essas instâncias clínicas acima são mais presentes na prática dos trabalhadores. Em dois outros, percebe-se que a clínica é feita de forma mais específica aos saberes disciplinares.

Quanto à “*Clínica Ampliada*”, a fala seguinte apontou-nos um norteamento de busca de sentido e significado entre os trabalhadores: “*o que a gente segue é uma clínica ampliada mesmo (...)*” (Psicóloga 2). Analisemos algumas situações que nos direcionam para o

⁴⁴ Aqui merece uma observação instituinte de sentido em nossa pesquisa, que foge ao escopo de análise, mas que não pode passar batido em nossas considerações clínicas, em se tratando que estamos no campo da Psicologia do Trabalho. Constatamos que a maioria dos trabalhadores não valorizam, na coleta das histórias/trajetórias de vida do paciente, na anamnese clínica, sua situação de trabalho, a importância (centralidade) que apresenta o trabalho na (des)estruturação psíquica dos pacientes (na eclosão de surtos e sofrimentos variados). Daí, situarmos, de forma essencial, os trabalhos de Louis Le Guillant (2006) e de LIMA (2006?), mais precisamente.

⁴⁵ Segundo a experimentação: *Clínica da Referência* não é uma clínica desconhecida desde a implantação dos CAPS. Diz dos aparatos e dos dispositivos utilizados pelos trabalhadores para conduzirem os casos. Os trabalhadores colocam-se disponíveis para ouvir e escutar os pacientes, segundo seus referenciais teóricos. Quer dizer, a construção daquele “*caso clínico*” vai sendo tecido por um trabalhador específico, que organiza toda a trajetória, o percurso do paciente no CAPS. Diz de uma Clínica que tem o *Técnico de Referência* como seu protagonista principal.

entendimento acerca da citação, localizando essa clínica na lida ampliada com outras instâncias dentro e fora do CAPS, por exemplo, com os familiares, com a restituição de “*histórias de vida ruidas*” dos pacientes. Para essa clínica, compreende-se a valorização da experimentação dos trabalhadores em inter-relação subjetiva.

Mas, o que de fato, significa “*Clínica Ampliada*” (ou Clínica do Sujeito)? Segundo nossas investigações teóricas, trata-se de uma clínica que extrapola as especificidades, valendo-se delas, mas promovendo uma expansão de diálogos com outros saberes, que tendem a romper com seu próprio empobrecimento, que ultrapassa os limites institucionais, que lida com os familiares de forma territorializada, que inclui a doença (a biologia), mas também a subjetividade e a sociabilidade e que visa desconstruir o saber-poder localizado num determinado trabalhador. Uma clínica que expande seus questionamentos para a inter e transdisciplinaridade, como já nos referimos no trabalho em equipe, para o enfermeiro, o psicólogo, o assistente social, o terapeuta ocupacional e o médico (CAMPOS, 2007).

Em outras palavras, percebemos ser uma definição que muito se aproxima do caráter ergológico que ora trazemos em nossas reflexões clínicas, refletidas nos “Dispositivos Dinâmicos a Três Pólos” (DD3P). Uma postura de diálogo, de necessidade de um certo conhecimento prévio sobre a doença e seus riscos, que compreende a existência de protocolos e que promove a renormalização dos mesmos em tempo real de trabalho. Enfim, uma clínica em fase de extinção nos CAPS, segundo os próprios trabalhadores.

Percebemos vários convites para que os trabalhadores pratiquem essa clínica nos CAPS. Vejamos algumas situações que convidam os trabalhadores para esta ampliação: o processo de “*ocasião de palavra*”, a “*Clínica das antecipações/confrontações*” nas intervenções de urgência, a “*Clínica do corpo-a-corpo*” e a “*Clínica do muro*”. São nomeações instituintes para a ampliação da clínica que, de fato, pratica-se nos CAPS.

A Clínica da “*ocasião de palavra*” foi citada por um psiquiatra e reproduzida por alguns trabalhadores, em especial aqueles que nomeamos ao longo de nossa pesquisa de coletivos/anômalos. Ele ressignifica essa terminologia ao fazer uma crítica ao trabalho isolado e repetitivo do psiquiatra em remediar pacientes. Para ele, “*ocasião de palavra*” é um espaço-tempo de restituição da palavra no coletivo de trabalhadores, em momentos de conversas informais com os pacientes, de circulação da palavra: “*(...) ocasiões de simbolização, então, da conversa na hora do almoço, até um convite pra jogar um baralho, passando por uma atividade, uma oficina, um grupo de conversa, uma atividade recreativa... convocar um sujeito, criar possibilidades de subjetivação, né?* (Psiquiatra 18).

Vários foram os trabalhadores que nomearam a clínica dos CAPS de “*Clínica do corpo-a-corpo*”. Diz de um posicionamento que nos remete ao “*corpo-si*” (à dimensão alma e corpo, ou seja, à subjetividade-individualidade posta em questão no momento clínico), uma clínica psíquica e fisicamente próxima dos pacientes.

Pra mim, são todas essas referências de saber... que eu usei, que eu procuro fundir na minha clínica diária, e também uma certa... eu gosto também da clínica do CERSAM que a gente ali é um pouco da técnica... com também aquela convivência com a clínica que eu chamo de **clínica do corpo-a-corpo**. Você tá o dia inteiro com o paciente do CERSAM ali. Não tem aquela separação estanque dos profissionais que tão lá na sala deles, no consultório e tal, você tá ali o dia inteiro... (Psicóloga 5, grifo nosso)

Dentro da perspectiva da “*Clínica do corpo-a-corpo*”, situamos a “*Clínica do muro*”, mais verbalizada pelos psiquiatras. Uma situação clínica que diz respeito ao muro do CAPS tomado como uma fronteira, um limite colocado pelo e para o trabalho clínico. O que escutamos em todos os CAPS é que os muros são baixos. Em termos ergonômicos, se formos compará-los aos dos hospitais psiquiátricos, percebe-se que são mínimos, alguns até vazados em forma de grades, possibilitando/facilitando a fuga/evasão constante de pacientes (em crise) e constituindo momentos de angústia para muitos trabalhadores. Para outros gera um desinteresse, mas para alguns, uma “*situação clínica a lidar*”, sabendo que a proposta dos CAPS é promover um tratamento com “*portas abertas*”. A fala abaixo é convidativa para reflexões e se estende a grande parte dos trabalhadores.

E o que a gente acabava ouvindo é **que a gente tinha que fazer o muro com o próprio corpo. O muro do manicômio com o próprio corpo!** Ora, nós não somos... nós somos humanos, a gente não consegue fazer um muro com o próprio corpo. Isso é muito pesado. Um muro é uma estrutura muito pesada pra sustentar com o próprio corpo, né? (Psiquiatra 3, grifos nossos)

Mas, o que significaria a metáfora “*fazer o muro com o próprio corpo*”? Segundo conversas com a entrevistada e nossas análises sobre o trabalho real, percebemos tratar-se de um peso que o trabalhador, não somente o psiquiatra, carrega ao “ter” que responder por grande parte das demandas do CAPS na prática, distanciando-se da clínica do acolhimento. Por outro lado, também é um modo de ir contra o manicômio, contra o retorno do paciente ao hospital psiquiátrico, fazendo uma barreira ao paciente com riscos de evasão com o próprio corpo, física e clinicamente. O que reforça nosso entendimento de que, no CAPS, a clínica seja “*corpo-a-corpo*”, mas também da palavra, que, juntos, ambos entram no repertório do tratamento, funcionando como tentativas de contenção do paciente grave e em crise dentro do CAPS e que, na maioria das vezes, falha. Foi dentro desse contexto que também localizamos o endereço do *mal estar* do/no trabalho real nos CAPS.

Pela reincidência do assunto (pular os muros), verbalizado pela maior parte dos trabalhadores entrevistados, nos aprofundamos nessa discussão, recharacterizando a situação de evasão do paciente. Vejamos alguns pormenores. Alguns dizem que os pacientes fogem pouco, enquanto outros trabalhadores dizem que as fugas são constantes.

(...) então, o que eu falo sobre a questão da fuga é que eu acho... é... não é o muro que contém a fuga, eu acho que é a clínica. A clínica que você faz é que segura o paciente aqui dentro, não é o muro, porque ele foge muito pouco, o paciente foge daqui muito pouco, muito pouco. Se formos fazer uma estatística, vamos ver que é pequeno. (Psiquiatra 7, grifo nosso)

Porém, segundo nossas avaliações, essa clínica encontra-se em fase de desfazimento/refazimento e as evasões continuam frequentes. Vejamos qual a engrenagem e o percurso da fuga. Na primeira situação: em termos práticos, para evadirem, os pacientes também fazem o cálculo da fuga, assim como os trabalhadores fazem “o cálculo da clínica”. Percebemos que os pacientes observam o movimento dos trabalhadores e elegem lugares de fragilidade, que acabam sendo os “pulódromos” (aqueles lugares fáceis e mais confortáveis para se pular os muros) dos CAPS, apesar de que alguns conseguem burlar, até mesmo a portaria. Para evadirem, os pacientes precisam, então, vencer algumas barreiras. A primeira delas, e a mais fácil, a contenção pela palavra; a segunda, a contenção física nos leitos; depois a contenção química para chegarem até o muro. Aí chegando, encontram muros, na maioria das vezes, baixos ou brechas possíveis, e então, a fuga acontece. Há outro entendimento de que os muros funcionam não só como barreiras para a evasão de paciente, mas também contra a invasão de pacientes que pulam para dentro dos CAPS, solicitando ajuda. Por outro lado, funciona também como uma barreira contra o agressor vindo da comunidade: a violência do outro social, segundo os trabalhadores. Há uma compreensão de que a fuga passa pela economia da clínica da diferença dos pacientes e que estes enfrentam algo insuportável ao permanecer dentro dos CAPS, segundo determinação dos trabalhadores. Eles evadem como um ponto de limite de suas tolerâncias: “O dia que a gente fica aqui o dia inteiro... você sai no outro dia num querendo ver o CERSAM por 15 dias, imagina o paciente aqui 24 horas, oito, dez dias seguidos. Então, é da ordem do insuportável para o sujeito... é por a cabeça pra fora da água pra tomar um ar, às vezes” (Psiquiatra 7).

Por outro lado, em termos ergológicos, segundo nossas orientações teóricas, levantamos novos paradigmas - uma outra adjetivação para a clínica nos CAPS - que podemos nomear, segundo nossas reflexões teóricas, de “Clínica da antecipação/confrontação”. Uma clínica que traduz a lida com os registros R1 e R2, o “uso de

si”, da “trama e urdidura”, e dos seis ingredientes da competência, a partir da gestão das defasagens entre o prescrito e o real aplicados no atendimento.

É necessário antecipar para ter um domínio sobre o meio e é preciso saber que quando se deve agir, isto significa sempre uma confrontação com, eu diria, não só um encontro, mas, *encontro de encontros*: há múltiplas fontes de história que se combinam para que, qualquer que seja a busca de antecipação, seja necessário fazer face aos encontros. (SCHWARTZ, 2007, p. 96)

Um exemplo vivo dessa situação é uma fala já apresentada quando uma trabalhadora tece explicações acerca de seu trabalho em equipe no CAPS: “*Por exemplo, eu já tive dia de estar atendendo dentro da sala... ambulatório... e eu escutar o barulho do vidro quebrando, eu não espero me chamar não, eu já levanto, abro a porta e já vou*” (Psiquiatra 2).

A discussão que se apresenta diz respeito à técnica do atendimento clínico. Segundo a fala acima, os trabalhadores se mobilizam, antecipando acontecimentos graves quando estão fazendo clínica, desneutralizando o meio, inserindo a recontextualização das variabilidades em tempo real de trabalho. A discussão remete-nos à Ergologia pelo viés de que: “O uso de uma técnica coloca em dialética normas antecedentes e renormalizações, jamais de modo neutro, mas em referência a valores” (SCHWARTZ, 2007, p. 97). Algo que nos reconvoca ao debate de normas e às “dramáticas do uso de si”.

(...) nenhuma técnica é neutra. (...) admitimos que qualquer emprego de um princípio técnico tem sempre algo de reinvenção local, nunca é por acaso o modo como cada um, individualmente – ou coletivamente, numa entidade coletiva relativamente pertinente – vai reinventar localmente o emprego eficaz de um princípio técnico, de uma instalação técnica. Ou seja, essa dialética dos registros veicula consigo o que podemos chamar de “debate de normas”. E se a atividade nunca é pura execução do que foi antecipado, mas uma confrontação que é preciso gerir, então, é preciso fazer escolhas – escolher como lidar com esta confrontação – enfim isto quer dizer, muito profundamente, que toda atividade (e em particular, poderosamente, toda atividade de trabalho, pois ela tem normas muito fortes) é sempre um debate de normas, que faz referência a valores. (SCHWARTZ, 2007, p. 97, grifos nossos)

Quanto à “*Psicanálise Aplicada*”⁴⁶, percebemos haver um sentido distorcido, pouco compreendido pela maioria dos trabalhadores, porém muito verbalizada. Não entraremos em detalhes sobre o assunto. Porém, compreendemos que se trata de adaptar o trabalho aos princípios psicanalíticos e não o contrário, que seria aplicar a Psicanálise a qualquer custo ao trabalho.

⁴⁶ O assunto é polêmico, não se trata de nosso foco de pesquisa, porém, é uma temática recorrente no trabalho real. Sugerimos a leitura de Barreto (2010) para maiores esclarecimentos. O autor faz uma discussão entre psicanálise pura e aplicada, da qual faz parceria com nossa discussão: aplicar o trabalhador ao trabalho e não o contrário; da mesma forma, aplicar a psicanálise ao contexto e não o contrário. Trata-se do caso-a-caso, da “construção do caso clínico, da não eliminação do sintoma, da “reconciliação” do mesmo com o sujeito. Ou seja: “Reviravolta que tem implicações teóricas e clínicas, passando-se da aplicação da Psicanálise à psicose à aplicação da psicose à Psicanálise” (BARRETO, 2010, p. 193). O autor faz tal reflexão, segundo ele, na passagem da clínica de Freud a Lacan.

A fala abaixo expande o sentido da técnica (aplicada) nos/dos CAPS:

Primeiro: de que é preciso pensar a clínica como um campo aberto, o que nessa época o Emerson Merhy⁴⁷ vinha pensando como as tecnologias leves, tecnologias duras, leve-duras e leves. As tecnologias leves e duras seriam as construções conceituais, por exemplo, você usar um instrumental da Psicopatologia Fenomenológica Jasperiana... **isso aqui é um delírio, isso aqui é uma alucinação verbal, ou então você usar o instrumental, por exemplo, da Psicanálise Lacaniana, mas uma leve-dura é porque você já chega com uma teoria pronta. A tecnologia dura é um instrumento, um estetoscópio. Mas, o importante são as tecnologias leves, ou seja, é o que não está previsto⁴⁸, o que não está construído a priori, mas o que, no encontro, entre o usuário e o trabalhador, gera uma novidade, um acontecimento.** E não tem teoria nenhuma prévia que dá conta disso. Ou seja, **uma clínica da criação.** (Psiquiatra 31, grifos nossos)

Surge, nesse contexto, uma outra questão, que nos remete á discussão técnica e tecnológica no exercício da atividade clínica. Dois dos três CAPS III estudados funcionam através do sistema de informatização - o chamado programa de Gestão Saúde já apresentado. Existe aí agora (dentro dos consultórios), outros parceiros de trabalho: o computador e a internet. O sistema de tecnologização (dos serviços de saúde), desmistifica a idéia de que, com a máquina, o homem fosse menos cobrado. Ao contrário, cada vez que novas tecnologias são implantadas, mais a performance humana é exigida em novas competências. Retomamos o assunto de que trabalhar é gerir as variabilidades trazidas pela modernização. Ou seja, se o computador falha, o atendimento continua à sua revelia, novas competências são levantadas pelos trabalhadores:

Ou seja, quanto mais as máquinas parecem destituir o trabalho humano, mais elas deslocam as competências, porém elas certamente as tornam cada vez mais difíceis de circunscrever. Quando temos uma relação “homem/ferramenta” ou mesmo uma relação “homem/máquina” sabemos que existem micro-competências (...) Ao contrário, quanto mais temos máquinas complicadas, mais nós multiplicamos as interfaces e então mais diversificamos as competências necessárias. (SCHWARTZ, 2007, p. 93, grifo nosso)

Por um lado, o computador se tornou um instrumento de aproximação e circulação da informações sobre a vida dos pacientes na rede de saúde mental, quer dizer, acessando a internet, por exemplo, do Centro de Saúde e/ou dos CAPS, os históricos de atendimentos

⁴⁷ Esta fala faz diálogo como o mesmo autor no livro: “Saúde: a cartografia do trabalho vivo” (MERHY, 2005). Ele vem nos dizer que: Acredito que o médico, para atuar, utiliza três tipos de valises: uma vinculada à sua mão e na qual cabem, por exemplo, o estetoscópio, bem como o ecógrafo, o endoscópio, entre vários outros equipamentos que expressam uma caixa de ferramentas tecnológicas formada por “tecnologias duras”; outra que está na sua cabeça e na qual cabem saberes bem estruturados como a clínica e a epidemiologia, que expressam uma caixa formada por tecnologia leve-duras; e, finalmente, uma outra presente no espaço relacional trabalhador-usuário e que contém tecnologias leves implicadas com a produção das relações entre dois sujeitos, que só tem materialidade em ato”. (MERHY, 2005, p. 94) (grifos nossos)

⁴⁸ Acrescentamos: quer dizer, o que não está previsto, com certeza, extrapola o IGR 1 e o R1 da competência de trabalho, para outros ingredientes, inclusive para a dimensão “trama-urdidura” e o R2 da clínica em investigação. Ou seja, na lida com as variabilidades e infidelidades do meio de trabalho, além daquilo que a Ergologia chama de “encontro de encontros”.

ficam registrados para que todos os trabalhadores da rede possam acompanhar a evolução/trajetória clínica dos pacientes.

Por outro lado, trouxe mais trabalho na perspectiva de outros trabalhadores. Porém, percebe-se, de forma não generalizada, que há um prejuízo/empobrecimento do/no tempo de atenção dos trabalhadores para o atendimento clínico, o que tem exigido dos trabalhadores novas competências para lidar com esta variabilidade do meio.

Finalmente, deparamo-nos com falas de diversos trabalhadores que apontaram para o empobrecimento da clínica nos CAPS. Os dizeres abaixo exemplificam a situação de que nos CAPS, o trabalho continuado e sem o devido repensamento das atividades desenvolvidas, tem se sobreposto ao trabalho clínico de construção/condução de casos clínicos.

Sim, eu **não penso uma reforma sem a clínica**, não penso. Acho que **uma reforma sem a clínica é uma reforma empobrecida**, que vai resultar num... em impasses muito sérios e muito precoces. É uma reforma que vai ter dificuldade de ir mais longe. **Era uma clínica muito rica**. Nós não podemos reduzir a Psiquiatria Clássica a zero, mesmo com aquele modelo manicomial, asilar que havia, muita coisa foi feita. **Agora, não podemos jogar o bebê fora com a água suja do banho. Então, vamos jogar a água suja da Psiquiatria Clássica fora, mas vamos salvar o bebê... o bebê é a clínica.** (Psiquiatra 1, grifos nossos)

Contudo, mesmo com todas as nossas reflexões sobre a (re)colocação da dimensão clínica em visibilidade nos CAPS, há atravessamentos na gestão dela, que apontam para sua relegação a outros planos e mereça seu refazimento, contrariando a consideração que ouvimos dos CAPS enquanto um “espaço terapêutico alargado”. Escuta-se dentro dos CAPS sobre o fim da clínica. O trabalhador exemplifica-nos este processo, através da redução da demanda a um mecanismo de *queixa-conduta* - um caminho para o empobrecimento da clínica nos CAPS, como já foi anunciado: “*Uma tecnologia que o Ricardo Bruno chamava de queixa-conduta. Queixa-conduta é o seguinte, você vai e fala: o que está te incomodando? É isso e isso e aí você tenta construir uma solução para aqueles incômodos*” (Psiquiatra 31).

A conversa abaixo tem o mesmo endereço de contribuição para o empobrecimento da clínica quando há atravessamentos da gestão, ou seja, coordenadores de saúde mental que interferem na clínica dos CAPS sem o devido conhecimento e respeito pela experimentação dos trabalhadores.

Fazendo intervenções na clínica, sem saber dos casos, dizer de uma conduta profissional sem saber, afirmar isso, afirmar! Tipo assim “foi ruim do jeito que você fez!”Pô!, foi ruim como? Baseado em quê, você está dizendo isso? **Porque tem que ouvir a rede, e vocês estão muito poderosos no saber de vocês, estão muito encastelados**, sabe, essas coisas assim muito... chavão mesmo, essas coisas que a gente tá cansado de ouvir que não é isso, é um monte de fantasia e tal, **e vir da nossa coordenação, que tinha que estar do nosso lado, mais próxima, próxima mesma.** (Terapeuta Ocupacional 2, grifos nossos)

Portanto, pelo viés do trabalho real, compreendemos que a clínica, técnica e tecnologia não se fazem em separado, que andam de mãos dadas e, quando uma carece de refazimento (como a clínica e técnica), a tecnologia responde com a mesma necessidade.

Assim é que, clinicamente, retratamos no trabalho real e concreto uma possível direção para a procura de Gabriel pelo tratamento no CAPS, considerando todas as variabilidades do meio até agora apresentadas, aliadas às próximas avaliações do trabalho real. Contudo, a fala abaixo contribui de forma a remontarmos a necessidade de tomar “o CAPS como caso clínico”, de promover refazimentos que possam resgatar a clínica (coletiva) que os trabalhadores dizem ter existido no início da implantação dos CAPS. Vejamos a seguinte crítica:

(...) e nunca, eu nunca vi... alguém que trabalhasse isso... **um terceiro, uma pessoa que viesse de fora e que trabalhasse as relações, que trabalhasse a instituição... Eu nunca vi isso**, pelo menos nunca vivenciei isso... as relações dos membros da equipe. O que se vê são supervisões clínicas, apresentações clínicas sempre dentro de um mesmo referencial, que é o referencial da Psicanálise. Então, que existe sim uma certa paradoxia, né? (Psiquiatra 13, grifo nosso).

3.3 A evolução da demanda em sobrecarga

Em primeira instância de análise, no início de implantação dos CAPS, existia um movimento (coletivo desejante) evidente dos trabalhadores pela abertura de um novo dispositivo-serviço de saúde mental que fizesse o enfrentamento político e clínico ao modelo manicomial/hospitalar. Esse foi o marco inicial de nascimento dos CAPS.

Em termos de processo de trabalho, o significativo “porta-aberta” foi e tem sido o lema de funcionamento dos CAPS, apesar das *más condições* de trabalho acima apresentadas. Hoje, a avaliação de muitos trabalhadores é de que as portas se abriram muito e se encontram escancaradas e sem o limite necessário para se (re)pensar a qualidade dos acolhimentos, trazendo consequências, não somente em termos de sobrecarga para os trabalhadores, mas também de qualidade no tratamento. Com o objetivo de substituir o manicômio e o hospital psiquiátrico (uma prescrição prevalente), os trabalhadores dos CAPS tomaram para si atividades desafiadoras no dia a dia de trabalho, além de estarem na linha de frente da saúde mental, protagonizando, na prática, os princípios do SUS⁴⁹.

⁴⁹ Ver em SAÚDE MENTAL NO SUS (2004b, p. 13), segundo Leis Federais 8.080 e 8.142/1990, são eles os princípios: Acesso universal, integralidade, equidade, descentralização e controle social.

Se algumas das prescrições iniciais de trabalho eram que o CAPS se tornasse (re)conhecido em seu território adscrito, que contasse com os dispositivos político-sociais de seu entorno, que fizesse valer a denominação mineira de CERSAM (Centros de “Referência” em Saúde Mental). Em nossas investigações, verificamos que a comunidade local pouco (re)conhece os CAPS, e que tampouco eles têm feito o movimento de se fazerem (re)conhecidos. O que se percebe é que a demanda é crescente, inclusive de pacientes que não se enquadram no “perfil” esperado, isto é, aqueles pacientes portadores de sofrimentos mentais severos e persistentes. O próprio conceito de crise e gravidade foi se modificando/ampliando, inclusive mediante cada paciente novo que chegava, alargando o conceito de crise para campos, não exatamente da Psicopatologia, mas também ao campo do abandono social.

Compreendemos que grande parte dos trabalhadores tomou as prescrições iniciais de um trabalho novo (antimanicomial) de forma muito rígida, sem questionamentos sobre os acontecimentos reais, em tempo real de trabalho.

Se no trabalho há uma tendência de adesão do trabalhador ao prescrito, por outro lado, a ausência de prescrições e de protocolos também pode constituir-se como um problema. Nessa linha de raciocínio, percebemos uma grande dificuldade dos trabalhadores em lidar com as renormalizações e ressingularizações das demandas prescritivas e reais de trabalho, gerando consequências concretas e nocivas para a saúde mental dos trabalhadores e para a psiquiatria/medicalização em que se encontram os CAPS.

Segundo a empiria e em termos nostálgicos, os trabalhadores disseram que, no início, o processo de trabalho permitia um tempo maior de atenção ao paciente que era acolhido e inscrito em ambulatório ou em PD. Que o trabalho era mais prazeroso, que existia um protagonismo dos trabalhadores nas vertentes clínica e política. O serviço era mais voltado para fora, em especial para “*atividades coletivas*”, como por exemplo, oficinas terapêuticas dentro e fora dos CAPS. As visitas domiciliares e buscas-ativas de pacientes que abandonavam o tratamento nos CAPS, junto com os auxiliares de enfermagem, eram muito mais frequentes do que hoje. Os casos clínicos eram melhores e mais discutidos na equipe de trabalhadores. Esses foram os nossos achados iniciais nas entrevistas e conversas “informais” com eles.

Em termos evolutivos, os CAPS foram se abrindo mais para a comunidade, incluindo novas tarefas em substituição aos hospitais psiquiátricos. Em nossa pesquisa, encontramos um queixume dos trabalhadores (em especial dos psiquiatras) no sentido de um

excesso de demanda que vai se retraduzindo em sobrecarga de trabalho e que nos faz pensar num processo-problema na forma de lidar, responder à demanda.

O processo de evolução da demanda em sobrecarga foi verificado em todos os CAPS estudados (em alguns mais do que em outros). Aliás, como os trabalhadores estão lidando com esta demanda nos CAPS? Há uma problematização a respeito dela ou não? São perguntas que os trabalhadores estão se fazendo, porém, os serviços já se encontram inchados para além de seus limites. A situação recai sobre a queda de qualidade do atendimento.

Nas minhas atividades que você estava dizendo. Então o que foi acontecendo. **Primeiro: eu atendia muito menos pacientes, fui atendendo um número cada vez maior.** Então o que aconteceu, **os meus atendimentos foram ficando cada vez mais enxutos.** Se eu tiver que atender dez pessoas eu vou atender de um certo jeito. Se eu tiver que atender trinta não vai ser do mesmo jeito. **Então, a dinâmica do atendimento, a forma como atender e o processo mesmo de trabalho foi mudando. Foi mudando em todas as suas intimidades ali. No processo de trabalho.** (Psicólogo 4, grifos nossos)

O processo de trabalho foi mudando, os projetos de saúde mental foram se ampliando, novas técnicas e tecnologias foram sendo implementadas, gerando retrabalhos, novas atividades para os trabalhadores. Com a evolução do processo de RP, outros serviços também foram criados, especificamente, os Centros de Convivência, os Centros de Saúde (básica) com equipes de saúde mental, as Residências Terapêuticas, com o CAPS como referenciamento para momentos de reagudização de crises.

Ainda ilustrando o mecanismo de evolução da demanda em sobrecarga, recentemente os trabalhadores dos CAPS receberam um comunicado do Ministério da Saúde, reforçando o acolhimento do usuário de drogas nos CAPS⁵⁰, contrariando a missão primordial de atenção a pacientes neuróticos e psicóticos graves. O que nos chamou a atenção em nossa realidade de pesquisa é que essa clientela tem se intensificado nos CAPS, mesmo antes de tal comunicado. Tivemos notícias de que esses pacientes são a maioria da clientela dos hospitais psiquiátricos de Belo Horizonte, somados aos pacientes provenientes do interior do estado.

Nesse mesmo espaço-tempo de análise sobre o trabalho real, percebemos que a maioria dos trabalhadores encontra-se mais aderidos ao trabalho prescritivo. Todos os trabalhadores estão sobrecarregados, porém, percebemos que: *“Na verdade os psiquiatras e os profissionais de enfermagem e auxiliares de enfermagem são os profissionais mais*

⁵⁰ Ou seja, na dificuldade de implantação e implementação de políticas e serviços de tratamento para pacientes usuários agudos e/ou dependentes de álcool e múltiplas drogas no país, mesmo com a tímida criação de CAPSad, o ministério solta uma circular em via de telecomunicação, disponibilizando os CAPS como responsáveis pelo acolhimento e direção do tratamento desses pacientes, em pareceria com os já referidos serviços.

sobrecarregados dos serviços de saúde mental. A gente é muito sobrecarregado, porque todo caso grave vai passar pela gente” (Enfermeiro 3).

Quanto à sobrecarga de trabalho dos auxiliares de enfermagem, trata-se de um assunto merecedor de maiores investigações científicas. Em relação aos psiquiatras, continuamos nossa pesquisa e constatamos que eles se encontram sobrecarregados e pouco problematizando a demanda que chega até eles. Todos tocaram nesse assunto, inclusive tecendo outros desvelamentos do mesmo processo no trabalho real. Percebemos que em meio ao volume grande de trabalho, o psiquiatra fica a maior parte do tempo dentro dos consultórios: “(...) *Então, ficou muito... o psiquiatra ficou muito dentro do consultório, eu fiquei muito dentro do consultório... nos últimos três anos... atendendo urgência, atendimento clínico-psiquiátrico*” (Psiquiatra 13), apesar de haver convites para outras atividades.

Tem um convite o tempo todo pra ele estar participando e desenvolvendo projetos do CERSAM, de que é de estar fazendo oficina, e o tempo, às vezes, é... a gente se sente assim... poxa... **tem que me dividir aqui pra dar conta disso tudo... pela questão de que a maior parte dos pacientes do CERSAM terem a necessidade de serem medicados,** eu acho que isso acaba **sobrecarregando** muito, às vezes. Cada psiquiatra tem uma agenda grande, tem lá assim, **80, 90, 100, 130 pacientes** no ambulatório, esse ambulatório faz uma pressão no plantão também. (Psiquiatra 14, grifos nossos)

A fala acima ilustra a situação e contribui para a investigação de nossa hipótese de que os CAPS encontram-se psiquiatrizados e medicalizados. Verificamos também que o psiquiatra é abordado, demandado desde o momento que entra no CAPS. Vejamos a seguinte fala que nos apresenta, de forma metafórica, a evolução paradigmática da demanda em sobrecarga de trabalho nos CAPS, porém, sob uma perspectiva dos psiquiatras:

Eu cheguei a brincar em alguma ocasião... que parece que a gente, os profissionais... se a gente comparasse... o profissional com um cavalinho puxando uma charrete... a carga vai aumentando, ao invés de arrumar um outro cavalinho pra puxar a charrete, não, a chibata vai aumentando, vai aumentando, ele vai, o **cavalinho vai sendo açoitado pra ver se ele consegue... puxar aquela carga mais pesada.... eu concordo com 90% do... do... projeto de assistência do portador de sofrimento mental aqui, mas... isso é que... há sim uma falta de recursos humanos, uma falta de profissionais...** não tem cabimento, a gente que tá aqui no dia a dia sabe... **vê como é que é... se alguém chega e ainda diz, ah, mas os números não mostram. Eu, simplesmente, questiono essa... esses números.** (Psiquiatra 22, grifos nossos)

O mesmo trabalhador nos fala da falta de tempo para ir ao banheiro durante, por exemplo, uma jornada de seis horas de trabalho.

Sim, olha... a questão toda... **o principal problema é o excesso de demanda.** Olha, o dia a dia é sempre muito lotado, sempre muito atendimento... **a gente mal tem tempo de ir ao banheiro.** Eu fico, desde que eu chego até o final... fazendo um atendimento em seguida do outro. Não há muito tempo pra isso. Então, às vezes, a gente não sai do consultório... é um paciente atrás do outro, atende dois, chega três, atende os três chega mais quatro e assim por diante. (Psiquiatra 22, grifos nossos)

As atividades coletivas começaram a ser “minadas” pelo próprio processo de trabalho e, no que diz respeito ao trabalho do psiquiatra, este foi se retirando do campo das oficinas em nome da lida com o excesso de demanda, ou seja, manter o psiquiatra fazendo oficinas seria uma falácia, sabendo desse processo evolutivo e da escassez desse profissional no mercado de trabalho nos CAPS. Dizem que não têm tempo pra fazer outra coisa, além de diagnosticar e medicar pacientes, porém, a fala abaixo nos remete a um intercalado em meio a esta falta de tempo, indicativo da necessidade de ressignificação da demanda.

E, eu entendo como isso pode ser terrível, eu me lembro um pouco antes de sair do CERSAM... eu bati o pé porque eu queria fazer uma oficina de letras com os usuários e eu tive que fazer **malabarismos** pra conseguir que nesse tempo, que eu tava com eles, pra que ninguém viesse me chamar, pra medicar, a menos que fosse uma coisa de urgência. **Então, embora tenha sido uma coisa muito difícil conseguir esse tempo, ele é um tempo, a partir do que você considera prioritário.** É mais ou menos uma coisa que eu vivi também no centro de saúde: “Meu Deus, ninguém tem tempo pra atender aquela quantidade de mulheres tristes, infelizes, que chegam querendo tryptanol, diazepam...”. Agora, você não resolve isso contratando mais psiquiatras, automaticamente. Primeiro, você pensa qual que é a resposta que você tem que dar pra essa **demanda**. (Psiquiatra 16, grifos nossos)

Portanto, com e apesar desse processo de evolução da demanda dos CAPS em sobrecarga, constitutivo também da precarização do trabalho, percebemos a existência de um movimento desejante de modificação por parte de muitos trabalhadores, porém, pouco se discute sobre a atividade, tomando-a como ponto central de desvelamento das condições e contradições do fazer prático em transformação.

3.4 A pulverização das atividades específicas de trabalho no CAPS

A discussão que aqui propomos fazer refere-se, de início, à situação de trabalho solicitada pelos processos de reforma da assistência em saúde mental (pelo menos em prescrição) em que todos os trabalhadores, independente de desenvolver suas especificidades, tenham que ir além delas, ao encontro de outras atividades (coletivas) comuns, *a priori*, a todos os trabalhadores.

Ora, primeiramente, como elemento básico de análise para que o trabalhador consiga ir além de sua especificidade, seria importante que ele a desenvolvesse antes de fazer o movimento em direção à “Clínica da Referência”, *a priori*. Porém, o assunto tem sido de grande polêmica, atualmente, nos CAPS. A exigência (prescritiva) de ter que ocupar o lugar da clínica (do referenciamento de casos) parece-nos prevalente com relação à garantia das especificidades de cada um no coletivo de trabalho. Há um entendimento por parte dos gestores mais envolvidos com as políticas de RP e MLA, que essa exigência seja o ponto

central/instituente da inventividade maior da clínica do CAPS, diferenciando-a do modelo hospitalar tradicional de tratamento.

Logo que entram nos CAPS, independente de terem ou não formação e capacidade para tal, os trabalhadores são “convidados” a extrapolar suas especificidades. De início, recebem a denominação de *Técnicos de Nível Superior* (TNS), segundo entrevistados, aqueles trabalhadores destinados a desenvolver a clínica do referenciamento de casos.

Vale ressaltar que, nos CAPS, espera-se que essa diluição das especificidades ocorra em todas as categorias de trabalhadores. Não se trata de uma situação problemática, *a priori*, porém, a forma como essa diluição acontece no coletivo de trabalho, mostra-se um campo fecundo de interrogações. O trabalho real mostra-nos outra realidade, há uma dificuldade da maioria dos trabalhadores em diluírem seus conhecimentos no coletivo de trabalho nos CAPS.

Chamamos de pulverização quando aqueles trabalhadores/TNS assumem a Clínica do referenciamento de casos e tornam-se Técnicos de Referência (TR), diluindo suas especificidades de trabalho, ou seja, um mecanismo que se inicia na diluição do caráter específico das atividades dos trabalhadores em prol da atividade coletiva do trabalho de construção e condução de casos clínicos. Essa situação traz consequências positivas e negativas para o trabalho. Positivas, no sentido de que o olhar clínico para o paciente se expande (rompendo com paradigmas centrados na disciplinaridade), mediante a multiplicidade de pontos de vista dos trabalhadores, vindos das várias áreas do conhecimento inseridos nos CAPS (a Psicologia, a Terapia Ocupacional, a Enfermagem, a Psiquiatria, a Assistência Social, dentre outras). Negativas, no sentido que os trabalhadores, ao “abdicarem” de seus conhecimentos específicos, segundo nossa investigação, contribuem para o empobrecimento da lida com as demandas também específicas dos pacientes e dos familiares. Não raro, percebemos questionamentos de muitos trabalhadores sobre a não necessidade de se abdicar das especificidades para se realizar a clínica do referenciamento de casos. Antes, seria necessário valer-se delas para a manutenção de um colorido clínico que a lida à loucura convida os trabalhadores.

A pulverização ocorre em todas as categorias de trabalhadores, porém, percebemos que a maior parte desse questionamento vem de psiquiatras e enfermeiros. Seria uma herança histórico-cultural da loucura de hierarquização do trabalho na figura dessa dupla de trabalhadores?

O psiquiatra não se abstém de diagnosticar e medicar (estas têm sido suas funções primeiras) pacientes, segundo nossas investigações. Os enfermeiros, na maioria das vezes,

estabelecem, no trabalho, uma pareceria com o psiquiatra de fazer o cumprimento das prescrições médicas, além de gerenciar o trabalho dos auxiliares de enfermagem, inclusive de fazer escalas de plantões. Por aí, constatamos uma formatação tendenciosa de continuidade do modelo centrado na medicina, não especificamente no médico psiquiatra dentro dos CAPS. A opinião da maioria dos psiquiatras caminha na seguinte direção:

(...) essa questão do técnico de nível superior que é uma pulverização, né? O que acontece no CERSAM, quando se cria essa categoria de técnico de nível superior, a gente entra no CERSAM, a gente deixa de fazer a função original e todo mundo vai funcionar como um técnico de nível superior. Funciona pela clínica da referência, né? O paciente, se ele é atendido por um técnico, o técnico vai referenciar, vai cuidar de todas as questões dele ali no serviço. Isso é uma coisa que acontece no CERSAM com a qual eu não concordo. Eu acho que as coisas ficam muito complicadas. (Psiquiatra 3, grifos nossos)

Por que uma coisa que eu acho assim, eu sou daqueles que sustentam que os profissionais precisam ter suas especificidades profissionais no CERSAM's. **Eu acho que isso falta no CERSAM, a assistente social ser, de fato, assistente social, que a gente precisa disso, a terapeuta ocupacional ser terapeuta ocupacional, fazendo um trabalho que tem feito hoje também, mas com as especificidades. O médico ser médico também, quando precisa ser, né?** (Psiquiatra 15, grifo nosso)

Vejamos algumas situações que refazem críticas diversas quanto á pulverização, ampliando nossas investigações. Percebemos que cada categoria de trabalhador tem suas razões para dizer que a garantia de suas especificidades seja importante, antes de se entrar na clínica. Vejamos alguns pontos de vista:

Quer dizer, todo profissional na nossa equipe multidisciplinar, manter a sua especificidade, porque eu acho que isso não pode se perder, né? Eu acho que não dá pra todo mundo fazer tudo! Isso é respeitado, isso é respeitado **porque senão vira um “samba do crioulo doido!”**, uma colcha de retalhos, e ninguém faz nada. Então as especificidades da Psicologia é respeitada, do psiquiatra, né? A medicação é uma coisa que às vezes é discutida, mas é de responsabilidade dele. (Psicóloga 6, grifos nossos)

Com relação à Terapia Ocupacional, a situação é singular, uma vez que percebemos um imaginário nos CAPS de que para se ir além da especificidade, o trabalhador tenha que realizar oficinas terapêuticas, o que não se mostra convincente, tampouco razoável, segundo a opinião abaixo. O CAPS oferece uma gama enorme de possibilidades de trabalhos que podem extrapolar essas oficinas. O que está em questão é a atividade humana:

Que eu, enquanto terapeuta ocupacional, eu me incomodo muito com a questão da... **com o entendimento das pessoas em relação ao que que é atividade humana, porque a terapia ocupacional... o objeto de intervenção é a atividade humana e a atividade humana é muito ampla** e, às vezes, as pessoas acham que a gente trabalha só com a atividade artesanal, ali dentro de um contexto da oficina... e tal e eu tentei mostrar que é muito mais ampla, que a gente tem um olhar assim diferente que vem contribuir com a clínica, com o trabalho que se faz nos CAPS e que não pode ser restrito a uma modalidade só, porque aqui, no início, era bem restrito, e é isso que eu questioneei. (Terapeuta Ocupacional 5, grifo nosso)

Outro aspecto importante de todas essas considerações refere-se ao trabalho dos técnicos/auxiliares de enfermagem. Ao investigar esse trabalho, verificamos também que

muitos desses trabalhadores tentam abdicar de suas especificidades ao desenvolverem outras atividades, além do prescrito, o que não se mostrou aplicável a todos os CAPS, segundo nossas investigações sobre o trabalho real. Eles lidam diretamente com inúmeras prescrições de trabalho, não somente de psiquiatras, mas também de todos os trabalhadores acima abordados, na maioria das vezes, intermediados pelo enfermeiro. Porém, percebemos um movimento instituinte de tentativa de diluição de seus *saberes investidos* no coletivo dos trabalhadores, sem sucesso. Se as falas acima dizem de especificidades, a última trabalhadora apresenta-nos uma outra significação, ela consegue ir além de sua especificidade, sem perdê-la de vista, o que nos aponta para a temática do *Reconhecimento* de um saber não acadêmico e que acontece com frequência, segundo o trabalho dos auxiliares de enfermagem, que merece maior investigação, em termos de pesquisa.

A seguinte conversa mostra-se instituinte no sentido de que a trabalhadora nos explica que esse “além” não é exatamente um “além”, mas que ele faz parte do trabalho no CAPS. Ela fala sobre a sua atividade como sendo um trabalho muito rico. Segundo nossa investigação acerca dos ingredientes de competência de trabalho, percebemos que muitos auxiliares de enfermagem transitam bem entre os cinco ingredientes da competência, com exceção do sexto.

Eu não acho que é além não, eu acho que é aqui do serviço, entendeu? Eu não acho que é além. Eu acho que esse serviço, eu acho que é esse trabalho que tá sendo feito aqui, **eu não acho que é além, eu acho que é o que tá dentro do serviço mesmo, da gente fazer mesmo.** Eu não acho, eu não considero que é além não. Eu acho que tá no serviço mesmo, tem que fazer. (Auxiliar de enfermagem 7, grifo nosso)

Enfim, o assunto é prenhe de polêmicas. Em dois CAPS, não evidenciamos essa crítica quanto à pulverização das especificidades. Ao observarmos, de perto, o funcionamento desses CAPS, percebemos que o trabalho encontra-se mais centralizado no psiquiatra, no enfermeiro e no psicólogo. Naqueles CAPS onde o fenômeno da pulverização foi mais prevalente, o trabalho mostrou-se mais carente de tomadas de posições específicas e enriquecedoras do tratamento, porém, menos centrado nos médicos, enfermeiros e psicólogos.

3.5 A relação com a Rede de Saúde Mental e interfaces

Pelo processo de observação do trabalho real e frequência dos dispositivos das redes de pesquisa, mediante as entrevistas com os trabalhadores, percebemos que há uma

interlocução tímida dos CAPS com o entorno comunitário⁵¹. Esta situação acontece mesmo que a direção ministerial (prescritiva) seja de que eles façam uma interlocução com a comunidade, um agenciamento comunitário das necessidades dos pacientes, por mais simples ou complexa que seja a rede de saúde mental em questão.

A compreensão maior que tivemos é de que os CAPS têm apresentado uma força enorme de atração centrípeta de trabalhos para si. Lá onde a rede apresenta seus furos, os CAPS se presentificam, não somente porque os trabalhadores se antecipam, mas, também, há uma procura espontânea dos próprios pacientes e familiares.

É importante clarear que há encaminhamentos exitosos de pacientes dos CAPS para a rede de saúde mental, inclusive mediante conversas por telefone, onde o paciente sai do CAPS com a consulta marcada no Centro de Saúde/Unidade básica de sua região. Mas a tendência dos CAPS é se manter no lugar da centralização. Por um lado, pela falta concreta de rede básica em saúde mental. Por outro lado, por questões individuais, singulares dos trabalhadores que pouco confiam no trabalho da rede básica. Alega-se que os casos voltam muito rapidamente. Daí surge o seguinte entendimento: CAPS-Total/Rede-Frágil.

A fala de trabalhadores é que o CAPS, por ser porta aberta (não escancarada, como muitos dizem), não pode dizer não aos acolhimentos, mesmo que estes sejam para trocas de receitas médicas.

A questão toda é que **o CERSAM é fácil, o atendimento aqui é fácil**. O atendimento aqui é fácil de se conseguir. De certa forma, é rápido, então, muitas vezes, a população prefere recorrer ao CERSAM, mesmo que seja, vamos dizer, um problema de complexidade menor e que poderia ser atendido na unidade básica, até mesmo pela... pelo generalista, pelo psicólogo e tudo... num atendimento ambulatorial, eles recorrem ao CERSAM. “Ah, não, tá demorando demais minha consulta”. Alguns vêm pra cá. (Psiquiatra 22, grifos nossos)

A seguinte fala é significativa de repensamento da PD como um espaço terapêutico nesse contexto de inter-relação com a rede. Ela desenha o CAPS no lugar de “Geni”: aquela que acolhe tudo/todos e, ao mesmo tempo, recebe pedras e que sustenta seu trabalho mesmo que pelo viés da exclusão social.

O CERSAM recebe essa demanda de todos os lados, do social, da família, etc... **pra que certas pessoas que tão lá fora não cabendo, vem pra cá dentro pra caber**. Então, isso é muito frequente, independente do adoecimento ou não, tem uma piadinha que eu falo... que é a Geni, a Geni central, porque aqui, o CERSAM se oferece pra cuidar de pessoas que, às

⁵¹ Fato este que vai contra uma determinação prescritiva para os CAPS, vide o caderno SAÚDE MENTAL NO SUS (2004b): “Os CAPS, assumindo um papel estratégico na organização da rede comunitária de cuidados, farão o direcionamento local das políticas e programas de Saúde Mental: desenvolvendo projetos terapêuticos e comunitários, dispensando 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” (p. 12).

vezes, são apontadas **igual no poema do Chico Buarque mesmo: “o seu corpo é dos errantes, do cérebro dos retirantes, que não tem mais nada...”**. Aquela coisa assim, qualquer coisa que não cabe... é... muitas vezes, a Psiquiatria é convocada a arrumar um lugar praquela situação, pra dar um jeito naquele conflito, pode ser um briga conjugal, até uma pessoa errante, um alcoolista na sarjeta, ele tem essa proposta. Aí, eu tenho essa impressão, **eu não sinto que a resposta boa é a permanência-dia, como recurso da internação (...)** (Psiquiatra 6, grifos nossos)

Ao colocarem a subjetividade em trabalho, os trabalhadores anunciam a entrada de seus próprios sintomas em suas atividades: uma situação comum no mundo do trabalho. Estivemos atentos aos trabalhadores, à forma de indicarem a PD, o pernoite, a hospitalidade noturna, ao encaminharem os pacientes mais precocemente ou não para o ambulatório das redes de saúde mental. Isso diz da forma como os mesmos encaram seus próprios medos e receios, suas (in)seguranças, suas intempestividades, seus perfeccionismos. Trata-se de um exercício grande de colocar de si/“uso de si” e “saída de si” no momento da atividade (CLOT, 2006 & SCHWARTZ, 2007). Por outro lado, escutamos que, no CAPS, ao se dar alta para o paciente, também se escuta com frequência: *“(...) já ouvi colegas: “é alta, até breve”. Isso é muito comum. Alta até breve. A gente dá uma alta e a gente já tá esperando ele daqui a pouco tempo de voltar. Justamente por isso! Então a gente já tem essa idéia. Isso é ruim”*. (Psicóloga 14).

Uma situação de grande importância para o funcionamento dessa engrenagem referência/contra-referência é a ocorrência de reuniões de microáreas em dois CAPS. Percebe-se que há uma rotina de trabalho no que diz respeito à pavimentação de um caminho a ser trilhado por trabalhadores, agentes comunitários de saúde e pacientes, seja em parceria direta com os Centros de Saúde, seja com as equipes de Programa de Saúde da Família (PSF). Uma relação ainda pouco consistente, mas em fase de aprimoramento, segundo nossa avaliação. Contudo, ao frequentarmos essas reuniões, percebemos o caráter centralizador e questionador dos CAPS, no sentido de apontar os furos da rede mais do que, exatamente, construir juntos tais apontamentos, como se o problema fosse unilateral, enquanto o encaminhamento mostra-se de grande bilateralidade.

Com relação a todos os CAPS estudados, percebemos uma situação de grande estresse para os trabalhadores na lida com as interfaces, ou seja, o encaminhamento de pacientes da Saúde Mental para outras clínicas. Pacientes com comorbidades clínicas dificilmente são atendidos de forma desburocratizada como o fazem os CAPS quando recebem pacientes vindos de urgências de outras clínicas da saúde geral.

Inserir-se no contexto de rede e interfaces, o trabalho do matriciamento que os CAPS estão começando a fazer parte, via orientação do Ministério da Saúde⁵². O assunto também é controverso entre os trabalhadores dos CAPS, que dizem quase não terem tempo para os pacientes de suas permanências-dia, tampouco para a realização desse trabalho. Analisemos a fala abaixo que vem de um trabalhador que esteve por dez anos num CAPS e, recentemente, deslocou-se para trabalhar na rede básica com matriciamento.

Matriciamento vem de matriz, você vai trabalhar com os agentes comunitários de saúde, um trabalho que já tinha sido feito, né? De capacitação... de capacitação em termos de saúde mental. Eles trazem todas as notícias, eles que vão às casas dos usuários, eles é que estão sabendo de tudo e, toda sexta, isso é discutido, isso atualmente... no ambulatório e, a partir daí, começamos a trabalhar com os PSF's, mas começando com os agentes comunitários de saúde e as equipes de PSF. É uma política do ministério. (Psiquiatra 13, grifo nosso)

No que se refere à interlocução dos Serviços Residenciais Terapêuticos com os CAPS, notamos uma riqueza de trabalhos e retrabalhos sendo realizados dentro das casas. Mesmo que alguns moradores tenham os CAPS como referência, estes, timidamente, ainda não se apropriaram desse trabalho, não se colocando, efetivamente, nesse lugar de parceria de tratamento.

Contudo, na verdade, parece haver uma problemática bilateral entre os CAPS e todos dispositivos da rede. O que se constata é que pouco se conversa sobre a complexidade dos passos e rumos a serem tomados no que diz respeito ao trabalho e aos limites dos trabalhadores. Estes anseiam pelo desmonte do caráter de centralização que o CAPS tem ocupado nas redes de Saúde Mental.

3.6 Entre o prescrito e o real: a gestão das variabilidades

Encontramo-nos, então, de fato, no campo das defasagens entre o trabalho prescrito e o trabalho real, apesar de já estarmos promovendo as nossas análises inseridos nesta hiância, desde o início de nossa entrada em campo e de nossas análises sobre o trabalho real dos/nos CAPS. Situamo-nos entre o prescrito e o real (vide ilustração, figura 2), retraduzindo os aspectos desse distanciamento aplicados ao campo de trabalho e resgatando a atividade humana como gestora desse afastamento.

⁵² Ver caderno SAÚDE MENTAL NO SUS (2004b), onde diz que o CAPS precisa: “c) realizar apoio matricial às equipes de atenção básica, isto é, fornecer-lhes orientação e supervisão, atender conjuntamente situações mais complexas, realizar visitas domiciliares acompanhadas das equipes de atenção básica, atender casos complexos por solicitação da atenção básica” (p. 25), etc.

Inserir-se nesse contexto a dimensão sócio-histórica, cultural e política de vida de cada um no trabalho e fora dele, mas que influencia as tomadas de decisões em tempo real de trabalho. Ora, segundo inspiração da Ergonomia Francesa, não se trata de adaptar o homem ao trabalho, mas sim o trabalho ao homem (GUÉRIN et al, 2001). Ressignificando melhor esse distanciamento:

(...) a atividade de trabalho é uma estratégia de adaptação à situação real de trabalho, objeto da prescrição. A distância entre o prescrito e o real é a manifestação concreta da contradição sempre presente no ato de trabalho, entre “o que é pedido” e “o que a coisa pede”. A análise ergonômica da atividade é a análise das estratégias (regulação, antecipação, etc) usadas pelo operador para administrar essa distância, ou seja, a análise do sistema homem/tarefa. (GUÉRIN et al, 2001, p. 15, grifo nosso)

Ao nos ressituar no campo prescrito-real dos CAPS, em termos práticos, estaríamos dizendo de que? Diz-se da forma como os trabalhadores se apropriam das normas, criam uma certa intimidade com elas no trabalho, podendo, assim, ressignificá-las, mascará-las e, até, transgredi-las em meio à atividade. Se trabalhar é um verbo plural, ele é um debate de normas e uma gestão de variabilidades entre o prescrito e o real.

(...) existe, portanto no trabalho, outras razões que entram em jogo além das razões dos organizadores, isto quer dizer que a pessoa faz escolhas! Ela faz as escolhas, conscientes ou inconscientes... mas ela faz escolhas. E, se ela tem escolhas a fazer, é em função de critérios – e portanto em função de valores que orientam as escolhas. Não se pode escapar disso. E então, existem debates – o que eu chamo de “debate de normas” – que geralmente não são vistos. (SCHWARTZ, 2007, p. 45, grifo nosso)

Ao renormatizar e ressingularizar as atividades, os trabalhadores as fazem de forma muito singular (no coletivo). Referimo-nos ao “jeitinho” de ser e fazer de cada um, fazendo valer as “dramáticas do uso de si”, gerindo as infidelidades do meio, respondendo às exigências do distanciamento prescrito-real, mas reconsiderando que o trabalho sempre “escapole” às tentativas de renormatizações. Trata-se de um espaço cujas práticas discursivas são confrontadas no real, concretamente dizendo, sabendo que este real apresenta um coeficiente indisciplinado por natureza de nunca se permitir circunscrever por qualquer situação. Nesse aspecto, verificamos que os trabalhadores dos CAPS trabalham juntos, porém não há uma coletivização deste fazer-juntos.

Nos CAPS, há um convite à abertura para o fazer-juntos, para as ressingularizações e renormalizações, porém, constatamos que as escolhas e os valores do/no trabalho são pouco revisitados nas atividades, apesar de existir entre os trabalhadores o potencial para tal. Estes realizam suas atividades, sem o devido repensamento acerca do que fazem quando trabalham.

Nesse contexto de análise, verificamos que os trabalhadores não somente ficam engessados no caráter prescritivo do trabalho. Há situações de grande ressingularização das

tarefas diluídas entre os mesmos. Nesse sentido, o trabalho dos auxiliares/técnicos de enfermagem foi um exemplo marcante.

Muitas vezes a gente faz assim... na hora mesmo, uma saída. É lógico que pra administrar uma medicação, o médico vai prescrever. Agora igual muitas vezes, assim, tem situação, dependendo de certa situação, **a gente... na hora você cria aquilo** e igual, por exemplo, assim, às vezes mesmo até a medicação, entendeu? Tem hora que às vezes alguém tentou dar ou o médico, ou o técnico que tá acompanhando não conseguiu aí: “oh, fulano, você consegue?” **A gente cria, vai, chega, conversa.** Tem paciente que às vezes não aceita... a gente. Então, tem coisa assim, que eu... não é tudo, assim, vem de ordem de alguém não. **Muita coisa, a gente cria a situação, aquele manejo, aquele jeito e consegue as coisas com o paciente.** (Auxiliar de enfermagem 7, grifos nossos)

Quanto aos psiquiatras, também percebemos momentos instituintes de refazimento das normas de trabalho, mas, na concretude dos fatos, eles mostram-se mais aderidos ao caráter prescritivo de seus trabalhos (R1 e IGR1).

E isso a minha vida prática tem me mostrado, as coisas acontecem na vida da gente e apesar de sermos senhores das nossas escolhas, também somos movidos pelos contextos em que as escolhas são feitas, pelas oportunidades que aparecem em determinados momentos da nossa vida. **Resumindo, eu hoje sou psiquiatra, né? E tento ir além das intervenções estritamente medicamentosas nos meus atendimentos.** (Psiquiatra 25, grifo nosso).

Mesmo que se tente ir além, esse movimento não é frequente, mas é instituinte da transformação do trabalho dos psiquiatras. Como ele bem nos aponta: “*E tento ir além (...)*”, mas percebe-se que, nos CAPS, não há um movimento, um convite diferenciado para que os trabalhadores, inclusive os psiquiatras, consigam evoluir nessa tentativa.

Enfim, o campo das defasagens entre o prescrito e o real é aquele do fazer industrial, onde a atividade se refaz em enigma e é regulada pelo trabalhador, onde os “saberes investidos” (na/da experimentação) são colocados em visibilidade. É dentro dessa distância que, em nossa pesquisa, deparamo-nos com as saídas singularizadas dos trabalhadores para lidar com essa defasagem prescrito-real. Encontramos aí o mesmo endereço do processo de desfazimento dos *coletivos em coleções*, do vazio de conversas sobre a atividade, sofrimentos e adoecimentos psíquicos no/pelo trabalho, mas também da inventariação industrial da mesma hiância. Dentro desse mesmo espaço-tempo localizamos também alguns mecanismos, estratégias de regulação da atividade. São eles: o “nó” (cego), a “gambiarra” e o “pulo do gato”, conforme veremos a seguir.

3.6.1 As saídas pelo fazer prático: o nó (cego), a gambiarra e o pulo do gato

O que chamamos aqui de saídas pelo fazer prático, os ergonomistas nomeiam de estratégias de regulação/realização da tarefa. O que está em jogo é a ação de visitar a

distância entre o trabalho prescrito e o real, visando localizar e valorizar os “saberes investidos” - maneiras singulares de gestão (das variabilidades) desse distanciamento.

Promovemos, assim - para nos embasar teoricamente - um diálogo com a experiência do “*Conexão de Saberes sobre Trabalho*” (2007) - parceria de estudiosos sobre o trabalho da UFMG e o campo: aquele da mineração. Um trabalho pesado, no qual encontramos um terreno fértil de encontro com as renormalizações, ressignificações da atividade através do “*nó, da gambiarra e do pulo do gato*”. Reservadas as particulares das atividades de trabalho dos CAPS, deparamo-nos com os mesmos mecanismos ao longo de nossos achados empíricos.

Antes de trazermos em visibilidade os pontos de vista dos trabalhadores dos CAPS, há que se interrogar: o que são o nó (cego), a gambiarra e o pulo do gato? Para desmistificá-los no campo do trabalho-psi, esclarecemos que eles são rearranjos do fazer prático inerente a qualquer tipo de trabalho. Um ganho de tempo entre o prescrito e o real para a realização da atividade. Ou seja, uma forma singular de fazer a coisa funcionar, em se considerando as variabilidades e as infidelidades do meio de trabalho. Fazem parte dos saberes investidos dos trabalhadores. O nó, na experimentação dos mineiros, avisa-nos da experiência do “trabalhador ao contrário” e nos faz entender que se trata da “experiência ao contrário” (CUNHA, 2007, p. 127). Ao se dar um nó, o trabalhador entraria, interrompendo o processo produtivo para se fazer escutar em suas próprias necessidades. Quer dizer, se dá um nó requisitando um pausa na produção, mas há um prejuízo no trabalho. Dizem os mineiros: “O nó é o lado negativo do exercício da profissão. (...) Por exemplo, o que que eu faço pra não trabalhar? Como é que eu vou fazer para não trabalhar? Eu vou parar a máquina, vou abrir um buraco na estrada, vou fazer qualquer coisa...” (CUNHA, 2007, p. 128). Na sequência: “O ideal é que o nó não precisasse existir, mas ele se ele existe é porque alguma coisa não funciona bem (...)” (CUNHA, 2007, p. 128). Quer dizer, o nó aparece na medida do aumento das exigências de trabalho em prescrições e protocolos, ou porque:

(...) a organização do trabalho não permite que os trabalhadores possam discutir essas dificuldades. Se você tem um espaço pra discutir as dificuldades e propor mudanças, o nó não vai aparecer. (...) Ele é marginal porque não existe uma margem pra que o problema que os trabalhadores enfrentam esteja na pauta. É muito assim, o trabalhador só pode falar o que é permitido. E o que não é permitido? (...) Não há espaço de liberdade nas organizações para que os trabalhadores expressem suas dificuldades e as propostas deles. Mas, você pode falar o que for consenso. O que for dissenso vocês vão resolver com nó. Não é assim? O nó acaba sendo a única saída. E também o corpo humano tem uma sabedoria que também não é a lógica da organização desse espaço. (CUNHA, 2007, p. 129, grifos nossos)

Quanto ao nó (cego), os mesmos trabalhadores explicam-nos, dizendo que: “O nó, às vezes pode ser perigoso”. Caso ele tenha um resultado positivo, diz-se nó: “É um risco. (...)”

Agora, se tiver um resultado negativo, aí aparece imediatamente: ou ele bloqueia a produção, ou ele te arreventa todo... Ou seja, o nó cego está justamente nisso aí. Não tem uma visão do que vai acontecer” (CUNHA, 2007, p. 131).

De novo com os mineiros: “Eu tiraria o nó, que é a versão malandra do processo de trabalho e colocaria aí o pulo do gato” (CUNHA, 2007, p. 127). Em outras palavras, o pulo do gato seria: “(...) - arte do trabalhador para não deixar transparecer os mecanismos por ele criados para interromper a produção ou afastar-se de seu posto de trabalho” (CUNHA, 2007, p. 160). Uma forma singular de driblar a situação, mas que também acaba prejudicando a produção de trabalho. Quanto às gambiarras, estas são um rearranjo nos meios para se atingir determinado fim, ou seja, uma regulação para melhor realizar a atividade de trabalho. Retraduzindo, um “jeitinho” de se trabalhar.

Tais mecanismos se fazem presentes nos CAPS, situando-se onde não se conversa sobre as dificuldades de organização, onde não cabe o incabível, onde se suporta e insuportável e se tolera o intolerável.

Ao analisarmos de perto o CAPS como um todo, podemos dizer que essas regulações são comuns entre os trabalhadores, mas também entre os pacientes. Estes nos apresentam razões para não seguirem o tratamento, para não se encontrarem com suas referências de tratamento, para não tomarem os medicamentos (escondendo-os debaixo da língua, ou jogando-os fora, por exemplo), ao se esconderem da Kombi que os buscam em casa para a PD. Nessas ocasiões, os trabalhadores (mais comumente, os auxiliares de enfermagem) são convocados a encontrarem saídas para lidar com essas variabilidades, que são muito comuns na construção/condução de casos clínicos.

De volta ao trabalho real e em conversas com os trabalhadores, reencontramos os mesmos mecanismos na regulação de suas atividades em momentos de observação do trabalho. Uma situação muito singular são as contenções físicas de pacientes no leito. Elas são frequentes nos CAPS e fazem mais parte das prescrições de trabalho dos auxiliares de enfermagem do que de outros trabalhadores. A situação é controversa. Na prática, essa intervenção tem sido muito utilizada mais como saída para quietar o insuportável da ameaça de fuga, da agressão e/ou da queda de pacientes por sedação medicamentosa, do que de forma clínico explicativa da situação. Situa-se aí uma variabilidade de gambiarras, nós concretos que são realizados nos membros superiores e inferiores de pacientes muitas vezes com faixas (rearranjadas) frágeis e comprometidas pelo uso, outras vezes com lençóis, envolvendo o tórax de pacientes já contidos.

Uma outra situação que tem acontecido recentemente, depois da implantação do sistema gestão é a informatização de alguns CAPS - um trabalho novo. O computador é utilizado para a notificação dos atendimentos que são compartilhados com toda a rede de saúde. Revisitando de perto esse trabalho e nesse contexto de análise, percebemos aí um exemplo claro de “*pulo do gato*”. Ao acessarem o sistema, muitas vezes, os trabalhadores ausentam-se de seus postos de trabalho e isso não significa (exatamente) que estejam utilizando o computador para o fim do trabalho, mas para outros fins ou utilizam dessa atividade como pretexto para não fazerem outras mais urgentes, mesmo não estando inseridos no plantão (de acolhimento) dos CAPS. Percebemos aí uma criatividade dos trabalhadores: o não fazer como prerrogativa de estar fazendo. Ou seja:

(...) Não fazer é uma arte que exige “gente grande e experiente”. Que desculpas podem ser articuladas e pra quem? Que documentos podem e devem esperar na gaveta e por quanto tempo, obedecendo a um cálculo minucioso que ao mesmo tempo leve em conta riscos e benefícios? Que estratégias diferenciadas devem ser utilizadas em um caso e outro? Não fazer requer muito mais habilidade do que fazer. Não fazer exige muito mais esforço físico e intelectual do que fazer. Não fazer exige estratégia, tática e astúcia. (CODO In: JACQUES & CODO, 2002, p. 299-300, grifo nosso)⁵³

O trabalho dos auxiliares de enfermagem foi um campo fértil de encontro dessas regulações e eles não titubearam em verbalizá-las. Dizem eles que os nós existem e podem ser benéficos e maléficos, “positivos ou negativos”. Vejamos um exemplo, inclusive que se aplica a todas as categorias de trabalhadores dos CAPS: os atrasos e as faltas (in)justificáveis no trabalho.

Depende do nó. É, por exemplo na chegada ao trabalho, né? O colega, ele dá o nó e diz assim: a minha tia tava muito mal. **Mas essa tia não morre e não melhora, porque todo plantão essa tia tá mal.** Então assim, tem os **nós benéficos e os maléficos**. Tem aquele nó que a gente faz de conta que acredita nele até porque, ele não está trazendo mal a ninguém. Então, faz de conta, né? **A gente também não tem que levar a vida a ferro e a fogo porque seria até difícil continuar vivendo, né? Se tudo tem que ser tão certo, não dá.** (Auxiliar de enfermagem 3, grifos nossos)

Diz-se que os nós podem ser benéficos e maléficos. Os benéficos são aqueles que deram certo, os positivos. Os nós (cegos) são aqueles maléficos para a produção de trabalho. Quanto ao nó positivo:

(...) ele pode até ser socializado, depois que ele deu certo. Mas, aí vem também uma outra questão: o que deu certo pra mim pode não dar certo pro outro colega. E ele passa a ser nó cego nesse sentido aí. Eu vou aplicar isso aqui, mas eu não tenho controle disso aqui não. (CUNHA, 2007, p. 132)

⁵³ Vale ressaltar que tal ponto de vista crítico, podemos expandi-lo para qualquer situação de trabalho (em especial no serviço público, da saúde também) para além dos CAPS.

Vejamos um exemplo dessa perspectiva. Estivemos presentes com os auxiliares de enfermagem no processo de transporte de pacientes em casa com a Kombi dos CAPS. Durante tal atividade, os auxiliares de enfermagem (diga-se de passagem, raramente acompanhado por outros trabalhadores) apresentam um jogo de cintura, nós (cegos) e “jeitinhos” muito particulares na tomada de decisões imediatas no momento da atividade, dialogando, ora com os próprios pacientes, ora com o motorista do transporte. Muitas são as situações que dão certo e podem ser socializadas, considerando a teorização acima, exemplificada na fala seguinte:

A gente modifica nossa rota. Por exemplo, a gente tem dez pessoas para levar. Se a gente sabe que nós já discutimos a não ir em áreas de risco... Entendeu? Aí eu falo com o motorista: “nós vamos levar esse paciente primeiro. Mas, por que? Porque depois, na volta quando a Kombi estiver vazia nós conversamos sobre isso. Agora, não é o momento para explicar não. Eu só quero que você vá lá primeiro”. (Auxiliar de enfermagem 6)

Na mesma rota de trabalho com o transporte, os nós (cegos) também se fazem presentes. São situações maléficas para o resultado do trabalho. Ao se encontrar com o embaraço da situação, as falas abaixo desvelam uma forma negativa de lidar com a variabilidade de trabalho:

Ah... na rota tem. Olha... a gente tinha uma colega... ela lá ia na casa dos pacientes, ela saía para medicar, ela entregava o paciente. Ela não podia voltar com ele, ele era uma matéria viva, **mas o medicamento na mão dela era uma matéria morta, ela podia desfazer daquele remédio, ou jogava pela janela como se ela tivesse ido na casa do paciente e medicado.** Ela não chegava com a medicação lá. Então, alguém perguntava: “tudo bem na rota? Tudo bem!” Só que o motorista ficava numa situação difícil porque, ele via ela jogar fora. **Depois com o tempo, o motorista disse que ela não medicava os pacientes. Ela jogava os remédios pela janela do carro e chegava lá e falava que medicou.** Só o motorista sabia disso... ele não ia contar, mas houve uma época que ela saiu da unidade e ele foi e contou. Não deu conta de segurar isso. Que era demais. Não, ela chegava, tudo bem? Tudo bem. Perversa, né? (Auxiliar de enfermagem 3, grifos nossos)

Algumas situações dizem respeito direta ou indiretamente aos psiquiatras. Deparamo-nos com diversas situações de trabalho, nas quais tais mecanismos se fizeram presentes. Os psiquiatras dizem trabalhar sobrecarregados, não dispendo de tempo suficiente para promover “ocasiões de palavras” com os pacientes e conversas clínicas com os colegas de trabalho, nem para um atendimento mais detalhado, mais qualificado, enfim. Nessa escassez de tempo, o trabalho recai sobre os mecanismos de estratégias em forma de gambiarras do/no fazer escolhas, sacrificando algumas atividades em detrimento de outras.

É como se fossem gambiarras. Gambiarras nesse sentido de ter estratégias, não é? Aí você passa a não ter disponibilidade para o colega e passa a não ter tempo para conversar e discutir caso e passa a ter aquele atendimento e acaba que, talvez uma das estratégias para poder preservar a clínica foi ter que fazer um trabalho mais solitário, porque o trabalho coletivo exige disponibilidade. **É preferível cortar para os colegas, mesmo porque com os usuários era ali que eu tinha que preservar a minha clínica.** Era a maior preciosidade. Eu não podia sacrificar a disponibilidade com os pacientes. (Psiquiatra 31, grifos nossos)

Em consequência a esse processo acima apresentado, em vários momentos percebemos que os psiquiatras conversam muito rapidamente com outros trabalhadores, na maioria das vezes, nos corredores e principalmente, quando ocupam a posição do trabalho de *retaguarda* - uma situação-gambiarra para suprir a falta de psiquiatras nos CAPS? Um outro psiquiatra vem nos dizer, em termos de gambiarra, que o jeitinho que arrumou para garantir a renovação de suas prescrições é fazê-las à noite, no momento de seu plantão.

Vejamos alguns nós dados por psiquiatras. A entrevistada vem dizer que depois de seu plantão noturno, o psiquiatra continua no quarto por algumas horas da manhã, enquanto as intercorrências e os acolhimentos continuam acontecendo. Ainda no período de plantão noturno nos CAPS, localizamos nós (cegos):

Teve uma vez que eu chamei o médico, uns anos atrás... era três da manhã: “tô indo”... quando foi às cinco, o casal disse assim: “você chamou o médico aonde? Por telefone? Aonde ele tá?” Voltei lá isso tudo, três, quatro, cinco, passaram duas horas. Cheguei lá e falei: “doutor, urgência”... “Nossa eu virei para o canto e dormi, achei que estava sonhando”. Aí, que nó... ! (Auxiliar de enfermagem 3)

Então, assim, quando eu disse assim, fulano o paciente tá acordado, tá gritando, tá em mania, tá no portão, quer pular o muro, não sei o que... O médico diz assim: “faz um dormonid, um faz um HF...” **Eu tenho o maior medo disso, porque eu penso que ele pode estar sonhando.** O médico pode sonhar com um dormonid, um HF, a gente sonha, entendeu? Eu tenho o medo disso. E eu conversei isso com um médico lá e ele disse: “você tá certa... você tá certa”. Difícil, porque nós trabalhamos com vidas. (Auxiliar de enfermagem 3, grifo nosso)

A fala seguinte localiza um nó cego dado por um auxiliar de enfermagem e que se relaciona diretamente ao trabalho do psiquiatra, retraduzindo uma situação de risco de vida.

Quando o médico pergunta assim: “olha pra mim quanto é que tá a temperatura e a frequência cardíaca do paciente, porque eu preciso saber”. **Aí a pessoa finge que olhou, eu já vi algumas vezes e vai lá e saca.** Se ela falou que a temperatura tá 80 e se você for lá dois minutos depois e achar 82, isso não pode ser motivo de discussão porque os dados vitais estão mudando o tempo todo, o tempo todo, você vai achar dois pontos a mais, mas isso não tem como você saber que ela olhou ou não, isso é uma coisa que não dá para saber. (Auxiliar de enfermagem 3, grifo nosso)

3.6.2 A coleção e o coletivo de trabalho

Dentro de um contexto de trabalho sócio-político e cultural de RP e MLA, a distinção entre coleções (grupos) e coletivos de trabalho nos CAPS surge imperativa em nossa agenda de investigação sobre o trabalho. Segundo nossas investigações históricas, de campo e em conversas com ex-trabalhadores, levantamos a hipótese de que, no início da implantação dos CAPS, existiam levantes coletivos de trabalho que, ao longo de sua implementação, foram se transformando em coleções de trabalho.

Inicialmente, Clot (2006), desenvolve o construto coletivo de trabalho, a partir do diálogo firmado entre gênero (de ofício) e estilo de trabalho, tangenciados pela atividade. Trata-se de uma definição que não se mostra pronta, mas sim (oportuna em nossas investigações) controversa e definidora de sentido entre as ações individuais/coletivas. O primeiro diz daquilo que promove o ajuntamento/agenciamento de recursos humanos para um determinado fim; o segundo, das formas de realizações singulares de atividades. Ou seja:

Meio de ação para cada um, o gênero é também história de um grupo e memória impessoal de um local de trabalho. Diremos às vezes simplesmente gênero, para abreviar. Mas sempre se tratará das atividades ligadas a uma situação, das maneiras de “apreender” as coisas e as pessoas num determinado meio. A esse título, como instrumento da ação, o gênero conserva a história. Ele é constitutivo, dessa perspectiva, da atividade pessoal que se realiza através dele.
(CLOT, 2006, p. 38, grifos nossos)

Segundo o mesmo autor: “é no momento que é perturbado que o gênero é visto. Ensinando-nos seu estilo pessoal.” (p. 40). No entanto, podemos verificá-lo, em termos práticos, nas obrigações que os próprios trabalhadores se dão no exercício de suas tarefas. São as regras (ressignificadas/ressingularizadas/renormalizadas), permissões, formas de fazer individuais que se coletivizam a partir do poder de agir de cada trabalhador. Podemos dizer de um conjunto de atividades que determinada situação de trabalho exige. Aquilo que se mostra comum a um determinado grupo, uma construção de sentido que vai se tornando coletiva no fazer prático. Enfim, o gênero possibilita e permite a prática da liberdade do fazer dentro de um coletivo de trabalho. Ou seja, por trabalharem juntos, os atores/trabalhadores podem afinar seus objetivos em atividade e, sendo assim, pouco precisam verbalizar sua experiências.. Nesse contexto, o próprio olhar de um trabalhador para o outro já diz de uma série de atividades que serão desenvolvidas em breve.

O *gênero* agrega a definição de coletivo. Inscrito na história singular e coletiva de cada trabalhador, ele é a incorporação de regras e normas⁵⁴ (que redimensionam a atividade de trabalho) pelos sujeitos, sendo veiculado e repassado de geração em geração. Esse coletivo é algo que vai sendo restaurado, ressignificado pelo viés das controvérsias e das participações ativas e compartilhadas. O *coletivo* diz de códigos, senhas e signos com os

⁵⁴ Para melhor compreensão do assunto, aqui se faz necessário este reesclarecimento do termo: “Norma é uma palavra latina que significa esquadro. A norma exprime o que uma instância avalia como devendo ser: segundo o caso, um ideal, uma regra, um objetivo, um modelo. Esta instância pode ser exterior ao indivíduo (normas impostas e mais ou menos assumidas), como pode ser o próprio indivíduo (normas instauradas na actividade), porque cada um procura ser produtor das suas próprias normas, na origem das exigências que o governam. Para trabalhar, o ser humano tem necessidade de normas antecedentes (manuais e notas técnicas, regras de gestão, organizacionais, prescrições e instruções, procedimentos, etc.) que, ao mesmo tempo, o constroem e lhe permite desenvolver uma actividade singular por renormalizações sucessivas”. Glossário da Ergologia (2008, p. 26, grifos nossos).

quais os trabalhadores se comunicam (CLOT, 2006). Portanto, para que o gênero exista e seja ressignificado na atividade/ação coletiva, ele precisa ser instigado/interrogado/atacado, a fim de que a controvérsia (re)apareça como constituinte de saúde mental.

Compreendemos também o paradoxo coletivo/coleção na construção ergológica do chamado “trabalhador coletivo”, retornando às “dramáticas do *uso de si*”, por si e por/pelo outro na atividade, ressignificadas entre os seis ingredientes da competência de trabalho.

É um trabalhador plural em nossa concepção teórico-prática, que apresenta arbitragens diversificadas em suas atividades de trabalho, que sustenta posições definidoras de sentido (clínico, político e sócio-cultural), que apresenta maneiras de trabalhar e que vão além da hierarquização, da multi e interdisciplinaridade, aproximando mais da transversalidade no trabalho e revalorizando a experimentação.

Trata-se do trabalhador que ressingulariza a atividade ao seu modo em constante movimento:

(...) pois é um conceito que permite exprimir e descrever esta característica. Se meu colega olhou em tal direção, se ele adota tal postura, se ele faz tal gesto, então eu sei em que ponto ele está, eu sei que posso ir e vou sem hesitação, pois confio nele. É exatamente isto, ter “os olhos e as mãos na frente e atrás. É desnecessário muito papo. No limite, quanto mais falação num coletivo de trabalho, mais indício de um coletivo frágil. (DURAFFOURG apud SCHWARTZ, 2007, p. 77, grifo nosso)

Localizamos o “trabalhador coletivo” ao encontrar o campo do “trabalhado coletivo”, ancorado nas Entidades Coletivas Relativamente Pertinentes (ECRP) do trabalho real (SCHWARTZ, 2007). São entidades, na medida em que lidam com fronteiras invisíveis; são coletivas, uma vez que se localizam informações que circulam, que se diluem nos CAPS; são relativamente pertinentes, no sentido de que as fronteiras são flexíveis e variáveis, que mudam em função do trabalhador (SCHWARTZ, 2007). Trata-se da construção de um trabalho “*azeitado*”. Diz de uma recolocação do trabalho num processo histórico contextual, entre “*tramas e urdiduras*”, nas tradições culturais envolvidas, nos laços pessoais valorizados e tecidos no/pelo trabalho. Como se fosse uma “*sinfonia sem maestro*”, que nos faz compreender uma relação de trabalho que flui, que acontece, que ultrapassa a dimensão protocolar, que diz de um “*viver juntos*”, fazer-juntos, trabalhar juntos, com alma, corpo e subjetividade, em coesão e continência de sentido.

Segundo nossas investigações sobre o trabalho real, o trabalhador (coletivo) não se mostra coletivo o tempo todo(e isso não significa que para ser coletivo, ele tenha que utilizar a todo momento os seis ingredientes da competência). Quer dizer que esse trabalhador tem a perspicácia de lançar mão de um dos ingredientes (com maior ou menor eficácia) para lidar

com aquela situação, naquele tempo determinado, ou seja, inserido numa situação coletiva de trabalho. Em outras palavras:

Para concluir, o coletivo de trabalho tem a capacidade de interferir positiva ou negativamente na regulação dos diferentes contrastos⁵⁵ presentes na construção do modo operatório. O resultado da construção coletiva desses espaços de trabalho compartilhados acaba por dar o caráter dos mesmos de serem maior ou menor geradores de estresse e de sofrimento, de maior ou menor patogenicidade. (OLIVEIRA apud JACQUES & CODO, 2002, p. 94, grifos nossos)

Pelo *modus operandis* de trabalho, interrogamos os (ex)trabalhadores acerca da existência ou não de mecanismos de cooperação/colaboração e solidariedade na história de implantação/implementação dos CAPS em tempo real de trabalho. O *mal estar* (praticamente generalizado) encontrado no trabalho real dos CAP permitiu-nos reinterpelar os trabalhadores nessa direção e apontar a prevalente existência de coleções (se sobrepondo aos coletivos) de trabalho.

Dizem de grupos que se mostram organizados em reuniões, coleções narcísicas de pessoas por afinidades (sintomáticas), mas não no sentido de sustentar um trabalho azeitado, e sim, de manutenção de controle e poder da situação.

As más condições de trabalho, o excesso de demanda (que vira sobrecarga), os recursos humanos insuficientes, formas muito singulares de gerenciamentos imediatos e externos ao CAPS, a falta de diálogos sobre a atividade de trabalho dentro e fora (entre os CAPS e outros dispositivos da rede) e outras situações, foram nos conduzindo ao entendimento do desfazimento de coletivos em coleções e que o desprazer foi se fazendo prevalente ao prazer na lida diária da maioria dos entrevistados.

Retomamos as conversas com os (ex)trabalhadores e, com elas, confirmamos nossa hipótese inicial: da existência de coletivos no início da implantação dos CAPS, que foram se desfazendo ao longo de sua implementação. Buscamos exemplificar essa defasagem - coletivo/coleção - com os nossos protagonistas de pesquisa, revisitando o curso da história. Dizem eles que, no início, existia um empolgamento que se traduzia em divisão de trabalho, em debate de normas, valores e escolhas, em luta antimanicomial, mediante um constante “desconforto intelectual” (SCHWARTZ, 2008). Pode-se dizer, então, que os trabalhadores se uniram em torno de um só objetivo: construir um trabalho novo, visando a substituição do hospital psiquiátrico e das práticas manicomiais, segundo os entrevistados.

⁵⁵ Ainda com o mesmo autor: “Sem tradução para o português, é utilizada com o sentido de pressão exercida sobre alguém, obrigação, regra, exigência de moderação no uso de alguma coisa, obrigações do fazer profissional; acanhado, que falta de natural. Seria mais próximo de um mescla entre determinante e condicionante, do que constrangimento como tem sido traduzido mais literalmente, na maioria das vezes, em nosso meio”. (OLIVEIRA apud JACQUES & CODO, 2002, p. 87).

É no dia-a-dia... ali nas pequenas coisas, no atendimento, nas discussões da equipe, no estudo também dos casos clínicos, estudo teórico, supervisões e com a capacidade de estar repensando as ações da gente, na flexibilidade pra escutar a avaliação do outro, a crítica do outro e mudar o rumo do trabalho. Agora, igual eu falei, aqui antes... tem muitas dificuldades, pois o serviço teve um retrocesso sim, e com isso foi diminuindo o gás, a energia e motivação das pessoas, pois se cansa de dar murro em ponta de faca. Você estar o tempo todo nadando contra a correnteza, mas temos conseguido sim, um trabalho. (Psicóloga 2, grifo nosso)

Antes, discutia-se mais sobre políticas de RP e MLA, inclusive, os trabalhadores tinham um maior protagonismo na direção dos rumos a serem tomados, o que, atualmente, não se mostra da mesma forma.

Nossa, quando eu entrei aqui, em 98... era muito tranquilo. Tinha uma, como é que eu vou dizer... Estava começando a se afirmar nesse contexto político da **Luta Antimanicomial** e mostrar esse novo trabalho, a forma de trabalhar. Tinham muitas discussões nesse sentido, muitas discussões sobre a **reforma**, porque os pacientes que se tratavam **aqui eram poucos**, não eram tão graves quanto os que se tratam hoje. A gente não compreendia direito como é que seria essa... estava se formando a rede ainda, o Centro de Saúde... Não existia ainda o PSF na época.. (Psicóloga 3, grifos nossos)

Disseram que se tinha mais tempo, não somente para a realização de “atividades coletivas”, mas também, para realmente construir casos clínicos em/na coletividade e que se dividia trabalhos, mas também angústias.

Tinham os costumes... pontos de vistas, uns discordavam, era uma coisa muito, muito apaixonada... tinha tempo de estar com o paciente fazer um trabalho diferenciado com esse paciente, né? É então isso era muito bacana ia lá, fazia visita domiciliar, ficava a tarde toda tentando convencer o paciente sair do quarto, a gente tinha tempo pra esse trabalho, e fazia um diferencial enorme na formação que eu tinha tido no hospício... né? (...) (Psiquiatra 27, grifo nosso)

Eu acho que... é uma diferença porque o serviço já foi montado com psiquiatras mais jovens que já estavam dispostos a num ter que ser chefe de nada e de **dividir, inclusive a angústia, porque você divide trabalho, mas você divide angústia também.** (Psiquiatra 12, grifo nosso)

A fala abaixo é significativa no sentido de nos apresentar reflexões (in)cabíveis de sentido de constituição de “*coletivos desejantes*” de trabalho. Ela explica-nos o seguinte posicionamento:

Existia. É. Diferente do que é uma série de trabalhadores, não é porque é coletivo... Existia essa coisa que o **Guattari** chama da construção ou da constituição de um **coletivo desejante**. O que é um coletivo desejante? **A construção de um comum que transforma aquele grupo ou aquela série em um coletivo.** Agora, você pode constituir um coletivo fascista, por exemplo. Um coletivo que caminha numa certa direção, **um coletivo mais instituinte, um coletivo mais criativo, um coletivo mais desejante.** E nessa época, então, eu acho que a gente estava vivendo esse entusiasmo de ter construído esse coletivo desejante, até porque a gente estava fazendo a constituição da equipe nessa época, então nós vamos abrir o CERSAM... (Psiquiatra 31, grifos nossos)

As falas abaixo ampliam nosso escopo de análise e compreensão sobre o coletivo de trabalho, realocando a figura do psiquiatra em visibilidade como constituinte ativo dessa situação (em sintonia com outros trabalhadores) movente e inovadora de sentido de

coletividade e que, segundo os entrevistados, foi perdendo seu protagonismo ao longo do processo de implementação dos CAPS, levando ao empobrecimento atual do trabalho (do psiquiatra).

Os psiquiatras eram ouvidos pela mídia, né? Pelas instituições culturais, né? Assim, quê que significa isso quando o paciente psiquiátrico expõe seu trabalho... num museu, num espaço oficial de arte? Que significado que isso tem? **Que você faz depois desse passo, né? Você começa a pensar na questão do trabalho**, você começa a pensar na questão da circulação social do paciente, isso é uma discussão muito fecunda. Acho que até 96, **podemos pensar que até 98 ainda tinha um entusiasmo**. Depois... ainda tinha muito a participação do psiquiatra. Depois, você começa a ter pessoas que saem da rede pública, né?... psiquiatras (...) **O trabalho do psiquiatra empobreceu assim...** terrivelmente né? **Então, na hora de montar os serviços, era um profissional muito escutado nas reuniões de planejamento, nas reuniões de avaliação, nas reuniões clínicas, não sei como está hoje. Mas, nesse período, por exemplo de 99 a 2003, era difícil você ver um psiquiatra participando de reunião de equipe**⁵⁶, tanto nos centros de saúde, quando as regionais organizavam as reuniões mensal da saúde, como nas reuniões clínicas... (Psiquiatra 18, grifos nossos)

Como o gênero e o coletivo encontram-se entrelaçados, quando este se desfaz, o gênero se desintegra/degenera, as relações se fragilizam, o sofrimento acontece e o trabalho se desorganiza (CLOT, 2006). O contrário vem traduzir uma maior resistência psíquica ao enfrentamento das defasagens entre o prescrito e o real. Já a *coleção*, traduz a amputação de coletivos que não servem mais à prática (que caducaram), onde cada trabalhador se vê solitário em suas próprias atividades.

Retornando à categorização do trabalho real, reconfirmamos a evolução da demanda em sobrecarga, o mecanismo de empobrecimento da clínica, a pulverização das especificidades, o processo de sofrimento/adoecimento (causa/consequência desse processo?), a construção do caráter de totalidade dos CAPS, também como constituintes do rompimento de coletivos em coleções. Somamos a essa situação, a movimentação político-ideológico prevalente como reforço, uma vez que os projetos de saúde mental foram tornando-se, segundo a maioria dos trabalhadores, mais discursivos nesse sentido, do que voltados para os processos de reorganização do trabalho em tempo real.

Constatamos discussões diversas que nos desvelaram o rompimento com coletivos de trabalho e o surgimento de coleções/grupos de trabalho isolados, lidando com demandas crescentes de trabalho - um trabalho que foi se tornado mais engessado na dimensão protocolar. Enfim, não havendo o devido respeito pelo debate de normas, o destino do

⁵⁶ Contrapondo um tanto a situação acima, durante nossa pesquisa, percebemos uma tímida tentativa de freqüentação de psiquiatras em reuniões de trabalho fora dos CAPS, reuniões de micro-área, reuniões gerais dos trabalhadores de saúde mental, incluindo os Centros de Saúde, Centros de Convivência, Residências terapêuticas, etc.

coletivo é, *a priori*, a crise, podendo levar até à sua extinção (o seu falecimento) e ao surgimento de coleções/grupos de trabalho.

Ainda no mesmo contexto político e para exemplificar essa discussão, um ex-trabalhador constrói o seu “*divórcio*” do coletivo de trabalho que existia, porém, o sentido dessa construção, expande-se nas conversas com muitos trabalhadores.

Pelo viés da deterioração do processo de trabalho - dos baixos salários, do sentimento de despertencimento ao meio, do vazio de conversas com os gestores que, segundo ele, mais valorizam os usuários do que os trabalhadores -, deixa claro que existia um espaço clínico/político/ideológico:

Mas, as **questões ideológicas e políticas** sempre surgiam a partir da construção dos casos clínicos. E isso era bem bacana mesmo. Então, tinha esse espaço e tiveram vários **desentendimentos** e, a partir dessas **discordâncias**, acaba gerando muitos casos, além da **discordância ideológica**, política e clínica, **acaba gerando inimizade também. Tem que ser um profissional muito capaz para poder desenvolver esses desencontros, sem personalizar, sem criar inimizade.** É muito difícil. Então, alguns profissionais começaram a **brigar com os outros** e eu acho que teve mesmo, assim... (Psiquiatra 31, grifos nossos)

Dessa forma, o mesmo trabalhador completa sua história de relacionamento afetivo com o CAPS:

O processo que eu acompanhei da equipe foi assim: **um namoro, um noivado em 96, uma lua-de-mel em 97, 98, depois assim, um desgaste em 99 e em 2000 começaram a ter separações litigiosas. Então foi um amor** que terminou dessa forma, entendeu? Começou a ter brigas mesmo, um queria bater no outro, era terrível. Então, era isso que aconteceu. Terminou em separação litigiosa, **só faltou ter quebra-pau.** (Psiquiatra 31, grifos nossos)

Portanto, a construção do “coletivo de trabalho” configura-se pela abdicação do narcisismo grupista de saber e determinante da solidão no trabalho ao encontro de alianças de forças de trabalho por identificação/reconhecimento do saber do outro, através de cooperação, solidariedade, colaboração e construção do trabalho em coletividade.

Mesmo que haja dificuldades, conflitos interpessoais, diferenças pessoais de posição clínica, infraestrutura precária (de precarização do trabalho no CAPS), entendemos, segundo nossas argumentações teóricas, que a passagem de coleções para coletivos e vice-versa somente pode ser feita mediante um revisitamento do trabalho real, porém, num movimento de valorização da experimentação (de trabalhadores no processo de trabalho), de trocas intersubjetivas na atividade - uma situação que os trabalhadores dos CAPS pouco ressignificam.

3.6.3 O vazio de conversas sobre a atividade

Situamos o vazio de conversas sobre a atividade na relação entre os trabalhadores e entre estes e os gestores, como consequência de nossos achados empíricos, inclusive sobre o trabalho real. Tomamos como elemento básico e constitutivo de nossas análises, o processo de fragmentação do coletivo (de trabalho e trabalhadores) que existia e a consequente constituição de coleções diversificadas da mesma ordem.

Quer dizer, a falta de unidade de um “projeto comum” dentro dos CAPS contribui sobremaneira para o distanciamento cada vez maior do trabalho prescrito-real. Todo o processo ilustrado acima foi se tornando evidente, em especial, ao frequentarmos as reuniões semanais e mensais dos CAPS estudados, mesmo que, em alguns deles, haja uma incipiente tentativa de restituição do processo coletivo do trabalho fragmentado/perdido.

Olha, a gente tá num momento de muita discussão, que mede, às vezes discussões muito inflamadas, né? A gente tá nesse momento ainda, de fazer propostas, de discutir como os dirigentes políticos, a gente tá nesse momento. Porque tá todo mundo, pelo menos eu e os meus colegas, a gente tá muito incomodado com essa sobrecarga de trabalho. (Psicóloga 4)

Vale ressaltar que o campo ergológico convida-nos, ao contrário, para “conversas sobre a atividade humana”, explorando conceitos e ampliando elementos de possibilidade de promoção de “ocasiões de palavras”, de recriação do novo, a partir da revisão constante das prescrições, normalizações e exigências de/no trabalho, mediante um “vazio de normas”. Tal vazio, nos CAPS, não tem sido ressignificado e renormalizado no sentido de recolocar em discussão normas e protocolos antecedentes, antes, há um constante bate-boca, vazio de significação, tampouco de ressignificações subjetivas em tempo (real) de trabalho. Por outro lado, percebemos situações de grande falação, na maioria das vezes, sem qualquer conclusão, mas sim problematização, inclusive com brigas e desentendimentos pessoais, ficando a clínica e o repensamento sobre os processos de trabalho em adiamento constante. Discute e se rediscute sobre os processos de trabalho e não se chega a um caminho (projeto) comum e os trabalhadores dizem:

A gente espera que, vamos dizer, haja um pouco de bom senso e sensibilidade por parte aí do... **e serenidade por parte dos coordenadores, pra nos ouvir, pra ver isso aí, faça uma pesquisa de satisfação pra ver... todos os profissionais do CERSAM, será que só eu é que estou pensando assim?** Se realmente, o problema for só comigo, se este desconforto e tudo, aí, realmente, aí num teria como eu continuar trabalhando, mas eu acredito, sinceramente, que não é. (Psiquiatra 22, grifo nosso)

O processo acima reflete a fragmentação do trabalho em equipe, que se distancia do recolocar as competências dos trabalhadores em visibilidade. Ao contrário, há uma forte

adesão à dimensão R1/IGR1, deixando o “efeito urdidura” na invisibilidade. Há apontamentos dos fazeres alheios em detrimento de retificações subjetivas do fazer individual, dividindo o funcionamento da equipe. Importante elucidar que o caráter emocional é presente quando o assunto é a circulação/dificuldade de circulação da palavra compreensível no trabalho em equipe. Mecanismos de ansiedades, defesas, tristezas e depressões, inclusive de paranóias, surgem como constituintes desse trabalho (em equipe). Em momentos de fragmentação do trabalho e das equipes, o narcisismo das especialidades torna-se prevalente em grande parte dos momentos possíveis de conversas sobre as atividades, para além das diferenças entre as posições clínico-discursivas dos trabalhadores.

Os diferentes ângulos de observação mobilizam persecutoriedade. O novo, o diferente, é vivido como ameaça, ficando impossibilitada a troca efetiva e enriquecedora. Neste clima emocional, as dificuldades da equipe na condução dos casos, ao invés de serem acolhidas e pensadas, são projetadas nos colegas e/ou na instituição. Na medida em que essa ansiedade persecutória é reconhecida e elaborada, diminui o clima de desconfiança, as pessoas se sentem mais fortalecidas, podendo, então, surgir o reconhecimento mútuo entre os vários componentes. (PIRES, In: SANHES et al, 2009, p. 144, grifos nossos)

Outro aspecto importante recai sobre a falta de obrigatoriedade para todos os trabalhadores frequentarem as reuniões dentro e fora dos CAPS. Os auxiliares de enfermagem são exemplos marcantes, além dos trabalhadores da recepção, da higienização, do transporte e da portaria (pessoas que lidam estreitamente com os pacientes). Com relação aos primeiros, eles, algumas vezes, frequentam esse espaço em regime de convite e, quando interrogados sobre o assunto, respondem que não vale a pena, que as pessoas só discutem e não se resolve nada, inclusive que a fala deles é sempre desqualificada.

A fala abaixo exemplifica a fragmentação das conversas sobre a atividade que, segundo observamos, recaem mais em prejuízo para a clínica e para as relações pessoais entre trabalhadores.

(...) a coisa tá pipocando pra tudo quanto é lugar... Então por isso que eu digo, que eu acho que a clínica ainda se sustenta um pouco mais de tempo, também não é muito mais não, porque há momentos de briga politicamente. **Agora, é preciso que esses dois conversem. Hoje é impossível, por quê? Por causa de um outro... ransos antigos.** Dois lugares que se resolvem ransos... ou com a própria pessoa ou em análise, não se faz nenhum dos dois... e aí você já parte do pressuposto que você tá errado, **independente de qualquer coisa, não tem conversa possível, não acho que tem um culpado, acho que nós todos somos culpados.** (Psicóloga 4, grifos nossos)

3.6.4 O processo de sofrimento e adoecimento

O assunto é polêmico na prática dos trabalhadores e dentro da Psicologia do Trabalho, mediante estudos sobre Saúde Mental e Trabalho: SM&T. Contextualizando a

temática em nossa pesquisa, percebemos que a saúde mental dos trabalhadores em Saúde Mental ainda é um assunto pouco visitado, estudado. A reflexão não é descontextualizada de toda a empiria. Nossa entrada em campo foi marcada pela constatação de um *mal-estar* encontrado entre os trabalhadores como um todo e que foi, aos poucos, sendo desvelado (não de todo), ao longo de nossa pesquisa.

Apresentamos aqui, alguns achados empíricos que desvelam esse processo de sofrimento e adoecimento, em termos gerais entre as categorias de trabalhadores, porém, de início, podemos ver que:

O trabalho é essa atividade tão específica do homem que funciona como fonte de construção, realização, satisfação, riqueza, bens materiais e serviços úteis à sociedade humana. Entretanto o trabalho pode significar escravidão, exploração, sofrimento, doença e morte. (SILVA, E. S. 1987, p. 218)

E isso vai depender da forma como o trabalhador ressignifica o trabalho em sua economia psíquica. Trata-se de grande desafio do qual se debruça a Psicologia do Trabalho: por que alguns adoecem, outros não, quando submetidos às mesmas condições de trabalho?

Alguns pontos foram marcantes e contribuintes desse processo. A grande maioria das conversas com os trabalhadores ressignificaram o grande volume de (re)trabalhos nos CAPS de formas muito particulares. Porém, houve uma unidade de análise nas seguintes direções: na sobrecarga de trabalho em forma de exigências prescritivas, nas más condições de trabalho, no desgaste físico-emocional, na falta de recursos humanos, na falta de conversas sobre a atividade, conforme apontamos, sem o devido respeito à individualidade dos trabalhadores, novamente à prevalência dos aspectos político-ideológicos em contraposição à materialidade e à concretude do trabalho real.

Percebemos que todas as categorias de trabalhadores não estiveram ilesas nesse mecanismo e alguns processos mais graves do que outros foram evidenciados. Os psiquiatras e os psicólogos foram os que mais verbalizaram sobre o assunto, ressignificando, criticamente, as razões e os motivos para seus próprios sofrimentos e de outros trabalhadores. Verificamos que as licenças foram frequentes em todas as categorias. Percebemos uma tendência de gestores em culpabilizar o trabalhador, sem o revisitamento aos processos de trabalho: o trabalhador acaba carregando o peso e o estigma de licenciado.

Apresentaremos um panorama da situação, segundo a exemplificação de alguns trabalhadores.

(...) sei lá... eu fiquei achando que eu estava com infarto - dor no peito, braço doendo. Sai daqui e fui pro hospital direto e fiz eletro, foi normal e alegou que era estresse. Acho que foi mais um quadro de ansiedade mesmo do que qualquer outra coisa, né? Então, o médico me

deu um afastamento meio longo. Foi consequência mesmo do dia a dia aqui. **Muita pressão, muita falta de respeito, assédio moral e eu me senti muito mal.** (...) Então, é eu até achei que foi por isso, né? **As licenças não são bem recebidas e o interessante que o sofrimento aqui é muito... o número de licenças aqui é muito alto e não se para pra pensar nisso.** Não se olha, a área de recursos humanos não olha isso, a área de recursos humanos se o funcionário está tendo algum problema com a gerência, arranja-se outro lugar pro funcionário, **mas a gerência é uma coisa intocável.** A não ser que esteja realmente querendo fritar o gerente e mandá-lo embora, mas o problema é sempre pro outro lado. (Psicólogo 5, grifo nosso)

Vejamos alguns pontos de vista de psiquiatras, que retraduziram a situação de diversas outras categorias de trabalhadores, mas que também trazem posicionamentos particulares:

Eu tenho certeza disso, eu conheço várias pessoas que adoeceram... nesses dez anos, eu tive umas três crises depressivas, de ter que sair de licença... de dois em dois anos mais ou menos... foi assim comigo, meio que a pilha arriava! De eu ter assim... 30 dias não ser suficiente, assim 30 dias de férias, de eu ter que tirar 30 dias de licença mesmo, sabe? Por causa do desgaste, da preocupação sabe... do trabalho desgastante mesmo sabe... de trabalhar muito, é isso mesmo... até que chegou num ponto assim... de ficar inviável o trabalho... inviável assim, inviável porque faltou os outros, entende? (Psiquiatra 2, grifos nossos)

O caminho é esse, sou a favor, desde que haja uma estrutura melhor, tanto pro paciente, quanto pra nós, os profissionais que estamos ali, porque **a gente vem adoecendo pela carga de estresse, pelo medo, pelo risco, por tudo enquanto há, né?** E **um ambiente mais salubre, né?** Nós não temos, né? **Pelo menos no meu CERSAM, nenhuma sala em que a gente possa fazer nossas prescrições à vontade, que a gente possa sentar pra raciocinar, nós ficamos sempre numa porta aberta,** direto com os pacientes, eles gritando, berrando e a gente escrevendo e... num tem nenhum momento pra você relaxar, até pra você ver o que que você vai passar para aquele paciente. **É um ambiente muito hostil pro trabalhador.** (Psiquiatra 4, grifos nossos)

A conversa abaixo retoma a exigência de extrapolação da especificidade, sem a devida preparação para tal como constituinte de estresse e sofrimentos variados:

Vejo a questão de licenças médicas com frequência aqui no CERSAM. E mesmo dificuldades na lida com outros profissionais, por reagirem, né? **A dificuldade de entender a sua formação, outra coisa que nos é exigida para além da sua especificidade, da ideologia, né?** A dificuldade em sentir que aos poucos tá se esvaindo o contato com a especificidade para a qual entrou aqui. **Deve ser angustiante mesmo.** Eu me sentiria muito angustiado se eu tivesse que aos poucos não tá atendendo, medicando, e de tá só participando aí de entrevistas. (Psiquiatra 24, grifos nossos)

Várias foram as queixas sobre o cansaço, que recaíam sobre outros sintomas no trabalho como excesso de cobranças, principalmente de gestores, sem o devido diálogo, de ter que ocupar vários lugares do/no trabalho ao mesmo tempo.

Cansaço que os profissionais vêm sentido aqui no CERSAM né... cansaço... muita cobrança... cobrança por parte, né? Vamos dizer assim... da gerência... da coordenação com um todo, imagino... das pessoas... **a gente vive uma pressão muito grande.** Muitos profissionais aí **estão se licenciando** pelo... já chegaram a se licenciar por não suportar mais esse **desconforto.** Eu já tive momento aqui de ficar exausto, a gente sempre pensa, vamos dizer assim, de conseguir uma transferência pra outro serviço, né...? (Psiquiatra 22, grifos nossos)

Percebe-se, então, que o processo de sofrimento e adoecimento dos trabalhadores é multideterminado. Trata-se de acúmulo de sintomas que vai se fazendo ao longo do tempo, decorrente das organizações dos processos de trabalho. Ou seja, quando falam de cansaço físico-emocional, compreende-se uma série de outros sintomas correlacionados aos limites psíquicos dos trabalhadores como estresse, ansiedade, insatisfação, desânimo, angústia, depressão, todos ressignificados pelo desgaste, refletindo a precarização das condições de trabalho, inclusive com a possibilidade de surto mais grave de sofrimento/adoecimento mental: “*Não sei se você sabe, mas a (fulana) surtou, né? Adoeceu. Ficou dois anos de licença médica, por causa dessa confusão, houve uma confusão entre a gerente e ela. Depois da licença, ela voltou pra outro lugar...*”(Psiquiatra 2).

Nossos achados de pesquisa remetem-nos a algumas teorizações afins. A primeira delas, a Síndrome do *Burnout*, é considerada por vários autores, vide Jaques & Codo (2002), como uma das consequências mais comuns do desgaste profissional. Ou seja, uma síndrome que se traduz por um estresse prolongado e que se manifesta para além do desgaste físico, através de outros sintomas, como:

(...) i) exaustão emocional, com o aparecimento de cansaço, irritabilidade, propensão a acidentes, sinais de depressão e/ou ansiedade, susceptibilidade a doenças, abuso de álcool, cigarros ou outras drogas; ii) despersonalização, no sentido sociológico do termo, correspondendo a uma atitude negativa e insensível em relação às pessoas do convívio no trabalho; iii) diminuição da realização e da produtividade profissionais; e iv) depressão. (JAQUES & CODO, 2002, p. 125)

Neste campo social, percebemos uma fragilização dos processos de constituição das identidades dos profissionais dos CAPS enquanto trabalhadores de saúde (mental). Tundis & Costa (1987, apud Duray, 1972), lembra-nos que o “conceito de doença profissional não é um mero produto da ciência médica, mas é formado também sob a pressão das lutas”. Refere-se às lutas políticas, além das condições de trabalho. O que se percebe é uma insatisfação para com as políticas de Saúde Mental implantadas e/ou em implementação em nossos campos de pesquisa (de forma não generalizada). Novamente, ao tocarem no assunto sofrimento/adoecimento, os trabalhadores foram contundentes em dizerem que o processo político-ideológico de RP e MLA é prevalente com relação à escuta dos trabalhadores em suas diferenças de posicionamentos.

Na perspectiva ergológica, percebe-se que o trabalho faz exigências aos trabalhadores. Resta saber como estes respondem a elas e às determinações prescritivas e protocolares. O sofrimento viria de uma forma singular de ressingularização de tais exigências, uma vez que, num mesmo meio de trabalho - os CAPS - todos os trabalhadores

estão submetidos às mesmas infidelidades/variabilidades e nem todos adoecem. Neste sentido, Schwartz (2007), tece explicações acerca dos mecanismos de sofrimento, de aceitação/resistência de determinado estilo de (re)interpretar normas e mudanças do/no trabalho (com a loucura).

Cada um procura no trabalho o equilíbrio aceitável entre o uso de si requisitado e consentido. O fracasso é um sofrimento; passar pela atividade pode ajudar a ultrapassá-la. (...) mas, a doença, ou a *patologia*, é também o risco permanente de não poder manter este equilíbrio, o risco é que este debate de normas se desenvolva em desvantagem permanente. E aí isso se torna trágico: a “dramática” pode se tornar trágica, levando até um grande sofrimento, até o suicídio! (SCHWARTZ, 2007, p. 200, grifo nosso)

Por outro lado, resgatamos que, mediante o desfazimento do coletivo de trabalho, o gênero de ofício se degenera, comprometendo seu estilo, promovendo o refazimento de coleções de trabalhadores e, conseqüentemente, a emergência de sofrimentos psíquicos. De forma contrária, a integralidade do gênero de ofício, segundo nossa compreensão de Clot (2006), é fator determinante da saúde no/pelo trabalho.

As regulações do sujeito podem então fracassar: “Quando elas fracassam, quando se alteram as possibilidades de reações e de controle do sujeito sobre si mesmo e sobre suas situações de existência, quando não é mais possível libertar-se de insatisfações, de sofrimentos, de contradições internas tornadas insuportáveis para ele, são gerados então fenômenos psicopatológicos. (CLOT, 2006, apud Curie, Hajjar & Baudion-Broye, 1990, p. 90)

De forma contextualizada em nossa pesquisa, refazemos nosso diálogo com Le Guillant (apud Lima, 2006), no que diz respeito aos estudos sobre SM&T, inclusive de repensamento sobre a “*Nova Clínica*”. Em termos iniciais, trata-se de considerar as condições de vida e de trabalho na saúde física e mental do sujeito (trabalhador). É dentro dessa consideração que Le Guillant apresenta seus estudos sobre o sofrimento (neurose psíquica) das telefonistas e das empregadas domésticas na década de 1950, na França, e que refaz parcerias explicativas sobre os nossos achados de campo. Apoiado em pressupostos materialistas e concretos da existência humana, o autor é adepto da Sociogênese, ressingularizando a clínica na triangulação entre os aspectos biopsicossociais para explicar a origem e a cura do sofrimento mental e, inclusive, propunha uma releitura da Psicanálise à luz da mesma triangulação. O assunto é polêmico e não entraremos em detalhes por não se tratar de nosso escopo de análise. Entre as instâncias apresentadas acima, ele tomava o social como primazia na determinação ontológica da origem do sofrimento psíquico.

Desde o início, deixa claro que pretende fazer o esboço de uma psicopatologia social, isto é, que sua pretensão é a de explicitar o papel do meio no surgimento e no desaparecimento dos distúrbios mentais. Ele não nega a importância (e nem a presença) dos fatores orgânicos nesses distúrbios, mas entende que o meio tem um papel mais determinante na compreensão do psiquismo humano e, portanto, na gênese da doença mental. (LIMA, In: JACQUES & CODO, 2002, p. 59, grifo nosso)

Assim, fazemos alusão ao trabalho desse autor para localizarmos o sofrimento e adoecimento dos trabalhadores dos CAPS. Também, pelo fato de que, em nossa pesquisa, consideramos os aspectos biográficos dos trabalhadores. Ele levanta de forma minuciosa, acontecimentos muitos concretos da vida dos indivíduos, valorizando o contexto e retornando aos ensinamentos de Politzer (autor de grande inspiração em suas reflexões). Trata-se de um autor que diz sobre o “drama humano”⁵⁷. Buscava uma aproximação das condições concretas de existência do indivíduo através de relatos biográficos para exemplificar a forma com as quais surge o sofrimento no/pelo trabalho.

Le Guillant (2006), diz que algo estaria na forma como o sujeito incorpora o trabalho em sua vida, tomando como exemplo os caso das telefonistas e das empregadas domésticas. Se os trabalhadores estão todos submetidos às mesmas condições de trabalho, por que alguns adoecem e outros não? Eis uma questão que a Psicologia do Trabalho coloca para si mesma em parceria com a Psicopatologia do Trabalho. Ou seja, “É também por meio desse resgate minucioso da história de cada indivíduo que ele julga possível compreender por que nem todos aqueles expostos a situações semelhantes adoecem ou manifestam o mesmo padrão de desgaste” (LIMA, In: CODO, 2004, p. 155).

Pelo viés do social, ele buscava uma aproximação com os acontecimentos reais de vida, cotidianos vividos como determinantes sociais ampliados. Em termos psíquicos, o movimento era de trazer para o campo particular, as manifestações das condições sociais, ou melhor, o significado (individual) que o sujeito dá às questões sociais mais amplas. Em última instância, o orgânico, que é aquilo que se manifesta em cadeias de processos fisiopatológicos e psicofisiológicos.

Assim, a clínica que ele propunha era um “ir e vir entre a subjetividade e a objetividade” dos fatos. Para ele, a gênese da doença mental não está nem na personalidade, nem no meio isoladamente, mas numa articulação entre os dois. A saúde, para Le Guillant,

⁵⁷ Um termo retirado da obra de Georges Politzer de 1928: *Crítica aos fundamentos da psicologia*. Diz respeito a uma tomada dos aspectos do vivido cotidiano humano em sua essência em termos de “drama”. Ele constrói suas idéias, a partir de críticas duras à Psicologia da terceira pessoa, lançando os pressupostos do que ele veio a chamar de “Psicologia concreta ou materialista”, uma Psicologia baseada nos aspectos individuais (do eu) do sujeito. Daí sua parceria com a Psicanálise no que diz respeito à compreensão dos fenômenos humanos ressingularizados. Os fatos, acontecimentos de vida, são tomados em sua materialidade e concretude, sempre com a preocupação de não cair em reducionismos objetivantes, nem subjetivantes, não o conseguindo de todo (vide seu texto acima). Segundo ele: “Ora, o ato do indivíduo concreto é a vida, mas a vida singular do indivíduo singular, isto é, a vida no sentido dramático do termo... O indivíduo é singular porque sua vida é singular e essa vida, por sua vez, só é singular pelo seu conteúdo: sua singularidade não é, pois, qualitativa, é dramática.” (POLITZER, 2004, p. 67). De acordo com Lima (2002, p. 52): “As reflexões de Politzer foram retomadas por diversos teóricos franceses, dentre eles, Lucien Seve, Louis Le Guillant, Bernard Duray & Ives Clot”. Da mesma forma Ives Schwartz, orientador de doutoramento deste último, daí reinserimos nesse bojo a terminologia “dramáticas do uso de si”, segundo Schwartz (2007).

era tomada de uma forma preventiva, tratava-se de compreender o funcionamento do meio para se promover ações preventivas de saúde.

Através do mesmo autor, localizamos a “Síndrome subjetiva comum”, assim nomeada por ele para discriminar o sofrimento psíquico das telefonistas que, segundo ele, trabalham submetidas a condições nocivas, desfavoráveis e nefastas de trabalho, associadas a um esgotamento físico-emocional. Incluem na síndrome, distúrbio do humor, do sono e diversas manifestações somáticas. Ele diz que:

(...) as telefonistas são mantidas pelo próprio ritmo de trabalho, permanecendo “com os nervos à flor da pele”, como dizem; mas quando saem, experimentam um sentimento de profundo abatimento. Sentem a “cabeça vazia”. Torna-se muito difícil, para não dizer impossível, entabular uma conversação; não suportam que alguém se atreva a dirigir-lhes a palavra. (...). (LE GUILLANT apud LIMA, 2006, p. 177, grifo nosso)

Verificamos a situação acima elucidada pelo autor, também em nosso meio de pesquisa - os CAPS -, através de alguns trabalhadores, representados pela fala seguinte de um trabalhador/psiquiatra, quando relata o desgaste no/pelo trabalho, do peso que é tolerar um dia de trabalho e que mal consegue restabelecer-se no final de uma jornada. Um trabalhador nos diz sobre o assunto de “*alguma coisa do adoecimento da subjetividade, que é uma coisa própria do registro do ser humano... mas que a gente tem uma tendência de não suportar muito bem*” (Psiquiatra 6). E completa, dialogando com a sua própria subjetividade:

(...) eu tenho uma necessidade real de **fazer exercício físico**, pra mim faz bem fazer alguma atividade aeróbica... **Quando eu fico o dia aqui no CERSAM, eu não consigo fazer isso...** Esse uso da própria subjetividade, da minha própria subjetividade pra tentar acompanhar, pra pensar, ouvir, trabalhar, pensar soluções com uma outra subjetividade, **eu sinto um desgaste tão grande** que eu sequer consigo fazer um atividade como esta à noite. Então, eu chego em casa à noite, **eu não consigo fazer mais nada**, eu percebo que **eu como mais** do que os outros dias. Minha noite... **eu durmo muito mal** quando eu como bastante... eu não tenho hábito de ver televisão, mas nesse dia **eu vejo televisão porque eu não preciso pensar tanto, tenho dificuldade de ler nesse dia, que é uma coisa que eu gosto.** (Psiquiatra 6, grifos nossos)

3.7 A atividade do psiquiatra em seu ponto de vista

Agora, o que fazem os psiquiatras dos CAPS quando trabalham? O olhar para a atividade do psiquiatra será aqui revisitado, considerando todos os aspectos do trabalho real acima analisados. Para a ergologia, a atividade humana faz-se presente dentro de um debate constante de normas, escolhas e encontro de valores, seja pelo viés do “*desconforto intelectual*”, seja pelo vaivém entre as perspectivas micro e macro que o trabalho solicita e proporciona. Ou melhor: “(...) dentro do infinitamente pequeno do trabalho, encontram-se os maiores problemas do político.” (SCHWARTZ, 2007, p. 33). O campo de análise das

atividades do psiquiatra foi desvelador de controvérsias e convergências nos processos (micros) de trabalho em equipe e que refletiram os aspectos (macros) das políticas de saúde pública, coletiva e mental.

Segundo Clot (2006), lembremos que a atividade é orientada pelo seu próprio comportamento, dirigida ao outro, direcionada pelo próprio objeto de análise, no caso, a loucura e sua subjetividade. Localizamos aqui, a atividade dirigindo-se ao outro: o outro paciente, familiar, colega de trabalho, gestores dos serviços e dos modelos, o outro história da loucura, o outro sócio-político e cultural, o outro Rede de Saúde Mental. É dentro dessa perspectiva que interrogamos o psiquiatra sobre a sua atividade de trabalho nos CAPS.

Segundo nossas observações dos mecanismos de trabalho do psiquiatra, constatamos que as atividades são, basicamente, quatro e que se desdobram em diversas outras dentro do cotidiano vivido, na medida da relação com os outros membros da equipe e com os pacientes. São elas: *a atividade de plantão, de ambulatório, de reunião e de retaguarda*. São atividades nomeadas por eles de “*atividades programadas*”, esperadas, prescritas, considerando a missão primordial do CAPS de acolhimento a pacientes em crise. Por outro lado, há outras atividades consideradas “*atividades excepcionais*”, que apresentaremos mais no final de nossas análises, seguindo uma linhagem de raciocínio que os próprios psiquiatras desvelaram-nos como variantes das atividades primeiras.

Em meio às atividades programadas e excepcionais, localizamos o lugar do psiquiatra: *Condutor, Consultor, Coadjuvante e Técnico de Referência*. São posicionamentos que ressignificam suas atividades.

Quando eu chego no CERSAM, temos a atividade do plantão, temos as atividades outras, mas se eu for falar ambulatório só, não é. A carga horária proposta é assim: **plantão, reunião e ambulatório**. É assim que a gente costuma falar, os nomes que a gente dá, mas não me parece uma boa nomeação. Na verdade, quando você está no plantão, **você está pra resolver tudo, permanência-dia, permanência-noite, ambulatório, quem tá em casa, tem essa característica de hibridismo assim...** dito, mas, a atividade de plantão, ela traz uma carga um pouco diferenciada, eu acho que o CERSAM é privilegiado nisso. **Eu percebo que tem um desgaste colocado na presença no CERSAM que é muito evidente**, em especial por essa característica. Envolve um exercício em torno da **subjetividade do próprio psiquiatra** (...). (Psiquiatra 6, grifos nossos)

As atividades de plantão são as mais comuns entre os psiquiatras. Nesse lugar é que percebemos as nuances de suas atividades, inclusive de reclamações sobre os processos e as condições de trabalho. Os psiquiatras reclamam que, por serem a menor categoria de trabalhadores e, praticamente, todos os pacientes precisarem da medicação, a regra de trabalho nos CAPS é “estar de plantão”.

As atividades seguintes são desdobramentos das primeiras anunciadas (programadas). Diurnamente e durante a semana, há um rodízio de psiquiatras com outros dois ou três trabalhadores para, juntos, desenvolverem as atividades do plantão: organização da lista de pacientes a serem buscados para a PD, acolhimento (da urgência) na porta de entrada, atendimento/evolução de pacientes que pernoveram e/ou vieram da hospitalidade noturna, além de revisitarem casos clínicos e redirecionarem aqueles pacientes que foram inscritos na PD para as atividades de oficina, por exemplo. Há outras atividades excepcionais, mas que têm se tornado rotinas nos CAPS, que recaem sobre a fragilidade da Rede Básica de Saúde, que acabam chegando nos CAPS e que apresentaremos em breve.

Porém, segundo nossas observações do movimento das equipes, o psiquiatra se dirige ou é dirigido para lugares e momentos onde a medicação de rotina e/ou extra faz-se necessária, reforçando o seu trabalho focado na hipertrofia dos R1/IGR1. A posição de se antecipar ao acolhimento não se mostrou uma rotina, uma vez que essa atividade, na maioria das vezes, é realizada pelos trabalhadores/TNS.

Analisemos a atividade do acolhimento dentro do plantão como constituinte de novos posicionamentos para o psiquiatra.

Quando o paciente chega, ele tem duas pessoas que o atendem. **O técnico não médico**, assume o caso e está na frente do caso, cuidando dele e sabendo dele. E o médico que é da área, vai assumir o caso, **entra junto**. Acho que assim, **dividir o caso mesmo!** Aí às vezes é TO, enfermagem, enfermeiro, uma assistente social e uma psicóloga que vai dividir o caso assim. Às vezes, **a gente não divide o caso pelo pouco tempo, não dá tempo da psicóloga ver**. É, às vezes acontece, nem tão frequente, mas já aconteceu de **levar o caso sozinho**. Aí até chegar um ponto do caso em que eu falo que não tô dando conta de ligar pra família e peço pra alguém ligar, etc. (Psiquiatra 26, grifos nossos)

Com esta fala, percebe-se um processo de trabalho no qual se dividem os trabalhadores em duas categorias: se há “*o técnico não médico*”, os outros seriam os médicos. Dessa forma, a base para a divisão dos trabalhadores seria pela medicina e não pelos trabalhos e pela especificidade dos trabalhadores. Em outro sentido, o psiquiatra “*entra junto*” no caso e isso anuncia, em primeira mão, o lugar de psiquiatra *Condutor* de casos, aquele que acolhe e dá a direção de tratamento sem o compartilhamento de suas decisões com outros trabalhadores – uma situação comum aos CAPS, que têm suas especificidades menos pulverizadas. Trata-se de uma situação paradoxal, uma vez que o psiquiatra, ao tomar esta atitude, pode chegar num momento em que ele não consiga sustentar esta posição sozinho, mesmo porque o caso vai exigindo dele muitos outros olhares, outras particularidades, atividades, na construção do caso, delegando-as a outros colegas de trabalho: “*Aí até chegar*

um ponto do caso em que eu falo que não tô dando conta de ligar pra família e peço pra alguém ligar, etc.” (Psiquiatra 26).

Então, em termos específicos:

(...) geralmente é avaliar do ponto de vista clínico-psiquiátrico, fazendo um diagnóstico psiquiátrico e uma conduta médica, que no caso, de modo geral, é psicofarmacológica. Mas o que é específico do médico que não é dos outros é **essa parte mesmo do diagnóstico clínico psiquiátrico, que é médico**, que não é um diagnóstico estrutural, digamos assim, é um diagnóstico médico psiquiátrico, já é mais do médico, não um diagnóstico estrutural (...). (Psiquiatra 25, grifos nossos)

Ainda dentro das atividades de plantão e quanto ao noturno e final de semana, os CAPS estudados diferenciam-se. Há aqueles que funcionam em regime de Hospitalidade Noturna⁵⁸ e aquele que funciona com a presença 24 horas de psiquiatras e enfermeiros.

Com relação à Hospitalidade noturna no CAPS, os psiquiatras trabalham no sentido de indicar e/ou reavaliar pacientes indicados por outros trabalhadores para esse noturno, além de participar das passagens de plantões verbais, por telefone e/ou via email para o SUP - uma conversa gravada, conforme dizem os psiquiatras.

O “*Plantão de Referência Médica*”⁵⁹ é uma atividade de trabalho geradora de desgaste e estresse para a maioria dos trabalhadores psiquiatras, segundo nossas investigações e entrevistas. Dizem eles que a remuneração é muito baixa para o grande volume de trabalho. Sobre a questão de pagamento, esses plantões, em sua maioria, são pagos em espécie, outros são pagos em regime de folga. Se o psiquiatra fez 12 horas de plantão, ele tem o direito de gozar de horas a mais de folga nas semanas seguintes, de acordo com a possibilidade de liberação desse trabalhador pelo gerente.

Dentro desse plantão, verificamos formas, “jeitinhos”, particulares de ressignificação das atividades, das demandas. Constatamos que o psiquiatra trabalha muito e que a situação é

⁵⁸ Na Hospitalidade noturna, à noite nos CAPS, não há acolhimento de pacientes externos, estes se dirigem espontaneamente ou são levados ao SUP pela polícia, pelo SAMU e até pelo resgate.

⁵⁹ Esse plantão é aquele que ocorre no final de semana de dois dos CAPS estudados, que fazem pareceria com a Hospitalidade Noturna. Eles são assim chamados pelo fato de não ter o psiquiatra em todos os sete CAPS que compõem a referida rede. Em termos de rotina, espera-se que, pelo menos em um dos sete CAPS, haja um psiquiatra de plantão, que responde pela urgência de seu CAPS de origem e dá suporte aos outros seis CAPS, seja por telefone, fax, via informatização - o Gestão -, ou com a presença do paciente no CAPS de “referência médica”. Na verdade, cada psiquiatra toma uma decisão particularizada. Esta situação é complicada, pois os psiquiatras trabalham em regime de plantão de urgência e, diferente de outros serviços de urgência, onde o pagamento é, praticamente, o triplo. A luta por reivindicação de melhor pagamento desse plantão existe e recai sobre a não caracterização pelo município dos CAPS como, oficialmente, serviços de urgência. Esta é uma explicação que escutamos dos próprios trabalhadores. Se olhar de perto a situação, esta reivindicação salarial mexeria com a estrutura de funcionamento desses CAPS, uma vez que se sabe, via CRM (Conselho Regional de Medicina) que, lá onde existe atendimento de urgência em portas abertas, deverá existir médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem de plantão. O assunto é polêmico, recai sobre posicionamentos concretos e político-ideológicos de modelização de acolhimento da urgência. A situação é merecedora de maior investigação, no sentido de garantir melhores condições de trabalho, inclusive salariais para os psiquiatras.

imprevisível, porém, percebe-se que o psiquiatra ocupa muito a posição de *consultoria* à distância (dentro da atividade de retaguarda) para os outros CAPS que não contam com o psiquiatra de plantão, o que lhes causa estresse, cansaço e desgaste de/no trabalho.

É o trabalho do médico referência da cidade. Que não só você atende os casos psiquiátricos que chegam no CERSAM que são sua referência, mas você faz essa abordagem do dia todo pra cinco ou seis outros CERSAM's, fora a referência de SAMU e polícia da cidade toda. Eu acho muito complicado. **A ultima notícia de plantão passado... o médico ficou assim arrebitado: “Só de SAMU que chegou na minha porta foram quinze”. Acho que a gente trabalha tenso. Que não é legal, não é possível você... complica.** (Psiquiatra 26, grifo nosso)

Os psiquiatras reclamam de excesso de trabalho e da necessidade de um outro trabalhador nesse plantão.

Então esse plantão, que agora melhorou, **colocou o técnico de referência de nível superior pra auxiliar, pelo menos pra ajudar a organizar a permanência-dia**⁶⁰, ou um administrativo na recepção... Então isso amenizou, mas ainda é pesado, pode melhorar ainda, eu acho que uma das formas de estar melhorando, é levar esse plantão lá pro SUP⁶¹, porque aí você não tem que lidar com a permanência-dia, com essa multiplicidade de doidos, né? (Psiquiatra 21, grifos nossos)

Pelo viés do trabalho real, quando há um trabalhador dividindo esse plantão com os psiquiatras, a queixa de muitos deles é que eles são colocados mais em lugares desconfortáveis, burocráticos e de resolução de problemas do que da divisão de trabalhos no geral, de equivalência nas atividades, inclusive clínicas.

Os posicionamentos são vários. Alguns dizem não haver essa necessidade, apontando diversos questionamentos, outros dizem que a situação é mais complicada para eles quando fazem plantões sozinhos. Uma situação polêmica, que carece de maior investigação, tendo em vista a disparidade de posicionamentos.

Sim, como o plantão do final de semana. Plantão de final de semana tem que ter alguém com médico, por que? **Pra ser secretário, ligar, chamar o transporte sanitário, eu sempre falei: “não precisa de técnico aqui no final de semana com o médico, precisa de administrativo. Sim, administrativo, administrativo”.** Ele tem que atender o telefone, ele tem que chamar a ambulância, ele tem que atender o paciente dele e do outro.(...)Agora o quê que pega mesmo, é atendimento... não são tantos atendimentos assim. No hospital psiquiátrico, você atende muito mais. (...) **eu tenho a mais absoluta clareza que é muito mais difícil pra mim no final de semana, que pro médico.** Difícil, porque eu não tenho o médico aqui⁶². Se o paciente tem uma crise de agitação, eu tenho que pegar esse paciente,

⁶⁰ Trata-se de uma situação desveladora de sentido de que o psiquiatra não seja um TNS, tampouco um TR, mas, segundo minha experimentação, constatei um fato raro: a existência de dois psiquiatras na construção de um caso clínico, um funcionando como TR, o outro como o psiquiatra do caso, aquele chamado de referência médica do caso para outros trabalhadores.

⁶¹ A situação mostra-se em forma de polêmica quando se expande essa escuta para os outros CAPS da mesma rede. No que diz respeito aos dois CAPS que investigamos, seis dos sete psiquiatras concordam com essa situação.

⁶² Trata-se de uma situação polêmica e que retraduz o trabalho do psiquiatra que continua acontecendo, mesmo na sua ausência física. Diz de convocação daquele psiquiatra de “*plantão de referência*” em outro CAPS para se posicionar no lugar de “*retaguarda*”.

conseguir colocar ele dentro de algum transporte e encaminhar, agora atender telefone, eu posso pedir a enfermagem. (...) Então, eu me recuso a trabalhar no final de semana, nesse lugar. (Psicóloga 4, grifos nossos)

Nesse “*plantão de referência*”, a atividade de acolhimento das demandas do SAMU entra de forma muito prevalente. Se em tempos passados, a busca ativa de pacientes em casa era feita por trabalhadores dos CAPS (em tempo de coletivos de trabalho), recentemente, o SAMU veio ocupar essa posição juntamente com a polícia e com o resgate. Por um lado, pareceu-nos um ganho para o projeto dos CAPS como um todo, por outro, diversos questionamentos surgem quanto à forma que a maioria dos trabalhadores (do SAMU) lidam com a direcionabilidade da urgência aos CAPS, tanto durante a semana, quanto no final de semana. Nessa situação, qual seria o protocolo a seguir? Levar a urgência para o CAPS de referência médica psiquiátrica mostra-se o acontecimento real. Na verdade, leva-se o paciente para o CAPS de referência territorial durante a semana até às 18 horas, quanto ao final de semana, conduz-se o paciente para o CAPS de “*referência médica*” mais próximo. Interrogamos a situação à coordenação do SAMU e a resposta que tivemos foi exatamente esta: “*a gente conduz o paciente pra onde tem referência médica de psiquiatra*”⁶³ e que não há um protocolo em mãos para balizar a situação.

Quanto ao Serviço de Urgência Psiquiátrica (SUP), há convergências e controvérsias, por se tratar de um modelo diferente do tradicional. Para reforçar nossas conversas com os entrevistados, dizem que não se acolhe demanda espontânea, mas sim aquelas levadas pelo SAMU, pela polícia e/ou pelo resgate. Também assiste aos pacientes que estão em HN nos sete CAPS, através da telemedicina e/ou com a presença física do enfermeiro ou do psiquiatra, caso haja uma necessidade e sejam demandados pelos auxiliares de enfermagem.. Esclarecendo a situação, a Hospitalidade Noturna é indicada para pacientes que já foram acolhidos pela equipe diurna. Então, compreendemos, segundo os trabalhadores e o próprio trabalho real, que os riscos sejam previstos e calculados, não desmerecendo a possibilidade do acontecimento da imprevisibilidade, segundo a versão dos auxiliares de enfermagem. Estivemos no SUP e percebemos ser um ambiente acolhedor e devidamente organizado para o acolhimento das urgências noturnas. A questão é que os posicionamentos dos psiquiatras entrevistados foram polêmicos e merecedores de investigações mais criteriosas.

⁶³ Na prática, essa falta de protocolo funciona como uma faca de dois gumes. De um lado, psiquiatriza o atendimento da urgência, conduzindo o atendimento para o CAPS de referência médica, por outro lado, o SAMU também leva o paciente para o CAPS mais próximo, que pode não ter o psiquiatra de plantão, mas sim o trabalhador/TNS. O que percebemos é que, mesmo com a orientação à distância do médico regulador do SAMU, o fato concreto acontece em tempo real com os auxiliares de enfermagem: alguns com experiência, outros não.

Entrevistamos alguns psiquiatras que trabalham ao mesmo tempo no CAPS e no SUP e estes apresentaram posicionamentos mais parcimoniosos quanto às atividades desenvolvidas. Disseram que há dificuldades no percurso e na organização do trabalho e que talvez fosse necessário um outro psiquiatra a mais de plantão para se dividir as demandas de todos os CAPS em HN. Outros trabalhadores e ex-trabalhadores apresentaram queixas variadas, porém, a questão maior reside na seguinte colocação:

É o Estado economizar às custas do risco do paciente. O quê que acontece: o paciente psiquiátrico tem problemas clínicos, tem problemas de saúde, tem que ser medicado, **medicar não dá pra ser por telefone, tem que ver o paciente**. É um risco absurdo e na minha opinião, ilegal. **Eu acho que isso é umas das coisas que causa uma demanda, a saída dos psiquiatras dos CERSAM's**. Na verdade, os psiquiatras e os profissionais de enfermagem e auxiliares de enfermagem são os profissionais **mais sobrecarregados** dos serviços de saúde mental. A gente é muito sobrecarregado, porque todo caso grave vai passar pela gente. (Psiquiatra 5, grifos nossos)

Quanto à presença 24 horas do psiquiatra em um dos CAPS estudados, o contexto abre-se para novas atividades de trabalho. Entrevistamos psiquiatras que trabalham no mesmo CAPS, no período diurno e noturno, mas também psiquiatras que só trabalham no final de semana, bem como ex-trabalhadores. Não percebemos polêmicas quanto à necessidade ou não de suas presenças no noturno, mas sim outros questionamentos que mais apontaram para problemas de limites quanto à indicação de pernoite e número de vagas, o acolhimento inadequado de pacientes intoxicados por álcool e drogas, a falta de infraestrutura para o acolhimento dos pacientes, além da questão de terem que regular as vagas dos pernoites e lidar com pacientes desconhecidos vindos de outros CAPS, inclusive de outros municípios. Vejamos alguns pontos de vista:

(...) eu acho que a linha da condução da noite é muito mais na intercorrência do que do projeto, do caso em si, acaba que o plantão noturno, **ele fica muito mais com um plantão de sobreaviso, pra dar... dar uma continuidade numa conduta que foi alinhada ao longo do dia e de intervir em intercorrências... O plantão noturno, ele funciona muito próximo do plantão de final de semana, que é um plantão muito mais transversal, acaba fazendo cortes mais pontuais do que esta condução que é construída durante a semana**. (Psiquiatra 6, grifo nosso)

Quanto ao final de semana, diurno e noturno, a situação apresentada remonta um estilo de trabalho que acontece numa parceria psiquiatra-enfermeiro-auxiliares de enfermagem, sem a presença de trabalhadores psicólogos, terapeutas ocupacionais, enfermeiros e assistentes sociais. Nesse contexto, as falas todas apontaram para uma desarticulação do trabalho do final de semana com os outros dias. Como se houvesse dois serviços acontecendo no mesmo local.

A linha, **como eu trabalho no domingo, então a linha é só urgência, eu não acompanho o paciente**. Então, uma coisa... o sábado e o domingo, ele é diferente do processo que acontece

durante a semana.. (...) **a gente só atende a urgência**, o processo é diferente, chegou, **ele é acolhido, a enfermeira acolhe e depois de acolhido, aí eu venho e começo atender**, eu trato a urgência dele, porque tem um médico por detrás que tem que dá o respaldo pra ele. (Psiquiatra 28, grifos nossos)

A partir da fala: “(...) *depois de acolhido, aí eu venho e começo atender*”, reenvia-nos ao entendimento de que o tratamento só começa com a entrada do psiquiatra no atendimento. Fato que nos (re)aponta para uma posição médico-centrada nessa formatação de trabalho acima descrita. A fala acima reconfirma-nos, pelo viés da atividade, uma postura do psiquiatra trabalhando em regime de *consultoria*, ou seja, hipertrofiando o ingrediente 1 (IGR1) em detrimento de outros ingredientes presentes/disponíveis na/para a atividade.

O *ambulatório* é outra atividade dentre as atividades programadas acima. Daí, (re)estendemos nossas reflexões para todos os CAPS estudados. Dentro deles, os psiquiatras têm agendas de pacientes estabilizados, que acontecem de dois, ou de três em três meses. Mas também, tem o chamado “ambulatório de crise”.

E, temos outra atividade, uma terceira atividade **que seria atividade ambulatorial por excelência**, que é aquele paciente que embora esteja com um quadro clínico grave, uma certa dificuldade para o acompanhamento ambulatorial no Centro de Saúde, que é aquele ambulatorial de mês em mês, de dois em dois meses. Então, **ele pode vir uma, duas vezes por semana pra uma consulta, um acompanhamento ambulatorial mais amíúde⁶⁴**, que ele não teria numa Unidade Básica de Saúde, então seria o que a gente chamaria aqui, nós damos esse nome de **ambulatório crise**, né? Seria o paciente nessas condições. (Psiquiatra 25, grifos nossos)

Nessas atividades ambulatoriais, percebemos que os psiquiatras funcionam, prevalentemente, como *Condutores* de casos (clínicos).

Existe também, uma terceira atividade: a de *reuniões* semanais de trabalho dentro dos CAPS, chamadas pelos psiquiatras de reuniões administrativas e clínicas. Ainda sobre a atividade de reunião: “(...) *e a gente tem também reunião das microáreas nossa com o pessoal da rede básica*” (Psiquiatra 20). Trata-se de uma atividade que visa o diálogo entre os trabalhadores dos CAPS e da Rede Básica de Saúde Mental e que não se aplica a todos os CAPS estudados. Para que tais reuniões (dentro ou fora dos CAPS) aconteçam, novamente, os psiquiatras falam sobre plantão. Há um rodízio de uma dupla de trabalhadores destinados ao plantão para que as reuniões aconteçam. Nessas reuniões, ao escutarmos os psiquiatras pronunciarem-se, ficou-nos mais evidente localizá-los nas posições de *Consultores* e *Condutores* do que de *Coadjuvantes* e *Técnicos de Referência*.

⁶⁴ Essa é a explicação da razão de existência desse tipo de ambulatório nos CAPS, também nomeado de “ambulatório de crise”, mesmo que os trabalhadores apresentem explicações plausíveis ou não, a concretude dos fatos é que esta situação tem se tornado uma rotina e os CAPS tem se tornado um grande ambulatório (de crise) na versão de muitos trabalhadores e compreensão do trabalho real.

Quanto à atividade de *retaguarda*, esta perpassa vários momentos do trabalho real do psiquiatra no CAPS, desde a atividade de plantão, até as de ambulatório e de reunião.

Sim é diferente, porque não vou gerenciar nem transporte de paciente, nem saída, nem chegada, nem quem é que vai almoçar, quem é que não. **Eu sou solicitada** pelo plantão pra responder a **uma questão psiquiátrica médica pontual daquele horário**. (Psiquiatra 26, grifo nosso)

Através desta explicação, compreendemos ser essa atividade de “*retaguarda*” muito presente dentro dos CAPS, primeiro, pelo número menor de psiquiatras em relação a todos os outros trabalhadores, o que nos reconfirma a prevalência do lugar de *consultoria* do psiquiatra no trabalho real para os outros trabalhadores.

Em atividade de *retaguarda*, a percebemos como uma situação possível de gestão das variabilidades desse meio de trabalho, do (re)fazimento do “uso de si” por si mesmo e do “uso de si” requisitado pelo outro na atividade em tempo real de trabalho, de estar na expectativa de, de estar pronto para, ou seja, como se o psiquiatra tivesse que estabelecer uma ampliação do seu olhar para todas as atividades do CAPS.

O trabalhador seguinte apresenta-nos outra compreensão da atividade de *retaguarda*, ampliando o espaço-tempo de trabalho para o psiquiatra como *coadjuvante* no processo de trabalho, inclusive como referência na condução clínica do caso. Seguindo o raciocínio desse trabalhador, localizamos um endereçamento do psiquiatra, também, no lugar de *Técnico de Referência*, segundo as argumentações abaixo.

Retaguarda significa: alguém fez o acolhimento, é o técnico de referência e o psiquiatra vai fazer um segundo atendimento só para olhar a parte farmacológica. **Ficava nesse lugar de coadjuvante ou não.** Deve ser assim ou deve ser assado? Isso foi um dos pontos de disputa e que teve muita discussão em torno disso. Uns falavam: “não, a gente tem que ter um momento em que você é psiquiatra de retaguarda, ou seja, tem um psicólogo no acolhimento, **ele acolhe o paciente, ele vai ser a referência e o psiquiatra fica só como coadjuvante**”. E outros momentos: “não, o psiquiatra tem que fazer o acolhimento, e ele mesmo, tem que ser o psiquiatra, ele vai ser a referência, ele é a referência, ele que está conduzindo o caso. **Ele que está fazendo a condução clínica e tudo mais**”. (Psiquiatra 31, grifos nossos)

A partir da posição sobre atividade de *retaguarda*, o mesmo trabalhador vem nos dizer que desenvolvia a atividade de ser “Técnico de Referência” em seu trabalho, mas que havia um movimento contrário a essa situação (que, segundo nossas investigações entre o prescrito e o real, consideramos ser um lugar instituinte da novidade de trabalho do psiquiatra no CAPS).

Isso. Eu lembro bem do andamento dessa história. **Era um técnico de referência total. Inclusive tinha aqueles pacientes que eu sou o técnico de referência e tinha aqueles**

outros pacientes de quem eu sou o psiquiatra⁶⁵. E aí começou-se a discutir: “olha já que os psiquiatras estão medicando muita gente, que não sejam técnico de referência”. Isso foi uma discussão: “Que eles não fiquem nesse lugar de técnico de referência”. E outros achavam: “não, o que é isso, não podemos abrir mão desse lugar”. Uns queriam abrir mão, outros não queriam abrir mão. **O psiquiatra vai fazer o acolhimento sozinho ou ele vai ser sempre o psiquiatra de retaguarda? Isso foi um dos pontos de briga e de desentendimento.** (Psiquiatra 31, grifos nossos)

Por outro lado, há as atividades chamadas de *excepcionais* que, segundo alguns trabalhadores, são atividades que se misturam no bojo de outras e que fazem parte do sistema de trabalho do CAPS. Ao investigarmos o trabalho real, desvelamos diversas atividades pouco verbalizadas em nossas entrevistas, mas percebidas no dia-a-dia.

Fora disso tem **as excepcionais**, no que a gente chama de assistência; **que seriam aqueles atendimentos domiciliares**, que não é frequente, mas eventualmente ocorre, paciente que não tem condição de vir ao serviço, ou que tá com alguma resistência e a gente acha melhor ir, tentar ir junto com ele pra enfermagem, abordá-lo dentro da residência pra removê-lo a andar, a vir à unidade, aquela coisa toda; então, isso é uma exceção, não é regra. (Psiquiatra 25, grifos nossos)

Referimos também, por exemplo, ao preenchimento da “Autorização de Procedimento de Alta Complexidade” (APAC)⁶⁶, à repetição de receitas/prescrições medicamentosas na ausência do colega de trabalho por motivos variados como férias e/ou “desorganização” de processos de trabalhos de outros psiquiatras, mas também pela perda de consultas agendadas nos CAPS, bem como a falta desses profissionais na rede básica. O psiquiatra tem a responsabilidade do preenchimento de questionários de pedido de medicação atípica frente à Secretaria Estadual de Saúde. Essa é uma atividade que toma muito tempo do trabalhador e é feita em espaço de tempo reservado ou em sobreposição às diversas atividades acima apresentadas, além da elaboração de laudos periciais. Também é uma atividade comum dentro do trabalho dos CAPS, mas pouco verbalizada pelos psiquiatras. Sem contar que o psiquiatra trabalha escrevendo/notificando suas intervenções em prontuários manuais e/ou eletrônicos grande parte de seu tempo de trabalho.

Elas são pré-estabelecidas de uma certa forma. As APAC's, por exemplo, chega um certo dia, você está no plantão atendendo, **vem um administrativo e te entrega 30 APAC's que você tem que fazer pra hoje**, porque eles têm que mandar pra prefeitura, senão o serviço não recebe. Então, você tem que parar o que você estiver fazendo pra fazer aquilo tudo, né? Então,

⁶⁵ Aqui, ficou-nos claro que o psiquiatra, com uma certa raridade, desenvolve o trabalho de ser TR. Em não sendo TR, ele é o psiquiatra do caso, posição que alguns chamam de “referência psiquiátrica”, o que nos aponta na mesma direção de investigação de que quando ele é o psiquiatra para o TR, seu posicionamento flutua entre ser *Consultor e Coadjuvante* (mesmo estando na retaguarda), já que na posição de condutor, ele trabalha sozinho na direção do caso clínico. Essa situação é de grande frequência nos CAPS e ilustra, de forma concisa, o trabalho real do psiquiatra.

⁶⁶ A APAC é um documento de financiamento pelo Ministério dos procedimentos realizados no CAPS: tratamento não intensivo (o ambulatório), semi-intensivo (a permanência-dia I ou II turnos) e o intensivo (a permanência 24 horas do paciente no CAPS). Para cada procedimento desse, há um custo para o ministério de saúde. Sugere-se a leitura da Portaria SAS nº 189, de 20 de março de 2002 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

tem umas coisas que atropelam um pouco a clínica assim. **Aqui dentro, a gente num tem essa coisa, isso é impossível no CAPS eu acho, eu acho que isso é uma coisa que dá riqueza no CAPS**, num tem isso, nesse horário eu vou fazer essa coisa, em tal horário e, em tal horário, eu vou fazer a outra coisa. Você pode até ter isso teoricamente, mas elas se entrelaçam o tempo todo... na prática é diferente. (Psiquiatra 7, grifos nossos)

Outras atividades (excepcionais) são aquelas de oficinas internas e externas ao CAPS, as visitas domiciliares que, quando acontecem, sobrepõem-se às outras. O que se escuta nos corredores dos CAPS é que a hora do psiquiatra é muito cara para realizar atividades de oficinas, a visita domiciliar é desejável, mas tem permanecido na prescrição.

Então eu tenho o horário de quatro horas que eu posso organizar os pacientes de ambulatório e dentro desse horário **se tiver mais tranquilo**, se os pacientes já foram atendidos, eu posso exercer **alguma atividade de oficina**. Então, eu tenho essa liberdade de sentar, guardar o tempo dos pacientes, ou pra jogar peteca ou alguma coisa, eu posso ter esse tempo dentro desse horário de ambulatório. (Psiquiatra 26, grifos nossos)

E, eu, particularmente, não tenho tido oportunidade de fazer, desenvolver uma oficina, tinha o interesse de fazer uma oficina de vídeo com os pacientes e tudo, em razão do volume de atendimentos. Infelizmente, todo tempo que nós permanecemos aqui no CERSAM, né... todo o tempo de trabalho nosso aqui, ele é consumido no atendimento aos pacientes, não nos restando muito tempo para outras atividades, então fica muito... (Psiquiatra 22, grifo nosso)

Em outro sentido, resgatamos algumas atividades dos psiquiatras no campo do “real da atividade” (CLOT, 2006). São situações que desvelam uma faceta de enigma da atividade.

Eu gostaria que aqui houvesse mais **recurso na equipe**, que houvesse **mais colegas psiquiatras pra trabalhar .. que fosse revista** essa forma de... de... que alguma coisa fosse pensada no CERSAM **que se estabelecesse** uma nova relação da **gerência** para com os funcionários, **que houvesse** um pouco mais de **serenidade** por parte tanto do gerente, quanto da coordenação, **que eles colocassem a mão na consciência**... né, e **tivesse um pouco mais de consideração com o trabalhador aqui**, porque a gente tem se esforçado, tem lutado pra fazer, tem dado o melhor... de nós, a gente tem dado o sangue por esse serviço... **e a gente espera um pouco de consideração por isso...** a gente vai ficando **desiludido, desesperançoso**. (Psiquiatra 22, grifos nossos)

Olha, se eu fosse um psiquiatra hoje que estivesse começando no CAPS, eu ia querer pedir pra minha gerente pra circular em outras coisas que acontecem lá pra além do atendimento dentro de um consultório, **se eu não achasse nada diferente, eu iria dizer... “isso não é um CAPS”**. **Eu queria fazer visitas domiciliares**, mas não pra pegar pacientes pra dar haldol com fenergan, mas pra ver a realidade social deles, **eu gostaria de conversar um pouco com as pessoas**, com os familiares, eu queria participar de reuniões de familiares na comunidade, **eu queria fazer bolo...** e café e sentar com os familiares num sábado, **eu queria receber pra isso. Isso é utopia? Num sei, mas seria a direção da utopia. Se isso é uma utopia, então, a reforma inteira é uma utopia, porque é isso que ela quer!** (Psiquiatra 12, grifos nossos)

3.7.1 O pedido de avaliação psiquiátrica

O pedido de avaliação psiquiátrica trata-se de uma atividade extremamente comum nos CAPS. Do que se trata esse pedido? O que está embutido detrás desse pedido? Seria um pedido de ajuda, de avaliação ou de delegação de funções aos psiquiatras? Essas são

interrogações que escutam tanto dos psiquiatras da experimentação, quanto daqueles ex-trabalhadores dos CAPS.

Trata-se de um pedido comum que vem de dentro do CAPS, dos trabalhadores (em geral), mas também de fora deles, de outras instituições. Constatamos que - praticamente, depois do acolhimento realizado por outros trabalhadores - os psiquiatras são chamados ao trabalho em forma de pedido de avaliação (psiquiátrica).

Porque eles têm que medicar, eles têm que ser técnicos de referência, eles tem que fazer o acolhimento. Todo paciente que chega no CERSAM tem que passar por uma avaliação psiquiátrica, ele tem que evoluir todos os pacientes dele que estão sendo medicados. Então, isso vai dificultar muito os psiquiatras a fazerem uma atividade coletiva. Mesmo sabendo que vai ser muito difícil para os psiquiatras fazerem uma atividade coletiva, mesmo assim não se fazia nada para mudar isso. (Psiquiatra 31, grifo nosso)

Segundo nosso entendimento do trabalho real, a maioria dos pacientes nos CAPS toma medicamentos e isso nos fez retornar ao pedido de avaliação dirigido ao psiquiatra e como este responde a ele. Ao se pedir uma avaliação psiquiátrica, não significa, exatamente, que o paciente tenha que (re)iniciar o uso de alguma medicação química. O que está em jogo é a forma como o psiquiatra tem respondido ao que lhe é demandado. Segundo o entrevistado abaixo, os psiquiatras respondem à demanda, na maioria das vezes, no lugar da medicação, gerando, assim, “*quimismo*” e, conseqüentemente, uma “*LER*” (Lesão por Esforço repetitivo).

Na tentativa de classificar e de não achar um fator etiológico, a gente vê assim... **quimismos** pervertidos... A demanda pela Psiquiatria, na minha experiência, seria esse apaziguamento pela via química... **quimismo**, essa naturalização do que vê... quem que detém o saber natural sobre a doença, uma forma de serenar aquilo que seria uma manifestação patológica? É o psiquiatra! Eu vejo assim dois problemas: poucos psiquiatras, a demanda é muito grande pelo médico psiquiatra... e os psiquiatras são de carne e osso também, ele vai adoecer de fato, vai ter **LER**, não vai querer conversar, nem ouvir mais ninguém, pode acontecer! (Psicólogo 9, grifos nossos)

Por outro lado, percebe-se que há uma expectativa (um imaginário) da maioria dos outros trabalhadores com relação ao trabalho do psiquiatra. A fala seguinte apresenta uma indignação de um psiquiatra, ampliada à maioria dos entrevistados, que nos ajuda a compreender a reflexão acima:

Interessante (...) o psiquiatra é a única categoria profissional que, de certa forma, vai ter aquela diferenciação no CERSAM com relação... **tem o atendimento do técnico e depois o atendimento psiquiátrico. O quê que é isso, sabe?** Claro que tem a questão da medicação que é preconizada pelo psiquiatra mesmo, mas será que é só isso mesmo? Eu sei que não é! Que é muito comum, pelo menos aqui, às vezes nisso, está implícito e mesmo que não está explícito no discurso: “**resolve pra mim o quê que tem pra fazer, só você pode resolver esse caso. Qual que é o diagnóstico? A medicação! Socorro!** Tem um tanto de coisa que pode tá implícito nisso assim... que pode tá implícito nessa coisa assim... na avaliação psiquiátrica, **eu odeio quando escreve, eu fico extremamente irritado quando tem escrito assim: “conduta: avaliação psiquiátrica”.** (Psiquiatra 15, grifos nossos)

Segundo essa fala, na prática, o que se espera desse pedido, na grande maioria das vezes, é que o psiquiatra prescreva uma medicação e não que ele opine, coloque seu ponto de vista sobre o acolhimento realizado, tensione a demanda do pedido, que ele contradiga, contraponha ao estabelecido. O contexto em análise remete-nos ao processo de formação dos trabalhadores (TNS), quanto ao DD3P (SCHWARTZ, 2007). A forma com a qual eles entram na experimentação com os psiquiatras, ora os reforça no lugar da medicalização dos CAPS, ora desvela possibilidades instituintes de advento da novidade de trabalho.

Por outro lado, como o psiquiatra tem respondido a esse pedido? Ele responde a esta demanda, na maioria das vezes, sem problematizá-la, permanecendo num lugar de conforto, *a priori*, em termos específicos de suas atividades, (re)apontando diagnósticos e propondo medicamentos. A mesma solicitação é desveladora daqueles lugares já elucidados por nós: de *Consultor*, *Coadjuvante*, mas raramente, de *Técnico de Referência*. Poucas foram as vezes que presenciamos o psiquiatra questionar esse pedido de forma a promover debates de normas. A situação aponta-nos para o entendimento de que, ao se fazer esse pedido, muitos trabalhadores estejam delegando funções a ele, para que atue como médico somente em termos clássicos: aquele que dá o socorro, que faz o diagnóstico, que direciona as condutas e que medica os pacientes.

Também, por outro lado, a resposta ao pedido de avaliação pelo psiquiatra pode ser outra, mediante um debate de normas, ali mesmo em tempo real de trabalho. O seguinte trabalhador, através de uma experiência em outro serviço que não o seu de origem, vem nos dizer de uma forma de lidar com a medicação, decorrente de um pedido de avaliação vindo, segundo ele, de profissionais mais experientes, mais identificados com os aspectos político-ideológicos da Reforma Psiquiátrica do que com o trabalho prático possível.

(...) um colega demandando uma reavaliação de um paciente: “eu queria que você atendesse ele, que você medicasse ele, **é só pra medicar...** aqui, mas **é só pra medicar!**” **Como é que você só medica uma pessoa assim? Quando eu vou abordar uma pessoa, é impossível eu chegar e apenas aplicar o meu saber médico ali. Na minha opinião, eu vou tá objetalizando aquela pessoa, eu não acho isso viável.** Então, muitos colegas vinham com esse tipo de demanda e, ao mesmo tempo, dentro de um serviço substitutivo, colegas que tavam, digamos assim, inseridas numa **clínica da reforma**, numa clínica multiprofissional, multidisciplinar e vinham, às vezes, com essa coisa assim... “é só medicar”. Eu acho... **“olha, vamos dividir a transferência, o mínimo possível, a transferência desse caso”**. (Psiquiatra 14, grifos nossos)

Ao polemizar a demanda de avaliação, ele se coloca em debate com outros ingredientes da competência, além do IGR1 e do R1, permitindo-se dialogar com outras facetas de suas atividades de trabalho. Esse fato revela-nos uma forma de colocação do psiquiatra no lugar de consultor/medicador, de acordo com nossas hipóteses de pesquisa, não

por ele mesmo, mas por outros trabalhadores, o que nos desvelou uma situação muito comum nos CAPS, em especial vinda de trabalhadores menos experientes.

Portanto, o pedido de avaliação psiquiátrica mostra-se um campo desvelador de posições diferenciadas para todos os trabalhadores. Um espaço de interrogação do fazer prático, no qual a atividade pode ser recolocada em evidência, via debate de normas e revisitamento, não somente aos R1/IGR1, mas ao R2, do “efeito urdidura” e dos outros cinco ingredientes de uma competência de trabalho, inclusive, o sexto (IGR6): aquele que retraduz o trabalho em equipe.

3.7.2 A lida com a medicação

A lida com a medicação⁶⁷ é uma atividade de todos os trabalhadores dos CAPS e não somente dos psiquiatras, tendo em vista que, praticamente, todos os pacientes dos CAPS utilizam medicamentos em algum momento de seus tratamentos, segundo nosso processo de compreensão do trabalho real.

Ah, 95% das vezes, eles recorrem ao psiquiatra porque, normalmente, um paciente pra chegar no CERSAM, ele tá, que é um caso mais grave, não é ação básica, ou ele está em uso de alguma medicação, ou ele vai precisar, ou ele se intoxicou com alguma medicação de terceiros. Então, com certeza. (Psiquiatra 4, grifo nosso)

A primeira pergunta que nos vem é a seguinte: como os psiquiatras e os outros trabalhadores lidam com a medicação? Segundo nossas investigações, o que se ouve é que a medicação seja utilizada para fazer falar, para possibilitar ao sujeito pronunciar-se e isso vai depender da forma com a qual os trabalhadores lidam com a medicação.

Porém, em meio a todo o cenário do trabalho real, o que se verifica é que os trabalhadores dispõem de pouco tempo para promoverem dispositivos de subjetivação, ou seja, trocar idéias, mediar a conversa entre um paciente e outro. Em outras palavras, acaba que o medicamento entra no tamponamento de sintomas, tendo em vista a realidade de que, em média, passam cerca de 40 pacientes em permanência-dia. Nos CAPS “(...) *medica-se diagnósticos e não sujeitos*” (Psicóloga 2). Encontra-se aí, um grande reducionismo daquilo que se pretende inovar com a clínica em Saúde Mental: o recolocar palavras lá onde a crise intercepta o dizer. Tal situação requer que a medicação seja utilizada com certa parcimônia:

⁶⁷ Em ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL (2006), há a seguinte direção prescrita: “(...) ainda que um episódio de agitação intensa torne necessário medicar extraordinariamente o paciente, a medicação deve sempre ser precedida, acompanhada e seguida pela conversa e pela argumentação” (p. 62) - fato este, pouco observado pelo coletivo de trabalhadores dos CAPS.

Entendeu assim, fazendo um certo pouco, mais ou menos assim, medicar é fácil, difícil é incluir. Não é verdade. **Medicar bem para incluir é super difícil, medicar no ponto pra não sedar**, pro cara conseguir passear na cidade, conseguir um antipsicótico que o paciente possa transitar pra saber o que tá acontecendo, aderir ao tratamento para fazer algumas atividades de reabilitação, isso é super difícil, esse ponto. (Psiquiatra 12, grifo nosso).

Esse é o contexto em que a medicação se insere nos CAPS. Quer dizer, aquela idéia de medicar para fazer o paciente falar, acaba recaindo no romantismo e na idealização, no plano das idéias, porém, uma trabalhadora insistiu em nos redizer de duas possibilidades de trabalho com a medicação:

Só que eu acho que existe a possibilidade de uma medicação, que ela conclua um tratamento, que ela seja o tratamento, e existe a possibilidade de uso da medicação que seja pra se abrir a outras possibilidades, que aquele paciente tenha condições de ter outros tipos de abordagem. E eu acredito que o que a gente tenta fazer aqui no Cersam que os psiquiatras aqui compartilham, que eu convivo com eles, o que eu consigo ouvir da convivência do trabalho em comum, na direção que a medicação não cale o sujeito, **mas que permita que o sujeito possa falar, de formas diversas**. (Terapeuta Ocupacional 4, grifos nossos)

As falas acima remetem-nos ao campo do medicar com criatividade e isso requer tempo, como dizem muitos psiquiatras. Mesmo em determinados CAPS, onde se ouve que a medicação é a última coisa a fazer e que se medica pacientes somente com o consentimento dos mesmos, constatamos situações muito diversas. Nós encontramos muitos pacientes, em especial aqueles mais graves, que requerem maior tempo de atenção, mais sedados e contidos⁶⁸ no leito do que pelos CAPS circulando.

Quanto ao psiquiatra nesse contexto, seu lugar (re)surge imperativo, ao se falar de medicamentos. O tempo todo em que estivemos próximos a eles, na maioria das vezes, eram chamados para fazer alguma intervenção medicamentosa.

Seja para medicar pacientes novos, para remediar outros, seja para refazer a prescrição de pacientes. Poucas vezes, o psiquiatra era chamado a fazer uma discussão em termos mais abrangentes sobre a construção do “caso clínico”. A fala abaixo é desveladora de contradições nos CAPS, de um certo aprisionamento do psiquiatra em seu próprio poder de medicar:

Eu acho que o antimanicomial, naturalmente, a gente esperaria que o psiquiatra pudesse ser convidado pra fazer outras coisas. Só que, a ele é reservado o poder de medicar e, ao mesmo tempo, a escravidão de só medicar... é um poder, mas é também uma escravidão porque, na verdade, **é um poder que cansa, é repetitivo... estrangula as possibilidades criativas da gente**. (Psiquiatra 12, grifos nossos)

⁶⁸ Segundo a ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL (2006): “Da mesma forma, a contenção física e outras medidas de imposição utilizadas rotineiramente, sem esgotar outros recursos possíveis, é um sinal seguro de que o trabalho vai mal. Para que o uso da força não se imponha, é preciso criar um clima acolhedor e ativo no serviço” (p. 62).

As falas seguintes descortinam algumas formas pelas quais as demandas de e pela medicação chegam ao psiquiatra. Cabe a ele apresentar saídas, concordando ou não, interrogando possíveis regras pelo caminho de renormalizá-la.

Talvez a equipe transfira pra ele e ele aceite, outras coisas que não são tão específicas assim... né? Então, por exemplo, se o psiquiatra, além de medicar... por um raciocínio que eu acho correto, repetindo: **o técnico de referência, ele formula ele próprio o diagnóstico, constrói a história, partilha esse diagnóstico: “a gente concorda ou não”**. Às vezes, não: “perai, mas enfim, não é da minha responsabilidade”. Ele é, na medida em que você também investe na construção dele: “não venha passar pra mim, que conheço de psicopatologia, **a obrigação de diagnosticar**, você tem que conhecer”. Então, eu acho... agora, medicar já num tem jeito, medicar num tem jeito... (Psiquiatra 16, grifos nossos)

Na concepção da reforma, o trabalhador faz um pouco e tudo, com exceção da medicação. **Então, será que esta exceção é a regra? Essa é que é minha pergunta**. Se a única coisa que o psiquiatra faz que os outros trabalhadores não fazem é medicar, isso não me parece sinônimo de que o psiquiatra só possa medicar! Isso é um pedaço do que só ele pode fazer, mas ele não pode, não precisa de fazer só isso. **Só ele pode fazer isso, mas ele não precisa fazer só isso. Essa é que é a frase**. (Psiquiatra 12, grifos nossos)

Figuremos essa situação como emblemática da realidade nos CAPS com relação à medicação: “*Só ele pode fazer isso, mas ele não precisa fazer só isso*”, porém, sabemos que o ato de: “Tomar remédio nunca é um ato isento da participação do sujeito que, por sua vez, nunca se revela de modo transparente e unívoco ao médico” (FIGUEIREDO, 2004, p. 88). A frase é convidativa para que a relação com o remédio se faça no coletivo dos trabalhadores, não somente com o psiquiatra.

Se por um lado, há psiquiatras que pensam ser os medicamentos coadjuvantes, outros pensam de outra forma. Vejamos dois pontos de vista, que ampliam a investigação acerca do “perfil” do psiquiatra para os CAPS.

(...) psiquiatra pra trabalhar em CAPS tem que saber medicar, sabe... não é ficar dando gotinha, gotinha homeopática não. Por que? Primeiro que você... não dispõe de um tempo largo, você não pode deixar o paciente ficar lá dois, três meses, quatro meses. **O seu objetivo é melhorar o paciente, o mais rápido possível pra ele sair da permanência-dia e retomar a vida**. Eu sempre raciocinei assim! E, como é um serviço aberto... que tem esse risco de fugir sabe... eu tinha que, quimicamente, é... assim... ajudar, sei lá... ajudar com que ele ficasse mais calmo, entende? Com menos possibilidade de fuga! **Então, geralmente, a gente medicava mais... sabe... medica-se no CAPS mais do que no hospital psiquiátrico**. (Psiquiatra 2, grifos nossos)

Em contrapartida:

Agora, o medicamento é a etapa, vamos dizer, a última etapa, qual medicamento você vai dar, é a última etapa de todo um raciocínio diagnóstico... de reflexão, de construção da posição de sujeito. Depois que você faz tudo isso, aí você vê... bom, o medicamento é esse, eu posso esperar muito ou pouco do medicamento? **Então, esse dimensionar o alcance que a medicação vai ter, também é muito importante nesse processo, que eu acho que é uma coisa que os psiquiatras de hoje em dia lidam mal**. E é ruim pra eles por causa disso: “você tenta com um, num deu, com outro, num dá, até você, de repente, estar batendo no paciente pra ver se dá”. (Psiquiatra 16, grifos nossos)

Por outro lado, a fala abaixo é parceira de nossa hipótese de pesquisa de que há uma falha considerável na formação dos trabalhadores e na distribuição de tarefas como um todo no trato com a loucura (em crise) e fora da hospitalização psiquiátrica.

Sim, agora, veja bem, é muito diferente você medicar, como eu já fiz, eu já trabalhei com técnicos de referência que, de fato, sustentavam um caso e com outros que empurravam, né? **Você medicar um paciente bem acompanhado, dá muito pouco trabalho, toma muito pouco tempo, é um trabalho gostoso. E gera tempo pra você pensar outras coisas...** (Psiquiatra 16, grifo nosso)

As falas seguintes elaboram o sentido da criação do “psiquiatra de porta fechada” e medicador. Inclusive, dentro desse mesmo contexto, ouvimos que nos CAPS existem psiquiatras mais resolutivos do que outros. Contraditoriamente, segundo nossas investigações, esses “psiquiatras resolutivos” (para algumas equipes de trabalho) são aqueles que mais se encontram dentro dos consultórios. Tal situação deve-se ao psiquiatra e à equipe que sustenta essa posição.

(...) então, são duas coisas, são dois lados... o lado do psiquiatra e o lado da equipe. Quer dizer, se o psiquiatra não dá conta de fazer essa operação sozinho, a equipe precisa convidá-lo, entendeu? Agora, se nem a equipe convida e ele não sabe o que fazer, o que vai acontecer é que, naturalmente, **ele vai ocupar aquele lugar de um psiquiatra de porta fechada** e que vai abrir a porta e dizer assim... “próximo, próximo...”. (Psiquiatra 12, grifo nosso)

Como o assunto é lidar com a medicação, escutamos várias conversações que apresentaram críticas no sentido de que os psiquiatras dos CAPS estejam atentos para não caírem no engodo de diagnosticar pacientes por categorização de sintomas e “*que as pessoas não fiquem tão vendidas pra indústria farmacêutica, como se os atípicos⁶⁹ fossem resolver todos os problemas... né? Escutar o paciente, a família, o vizinho...*” (Psiquiatra 13).

3.7.3 A versão de outros trabalhadores e pacientes da atividade do psiquiatra

Retomamos, então, o trabalho do psiquiatra, mas, porém, na perspectiva do outro/trabalhador e do paciente, inseridos no cotidiano dos CAPS, pois consideramos um reducionismo em nossas análises, ouvirmos somente os psiquiatras em seus pontos de vista acerca de suas próprias atividades de trabalho.

⁶⁹ Segundo os trabalhadores, são medicamentos mais modernos, portanto, com menos efeitos colaterais, que atuam em outros receptores cerebrais, diferente dos medicamentos (neurolépticos) mais comuns. Assim, são usados, mediante uma indicação de refratariedade e/ou sensibilidade dos pacientes aos medicamentos tradicionais, pelos menos em tese. Em termos práticos, percebe-se um uso mais ampliado de tais medicamentos na clínica do dia-a-dia dos CAPS.

Com relação aos trabalhadores, inserimos nossas análises entre a objetividade-subjetividade de suas opiniões, relativizadas às situações de trabalho. Trata-se de um momento instituinte de sentido em nossa pesquisa, ou seja, aquilo que diz respeito à forma como os trabalhadores, ao lidarem com suas especificidades, localizaram o fazer do psiquiatra em suas rotinas e relações (ergológicas) de trabalho.

Inauguramos nossas análises, considerando a fala de uma ex-trabalhadora, que nos apontou um caminho de investigação no sentido de desvelar uma situação comum nos CAPS de tendências separatistas (nos processos de trabalho) entre o psiquiatra e os outros trabalhadores. Estes recebem, primeiro, a denominação de “não médicos”, em seguida de TNS e de *Técnicos de Referência (TR)*; e os psiquiatras são chamados de médicos, não TNS e, raras vezes, de TR.

Mas, de qualquer forma, eu acho que o mais importante é que, não digo que isso é o ideal, que isso funcione 100% em todos os casos, em todo o momento daqueles casos, mas eu acho que a gente trabalha aqui tentando que, **tanto o profissional não médico quanto o médico, seja referência do caso, a gente tenta dividir isso, não ficar só o médico, entra pra medicar, e o técnico de referência que define todos os outros andamentos do caso.** (Terapeuta Ocupacional 4, grifo nosso)

Dessa forma, para os psiquiatras, a situação mostra-se mais evidente. Eles recebem a denominação de médicos dos CAPS, antes de qualquer outra adjetivação que (re)apresentamos.

Olha, eu acho que, na maioria das vezes, você tem digamos, é uma palavra que eu vou usar, mas você tem uma certa convivência, cumplicidade, de cada um ficar no seu canto. Então tá... **“eu sou Técnico de Referência e você é psiquiatra... mas, na verdade, eu só pego essa parte, que eu estou chamando de administrativa, e quem diagnostica, quem delinea o tratamento e que medica é o psiquiatra, né?”**. Como se as partes entrassem num acordo, digamos, conveniente aos interesses dela, porque aí, o psiquiatra, não precisa se responsabilizar tanto pelo caso e o **psiquiatra pode manter a sua pose**, vamos dizer assim. **Agora, eu não acho que isso atenda à lógica do serviço substitutivo, né?** (Psiquiatra 16, grifos nossos)

Em termos práticos, ao falarem sobre a atividade do psiquiatra, os trabalhadores mais apresentaram lugares onde os psiquiatras se posicionam, do que as atividades em si, assim como as opiniões dos pacientes. Nesse sentido, encontramos uma diversidade de posicionamentos quanto à pulverização ou não de suas especificidades no coletivo dos trabalhadores. Entre a garantia da especificidade e a entrada na clínica do referenciamento de casos é que eles posicionaram-se acerca do fazer do psiquiatra, hipertrofiando alguns ingredientes e/ou hipotrofiando outros, mas a dimensão protocolar foi prevalente e o IGR 6 muito pouco visitado pelo coletivo de trabalhadores dos CAPS.

Depois de todas essas considerações, constatamos que a maioria desses trabalhadores foi enfática ao verbalizarem sobre as atividades dos psiquiatras, localizando-as no aspecto

de lida com a medicação e, conseqüentemente, de centralização do trabalho dos CAPS ainda no fazer desses profissionais. A fala seguinte é bastante ilustrativa dessa visada geral:

A especificidade dele é medicar aqui dentro do serviço. Mas, desde o início do projeto, o certo é que o psiquiatra estaria junto com a equipe também na construção do caso, não só medicar. No atendimento psicoterápico também, pois tem alguns que são analistas e que fazem terapia, não só a questão bioquímica e farmacológica, né? (Terapeuta Ocupacional 1, grifo nosso)

A partir dessa fala, fomos ao encontro de outras opiniões. Segundo as verbalizações dos trabalhadores, os psiquiatras deveriam fazer uma série de atividades (pelo menos em tese) além de medicar e diagnosticar pacientes, tais como fazer visitas domiciliares, participar das buscas (ativas) de pacientes, estarem mais juntos com os pacientes e com a enfermagem, participarem mais de reuniões de equipe dentro e fora dos CAPS, fazer passeios externos, dentre outras.

Vale ressaltar que a capacidade de interrogar mais ou menos as atividades e o lugar do psiquiatra nos CAPS, segundo os trabalhadores, vem de suas próprias experimentações, mas também, de seus processos de formação. Vejamos a fala seguinte que nos esclarece a situação:

Tem psiquiatras que senta com você e acha e discute, outros não, impõem. E quando o técnico é mais fresquinho, despreparado, é complicado... Se for um técnico que não concorda muito, que tá muito novo no CERSAM, ele vai baixar a crista e vai ser condescendente, fará do jeito que o psiquiatra acha ser correto. Se for um técnico mais experiente, já vai ter como se colocar na sua opinião. E tem um **conhecimento também de poder comentar, acho que essa questão do poder do psiquiatra, ele só é balanceado um pouquinho quando você se coloca e questiona.** (Terapeuta Ocupacional 1, grifos nossos)

Seguindo essa linha de raciocínio, Foucault (2006) vem nos rerepresentar o funcionamento do poder no campo das “defasagens” (podemos dizer, entre o prescrito-real?) como possibilidade de seu repensamento.

Mas esse poder do médico, claro, não é o único poder que se exerce; porque, no asilo, como em toda parte, o poder nunca é aquilo que alguém detém, tampouco é o que emana de alguém. O poder não pertence nem a alguém, aliás, a um grupo; só há poder porque há dispersão, intermediações, redes, apoios recíprocos, diferenças de potencial, defasagens, etc. É nesse sistema de diferenças, que será preciso analisar, que o poder pode se pôr em funcionamento. (FOUCAULT, 2006, p. 7, grifo nosso)

Os posicionamentos dos trabalhadores também foram ao encontro dos psiquiatras como parceiros, e na relocalização destes no lugar de *Consultores, Coadjuvantes, Condutores e Técnicos de Referência* de pacientes. Encontramos muitos outros posicionamentos sobre as atividades dos psiquiatras, que, segundo nossas análises, são desdobramentos dos lugares acima encontrados. Dizem que, ao exercer seu trabalho, o psiquiatra torna-se o “*psiquiatra de referência do caso/referência médica*”, o que o difere de “*psiquiatra-Técnico de Referência*”.

As duas primeiras foram repetitivas nas falas dos trabalhadores, porém, muitos insistiram em dizer que o psiquiatra também trabalha, exercendo a função de *Técnico de Referência*⁷⁰, fato que não localizamos em nossos campos e tempo de pesquisa, ao investigarmos a situação. Diz-se que o psiquiatra divide a referência do caso com outro trabalhador. Há quem diga que o psiquiatra funciona como o segundo TR. Por outro lado, tivemos algumas opiniões que apontaram outra situação: “*Não. O psiquiatra não é técnico de referência. Normalmente, a equipe é feita pelos técnicos e pelo psiquiatra*” (Enfermeiro 5).

Eles não funcionam como técnicos de referência. Eu não vejo isso aqui. Eles funcionam como o segundo técnico de referência. A referência médica... **só como técnico de referência médica. Muito diferente. Inclusive assim até da gente**, a gente decide o tratamento inteiro, o médico, a medicação, entendeu? Então eu não vejo como técnico de referência. Acho que ninguém deve ter visto também não né? Eu não vejo. (Psicóloga 14, grifo nosso)

Por outro lado, constatamos vários posicionamentos mais radicais, realocizando que nas atividades dos psiquiatras, apesar de acontecerem dentro do mesmo espaço, são colocadas barreiras na inter-relação, em especial com os auxiliares de enfermagem.

Me parece assim, que realmente levanta-se uma barreira. Então não dá espaço pra uma aproximação. **Eu acho que se houvesse um pouco de... não é nem humildade, não. Um pouco de... tirar um pouco essa arrogância de “eu sei, eu estudei não sei quantos anos, eu estou preparado, a palavra é minha, eu é que entendo”, eu acho que o serviço seria muito mais fácil porque... tanto pra eles quanto pra gente.** E pro paciente, teria mais resultados. Acho que a partir do momento que realmente os casos são discutidos, são construídos juntos e tal, a gente tem muito mais... é muito mais efetivo essa questão... (Auxiliar de Enfermagem 6, grifo nosso)

Agora, quanto aos pacientes, se por um lado tivemos grande delicadeza em abordá-los, em especial nas entrevistas, por outro, eles desvelaram um enorme potencial interpelativo aos psiquiatras. As falas aconteceram desde um contexto romântico, alguns delirantes, outros não, dotados de muita concretude acerca das condições reais de existência dos CAPS, inclusive com posicionamentos políticos, mais organizados, psicologicamente dizendo. Um entrevistado vem nos lembrar que eles também são importantes para as pesquisas: “*Tudo pela contribuição de nada. Estou sempre aí se precisar de mim...*” (Gabriel).

⁷⁰ Sobre o assunto e, de acordo, como minha própria experimentação, chego a dizer que o psiquiatra ocupa sim essa posição, que não se trata de um acontecimento raro. Em um dos CAPS em que trabalho, presenciei uma situação clínica em que havia dois psiquiatras no mesmo caso, um era o TR do paciente, o outro, o médico, a “referência médica”. O fato de apresentarmos essa reflexão reside no fato de que muitos trabalhadores tendem a dizer que o psiquiatra faz parte da equipe, que a única diferença que existe entre eles e o mesmo é o fato dele poder medicar, mas, em nossas investigações, tal reflexão cai por terra. O psiquiatra não nos pareceu incluído no rol da categoria trabalhadores dos CAPS, há sempre um motivo para diferenciá-lo desse lugar. Constatamos várias falas que se dirigem nesse sentido, por exemplo: “*os médicos e os não-médicos, o técnico e o psiquiatra, a gente tem carência de psiquiatra, de técnico de referência*”, etc. Então, parece que nem sequer se discute entre os trabalhadores a possibilidade do psiquiatra vir a trabalhar nos CAPS como *Técnico de Referência*: a questão está lançada.

A maioria associou o psiquiatra à medicação e à internação, num primeiro momento. Em seguida, avançaram, de forma muito peculiar, tecendo comentários, ora simples, ora românticos (de amizade, de parceria), ora mais bizarros do que ingênuos, ora muito organizados acerca da punição do psiquiatra pelo viés do uso rotineiro de medicamentos e de internação no CAPS e no hospital psiquiátrico, segundo eles. Disseram da falta de tempo desses trabalhadores (psiquiatras) para estar perto deles, que os psiquiatras fazem pouco caso de suas histórias, inclusive com relação às suas queixas de “problemas no corpo” (físico), que trocam poucas conversas formais, tampouco informais, sendo os atendimentos muito centrados nos consultórios.

Ele tem a autoridade sobre a medicação. Então ele sabe prescrever a medicação para me fazer sentir bem, tirar um pouco dessa angústia que esta dentro de mim, sabe? A função do psiquiatra dentro do CERSAM? Eu acho que é... ouvir e tratar a pessoa, né? E passar a medicação correta, né? Inclusive o CERSAM melhorou muito de uns meses para cá porque não tinha pernoite e hoje já tem, né? É... O psiquiatra trata a gente com educação, com carinho, sabe ouvir a gente, todos eles. (Gabriel, grifos nossos)

A função do psiquiatra é essa. É essa que eu te falei. Uma injeção aqui, outra aqui, outra aqui, **na coxa, na coxa, um tranquilizante na coxa, um tranquilizante... muito sedativo aqui.** Ah... ele quer passar só... ele não sabe da minha insônia. Ele não sabe da insônia minha. Eu tento falar, **mas ele só anda ocupado!** Entendeu? Só anda ocupado. E... e... eu tô esperando ele vim aí, né? Tentar com ele, mas, e... e... só anda ocupado. Uai, cê vê lá, eu preciso dele! (Paciente 1, grifos nossos)

Muito brincalhão, sabe? Gente boa, eu gostei muito dele. Eu acho que isso faz parte do tratamento também. A gente dialogar mais, brincar, sabe? **Acho que isso tem uma coisa a ver, assim, tem que ter amor no atendimento ao paciente, sabe? Eu acho que isso é uma coisa fundamental, sabe? Quase não tem tempo para atender as pessoas aqui.** Eu acho que deveria até enviar mais psiquiatras para cá. Porque eu acho que a demanda tá crescendo muito, sabe? E, daqui a alguns anos, **um dos maiores problemas que vai existir sobre a face da terra vai ser o problema do sono.** Porque as pessoas vivem correndo, alimenta correndo, trabalha correndo, estuda correndo. (Gabriel, grifos nossos)

Quanto à versão dos pacientes moradores nos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), tivemos a oportunidade de conhecer três Residências Terapêuticas e perceber a complexidade desse trabalho e entrevistar três pacientes moradores dessas residências. Porém, restou-nos uma incógnita: pouco escutamos os psiquiatras incluírem em suas atividades, a atenção aos pacientes que habitam essas casas. Os moradores fizeram-nos compreender que os psiquiatras sobrevalorizam os medicamentos em detrimento de diversas outras nuances verbalizadas pelos pacientes.

Eu moro na rua Corcovado, no bairro Jardim América. Tem o Adão, o Adão, a Mirian, é... Helena, Helena...e Adão, quatro, cinco mulheres. Eles tão lá, porque... num, num guentam trabalhar mais, eu trabalhei né, né, serviço, né? Não aguenta trabalhar mais não. Eu viajei muito, viajei. Mas eu trabalhei, comprei. **Só tô esperando... tô esperando... ou um sedativo ou uns comprimidos pra mim tomar, eu vou sair daqui e vou pra rua Corcovado.** (Paciente 1, grifo nosso)

Comprei, vendi, viajei... e fui estudar... a função do psiquiatra ele sabe, ele acha que eu não sei, acha que eu não sei. É só injeção aqui, injeção aqui, injeção aqui, aqui, um sedativo

aqui, e, e, **tem remédio, tem remédio aqui...** quem tem. E...ele não sabe do meu tratamento não. Tá difícil de explicar pra ele, eu tenho meu enfermeiro, ele tá me acompanhando. Não, não, meu enfermeiro, é... (Paciente 5, grifos nossos)

3.7.4 A atividade criativa do psiquiatra

Depois de (re)conhecermos os CAPS estudados e as nuances do trabalho real, falar de criatividade é um assunto, no mínimo, ousado. Como pensar em um fazer criativo, considerando que o universo de trabalho do psiquiatra é prenhe de várias controvérsias, conflitos, sobrecarga, como demonstra o trabalho real? Analisamos a situação à luz dos aspectos da Clínica do Trabalho, revisitando a polêmica em torno da centralidade do trabalho com Clot (2006) e reconsiderando o caráter instituinte da Ergologia. Por outro lado, alguns aspectos da Psicodinâmica do Trabalho - segundo Dejours (2004), de forma crítica -, cujo objeto, diz-se, exatamente, não ser o trabalho, mas a subjetividade. Esta mostrou-se, em nossa pesquisa, como um elemento fundante para se (re)pensar a criação no/pelo trabalho.

Ainda nesta perspectiva, o trabalho é criação do novo, do inédito. Ajustar a organização prescrita do trabalho exige a disponibilidade da iniciativa, da inventividade, da criatividade e de formas de inteligência específicas próximas daquilo que o senso comum classifica como engenhosidade. (DEJOURS, 2004, p. 66)

Por este caminho, investigamos sobre a atividade criativa do psiquiatra no campo do “fazer industrial”⁷¹, retraduzindo e ressignificando a engenhosidade acima levantada. Pelos conhecimentos teóricos de que trabalhar nunca é um puro cumprimento de tarefas protocolares - mesmo porque há sempre um encontro do trabalho com um meio, um ambiente -, muitos trabalhadores permanecem aí engessados, sem apresentação de saídas, sem se aventurarem a caminhar além do prescrito em direção ao debate de normas. Reampliamos nossas argumentações, em diálogo com Schwartz (2007), remontando a dupla infidelidade do meio, aplicadas aos CAPS. Primeiramente, pelo fato de que os acontecimentos cotidianos nunca se repetem de um dia para o outro. Segundo, na questão da própria gestão do meio, no qual não há regras pré-estabelecidas para com ele lidar, sendo, portanto, um trabalho que nos remete ao “vazio de normas”, ao “uso de si” e suas

⁷¹ Trata-se de um termo ergológico, que diz ação no trabalho, mas “no sentido de mestria, de habilidade. Mais genericamente, uma actividade orientada para uma finalidade muda as relações do ser industrial como o eu meio de vida” (SCHWARTZ & DURRIVE, 2008, p. 26).

dramáticas⁷² - através do reconhecimento do vaivém entre os aspectos objetivos e subjetivos da atividade.

Esse é o caminho, cuja interrogação apresentamos: como investigar essa movimentação do psiquiatra em direção a processos de debates (de normas), de renormalizações e ressignificações de valores, de escolhas e de sentidos no/do trabalho? Investigando os processos de subjetivação da/na atividade, compreendemos que o uso da subjetividade no fazer prático tenha o mesmo endereço da possibilidade criativa. O caminho mais original - em termos ergológicos - não deixa de ser o restabelecimento de diálogos sobre a atividade, pela experimentação, mas também pela dimensão de valores e histórias de vida/escolhas de fazeres criativos. Neste campo, percebemos que muitos psiquiatras, ao ressignificarem suas atividades criativas que exercem ou exerceram nos CAPS, revisitaram fragmentos de suas trajetórias de vida, de habilidades e competências que, segundo eles, influenciaram suas escolhas criativas no trabalho, (re)fazendo suas identidades de “trabalhadores coletivos”. Constatamos várias falas neste campo de interrogação. Vejamos alguns exemplos que perpassam pela fala seguinte:

Agora, tem outras coisas que a gente aprende nos serviços substitutivos, que a gente questiona, interroga... **que elas não tem resposta pelo viés da universidade... dos critérios formais... do discurso erudito, não é por aí... é pela arte... é pela sensibilidade**, por outros canais que essas coisas... que a gente pode abordar essas coisas. Nesse ponto, particularmente, **o convívio com os usuários e o atendimento das chamadas pessoas loucas, foi uma coisa decisiva pra mim, né?** Quer dizer, conversar com um psicótico delirante, ir perguntando, ir pontuando, ir construindo alguma coisa. Isso pra mim é uma experiência de valor ímpar na minha vida, né? Eu não... talvez seja a dívida maior que eu tenho assim de aprendizado. (Psiquiatra 16, grifos nossos)

Diz um psiquiatra: *“Eu acho que é um gosto que eu sempre tive pela criatividade, pela arte, pela música, enfim, e eu acho que você acaba usando um pouquinho disso na clínica do CERSAM também”* (Psiquiatra 14). Uma trabalhadora vem nos dizer: *“Passei minha vida envolvida em esportes, quinze anos jogando vôlei, então, essa questão de jogar bola, de brincar, eu acho que era muito uma característica minha. E se você tem um ambiente de trabalho que te favorece alguma hora pra isso...”* (Psiquiatra 26). Ela fala sobre seu gosto por flores: *“(...) Então, aí eu trouxe esse gosto pessoal e ofereci pros pacientes. E vendo se é possível tecnicamente habilidade motora pra fazer a flor”* (Psiquiatra 26). Outro associa sua vida na roça ao seu traquejo clínico, de conversas com pacientes dentro e fora de consultórios, reinfluenciando suas “atividades coletivas”:

⁷² “Trata-se pra mim de recolocar, digamos, algo de drama, de grandeza naquilo que sempre foi considerado como infinitamente pequeno ou negligenciável.” (SCHWARTZ, 2007, p. 193).

Pois é, eu nasci na roça, eu desde criança trabalhei na roça, desde os seis anos, foi muito bacana, estou aqui plantando esse negócio e estou lembrando que meu pai me ensinou a plantar assim e assado... É, e que gera outras aberturas. E era dentro e fora com o mesmo paciente e eu falava: “nossa, é incrível”. **Aí, eu comecei a achar muito bacana essa coisa de atividade coletiva.** E aí, eu propus uma atividade de... Uma oficina de futebol, nessa época também e comecei a gostar e propor mais de uma por semana. (...) Vou tentar uma oficina de jardinagem aqui. Na verdade, eu lembro que nessa época era o seguinte: tinha uma oficina de autocuidado, que era tipo um salão de beleza. **Aí ia para a oficina de autocuidado,** fazia o cabelo, cortava o cabelo, maquiava quem estava a fim de maquiagem, cuidava da unha, fazia a unha e tal. Aí, eu propus uma oficina de heterocuidado. Uma oficina para você cuidar de outra coisa sem ser você. **Vamos cuidar do jardim, vamos cuidar das plantas aqui que estavam detonadas. O jardim era cheio de bituca de cigarro, todo mundo pisava no jardim.** (Psiquiatra 31, grifos nossos)

A partir dessas falas, que outros caminhos poderíamos encontrar para fazer caber/valer a criatividade? Pelo caminho de não se confundir com sua tarefa, extrapolando-a? Talvez por esse descaminho, de desconfundir-se, descolar-se das tarefas, de prescrições (engessantes da atividade), mas, a partir delas, aventurando-se ao “vazio de normas”, às renormalizações a aos enigmas da atividade. “Há portanto, uma passagem da atividade a seu produto subjetivo, ou seja, uma experiência objetiva que se subjetiva e é objetivada. Os sentidos do movimento são aqueles do objetivo para o subjetivo” (CUNHA, 2005, p. 122). Em termos mais específicos:

Necessidades, emoções e sentimentos são também engendrados pelo caráter concreto da atividade, forma geneticamente fundamental de atividade humana, atividade exterior, atividade prático-sensível. A vida é por essência um processo prático-sensível. Ela entra obrigatoriamente em contatos práticos com objetos que resistem ao homem, que o criam, modificam-no e enriquecem-no. (CUNHA, 2005, p. 122)

Nesta linha de repensamento sobre a atividade, observamos que a criação nasce onde há brechas, saídas para as ressingularizações e renormalizações no/pelo fazer prático. Em nosso contexto, reconsiderando os processos históricos e as nuances do trabalho real, reconhecemos que a criatividade de trabalho dos psiquiatras, a “*atividade prático-sensível*”, era evidente onde o trabalho coletivo se fazia presente, ou seja, no início da implantação dos CAPS. Assim, antes, nesse espaço-tempo, o trabalho era coletivo e permitia que muitos psiquiatras (nem todos) protagonizassem diversas “atividades coletivas”, sem contar que as equipes de trabalho eram menos engessadas, conforme nos explicaram muitos entrevistados, remontando às vivências do “fazer juntos”, reafirmando-nos a constituição do “trabalhador-coletivo/psiquiatra”. Segundo muitos psiquiatras, em equipes dotadas de maior possibilidade de circulação da palavra, os trabalhadores opinam mais, o trabalho se agiliza, a criatividade fica mais emergente, como percebemos nesta fala: “(...) *os problemas do processo de trabalho que te cansa e tal fica mais prazeroso... sai com mais satisfação e tal... fui dosando dessa forma, hoje, pra mim, é mais tranquilo, mais tranquilo do que trabalhar, de repente, num lugar aí que não tem desejo mesmo*” (Psiquiatra 14). O outro completa, dizendo: “(...)

Então, isso já era uma coisa que pra mim era uma grande novidade: dividir a luta da clínica” (Psiquiatra 12).

Para exemplificar - colorindo as nossas argumentações - o campo de investigação foi bastante fecundo, muitas foram as conversações sobre o assunto, inclusive carregadas de um tom de nostalgia, revivendo o passado não muito remoto. São situações que, inclusive restituíram a função do psiquiatra-*Técnico de Referência*:

Teve momentos assim... **que eu dividi casos com o colega psiquiatra... vários caos. Eu era o terapeuta e o colega fazia o papel de psiquiatra...** trabalhar na urgência com uma certa agilidade necessária também, né? De quem tá na... do porteiro ao auxiliar de higienização, ao técnico, à enfermeira, ao auxiliar de enfermagem. (Psiquiatra 13, grifo nosso)

Alguns disseram de maior tempo para lidar com as famílias dos pacientes: *“Que eu era um psiquiatra que ia mais pro lado da família... foi muito mais pela conversa com as famílias... e depois eu comecei a tratar as famílias... Teve um tempo que eu pude fazer isso”* (Psiquiatra 13). Em termos teóricos e ressaltando nossas considerações acerca do rompimento de coletivos em coleções, as “atividades coletivas”/criativas também acompanharam o mesmo processo. Assim, reposicionamo-nos nesse mesmo meio de campo para (re)localizarmos a atividade criativa dos psiquiatras nos CAPS em momentos atuais: um terreno firme e movediço ao mesmo tempo, onde a atividade criativa faz-se presente sob adições e subtrações de elementos constituintes de criação. Ou seja, a criação pode advir sem, com ou apesar de “*esbarrões*” e “*tropeções*” entre trabalhadores e pacientes no/do trabalho real, mas que requer (em termos ergológicos de sentido) uma restituição de diálogos em atividade e sobre a atividade. A fala seguinte ilustra a situação em termos clínico-metafóricos de recolocação do CAPS no lugar de um “*ateliê de pintura*”, onde era possível a entrada do artista/trabalhador/coletivo/psiquiatra, para “*esculpir um caso clínico*”:

O processo é outro. A chance de você ser criativo é maior no ateliê do que na linha de montagem. Então eu acho que a **mutação do processo de trabalho** foi essa. Resumindo: eu fui notando que a gente foi de um ateliê de pintura e escultura que foi sendo transformando em uma linha de montagem da FIAT. **Eu saí do ateliê do Rodin e fui parar na linha de montagem da FIAT.** Tipo assim, dá para ser criativo em qualquer lugar, mas poxa... Então, a mudança no processo de trabalho foi essa. Foi ficando cada vez mais maçante, em série, cada vez mais massivo, milhões de pessoas para você atender, uma demanda terrível e antes era um trabalho que você estava em um ateliê e diziam assim: “**esculpe esse caso clínico aí**”. (Psiquiatra 31, grifos nossos)

Contudo, considerando o *mal-estar* atual dos trabalhadores, encontrado no trabalho real, como fica o fazer criativo dos psiquiatras? Encontramos esse fazer inventariado em momentos (tensos) de restituição da palavra. Melhor dizendo, onde quer que haja um refazimento de diálogos sobre a atividade, ou seja, onde haja possibilidade de “*ocasião de palavra*”, um espaço-tempo instigante de oportunidades do novo ou a véspera do advento de

fazeres criativos, via restituição e circulação de palavras ditas e não-ditas. De outra forma, na lida com a ressignificação da demanda no/do trabalho real, na possibilidade de revisitação de todos os ingredientes da competência de trabalho, inclusive o sexto, na construção de casos clínicos, na realização de “atividades coletivas” como oficinas terapêuticas dentro e fora dos CAPS, assembléias com os pacientes e outras coisas do tipo: “*Outra coisa é poder me dar o luxo de cavar um lugar pra fazer outras coisas... que não fosse relacionadas com a medicina... tipo, sair com os pacientes pra passear, pegar uma Kombi... isso gerou um mestrado na minha vida...*” (Psiquiatra 12). Com outro raciocínio:

Sim, estou dizendo de atividades que garantam a inserção daquele sujeito na cidade, que possam produzir convites... **visitas, saídas, passeios desinteressados**, sem muitos projetos, **atividades mais livres...** coisas mais leves... **O cotidiano das doenças mentais é muito duro, nós precisamos de um pouco de leveza, que não fiquem só naquela aridez...** da saúde mental feita no espaço do CAPS, do CERSAM, de que a gente podia... **transitar mesmo pela cidade...** conhecer a cidade em que o CAPS está. **A cidade conhecer o CAPS, né? Não só uma ida dos pacientes à cidade, mas uma ida da cidade ao CAPS.** (Psiquiatra 12, grifos nossos)

Em outros termos, com o coletivo rompido, as atividades criativas foram se desfazendo, “minando”, e o tempo do psiquiatra foi se tornando escasso, conduzindo-lhe a fazer escolhas: “*Eu não podia sacrificar a disponibilidade com os pacientes. A minha disponibilidade para conversar com os colegas foi encolhendo, foi atrofiando cada vez mais...*” (Psiquiatra 31). O mesmo trabalhador vem nos dizer: “*É possível trabalhar na linha de montagem da FIAT e ser criativo, mas é mais difícil do que quando você trabalha em um ateliê de pintura. Dá para ser criativo em qualquer lugar do mundo, tem isso*” (Psiquiatra 31). Diferente do que era no início, o psiquiatra passou a ter que fazer “*malabarismos*” para criar um espaço-tempo “*prioritário*” para fazer tais “atividades coletivas”, porém, elas acabam sendo colocadas no campo da eventualidade. As falas seguintes nos explicam a situação:

E, eu entendo como isso pode ser terrível, eu me lembro um pouco antes de sair do CERSAM... **eu bati o pé porque eu queria fazer uma oficina de letras com os usuários e eu tive que fazer malabarismos pra conseguir que, nesse tempo**, que eu tava com eles, pra ninguém viesse me chamar, pra medicar, a menos que fosse uma coisa de urgência. Então, embora tenha sido uma coisa muito difícil conseguir esse tempo, **ele é um tempo, a partir do que você considera prioritário.** (Psiquiatra 16, grifos nossos)

Então, **eventualmente** a gente tem a possibilidade de conversar com um, com outro paciente, eh... eu me recordo por exemplo, da paciente... que é uma **paciente que não sou eu o técnico de referencia dela...** e que, muitas vezes, **ela demandava uma escuta diferente.** Então, ela pedia para que eu **digitasse pra ela alguns textos**, algum, e a gente fazia isso, e nessas ocasiões, assim, saiam vamos dizer assim... **verdadeiras pérolas** mesmo, né... ela ia dizendo algumas coisas, eu imprimi várias cópias, sim, mais é isso o dia-a-dia nosso, né? (Psiquiatra 22, grifos nossos)

Para concluir, podemos dizer que as atividades criativas do psiquiatra, segundo nossas investigações, ultimamente, têm recaído no plano do “real da atividade”, na maioria das vezes.

(...) e aí eu acho **que se o psiquiatra tivesse uma outra atividade dentro do CERSAM que não fosse só assistência, por exemplo, fazer uma oficina, ficaria mais leve o cotidiano**, mesmo que estivesse envolvido no trabalho, só que isso, de uma certa forma, nós é... de uma forma velada, isso não nos é permitido, seja pela pressão, por um volume ou por uma ideologia político-administrativa mesmo. É uma hora cara demais pra tá fazendo coisas que não atender. (Psiquiatra 6, grifo nosso)

3.7.5 O abandono e a alta rotatividade do psiquiatra do CAPS

Por conseguinte às reflexões até agora apresentadas, exclusivamente, pela compreensão que apresentamos sobre o trabalho real nos CAPS estudados, situamos aqui o processo do abandono/rotatividade do trabalhador/psiquiatra. Trata-se de um assunto complexo e polêmico - que esteve presente em nossas análises desde nossa entrada em campo -, que remonta o percurso da implantação e da implementação dos CAPS, desde a organização dos processos de trabalho, até a gestão administrativa, política e de recursos humanos. A fala seguinte é emblemática e nos ajuda a dialogar sobre o assunto, apresentando-se, de início uma interrogação:

Eu não estou aqui discutindo demanda. eu sei que a demanda psiquiátrica é enorme... de dar remédios... de fazer... o que eu tô dizendo é o seguinte... nós não podemos também diante dessa demanda... falar assim... “precisa de alguém, muita gente pra dar remédio, pra dar receita...” Eu sei... eu tô dizendo é o seguinte... **“por que que os psiquiatras não têm suportado ficar nos CERSAM’s”?** (Psiquiatra 12, grifo nosso)

Vale ressaltar que o abandono de psiquiatras esteve presente nos quatro CAPS estudados, mostrando-se mais evidente em três, assim como a rotatividade mostrou-se mais recorrente em dois deles. As razões do abandono e da rotatividade foram, praticamente, as mesmas, salvo algumas particularidades (mais complexas) em dois CAPS, cujos processos foram marcantes em nossas observações e análises sobre o trabalho, gerando o mecanismo que chamamos de alta rotatividade.

Localizamos o abandono diversificadamente, uma vez que entrevistamos ex-trabalhadores/psiquiatras que estiveram por dez anos ou mais nos CAPS, outros que estão na lida há mais de dez anos e também psiquiatras que acabaram de chegar e, logo em seguida, começaram a construir suas saídas. Enquanto alguns psiquiatras “*ranhetaram*”, subjetivamente dizendo, sobre o processo de trabalho dos CAPS, outros apresentaram “*reclamações*” mais objetivadas ao contexto. Coisas do tipo: que o CAPS é muito aberto,

que os muros são baixos, que não há segurança, que é muito cansativo o trabalho, que o volume de trabalho é grande e os salários são baixos, que conseguem trabalhos mais tranquilos e que pagam melhor, que são sobrecarregados, que as condições de trabalho não são boas, que é desgastante, que são o menor número de trabalhadores dos CAPS, que é esgotante, que só medicam, que são mal recebidos, que são desrespeitados, enfim...

Vejamos algumas conversações esclarecedoras de percursos de abandono. Um psiquiatra disse que eles merecem ser mais ouvidos, o outro foi categórico em dizer que as políticas de saúde mental não os seduzem. A fala seguinte é esclarecedora da situação em termos macros de análise, refletindo os campos de pesquisa.

(...) é muito ditatorial. **A gente quando reclama ou fala que alguma coisa não está legal, eles falam que a gente não tem perfil pra trabalhar em CERSAM...** que se a gente não está satisfeito, que é pra gente sair. Então, é muito... não tem uma conversa legal, a gente não tem uma tramitação legal com nossa coordenação. (Psiquiatra 4, grifo nosso)

A prefeitura, atualmente, como a saúde mental é pensada no município, **ela não atrai psiquiatras ao serviço. Ela não seduz o psiquiatra.** Ai você pode dizer assim "Então... por que você não pega as suas trouxas e vai embora? Fazer uma outra coisa...". Eu digo pra você porque eu acredito no projeto... acredito de uma maneira diferente. (Psiquiatra 24, grifo nosso)

A situação é merecedora de maiores investigações, quanto aos aspectos de falta de sedução ao psiquiatra. Quer dizer, o que seria sedução para uns, pode não ser para outros. Foi também dentro desse intercalado que encontramos o campo das arbitrariedades e autoridades na lida com os trabalhadores no geral. A formação dos psiquiatras também mostrou-se constituinte do processo de saída dos mesmos, a situação será melhor analisada no capítulo seguinte.

Em termos individuais, deparamos com uma situação de difícil análise, devido às particularidades dos psiquiatras na ressignificação e ressingularização de cobranças e exigências prescritivas, inclusive com relação aos processos político-ideológicos de Reforma Psiquiátrica e do MLA, conforme já elucidamos ao longo de nossa pesquisa. Nesse campo, percebe-se também a necessidade de mais pesquisas para melhor esclarecer a complexidade de nossos achados empíricos. A maioria dos psiquiatras entrevistados reclama da situação, inclusive da suposta prevalência do discurso psicanalítico e que não são valorizados em suas práticas e discursos clínicos. Por outro lado, eles também não se posicionam de forma a remontarem suas perspectivas político-clínicas em visibilidade.

Novamente, retornamos à temática do vazio de conversas sobre a atividade. Os psiquiatras acabam trabalhando solitários em meio a uma coleção de trabalhadores, onde a cronificação do fazer vai se fazendo presente, inclusive apontando para a repetição do velho

no novo - o que se mostrou uma realidade em nossas análises. Um psiquiatra vem nos dizer: *“Eu saí do CERSAM por uma certa cronificação de um lugar que eu não sentia possibilidades de fazer outra coisa no meu horário de trabalho por uma falta de profissionais, eu até tinha idéias, né?”* (Psiquiatra 12). Ele continua tecendo seus comentários na mesma direção, apresentado-nos uma significação para a saída de psiquiatras dos CAPS:

Eu acho que é porque eles não acham um espaço junto ao gestor pra poder haver um entendimento de que a Psiquiatria não é só medicação, principalmente na reforma. (...) **Saindo, porque pra ficar num CAPS só medicando é melhor dar um plantão no Raul Soares doze horas**, porque isso fica menos cobrado, ele vai lá, dá seu plantão, atende, dá seu Haldol com Fenegan e acaba o plantão, ele vai embora, ele não tem que se haver com o paciente... (Psiquiatra 12, grifo nosso)

O trabalhador seguinte anuncia o sentido de seu abandono do CAPS, inclusive deixando uma interrogação e rerepresentando-nos a metáfora do ateliê:

Que aqui já foi um ateliê e deixou de ser. Eu quero fazer um trabalho criativo, artístico, artesanal. E não uma linha de montagem. Então, podemos voltar a transformar isso aqui em um ateliê? Podemos. Tentei, tentei e depois de um tempo eu desisti. **Desisti de transformar o CERSAM de novo em um ateliê. Aí eu falei: bom desisti e agora o que me resta? Ir embora.** Por exemplo, eu acho que a retransformação desse lugar em ateliê... não sei como, viu? (Psiquiatra 31, grifo nosso)

As duas falas abaixo reconstroem e ressignificam saídas em momentos de partida dos CAPS. Desiste-se de trabalhar nos CAPS, mas não do processo de Reforma Psiquiátrica no geral:

Mas, foi muito interessante poder sair de lá e voltar pra um centro de saúde, como PSF, pensar essa relação do CERSAM com centro de saúde na rede, **quer dizer, eu acho que a gente circular, é uma coisa que facilita...** essa coisa do trabalho não ser só um ganha pão, né? Porque quando você fica muito tempo num lugar, você começa a se identificar com as neuras daquele lugar... com as disputas internas dos grupos, é inevitável que com o tempo isso aconteça, por isso que eu acho que, de vez em quando, é bom cê andar. (Psiquiatra 16, grifo nosso)

A trabalhadora seguinte vem estabelecer um tempo de suportabilidade das exigências de trabalho nos CAPS e apresenta a metáfora do tempo de criação e abandono do filho - o CAPS.

É tipo assim, **a gente fez um filho e agora esse filho tá adolescente...** e a gente tem que se haver com ele... **é um filho problemático...** né? Mas, que ele vai **amadurecer**, vai **envelhecer** também. Então, a gente tem que aprender a lidar com ele... e ajudar a dar um rumo na vida, entendeu? Assim... a gente **não pode só pular fora não**, à vezes, eu sinto isso, assim... que muita gente tá caindo fora, né? Mas, a gente não deve fazer isso, **a gente deve insistir e achar um caminho.** (Psiquiatra 2, grifos nossos)

Não encontrando caminhos de sentido para continuarem nos CAPS, o abandono vai se refazendo, repetidamente, figurando elementos importantes do mecanismo da (alta)

rotatividade: processos gerenciais, atritos e adoecimentos, conforme já elucidamos: “(...) *profissionais... que vêm e ficam aqui um tempo e saem... as licenças de muitos profissionais que têm adoecido, né? Eu tô repetindo isso aqui diversas vezes...mas... isso demonstra esse desconforto... já houve diversos atritos entre colegas aqui dentro do CERSAM*” (Psiquiatra 22).

A rotatividade aqui é muito grande, é pressão demais, realmente, por parte da ... da... eu acho que excesso de trabalho, pressão também por parte da gerência e tudo... muitas vezes a gerente se coloca, vamos dizer assim... ela se põe numa posição muito autoritária e, muitas vezes... num tô só fazendo críticas, tem lá as virtudes dela, é claro que tem, é uma pessoa austera... e tudo, mas muitas vezes, ela coloca, vamos dizer assim, ela é autoritária, assim... age de uma maneira autoritária, ríspida e a coisa, muitas vezes, não é colocada assim... num diálogo não e sim numa coisa impositiva, tem que ser feito assim, né? (Psiquiatra 22, grifo nosso)

Agora, o que chamamos de alta rotatividade? Primeiro, podemos dizê-la decorrente do processo repetitivo do abandono, mas o campo de investigação é muito complexo, ou seja, percebemos que são várias as nuances que fazem parte desse mecanismo, porém, apresentamos um recorte de análise, que se aplica aos CAPS estudados, com exceção de um deles.

Em termos numéricos, por exemplo, a entrada e saída, em média, é de 25 psiquiatras dentro de um dos CAPS num período de 4 anos, sendo que a média de tempo do psiquiatra num CAPS tem sido, aproximadamente, de dois a três anos, porém, neste referido CAPS, houve relatos de psiquiatras que ficaram somente três meses.

A rotatividade foi analisada mais detalhadamente, em termos ergonômico-ergológicos, dentro de um dos CAPS estudados. Vejamos de perto o processo em questão que engendrou a alta rotatividade neste local. Revisitamos todos os campos do CAPS, referentes ao trabalho e encontramos uma imensidade de problemas. Alguns foram mais esclarecidos, outros deixaram-nos com respostas incompletas de sentido. O processo que localizamos foi dividido em três tempos: “*o antes da crise, a crise, e o depois da crise*”, segundo os entrevistados. Que crise seria essa? Esse foi o primeiro desafio.

Caminhamos em nossas investigações e a situação foi se desvelando em partes. Primeiro, antes da crise: o momento em que o trabalho ocorria em coletividade, coincidente aos primeiros anos de implantação do referido CAPS. Segundo, a crise: a quebra do coletivo.

Por último, o depois da crise que, conseqüentemente, confirmou o mecanismo da alta rotatividade e estigmatização do mesmo CAPS. Se na crise a equipe foi, praticamente, toda trocada, recentemente, a situação é outra: o coletivo ainda não se restituiu, mas o trabalho tem sido ressignificado em outros moldes. Com relação ao “antes da crise”, nossas

considerações já foram contempladas no capítulo: a coleção e o coletivo de trabalho, quando localizamos um fazer-juntos de trabalhadores. Aqui, os achados de pesquisa são da mesma ordem.

Portanto, do que se tratava a crise? Um desafio. Nesse sentido, encontramos mais interrogações do que explicações. A situação ultrapassou nossa compreensão como pesquisadores. Disseram os trabalhadores e ex-trabalhadores de desrespeitos por todos os lados do CAPS: alguns explícitos e outros mais velados, “perversamente”, dizendo. Concretamente dizendo, o momento político-partidário da crise era favorável aos peleguismos, ao favoritismo. Na intenção de dismantelar o coletivo de trabalho - que, no imaginário dos gestores da época, era entendido como trabalhadores-problema, para não dizer “petistas” -, houve um “atravessamento político”. Ou seja: *“Porque eu acho que vinha de cima pra baixo... que as coisas não foram discutidas coletivamente... tudo que vem de cima pra baixo e que não é discutido coletivamente, não é consensual, eu não acredito que possa dar certo!”* (Psiquiatra 13). Assim, a gerente da época foi substituída, cedendo lugar a outras substituições gerenciais. Enquanto isso, grupos foram se constituindo e aquela gerente anterior também tomou o seu partido político-grupal. Disseram alguns trabalhadores: *“privilégios para uns, para outros, o trabalho”*. Esse foi o lema das trocas gerenciais que aconteceram. Daí, as relações interpessoais se complicaram: as palavras foram sendo esticadas (moldadas pelo poder em forma de narcisismos interpessoais) sob o limbo do “fuxico”, das prevaricações, das “tirantias”:

Quer dizer, já falei do momento atual, do início... houve um período em que tava tudo bom né? Foi um auge mesmo... tava bom de se trabalhar... mas a coisa foi se desfazendo... muito por essa coisa que eu falei anteriormente... **da relação entre as pessoas**, não pela capacidade... das pessoas, pela capacidade técnica... **pela dificuldade das pessoas conseguirem se interagir... tirantias...** as discussões deixaram de ser coletivas... ficaram mais individuais... então... tanto que houve um grande adoecimento no local, físico, psíquico... de grande parte da equipe. (...)Questões **políticas, ideológicas, políticas, inicialmente...** e questões gerenciais... que aí vem... que é a mesma coisa que falar de questões políticas... né? O gerenciamento é um cargo político. Acho que a coisa **começou a ficar muito cheia de protocolos...** uma palavra que eu detesto sabe... eu queria colocar aqui sabe... **querer colocar tudo num certinho...** isso, ou isso, portanto é isso, faz isso, você não pode fazer isso... sabe, houve algumas dificuldades nesse sentido. (Psiquiatra 13, grifos nossos)

Depois de instaurada a crise, veio a seguinte consequência:

As pessoas se **adoeceram** mesmo, o ambiente ficou insuportável de trabalhar... como você vai trabalhar **num ambiente que você não cumprimenta o seu colega, né?** Complicado. Sem ter ninguém pra fazer essa intermediação, **as pessoas não precisam nem se amarem, nem se odiarem no trabalho...** elas estão ali pra trabalhar e precisam ter uma relação, pelo menos, cordial... e educada. (Psiquiatra 13, grifos nossos)

Rompidas as relações pessoais, o adoecimento foi grande e a equipe foi toda trocada, praticamente. Também, como consequência, o CAPS entrou num processo de remontagem do

“resto”, porém, em moldes de hospital psiquiátrico: setorizado e fragmentado em lugares de tratamento separatistas. Se antes existia um coletivo de trabalhadores, mesmo com grandes diferenças entre eles, depois da crise, coleções de trabalhadores foram se formando. Os espaços físicos foram literalmente delimitados e reocupados: o espaço do ambulatório, do acolhimento e da permanência-dia, porém, com a interrupção de conversas sobre a atividade. A “*ocasião de palavra*” inexistia. Em consequência da crise, os novos psiquiatras chegavam e deixavam o serviço muito rapidamente, o tempo era de compreensão do caos, em seguida de partida. Instalou-se a alta rotatividade.

Dá pra discutir o serviço a partir de um caso? Dá, mas nem sempre... né? **Prioridades pra determinadas pessoas ou não, determinadas pessoas podem ir...** tão liberadas da reunião... outras não... né? A agenda de fulano num pode marcar ninguém, mas as do outro pode... esse tipo de coisa. Essa coisa aconteceu, acontecia. **E aí ficou insustentável, tanto que a equipe toda... saiu do serviço, só tem uma pessoa, de nível superior, que continua na equipe, que tá lá desde 1996...** É as pessoas que foram chegando, **os psiquiatras que foram chegando, vêm com uma outra formação...** com um outro olhar né... eu acho que são pessoas muito mais farmacológicas, mais biológicas, menos com o social, trabalhando menos a inserção do louco ali na sociedade, no mundo, na vida. (Psiquiatra 13, grifos nossos)

O novo psiquiatra que chegava era aquele que repetiria a prescrição de pacientes que estavam há mais de dois anos com a mesma prescrição medicamentosa, sendo, esporadicamente, “visto” por um outro trabalhador, menos pelo o trabalhador/psiquiatra. O outro que chegava, a ele era contado o caso daquele paciente para que ele soubesse, no mínimo, alguns detalhes da passagem daquele paciente pelo CAPS e, em seguida, refazer a prescrição. Só não era esclarecido aos psiquiatras que chegavam no serviço, a história que levou à fragmentação do coletivo de trabalho. Assim, os psiquiatras que entravam não topavam a empreitada. Até que, mediante, este processo repetitivo de recepção de psiquiatras, poucos começaram a permanecer um tempo maior, uma vez que se encaixaram na setorização (de espaços do ambulatório, da PD e da urgência), reproduzindo o velho modelo no “novo” (fragmentado). Coisas do tipo: “*eu só faço ambulatório...*”, “*eu só atendo a urgência...*”, “*eu tô na permanência-dia...*”. Em nossas análises sobre o processo de alta rotatividade deste CAPS, compreendemos que estes últimos psiquiatras tamponaram o vazio da conversação.

Voltamos ao CAPS, num terceiro momento da pesquisa. Pelo viés da restituição do real, pelo trabalho real, percebemos que as velhas significações do “trabalho coletivo” perdido encontram-se em refazimento através do restabelecimento de conversas sobre a atividade: um campo ergológico-ergonômico instituinte de sentido de novas investigações.

3.8 A repetição do velho no novo

Decorrente de nossa imersão pelas reflexões sobre o trabalho real nos CAPS, apresentamos esta análise no final do capítulo. Segundo nossas investigações, o CAPS, mesmo sendo um dispositivo de convite para a inventariação do tratamento em Saúde Mental, para a (re)criação de coletivos de trabalhos e trabalhadores, mostrou-se, também, um espaço da possibilidade de repetição de velhas práticas de tratamento.

Tal compreensão foi se fazendo ao longo do processo de observação do trabalho real e de entrevistas com trabalhadores, ex-trabalhadores e pacientes. A maioria dos ex-trabalhadores foi categórica em confirmar a situação, mediante um revisitamento da memória de trabalho, remontando suas atividades nos CAPS. Algo que perpassa pela magnitude do IGR2, em termos de resgate do tempo vivido de trabalho, da “historicidade”, ou seja: “Isso quer dizer que ela torna possível, para o sujeito da narrativa, “trabalhar” sua vida, reconstruir o que foi vivido, ressignificá-lo e mudar sua relação com sua história” (BARROS & SILVA, 2002, p. 138). Compreendemos que os CAPS enfrentam diversos desafios para sustentar, no concreto, na prática, o significativo substitutivo ao hospital psiquiátrico, tendo em vista nossas reflexões do capítulo três: conversações entre o CAPS e o hospital psiquiátrico.

O que se percebe, primeiramente, é que há um movimento de automatização do fazer, uma tendência da maior parte dos trabalhadores de adesão ao trabalho protocolar, ao IGR1, no seguimento de prescrições engessadas de trabalho, mesmo que, ao longo do processo de implementação dos CAPS, o convite tenha se (re)feito para a ressignificação de valores e renormalizações, mesmo que haja algumas “atividades” sendo realizadas, porém, sem o caráter de coletividade. Quer dizer, a “fazeção” tomou a cena do espaço-tempo para o repensamento sobre as atividades, apresentando consequências no dia a dia dos trabalhadores, na vida dos pacientes e na reestruturação dos CAPS e de seus processos de trabalho.

Nesse contexto, tomamos como ponto de partida, a escuta de quatro pontos que, segundo muitos trabalhadores, são o lema dos CAPS em contraposição ao hospital psiquiátrico e também da constituição de “jargões” (antimanicomiais). O primeiro deles, a modificação/transposição da palavra paciente para sujeito, do ato de ouvir para o de escutar, de internação para pernoite e/ou hospitalidade noturna, daquilo que não se dá conta ou não se faz para “a decisão é da equipe”. Foi dentro dessas considerações que continuamos nossas investigações.

Mas, na verdade, o que repetem os trabalhadores quando trabalham? Ora, estivemos assentados no trabalho real e, quando nos referimos ao velho, ressignificamos o modelo asilar de tratamento, que existia antes das políticas públicas de saúde e de Reforma Psiquiátrica. Em termos iniciais, percebe-se a hierarquização de processos de trabalho centrado na decisão final do médico, sem a diluição de tomadas de decisões no coletivo dos trabalhadores: um processo solitário de se trabalhar, sem gestão das variabilidades entre eles. Como consequência ao sistema acima enunciado, o trabalho em equipe foi se fragmentando, gerando ilhas instituintes do fazer em meio a uma avalanche de demandas de trabalho, gerando a psiquiatrização dos CAPS, conforme disseram a maioria dos entrevistados. Em primeira instância, os trabalhadores redesenharam o campo da repetição do fazer.

Retomaram o processo de evolução da demanda em sobrecarga, da escassez de recursos humanos, que recaem na reprodução de Projetos Terapêuticos Individuais (PTI) sem o repensamento do fazer clínico - o que traduz o empobrecimento da clínica, inclusive no trabalho com os familiares.

A família, que é um outro tema que tem batido muito assim nessa tecla para gente, que é a questão do trabalho com a família. Que a gente também é... funcionou durante muito tempo, na história, né? Muito tempo como um serviço totalitário mesmo. **Que oferece tudo, que tem tudo para oferecer e acaba que a família fica um pouco de lado e isso acho que não é à toa, é muito pertinente... estar falando isso para a gente porque isso o manicômio já sabia, né?** A gente ficava com tudo, a família deixava o paciente e pronto. (Psicóloga 3, grifo nosso)

Mediante a dificuldade do estabelecimento de parcerias externas, os CAPS continuam centralizados, não exatamente, pelo desejo de seus trabalhadores, mas também por processos de trabalho que vêm de fora deles. Continuam aceitando acolher os “furos” da rede, que não se mostra enquanto exceção, mas em termos de regra, e da fragilização de contatos com as interfaces de trabalho. Os CAPS têm se mostrado como pontos de ancoragem da rede de Saúde Mental não somente para questões acerca da urgência (clínica) dos pacientes (em crise), mas das urgências do outro social, de outros dispositivos da rede, inclusive da escassez de psiquiatras para compor as Equipes de Saúde Básica. O que se percebe é que a medicação e a procura por esta tem sido recorrente, gerando um processo de medicalização recorrente nos CAPS.

A partir dessas considerações iniciais, passamos às considerações dos entrevistados. Revisitando um CAPS, um entrevistado discorre seu ponto de vista. O dispositivo PD (permanência-dia) que, segundo nossas referências teóricas remontam um exemplo instituinte de “Zona de Desenvolvimento Proximal” (ZDP), segundo Vygotsky (2008), tem se mostrado como uma faca de dois gumes. Ora funciona de forma inovadora, ora torna-se o palco

principal da repetição, da cronificação de pacientes. Ali os pacientes são colocados sob o pretexto de indicação clínica e ali muitos permanecem sem uma movimentação dos trabalhadores para promoverem “*ocasiões de palavra*”. A reflexão feita é a seguinte: “(...) *se uma pessoa tá aqui na permanência-dia, pra quê, se ela só vai ver o profissional de referência dela de dois em dois meses?*” (Psiquiatra 18). Esta situação não é uma regra, mas acontece, segundo nossa observação. Outra questão: “*Que intervenção clínica, além de retirá-lo de casa, que pode ser um ambiente estressante praquele paciente?*” (Psiquiatra 18). Em outras palavras:

Qual a vantagem desse paciente estar aqui, em vez de estar, por exemplo, num centro de saúde, num centro de convivência, por exemplo, ou frequentando a Igreja do bairro dele, ou ficar na pracinha fumando, qual que é a diferença? Porque tinham pessoas que ficavam dormindo depois do almoço, **dormia a tarde toda⁷³, depois ia embora...** (...) eu encontrei pessoas por exemplo no leito de observação do CERSAM, depois do almoço, duas, três pessoas na mesma cama repousando, pessoas com os colchonetes assim espalhados, **muito parecido com o que a gente via nos hospícios. O fato de ser um CAPS, o fato de ser um serviço não manicomial, ele não é suficiente pra você dizer que você não está reproduzindo aquela coisa mortificada... massificada do manicômio.** Sessenta pessoas num espaço estruturado pra receber 20, no máximo 30, já é uma coisa que compromete. Os trabalhadores diziam: “eu não posso ficar dando atenção pro paciente porque meu ambulatório tá cheio, porque o plantão não para de chegar, quer dizer, não tem concurso público... então a gente tem que dar conta de tudo. E aí, a qualidade caiu, mas assim, assustadoramente. (Psiquiatra 18, grifos nossos)

Quanto à medicação, vale ressaltar que, por ser o psiquiatra o representante da medicação, não tem sido ele o único agente da medicalização. Percebe-se um movimento grande de muitos trabalhadores em convocarem o psiquiatra muito rapidamente na sequência de seus acolhimentos para avaliar/medicar o paciente, mas detrás desse pedido, há uma variedade de movimentos constituintes de repetição, de confirmação da primazia do trabalho psiquiátrico nos CAPS, conforme já analisamos. “*O psiquiatra, eu acho que ele repete o velho... eu sentia isso na época que eu estava no CAPS. É... o psiquiatra ele tava... muito nessa angústia de achar que ele estava repetindo aquela coisa do diagnóstico, do medicar... e acabar com o sintoma*” (Psiquiatra 19).

Os mecanismos de repetição acontecem no trabalho real analisado, porém mostraram-se evidentes, não somente com os ex-trabalhadores dos CAPS, mas também, na fala e percepção daqueles que acabavam de chegar. Descontaminados desse “chão de fábrica”, muitas foram as tecituras dessa temática. Escutamos dos trabalhadores que eles têm

⁷³ A colocação é controversa, mas há mais trabalhadores que discordam do que ex-trabalhadores. Aqueles que discordam, dizem que a permanência-dia, por ela mesma, já “apazigua” o paciente. Alguns vão além, dizendo que a permanência-dia é um dispositivo diferencial muito importante e que precisa ser melhor indicado e observado suas condições de existência, repensado aquilo que se pode fazer e com melhor sentido de tratamento.

trabalhado, “*apagando incêndio e resolvendo pepinos*”, em detrimento de acolherem mais delicadamente os pacientes e construir PTI’s (de fato) particularizados.

Eu acho que a maioria dos plantões são mais pesados porque a gente fica muito tempo para resolver pepino, apagar incêndio. Eu fico muito incomodada de não poder dar atenção aos pacientes. De não poder dar conta, atenção, aos pacientes da PD, que eu coloquei para vir, tanto no transporte, para atender no meu dia e, às vezes eles vão embora sem eu ter visto, porque eu tô apagando incêndio e tô resolvendo pepino do plantão. **Não sei como vai ser possível sendo que a gente nem consegue dar atenção para os pacientes que estão em PD, imagina fazer oficina, mas eu acho que a gente tem que estar revendo o tempo inteiro.** (Psicóloga 14, grifo nosso)

Logo que entram, os trabalhadores encontram mecanismos de convite à repetição do fazer alienado na controvérsia do trabalho. Podemos dizer da existência de um mecanismo de empuxo à repetição, do qual muitos trabalhadores contribuem. Em termos dialéticos de circularidade da história, entendemos, segundo os trabalhadores, que, para se sustentar a existência do novo, várias são as tentativas de repetição do velho, num processo constante de tensão - “*antecipação/confrontação*” entre essas duas instâncias e que parece não cessar de acontecer.

Eu tô chegando agora e já estou exausta, imagina quem tá aqui há... ? Eu acho que ninguém acostuma com sofrimento, com exaustão não. Pode ficar repetindo, repetindo que tem a ver com o sintoma de cada um. Mas, pra quem vem de fora e vê funcionando assim, eu acho que você mesmo pode ver isso. Que a gente tem que fazer, mas não deveríamos, se a gente se apropriasse realmente, assim. Eu acho que é um trabalho, não é a curto prazo não. É médio a longo assim. **Mas, a gente não pode desistir**, temos que ter muita clareza, ter como um norte nosso, assim. (Psicóloga 14, grifo nosso)

Antes, se o psiquiatra era o responsável por alas (psiquiátricas) lotadas de pacientes, hoje, o trabalho nos CAPS diferencia-se nesse aspecto, mas esse profissional continua sentindo-se responsável, pelo viés do plantonismo (em termos da medicação), por uma PD lotada de pacientes. Considerando que o número de psiquiatras é sempre o menor dos trabalhadores, o panorama encontrado foi o seguinte: uma média de 20 TNS (entre psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e enfermeiros) para 4 psiquiatras em cada CAPS. Então, estes tornam-se responsáveis, mais ou menos, por 100 pacientes, excetuando as demandas concretas da porta de entrada.

Isso se torna mais claro ao analisarmos a divisão do trabalho em alguns CAPS segundo microáreas. Melhor dizendo, cada trabalhador/TNS é responsável, em média, por 20 pacientes em referenciamento técnico. Para cada área, há três, quatro trabalhadores/TNS e um psiquiatra, comumente. Assim, a possibilidade de repetição, de continuação de prescrições sem a devida revisão tem se tornado uma prática recidivante. Por outro lado, vê-se que esse processo de repetição não acontece somente com o psiquiatra, tampouco na medicalização de pacientes, mas na veiculação do fazer centrado na Psiquiatria e em práticas cotidianas pouco

instituintes de rompimento com o manicômio que tende a se presentificar no comportamento de muitos trabalhadores. Percebemos que o caráter de repetição do velho no novo também se faz no momento em que o trabalhador tem seu “poder de agir” amputado, decorrente de mecanismos de atravessamento clínico-administrativo e político-ideológico do fazer dos trabalhadores, dificultando e até mesmo, impedindo o fazer, gerando estresse e sofrimento no trabalho (CLOT, 2006). Como consequência dos diversos apontamentos acima, um trabalhador vem nos dizer:

Eu acho que sim, esses discursos muito radicais, essa coisa muito concreta demais, absoluta demais, né? Pouco pensada, e que [...] dentro do ponto de vista histórico que o mundo muda, que as coisas mudam, **esse discurso assim muito dogmático, muito repetitivo, pouco flexível, como é que você novo vai concordar com isso tudo, né?** E você vê um tanto de absurdo acontecer. Ao mesmo tempo que quem faz esse discurso, **você vai olhar e o paciente tá super mal cuidado. A gente vê isso. É realidade.** (Psiquiatra 5, grifo nosso)

Concluindo e objetivando nossas investigações sobre o trabalho real nos CAPS e, de acordo com a potencialidade dos trabalhadores em relação aos seis ingredientes da competência, reapresentamos uma configuração de trabalho do psiquiatra, tendo em vista seu desenvolvimento e traquejo com cada um dos ingredientes. Segundo nossa compreensão do fazer do psiquiatra, podemos intuir que o IGR1 seja o mais revisitado por ele: um ingrediente fácil de ser compreendido, porém, não querendo dizer que seja o mais fácil de se lidar no contexto específico. Apresenta um alto potencial de seguimento de prescrições no que diz respeito ao seu saber-fazer técnico-científico, sócio-cultural, jurídico e linguístico.

O IGR2 mostra-se hipotrofiado no fazer do psiquiatra, uma vez que ele, na maioria das vezes, não apresentou, segundo nossas análises, um traquejo na lida com a dimensão singular da situação, do caso a caso, pelo histórico do paciente. Percebe-se que essa dimensão lhe é (re)contada por outros trabalhadores durante o processo de trabalho. Por outro lado, quanto à dimensão histórica da Psiquiatria, da memória crítica com relação às políticas de Reforma Psiquiátrica, há uma hipertrofiação desse ingrediente.

No processo de triangulação dos ingredientes, o IGR3 mostra-se invertido, estrategicamente falando, no sentido de mostrar que “é ele que pode favorecer a capacidade de colocar em dialética o caso (em outras palavras, o aspecto protocolar da situação) e o aspecto singular da situação em foco” (SCHWARTZ, 2007, p. 213). A maioria dos psiquiatras não têm o hábito de circular pelo CAPS, eles se mostram mais aderidos à prescrição, à evolução da doença, da crise em si e do acompanhamento da medicação prescrita. Ele tem uma relação menos individualizada, em termos mais gerais, com o paciente do que os auxiliares de enfermagem, por exemplo, bem como alguns outros trabalhadores. O psiquiatra

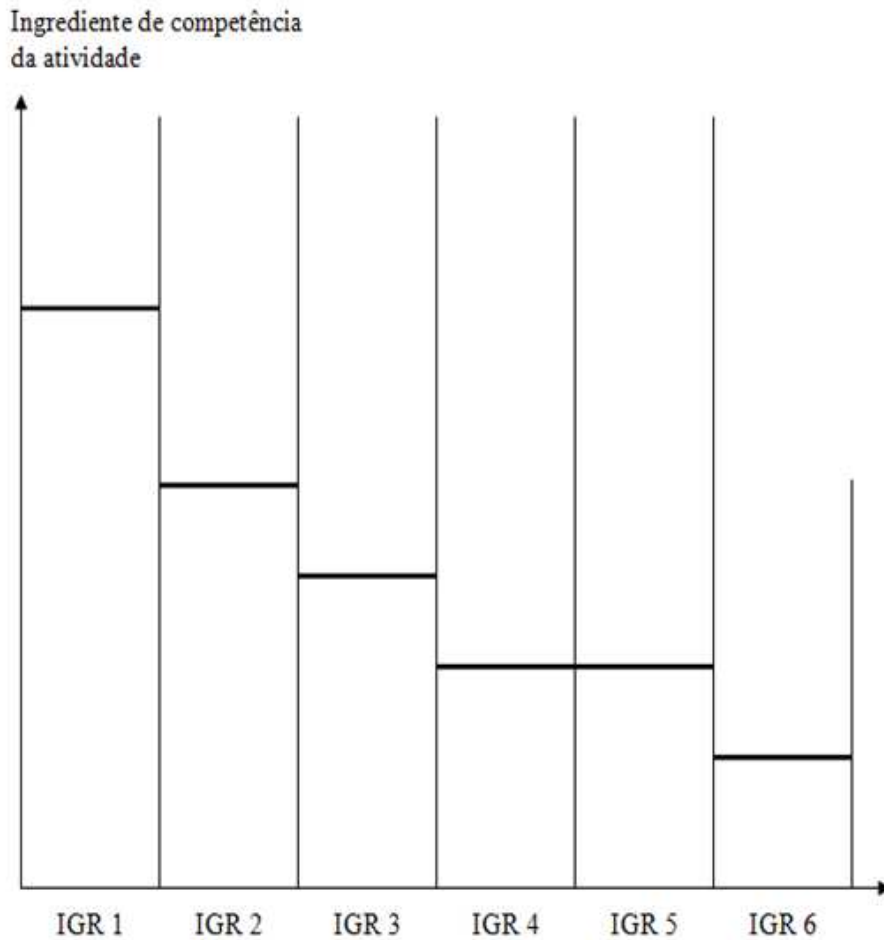
apresenta um grande conhecimento da doença (e como ela pode agir na economia psíquica do paciente), da nosologia. Porém, ao verificar a pertinência e a eficácia desses conhecimentos no fazer prático e singular na vida de cada paciente, seu potencial fragiliza-se. Falta ao psiquiatra da experimentação, promover uma articulação em sinergia entre os dois primeiros ingredientes.

Quanto ao IGR4, os psiquiatras apresentam um baixo potencial de promoção do resgate de valores, de debate de normas e valores em atividade, apesar de que muitos renormalizaram e ressignificaram seus contextos históricos de inserção nos CAPS e na história da Reforma Psiquiátrica. Por outro lado, o agir em competência depende muito do que o meio oferece aos trabalhadores como espaço-tempo de desenvolvimento de suas competências. Nesse sentido, os CAPS deixam a desejar, oferecendo poucos recursos (alternativos e substitutivos) para o psiquiatra empoderar-se deles e apropriar-se do meio. Em outro sentido, trabalhador também não apresenta tal movimentação no cotidiano. O mesmo ingrediente diz da transformação do meio de trabalho em “patrimônio/herança”, ou seja, da capacidade do trabalhador poder transformar aquele ambiente de trabalho como sendo seu, de pertencimento ao espaço e fazer dele uma herança em forma de patrimônio, de viver nele com prazer, retrabalhando seus valores, fazendo novas descobertas, o que se mostra saudável para a saúde mental. Quanto a esta finalidade, os psiquiatras recuam em detrimento das más condições de trabalho dos CAPS e de Políticas de Saúde Mental muitas vezes engessadas em princípios mais ideologizados de trabalho.

Com relação ao IGR5, este anuncia que, ao se apropriar do meio, o trabalhador aventura-se ao encontro do inédito, da antecipação da ajuda ao outro, sem mesmo que este lhe demande: uma conversa em signos, códigos. Diz de um ingrediente que permite “circulações coletivas, visíveis ou invisíveis, formais ou informais, que estão fora de todas as prescrições ou organogramas, mas que são a própria vida no trabalho” (SCHWARTZ, 2007, p. 221). Diz do reconhecimento mútuo entre pares da/na atividade. Tal situação é muito encontrada na relação do psiquiatra com outros trabalhadores, salvo raras exceções. Para o trabalho em equipe, esse ingrediente é essencial. Diz da capacidade de trabalho “que está muito ligada seja à diversidade das histórias humanas, seja ao reconhecimento e respeito desta diversidade (...)” (SCHWARTZ, 2007, p. 221). Neste sentido, não só o psiquiatra, mas, praticamente, todos os trabalhadores têm esse ingrediente hipotrofiado, comprometido pelo fazer separatista e solitário, isolado em fazeres grupistas.

Finalmente, o IGR6, que retraduz o trabalho em equipe, o colocar em sinergia todos os outros ingredientes, mediante uma capacidade de ressignificação de suas competências, de abertura de espaços para que o outro se mostre em momentos em que o parceiro da relação de trabalho encontra suas fragilidades: uma troca dialética e dialógica.

Vejamos, a seguir, o refazimento do quadro abaixo aplicado ao trabalho do psiquiatra nos CAPS:



IGR6: Ligado à capacidade de agir em função de uma apreciação dos perfis dos 5 ingredientes aplicados ao CAPS

Redistribuição dos perfis hipotéticos aplicados ao CAPS

Perfil hipotético do psiquiatra

Figura 6: Esquema 9: Os ingredientes de uma competência (esquema Yves Schwartz), reaplicados à experimentação de trabalho nos CAPS estudados.

CAPÍTULO IV

4. A PSIQUIATRIA E O PSIQUIATRA NOS CAPS: DILEMAS E POLÊMICAS

Dentro do cenário dos CAPS estudados, relocalizamos os trabalhadores ressignificando, em termos de dilemas e polêmicas, o lugar da Psiquiatria e do psiquiatra como saber-poder e/ou abertura de um espaço-tempo de interrogação em construção. Qual Psiquiatria e como seu discurso tem sido veiculado nos CAPS? Qual o psiquiatra que trabalha nos CAPS? De antemão, anunciamos não serem perguntas fáceis de respostas (chamamos atenção para que as mesmas não se mostram todas esclarecidas em nossa pesquisa, antes apresentamos um ponto de vista e que requer ainda maiores investigações científico-práticas para melhor compreendê-las).

Antes um pouco, fazendo uma visada histórica, segundo Foucault, a Psiquiatria reafirma seu nascimento no final do século XVII, ao se posicionar contra o “Grande Internamento” (ocorrido na Europa por meados dos séculos XVII e XVIII). Ela surge, marcando o lugar da loucura como doença mental e conferindo ao louco um lugar específico de tratamento, o asilo, e ao psiquiatra, um saber-poder médico histórico-cultural e social (FOUCAULT, 1997a). De outra forma:

Essa instância, inacessível, sem simetria, sem reciprocidade, que funciona assim como fonte de poder, elemento da dissimetria essencial da ordem, que faz com que essa ordem seja uma ordem sempre derivada de uma relação não recíproca de poder, pois bem, é evidentemente, a instância médica que, como vocês vão ver, funciona como poder muito antes de funcionar como saber. (FOUCAULT, 2006, p. 5)

Nesta mesma linha de questionamento do saber-poder sobre a loucura, aplicada ao nosso campo de pesquisa, localizamos que:

O psiquiatra, é evidente, necessita de conhecimentos médicos que lhe facultem o exercício da psicofarmacologia; todavia, a tentativa de inscrever a Psiquiatria como uma especialidade médica similar ou da mesma ordem que as outras tem sido até o momento uma tarefa inglória. (LOBOSQUE, 2001, p. 92)

Sobre o assunto, um dos entrevistados nos traz algumas considerações, dizendo-nos das interfaces da Psiquiatria de uma forma metaforizada, problematizando seu campo de existência e inter-relação com outras disciplinas. Vejamos a sequência de esclarecimento de seu raciocínio, que tece a constituição de um híbrido (de origem e atuação) para a Psiquiatria.

O morcego é uma ave? Ou é uma fera? Então, é uma referência àquela **fábula**. Vamos supor que as aves sejam as Ciências ditas humanas, e as feras, sejam as Ciências ditas biológicas. O morcego é uma ave ou é uma fera? **Eu diria que ele não é nem uma ave, nem uma fera, mas tem alguma coisa de uma e alguma coisa de outra.** A Psiquiatria, ela

querendo ou não, ela não é uma disciplina simples. A Psiquiatria, na verdade, desde o início até hoje, ela é mais uma tentativa de articular, uma tentativa de... servir de interface para diferentes disciplinas. Isso, desde Pinel até à Psiquiatria Biológica. (Psiquiatra 1, grifos nossos)

Seguindo o raciocínio apresentado, consideramos, então, a Psiquiatria em seu viés biológico, que traz contribuições importantes, mas insuficientes para o seu objeto de estudo. Assim, ela teria que recorrer a outras disciplinas como as Neurociências e a Psicologia Cognitiva, inclusive a Social. O mesmo entrevistado completa sua contribuição:

E toda e qualquer Psiquiatria tem dois pilares: um deles é a Medicina ou a Neurociência, o outro deles pode ser a Psicologia Cognitiva, pode ser a Fenomenologia, pode ser a Psicanálise... Então, está aí um morcego, um morcego porque, a rigor, **ela não é médica, nem deixa de ser, não é humana, nem deixa de ser. Ela é híbrida sob certo aspecto.** Ou, pelo menos, ela é uma aproximação de diferentes disciplinas porque o objeto dela não é, exclusivamente biológico, e nem é da ordem das ditas ciências humanas. O objeto dela é, exatamente, esse meio de campo, essa intersecção entre as duas coisas. (Psiquiatra 1, grifos nossos)

Nesse sentido, Tosquelles (1967), ao descrever sobre o “Trabalho Terapêutico no hospital psiquiátrico”, promovendo uma discussão acerca de um lugar para o trabalho terapêutico na instituição psiquiátrica, traz-nos um apontamento da mesma ordem. Ao dizer do cuidar da instituição para que os pacientes sejam cuidados ou cuidem de si próprios, a Psiquiatria também é colocada numa posição dialética, de proximidade com o desconhecido, não exatamente do que ela mostra, mas do que se esconde ao falar dela. Melhor dizendo, o autor situa a Psiquiatria entre dois planos. Ao se afirmar o corpo, esconde-se seu dinamismo enquanto corpo humano; afirmando a sociedade, também se esconde, tanto seu “dinamismo” econômico, verbal - com seus efeitos (TOSQUELLES, 1967).

O que se mostra mais prudente, inclusive em diálogo com nossos entrevistados, é que a Psiquiatria praticada nos CAPS, seja ela de ordem da RP (Antimanicomial), ou de qualquer outra ordem, não escapa de tal hibridismo acima apontado e constituinte de sua origem. Nossas reflexões mostraram-se ambíguas e repletas de dilemas e polêmicas em todas as direções para onde aponta as esparsas relações da Psiquiatria e do psiquiatra com outros trabalhadores.

Situamo-nos no campo da Psiquiatria da reforma. Neste sentido, diz-se, nos CAPS, que “(...) *a Psiquiatria tem que recorrer a alguma outra disciplina*” para suprir suas insuficiências, ampliando seu leque de possibilidades de intervenção em Saúde Mental e diálogos com os trabalhadores. Ou seja, esta Psiquiatria, por não conseguir circunscrever seu objeto - a loucura fora do hospício (nosso campo de pesquisa, os CAPS) - lança mão de outros campos do conhecimento como, por exemplo, a Psicologia, a Psicanálise, a Antropologia, o Direito, a Filosofia, a Política, a Sociologia, a Educação, a Enfermagem, a

Assistência Social, a Terapia Ocupacional, a Psiquiatria Social, as Políticas Públicas e Coletivas e outras. Assim, fora da solidão e com este aporte teórico, ela pode utilizar-se desses saberes para dialogar, expressar seu saber-fazer com o paciente, com os trabalhadores dos CAPS (centralizando-os ou não em si mesmos): os psiquiatras, os enfermeiros e auxiliares/técnicos de enfermagem, os terapeutas ocupacionais, os assistentes sociais, os psicólogos, os psicanalistas, os sistêmicos, os fenomenologistas, os existencialistas, os junguianos, os artistas/oficineiros.

Com relação à Psicanálise, muito verbalizada e “confusamente” praticada nos CAPS, segundo muitos trabalhadores, apresentamos nossa compreensão. Na verdade, não somente com a Psicanálise (mas, esta é um bom exemplo), porém, especialmente com ela, percebemos a veiculação de significantes fragmentados e discursivos. Quanto ao trabalho do psiquiatra no que toca a essa parceria Psiquiatria-Psicanálise⁷⁴, Freud (1996d), adverte-nos para um ponto pertinente em nossas análises: não se trata de “uma suplementar a outra”.

Os senhores assegurarão não existir nada na natureza do trabalho psiquiátrico que possa opor-se à investigação psicanalítica. O que se opõe à Psicanálise não é a Psiquiatria, mas os psiquiatras. A Psicanálise relaciona-se com a psiquiatria aproximadamente como a histologia se relaciona com a anatomia: uma estuda as formas externas dos órgãos, a outra estuda sua estruturação em tecidos e células. (FREUD, 1996d, p. 262, grifo nosso)

Em termos teóricos, a Psiquiatria é híbrida, segundo nossa pesquisa, os CAPS são instituições híbridas - e o psiquiatra? Não menos híbrido em ressignificação de sua identidade de trabalhador (do CAPS). Na verdade, a Psiquiatria que se pratica nos CAPS, além de se apresentar pluralizada nas palavras discursivas dos trabalhadores, percebemos estar ela um tanto solteira, sozinha em si mesma, divorciada até de parcerias discursivas, desidentificada com as políticas antimanicomiais e veiculada conforme os interesses das diferenças dos trabalhadores e gestores, não dos pacientes. A fala abaixo chama-nos a atenção para o fato de que:

A reforma, ela tem que interessar o psiquiatra, ela tem que pesar o psiquiatra e pra fazer isso, ela não pode ficar dependendo dele, ela não pode ficar mantendo... não a reforma como um todo, porque eu acho que a reforma como um todo, num tem isso não, mas dentro dos serviços da reforma, né? A gente tem... eu acho que a estratégia é você empoderar mais a equipe, dar condições de coisas que pra eles são difíceis como por

⁷⁴ O assunto é polêmico e lembramos, oportunamente dizendo: “A Psicanálise, portanto, não se opõe à psiquiatria, mas sim a todo discurso que suprime a função do sujeito. É preciso clinicar e não há clínica dessubjetivada.” (QUINET, 2001, p. 20). Assentado no “real da atividade”, o mesmo autor reflete: “Se os psiquiatras fizerem com que as neurociências entrem na dança dos discursos, sem promover a forclusão do sujeito do inconsciente, há grandes chances de que se possa manter a proposta freudiana de fazer a Psiquiatria e a Psicanálise convergirem” (QUINET, 2001, p. 10). Da mesma forma, podemos expandir essas palavras para o encontro da Psiquiatria com outras disciplinas do conhecimento, conforme acima apresentamos.

exemplo, o **exercício de ser técnico de referência**, porque a partir disso, a vida do psiquiatra fica mais tranquila, o diálogo da equipe com o psiquiatra fica mais tranquilo, tá certo? (Psiquiatra 16, grifos nossos)

Porém, a concretude e historicidade dos fatos desvelam-nos que a Psiquiatria veiculada nos CAPS continua centrada no saber-poder do psiquiatra, mesmo que seja veiculada por outros trabalhadores, representantes de outras disciplinas. Na maioria das vezes, focada na descrição de fenômenos a serem diagnosticados, nomeados em códigos e tratados, baseando-se em paradigmas mais biologizados e biologizantes do que psíquicos e sociais.

Nesse sentido, há que se retornar, segundo um de nossos entrevistados, aos pressupostos do movimento da “Antipsiquiatria” como fonte inspiradora de (re)colocação da Psiquiatria em xeque. Segundo ele, pelo viés da crítica da Psiquiatria, a ela mesma reside o caminho da modificação de possíveis paradigmas “caducos”, inclusive de (re)adequação e revificação da Psiquiatria movimentada nos CAPS.

Eu diria que a reforma psiquiátrica, ela nasce de uma crítica da Psiquiatria a si próprio, à antipsiquiatria. A reforma psiquiátrica nasceu de uma crítica da Psiquiatria à Psiquiatria. Mesmo que a reforma psiquiátrica seja vitoriosa, a antipsiquiatria deve continuar como algo perene. Como uma eterna crítica ao que está estabelecido. Então, não é a reforma psiquiátrica... “já está vitoriosa”, então, acabou a crítica. **Não, nada disso, essa crítica não pode morrer, senão daqui a pouco, nós vamos precisar da anti-antipsiquiatria, ou então, da reforma da reforma**⁷⁵. (Psiquiatra 1, grifo nosso)

A fala acima é importante por remontar os aspectos conceituais da “Antipsiquiatria” que, segundo nossas investigações, mostram-se também conflitantes no entendimento de muitos trabalhadores dos CAPS.

Vale reforçar, dizendo que ela é, antes de tudo, um método de pesquisa, porém, muito peculiar e voltado para questionar o lugar do doente mental ocupado na sociedade, trazendo em seu bojo uma crítica da Psiquiatria a ela mesma⁷⁶. Ou seja:

⁷⁵ Ou, até mesmo, de um movimento “Anticapial”, conforme já escutamos por aí em nossas procuras por teorizações sobre o assunto. Podemos fazer uma alusão às reflexões de Furtado & Campos (2005).

⁷⁶ Fazendo uma alusão à Antipsiquiatria: o autor recoloca-nos de frente aos nossos aspectos metodológicos de pesquisa, apoiados nas “ciências naturais”: “(...) relação observador-observado, numa ciência do homem, é ontologicamente contínua (sujeito-objeto *vis-à-vis* sujeito-objeto), ao passo que, nas ciências naturais, é descontínua (sujeito *vis-à-vis* objeto), permitindo uma descrição puramente exterior do campo observado” (COOPER, 1967, p. 19). David Cooper vem criticar o rótulo que a sociedade coloca em pacientes, em parceria com a instituição de tratamento, com familiares e psiquiatras. Ele tece comentários contundentes acerca do carreamento desses pacientes nos hospitais psiquiátricos e que nos remete ao lugar ocupado pela Psiquiatria e pelo psiquiatra nos CAPS, tentando “dar uma olhada na pessoa rotulada como esquizofrênia, no seu contexto humano real e pesquisar como tal rótulo lhe foi colocado, quem o colocou e o que significa, seja para os rotuladores, seja para o rotulado” (COOPER, 1967, p. 10). Seu texto leva-nos a compreender que esse rótulo venha da sociedade, corroborado pela família e também por psiquiatras daquela época, porém sem denegrir a imagem dos últimos: uma preocupação em seu texto.

Acima de tudo, preocupei-me com a questão da violência na Psiquiatria e concluí que, talvez, a mais chocante forma de violência em Psiquiatria é nada menos do que a violência da Psiquiatria, na medida em que esta disciplina escolhe refratar e condensar sobre os pacientes que ela identifica a violência sutil da sociedade e que, com demasiada frequência, representa para e contra esses pacientes. Imaginei uma futura unidade experimental, em que o trabalho baseado nesta compreensão possa ser desenvolvido.⁷⁷ (COOPER, 1967, p. 13)

E a fala acima faz parceria com Lobosque (1997), quando a autora nos apresenta uma reflexão sobre o lugar do psiquiatra no CAPS:

(...) a Psiquiatria ocupa um lugar de importância dentro dos CERSAM's, apresentando responsabilidades específicas. Neste sentido, ancorada pelo discurso médico, ela pode funcionar como facilitadora ou até mesmo como um obstáculo para o funcionamento do serviço, dependendo de sua forma de inserção no trabalho multidisciplinar. (LOBOSQUE, 1997, p. 90)

Porém, à revelia de todo esforço feito pelo discurso teórico pelos referidos movimentos, na prática, o “trabalho real” dentro dos CAPS, apontou-nos ainda para uma (in)questionável desarticulação do discurso médico-psiquiátrico com o trabalho em equipe. Percebe-se, com frequência, que a Psiquiatria, representada pelo psiquiatra parece apresentar dificuldades na abdicação desse lugar aqui criticado. Há algumas hipóteses explicativas. Nesse contexto, Lobosque (2001) vem nos advertir: “(...) lembraremos aos colegas psiquiatras: sair do centro implica na perda de certos privilégios; esta perda, porém, se afeta a Psiquiatria como corporação, só pode enriquecê-la como disciplina” (p. 93).

Esta citação mostra-se oportuna no sentido de que a maioria dos psiquiatras que entrevistamos apresenta dificuldade em abdicar dessa posição acima criticada.

Ao contrário, nossas investigações confirmam a continuidade de uma centralização do trabalho dos CAPS nos psiquiatras, à revelia de qualquer tentativa contrária. A Psiquiatria, ao ser veiculada por outros trabalhadores, que não os psiquiatras, torna-se um arma contra e a favor de sua centralização nos CAPS. Verificamos que os CAPS estão vivenciando um processo de psiquiatrização e medicalização. Vale ressaltar que tal processo tem ocorrido mais por parte de outros trabalhadores do que dos próprios psiquiatras que, não raro, também reforçam esse lugar a que são chamados.

Quanto ao lugar ocupado pelos psiquiatras nos CAPS, primeiro vale reafirmar aqui que eles são sempre em menor número. Outro questionamento essencial sobre o lugar do psiquiatra diz respeito à sua não inclusão no rol de “trabalhadores dos CAPS”, enquanto, no trabalho real, eles dizem que cerca de 100% dos pacientes tomam medicamentos em algum

⁷⁷ Grifos nossos, a fim de possamos ressituar nossa pesquisa no campo das relações de trabalho com a loucura, (re)apresentando-o em visibilidade, centralidade, inclusive no sentido de promover transformações nos aspectos de rompimento com a “exclusão”, não somente de pacientes, mas também de trabalhadores que lidam estreitamente com os mesmos, sem a devida tecitura de reconversas sobre suas atividades.

momento de seus tratamentos. Percebemos um diferencial ao se posicionar o psiquiatra no trabalho do CAPS, conforme já evidenciamos: “os médicos e os não médicos, os psiquiatras e os técnicos”. Ou seja: “*o médico é médico, o psiquiatra não é um técnico de nível superior*” (Psicóloga 14). De outra forma: “*Agora, eu penso que nós precisamos de incluir o psiquiatra como trabalhador...*” (Psiquiatra 12). Essa frase é complacente com nossas posições teóricas sobre o trabalho. Como um determinado profissional, trabalhando (tanto e sobrecarregado), conforme observamos, não seja incluído como tal na grade de trabalhadores? Isso aponta-nos para que o psiquiatra sequer pertença ao grupo, à equipe, muito menos ao “projeto-herança/patrimônio” dos CAPS (SCHWARTZ, 2007).

O médico é médico, o psiquiatra não é um técnico de nível superior. Ele não é chamado dessa forma. Ele não é chamado dessa forma porque ele tem a capacidade de prescrever medicação. E quando a gente tá lidando com o paciente lá em crise, muitas vezes, ainda que a gente diga que vai recorrer à medicação em último caso, o que a gente vê é que não é bem assim. (Psiquiatra 3, grifo nosso)

Em diálogo com o trabalho real, vale trazer aqui uma retomada de lugares já desvelados: o de *psiquiatra Consultor, Conductor, Coadjuvante, além das variantes: psiquiatra referência médica, psiquiatra de referência do caso, exceto psiquiatra Técnico de Referência*. Constatamos que os psiquiatras, em sua maioria, mostraram-se insatisfeitos com as exigências de trabalho, inclusive quando revisitamos os processos ideológicos de RP, além das exigências prescritivas que recaem sobre a idealização de um “perfil” adequado para o psiquiatra do CAPS.

Por outro lado, alguns psiquiatras da experimentação disseram não serem vilões da reforma, que não são contra a reforma, antes contra a sua vertente mais ideologizada. Já outros, ex-trabalhadores, disseram que os psiquiatras não são bem recebidos nos CAPS, ou seja, que não são convidados a fazerem outras coisas, além de responderem pelo diagnóstico e pela medicação. Um ex-trabalhador apresenta-nos seu ponto de vista, dizendo-nos que uma saída para a situação seria:

Fazendo um convite pra que as horas dele não sejam apenas como médico, pra ele transitar em outros espaços, entende? É preciso que ele faça outras coisas também. Porque ao mesmo tempo o psiquiatra se autoriza muito, quando tá medicando, dizendo que ele não tem tempo de mais nada. Então, isso também é uma desculpa, porque, às vezes, ele não sabe como fazer, então, ele diz que ele não tem tempo. **Fica cômodo, confortável. Isso não é direção da reforma.** (Psiquiatra 12, grifos nossos)

Por outro lado, o “trabalho real” toma-lhes muito tempo, ficando eles colados em suas identidades de médicos psiquiatras (somente), uma posição assaz confortável, porém, reducionista de sentido do trabalho nos CAPS:

A minha identidade profissional foi sempre uma identidade de psiquiatra, né? **Agora, eu tenho pensado muito nisso ultimamente, que eu acho que é uma coisa que a gente tem que acrescentar, eu, pelo menos, a toda declaração de identidade. Eu sou psiquiatra: “pero non mucho”.** Em suma, o que eu tô querendo dizer é que, pra mim, ser psiquiatra sempre foi uma coisa... eu sempre me considerei, me apresentei como tal, mas que eu sempre procurei evitar uma colagem com essa identidade. (Psiquiatra 16, grifo nosso)

Uma polêmica importante com a qual nos deparamos, diz respeito à expansão dos CAPS II para CAPS III com a presença física 24 horas do psiquiatra ou com a localização dele, no período noturno, em outro lugar - a exemplo dos processos de HN e SUP. Segundo nossas investigações, os dois processos apresentam problemas constitucionais por um lado, e aspectos favoráveis, por outro.

Quanto ao primeiro, muitos psiquiatras entrevistados trabalham, cumprindo suas cargas horárias (em extensão de jornadas), tanto no diurno, como no noturno. Eles dizem que há a possibilidade de estarem mais próximos do paciente em crise, de poder oferecê-los assistência (médica) imediata e rápida em suas demandas. O que se percebe é que há uma parceria dos psiquiatras com os enfermeiros e auxiliares de enfermagem, mais no sentido de fazerem a primeira abordagem do paciente com comorbidades clínicas (e/ou com sofrimentos psíquicos agudizados), encaminhando-os, de forma mais desburocratizada para urgências clínicas. Por outro lado, localiza-se aí também um possível risco de psiquiatrização do CAPS na vertente de muitos trabalhadores. Ao visitarmos o trabalho no final de semana nesta mesma formatação, os trabalhadores como um todo foram contundentes em dizer que trabalham muito solitários, fazendo abordagens pontuais, verticalizadas, sentindo-se fora da equipe de trabalhadores dos CAPS, uma vez que não frequentam a reunião semanal de equipe, conforme exigência aos outros trabalhadores. O que percebemos é que se trabalha muito e com recursos escassos para se promover a qualidade do tratamento. Como se existisse um outro CAPS, centrado no trabalho de psiquiatras-enfermeiros, sendo os auxiliares/técnicos de enfermagem, meros auxiliares das decisões dessa dupla de trabalhadores.

Quanto ao sistema de HN, acompanhamos uma série de conversações formais e informais. Antes, frequentamos o período noturno desses CAPS e também o trabalho do psiquiatra no SUP. Neste campo, o assunto também foi polêmico, uma vez que, toca na questão do trabalho a distância, da telemedicina, no qual por si só é um assunto de grande polêmica para muitos trabalhadores, que não só psiquiatras. Se por um lado, a implantação desse processo foi trabalhosa, pois inúmeras foram as discordâncias, em especial de psiquiatras, por outro lado, sua implementação também tem sido dotada de muito trabalho e grande novidade do fazer para todos os trabalhadores que, direta ou indiretamente, fazem parte dessa atividade. Com todos os dilemas e as polêmicas apresentadas, percebe-se que o

sistema funciona bem, segundo muitos trabalhadores, em especial, quando frequentamos a experimentação dos CAPS que dispõem desse serviço como “retaguarda”. Segundo nossas investigações, a resistência maior veio dos psiquiatras por não concordarem em indicar pacientes graves para pernoitarem somente com os auxiliares de enfermagem. O que constatamos foi uma insatisfação de muitos psiquiatras contra a obrigatoriedade de fazerem os “*plantões de referência médica*” nos finais de semana, levando no bojo da discussão, suas discordâncias acerca da HN.

A questão é que onde o psiquiatra não está presente (na HN), a Psiquiatria continua a/em trabalho na perspectiva de auxiliares⁷⁸ de enfermagem dentro dos CAPS. A situação é complexa e merece maior investigação, mas no que toca ao trabalho do psiquiatra a distância, diz a maioria dos auxiliares que a relação é boa, que o acolhimento de suas demandas, via demandas dos pacientes é satisfatória, mas, na remontagem do trabalho real. Dizem eles que acabam tomando muitas decisões sozinhos, uma vez que nem sempre é possível a presença do enfermeiro, muito menos do psiquiatra, conforme solicitação.

Finalmente, uma questão de grande polêmica: a indicação da Eletroconvulsoterapia⁷⁹ (ECT). O que o trabalho real mostrou-nos é que ela é indicada em alguns casos, à revelia de posicionamentos de alguns trabalhadores e gestores mais afinados com o mundo antimanicomial, prática e/ou ideologicamente, falando.

Oh... eu não estou muito bem atualizado, mas eu acho que isso é **uma questão de formação**, eu acho que as coisas são da residência, eu tenho mais de 20 anos de profissão, então, eu tô, eu vim de uma trajetória de reforma que eu repenso muito meu trabalho também. **Há vinte anos atrás, falar em ECT, era uma coisa quase inadmissível esse tipo de conduta. Hoje, eu já revejo, mais amadurecido nesse sentido, repenso.** (Psiquiatra 13, grifos nossos)

4.1 A formação como problema e como saída

Durante nosso processo de pesquisa, o assunto da formação dos trabalhadores, em especial dos psiquiatras, foi uma questão marcante que permeou, praticamente, todas as

⁷⁸ Aqui, fazemos outro parênteses para reforçar, vide exemplo acima, a complexidade do trabalho do auxiliar de enfermagem. Nossas conversas foram extremamente ricas no sentido de retomada de suas histórias de vida-escolhas teóricas/profissional. De cara com suas histórias, considerando as infidelidades desse meio de trabalho, a imprevisibilidade do trabalho sozinhos fisicamente no noturno, entravam na lida, mesmo com medo que algo acontecesse e eles não soubessem apresentar uma solução antes do socorro técnico. O que nos chamou atenção foi o traquejo que a maioria dos auxiliares apresentaram ao trabalharem, dialogando entre eles mesmos o tempo inteiro e convocando inclusive ajudas ao porteiro do CAPS para estar junto em atividades mais estressantes.

⁷⁹ Diz-se de um tratamento - hoje, em regime de anestesia - que consiste na descarga de uma corrente elétrica nas têmporas do paciente, suficiente para promover crises convulsivas. Indicado, segundo estudiosos do assunto, para pacientes com riscos graves de morte, quer seja um quadro neurótico e/ou psicótico grave, em especial, aqueles pacientes agressivos, refratários aos remédios químicos.

nossas entrevistas. Tomamos o CAPS como um palco do fazer prático, de oferta de muito trabalho e, ao mesmo tempo, de interrogação aos conhecimentos específicos de cada um em tempo real de trabalho.

Embasados em posicionamentos Psicossociológicos e Clínicos sobre o trabalho, além dos pressupostos da metodologia de pesquisa em “Histórias de vida”, deparamo-nos, assim, com relatos, trajetórias histórico-sociais e culturais de vida muito constituintes de escolhas teóricas/profissionais. Trata-se de uma situação complexa e que nos reenvia, *a priori*, ao paradigma ergológico: o DD3P, um processo de ensino-aprendizagem que recoloca a atividade de trabalho entre aspectos objetivos e subjetivos dos três pólos (o acadêmico, o saber investido (produzido) na experimentação e a troca entre eles). Ressituamos os CAPS como dispositivos ergoformadores, uma vez que a Ergologia aposta em colocar em jogo o ponto de vista da atividade, promovendo o encontro com profissionais de diferentes áreas do conhecimento, alimentando os saberes da prática em sinergia com outros saberes (os “trans-saberes”). Trata-se de revisitar a potência do fazer humano em compreender, transformando a situação e a si mesmo (SCHWARTZ, 2007).

A formação foi, então, reconhecida como saída e/ou problema entre todos os trabalhadores. Fazemos uma breve incursão no campo multidisciplinar, ressitando a questão da formação do psiquiatra em seguida. Como tem ocorrido a formação desses trabalhadores? Como eles têm chegado aos novos serviços, em termos de conhecimento teórico, de experiência no campo de trabalho da Saúde Mental, de posicionamentos críticos entre os novos e antigos tratamentos? Há processos de formação continuada para os trabalhadores que já habitam a experimentação? Vale ressaltar que se trata de perguntas muito amplas, que não pretendemos respondê-las especificamente (nem foi esse nosso foco de pesquisa), nem excluí-las de nossa pesquisa, mas, tal problemática faz todo sentido em nossa temática de pesquisa: o trabalho (multi/inter e/ou transdisciplinar) do psiquiatra nos CAPS.

Quanto aos trabalhadores mais experientes, muitos mostraram-se mais disponíveis, no sentido de possibilitar a diluição de seus saberes e poderes no coletivo, questionando a si mesmos e aos colegas de trabalho, inclusive ao psiquiatra, promovendo “encontros de encontros” na experimentação.

Por um lado, muitos desses trabalhadores foram expoentes importantes da segregação de seus saberes, na solidão do fazer prático. Exatamente por portarem capacidades e habilidades de maior resolutividade no acolhimento da loucura, sem o respaldo do médico, desvelaram um saber-fazer centralizado em si mesmos e, não raro, reforçando e/ou reduzindo

o trabalho do psiquiatra no lugar de confirmação do diagnóstico e da medicalização de pacientes. Se bem que essa mesma característica, algumas poucas vezes, mostrou-se instituinte da novidade de deslocamento de saberes centralizados e centralizadores de vários outros trabalhadores, inclusive do lugar tradicional de saber-poder do psiquiatra. São exemplos de trabalhadores que encontramos ao longo de nossa pesquisa, nomeados de “trabalhadores coletivos”.

Por outro lado, percebemos a tentativa árdua de muitos trabalhadores - pouco experientes, tanto do fazer prático, quanto de capacitação continuada - de inserirem-se no coletivo de trabalho. Essa falta de conhecimento prévio sobre a loucura causa um desajuste na tomada de decisão rápida que exige a clínica da urgência. De outra forma, esses mesmos trabalhadores são os que mais convocam o médico à psiquiatrização e medicalização dos CAPS. Ao investigarmos mais aprofundadamente a situação, localizamos a problemática encerrada em processos formadores acadêmicos, que pouco têm os preparado para a lida complexa do acolhimento da loucura (em crise), tendo em vista que a eles é prescrito, de cara, uma exigência de trabalharem como TR⁸⁰. Nesse contexto:

Se você me perguntar assim: é importante que os psiquiatras que tiveram uma formação diferente, entrem nesse processo? Agora, tem tanta coisa importante pra fazer, que a gente tem que ver o quê que, teoricamente, politicamente, o que é prioritário. **Por exemplo, hoje, eu acho que dá mais jogo intervir, por exemplo, nessa questão que eu estou falando dos técnicos de referência dos serviços substitutivos.** Investir na formação deles, porque aí eles vão se empoderar e eles mesmos vão dar conta de colocar o psiquiatra num outro lugar e isso vai ser bom pro psiquiatra. **Não é bom... essa posição que o psiquiatra ocupa pro serviço substitutivo. Ele é, ao mesmo tempo dono do pedaço e empregado de todo mundo, né?** Ele mantém um lugar, uma posição, uma *mise en scène* vamos dizer uma posição mais central do que seria desejado, mas, ao mesmo tempo, ele rala, rala, rala, rala... e responde demanda de todo mundo. (Psiquiatra 16, grifos nossos)

Vejamos a seguinte fala que ilustra um posicionamento não muito comum, mas presente no cotidiano de alguns CAPS: o debate de normas, valores e escolhas de trabalhadores quanto aos seus próprios mecanismos formadores:

É muito doido! Esse povo é muito doido! Que contrata agente aí, né? Sai contratando e põe a gente pra trabalhar! É muito doido... Mas... então, difícil falar disso, porque eu tenho muito... **eu acho que o que me fez topar vir para o CERSAM foi um certo romantismo mesmo, recém-formada, achando que eu podia fazer um monte de coisas,** até um pouco irresponsável, assim: “vou, vou com a cara e a vontade e tal”, mas eu não fiz uma faculdade nas coxas, não. Não fiz mesmo! (Terapeuta Ocupacional 2, grifo nosso)

⁸⁰ A fala é oportuna para dizermos que, recentemente, encontra-se em fase de implantação de uma Residência Multiprofissional de Saúde Mental em parceria da ESP - Escola de Saúde Pública - com o governo de Minas Gerais, tendo a rede de Saúde Mental de Betim como cenário para a referida residência.

A trabalhadora abaixo vem nos fazer considerações decisivas e diretivas de sentido, apontando-nos um tempo de experimentação para que o trabalhador esteja “pronto” para trabalhar no CAPS:

E um profissional está pronto pra tomar as decisões, no mínimo dois ou três anos, né? Que ele vai tá mais seguro para tomar as decisões sozinhas no plantão e tal. **Então, isso eu acho que não existe um reconhecimento do trabalhador da saúde mental, e principalmente do TNS dentro da equipe da Psiquiatria da saúde mental.** (Terapeuta Ocupacional 1, grifos nossos)

Nossas reflexões partem também das palavras acima que, sem dúvidas, abriu-nos caminhos de investigações e busca de respostas para as diversas interrogações acima apresentadas. Se um trabalhador leva dois, três anos para aprender a tomar decisões de/no trabalho e, por outro lado, escutamos dos próprios trabalhadores que a média de tempo de trabalho nos CAPS é de dez anos - “*Deve ter a ver com a formação, né?*” – escutamos.

Este foi o espaço-tempo com o qual nos posicionamos para buscar compreensões, quer dizer, (re)valorizando a experimentação como ponto significativo e formador de opinião e aquisição de competências importantes para se trabalhar nos CAPS:

Dez anos, é... então, eu estou vencida aqui eu passei dos dez. Eu acho dez, atualmente, é até muito! Aqui, cansa, te estressa, mas é mais dinâmico. Eu devo ter falado isso também, às vezes, as coisas aqui acontecem mais, né? É, tem esse lado aí, tem um lado bom, um lado muito triste, tem tudo, tem o lado bom, né? Tem o lado da gente mesmo, mais descontraído de ficar. **Deve ter a ver com a formação, né?** (Psiquiatra 20, grifos nossos)

Quanto aos psiquiatras, percebemos em nossas investigações que, na verdade, existe algo de contraditório, que reconfirma a formação como saída e como problema (para a adesão ao trabalho nos CAPS). Os psiquiatras estão se formando em regime hospitalar, fechados em rotinas protocolares de ensino-aprendizado/tratamento de pacientes. Ou seja, as atuais residências formadoras de opiniões e próximas de nossa realidade de pesquisa acontecem nos seguintes hospitais: no Raul Soares, no Hospital das Clínicas e no IPSEMG. Resta-nos uma interrogação: como conseguir trabalhar em regime aberto, uma vez que os ensinamentos têm ocorrido em regime fechado? Eis aí uma questão premente que revivemos no cotidiano do trabalho real e muito significativa em nosso processo de pesquisa.

Ao conversarmos com psiquiatras mais antigos - que ainda estão ou estiveram na lida por mais de dez anos -, constatamos a existência de algo diferencial que perpassava as residências, em média, entre os anos 1983-1993. Dez anos, nos quais muitos desses trabalhadores e ex-trabalhadores formaram-se psiquiatras. Algo que nos apontou para que um processo de formação diferenciado, mesmo que dentro do hospital psiquiátrico, tenha contribuído a favor de longos anos de experimentação de trabalho no serviço aberto - o

CAPS. Maiores investigações fazem-se necessárias acerca desses achados de campo, aos quais não podemos desconsiderar, antes, contextualizá-los. As falas abaixo exemplicam-nos a situação, desvelando-nos personagens e estilos de ensino-aprendizado que se dirigiam para outros questionamentos para além da Psiquiatria Biológica, ou seja: “(...) *uma formação propícia pra um trabalho futuro em serviços substitutivos (...)*” (Psiquiatra 16). São falas ilustrativas da reconstituição da identidade do “trabalhador psiquiatra coletivo” - conforme nossas investigações teórico-práticas.

Eu fiz residência em 82, 83, no Raul. E, aí vem uma circunstância paradoxal porque, apesar dessa formação mais detida na Psicopatologia, a residência que eu me formei, **ela estava inserida num... nesse movimento da reforma, da vinda do Baságlio**, do filme falando de Barbacena, quer dizer, a gente dava conta... **era possível pra nós, eu acho que foi uma conjunção histórica feliz**, digamos assim, porque, ao mesmo tempo em que a gente tinha uma boa formação em Psiquiatria, evidentemente que isso não era dado, quer dizer, isso dependia do interesse de cada um, do empenho de cada um, mas eu tive esse interesse e esse empenho. (Psiquiatra 16, grifos nossos)

A mesma entrevistada reforça em visibilidade expoentes/psiquiatras clássicos importantes, resgatando a importância de retomada da originalidade da Psicopatologia, da Nosologia, da Fenomenologia, dentre outros, na constituição do ensinamento da Psiquiatria. Também, personagens mineiros, próximos de nossa realidade de trabalho, importantes no mesmo processo e inseridos no contexto da Saúde Mental, inclusive ancorados pela Psicanálise (mais lacaniana do que freudiana).

Isso ofereceu pra minha geração, uma formação muito boa em Psicopatologia, nós fomos formados, eu, particularmente, tinha um interesse muito grande por isso, **lendo Yaspers, lendo Bleuler, lendo Henri Ey, referidos a Clérambault... né? Poderia citar vários outros, Alonso Fernandez e os nossos...** os nossos textos que a gente lia, era muito diferente do que é um Caplan, do que é... são os atuais manuais de Psiquiatria, digamos assim... (...) Então, eu acho, a Psicanálise foi uma presença muito interessante nessa formação. (...) preceptores que foram muito importante na minha formação, César Campos... Francisco Paes Barreto... Antônio Beneti... que eram pessoas que gostavam dessa área, que trabalhavam nessa área, mas que não tinham problemas de questionar, de pensar... de avançar. Então, eu acho **que foi uma coisa muito feliz na minha vida ter tido essa formação com todos esses aspectos, a Psicopatologia, a Psicanálise e essa dimensão social, filosófica, de um questionamento da instituição psiquiátrica.** (Psiquiatra 16, grifos nossos)

Por outro lado, a fala seguinte desvela-nos outras questões, também passíveis de maiores investigações que aqui não fechamos - ressignificamos. Ela localiza que, na década de 1990, algo teria contribuído desfavoravelmente para a adesão do novo (futuro) psiquiatra aos CAPS. A situação é passível de futuras investigações.

Houve um “boom”... passa a ser mais científica a Psiquiatria, eu noto, por exemplo do meio dos anos 90 até o final (...) **Aconteceu alguma coisa, na década de 90 que pode ter a ver com a formação**, pode ter a ver com uma certa... um certo exaurimento, um certo cansaço com a questão da militância, **a militância antimanicomial muito radical, aqui pelo menos no nosso meio.** Ela pode ter desestimulado, **ela não convidava a uma identificação, né?**

Porque também não oferecia alternativas de formação e, simplesmente, de uma adesão a uma ideologia, né? É diferente quando você conquista a entrada de jovens profissionais por identificação, porque ali tem uma coisa pra aprender, e essas pessoas podem aplicar. (Psiquiatra 18, grifos nossos)

Os questionamentos acima fazem sentido, principalmente ao localizarmos que os psiquiatras que se formaram nesta década de 90, pouco têm se interessado pela RP e pelo trabalho nos CAPS. Quer dizer, há uma crítica acerca de uma sobreposição de processos ideológicos (mais radicais) em detrimento de conversações sobre o (re)fazer em atividade, do investimento na formação dos futuros trabalhadores - em especial os psiquiatras - para trabalharem nos CAPS. Isso faz sentido quando revisitamos a história e constatamos que muitos psiquiatras formados entre os anos 83-93, foram e alguns continuam sendo protagonistas da implantação/implementação dos CAPS e das políticas reformistas.

A fala abaixo aponta-nos outra questão: o foco psicanalítico prevalente de uma residência em detrimento de outras abordagens, o que, de alguma forma, mesmo com críticas à prevalência da Psicanálise em sua formação na década de 90, parece ter sido um diferencial na vida profissional para que este trabalhador esteja, hoje, inserido no trabalho dos CAPS, porém, com muitas reservas quanto à ideologização da RP e MLA.

Mas eu fiquei até surpreso, porque na realidade **eu não fiz uma residência em Psiquiatria, eu fiz uma residência de Psicanálise lacaniana com ênfase em Psiquiatria.** Então eu tive um grande material pra me aprofundar na Psiquiatria, mas senti que **eu tive que correr atrás como um autodidata pra ser um médico psiquiatra, porque eu tive uma intensa formação psicanalítica lacaniana,** e que eu também não estava querendo isso, eu queria que as coisas fossem equilibradas e não foram. Então, senti que a **minha formação como psiquiatra foi muito fraca, não era isso que eu queria.** (Psiquiatra 24, grifos nossos)

Podemos dizer também, segundo nossos achados de campo, que muitos psiquiatras estiveram à frente desse processo de RP e que, hoje, a situação é outra: os psiquiatras estão saindo dos CAPS por motivos muito variados como podemos ver ao visitar nosso texto. Agora, há psiquiatras que dizem que a RP, no que diz respeito ao trabalho dentro dos CAPS, não tem sido atrativa, ao contrário, eles têm ficado somente com o peso do trabalho real, sem tempo, inclusive, para (re)pensarem sobre o que fazem quando estão trabalhando.

Não nos resta dúvidas que a restituição do diálogo (conversas sobre a atividade) seja um bom caminho, isto é, o viés da interrogação da Psiquiatria a ela mesma, mas também do psiquiatra por ele mesmo. *“Agora, se eles não quiserem, eles não vão poder trabalhar nos serviços substitutivos, eles não vão nem querer trabalhar. Se eles quiserem, se for uma coisa do desejo deles... eles vão ter que fazer alguma coisa. Eles não podem ficar imobilizados nessa formação”* (Psiquiatra 16). Quer dizer, esse *“ter que”*, *a priori*, reconduz-nos a uma

necessidade de refazimento de protocolos, prescrições novas de trabalho, a fim de que eles sejam ressignificados, mediante escolhas e valores dos trabalhadores.

Dentro do mesmo assunto, consideramos que o processo de adesão a algum estilo de trabalho não passa somente pela formação em termos formais, mas por outros caminhos. Melhor dizendo, a formação que passa pela experimentação, um desafio, uma questão importante, cuja fala seguinte é rica em direção:

Agora, mesmo feito isso, ainda restaria sempre uma coisa que não se deixa dizer dessa maneira, **que você só aprende conversando com doido, viajando com doido, construindo coletivos, militando, tendo experiências com a arte, né?** Eu acho sempre que é uma coisa que não se vai deixar toda dizer dessa maneira. E que é bom que não se deixe, isso é uma fonte de vitalidade pra nós. (Psiquiatra 16, grifos nossos)

A fala abaixo é significativa no sentido de localizarmos a insuficiência de determinados dispositivos formadores de opinião que não tocam, especificamente, na questão da subjetividade do trabalhador em formação. O assunto é polêmico:

Então, eu acho assim, residências, especializações, mestrados, doutorados, tudo importante. (...) Agora, que eles não fiquem servindo pra tampar um buraco que vem de antes. **E, neste sentido, no curso de Medicina, nos cursos da saúde, a gente deveria intervir na questão da subjetividade.** (Psiquiatra 16, grifo nosso)

Tal situação remete-nos a um questionamento importante: a inclusão do estagiário de Psiquiatria vindo do hospital psiquiátrico Raul Soares. Trata-se de uma perspectiva de formação via experimentação⁸¹. Há relatos de muitos trabalhadores de que tal estágio seja insuficiente para se pensar processos de novas adesões desses futuros psiquiatras nos CAPS. Nossa pesquisa desvelou que, mesmo que seja insuficiente, ele ainda tem sido a expectativa de reversão da falta de psiquiatra nos CAPS.

Nesta direção, há uma reflexão de que o processo de RP tome a formação de seus (futuros) trabalhadores para si. Escutamos rumores acerca da criação de residências multidisciplinares para os próximos anos⁸², como forma de empoderamento dos atuais e futuros TR's (psiquiatras ou não).

Observemos a fala seguinte: *“Eu acho que vai ser muito interessante se a gente conseguir suscitar em alguns psiquiatras, por poucos que sejam, esse desejo: “vamos fazer uma residência de Psiquiatria bacana, diferente. Agora, isso vai depender muito dos*

⁸¹ O assunto é prenhe de dilemas no sentido de que, considerando os quatro CAPS estudados, somente em um deles há residentes de Psiquiatria, vindos do Hospital Psiquiátrico Raul Soares - a nosso ver uma contradição, se bem que sabemos que há residentes em outros CAPS da rede de saúde mental de Belo Horizonte, de menos na rede de Betim.

⁸² Recentemente, como resultado da III Conferência de Saúde Mental – Intersetorial de Belo Horizonte, no eixo I, garantiu-se: “Criar a Residência Municipal Multiprofissional em Saúde Mental, de Psiquiatria e Psiquiatria Infantil nos serviços substitutivos”.

anômalos que a gente conseguir captar” (Psiquiatra 16). Ela é importante, bem localizada e oportuna no sentido de abordar a questão dos *anômalos* e da anomalia da/na formação dos novos trabalhadores para os CAPS. Essa terminologia foi instituinte de sentido em nossas investigações. Estivemos presentes no seminário da Escola de Saúde Pública (ESP), no qual nasceu essa metáfora que, na sequência, estamos vivenciando: *“Numa época que, como a gente já discutiu, não está muito propícia pros anômalos”* (Psiquiatra 16).

Mas, enfim, do que se trata quando se diz *“anômalos”*, trabalhadores *anômalos* neste contexto de reflexão sobre o trabalho e formação (dos psiquiatras)? As falas abaixo são esclarecedoras desse sentido:

Eu acho que partiu de uma brincadeira do Emerson Merhy e eu acho que foi uma brincadeira muito feliz, porque é da ordem de **uma certa excentricidade**, né? De **um certo você não se deixar... não se deixar caber**, até porque você sabe que é **incabível** dentro de um certo esquema, de uma certa identidade... né? Agora, eu acho que **num dá pra ser anômalo marginal, desgraçado, infeliz, né?** Esse personagem do marginal, não é isso. (...) **O anômalo** ele tem que tá... o que é importante na formação dos anômalos como o Emerson Merhy pensou, **é porque eles estão no coletivo**, eles estão fazendo juntos. Então, eu acho que é isso... **essa possibilidade de você ser diferente como são os nossos usuários num outro sentido**, mas de **caber num coletivo com essa diferença**. **Porque se o anômalo for infeliz, ele acaba suicidando**, acaba ficando um fracassado na vida, o anômalo que consegue estar, anomalmente, presente num coletivo, a vida fica uma vida mais interessante de ser vivida, né... mais, desejável de se viver! **E o trabalho, eu acho que ele não pode ser essa coisa... essa obrigação financeira, moral... né?** (...) O trabalho tem que ser uma coisa mais apaixonada, mais dentro da vida da gente, né? Num pode ser aquela coisa que você vai, esquece lá fora e volta pra casa, né? E, eu acho que os anômalos, o que eles tem é essa exigência de que o trabalho não seja isso, num seja um ganha pão, mau ou bom, que não seja só essa coisa só a serviço da sobrevivência. (Psiquiatra 16, grifos nossos)

Para finalizar nosso sequenciamento de análises sobre a formação, fica-nos uma questão em aberto. Trata-se de uma situação importante, levando em conta nossas considerações introdutórias sobre o romanceamento familiar, do vivido cotidiano sócio-cultural de cada um, ou seja, a questão da subjetividade (em meio a este processo de formação) no aspecto singular histórico de vida-escolhas teóricas/profissionais. São situações aqui analisadas no campo de trabalho do psiquiatra, mas que se aplicam a outros trabalhadores que também localizamos. Estamos nos referindo a algo que escapa à formação acadêmica e à experimentação, melhor dizendo:

Não creio que se trate de uma coisa escrita nos cromossomos, mas eu acho que alguma coisa que vem da história das pessoas, das famílias, do trajeto social, cultural, das leituras que você encontra na sua vida, dos autores que você gosta, né? Trajetórias, circuitos, que repito, a minha geração, sim, teve mais acesso a eles, sem dúvida nenhuma. (...) Sabe, eu acho que realmente, existem **certos saberes que não é na academia que se encontra**, que você... eu tenho isso muito claro. **Não só você não os aprende na escola**, porque tem alguns que você não aprende, mas poderia aprender, né? (Psiquiatra 16, grifos nossos)

Em outros termos, a escolha pela Psiquiatria pode funcionar como uma parceria na vida de determinados profissionais, inclusive para aqueles que se mostram engajados no

trabalho do CAPS. Tomando como exemplo este profissional que apresenta uma trajetória de vida muito singular, pelo que evidenciamos em entrevista: seu investimento na RP, a exemplo da fala acima, dedicando-se cerca de quinze anos aos novos tratamentos em saúde mental.

Eu escolhi fazer Psiquiatria porque a minha família é uma família cheia de pessoas que têm transtornos mentais graves. Eu nasci neste contexto. Foi isso que me influenciou na forma de lidar sim... eu acho que é familiar... eu nasci e convivi com familiares que eram internados em hospitais psiquiátricos... eventos psiquiátricos na minha família é uma coisa comum, eu me interessei por esse assunto desde criança, desde criança eu escuto essa palavra esquizofrênico, PMD... naquela época, psicose maniaco depressivo, desde minha infância, tanto do lado paterno, quanto do lado materno. Minha vó que tinha transtorno do humor. Ninguém entendia, porque ela ficava meses trancada dentro de um quarto, de repente, num belo dia, ela levantava e comandava uma fazenda, durante anos, de repente ela caía. **Isso refletiu na minha escolha e minha forma. Acho que foi uma coisa familiar. Tem um psicanalista que eu escutei falar, quando eu comecei a estudar Psicanálise na residência, ele falou que Psiquiatria era um sintoma (...).** (Psiquiatra 13, grifos nossos)

De outra maneira, localizamos, a partir dessas falas, a existência de “trabalhadores psiquiatras coletivos/anômalos” - sujeitos em extinção de acordo com nossos achados de campo. Ainda dentro desse contexto de formação via trajetórias de vida, que nos reenvia às escolhas teóricas/profissional e, revisitando as questões da ideologia e da militância (constituintes de novos adjetivos para os psiquiatras), como poderíamos localizar no trabalho a origem do trabalhador militante (trabalhar, militando ou militar na prática de trabalhando)? Estamos nos referindo à rara constituição do “trabalhador psiquiatra coletivo/anômalo antimanicomial”, segundo nossas análises, um trabalhador formador de opinião neste contexto de trabalho prático nos CAPS.

Nesse contexto, o trabalhador seguinte remonta a origem de sua militância, a partir de paixões políticas, redutoras de angústia, segundo Ansart (1975), a partir do investimento de trabalho em outros campos. Vejamos um sequenciamento que nos desvela processos identificatórios históricos e definidores de escolha profissional pelo ser médico-psiquiatra/engajado.

É, eu acho que é também isso, quer dizer, não tem jeito, é a trajetória mesmo que faz... então por exemplo, eu nunca...eu, eu fui camponês... depois, fui operário... esse negócio de ter virado médico, pra mim, uma novidade grande demais, virado um **pequeno burguês**, né? No interior, uns treze, quatorze anos eu trabalhei... Fui carreiro. Carreiro é o cara que dirige carro de boi, né? Fui carreiro de caminhão... numa carvoeira e eu era carreiro. (...) Isso quer dizer, eu desde... que comecei a trabalhar, inclusive de carteira assinada... trabalhar mesmo, fora, né? **Trabalhei como camponês durante anos...** depois, eu consegui fugir da minha terra, vim pra Belo horizonte, estudar e trabalhar, **fui trabalhar numa empresa industrial... estudando à noite e trabalhando...** nesse período então, fiz o segundo grau, já me aproximei do movimento político... então, eu fazia avião pra produção sindical metalúrgica da fábrica. **Levando panfleto, né?** (...) **Eu era assessor do sindicato dos bancários e da Cut**, e da confederação nacional dos bancários, assessor do trabalhador, assessor mais político mesmo, no caso só do trabalhador. Eu era trabalhador... inclusive, né?... o nascimento da CUT... eu era, eu ajudei é... a montar a plataforma, na época tava o sindicato dos bancários, que eu

terminei a... o movimento de oposição bancária era um dos mais fortes da CUT aqui em Minas na época de 80, né? (Psiquiatra 21, grifos nossos)

Ampliando nossas investigações a partir de alguns aspectos de trajetória de vida em outros trabalhos, o mesmo trabalhador encontra-se com a Psiquiatria, reforçando laços ideológicos contra a exclusão, deparando-se com a transformação de sua militância para um trabalho médico-militante pela “Reforma Psiquiátrica Antimanicomial”.

Em 86, esse processo tava correndo em 86/87, justamente no período da minha residência, então uma coisa inusitada de ver que então... eu lembro assim, que era...ah...uma discussão, nossa, e os outros profissionais podiam escrever no prontuário, **fazer revolução, essas coisas assim, assembléia de usuários, reunião de usuários dentro do hospital, reunião de usuários e técnicos, tudo era uma grande revolução naquela época, né? Uma grande revolução que foi assim, varrida né... (...)** Eu fiquei muito nessa coisa assim do... **do médico que é ao mesmo tempo um militante**, que coloca a Medicina a serviço de quem tá precisando dela. (...) Assim ficou muito nesse registro sabe, de ser um saber que se coloca, de um conhecimento que se coloca à disposição de quem mais precisa dele, né? **Se antes eram os operários, né?... a classe operaria, hoje, são os loucos, apenas mudei.** (...) O quê que me aconteceu, eu, **eu acho que ajudou nessa, nessa escolha, também acabei fazendo opção por Psiquiatria**, já que eu fiz a residência, né? Isso, era um pouco de ter, de tá ligado à política, né? De ser militante estudantil, de ter participado de um certo renascimento do movimento estudantil que não tava lendo só Marx, Trotski, Lênin, mas tava lendo Heich, tava lendo Freud, enfim... Foucault, Derrida... (Psiquiatra 21, grifos nossos)

Tal situação exemplifica-nos a questão da anomalia existente em determinados trabalhadores (coletivos) em potencial, inclusive, que nos reenvia às argumentações de Hameline (1985), nas quais ele dialoga sobre o destino do militante moderno, (do trabalhador-militante do CAPS e da RP) em nosso contexto de pesquisa. Ou seja, um desvelamento da pluralidade de facetas do militante. Em meio a várias reflexões teóricas, situa a existência do militante e de seu destino, fazendo alusão a Dom Quixote - um militante. Ou seja, de um lado, situa-se a impenetrabilidade na cozinha de tal personagem; por outro lado, metaforiza a existência do guerreiro que porta um armamento bélico dirigido por um ideal iluminista de combate. Há aí um sentimento de superioridade, com o qual pouco se importa. Em seguida, diz de seu destino que, segundo ele, encontra-se inserido na própria origem definidora do termo. Este termo, “militante”, encontra-se inscrito desde o fim do século XVIII no vocabulário religioso, no qual se localiza a “Igreja Militante” que, em oposição à “Igreja Triunfante”, “designa a condição terrestre do povo dos batizados” (HAMELINE, 1985, p. 91). A questão definidora do termo encontra seu destino - exatamente na passagem de seu significado da esfera religiosa para a esfera laica no século XIX -, revestindo-se de crenças e suposições. Quer dizer, a marca do militante situa-se através de séculos na luta terrestre das igrejas contra as portas do inferno (HAMELINE 1985, p. 90-91). Seria esse um caminho que percorrem os militantes modernos, inclusive aqueles antimanicomiais: trabalhadores travestidos de Dom Quixotes que, resguardando a entrada em

suas cozinhas (suas nuances de vida), vão à luta, posicionando-se entre o “céu e o inferno”, porém “mascarados” em suas próprias crenças e pré-suposições?

Não poderíamos desconsiderar a questão do desejo de modificação da/na formação de psiquiatras em se tratando de trabalho. A fala seguinte é convidativa para revalorizarmos a atividade e o trabalho real. Ela refaz críticas acerca do interesse do psiquiatra em trabalhar nos CAPS, mesmo em tempos atuais. Não se trata de uma construção fechada, antes de um questionamento aos psiquiatras.

Com a palavra, um psiquiatra que esteve dez anos na prática dos CAPS:

A minha expectativa é que mude a formação do psiquiatra. Eu acho que pra mudar a formação, tem que mudar os professores... quem tá formando, eu tive bons professores biológicos, bons professores dentro da Psiquiatria Social... **Eu acho que num tem que ser como era antes, porque o país é outro, o contexto é outro, né? As políticas mudaram...** a minha expectativa é essa... que as pessoas não fiquem tão vendidas pra indústria farmacêutica, como se os **atípicos** fossem resolver todos os problemas... né? Escutar o paciente, a família, o vizinho... Eu acho que tem que ter pessoas pra tá pensando o trabalho do psiquiatra, teorizar isso, pra que isso sirva de material pra quem vem aí, ou pra quem está aí, pra nós que estamos executando. Não é isso? É isso! (Psiquiatra 13, grifos nossos)

4.2 O CAPS intermediário: entre o II e o III

A discussão que nos propomos a fazer diz respeito à localização de um CAPS intermediário entre o CAPS II e o III. Trata-se de um CAPS que existiu (e que não existe mais em nosso contexto de pesquisa), segundo nosso entendimento histórico dos referidos campos apresentados, e que, evolutiva e estrategicamente, expandiu seu funcionamento para finais de semana e feriados antes de se tornarem CAPS III, considerando seu processo de implementação. Uma situação que ocorreu mais claramente em três dos quatro CAPS estudados e por um tempo maior em dois deles.

Resgatamos o CAPS intermediário para (re)localizar um espaço-tempo diferenciado de investigação sobre o lugar do psiquiatra e da Psiquiatria nesse campo de trabalho.

Em nossas investigações apresentadas até aqui, os trabalhadores disseram muito desse momento histórico, associando-o à procura de recursos fora dos CAPS, onde a “crise de sentido” (também fora dos CAPS) exigia dos trabalhadores uma movimentação, uma parceria. Devido ao CAPS intermediário não funcionar 24 horas, os trabalhadores corriam mais atrás de dispositivos de parceria na rede e no território: albergues, pensões, vizinhanças e outros, inclusive o hospital psiquiátrico para o pernoite de pacientes mais graves, fazendo “uso de si”, apresentando renormalizações e ressignificando valores e escolhas em termos de debates.

Estreitamente ao nosso contexto de pesquisa, focaremos a situação do funcionamento dos finais de semana e feriados nesses CAPS intermediários, que refletem movimentações atuais de alguns psiquiatras. Segundo nossa compreensão do processo junto aos entrevistados, essa expansão do tempo de funcionamento ocorreu num primeiro momento em regime de desejo de investimentos dos trabalhadores em promoverem a criação de um dispositivo mais forte e consistente para fazer contraponto ao hospital psiquiátrico. Todos os trabalhadores foram trabalhar no final de semana, em regime de rodízio de plantões. Com relação ao psiquiatra, foi esse o espaço-tempo de localização do seu trabalho, onde ele não se fazia presente, ou seja, aquele “*plantão de referência médica*”, que já abordamos. Diz de uma formatação de trabalho, na qual o psiquiatra é convidado/convocado a trabalhar, sem sua presença física. Estando de plantão em um CAPS intermediário, ele teria que dar assistência a outros CAPS, onde não tinha o trabalhador psiquiatra.

Funcionava, funcionava. Começou funcionando **sábado e domingo**. E foi uma história assim... **Esse é um ponto delicado...** o pessoal da equipe disse o seguinte: poxa nós temos que bancar o funcionamento no final de semana. Ah, mas não tem equipe para fim de semana. Ah, então nós mesmos vamos fazer. Fazer como? Ah, eu dou o plantão, vamos em sistema de rodízio e depois eu tiro essas horas que eu trabalhei como folga. Então, isso foi assim, **uma ingenuidade dos trabalhadores porque depois disso virou uma forma da prefeitura estar explorando os funcionários.** (...) Porque alguns anos depois eu considerava esse plantão de final de semana como uma exploração porque ele virou obrigatório, você não tinha escolha, quando eles pensaram em remunerar **o plantão era uma remuneração indigna.. por exemplo, tem médico igual a você ganha o dobro por doze horas**, então por que um médico, seu colega, que formou junto com você, dá um plantão de doze horas sábado e ganha duas vezes o que você ganha? Isso é ridículo. Na mesma prefeitura... Isso é uma desconsideração. Era uma coisa muito tranquila, porque você ficava ali com três pacientes no sábado e no domingo e a coisa estava no entusiasmo do começo e durante a semana, a semana não tinha sido tão desgastante e tudo isso somava para você ter essa disponibilidade, essa disposição. **E também o entusiasmo de quem está abrindo uma novidade...** (Psiquiatra 31, grifos nossos)

A questão é que, com a evolução do processo de trabalho, da demanda em sobrecarga, o volume de trabalho cresceu, a remuneração não se tornou equivalente ao trabalhador que, por exemplo, trabalha numa urgência clínica.

De outras especialidades. Então nossa remuneração para os plantões no final de semana, elas são inferiores a remuneração de outros médicos, por exemplo, que trabalham nos serviços de urgência... E até acresce uma outra injustiça, que nos obriga a coordenação, a não só, trabalhar nos finais de semana obrigatoriamente e em carga extra à nossa carga horária semanal, não só para o CERSAM, mas, pior ainda, para outros CERSAM's. Então, a gente além de trabalhar no final de semana, aqui, obrigatório, a gente tem que ser referência pra outros CERSAM's. Atender pacientes até por telefone, que é algo que nós não concordamos, mas que já demos o primeiro passo, que é da justiça, pra acabar com a obrigatoriedade. (Psiquiatra 24)

Foi dentro desse cenário de reivindicação de participação em discussões e restabelecimento de sentido de trabalho, que alguns psiquiatras, mediante a escassez de diálogos e conversas sobre a atividade, conforme eles mesmos disseram de formas

singularizadas, movimentaram-se apoiados na “crise de sentido” em busca de justiça pela não obrigatoriedade de fazerem esses plantões. Pelos nossos conhecimentos dos processos de trabalho dos CAPS, alguns seis ou sete psiquiatras (representando grande parte desses trabalhadores, distribuídos entre outros CAPS) procuraram o jurídico, por um viés corporativista, pelo Conselho Regional de Medicina (CRM) e sindicato dos médicos, para reivindicarem a não obrigatoriedade da realização desses plantões. As justificativas que escutamos residem na baixa remuneração e em não concordarem com a telemedicina, dizendo tratar-se de um mecanismo ideológico e/ou econômico-financeiro. Ideológico no sentido de que manter o psiquiatra 24 horas no serviço abriria brechas para a psiquiatrização do modelo de Reforma Psiquiátrica dentro dos CAPS. Em nosso meio de pesquisa, as reclamações quanto ao “plantão de referência médica” foram unânimes, mas houve posicionamentos, em forma de debate de normas, valores e escolhas, que relativizaram a situação, dizendo que, tal plantão, precisa ser melhor remunerado, quiçá mudado de lugar para o SUP, por exemplo, estendendo seu funcionamento para 24 horas. A situação é polêmica e controversa, merecedora de maiores investigações.

Em termos teóricos, em diálogo com a Psicanálise, abre-se tal reflexão para aquilo que chamamos de clínica das ações, ou seja, a *passagem-ao-ato* e o *acting out*, a passagem sendo algo:

(...) em que passa-se do registro imaginário a um ato real, aqui enquanto realidade objetiva, ou subjetiva. Revelando um não-funcionamento adequado do simbólico. Desde que este, aí, é insuficiente ou ausente para intermediar essa passagem, colocando em palavras o imaginário ou o real do mal-estar, muitas vezes localizado ao nível do corpo ou persecutoriamente, no campo do Outro, encarnado por alguém. (BENETTI, IN: NILO et al, 2008, p 184)

Quando este ato tem um endereçamento mais claro:

Ou seja, quando o profissional psi não escuta o que o sujeito quer dizer na sua fala, o paciente atua, como se fosse um grito para o terapeuta escutar mais além de ouvir. Uma não-escuta de uma posição subjetiva do paciente na relação com o técnico ou com o social levam a passagens ao ato” (BENETTI, IN: NILO et al, 2008, p 184)

Segundo nossa compreensão e análise, avaliamos o fato ocorrido na falta de diálogos, tanto entre trabalhadores, quanto com a coordenação, os gestores. Assim, a entrada na justiça assenta-se na economia psíquica dos dois caminhos, como passagem ao ato no sentido de esgotamento de recursos simbólicos na conversação entre gestor e trabalhador. Por outro lado, uma ação dirigida ao gestor como forma de se fazerem escutados - os psiquiatras.

Pela Clínica do Trabalho (via Ergologia), algo do “viver juntos” se rompe, desfazendo coletivos de trabalho. Segundo Schwartz (2007, p. 102), “É preciso criar locais para debater o que está em jogo no trabalho, neste momento em que se projetam novas maneiras de

trabalhar”⁸³. Não aprofundamos nossas investigações nesse meio de campo, mas: “*Aí, a gente sabe que a justiça é lenta, mas já ganhamos em primeira instância contra essa injustiça que a prefeitura nos impôs dentro de uma ideologia e dentro da falta de profissionais, né? Pra tá trabalhando, e que a prefeitura faz esse tipo de situação.*” (Psiquiatra 24)⁸⁴.

⁸³ Neste contexto, vale considerar que, recentemente, abril de 2010, por ocasião da III Conferência de Saúde Mental - Intersetorial de Belo Horizonte, o Eixo I garante: “Apoiar e fortalecer a atuação da Comissão Municipal de Reforma Psiquiátrica, assegurando participação efetiva e qualificada do controle social e criar fórum municipal de trabalhadores em saúde mental garantindo o protagonismo deste na luta antimanicomial”

⁸⁴ Até o momento e alcance de nossa pesquisa, os gestores recorreram da situação na justiça e ganharam a situação, quer dizer: os psiquiatras continuam trabalhando no mesmo regime, esperando por novas conversas sobre a atividade.

CAPÍTULO V

5. AS DINÂMICAS DO RECONHECIMENTO NO/PELO TRABALHO

Tomemos como ponto de partida, as palavras abaixo, para inaugurar nosso diálogo acerca das dinâmicas do *Reconhecimento* no/pelo trabalho nos CAPS - um lugar, no mínimo, polêmico e que refaz o dilema existente entre o trabalho prescrito e o trabalho real.

A relação que existe entre a organização real e a prescrita do trabalho é sempre conflitiva: o sujeito opõe-se, invariavelmente, à segunda. As atitudes inventivas e as tentativas de se realizarem experiências novas no trabalho implicam um sofrimento que se apresenta muito custoso no plano psicológico e para a saúde globalmente. Como retorno à contribuição dada pelo trabalhador à organização do trabalho, ele deve receber uma retribuição que não se resume à simples atribuição de um salário ou de um prêmio por produtividade, isto é, ela necessita ter, antes de mais nada, um caráter moral, devendo, normalmente, tomar a forma de um reconhecimento. (MERLO apud JACQUES & CODO, 2002, p. 136)

Antes de nos atermos, especificamente, a qualquer teorização acerca do tema, revisitando o “chão de fábrica” dos CAPS, deparamo-nos, por sua vez, com a palavra *Reconhecimento* no contexto de nossa pesquisa, via verbalização dos trabalhadores. Vale ressaltar que se trata de um importante elemento em nossas categorizações sobre o trabalho do psiquiatra nos CAPS. E, mesmo que não tenham sido muitos os trabalhadores que tocaram no assunto, constatamos que aqueles que mais o fizeram, direta ou indiretamente, foram, em sua maioria, os psiquiatras (e de forma contundente).

Entre idas e vindas ao trabalho real, as falas dos trabalhadores foram, paulatinamente, esclarecendo-nos a questão. Enfim, o que querem dizer os trabalhadores, quando falam de *Reconhecimento*? De que e de quem? Em primeira instância, não se trata somente de um reconhecimento financeiro. Esse foi nosso caminho de investigação, aliado às teorizações que consideramos afins, baseadas nos seguintes autores: Dejours (2004), Schwartz (2007), Silva (2008), Mattos & Souza (2007), Honneth (2003) e Barros (2007).

As razões para a diversidade de teóricos reside no fato da complexidade de nossos achados de campo e pelo fato de tais autores apresentarem pontos de vista complementares um em relação ao outro.

De antemão, analisemos o sequenciamento de situações verbalizadas, questionadas, polemizadas, cujo pano de fundo foi a reivindicação por *Reconhecimento*. Em nossas entrevistas, os psiquiatras disseram, categoricamente, antes da falta de *Reconhecimento* no/pelo trabalho do que de sua presença. O ponto comum a todos os psiquiatras é que eles não são reconhecidos na identidade de trabalhadores dos CAPS, fato que já perpassou nossas

reflexões: “(...) *se em algum momento, eu penso em reconhecimento, eu penso em um reconhecimento profissional assim... um reconhecimento do trabalhador, um reconhecimento aí do... do trabalho que é feito, sabe*” (Psiquiatra 15). No mesmo contexto e de outra forma: “*Os discursos que eu ouço por aí é de que os psiquiatras não são reconhecidos, o psiquiatra não vale nada no CERSAM. Eles, de fato, acham que psiquiatra não é psiquiatra no CERSAM, assim, mas o que é ser psiquiatra no CERSAM, né?*” (Psiquiatra 15). Fato este que confirma a crise de identidade do psiquiatra nos CAPS. O que nos remete à questão de que a simples ocupação do trabalhador em um determinado meio, não seja suficiente para dizer que sua identidade possa ser reconhecida. Espera-se que esta situação se faça numa inter-relação entre a subjetividade e a objetividade dos fatos, dentro de um processo histórico-cultural, no qual o trabalho mostra-se constituinte.

Melhor dizendo:

Se entendermos o trabalho em sua condição genérico-humana, de transformação da natureza, e transformação do próprio homem, nos deparamos com os processos de subjetivação que são aí também estabelecidos. Por meio do trabalho, o sujeito experimenta o reconhecimento de si mesmo e pela esfera da alteridade, a existência ineliminável do reconhecimento do outro, simultaneamente. (BARROS, In: CUNHA, 2007, p. 171)

A partir daí, diversas foram as abordagens. Os trabalhadores, em geral, disseram que, se há um *Reconhecimento*, este vem de uma relação “mútua-intersubjetiva” entre eles mesmos, acerca do que fazem quando trabalham e também de pacientes (e familiares).

Diz um trabalhador: “*No CAPS é ótimo. É uma equipe que trabalha há anos, todo mundo junto. Eu acho que há o reconhecimento da equipe em relação ao trabalho, dos pacientes... é, de nós psiquiatras. A parceria funciona muito bem*” (Psiquiatra 5).

A partir dessa primeira situação, os psiquiatras passaram a falar sobre o excesso de trabalho, inclusive pesado, sobrecarregado (haja vista o processo de evolução da demanda em sobrecarga) e muito exigente: “(...) *e como todos, os serviços do médico era muito pesado, né? Muito estresse o trabalho do médico, é... eu acho que não havia um reconhecimento disso... ainda com cobrança excessiva, não valorizava nada o trabalho do médico nem dos outros colegas*” (Psiquiatra 27). Isso tudo, levando a um estado de *mal-estar* (já constatado), traduzido por somatizações, desgaste físico e emocional, desânimo, ou seja, à dinâmica prazer/desprazer/sofrimento no/pelo trabalho.

O sentimento de desvalorização pelo trabalho que exercem foi uma grande ressonância em suas falas. Por estarem o tempo todo trabalhando, “engolfados, engolidos” pelo trabalho real, os psiquiatras mal têm tempo para o descanso e para refletirem sobre o que fazem. Sentem-se diminuídos, restando-lhes apenas o cumprimento de suas obrigações. “*Tudo pelos*

usuários”, dizem a maioria dos trabalhadores. Nesse contexto, os psiquiatras comentam que não vêm a importância de serem médicos nos CAPS, ao mesmo tempo em que são convocados o tempo todo para este lugar - um paradoxo frequente no trabalho dos CAPS.

(...) o que eu vejo é que se pensa muito no usuário e pouco no trabalhador. Hoje em dia eu avalio isso, acho que **nós somos pouco valorizado** pelo que a gente faz, sabe... assim e sem fim, e **outras coisas de valorização** que você poderia ter, por exemplo, cê vai ficando mais velho, vai ficando... isso: “que opções que você tem, ou cê fica no CERSAM ou vai pro Centro de Saúde?” **Sabe, eles não te dão outra perspectiva de trabalho, não existe de verdade, e poderia, por que não?** Se você tem alguma experiência... tem historia aqui, cê podia ser encaixado em alguma coisa, né? Pegar um grupo de pessoas... não sei, tô só pensando por alto, **mas a gente não tem essas opções.** (Psiquiatra 20, grifos nossos)

Um outro sentido dessa (des)valorização dos trabalhadores é aquele de somente trabalhar e não se sentir fazendo parte do projeto: “(...) *eu acho que seria um reconhecimento da instituição mesmo, talvez da coordenação... um reconhecimento de que os trabalhadores fazem parte desse projeto e sem eles, esse projeto dança! Sabe? É... e as pessoas estavam e estão muito descontentes..*” (Psiquiatra 15). Compreende-se que os projetos de saúde mental são enaltecidos em suas conquistas, enquanto aos trabalhadores são reservados somente o fazer prático, sem a valorização dessa experimentação. Talvez, esta seja a maior reivindicação por *Reconhecimento* no/pelo trabalho dos CAPS. Neste sentido de pertencimento, de fazer parte do local onde se trabalha e ainda nele projetar o futuro, é que Schwartz (2007) vem nos (re)apresentar o “projeto/herança”, dizendo que “a noção projeto/herança na atividade cotidiana (aquela na qual desenvolvemos nossas experiências) não tem sentido senão com relação à nossa própria trajetória” (p. 101). Em outros termos e

Dito de outro modo: em uma situação dada (por exemplo, numa empresa, num serviço), escolhemos na história aquilo que é mais conveniente, o mais conforme aos nossos valores e que remete ao que queremos transformar em patrimônio num projeto, na vida futura no seio dessa mesma entidade. Ou seja, o projeto e a herança remetem um ao outro. Há um pouco dessas dinâmicas de projeto/herança em toda situação de trabalho, me parece. É uma espécie de dialética, ela pode se movimentar. (SCHWARTZ, 2007, p. 100, grifo nosso)

Vejamos a seguinte fala para exemplificar a situação:

Da valorização do grande trabalho que a gente tem feito nos CERSAM's assim, eu acho que é assim.... **de que a gente tem sustentado nos CERSAM's, o projeto da saúde mental, acho de uma forma brilhante assim, sabe?** E, talvez, quando se fala em reconhecimento assim... é da gente poder, da gente ser valorizado enquanto profissional, **valorizado enquanto pessoas que estão fazendo o projeto acontecer, esse projeto substitutivo... esse projeto que tá, realmente, sendo um projeto diferencial muito grande na saúde mental... assim...** (Psiquiatra 5, grifos nossos)

Nesse sentido é que os psiquiatras não vêm perspectivas futuras de construção/inscrição na cultura de um patrimônio de trabalho, a partir dos projetos de saúde mental dos quais fazem parte. Dizem eles serem apenas executores de tarefas, de prescrições

idealizadas e trabalhos ideologizados por outros, sem a devida reconversa e consideração sobre a atividade. Nas palavras do autor: “É aí que reencontramos a dialética micro/macro em relação à dimensão e à significação do campo do político” (SCHWARTZ, 2007, p. 100). É dentro dessa linhagem de repensamento sobre a atividade de trabalho que retomamos o IGR5 de uma competência de trabalho, para dizer do *Reconhecimento*, via Ergologia: “a ativação ou a duplicação do potencial da pessoa, com suas incidências sobre cada ingrediente (SCHWARTZ, 2007, p. 219). Assim, a partir desse ingrediente, promove-se uma síntese dos outros quatro, ou melhor, “a partir do momento em que um meio tem valor para você, todos os ingredientes da competência podem ser potencializados e desenvolvidos” (SCHWARTZ, 2007, p. 220).

Para a evolução desse processo, a construção da identidade do trabalhador se faz presente em sua trajetória de vida profissional e fora do trabalho. O trabalhador vai se apropriando de si, do meio onde trabalha, tornando-se empreendedor de si mesmo, sujeito de sua própria história. Podemos entender esse espaço como transicional para se atingir o estágio da cooperação e colaboração com o outro, de parcerias com os colegas, o caráter de pertencimento a um determinado gênero de ofício, de reflexões sobre o poder de agir de cada um na atividade, como elementos constitutivos da transição de coleções de trabalhadores para coletivos de trabalho/trabalhadores e vice-versa. Remete-nos ao “fazer juntos”, ao reconhecer seu trabalho como seu (de verdade), quer dizer, quando “um meio de trabalho vale para nós, mais ou menos, como “nosso” meio de trabalho (...)”, percebe-se que o trabalhador faz movimentos na direção de colocar em sinergia todos os ingredientes, a potencializar seu “poder de agir”, na perspectiva também de Clot (2008). Esse é o caminho de remontagem ergológica do trabalho em equipe, segundo Schwartz (2007). Trata-se de um ingrediente pouco reconhecido no campo de trabalho dos CAPS.

Os trabalhadores disseram da falta de reconhecimento por trabalharem no limite da falta de recursos humanos, enquanto os gestores preocupam-se com a questão da produtividade - não com a qualidade e com a saúde mental dos trabalhadores -, e eles nem sequer são ouvidos em suas reivindicações. “*Eu gostaria que aqui houvesse mais recursos na equipe, que houvesse mais colegas psiquiatras pra trabalhar conosco aqui... (...)*” (Psiquiatra 22).

Em alguns momentos, os psiquiatras conseguiram nomear o lugar de onde vinha a falta de *Reconhecimento*: do gerente imediato e dos coordenadores de projetos: “*Eu gostaria que... que se estabelecesse uma nova relação da gerência para com os funcionários, que*

houvesse um pouco mais de serenidade por parte tanto do gerente, quanto da coordenação, que eles colocassem a mão na consciência... né?” (Psiquiatra 22). Em outros pontos de vista:

E como todos os serviços do médico era muito pesado, muito estresse o trabalho do médico, é, **eu acho que não havia um reconhecimento disso por parte da gerência**, a gerência nunca aceitava nada, aumentava o estresse ainda com cobrança excessiva, não valorizava nada o trabalho do médico, nem dos outros colegas. (Psiquiatra 27, grifo nosso)

Que tivesse um pouco **mais de consideração da coordenação com o trabalhador** aqui, porque a gente tem se esforçado, tem lutado pra fazer, tem dado o melhor... de nós, a gente tem dado o sangue por esse serviço... e a gente espera um pouco de consideração por isso, que eles possam, pelo menos, ouvir, porque... **a gente vai ficando desiludido, desesperançoso**. Então, eu diversas vezes, **já cogitei em sair daqui do CERSAM...** (Psiquiatra 22, grifos nossos)

O assunto da retribuição/gratificação veio de carona e recorrente. Retribuição de que? Financeira em primeira mão, mas também de outras formas, como por exemplo, para uma trabalhadora, o *Reconhecimento* viria em forma de “elogio”.

Não, acho que por parte dos gestores de um modo geral. Tanto é que aqui **se paga três vezes menos, do que no plantão...** porque parece que não tem importância, né? Eu não vejo ainda que tenha **o lugar de destaque que merece não**, eu acho que... melhorou muito, muito, mas eu acho que ainda falta muita coisa. Agora, eu fico preocupada com esse tanto de falta e o tanto de gente também que não interessa mais, né? Senão isso vai ser um impasse... (...)E é isso também, **você não vê nunca muitos elogios**, sabe, **você não vê retribuição**, esse esforço todo, **parece que você não é reconhecido sabe**, assim, de alguma forma. Toda vez que você vem é pra fazer uma interpretação, sabe, seja lá no sentido que for, né? Algumas observações, **mas não se vê muito reconhecimento**. (Psiquiatra 20, grifos nossos)

Antes de passarmos às reflexões seguintes, façamos um diálogo com Dejours (2004) para mais esclarecimentos sobre o *Reconhecimento*, através da Psicodinâmica do Trabalho, em especial naquilo que se refere aos nossos achados de campo. Segundo ele, a falta de *Reconhecimento* no mundo do trabalho é recorrente. É dentro desse meio de campo, ou seja, das mobilizações intersubjetivas que movem processos de retribuição (mais de natureza simbólica) via constatação das imperfeições das organizações e da gratidão pelo trabalho realizado. Quer dizer:

(...) em contrapartida à contribuição que leva à organização do trabalho, o indivíduo espera ser retribuído. E, antes mesmo de qualquer retribuição *stricto sensu*, espera, às vezes, apenas que suas iniciativas e vontades não sejam frustradas, em outros termos, que não seja considerado apenas um “simples executante” condenado à obediência e à passividade. (DEJOURS, 2004, p. 70)

As palavras acima parcialmente explicam as reivindicações dos psiquiatras, que se mostram imersos nas prescrições de trabalho a serem cumpridas, por *Reconhecimento*, sem o devido respaldo por gestores. Se por um lado constata-se uma contribuição individual à organização do CAPS, mesmo sabendo que há variabilidades, por outro, há falhas nos procedimentos prescritos dessa instituição, que tornam tais contribuições pouco perceptíveis

no processo de trabalho. “A mobilização subjetiva necessária à gestão ordinária da organização do trabalho não pode ser prescrita, como já dissemos. É mesmo inútil prescrevê-la, pois é gerada espontaneamente pelas expectativas em relação às realizações pessoais.” (DEJOURS, 2004, p. 76).

Tal empreendimento entre contribuição/retribuição e organização do trabalho, reenvia-nos à problemática da Saúde Mental e Trabalho - SM&T. Espera-se contribuição pelo fazer, pela qualidade do trabalho realizado e, em seguida, aguarda-se uma retribuição que se inscreve no registro da identidade de trabalhadores dos CAPS e que nos remete ao *Reconhecimento*, interligando o desprazer ao prazer no/pelo trabalho. Pelo viés da identidade, os trabalhadores dos CAPS esperam a realização de si mesmos, uma situação comum no universo do trabalho e que diz respeito aos aspectos do encontro do Ego (o EU) com o Real através do Outro (parceiro de trabalho). Apresentaremos, em sequência, três triangulações sobre as dinâmicas do *Reconhecimento*.

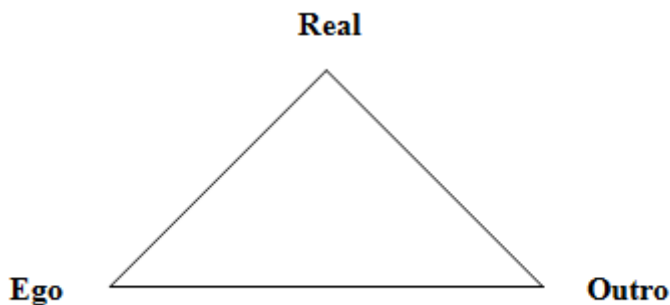


Figura 7: O triângulo da identidade de Sigaut (apud DEJOURS, 2004, p. 73)

Tal triangulação ganha outra formatação, em se reconsiderando a Psicodinâmica do Trabalho. Diz de uma realocação de sentidos. Encontramos o *Trabalho* no pólo do *Real*, o Ego, ressignificando o Sofrimento e o *Reconhecimento*, no campo do Outro.

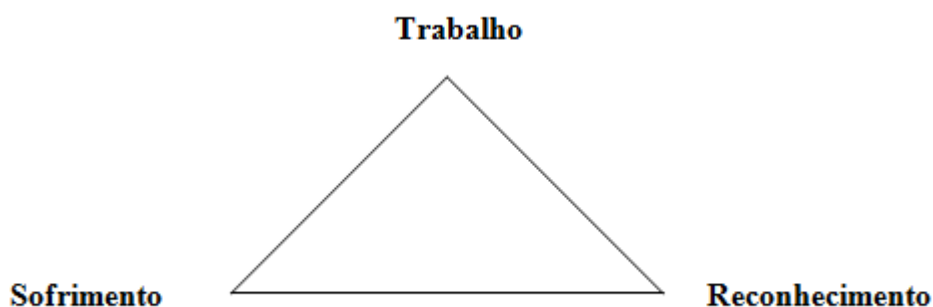


Figura 8: Triângulo da Psicodinâmica do trabalho (DEJOURS, 2004, p.213)

Nos processos de trabalho, a “identidade só pode ser conferida pelo olhar do outro” (p. 213). Para que o trabalho seja a mola transformadora do sofrimento, há necessidade de um intercalado: o *Reconhecimento*. Quer dizer, sem o *Reconhecimento* do Outro, o trabalhador será candidato ao sofrimento. Ora, esperar o *Reconhecimento* do Outro não se faz sem o devido *Reconhecimento* de si mesmo, de seu estilo de trabalhar e da recolocação do Outro em sua economia psíquica. Isso nos remete à *Alienação Social*. Sem o devido *Reconhecimento*, o trabalhador é condenado à solidão, a ficar sozinho em sua fazeção e de cara com o Real: uma situação, antes de tudo, alienante e sofrível. Desse processo especular Real/Trabalho/Tarefa e Ego/Sofrimento, transcorre-se a origem da tristeza e da depressão no/pelo trabalho, inclusive da paranóia, via ensimesmação do trabalhador, restando ao Outro, o caráter de perseguidor. Tal reflexão nos parece bastante afim em nossas conversações com muitos trabalhadores dos CAPS, que não somente os psiquiatras. Em termos mais conclusivos nesta linhagem de raciocínio, as palavras abaixo são providenciais, aliadas à seguinte figuração:

O reconhecimento, tão frequentemente presente no discurso dos trabalhadores, não é mero adorno: é um tempo necessário do trabalho e de toda a sua economia. Sem o reconhecimento, não pode haver sentido, nem prazer, nem reapropriação em relação à alienação. Sem reconhecimento, só há sofrimento patogênico e estratégias defensivas, sem reconhecimento, haverá inevitavelmente desmobilização. (DEJOURS, 2004, p. 214)

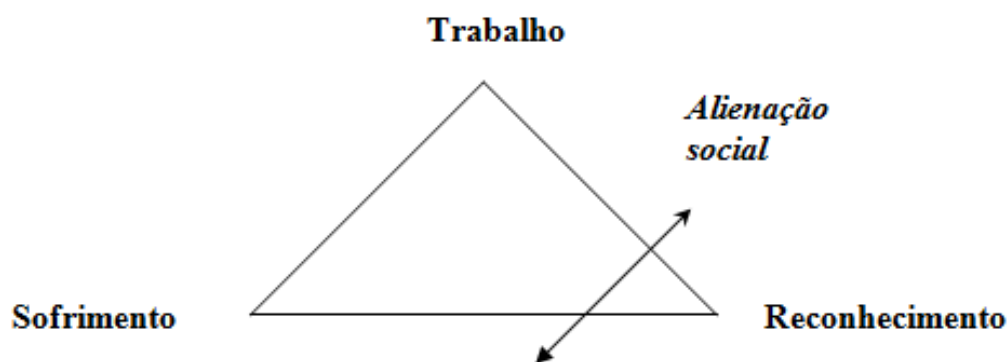


Figura 9: F. Sigaut (apud DEJOURS, 2004, p. 208)

O trabalhador seguinte, ao (re)tecer comentários acerca de seu trabalho, da maneira que faz “uso de si” na atividade, apresenta-nos uma diferenciação interessante e instituinte em nossa pesquisa sobre a reivindicação por *Reconhecimento* no/pelo trabalho.

Não, e aí eu estou vendo quem são, como é que eles estão se formando e aí eu gostaria de ser mais valorizado da forma como eu penso e como eu trabalho, sabe? É isso que vai entrar dentro da **ranhetação** demais, de uma **certa querela** minha mesmo. Ah, de falar: “**não somos reconhecidos**”. Nessa coisa de ficar... uma querela mesmo, **um certo reconhecimento de um trabalho que é bem feito**, sabe? Eu acho acho, acho, acho... (...) Porque não é assim, a reunião é... tudo que a gente fala é colocado **como se a gente estivesse errado**: “não está certo, vocês estão **reclamando, reclamando**, vocês estão trabalhando normal, não tá trabalhando muito”. Quando eu acho que a gente tem trabalhado muito, tem trabalhado com sobrecarga, precisava da gente... eu me sinto sobrecarregado no meu trabalho. **Eu acho que poderia ser mais leve o trabalho.** (Psiquiatra 15, grifos nossos)

Ele se refere a dois elementos: a “*Reclamação e a Ranhetação*”, diferenciando-os e, em seguida, associa-os ao terceiro, o *Reconhecimento*. Faz-nos compreender que a reclamação faz parte de um *gozo*, o trabalhador-reclamador, de estar o tempo todo pedindo, mas que, ao repetir o processo da reclamação, vai se identificando pontos de nó e de sentido de reclamar por. Quer dizer, no momento em que deixa de ser apenas um sintoma, a reclamação toma um corpo mais consistente, mas objetivo e passível de reivindicações, inclusive por *Reconhecimento*, diferente (do vazio) da ranhetação. Ou seja, são verbos próximos de sentido, porém, ranhetar é um verbo plural, um tanto desvairado, segundo nossas investigações e que funciona no sentido de positivar as reclamações. Poderíamos dizer que estas são infundadas.

São verbos próximos mesmo. **Ranhetar é encher o saco, é reclamar de tudo sabe, sem ver que tá legal também.** Não são sinônimos, **reclamação pode ter uma justificativa e tal sabe!** A ranhetação é querer mesmo uma resposta, que o outro resolva a sua vida... mas tem as reclamações mesmo que são justas. Agora, ficar só nessa questão da reclamação é uma

ponheta mesmo, sabe? Ranheta tanto, fica ponhetando tanto que até uma hora... até goza de tanto ranhetar. **Onde que o reconhecimento entra nessas palavras?** (Psiquiatra 15, grifos nossos)

Associa a reclamação ao lado da objetividade, ou seja, reclamar da carência de recursos humanos, das más condições de trabalho, de que “*o trabalho é excessivo mesmo*”, de que o salário não é compatível com as exigências. É nesse sentido que o trabalhador figura a busca por *Reconhecimento-Objetivo*. Enquanto que, pelo caminho da ranhetação, também há uma busca por reconhecimento, porém, um *Reconhecimento-Subjetivo*, ou seja, aquilo que recai na subjetividade de cada um, tornando-se a busca por *Reconhecimento* mais difícil, complexa, inexistente, talvez “*Um reconhecimento subjetivo que nunca vai existir. O que é da subjetividade, da coisa de cada um e tudo mais... e, quando eu pude identificar isso um pouco, eu disse: “olha, é isso... é difícil mesmo, de poder separar essa coisa assim mesmo, do excesso, da sobrecarga...”* (Psiquiatra 15). Ou seja, um discernimento de limites e fronteiras.

Em outros termos e de forma bastante categórica, os psiquiatras disseram da experimentação do sentimento de injustiça, da desautorização, de desrespeitos entre os trabalhadores e por parte de gerentes e coordenadores de projetos, vindos de conflitos instaurados, constantemente, no trabalho real. Este foi um campo fecundo de investigação e análise sobre a falta de *Reconhecimento*: o caso do psiquiatra José, que é um bom exemplo, em especial quando ele remonta a seguinte fala sobre desrespeito: “*Claro! A autoestima fica lá embaixo, né? Aí, não é problema só daqui e é agravado por problemas daqui. Esse trabalho é muito complexo. Ele pode ser destacado por qualquer profissional*” (Entrevista 1). Veremos outras falas que se referem à experiência do desrespeito.

(...) é isso, não se deparar com o fato de que o psiquiatra atende quinze a vinte pacientes num dia de plantão de seis horas... **ou que as pessoas estão trabalhando assim sem condições de sair pra tomar um café... pra descansar** durante aquele momento... é isso faz com que seja algo, é isso, a falta de reconhecimento de que o trabalho que tá sendo feito, tá sendo um bom trabalho e um trabalho que tá sustentando isso mesmo, **é um desrespeito...** né? Mas, isso faz parte assim de um sintoma de reclamação também mesmo, sabe? Imagino que faz. (Psiquiatra 15, grifos nossos)

Em alguns CAPS, disseram de serem “desautorizados” por gerentes e colegas de trabalho, inclusive em termos morais, em especial em momentos de tomada de decisões mais urgentes no trabalho real. Também, ao prescreverem medicamentos e a prescrição ser embargada, fato este que nos remete, estreitamente, às reflexões de Carrusco (2006), em seu trabalho sobre os vigilantes bancários. Desrespeitados e desautorizados em suas atividades - exauridos pelo trabalho real, o copo vai enchendo até a última gota d’água, remontando o *mal-estar* - muitos psiquiatras decidem por abandonar o CAPS. Vejamos algumas, dentre as

várias situações nomeadas pelos trabalhadores como desrespeito. O primeiro deles é recorrente em nossa pesquisa, nascendo de processos gerenciais.

Ela começou a gritar comigo em público, sem mais nem menos, sem motivo nenhum, era eu e acho que... era um psiquiatra que tava começando, quando eu tava lá, **começou a gritar com nós dois sem mais nem menos**, na frente de todo mundo, de usuário... de outros profissionais, sem mais nem menos, porque segundo ela eu demorei demais no atendimento, e tinha mais gente esperando, falei assim: “uai”. **Então eu me senti extremamente desrespeitada**, como que se trabalha numa situação de estresse, num serviço que te exige muito e sem ter o mínimo, acho que o mínimo... ? (...) **Eu escrevi um ofício** pra ela reclamando da falta de respeito, pedindo que quando outras vezes que ela quisesse fazer algum... chamar atenção, alguma coisa assim... que fizesse de maneira respeitosa, né? Me chamasse, me chamasse na sala dela, você fez isso, isso é isso de errado e tal, **reconhecesse o erro**. (...) Então, eu já tive vez que eu vi o médico chegar, fazer uma prescrição, acho que foi acidente, não sei, **ela foi lá e impediu, proibiu** a enfermeira de fazer a prescrição e foi atrás de outro médico pra fazer outra prescrição que ela não gostou do primeiro. Então, achou que o primeiro estava inadequado, claro que o primeiro médico saiu de lá e não quis voltar nunca mais, né? (Psiquiatra 27, grifos nossos)

De forma diferente, foram relatados outros desrespeitos, aqueles do ataque à moral do trabalhador, gerando baixa autoestima, do atravessamento e/ou intromissão de perspectivas político-gerenciais no trabalho clínico.

Os atravessamentos... não sei! Acho que da mesma maneira que a gente sofre pressão, lá em cima a coisa deve ser bem pior, imagino eu. Então, isso retorna para nós trabalhadores com algumas cobranças: coisa de papel, de produção, de... sabe? E de uma maneira ruim, porque vem esse lugar só da cobrança. Quando você pergunta assim reconhecimento e tal, não vem! Até porque eu não espero! **Mas também, só ali... quando vem, vem é na cobrança e para detonar e talvez atravessar a clínica e um trabalho clínico, aí isso eu não gosto.** (Terapeuta Ocupacional 2, grifos nossos)

Então eu me senti moralmente agredida assim, ofendida moralmente... Foi assim um golpe baixo mesmo pra arrebrantar com a equipe mesmo, sabe? Coisa fuleira mesmo, baixo nível mesmo. Nesse sentido, naquela ocasião eu fiquei moralmente ofendida, não falei nada em função já do clima que estava existindo aqui, mas todo mundo sabia que era uma inverdade. (Terapeuta Ocupacional 1, grifo nosso)

Avançamos em nossas reflexões devido às particularidade de nossos achados de campo. Nesse sentido, recorremos a Honneth (2003), em termos de complementaridade da discussão sobre o *Reconhecimento*, segundo suas reflexões sobre a “Luta por reconhecimento: a gramática moral dos conflitos sociais”. Ele parte da interrogação primordial em seu livro sobre os motivos pelos quais os homens se engajam em movimentos sociais. A partir daí, retomamos a questão da autonomia e da identidade (individual e coletiva), dizendo serem elas, especificamente, fundamentais na luta intersubjetiva por mútuo reconhecimento com relação à parceria no trabalho. Quer dizer, quando entram em movimentos de conflitos, os trabalhadores não estariam somente reivindicando a autopreservação e/ou a manutenção/aumento de poder, antes o *Reconhecimento* de suas identidades (de trabalhadores, por exemplo). Dessa forma, podemos dialogar com o autor no sentido de

remontagem do EU-prático e autônomo do psiquiatra, fato que só pode ser adquirido na inter-relação entre dois parceiros, trabalhadores, *a priori*.

O motivo de estreitarmos tal diálogo reside no fato de que, para o autor, a luta por *Reconhecimento* advém da experiência do desrespeito e, segundo nossa pesquisa, razões para tal existem de sobra, conforme os trabalhadores da maioria dos CAPS, inclusive os psiquiatras. O autor vem nos dizer que uma luta tende a se socializar no momento em que ela extrapola o campo da individualidade, tornando-se um movimento coletivo, uma causa de muitos. Ou seja, a coletividade, ao reconhecer as causas sociais que levaram ao desrespeito individual, promoveria um engajamento político maior, através de resistências coletivas. Quer dizer, ele nos diz que são aqueles conflitos que surgem de um desrespeito social e de um ataque à individualidade pessoal ou coletiva, que são capazes de gerar ações em busca por reconhecimento mútuo, intersubjetivo. Essa é a premissa primordial de Honneth (2003). Assim, os trabalhadores sairiam da situação de rebaixamento por terem lesadas suas individualidades, para uma situação de ampliação de padrões de reconhecimento. Dessa forma, poder-se-ia devolver ao indivíduo agredido, o seu autorrespeito, a sua autoestima.

Vale dizer que as reflexões de Honneth (2003) são feitas mediante a revisitação teórica com Hegel e Mead. Ele vem nos dizer da existência de três tipos de reconhecimentos recíprocos: do amor, do direito e da estima - que correspondem a três formas de desrespeito. De acordo com ele:

(...) são as três formas de reconhecimento do amor, do direito e da estima que criam primeiramente, tomadas de conjunto, as condições sociais sob as quais os sujeitos humanos podem chegar a uma atitude positiva para com eles mesmos; pois é só graças à aquisição cumulativa de autoconfiança, autorespeito e autoestima, como garante sucessivamente, as três formas de reconhecimento, uma pessoa é capaz de se conceber de modo irrestrito como ser autônomo e individuado e de se identificar com seus objetivos e seus desejos. (HONNETH, 2003, p. 266)

Ele nos faz entender que para se ter uma vida bem-sucedida (no trabalho e fora dele), para se atingir uma “autorrealização positiva”, na qual o indivíduo vai se referir a si mesmo como sujeito, há que se recorrer ao reconhecimento em suas medidas. Ou seja, “(...) está inscrita na experiência do amor a possibilidade de autoconfiança, na experiência do reconhecimento jurídico, a do autorrespeito e, por fim, na experiência da solidariedade, a da autoestima” (HONNETH, 2003, p. 272). De outra forma:

As formas de reconhecimento do amor, do direito e da solidariedade formam dispositivos de proteção intersubjetivos que asseguram as condições de liberdade externa e interna, das quais depende o processo de articulação e de uma realização espontânea de metas individuais de vida (...). (HONNETH, 2003, p. 274)

Localizamos aquelas experiências de desrespeito que passam pelo direito e pela autoestima, segundo Honneth, ou seja, a experiência do desrespeito refaz a criação de resistências sociais e a geração de “levantes coletivos”. Quanto ao amor, este não gera conflitos sociais, ficando restrito ao campo das relações primárias, quer dizer, não se trata de assunto público. Mas, quando aos outros dois, estes representam o quadro moral das possibilidades de conflitos sociais. É assim que relocizamos os trabalhadores dos CAPS, em especial os psiquiatras. Por um lado, são atacados, desrespeitados individualmente por gestores em suas identidades e particularidades de trabalhadores. Por outro lado, desrespeitados juridicamente, tanto pelo exemplo da entrada na justiça de alguns psiquiatras para não realizarem, obrigatoriamente, aqueles “plantões de referência médica” de finais de semana, quanto pelo direito de se manifestarem, moral e individualmente, suas opiniões acerca dos projetos de saúde mental implantados sem retaliações. Por outro lado, desvalorizados no campo de suas autoestimas, o que refaz a experiência de ampliação das solidariedades nas relações de trabalho.

A atitude positiva que um sujeito pode tomar em relação a si mesmo quando reconhecida dessa forma, é da auto-estima, ao se achar estimado por suas qualidades específicas, o sujeito é capaz de se identificar totalmente com seus atributos e realizações específicas. (HONNETH apud SOUZA & MATTOS, 2007, p. 87)

O caso José remonta esta linhagem (de desrespeitos), assim como outros psiquiatras da experimentação e alguns ex-trabalhadores dos CAPS. Se tais experiências de desrespeito individual para com os trabalhadores, segundo nossas reflexões teóricas, fossem reinterpretadas, ressignificadas no coletivo de trabalhadores, tal fato levaria à futura criação de uma coletividade capaz de reivindicar um maior *Reconhecimento* nos diversos níveis, tomando por base a necessidade de relações mais justas no trabalho. Aliás, sentindo-se desrespeitados, por que os trabalhadores dos CAPS como um todo não se organizam em termos de reivindicações, reclamações mais coletivas e objetivas, gerando uma luta por *Reconhecimento* de suas questões apresentadas?

5.1 Um estudo de caso: o psiquiatra José

A partir de pressupostos da Psicologia do Trabalho em seus aspectos clínicos, não recuamos do convite feito por José para nos apresentar o CAPS sob seu ponto de vista, à sua maneira. Foi dentro do prisma ergológico, “O contexto e a vida singular: nem confundi-los, nem separá-los”, segundo Schwartz (2007, p. 56), que olhamos de perto (em seu espaço

micro) o seu saber/fazer, sua trajetória individual histórico-ergológica de vida no trabalho para enxergarmos, primeiro, o coletivo de processos de trabalho na RP, ressignificados no âmbito macro-social, aplicados à nossa temática de pesquisa: o trabalho do psiquiatra nos CAPS. Ou seja, valemo-nos, novamente, de aspectos metodológicos importantes de “Histórias de vida” que:

(...) fornece-nos elementos preciosos para esclarecer os impactos que a organização, os processos, as relações e o conteúdo de trabalho provocam nos trabalhadores, tanto em sua saúde física e mental quanto em suas relações afetivo-sociais. Ajuda-nos igualmente a conhecer as estratégias de resistência, os modos de enfrentamento e, não menos importante, as repercussões positivas do trabalho na vida das pessoas. (BARROS & SILVA, 2002, p. 144)

Partimos, também, do entendimento de Heller (2000) de que:

A vida cotidiana é vida do homem inteiro; ou seja, o homem participa na vida cotidiana com todos os aspectos de sua individualidade, de sua personalidade. Nela, colocam-se em “funcionamento” todos os seus sentidos, todas as suas capacidades intelectuais, suas habilidades manipulativas, seus sentimentos, paixões, idéias, ideologias. (HELLER, 2000, p. 17)

Sob a luz da cotidianidade (de trabalho) e de toda a teorização por nós apresentada, esse relato de caso exemplifica uma visada estreita de nossos achados empíricos ao longo de nossa pesquisa sobre o trabalho do psiquiatra nos CAPS. Dentro desse contexto é que ele explora o campo da reivindicação de *Reconhecimento* de sua identidade de trabalhador quanto aos aspectos jurídicos (morais) e da autoestima, revisitados pelo viés do desrespeito e da desautorização de seus posicionamentos de trabalho (clínico).

Partimos do campo das atividades que ele realiza e a elas retornamos com frequência. É assim que José retra-nos, antes controvérsias do que convergências em seu jeito de trabalho, sua forma de fazer “uso de si”, desvelando-nos particularidades do mundo do trabalho. Neste ínterim, José vem nos dizer:

O psiquiatra aqui faz tudo que os outros profissionais fazem. Além de avaliar e prescrever medicamentos, eu atendo telefone, eu recebo familiares, eu atendo generalista que liga do centro de saúde pedindo orientação, eu atendo familiares ao telefone, ah... eu tenho que fazer evolução dos pacientes na internet para passar pro SUP via computador, né? Ser feito via computador, ah... é pesado, é muito pesado. (Entrevista 1, grifo nosso)

Já de início, percebemos um desabafo impresso num tom crítico de sentido quanto ao processo de trabalho deste CAPS, ao excesso de atividades cotidianas que, segundo seu ponto de vista, são em ritmo de plantonismo. Ou seja, plantão foi uma atividade primeira e recorrente em seu repertório discursivo. Ele diz que mesmo que os trabalhadores façam o primeiro acolhimento, “(...) *eu tenho que fazer todos esses acolhimentos, porque praticamente todos eles vão necessitar de psiquiatra, né?* (Entrevista 1).

Reinvestigamos a demanda, porém, sob a prerrogativa de José. Seria ela uma demanda por construção de *Projetos Terapêuticos Individualizados*, por avaliação de pacientes acolhidos por outros trabalhadores ou por atividades burocrático-administrativas, que fazem parte do processo de trabalho? Ele diz que todo o processo de trabalho do CAPS vem do técnico. *“O técnico deve acolher primeiro. Muitas vezes o paciente chega primeiro a mim... mas, a maior parte do técnico. Ele acolhe e passa para mim”* (Entrevista 1).

Na prática... **o tal do técnico é...** você ouviu agora eu falando **do tal do poder**. É muito difícil eu discutir com esse técnico, essa... a medicação. **Os técnicos esperam de mim que eu medique, acontece que eu não medico sem avaliar um paciente, sem construir uma anamnese, uma história** e sem ter pelo menos na cabeça um projeto terapêutico, né. (Entrevista 1, grifos nossos)

Fica-nos evidente com essa fala, a forma como o trabalho é realizado, inclusive delegando a ele o lugar de medicar e não o de inclusão de sua diferença no trabalho em equipe. Mesmo questionando o trabalho dos TNS, ele parece esboçar uma movimentação no sentido de reivindicar sua inserção no trabalho do CAPS, mesmo que pelo viés da ironia e da crítica ao processo de trabalho, gerindo as infidelidades do meio: *“(...) os mais experientes, por exemplo, já me passam muitas vezes me dizendo isso: “esse caso não é pra ficar, ou esse caso é pra ficar”. Já passam assim... e eu, dificilmente, vou contrariá-los porque eles têm muito poder, esses mais velhos, né?...”* (Entrevista 1). Situação contraditória numa primeira análise, mas demonstra que o potencial de agir, as competências desse trabalhador (TNS) “mais velho”, pudesse vir na direção de outras interrogações a ele, além da medicação, convidando-o a ocupar um outro lugar, contrário à hierarquização (médico-centrada) no ato repetitivo de medicar pacientes. *“Eles vão dizer sempre que é de discutir, que estão apresentando o caso: “avalia esse caso aqui pra mim”, mas, a demanda é por medicamento. O caso é passado pra eu medicar. A expectativa é que eu, sem critério, medique aquele paciente”* (Entrevista 1).

A situação vai se desvelando ambivalente quanto à forma de se utilizar a medicação no CAPS. José propõe, na maioria das vezes, o uso de medicamentos para responder à demanda que lhe chega. Mas, ao mesmo tempo, parece haver uma movimentação multiprofissional de tensão no sentido de o paciente ser pouco medicado; ou medicado com mais critérios clínicos; ou medicado conforme a necessidade (a escuta técnica); ou até mesmo, nada medicado, sendo tratado, clinicamente, pela palavra. *“Então, me é muito ainda difícil aceitar esse ponto do paciente não ser medicado. Deixá-lo ad... ad limptu”* (Entrevista 1). Diz ele vir de uma experiência onde conter e medicar pacientes é uma situação comum, inclusive contra a

vontade do paciente, caso haja riscos de vida, porém, “*eu não posso falar assim: “contém e medica”, isso não existe aqui dentro. Não é parte do CERSAM, senão você é colocado como sem perfil, crítico ao sistema*” (Entrevista 1). Trata-se de uma situação ambivalente, no mínimo, diferente daquilo que observamos neste mesmo CAPS: a medicação e a contenção são parceiras recorrentes do trabalho. Pelo viés da medicação, ele desvela seu jeito (convencional) de exercer a Psiquiatria no CAPS: mais cientificista e biológica. Ao questionar se a medicação injetável atinge, ou não, pico terapêutico mais precocemente, ele toca no assunto da “desautorização” de seu trabalho:

Na medida que uma psicóloga te **desautoriza** eu acho que isso é perigoso. Então ela não sabe o que está fazendo. Se eu prescrevo a medicação tal, e ela não deixa ele: “não vai tomar isso agora não! Eu vou negociar”. Quando eu falo: “não... precisa, eu **acho que é o caso de conter e medicar**”. E não adianta ela conter e medicar uma hora não! Porque vai precisar dessa medicação. Eu fico bobo de ver. Prescrever Haldol IM de 12 em 12 horas até a reavaliação, isso pode ser feito. A gente fazia lá, pelo que eu vi aí, na minha própria experiência, o resultado foi bom. Então, olha só, infelizmente, isso não é agressão não. Isso não é crueldade não. Eles só vêm o Haldol injetável pra tranquilização rápida! Isso que é uma restrição de pensamento muito grande, muito forte. **Haldol injetável não é só para tranquilização rápida. É pra tratamento.** (Entrevista 1, grifos nossos)

Ao longo de suas argumentações sobre o uso de medicamentos, José vai se revelando contestador, crítico do sistema como um todo, inclusive com relação à própria Psiquiatria, que ele mesmo pratica, do modelo de Saúde Mental do referido município (desde o gerenciamento imediato até à Coordenação Municipal de Saúde Mental). “*Porque o modelo é muito anti-psiquiátrico... Agora, tá entendendo injeção de haldol como tratamento cruel? Espera aí,... isso é perigoso*” (Entrevista 1). Foi dentro desse contexto que ele questionou a existência do CAPS, quanto à sua capacidade de lidar com os pacientes mais graves, em crise.

O próprio SUS preconiza esse tipo de atendimento no hospital geral, o modelo do SUS é este: “O CAPS, um segundo momento”. Já teve um caso que teve alta que eu recebi, inclusive dos próprios ideólogos do sistema... tá tudo escrito lá... do Ministério da Saúde. **E em relação a isso a gente tá vendo na prática que o CAPS não dá conta das grandes emergências, dos pacientes mais graves. Para o pós crise. O SUS diz isso!** Eu tenho isso lá no caderno do SUS! O CAPS é um elemento, está lá de transição entre o hospital geral... (Entrevista 1, grifos nossos)

Apoiado na medicação, ele vem nos dizer de um óbito de um jovem paciente no CAPS que, na versão dele, foi decorrente dos mecanismos de “desautorização” e impedimento de sua atividade vingar no trabalho real: o uso da medicação, devidamente falando. Diz ele: “*Esses casos mais graves não são bem atendidos no CERSAM, evoluem mal, evoluem até para óbito... tive um caso, me chocou muito, porque eu passei por uma experiência agora nessa perda, deste último paciente que me chocou muito, um jovem*” (Entrevista 1). Segundo José, ele propôs uma medicação, que acabou sendo protelada por um tempo. Há que se considerar que não constatamos uma posição contrária dos trabalhadores desse CAPS para

com a medicação, mas uma preocupação na forma como esta é indicada pelos psiquiatras. Nesta atividade micro, de medicar o paciente, ele remonta uma situação macro-contextual de políticas de saúde, em seu ponto de vista. Há que se contextualizar a situação, dizendo que os trabalhadores desse CAPS mostraram-se muito preocupados em não medicalizar o CAPS, não exatamente uma posição contrária à medicação, mas quanto à forma e frequência de sua utilização pelo psiquiatra José.

Esse paciente permaneceu aqui por algum tempo, neste particular eu levei minha impressão a uma psicóloga, uma técnica que acompanhava há muito tempo, uma pessoa de muito **poder** aqui dentro, ela falou: “deixa que eu vou negociar”. **Essa negociação jamais evoluiu para o fato dele vir a tomar medicação. Que ele se jogou na frente de um carro e morreu.** A notícia que eu recebi foi essa. Então eu não perguntei. Eu recebi essa notícia numa reunião dessas, foi um choque muito grande. (...) Eu não diria que incluir, mas meu estilo, eu acho que aqui já não está nem, nem, não está nem em questão do estilo, **eu estou impedido de intervir em situações que eu saberia intervir** em função da **ideologia predominante**. Aí eu vejo paciente graves permanecerem em crise, **irem a êxito letal**. Isso não é agradável. Isso mexe muito com o emocional da gente, principalmente esse paciente que morreu jovem desse jeito, acho que tinha... se houvesse uma **intervenção**, mas normalmente há momentos que deveria medicar por alguns dias, que normalmente este quadro se dilui, muda completamente, paciente ganha críticas. (Entrevista 1, grifos nossos)

O fato é que o paciente faleceu e suscitou um grande mal-estar entre os trabalhadores. José vem localizar a causa da morte no binômio (reducionista da situação) uso/não uso da medicação, desconsiderando o cálculo clínico da/na condução do paciente. A questão é que o paciente foi ao óbito e poucos foram os entrevistados que tocaram, espontaneamente, no acontecimento. Não avançamos em interrogações acerca de apuração dos fatos, não se tratando de nosso foco de investigação, especificamente, mas, indiretamente. Porém, alguns trabalhadores revisitaram o assunto, em tom de resignação, fazendo-nos compreender que o paciente estava em tratamento, ora aceitando, ora não aceitando a medicação, mas frequentando o CAPS.

Nesse sentido, analisamos a frustração, a resignação e o sofrimento de José quando fala de sua impossibilidade e/ou impedimento de seu poder agir (medicar um paciente grave no CAPS), ou seja, de seu dilema em medicar/remedicar/não medicar pacientes. Segundo Clot (2001 & 2006), as “atividades impedidas” também são um campo de sofrimento. Em outras medidas de sentido, “(...) o sofrimento é um atividade contrariada, um desenvolvimento impedido. É uma amputação do poder de agir. Podemos dizer também, de modo mais comum, que se trata de uma atividade envenenada ou intoxicada.” (CLOT, 2001, p. 5). Em outras palavras:

A fadiga, o desgaste violento, o estresse se compreende tanto por aquilo que os trabalhadores não podem fazer, quanto por aquilo que eles fazem. As atividades suspensas, contrariadas ou

impedidas, e mesmo as contrariadas, devem ser admitidas na análise assim como as atividades improvisadas ou antecipadas. (CLOT, 2001, p. 6)

Mediante as palavras acima, localizamos que os impedimentos verbalizados por ele tenham, possivelmente, contribuído para o *mal-estar* que vinha apresentando em seu cotidiano de trabalho. No entanto, a situação recaiu, segundo ele, sobre o impedimento de utilizar da medicação, conforme seus conhecimentos técnico-científicos. Em outro sentido, o sofrimento não somente localizado por dor física e mental, mas “pela diminuição, ou mesmo pela destituição da capacidade de agir, do poder-fazer, sentida como um atentado à integridade de si” (RICOUER apud CLOT, 2001, p. 5).

José vai se sentindo à parte no processo de trabalho, mostrando-se sozinho, num fazer solitário e num grande desconforto psíquico que, aliás, certificamos desde o início de nossas investigações e de nosso encontro no CAPS. Este *mal-estar* fica mais evidente ao nos verbalizar sobre a atividade de plantão, particularmente, o chamado “*plantão de referência médica*” nos finais de semana e feriados. Esta dinâmica de trabalho (em regime de plantão) mostra-se como um elemento incisivo/decisivo para a piora do estresse de José no trabalho. Ele nos explica a dinâmica desses plantões, o que parece ter sido a “gota d’água”⁸⁵ do processo de sua desistência pelo trabalho no CAPS e a piora de seu desgaste físico-emocional.

(...) foi pesadíssimo... pesadíssimo... muito atendimento. **Simplesmente eu adoeci após esse dia.** Eu adoeci num processo que **desembocou numa pneumonia e eu tive que parar de trabalhar 15 dias. Cansaço.** Eu cheguei em casa, cansaço físico e emocional. Eu estava levantando muito mais de quarenta atendimentos nesse dia. Isso eu tô falando atendimentos, porque se eu for falar número de **procedimentos** é pra ter chegado mais de cem. **É desumano, é insuportável.** Eu estou dando um plantão, **eu espero aprender lidar melhor com esses plantões eu não sei, né?** (Entrevista 1, grifos nossos)

Mesmo apresentando-se sofrido em seu cotidiano de trabalho, José continua tecendo suas críticas, inclusive, “*Esse modelo está excluindo a Psiquiatria na prática. Eu estou falando daquele paciente mais grave. Estou falando daqueles mais graves, que precisam de uma intervenção, muitas vezes, contrária a vontade dele*” (Entrevista 1). Diz ele:

É preciso saber o que o CERSAM propõe, se é isso! Nesse ponto de vista não veria nenhuma impropriedade. Ou se o CERSAM realmente quer **recolher a Psiquiatria**, porque eu acho que o psiquiatra está sendo pago pelo povo aqui. Será que o povo sabe que ele está de **mão amarrada** aqui dentro? (Entrevista 1, grifos nossos)

⁸⁵ Fazendo alusão aqui ao trabalho de Carlos Eduardo Carrusca Vieira, quando ele nos leva à compreensão do sofrimento de um vigilante do sistema que ele investigou em sua dissertação de mestrado: “Desautorização, Paradoxo e Conflito: *A Saúde Mental dos Vigilantes Bancários*. Universidade Federal de Minas Gerais, 2006.

Aqui, vale uma consideração importante no contexto do trabalho do psiquiatra. Se ele está de “*mão amarrada*”, podemos inferir que outros trabalhadores deste CAPS estão em plena ação de trabalho. Por outro lado, estando ele, o psiquiatra, imobilizado e, observando que as contenções físicas continuavam fazendo parte do processo de trabalho, isso nos fez concluir que tais contenções físicas⁸⁶ não sejam, necessariamente, realizadas por ele, mas realizadas por outros trabalhadores com a anuência (ou ordem) do mesmo.

Em reuniões de trabalho, fomos percebendo que algo se mostrava complicado na trajetória de José no CAPS, que passava pela medicação, mas nela não encerrava a problemática. Continuamos nossas conversas e ele situa-se no CAPS no lugar da diferenciação. Segundo ele: “(...) *sou visto como o crítico do sistema... sujeito perigoso, do mal... Mas não é só contra mim não... há um grupo que... que tem muito privilégio, e outro grupo que não...*” (Entrevista 1).

Segundo o ponto de vista de José, “privilégio” para uns, para outros, o trabalho real: “*Tem uns técnicos que detêm o poder, tem uns técnicos que não. Esses técnicos que detêm o poder é que determinam as coisas aqui dentro*” (Entrevista 1). Com estas falas, ele desvela a fragmentação do trabalho do CAPS em grupos:

É um grupo enorme que se cala, né?... e um grupinho que determina os rumos da unidade, né? **Um grupo enorme que se cala, um pequeno grupo que contesta, um pequeno grupo que determina.** Então, esse pequeno grupo que contesta, ele vai sendo arejado aos poucos e esse pequeno grupo que dá os rumos vai levando a coisa em conjunto com esse grande grupo que se cala, que se submete. (Entrevista 2, grifo nosso)

Esta última fala nos conduz a um ponto crucial e elementar de compreensão do “chão de fábrica” desse CAPS, inclusive, como hipótese constitutiva da origem do sofrimento não só de José, mas também de outros trabalhadores que constatamos em nossas entrevistas. Fato que confirma o processo de trabalho baseado na existência de coleções de trabalhadores e não, exatamente, de coletivos de trabalho.

Voltemos à falas:

- a) “*um grupo enorme que se cala*”,
- b) “*um pequeno grupo que contesta*”,

⁸⁶ Sobre a contenção física, ela tem sido, na prática realizada mais por auxiliares de enfermagem do que qualquer outro trabalhador. Constatamos que os pacientes graves (que compõem a missão do CAPS), comumente, encontram-se contidos física e quimicamente. Neste sentido, vale ressaltar que ela faz parte do tratamento como um elemento clínico-terapêutico, porém, evidenciamos que a mesma tem acontecido com grande frequência no trabalho do CAPS e em no sentido de apresentar uma pausa ao insuportável para os trabalhadores, para as fragilidades do serviço quanto aos recursos humanos e infra-estruturas.

c) “*um pequeno grupo que determina (...)*”.

José vem nos dizer de três grupos dentro do CAPS, fato que nos comprova a inexistência de um coletivo de trabalho neste CAPS ou da fragmentação de um coletivo que um dia existiu (assim, constatamos com outros trabalhadores). Na prática, verificamos a existência de um processo de trabalho fragmentado, mas velado, que se retratou não só com a verbalização de José, mas de outros trabalhadores. O que está em jogo aí é o afrouxamento de laços sociais, uma vez que:

O laço social se constitui tendo por base processos de sublimação, ideais coletivos partilhados e que geram a co-identificação, processos de defesa contra o caráter destruidor da agressividade, de solidariedade contra a falta, o perigo. Colusão narcísica não é laço social. (PALMADE, 2001, p. 102, grifo nosso)

Com laços sociais fragilizados ou destituídos, tais grupos mostram-se numa formatação ego-sintônica de existência, o que nos autoriza a chamá-los de grupos (narcísicos), ensimesmados num determinado estilo de fazer, numa sintonia em alguns plantões, mais do que em outros (situação comum dentro de um processo de trabalho).

José apresenta-nos um outro assunto: o gerenciamento do CAPS, fato que foi verbalizado em tom de medo e receio pela maior parte dos trabalhadores. Por este caminho, José vai construindo a sua própria saída do CAPS. Ele apresenta críticas quanto ao gerenciamento: “*A gerente desta unidade desautorizou prescrições minhas, prescrevi lá, ela mandou suspender, ela gerente não é psiquiatra, isso já aconteceu*” (Entrevista 2). Diz ele:

Eu sou uma persona, eu particularmente **sou persona não grata** aqui dentro, eles me vêem como o **crítico do sistema e eles não querem isso, né? Tá difícil, tá muito difícil.** Eu vejo os colegas falando: “por que você não vai embora, por que não sai?” Foi um colega psiquiatra que aconteceu uma coisa outra vez, até um dos mais chegados a ela... eu fiz um comentário e ele concordou: “**é... assédio moral**”. Ele concordou assim... meio que como quem fala consigo mesmo, mas fez uma observação, mas é sempre eu... mas falou: “por quê que comigo não é assim?”. (Entrevista 1, grifos nossos)

A gerente não se preocupa com o corpo, né? Quando chega alguém do grupo que tem poder essas falas se extinguem nas conversas informais entre os funcionários... **figura folclórica, lenda.** Eu tô sentindo isso na pele porque sou chamando muito frequentemente na sala dela por coisas banais, coisas... **ela quer muitas vezes ampliar aquilo,** agravar uma coisa que é extremamente... **coisas que acontecem no dia a dia de qualquer lugar, né?** (Entrevista 2, grifos nossos)

Em termos ergonômicos, ele refaz críticas, dizendo que as condições de trabalho são ruins e, em seguida, diz da necessidade de se modificar a arquitetura do CAPS. Primeiro, ele toca na questão de mudar de posição as mesas dos consultórios de urgência para mais próximo das portas, de forma a facilitar a saída, em caso de uma urgência, de risco de agressão. Em seguida, diz ele da inadequação de se acolher, no mesmo espaço físico, pacientes em diversos estados psíquicos de sofrimento, fato que, se por um lado mostrou-se

em forma de inadequação, por outro, percebemos ser nesse mesmo espaço que há “encontro de encontros” entre paciente/trabalhadores, trabalhadores/trabalhadores/gestores.

Na verdade, a circulação dos pacientes pelos CAPS é grande e, comumente, estes visitam a porta de entrada da sala de plantão, reivindicando demandas diversas, inclusive de conversar com os trabalhadores, outras vezes, interrompendo consultas (agendadas e de urgência), solicitando serem ouvidos/escutados. Estas foram cenas repetitivas em nossa visita no CAPS. Trata-se de um exemplo comum do trabalho real. Isso toma um estatuto de irritabilidade e intolerância para muitos trabalhadores, não só para José.

Ao retornarmos às atividades do CAPS, encontramos José ensimesmado em seu mundo privado, ora lendo um jornal, ora dentro de consultórios. Fato este que também saltou aos olhos de outros trabalhadores do CAPS. Isso, então, levou-nos a uma compreensão de sua resistência em aceitar o convite (prescrição) feito pelo sistema de trabalho nos CAPS de que os trabalhadores circulem pelo serviço, mesmo quando não estejam desenvolvendo uma atividade específica. Convocamos a Ergologia para nos ajudar: “Falar de “resistência à mudança” é esquivar-se de verdadeiras questões que essa mudança apresenta” (DUC, apud SCHWARTZ, 2007, p. 50). Mas José estaria esquivando-se de que? Um pergunta que nos remete à singularidade da situação e à subjetividade do trabalhador.

Eu não creio, absolutamente, em resistência à mudança. É uma maneira de fugir do assunto. Eu creio que a mudança tem um custo e este custo não é o mesmo para todos. Tratar a questão como algo da ordem das aptidões ou das capacidades é um absurdo. As pessoas são perfeitamente capazes, mas é preciso criar condições que lhes permitam mudar. Em primeiro lugar, a mudança tem um custo e ela é diferente segundo a idade e tempo de serviço da pessoa. Em segundo lugar, seus efeitos dependem das características da situação de trabalho na qual ela é introduzida. Enfim, não é uma questão de meios, nem de vontade. (DURAFFOURG apud Schwartz, 2007, p. 50, grifos nossos)

Voltando ao caso da medicação, partindo da hipótese de que José apresentasse outras intervenções que não somente medicamentosa, quais seriam elas? Assim, nós o interrogamos e ele respondeu, dizendo que o que o norteia não é exatamente a Psiquiatria Biológica, mas também o existencialismo, além da Psicanálise. Porém, na prática, não presenciamos ele expor seus conhecimentos neste campo. Interrogamos novamente e fomos desvelando outros princípios teóricos que norteiam sua clínica, mas qual seria esse referencial psicodinâmico? Ele nos explica: “*Agora, o fundamental cientificamente, embora nem sempre isso possa ser científico, há muitas situações da vida, que meu trabalho tem um viés extremamente científico... né?*” (Entrevista 1). Também percebemos outros aspectos:

Psicodinâmico está muito fundamentado na Psicanálise, né... Eu... eu sou um psiquiatra, eu utilizo medicação, eu conheço questões biológicas... é...e utilizo naturalmente... até porque eu sou... eu sou chamado a fazer isso a todo tempo, né? Se eu faço uma intervenção

que eu não prescrevo medicamento, eu já ouvi coisa do tipo: “ah, isso eu não quis atender (...)”. Com o paciente, pelo fato de eu ter feito uma intervenção psicodinâmica. **Psicológica, psicoterápica, né?** Então, no meu trabalho eu tenho que entrar com tudo isso. **Ideológica, psicodinâmica, psíquica, e tudo aquilo mais que eu vier a conhecer que possa ser útil comigo, né?** (Entrevista 1, grifos nossos)

Ao interrogá-lo sobre o mal-estar que evidenciamos no trabalho real do CAPS como um todo, ele nos apresenta uma vertente diferente da maioria. Parece-nos que foi José quem mais se mostrou desvelador das condições/contradições do trabalho real deste CAPS, ocupando o lugar de “*bode expiatório*”, denunciador e crítico de todo o sistema/processo de trabalho do CAPS.

(...) eu concordo... há um mal-estar. O CERSAM precisa de mudanças, **e eu acho que o grupo dirigente está há muito tempo no poder, e isso por si só é péssimo.** Isso é *top secret*. Opinião minha. **Alternância de poder é fundamental na democracia.** Eles estão aí, eles vão conduzir... **eles vão talvez mascarar necessidades de mudanças que o CERSAM precisa.** Há um mal-estar. Isso seria péssimo. Essa discussão precisaria existir, quer dizer **eu não tenho a verdade**, você não tem, mas a discussão precisa haver, e essa discussão **não pode ser canalizada para o ponto que eles querem.** (...) mas me preocupa, me preocupa do ponto de vista de uma coisa estar sendo instalada na rede, **é, onde esse modelo, onde não cabe a...** **Onde não cabe, onde não cabe, palavras divergentes, não tem lugar pra divergências,** eles estão se fechando no modelo, que, que, que eles não, não se toleram **questionamento, questionamento, é tido é, é, questionamento é tratado como inadaptação, entendeu?** E, aqueles que são mais..., talvez, que defendem mais seus pontos de vista, **aqueles que, aqueles que se indignam mais, porque tem uns que tem o direito de se indignar ali naquele grupo, outros não tem (...)** (Entrevista 1, grifos nossos)

José interroga o CAPS como um espaço de caráter político-ideológico (discursivo), onde o poder encontra-se imerso nas relações dos trabalhadores e gestores e o faz de forma contundente. Parece querer inserir-se no trabalho com suas diferenças, mas o fez de forma denunciadora somente, sem apresentar, de fato, debate de normas, escolhas e valores de tomada de posição, postura de trabalho instituinte de novidades (SCHWARTZ, 2007). O trabalhador, mesmo apresentando críticas ao CAPS, diz ter idéias - “(...) *you know the content of the discourse. I don't believe in it. I think that this discussion is for maintenance of power. Does CERSAM need changes? Yes. What are they? I have my ideas*” (Entrevista 1) -, mas, que se mostraram, antes em nível de contestação do que pela transgressão.

A contestação, com efeito, tem por objetivo questionar o sistema vigente, desmistificando-o e desmitificando-o, explicitando o implícito dos comportamentos, tornando claro o “não dito” e o “não-pensado” da ordem social. Ela não visa a propor outra coisa, novas maneiras de ser ou de se conduzir. A transgressão, ao contrário, não somente interroga de maneira virulenta as instituições e as condutas estabelecidas, mas propõe novas idéias, maneiras inovadoras de ser. (ENRIQUEZ, 2001c, p. 65, grifos nossos)

Com relação ao poder (inerente às relações humanas), reincidente neste estudo de caso, Foucault (2006) vem nos dizer:

Mas esse poder do médico, claro, não é o único poder que se exerce; porque, no asilo como em toda parte, o poder nunca é aquilo que alguém detém, tampouco é o que emana de alguém. O poder não pertence nem a alguém, nem aliás, a um grupo; só há poder porque há dispersão, intermediações, redes, apoios recíprocos, diferenças de potencial, defasagens, etc. É nesse sistema de diferenças, que será preciso analisar, que o poder pode se pôr em funcionamento. (FOUCAULT, 2006, p. 7, grifos nossos)

Segundo o autor acima, o poder encontra assento em várias instâncias, inclusive nas “defasagens”. Assim, também podemos localizá-lo nas defasagens entre o prescrito e o real de uma situação de trabalho (SCHWARTZ, 2007). Esse espaço mostra-se constituinte de relações de debate de normas sobre a gestão do/no trabalho. Nesse caminho, os trabalhadores vão identificando (reconhecendo) seus ingredientes de competência e (re)utilizando deles no sentido de um exercício de poder também sobre o outro, o que difere do conceito instituinte de sentido de “equipe de trabalho” proposto pelo autor acima.

Em relação ao funcionamento dos CAPS, lembramos que há uma exigência (prescrição de trabalho) para os trabalhadores de cumprirem suas jornadas de 20 horas semanais, distribuídas dentro de quatro dias de trabalho. José verbaliza sua organização de trabalho dividida em horas e nos revela um rompimento com esta dimensão protocolar vivenciada por outros CAPS, confirmando-nos uma forma do prescrito se distanciar do trabalho real, mesmo que pelo viés do “jeitinho” que o trabalhador encontra para lidar com as exigências de trabalho. Ele diz: *“Não, eu acho que há psiquiatras aqui que vem três vezes. Vai saber! Eu acho, né... Mas deve ter algum, então, que faz isso. Tem um que faz isso. Tem um fazendo isso”* (Entrevista 1). De volta ao trabalho real, verificamos a veracidade dessa informação. Isso nos fez compreender uma parte do caráter indignado de José (talvez de não poder gozar do mesmo privilégio). Descobrimos que José pleiteava a mesma situação de trabalho, denunciada por ele: frequentar o CAPS três vezes por semana, de segunda a sexta-feira.

Sobre o seu próprio mal-estar, José se fragiliza, anunciando a possibilidade de sair do serviço, sentindo-se triste, mal adaptado e, ao mesmo, insatisfeito com todo o sistema de trabalho do CAPS, que foi taxado de não ter “perfil” para o CAPS que, segundo ele, talvez seja um psiquiatra que:

Eu não sei, um psiquiatra que... Que consiga se ajustar ideologicamente ao que eles estão pensando, que não tenha, como é que diz, não se indigne quando vê pacientes subtratados, submedicados, vê pacientes estando sendo impedidos de serem beneficiados com tudo aquilo que a Psiquiatria pode dá-lo, pode trazer, isso porque a Psiquiatria não é a solução pra todas as coisas não, jamais acredito nisso, mas a Psiquiatria tem sido... não há saúde mental sem psiquiatra... (Entrevista 1, grifos nossos)

Ainda no mesmo contexto, disse que não houve *Reconhecimento* de sua identidade de trabalhador pelos colegas de trabalho, tampouco pelos gestores, antes por parte de pacientes, dos quais ele tratou.

Ou seja, os problemas não são percebidos como resultantes de relações de poder, mas são moralizados, naturalizados, explicados por incapacidades pessoais de se integrar e participar, o que, muitas vezes, repercute negativamente na auto-estima dos sujeitos, dificultando a construção de uma imagem de si valorizada e sólida. (BARROS apud CUNHA, 2007, p. 175)

Neste sentido, Enriquez (2001d) adverte-nos:

(...) o homem sem trabalho ou não reconhecido em seu trabalho, ou ainda não encontrando nenhum interesse em seu trabalho, está próximo da depressão e comumente chega a este ponto de ruptura. Pois, o trabalho em nossa sociedade, é o modo privilegiado de fazer uma obra (por menor que ela seja), de existir, de ter (ou de pensar ter) uma identidade. O trabalho é, atualmente, o melhor método para vencer a loucura. (ENRIQUEZ, 2001d, p.58, grifos nossos)

Reconhecemos um momento preparatório da saída de José do CAPS, que aconteceu mediante a organização de um grupo de trabalhadores. Em reunião solicitada por José, percebemos que os três grupos acima coletivizaram-se numa única determinação: a discussão de sua saída do CAPS. Neste sentido, um coletivo se formou, mas com o propósito de se defender e/ou resistir, porém a quem e de quem? Da Psiquiatria ou do psiquiatra José? Da Psiquiatria (biológica) “encarnada”/encenada por José? Seja qual for a resposta, o que se quer dizer é que um coletivo se fez presente, mostrando o potencial dessa equipe na formação de coletivos, inclusive desejante de modificações do/no processo de trabalho por nós percebido.

Por fim, José é convidado a se retirar do CAPS, porém, a situação já estava toda organizada para nossa surpresa como pesquisadores. Ele recebe o convite em forma de crítica, ou seja: *“Ideológica... tá, eu tô recebendo assim, é ideológica, não há tolerância pra aqueles profissionais que são mais... vamos supor, enérgicos na defesa dos seus pontos de vista, né? (...) são acusados de tentar subverter o modelo, isso eu não fiz, eu não fiz”* (Entrevista 2). Ele nos explica mais, dizendo que ficou incomodado com a forma com a qual a situação teve seu desfecho. Ele disse de uma nebulosidade no processo de seu “convite” para sair.

O processo para ele foi nebuloso, mas ele já esperava: *“(...) eu estou sendo fritado... porque eu tenho críticas realmente, eu tenho críticas e todo mundo tem... Fica a minha perplexidade diante de tudo isso que tá acontecendo, e a esperança de que alguém ajude”* (Entrevista 1). Quando fala de perplexidade, é porque ele havia sido avisado pela gerência do CAPS que ele não mais estaria ali trabalhando, a partir daquele dia. José pede um pronunciamento da situação em reunião de trabalhadores, na qual estive presente.

Neste contexto de análise, lembremos que as relações humanas são embasadas numa perspectiva de poder. Nesse sentido, o que está em jogo é o poder (dentro de uma instituição) e este é filho daquilo que Enriquez (2001d) chamou de “desconhecimento”⁸⁷.

Acrescentamos, dizendo que o “desconhecimento” é um elemento “essencial à dinâmica social e intrapsíquica, pois permite aos grupos sociais não ver o que fazem e ter uma consciência tranquila” (p. 70). Nesse sentido, o autor vem nos lembrar que: “(...) é evidente que as instituições podem, elas também, ser afetadas pelo “desconhecimento” (p.70). Segundo Enriquez (2001d, p 54), “(...) dizemos simultaneamente que o poder é uma essência e que algumas pessoas poderão exercê-lo, em detrimento de outras”.

José denunciou o processo de trabalho do CAPS e sofreu as consequências de suas denúncias no corpo físico e mental. Tornou-se o motivo da organização neste CAPS de um coletivo de trabalhadores em prol de um objetivo: discutir suas condutas no serviço e organizar sua saída. Por outro lado, compreendemos também que José tenha sido colocado no lugar de “bode expiatório” para a equipe de trabalho. Seu caso parecer ter entrado no lugar da não discussão do cerne da questão do processo de trabalho do CAPS como, por exemplo, as relações pessoais de trabalho e a hierarquização do trabalho centrada no psiquiatra. Nesse sentido:

Quando o grupo não consegue resolver seus problemas, será tentado a achar um bode expiatório. Essa vítima pode ser alguém que não é de modo algum responsável pela situação atual ou a pessoa que se revela mais frágil e, por isso, a única que o grupo pode sacrificar levianamente no altar de seus problemas, pois ninguém tem medo de fazê-lo e cada qual pode exteriorizar sua agressividade, com toda impunidade e sem temer medidas de retaliação. (ENRIQUEZ, 2001c, p. 70, grifo nosso)

Este foi o cenário (do “desconhecimento”) no qual os trabalhadores (da equipe) organizaram-se, desenhando, pintando, construindo, pavimentando o caminho de convite à saída de José do CAPS. Quer dizer, a tomada de decisão dos trabalhadores, pode ser analisada no campo da ilusão, da idealização e da crença. Se por um lado, as “ilusões mortíferas” fecham para a possibilidade do novo, as “ilusões necessárias” abrem para as dúvidas, permitindo a novidade ser ressignificada nos grupos de trabalho. Assim, compreendemos que os trabalhadores posicionaram-se no lugar das “ilusões mortíferas”,

⁸⁷ Aqui, fazemos nossas as palavras da tradutora do texto - Vanessa Andrade de Barros que diz: “Ao longo do texto, vamos colocar entre aspas o termo “desconhecimento” para a tradução de *méconnaissance*. O termo francês, de fato, não significa simplesmente desconhecimento, falta de conhecimento, ignorância. Ele carrega uma idéia próxima de “*conhecimento equivocado*”, consciente ou inconsciente, seja ele relativo à vida psíquica ou à política”.

negando o “desconhecimento” e abrindo espaços para os conflitos (rusgas) de toda descoberta advinda de um longo processo de trabalho.

A comunidade criada, a noção à qual pertencemos, é sempre enfeitada com os mais belos atrativos. E, mesmo que seja possível perceber algumas “verrugas”, uma tal “descoberta” não é admissível, se for feita por grupos de fora (*out groups*). Um certo grau de idealização ou, dito de outra forma, de transformação da sociedade e de suas instituições em um objeto maravilhoso, único, sem mácula (e não doença da idealidade, sempre possível e constantemente próxima), é indispensável à criação do vínculo social e à emergência do sujeito humano. (ENRIQUEZ, 2001d, p. 64)

A partir desse entendimento, a situação desvelou-se na confirmação da existência de algumas rusgas nas relações de trabalhadores - gerente/José, José/trabalhadores -, anterior mesmo à sua entrada no CAPS. José explica-nos que ficou marcado mesmo antes de entrar no CAPS em uma situação de conflito, de embate no que diz respeito à condução de um caso clínico que antecedeu a sua entrada no CAPS.

Num terceiro momento da situação, após sua saída do CAPS, encontramos José indefeso, resignado, ao mesmo tempo, tecendo críticas e conclusões particulares sobre o processo de trabalho do CAPS, situações pouco verbalizadas pelos trabalhadores. “*É isso... psiquiatras vão entrando e saindo aqui do CERSAM, vai ficando um grupo... curioso...*” (Entrevista 3). Através deste estudo de caso, compreendemos melhor o campo das defasagens entre o prescrito e o real, da criação de coleções/coletivos de trabalho de forma conflituosa e constituinte de debates (de posições, de normas, de valores, escolhas, etc.), porém, dotadas de possibilidades do advento da novidade de/no trabalho.

Portanto, José iluminou nossos pressupostos de Psicologia do Trabalho, ilustrou uma trajetória (ergológica) de vida e, pela via do “desconhecimento” (ENRIQUEZ, 2001d), compreendemos pontos críticos, ao longo de um processo de trabalho, pautados no estreitamento de laços relacionais entre trabalhadores, que dizem respeito ao mundo do trabalho, não especificamente, ao trabalho do/no CAPS. Pois é José...

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ora, muito há que se considerar, primeiramente, no sentido de que nossa pesquisa não teria sido possível, sem que antes o meu olhar (de pesquisador) não tivesse sido desviado da militância ideológico-antimanicomial para o trabalho em si: para o que fazem os trabalhadores nos CAPS, em especial os psiquiatras, quando trabalham (GUÉRIN et al, 2008). A retomada de consciência em torno da centralidade do trabalho, da concretude e da materialidade dos fatos vivido-cotidianos do/no trabalho, que faz um contraponto aos processos ideológicos, foi o ponto chave. Apoiando-me na defasagem entre o prescrito-real, e de porte de uma grande casuística, sustento a possibilidade de se trabalhar nos CAPS, porém, sempre numa posição de tensão contra o caráter centralizante, conforme constatamos, do trabalho do CAPS no saber-poder hierarquizado e hierarquizante do psiquiatra, de questionamento e repensamento em equipe das demandas de trabalho que chegam ao psiquiatra.

Façamos uma visada conclusiva. Há que se considerar que o trabalho nos CAPS é pesado e que não se faz sem dispêndio de energia físico-psíquica, muito menos sem a permissão da entrada intersubjetiva do trabalhador na construção de coletivos de trabalho (nas interrogações, seja lá de onde elas vierem, em especial da equipe de trabalho).

Mesmo que o trabalho no CAPS esteja precarizado, concordo que ainda há um movimento desejante (não coletivos desejantes), propriamente dizendo, embora esteja em fase de desfazimento.

*Agora, o que eu fico pensando... os serviços substitutivos, eles são animados por alguma coisa que é da ordem do desejo. Se eles não forem, quando esse desejo não está presente... o serviço, ele desvitaliza, ele não pode existir sem desejo. E, eu acho que há um desejo, mesmo com todas as dificuldades, que há um desejo muito vivo que ele não vem dos psicólogos, dos assistentes sociais. Não é isso, é alguma coisa que tá ali... né?... permeando aquele coletivo que a gente tenta construir por parte dos profissionais, dos usuários... **Eu acho que há um movimento desejante ali, né?** (Psiquiatra 16, grifos nossos)*

Fizemos um percurso metodológico baseado em minhas histórias de vida e ressignificado no campo da Psicologia do Trabalho (CLOT, 2001, 2006 & 2008). Contexto este, revisitado pela Ergologia, constituindo a amarração entre os sentidos de minhas escolhas e debates de normas, em (re)direção à pesquisa nos CAPS. Assim, uma lupa ampliou-se para as condições concretas de trabalho nos CAPS e os processos daí decorrentes, como, por exemplo, o binômio saúde/doença (e saídas afins) e as dinâmicas do

Reconhecimento, ressignificando a distância prescrito-real no campo da Reforma Psiquiátrica e MLA. O trabalho foi se fazendo protagonista na pesquisa e, aos poucos, sua importância foi tomada em evidência nos aspectos da Psicossociologia e da Clínica do Trabalho (LHUILIER, 2008; CARRETEIRO & BARROS, 2010).

Convocamos a atividade para se pronunciar em visibilidade - com todas suas nuances e enigmas. Assim, (re)frequentamos os CAPS estudados, porém, numa perspectiva diferenciada, voltada para questionamentos acerca da centralidade do trabalho na economia psíquica dos trabalhadores-psiquiatras. E isso rendeu-nos muita proximidade com a temática Saúde Mental e Trabalho, SM&T, sociabilidade, processos de subjetivação, etc. Na prática, encontramos com o sofrimento psíquico em meio aos trabalhadores - e, de forma não generalizada -, constituindo a fragilização do trabalhador, desinvestimento no trabalho, e, conseqüentemente, abandono dele.

Vale ressaltar que nos baseamos, especialmente, em princípios da Ergonomia para promover nossas análises acerca das condições de trabalho, em especial aquelas às quais estão submetidos os CAPS com a alta rotatividade de psiquiatras. Entendemos que as análises neste contexto poderiam ser melhor aprofundadas, não limitando e invalidando nossos achados e conclusões empíricas.

Essa foi a forma com a qual nos apresentamos aos CAPS, aos trabalhadores em geral e, em especial, aos protagonistas da pesquisa - os trabalhadores/psiquiatras, aos pacientes e gestores. Quanto aos CAPS, estes foram relocados na inter-relação instituído/instituente, mais próximo da institucionalização, haja vista as considerações sobre a repetição do velho no novo, onde as práticas manicomiais presentificaram-se. Sentimo-nos à vontade para questionar o caráter substitutivo dos “*Serviços Substitutivos*” - os CAPS - uma vez que ouvimos e escutamos uma parcela significativa de trabalhadores e ex-trabalhadores.

Concluimos, então, que os CAPS encontram-se, primeiro, psiquiatrizados e medicalizados. Na sequência, ambulatorizados, desvitalizados e carentes de uma reconfiguração, como nos disse um psiquiatra: “(...) *eu acho que a retransformação desse lugar em ateliê... não sei como, viu? Eu acho que, na verdade, eu acho que a coisa também tem uma fase mais instituinte que é... E, hoje em dia, o CAPS está extremamente institucionalizado*” (Psiquiatra 31). Tal situação, para nossa surpresa, não se mostrou determinada pelo psiquiatra, nem determinante só por este, antes diluída no coletivo de trabalhadores. Como possibilidade de transformação dessa realidade de trabalho, compreendemos esse convite ao CAPS e aos seus trabalhadores no sentido de se

locomoverem em direção ao instituinte de sentido. Dessa forma, estariam eles (re)caminhando em direção à (re)inventariação do novo? Uma situação que, particularmente, cabe à Psicologia, à Psicossociologia, à Ergonomia e à Ergologia, dentre outras, seria requestionar o caráter totalizante dos CAPS. Para tanto, há que se tomá-los como “*Casos Clínicos*”, naquele sentido que apresentamos de (des)refazimento da clínica, mediante vários referenciais teórico-práticos, de forma a reposicioná-los ao trabalho antimanicomial da Reforma Psiquiátrica.

Dentro do assunto trabalho e clínica, uma situação mostrou-se relevante: os trabalhadores dos CAPS pouco ou quase nada investigam as situações laborais dos pacientes como constituintes de saúde e adoecimento: uma situação a investigar.

Os trabalhadores, no geral, mostraram-se destituídos de suas identidades de trabalhadores dos CAPS, porém, contribuintes/destituídos da centralização do psiquiatra, dependendo da forma como são formados TNS (na academia, na experimentação e/ou nas suas histórias de vida-escolhas teóricas/profissionais) e entram na relação com a Psiquiatria e com o psiquiatra. Em toda nossa caminhada de análise, percebemos que eles são o veículo principal da (des)centralização do saber-poder dos psiquiatras nos CAPS. Tal situação aponta para uma fragilização e insuficiência intensa dos processos de formação de todos os trabalhadores, não somente dos psiquiatras. No que se refere ao processo de formação do psiquiatra, este se encontra em dissonância com as demandas de trabalho nos CAPS. Ele tem se formado no interior de sistemas fechados - os hospitais psiquiátricos - e pouco procurado os CAPS como campo de trabalho depois de suas formações. Na maioria das vezes, permanece engessado no processo “*queixa-conduta*”, sem interpelar esse mecanismo. De outra forma, qual a perspectiva de existência da Reforma Psiquiátrica, operante dentro dos CAPS e fora destes, se a mesma não tomar para si a formação de seus trabalhadores (da qual percebemos uma grande fragilidade), não somente dos psiquiatras, nem melhor respeitá-los em suas diferenças e poderes de agir?

Como resultado desse processo e com relação específica aos psiquiatras, logo de início, percebemos não haver um novo lugar para o psiquiatra nos CAPS. O trabalho continua médico-centrado, com algumas tímidas tendências à descentralização, a não ser se responsabilizarmos os “trabalhadores coletivos”. De antemão, vale ressaltar que se trata de uma constatação empírica no sentido de que ela acontece à revelia da tentativa (prescritiva) das políticas de Reforma Psiquiátrica e Movimento de Luta Antimanicomial (MLA) de descentralização da figura do psiquiatra do trabalho nos CAPS.

Verificamos que o referido processo é complexo e constituinte do trabalho real e atual dos CAPS estudados. Ficou-nos evidente que, nas dinâmicas de trabalho, quem mais aponta para a reconfirmação do psiquiatra no lugar médico-central não é, exatamente, o psiquiatra, antes os trabalhadores e os processos de trabalho daí decorrentes, em termos mais generalizados aos CAPS. Quer dizer, a maioria dos trabalhadores pouco (ou quase nada) interrogam o psiquiatra no sentido de fazê-lo repensar, ressignificar esse lugar de visibilidade hierarquizada, culturalmente, concedido-lhe na história da loucura. No trabalho real, na maioria das vezes, os trabalhadores interrogam o trabalho do psiquiatra, mas, não o interpelam nesse lugar (conflitivo) médico-centrado, de apresentação de um diagnóstico e apontamento de uma prescrição medicamentosa. Por outro lado, muitos psiquiatras respondem, reafirmando, aceitando esse espaço-tempo instituído, sem questionamentos. Há aqueles que aceitam o desafio, porém apresentam dificuldades no encontro de parcerias no trabalho em equipe para desenvolver tal operação: uma contradição do trabalho da Reforma Psiquiátrica nos CAPS?

De cara, percebemos a prevalência de falas nomeando o psicólogo, o assistente social, o enfermeiro e o terapeuta ocupacional como TNS, enquanto o psiquiatra continua sendo: “*psiquiatra-referência médica*” do caso. Quer dizer, há “*os médicos e os não médicos*”, os “*técnicos e os psiquiatras*”. Ou seja, o substrato ainda continua sendo a Medicina.

Se a Reforma Psiquiátrica convida e/ou convoca o psiquiatra (em termos prescritivos) a assumir outras posições, além de sua especificidade e o convite tem tomado rumos extraviados de sentidos, será que não se devia repensar a forma de interrogá-lo? Não seriam outras as interrogações e/ou formas de convidá-los? Concluímos, também, que eles têm sido “mal recebidos” pelos gestores e gerentes imediatos dos CAPS. O espaço-tempo que se faz é para um tipo de trabalho em ritmo de “fazeção”, sem o devido espaço-tempo objetivo/subjetivo de reflexão sobre a atividade. Esta não tem sido a lógica de trabalhos e retrabalhos nos CAPS. Agora, se a Reforma Psiquiátrica tem se tornado pouco estimulante, tendo em vista o trabalho do psiquiatra nos CAPS, nem estes lhes fazem ao menos uma provocação instigante de trabalho, qual o futuro dos CAPS e do trabalho do psiquiatra?

Quanto à distribuição dos trabalhadores conforme os ingredientes de competência da atividade faltou-nos mais investigações, mas percebemos uma discrepância com relação aos psiquiatras e aos auxiliares de enfermagem. Ao passo que a maioria dos psiquiatras apresentou potencial para se engajarem em outros ingredientes da competência, que não somente ao IGR1 e R1, os auxiliares de enfermagem surpreenderam-nos ao longo da

pesquisa. Eles passavam pela dimensão protocolar com facilidade e desenvoltura, da mesma forma em que visitavam outros ingredientes, com exceção do sexto (IGR6), que se mostrou baixo em todas as categorias de trabalhadores e que merece maiores investigações. Tal situação desvelou-nos uma série de entendimentos ergológicos, em especial de que os trabalhadores não se organizam em coletivos, nem o trabalho tem acontecido em forma de projeto (comum) em equipe.

O nosso retrato do trabalho do psiquiatra nos CAPS é ambivalente, flutua entre o “ter que” questionar seu saber-poder, ressignificar prescrições de trabalho e “dar conta de” se inserir no coletivo de trabalho. Um desafio, do qual o trabalho real desvelou-nos o contrário:

Para construir uma **novidade**, nós não vamos construir de uma hora para outra, assim, sozinha uma pessoa, **é uma construção coletiva** de que um faz uma investigação por aqui, outro vai fazendo por ali e vai sacando onde é que está o furo pra gente pensar em outra coisa. Porque os CERSAM'S hoje... Você ainda está no CERSAM, não é? **Pois é... Tá foda, não é?** (Psiquiatra 31, grifos nossos)

De outra forma, se não se trata de aspectos político-partidários, onde se encontra a problemática do desinvestimento de psiquiatras na busca do CAPS como local de trabalho? Talvez, na ressignificação e no (re)encontro com os processos de gestão das políticas (públicas e coletivas) de trabalho nos CAPS, muito embora, haja uma grande quantidade de psiquiatras trabalhando em hospitais psiquiátricos como o Galba Veloso e o Raul Soares.

Percebemos que os processos político-ideológicos diversificam-se nos campos de pesquisa. Alguns gestores tomam muito para si a direção de seus projeto de Saúde Mental, os rumos a serem seguidos (pelos trabalhadores) - e isso fica claro ao verificarmos que a Reforma Psiquiátrica caminhou e continua caminhando, que vários dispositivos foram implantados -, porém constatamos que a relação com os trabalhadores é pouco democrática. O trabalho é relegado a outros planos dentro do planejamento e da organização dos serviços: as decisões não são coletivizadas entre os trabalhadores, antes são mais verticalizadas do que longitudinalizadas. Por outro lado, percebemos, também, uma falta de direção, rumos político-administrativos onde os mesmos mecanismos (de democratização da palavra dos trabalhadores) são flexibilizados. Porém, os processos de sofrimento/adoecimento no/pelo trabalho foram evidentes com a mesma intensidade.

Compreendemos, também, que os CAPS mal se (re)conhecem em suas diferenças e os trabalhadores pouco (ou quase nada) se comunicam. Não há um movimento dos trabalhadores por apropriação do trabalho, como “patrimônio/herança”. Nesse sentido, os mal-entendidos do trabalho real são criticados, mas, não de forma a restituírem laços de conversação coletiva sobre a atividade de trabalho. Isso tem sustentado o *mal-estar* que

encontramos no trabalho real. Há um busca por *Reconhecimento*, conforme aponta a pesquisa, sobretudo, em se considerando a experiência do desrespeito recorrente aos trabalhadores. Não há uma Luta por *Reconhecimento* aos moldes da “*gramática moral dos conflitos sociais*”.

Em outro aspecto, os psiquiatras sentem-se pouco valorizados, mais taxados de manicomiais, seus saberes tácitos e investidos são relegados a outros planos se comparados à importância dada aos pacientes - “usuários” - em se tratando de processos de desinstitucionalização e (re)inclusão social.

Se no início, a Reforma Psiquiátrica caminhou a passos largos e os trabalhadores eram protagonistas dessas conquistas, atualmente, a caminhada tem sido em forma de grande lentidão e os trabalhadores anunciam tentativas tímidas e frustradas de repensamento de seus lugares nos CAPS. Dizem eles de experiências repetitivas de desrespeito. O estudo de caso do psiquiatra José é um exemplo. Como limitação e por se tratar de estudo de caso, compreendemos que os resultados não podem ser generalizados à categoria de trabalhadores/psiquiatras dos CAPS, embora recoloque a atividade em visibilidade. Podemos inferir, entretanto, que talvez a questão esteja na inflexão de processos ideológicos mais acirrados, na desvalorização dos saberes investidos e na falta de diálogos entre gestores e trabalhadores sobre a atividade dentro de um projeto comum. Porém, há que se tomar as atividades não para depor contra o trabalho do psiquiatra no CAPS, mas, sim para se criar um corpo reflexivo sobre esse trabalho.

Com relação aos processos de Reforma Psiquiátrica que teriam influenciado o Brasil (em especial, os nossos campos de pesquisa), percebemos uma prevalência do processo de Desinstitucionalização Democrática Italiana em detrimento a qualquer outro, por exemplo, a Reforma Psiquiátrica Francesa - que faz parceria com nossas reflexões teóricas sobre o mundo do trabalho. Grande parte dos trabalhadores e ex-trabalhadores dos CAPS estudados disseram da situação. No entanto, muitos deles encontram-se questionando as consequências dessa importação de modelo no cotidiano (clínico-vivido) de trabalho.

Os pacientes, estes responderam de formas também originais, tecendo comentários e localizando o psiquiatra mais no lugar da medicação, porém deixaram-lhes uma questão ao dizerem da oportunidade que os psiquiatras “donos dos hospícios” tiveram: “(...) *eles já tiveram a chance deles e eles provaram que eles não são capazes. (...) Então, assim, não deixar isso acabar não, sabe? E a gente tem que lutar por isso, e bola pra frente, sabe*”? São

palavras de Gabriel, reacendendo um caminho de inventariação do fazer industrial dos/nos CAPS.

Para finalizar, outra questão: deparamo-nos com alguns “*trabalhadores-coletivos*”, um pouco mais adiante, com “*trabalhadores-coletivos-anômalos*” psiquiatras ou não - todavia raros de existir e que fazem a diferença do/no trabalho dos CAPS, direta ou indiretamente. Investigando suas trajetórias de vida no trabalho e fora deste, algumas facetas históricas desse processo foram-nos instituintes de sentido de inventariação do novo, de um fazer industrial. Algo que - se “*não está inscrito nos cromossomos*”-, passa pela história de vida, inclusive pela genética familiar, de experienciar a loucura de perto em seus familiares, de se sensibilizar com a causa e a ressignificar em suas experimentações, escolhas, em forma de adesão ao caráter de um trabalho anômalo, de sentido antimanicomial. Assim, podemos dizer também que, segundo nossas investigações, muitos desses trabalhadores experienciaram e/ou experimentam a lida familiar com a loucura.

Quanto aos psiquiatras - e pelo viés de que o “trabalho escapole”- essa pesquisa não teria sido possível sem a construção constante de interrogações anômalas acerca do que fazem eles quando trabalham. É, pois é... José...

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, L. A. *O papel do psiquiatra no CAPS (Centro de Atenção Psicossocial):* Discussão de um caso clínico. 2004. 38p. Monografia apresentada como requisito à conclusão do curso de pós-graduação em Psiquiatria pelo Instituto Municipal de Assistência à Saúde - Juliano Moreira. Rio de Janeiro, 2004.

AMARANTE, P. D. (coord.). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil.* Rio de Janeiro: Fiocruz, 2ª Ed, 1995. 132p.

ANSART P. *A gestão das paixões políticas.* Editora L'Âge D 'home, Lausanne, Suíça, 1983 p. 77-80 (tradução livre: Prfª. Vanessa Andrade de Barros – FAFICH/UFMG)

_____. *Discurso político e redução da angústia.* Bulletin de Psychologie, N° XXIX, 322, 1975/76, p. 8-13 (tradução livre: Prof. José Newton Garcia de Araújo) – FAFICH/UFMG.

ANTUNES. R. Os sentidos do Trabalho: *Ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho.* São Paulo: Boitempo, 2002, cap. VIII-XIX.

ARAÚJO, J. N.G & CARRETEIRO, T. C (Orgs.). *Cenários sociais e abordagem clínica.* São Paulo: Escuta; Belo Horizonte, Fumec, 2001. 260p.

ARTIGOS. Por uma clínica do sujeito. *Revista do Centro de Estudos Da Residência de Psiquiatria do Instituto Raul Soares - FHEMIG.* Belo Horizonte, Vol. 1 – 1995.

ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL: *Saúde em Casa.* Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, Belo horizonte, 2006.

BARRETO, F. P. *Ensaio de Psicanálise e Saúde Mental.* Belo Horizonte: Scriptum Livros, 2010, 336p.

_____. *Reforma Psiquiátrica e Movimento Lacaniano.* Belo horizonte: Itatiaia, 1986

BARROS, V. A. *Ilusão e relações sociais*. IN PULSIONAL – Revista de Psicanálise. São Paulo: Escuta. p. 114-123, ano XIV, nº 152, dez. 2001.

BARROS, V. A & SILVA, L.R. A Pesquisa em História de Vida. In: GOULART, I. B. Psicologia Organizacional e do Trabalho; teoria, pesquisa e temas correlatos. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002, p 133-146.

BARROS, V. A. De la representation au pauvoir, une étude sur les trajectoires politiques des dirigeants syndicaux au Brésil. L'adhésion idéologique, cap v. (Doutorado em Sociologia), 1998, Paris – VII.

_____. *Reconhecer o Trabalho Real: Psicologia e Trabalho*. In: CUNHA, D. M. (org.). *Trabalho: minas de Saberes e Valores. Conexões de saberes sobre Trabalho*. Belo Horizonte: NETE/FAE/UFMG, 2007, 1ª Ed. P 171-176.

BRESCIA, M. F. Q. *O uso do trabalho como recurso terapêutico: “novas” possibilidades no atendimento em serviços de saúde mental*. Dissertação de mestrado em psicologia. Belo Horizonte. UFMG. FAFICH, 2003. 140p.

CAMPOS, G. W. S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: Revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. IN: Inventando a mudança na saúde. CECÍLIO, L. C. O (org.) São Paulo: Hicitec, 2006, p. 11-87.

_____. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec, 2007, 185p.

CARRETEIRO, T. C.O & BARROS, V. A. *Clínicas do Trabalho: contribuições da Psicossociologia no Brasil*. In: Bendassoli, P.; Soboll, L. A (Orgs.). *Clínicas do Trabalho*. Ed. Atlas, 2010 (no prelo).

CARVALHO, M. C. A A. Participação social no Brasil hoje. IN: Araújo, J. N. G; Souki, L. G; Faria, C. A. F. (orgs). *Figura Paterna e Ordem Social: Tutela, autoridade e legitimidade nas sociedades contemporâneas*. Belo Horizonte: Autêntica, PUC Minas, 2001, p 171- 204.

CHAUÍ, M. O que é ideologia? São Paulo: Editora Brasiliense, 2003, 118p.

_____. Quando Novos Personagens Entram Em Cena. Experiências e lutas dos trabalhadores da Grande São Paulo 1970-1980. Prefácio, In: SADER, E. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2ª Ed, 1988, p 9-16

COOPER. D. Psiquiatria e Antipsiquiatria. São Paulo: Perspectiva, 1967. Título original: Psychiatry and Anti-Psychiatry. 165p.

CLOT, Y. *A função Psicológica do Trabalho*. Tradução de Adail Sobral. Petrópolis: Vozes, 2006. Título original: La fonction psychologique du travail. 218p.

_____.Clínica do trabalho, clínica do real. Le journal des psychologues, 2001, nº 185. Tradução de Kátia Santorum e Suyanna Linhares Barker. Revisão de Cláudia Osório.

_____. Travail et pouvoir d'agir. 1ª Ed. Paris: Presses Universitaires de France, 2008.

CUNHA. D. M. (org.) Trabalho: *Minas de Saberes e Valores*. Belo Horizonte: Conexões de Saberes sobre Trabalho, NETE/FAE/UFMG, 1ª Ed, 2007, p.193-200.

_____. Aspectos da Estrutura e do Desenvolvimento da Atividade humana em Aléxis Leontiev. IN: ARANHA, A. V. & CUNHA, D. M. & LAUDARES, J. B.(orgs.). Diálogos sobre trabalho: *Perspectivas Multidisciplinares*. Campinas: Papyrus, 2005, p. 115-133.

CUNHA, D. M. & LAUDARES, J. B. Trabalho: *Um Objeto Transdisciplinar esperando por Re-Conhecimento*. IN: Trabalho: Diálogos multidisciplinares. CUNHA, D. M. & LAUDARES (orgs.). Belo Horizonte: Editora UFMG, 2009, p. 50-73.

DURRIVE, L. & SCHWARTZ, Y. Glossário da Ergologia. Laboreal, 4, (1), p 23-28

DEJOURS, C. A Loucura no Trabalho: Estudo de Psicopatologia do Trabalho. São Paulo: Cortez – Oboré, 1992, 168p.

_____. Da Psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. IN: LANCMAN, S & SZNELWAR, L. I (orgs.). Tradução de Frank Soudant/Selma Lancman e Laerte Idal Sznelwar. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz: Paralelo 15, 2004, p. 47-164.

ECHTERNACHT, E. Atividade humana e gestão da saúde no trabalho: *Elementos para a reflexão a partir da abordagem ergológica*. Laboreal, 4, (1), p. 46-55.

ENRIQUEZ, E. A arte de governar. IN: Araújo, J. N. G; Souki, L. G; Faria, C. A. F. (orgs). *Figura Paterna e Ordem Social: Tutela, autoridade e legitimidade nas sociedades contemporâneas*. Belo Horizonte: Autêntica, PUC Minas, 2001a, p 113 – 142.

_____. O Fanatismo Religioso e Político. IN: Araújo, J. N.G; Mata Machado. M.N (orgs). *Psicossociologia, Análise Social e Intervenção* – Editora Escuta, SP, 2001b, 2ª Ed. P. 75-89.

_____. O Vínculo grupal. IN: Machado, M. N da Mata et al (orgs.). *Psicossociologia, Análise Social e Intervenção*. São Paulo: Escuta. 2ª ed, 2001c.

_____. *Instituições, poder e “desconhecimento”* IN: CARRETEIRO, T. C & ARAÚJO, J. N. (Orgs.). *Cenários Sociais e Abordagem Clínica*. São Paulo: Escuta; Belo Horizonte, Fumec, 2001d, p. 48-74.

FIGUEIREDO, A. C. Vastas confusões e atendimentos imperfeitos: *A Clínica Psicanalítica No Ambulatório Público*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 4ª Ed, 2004, 184p.

FURTADO, J. P & CAMPOS, R. O. A transposição as Políticas de Saúde Mental no Brasil para a prática nos novos serviços. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, vol. VIII, n.1, março de 2005, p. 109-122.

FOUCAULT, M. *História da Loucura*. São Paulo: Editora Perspectiva S.A. 5ª Ed, 1997a, 551p.

_____. *O Poder Psiquiátrico*. São Paulo: Martins fontes, 2006, 494p.

_____. Resumo dos Cursos do Collège de France (1970-1982). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1997b, p. 45-57.

_____. A Ordem do Discurso: aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970. São Paulo: Loyola, 18ª Ed, 2009.

FREITAS, M. E. A questão do imaginário e a fronteira entre a cultura organizacional e a psicanálise. IN: MOTTA, F. C. P & FREITAS, M. E. (orgs.). Vida Psíquica e Organização, Rio de Janeiro: FGV, 2ª Ed, 2000, p. 41-73.

FREUD, S. Psicanálise Silvestre (1910). Edição Standard Brasileira das Obras de Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1996a. v. XI. p. 231-239.

_____. Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise (1912). Edição Standard Brasileira das Obras de Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1996b. v. XII. p. 125-133.

_____. Sobre o início do tratamento (Novas Recomendações Sobre a Técnica Da Psicanálise (1913). Edição Standard Brasileira das Obras de Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1996c. v. XII. p. 137-158.

_____. Psicanálise e Psiquiatria. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1996d. v. XVI, p. 251-263.

_____. Psicologia de Grupo e Análise do Ego (1921). Edição Standard Brasileira das Obras de Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1996e. v. XVIII. p. 79 - 154.

GARCIA, C. É Viável Uma Abordagem Clínica no CERSAM? IN: Psicanálise, Psicologia , Psiquiatria e Saúde Mental: *Interfaces*. Belo horizonte: Oficina de Arte & Prosa, 2002, p. 125-137.

GAULEJAC, V. Histoires de vie et choix théoriques. Univesrité de Paris VXII, Paris. Les Caschiers du Laboratoire de changement Social, nº 1, Junho/1996. Tradução de Vanessa Andrade de Barros.

_____. As origens da Vergonha. Tradução de Maria Beatriz de Medina. São Paulo: Via Lettera Editora e Livraria, 2006.

GUÉRIN, F (et al) Compreender o Trabalho para Transformá-lo: *A Prática da Ergonomia*. Tradução: GILIANE, M. J. Ingrata e MARCOS Maffei. São Paulo: Edgard Blucher LTDA, 2001, 200p. Título original: Comprendre le travail pour le transformer, La pratique de l'ergonomie.

GOFFMAN, E. Manicômios, Prisões e Conventos. São Paulo: Editora Perspectiva S.A. 7ª Ed, 2003, 320p.

HAMELINE, D. Le Praticien , L'Expert et L'Militant. IN: BOUTINET, J-P. Du discours à l'action: Les sciences sociales s'inteterogent sur elles-mêmes. Paris: Editions L'Hamartham, 1985.

HELLER, A. O Cotidiano e a História. São Paulo: Paz e Terra S/A, 6ª ed, 2000, 121p.

HONNETH, A. Luta por reconhecimento: *a gramática moral dos conflitos sociais*. Tradução de Luiz Repa. São Paulo: 34, 2003.

_____. Reconhecimento ou redistribuição? A mudança de perspectivas na ordem moral da sociedade. IN: SOUZA, J. & MATTOS, P. (rogs.) Teoria crítica no século XXI. São Paulo: Annablume, 2007, p. 79-93.

JACQUES, M. G & CODO, W. C. Saúde Mental & Trabalho: *Leituras*. Rio de Janeiro: Vozes, 2002, 420p.

LEONTIEV, A. O desenvolvimento do psiquismo. São Paulo: Moraes, 1ª ed, 1978. 352p.

LÉVY, A. *Ciências Clínicas e Organizações Sociais: sentido e crise do sentido*. Belo Horizonte: Autêntica, 2001. 223p.

_____. *Violência, mudança e desconstrução*. CARRETEIRO, T. C & ARAÚJO, J. N. (Orgs.). *Cenários Sociais e Abordagem Clínica*. São Paulo: Escuta; Belo Horizonte, Fumec, 2001, p. 75-89.

LIMA, M. E. (Org.). *Escritos de Louis Le Guillant: da ergoterapia à psicopatologia do trabalho*. Organização e apresentação: Maria Elizabeth Antunes Lima. Petrópolis: Vozes, 2006. Tradução: Guilherme Teixeira. Título original: *Quelle psychiatrie pour notre temps? Travaux et écrits de Louis Le Guillant*. 359p.

_____. A questão do método em psicologia do trabalho. In: GOULART, I. B. (org.). *Psicologia Organizacional e do trabalho: teoria, pesquisa e temas correlatos*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002, p. 123-132.

_____. A relação entre distúrbio mental e trabalho: evidências epidemiológicas recentes. In: *O trabalho Enlouquece? Um encontro entre a clínica e o trabalho*. CODO, W. (org). Petrópolis: Vozes, 2004, p. 139-160.

LOBOSQUE, A. M. *Princípios para uma clínica antimanicomial e outros escritos*. São Paulo: Hucitec, 1997. 96p.

_____. *Experiências da Loucura*. Rio de Janeiro: Garamond, 2001. 173p.

_____. *Clínica em Movimento: Por uma sociedade sem manicômios*. Rio de Janeiro; Garamond, 2003. 197p.

LHUILIER, D. *Cliniques Du Travail*. Érès, 2006, 246p.

MATTAR, C. M. *Mulher, intimismo e violência conjugal: tecendo redes e histórias*. Dissertação de mestrado. Niterói: Universidade Federal Fluminense, 2003, 145p.

MATTOS, P. O reconhecimento social e sua refundação filosófica em Charles Taylor. SOUZA, J. & MATTOS, P. (Orgs.) IN: Teoria crítica no século XXI. São Paulo: Annablume, 2007, p. 41-53.

MAZZOTTI-ALVES, A. J. & GEWANDSZNAJDER, F. O Método nas Ciências Naturais e Sociais: Pesquisa Quantitativa e Qualitativa. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004, Capítulo 7, p. 147-178.

MERHY, E. E; ONOCKO, R (orgs.). *Praxis En Salud*: um desafio para lo público. São Paulo: Hucitec, 1997, p. 169-266.

MERHY, E. E. Saúde: *a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2005, p. 93- 112.

METIPOLÁ. A Clínica e seus impasses. Oficinas: Expressões. O cotidiano e suas bordas. Revista do CERSAM Leste: Centro de Referência em Saúde Mental da Regional Leste de Belo Horizonte, 1997, 71p.

MICHEL-BARU, j. O sujeito social. Tradução de Eunice Dutra Galery e Virginia Mata Machado. Belo Horizonte: Editora PUCMINAS, 2004, 310p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Legislação em Saúde Mental. Brasília: DF, 2004a.

MOSCOVICI. S. Representações Sociais. Investigações em psicologia social, Ed. Vozes, 3ª Ed, 2005.

NETTO, J. P & CARVALHO, M. C. Cotidiano: *Conhecimento e crítica*. São Paulo: Cortez, 5ª ed, 2000, 93p.

NILO, K; MORAIS, M. A. B; GUIMARÃES, M. B. L; VASCONCELOS, M. E; NOGUEIRA, M. T. G; ABOU-YD, M. (Orgs.). POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL DE BELO HORIZONTE: *O Cotidiano de uma Utopia*. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde de BH, 2008.

OKAMOTO, E. *Hora de Nossa Hora: O menino de rua e o brinquedo circense*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild Editores, 2007.

OLIVEIRA, R. C. O Trabalho do Antropólogo: Olhar, Ouvir, Escrever. In: *Revista de Antropologia*, São Paulo: USP, 1996, v. 39 n 1, p 13-37.

ORGANISTA, J. H. C. *O Debate Sobre a Centralidade do trabalho*. São Paulo: Expressão popular, 1ª 2006. Cap. V e VI. p. 127-173.

PALMADE, J. Pós-modernidade e fragilidade identitária. IN: CARRETEIRO, T.C & ARAÚJO, J. N. (Orgs.). *Cenários Sociais e Abordagem Clínica*. São Paulo: Escuta; Belo Horizonte, Fumec, 2001, p. 93-121.

PENIDO, C. M. F. *A utopia do 'Novo Profissional' nas equipes multiprofissionais dos Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAM's) de Belo Horizonte*. Dissertação de Mestrado. Belo Horizonte, UFMG, FAFICH, 2002. 157p.

PINO, A. Cultura e desenvolvimento humano. *Revista: Viver, mente&cérebro*. Coleção memória da pedagogia: Lev Semenovich VYGOTSKY, uma educação dialética, nº 2. São Paulo: Ediouro, 2005. 98p.

PINTO, J. M. Política da psicanálise: Clínica e pesquisa. IN: *Psicanálise, feminino, singular*. Autêntica.

POLITZER, G. *Crítica aos Fundamentos da Psicologia: a Psicologia e a Psicanálise*. Tradução: Marcos Marcionilo e Yone Maria de Campos Teixeira da Silva. São Paulo: UNIMEP, 2ª Ed. 1998. Título original: *Critique des fondements de la psychologie: la psychologie et la psychanalyse*. 194p.

PRADO, M. A. M. Da mobilidade social à constituição da identidade política: reflexões em torno dos aspectos psicossociais das ações coletivas. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, v, n.11, p. 59-71, jun, 2002.

POR UMA CLÍNICA DO SUJEITO. Revista do Centro de Estudos Da Residência de Psiquiatria do Instituto Raul Soares - FHEMIG. Belo Horizonte, Vol. 1 – 1995.

QUINET, A. (org.) *Psicanálise e Psiquiatria: controvérsias e convergências*. Rio de Janeiro: Rios ambiciosos, 2001, 286p.

REIS, F. W. Democracia, igualdade e identidade. In: PERISSINOTTO, R & FUKS, M. (Orgs) *Democracia: Teoria e Prática*. Rio de Janeiro: Relume Dumará; Curitiba, PR: Fundação Araucária, 2002, p. 11-31.

ROSA-GARCIA, L. A. *Acaso e Repetição em Psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2003, 125p.

SAARVEDRA, G. A. A teoria crítica de Axel Honnet. IN: SOUZA, J. & MATTOS, P. (Orgs.) *Teoria crítica no século XXI*. São Paulo: Annablume, 2007, p. 95-111.

SANCHES, M; UCHIDA, R. & TAMAI, S (orgs.) *Manejo do Paciente Psiquiátrico grave*. São Paulo: Roca, 2009, p. 143-146.

SANTOS, B. S. Os novos movimentos sociais. In: LEHER, R & SETÚBAL, M (Orgs.). *Pensamento crítico e movimentos sociais: Diálogo para uma nova práxis*. São Paulo: Cortez, 2005, p. 174-189.

SAÚDE MENTAL NO SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial. Série F. Comunicação e Educação em Saúde. Ministério da Saúde: Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Brasília – DF, 2004b.

SEMINÁRIO: Urgência sem Manicômio. Realização: Núcleo Pró-formação e Pesquisa do CERSAM/Barreiro. Gestão 2004.

SIRIMIM. Publicação Periódica da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte/Coordenação de Saúde Mental. Agosto/Dezembro, Ano III, nº 3, 2004.

SCHWARTZ, I & DURRIVE, L. (orgs.) *Trabalho & Ergologia: Conversas sobre a atividade humana*. Tradução de Jussara Brito e Milton Athayde... (et al). Niterói: Universidade Federal Fluminense, 2007. Título original: *Travail & Ergologie - entretiens sur l'activité humaine*. 309p.

_____. Revisões Temáticas. Glossário da ergologia. Laboreal. Tradução de CUNHA, L & LACOMBLEZ, M. vol. IV, nº 1, 2008, p. 23-28.

_____.(orgs.) *L'Activité en Dialogues: entretiens sur l'activité humaine (II)*. Suivi de Manifeste pou um ergo-engagement. Première édition. OCTARÈS Éditions, 2009. Dialogues I eV.

SILVA, E. S. Saúde mental e trabalho. In: TUNDIS, S. A e COSTA, N. R. *Cidadania e Loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil*. Petrópolis: Vozes/ABRASCO, 1987. p. 217-283.

SILVA, J. P. *Trabalho, Cidadania e Reconhecimento*. São Paulo: ANNABLUME editora, 2008, 165p.

SOUZA, J. & MATTOS, P (orgs.) *Teoria Crítica no século XXI*. São Paulo: ANNABLUME editora, 2007, p. 79-93

TENÓRIO, F. *A picanálise e a clínica da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Rios Ambrósios, 2001, 167p

TOSQUELLES, F. *Le travail thérapeutique à l'hôpital psychiatrique. Centre d'entraînement aux méthodes d'éducation active*. Édition du Scarabée. Paris, 1967. 87p.

TUNDIS, S. A & COSTA, N. R (orgs). *Cidadania e Loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil*. Petrópolis: Vozes em co-produção com a ABRAPSO, 1987, p. 217-283.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetivos de pesquisa. Rev. Saúde Pública, jun. 2005, vol 39, nº 3, p 507-514. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/rsp/v39n3/24808>.

UM OUTRO OLHAR: Manual Audiovisual sobre Centros de Atenção Psicossocial e Saúde Mental na Atenção Básica. Elaboração e Revisão Técnica: COUTO, M. C. V, NUPPSAM/IPUB/UFRJ & MARTINEZ, R., 2009.

VALLADARES, L. Os dez mandamentos da observação participante. Resenhas. Revista Brasileira de Ciências Sociais - Vol. 22 Nº 63, São Paulo, Fev, 2007, p. 153-155. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbcsoc/v22n63/a12v2263.pdf>.

VIEIRA, C. E. C. Desautorização, Paradoxo e Conflito: A Saúde Mental dos vigilantes Bancários: Dissertação de Mestrado. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, 2006.

VIGANÒ, C. A construção do caso clínico em Saúde Mental. IN: Psicanálise e Saúde Mental. Curinga Escola Brasileira de Psicanálise - Minas Gerais, nº 13 set, 1999, p 50-59.

VYGOTSKY, L. S. A formação social da mente. COLE, M; STEINDER-JOHN, V; SOUBERMAN, E (orgs.). São Paulo: Martins fontes, 2008.

ANEXOS

Ao analisar estes anexos, percebe-se um caráter prescritivo de tarefas para os trabalhadores dos CAPS, em especial para os psiquiatras.

**Número de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) por tipo e UF e Indicador CAPS/100.000 habitantes
Brasil – 31 de outubro de 2009**

UF	População	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPSi	CAPSad	Total	CAPS/100.000 hab
Paraíba	3.742.606	34	9	2	7	6	58	1,12
Sergipe	1.999.374	20	3	3	1	2	29	1,03
Rio Grande do Sul	10.855.214	61	36	0	12	20	129	0,91
Ceará	8.450.527	39	27	3	5	17	91	0,86
Alagoas	3.127.557	33	6	0	1	2	42	0,82
Santa Catarina	6.052.587	40	13	1	6	8	68	0,80
Bahia	14.502.575	103	30	3	5	13	154	0,72
Rio Grande do Norte	3.106.430	10	10	0	2	5	27	0,71
Mato Grosso	2.957.732	25	2	0	1	5	33	0,69
Paraná	10.590.169	34	26	2	7	19	88	0,68
Rondônia	1.493.566	10	5	0	0	0	15	0,67
Piauí	3.119.697	21	5	0	1	4	31	0,66
Mato Grosso do Sul	2.336.058	7	6	1	1	3	18	0,64
Maranhão	6.305.539	35	13	1	3	5	57	0,63
Minas Gerais	19.850.072	70	43	8	10	14	145	0,57
São Paulo	41.011.635	54	73	19	27	57	230	0,52
Tocantins	1.280.509	7	2	0	0	1	10	0,51
Rio de Janeiro	15.872.362	32	37	0	12	15	96	0,50
Amapá	613.164	0	0	0	1	2	3	0,49
Pernambuco	8.734.194	15	17	1	4	10	47	0,46
Espírito Santo	3.453.648	7	8	0	1	3	19	0,45
Pará	7.321.493	19	11	1	2	5	38	0,40
Goiás	5.844.996	8	13	0	2	3	26	0,38
Acre	680.073	0	1	0	0	1	2	0,29
Roraima	412.783	0	0	0	0	1	1	0,24
Distrito Federal	2.557.158	1	2	0	1	2	6	0,22
Amazonas	3.341.096	1	2	1	0	0	4	0,12
Brasil	189.612.814	686	400	46	112	223	1467	0,60

Fonte: Área Técnica de Saúde Mental/DAPES/SAS/MS e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/IBGE – Estimativa Populacional 2008

Nota 1 - O cálculo do indicador CAPS/100.000 hab., considera que o CAPS I dá resposta efetiva a 50.000 habitantes, o CAPS III, a 150.000 habitantes, e que os CAPS II, CAPSi e CAPSad dão cobertura a 100.000 habitantes.

Nota 2 - Parâmetros: Cobertura muito boa (acima de 0,70), Cobertura regular/boa (entre 0,50 e 0,69), Cobertura regular/baixa (entre 0,35 e 0,49), Cobertura baixa (de 0,20 a 0,34), Cobertura insuficiente/crítica (abaixo de 0,20)

Figura 10: Gráfico do Ministério de apontamento do número de CAPS no Brasil, 2008.

Diretrizes estabelecidas pelo Ministério de Saúde⁸⁸:

O texto abaixo foi extraído literalmente de um manual do Ministério de Saúde

O que é um CAPS?

Como já vimos, um Centro de Atenção psicossocial (CAPS) ou Núcleo de Atenção Psicossocial é um serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS). Ele é um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de saúde. O objetivo dos CAPS é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, ao lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. É um serviço de atendimento de saúde mental criado para ser substitutivo⁸⁹ às internações em hospitais psiquiátricos.

Os CAPS visam:

- a. Prestar assistência em regime de atenção diária;
- b. Gerenciar os projetos terapêuticos oferecendo cuidado clínico eficiente e personalizados;
- c. Promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas de enfrentamento dos problemas.
- d. Dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica, PSF (Programa de Saúde da Família), PACS (Programa de agentes Comunitários de Saúde);
- e. Regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área;
- f. Coordenar junto com o gestor local as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem no seu território;
- g. Manter atualizada a listagem dos pacientes de sua região que utilizam medicamentos para a saúde mental.

⁸⁸ *Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília, DF, 2004b, p. 13.

⁸⁹ Grifos nossos

ROTEIROS DE ENTREVISTAS EM PESQUISA QUALITATIVA SOLICITADOS PELO COMITÊ DE ÉTICA DA PBH

Tendo em vista, os princípios da Psicologia do Trabalho, elucidados na Referência Bibliográfica deste projeto de pesquisa, que primam pela entrada em campo antes de qualquer orientação teórico-metodológica prévia, propõe-se um roteiro de entrevista a ser desenvolvido nesta pesquisa com os trabalhadores dos referidos CERSAM's. Neste sentido, apresentamos uma direção possível para as mesmas, tendo como base os conceitos de trabalho prescrito e trabalho real. Em outras palavras, trata-se de uma conversa espontânea, semi-dirigida, valorizando a experiência do trabalhador, sua subjetividade, numa relação dialética entre aquilo que o trabalho exige que eles façam, aquilo que eles realmente fazem e aquilo que eles dizem que fazem em seus cotidianos de trabalho. Em relação ao usuário, a pesquisa pretende promover um diálogo espontâneo, visando incluir seu ponto de vista sobre o fazer do psiquiatra no que diz respeito à relação médico-paciente, ao trabalho grupal, bem como na construção de tratamentos diversificados e singularizados. Ressalta-se que tal entrevista será realizada com o máximo de cautela possível, valendo-se de um linguajar delicado, sem que lhe cause qualquer prejuízo em sua estrutura psíquica, inclusive na direção de seu tratamento.

ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA OS PSIQUIATRAS

1. Em sua experiência de trabalho, quais são e como acontecem, realmente, suas atividades cotidianas?
2. Qual a sua especificidade de trabalho no CERSAM?
3. O quê o trabalho exige que você faça?
4. Como você lida no seu trabalho com as imprevisibilidades do acolhimento da urgência em saúde mental?
5. Como acontece seu trabalho, em se tratando do funcionamento em equipe multiprofissional do CERSAM?
6. Como você lida com questões externas ao CERSAM, como por exemplo, o fluxo do paciente na rede de saúde mental?
7. Qual a relação que você estabelece entre a sua formação profissional e a prática dentro dos CERSAM's?

8. Em sua opinião e, ou, experiência, qual a diferença entre o trabalho dentro dos CERSAM's e o trabalho dentro dos hospitais psiquiátricos?
9. Como o cotidiano o seu cotidiano influencia e/ou é influenciado pelo seu trabalho?
10. Qual a importância que o trabalho tem para você?

**ROTEIRO DE ENTREVISTA: PSICÓLOGOS, ASSISTENTES SOCIAIS,
ENFERMEIROS, TERAPEUTAS OCUPACIONAIS.**

1. Em sua experiência, quais são suas atividades específicas de trabalho?
2. O que o trabalho exige que você faça diariamente?
3. Como ocorre o seu trabalho, tendo em vista a parceria com o trabalho do psiquiatra?
4. Em sua opinião, como o saber do psiquiatra relaciona-se com o seu?
5. Tendo em vista a construção de um caso clínico em equipe e em rede de saúde mental, como você percebe o funcionamento do trabalho do psiquiatra?
6. Em seu ponto de vista, sua experiência, qual a diferença da inserção do psiquiatra nos CERSAM's e nos hospitais psiquiátricos?

ROTEIRO DE ENTREVISTA: AUXILIARES DE ENFERMAGEM.

1. Em sua perspectiva, quais são suas atividades diárias de trabalho?
2. Como ocorre a sua inserção na equipe de trabalho?
3. Como você concebe o trabalho do psiquiatra com a equipe e com o seu cotidiano particular de trabalho?
4. Em sua experiência, qual a diferença do trabalho do psiquiatra no CERSAM e no hospital psiquiátrico?

ROTEIRO DE ENTREVISTA: PACIENTES

1. Você poderia me dizer, como ocorre o seu tratamento aqui no CERSAM?
2. Em sua opinião, qual é o trabalho e a importância do psiquiatra dentro do CERSAM?
3. Em sua opinião, qual é o trabalho do psiquiatra aqui dentro?
4. Qual a função do psiquiatra aqui no CERSAM?

5. Qual a importância do psiquiatra na equipe de trabalho? Como ocorre a inserção do psiquiatra em seu tratamento?
6. Em seu ponto de vista, qual a diferença que existe entre o psiquiatra do CERSAM e o psiquiatra do hospital psiquiátrico?

TCLE: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO:

Para os psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, enfermeiros e auxiliares de enfermagem

Eu, Enio Rodrigues da Silva, estudante de mestrado da UFMG, na área de concentração da Psicologia Social, convido você a participar de minha pesquisa. O tema em desenvolvimento é “O trabalho do psiquiatra dentro do Serviço Substitutivo: o CERSAM - Centro de Referência em Saúde Mental”. Tem como objetivos, compreender o trabalho real do psiquiatra, mediante a política de Reforma Psiquiátrica, além de investigar sua inserção no coletivo de trabalho em equipe para além do desenvolvimento de sua especificidade.

Inicialmente, será realizado um processo de observação do funcionamento da equipe de trabalho, fora do consultório, visando compreender o fazer prático e o processo de trabalho dos membros da equipe em tempo real. Especificamente, um foco será colocado na prática cotidiana dos psiquiatras. Em seguida, será realizada uma entrevista gravada com você. Todo o processo poderá ser interrompido a qualquer momento, segundo sua vontade, sem prejuízo para você, inclusive caso haja algum constrangimento ou desconforto durante a pesquisa. Os dados serão sigilosos, não tendo qualquer característica que possa identificá-los. No sentido de garantir o bom desenvolvimento da pesquisa, disponibilizo o meu telefone - 99566406 - comprometendo-me em atendê-lo para esclarecimentos, bem como o contato com o Comitê de Ética da SMS - PBH. Endereço: Av Afonso Pena 2336; tel: 3277- 5309; email: coep@pbh.gov.br.

Dessa forma, eu _____ (nome do entrevistado),
CI: _____ (número da carteira de identidade),
_____ (profissão) do
_____ (CERSAM que trabalha e/ou trabalhou), conhecendo os objetivos dessa pesquisa de Enio Rodrigues da Silva, consinto em participar, concedendo entrevista gravada que será transcrita e utilizada para a elaboração da sua dissertação de mestrado.

(assinatura do entrevistado)

(assinatura do pesquisador)

Belo Horizonte, _____ (data do dia da entrevista)

TCLE: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
Para pacientes de saúde mental dos serviços

Eu, Enio Rodrigues da Silva, estudante de pós-graduação da Universidade Federal de Minas Gerais, convido você a participar de minha pesquisa. O assunto a ser pesquisado é: “O trabalho do psiquiatra dentro do Serviço Substitutivo: o CERSAM - Centro de Referência em Saúde Mental”. Tem como objetivos, entender como ocorre o trabalho diário e a função do psiquiatra em seu tratamento.

Inicialmente, será realizado um processo de entendimento do funcionamento da equipe de trabalho para compreender o que os psiquiatras fazem realmente quando estão trabalhando e o tipo de tratamento oferecido pelos trabalhadores.

Em seguida, será realizada uma entrevista gravada com você. A entrevista poderá ser interrompida a qualquer momento por você, segundo sua vontade, sem prejuízo para você e no seu tratamento. Os dados serão guardados em segredo e os nomes próprios não serão escritos na pesquisa.

Para garantir o bom desenvolvimento da pesquisa, disponibilizo o meu telefone - 99566406 - comprometendo-me em atendê-lo para esclarecimentos. Também, o contato com o Comitê de Ética da SMS - PBH. Endereço: Av. Afonso Pena 2336; tel: 3277- 5309; email: coep@pbh.gov.br.

Assim, Eu, _____ (nome do entrevistado), CI: _____(nº da carteira de identidade), usuário do CERSAM_____ (CERSAM que faz tratamento), declaro saber dos objetivos da pesquisa de Enio Rodrigues da Silva e consinto em participar da pesquisa, fornecendo uma entrevista gravada.

(assinatura do usuário)

(assinatura do pesquisador)

Belo Horizonte, _____ (data da entrevista)

PORTARIA N.º 336/GM EM 19 DE FEVEREIRO DE 2002⁹⁰.

O Ministro da Saúde, no uso de suas atribuições legais;

Considerando a Lei 10.216, de 06/04/01, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental;

Considerando o disposto na Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS – SUS 01/2001, aprovada pela Portaria GM/MS nº 95, de 26 de janeiro de 2001;

Considerando a necessidade de atualização das normas constantes da Portaria MS/SAS nº 224, de 29 de janeiro de 1992, resolve:

Art.1º Estabelecer que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, conforme disposto nesta Portaria;

§ 1º As três modalidades de serviços cumprem a mesma função no atendimento público em saúde mental, distinguindo-se pelas características descritas no Artigo 3º desta Portaria, e deverão estar capacitadas para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo, conforme definido adiante.

§ 2º Os CAPS deverão constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária que funcione segundo a lógica do território;

Art. 2º Definir que somente os serviços de natureza jurídica pública poderão executar as atribuições de supervisão e de regulação da rede de serviços de saúde mental.

Art. 3º Estabelecer que os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) só poderão funcionar em área física específica e independente de qualquer estrutura hospitalar.

Parágrafo único. Os CAPS poderão localizar-se dentro dos limites da área física de uma unidade hospitalar geral, ou dentro do conjunto arquitetônico de instituições universitárias de saúde, desde que independentes de sua estrutura física, com acesso privativo e equipe profissional própria.

⁹⁰ Resumimos aqui a portaria na intenção de aplicá-la, mas estreitamente, ao nosso campo de pesquisa.

Art. 4º Definir, que as modalidades de serviços estabelecidas pelo Artigo 1º desta Portaria correspondem às características abaixo discriminadas:

4.1 - CAPS I – Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, com as seguintes características:

4.2 - CAPS II – Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes, com as seguintes características:

a - responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território;

b - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), por determinação do gestor local;

c - coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território;

d - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial;

e - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;

f - funcionar de 8:00 às 18:00 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21:00 horas.

4.2.1 - A assistência prestada ao paciente no CAPS II inclui as seguintes atividades:

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

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

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

d - visitas domiciliares;

e - atendimento à família;

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

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

4.2.2 - Recursos Humanos:

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS II, para o atendimento de 30 (trinta) pacientes por turno, tendo como limite máximo 45 (quarenta e cinco) pacientes/dia, em regime intensivo, será composta por:

a - 01 (um) médico psiquiatra;

b - 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental;

c - 04 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico.

d - 06 (seis) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

4.3 - CAPS III – Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 200.000 habitantes, com as seguintes características:

a - constituir-se em serviço ambulatorial de atenção contínua, durante 24 horas diariamente, incluindo feriados e finais de semana;

b - responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território;

c - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), por determinação do gestor local;

d - coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território;

e - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial;

f - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;

g - estar referenciado a um serviço de atendimento de urgência/emergência geral de sua região, que fará o suporte de atenção médica.

4.3.1 - A assistência prestada ao paciente no CAPS III inclui as seguintes atividades:

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

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

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

d - visitas e atendimentos domiciliares;

e - atendimento à família;

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

g - acolhimento noturno, nos feriados e finais de semana, com no máximo 05 (cinco) leitos, para eventual repouso e/ou observação;

h - 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;

i - 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.

4.3.2 - Recursos Humanos:

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS III, para o atendimento de 40 (quarenta) pacientes por turno, tendo como limite máximo 60 (sessenta) pacientes/dia, em regime intensivo, será composta por:

a - 02 (dois) médicos psiquiatras;

b - 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental.

c - 05 (cinco) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico;

d - 08 (oito) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

4.3.2.1 - Para o período de acolhimento noturno, em plantões corridos de 12 horas, a equipe deve ser composta por:

a - 03 (três) técnicos/auxiliares de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço;

b - 01 (um) profissional de nível médio da área de apoio;

4.3.2.2 - Para as 12 horas diurnas, nos sábados, domingos e feriados, a equipe deve ser composta por:

a - 01 (um) profissional de nível superior dentre as seguintes categorias: médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, ou outro profissional de nível superior justificado pelo projeto terapêutico;

b - 03 (três) técnicos/auxiliares técnicos de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço

c - 01 (um) profissional de nível médio da área de apoio.

Art.5º Estabelecer que os CAPS I, II, III, CAPS i II e CAPS ad II deverão estar capacitados para o acompanhamento dos pacientes de forma intensiva, semi-intensiva e não-intensiva, dentro de limites quantitativos mensais que serão fixados em ato normativo da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde.

Art.7º Definir que os procedimentos realizados pelos CAPS e NAPS atualmente existentes, após o seu cadastramento, assim como os novos que vierem a ser criados e cadastrados, serão remunerados através do Sistema APAC/SIA, sendo incluídos na relação de procedimentos estratégicos do SUS e financiados com recursos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC.

Art.10. Esta Portaria entrará em vigor a partir da competência fevereiro de 2002, revogando-se as disposições em contrário.

ASS: JOSÉ SERRA

GRÁFICO COMPARATIVO DO CRESCIMENTO POPULACIONAL DA CIDADE DE BETIM PARA RESSITUAR A EXISTÊNCIA DE UM CAPS III DENTRO DE UM DETERMINADO CRESCIMENTO POPULACIONAL⁹¹

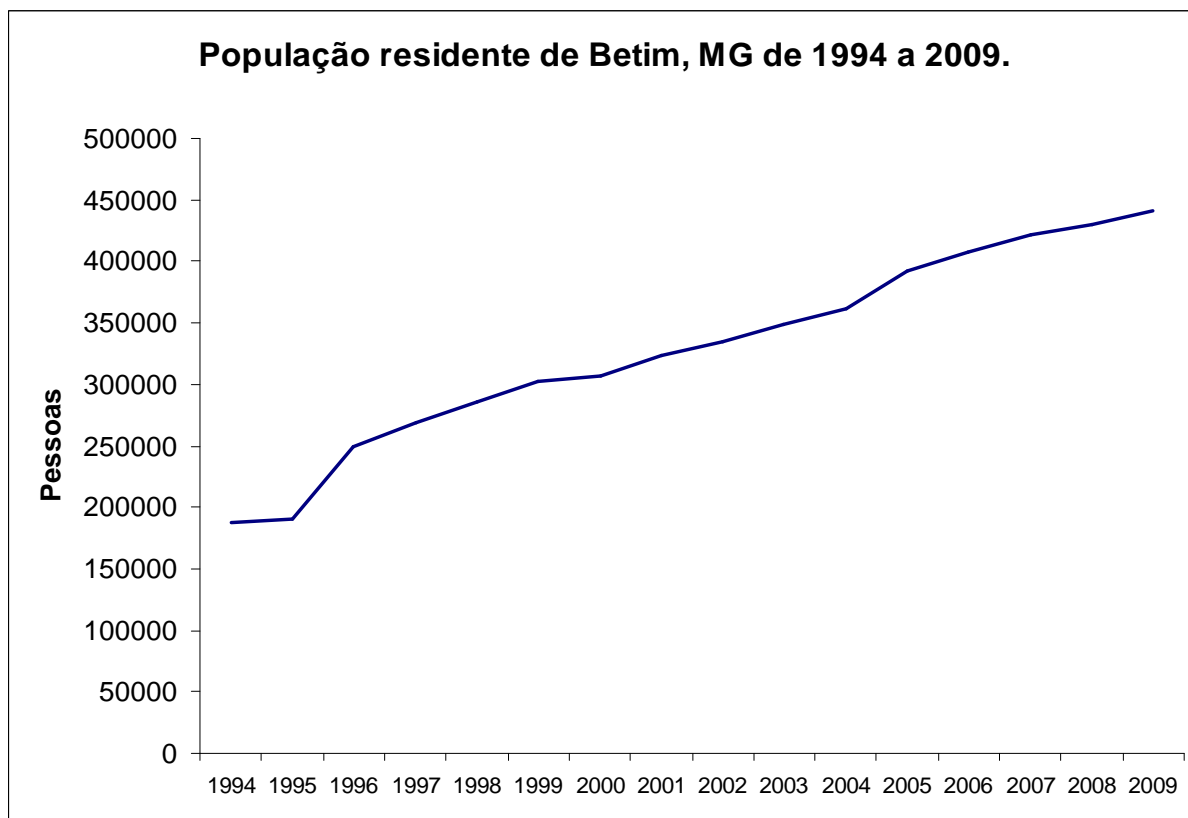


Figura 11: Gráfico de exemplificação de crescimento populacional para se correlacionar com o número de CAPS.

⁹¹ Apresentamos este gráfico na intenção de demonstrar o crescimento populacional de um de nossos campos de pesquisa, considerando que o Ministério da Saúde, preconiza a existência de um CAPS III para cada 200.000 habitantes. Vide o referido crescimento populacional, espera-se em termos prescritivos, a existência de um outro CAPS III dentro desse município, não diferente de Belo Horizonte que também apresenta uma insuficiência de CAPS III, tendo em vista a existência de regionais com mais de 400.000 habitantes e que ainda contam com apenas um CAPS III., a exemplo da regional noroeste e oeste, se formos seguir a direção prescritiva do Ministério da Saúde, vide portaria 336 dos anexos de 2002.