

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UnB  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO E PRAZER-SOFRIMENTO DOS  
PROFISSIONAIS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Aluno: Adalberto Vital dos Santos Júnior

Orientadora: Dra. Ana Magnólia Mendes

Brasília, março de 2009

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UnB  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO E PRAZER-SOFRIMENTO DOS  
PROFISSIONAIS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Adalberto Vital dos Santos Júnior

Orientadora: Profa. Dra. Ana Magnólia Mendes

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação em Psicologia Social do Trabalho e das Organizações, do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, como requisito ao título de Mestre em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações.

Brasília, março de 2009

*A melhor forma de esquecer  
É dar tempo ao tempo  
A melhor forma de curar o vício  
É no início  
A melhor forma de escolher  
É provar o gosto  
A melhor forma de chorar  
É cobrindo o rosto  
Evitar as rugas  
É não olhar no espelho  
Esvaziar o revólver  
É puxar o gatilho  
A melhor forma de esconder as lágrimas  
É na escuridão  
A melhor forma de enxergar no escuro  
É com as mãos  
As idéias estão no chão  
Você tropeça e acha a solução  
Acabar com a dor  
É tomar um analgésico  
Matar a saudade  
É não olhar pra trás  
A melhor forma de manter-se jovem  
É esconder a idade  
A melhor forma de fugir  
É a toda velocidade  
As idéias estão no chão*

Branco Mello/ Sérgio Britto/ Paulo Miklos

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

Folha de Avaliação

ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO E PRAZER-SOFRIMENTO DOS  
PROFISSIONAIS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Data da defesa: 31 /03 /2009.

BANCA EXAMINADORA:

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Ana Magnólia Mendes – PG-PSTO/ UnB

---

Presidente

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Selma Lancman

Faculdade de Medicina – Universidade de São Paulo

---

Membro

Prof. Dr. Mário César Ferreira

Instituto de Psicologia – Universidade de Brasília

---

Membro

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Lúcia Galinkin

Instituto de Psicologia – Universidade de Brasília

---

Suplente

Brasília, março de 2009

## AGRADECIMENTOS

À Ana Magnólia, minha orientadora, que recebeu a minha proposta de pesquisa e apresentou fundamentos da Psicodinâmica do Trabalho.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (Cnpq).

A todos os colegas do Laboratório de Psicodinâmica e Clínica do trabalho.

A todos os profissionais que gentilmente concordaram em participar deste estudo.

Ao coletivo de trabalho dos mestrandos no Laboratório de Psicodinâmica e Clínica do Trabalho.

Aos amigos da Inverso.

A Vanessa, minha namorada.

Registro imensa gratidão à minha família – minha mãe, Sebastiana Alves dos Santos, meu pai, Adalberto Vital dos Santos e minha irmã, Ana Esther Alves dos Santos.

## SUMÁRIO

Folha de Avaliação.....	4
Agradecimentos.....	5
Sumário.....	6
Resumo.....	8
Abstract .....	10
INTRODUÇÃO.....	12
1.1 - CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DE DESTINOS PARA A LOUCURA..	25
1.1. A loucura e seu lugar na sociedade.....	25
1.2.A inauguração do alienismo no Brasil – o Juquery.....	30
1.3.Novas perspectivas em saúde mental.....	34
1.4.Mudanças no Brasil.....	35
1.5.Trabalhadores da saúde mental.....	37
1.6.Novas práticas de atendimento em saúde mental.....	42
1.7.Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).....	43
1.8.Supervisão às equipes de CAPS.....	47
1.9.Alguns estudos empíricos sobre o trabalho e profissionais de CAPS.....	48
2. ABORDAGEM DA PSICODINÂMICA DO TRABALHO.....	63
2.1.A teoria.....	63
2.2. Pesquisas com Psicodinâmica do Trabalho no Brasil.....	82
3 MÉTODO.....	95
3.1.Etapas.....	95
3.2. Sessões entrevista coletiva como estratégia de coleta de dados.....	95
3.3.Caracterização dos participantes e do CAPS.....	105
3.4.Tópico-guia das sessões.....	106

3.5. Apresentação do relatório parcial para a equipe.....	108
3.6. Análise dos dados.....	109
4. RESULTADOS.....	110
4.1. Sinopses das sessões.....	110
4.2. Categorias.....	112
4.2.1. A organização do trabalho do CAPS.....	112
4.2.2. Vivências de prazer-sofrimento.....	121
4.2.3. As estratégias de mediação.....	125
5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	135
5.1. A organização do trabalho.....	135
5.2. Vivências de prazer-sofrimento.....	147
5.3. Mobilização subjetiva e estratégias de defesa.....	156
6. CONCLUSÃO.....	165
7. REFERÊNCIAS.....	170
Anexo A.....	179

## Resumo

Este estudo tem como objetivo analisar as relações entre a organização do trabalho, vivências de prazer-sofrimento e as estratégias de mediação do sofrimento em profissionais que atuam em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Caracteriza-se esta organização do trabalho, descrevem-se as vivências de prazer-sofrimento e analisam-se as estratégias de mediação do sofrimento. Os CAPS são serviços de saúde mental, locais e regionalizados, possuem equipe multiprofissional e podendo desenvolver atendimento intermediário entre o período de internação hospitalar e a fase ambulatorial. Utiliza-se a abordagem teórica da Psicodinâmica do Trabalho, que entende o trabalho como fonte da relação dialética prazer-sofrimento. Os, nove, participantes da pesquisa são profissionais com formação de nível médio e superior com os quais realizaram-se cinco sessões coletivas que foram gravadas, transcritas e submetidas à análise de conteúdo. Os sujeitos destacam problemas na estrutura do prédio e o medo de acidentes em decorrência dessa situação. Houve queixas da carga de trabalho, que às vezes tem de ser levado para terminar em casa. Observaram que a falta de um protocolo atrapalha os objetivos da equipe, ressaltando o individualismo no trabalho. A terapia comunitária é percebida como prazerosa. A experiência no CAPS os fez adquirir hábitos mais saudáveis de vida, como a prática de esportes e o impacto na solidão vivenciada por alguns. Conseguem atender e reorientar as demandas dentro da rede de serviços da saúde. Quanto à relação entre características da organização do trabalho, vivências de prazer-sofrimento e estratégias de mediação do sofrimento, conclui-se que as vivências de prazer-sofrimento no trabalho se equilibram. As estratégias de defesa coletiva parecem não esgotadas; identificaram-se intenções de ressignificação dos problemas socioprofissionais; existem atitudes cooperativas e



dinâmicas de reconhecimento por meio dos julgamentos de utilidade vindos de fora do CAPS. Futuros estudos devem ser feitos para confirmar estes achados.

Palavras-chave: CAPS. Prazer-sofrimento. Psicodinâmica do trabalho.

## Abstract

### ORGANIZATION OF WORK AND PLEASURE-SUFFERING OF THE PROFESSIONAL OF A PSYCHOSOCIAL ATTENTION CENTER

This study aims to analyse the relationship between the organization of work, experiences of pleasure-pain and the suffering of mediation strategies in professionals who work at a Center for Psychosocial Care (CAPS). It is characterized the organization of work, is described in the experiences of pleasure-pain and the strategies analyzed in the mediation of suffering. The CAPS are mental health services, local and regional, have multiprofessional team and develop intermediary service between the period of hospitalization and outpatient phase. It is used theory of the psychodynamics of work, which meant the work as a source of pleasure-pain dialectical relationship. The nine research participants are professionals with training mid-level and above, with which there were five group sessions that were recorded, transcribed and subjected to content analysis. The subjects highlighted problems in the structure of the building and fear of accidents as a result of this situation. There were complaints of the workload, which sometimes must be taken to end at home. Observed that the lack of a protocol atrapalha the goals of the team, emphasizing the individualism at work. The therapeutic community is perceived as pleasurable. The experience in the CAPS has acquired more healthy habits of life, as the practice of sports and the impact on loneliness experienced by some. They achieve to attend and redirect the demands within the network of health services. Concerning the relationship between characteristics of the organization of work, acquaintance of pleasure and pain-mediation strategies for the suffering, it is concluded that the of pleasure-pain balance is at work. Strategies for collective defense does not seem exhausted, identified themselves intentions of resignification of problems socioprofessional; there are cooperative attitudes and dynamics of recognition

through the trials of the utility from outside CAPS. Future studies should be done to confirm these findings.

Keywords: CAPS. Pleasure-pain. Psychodynamics of work.

## INTRODUÇÃO

Para melhor entendimento do processo de reforma psiquiátrica brasileira e do atual panorama da atenção em saúde mental, destacam-se relevantes aspectos apresentados no relatório de Gestão 2003 – 2006 da Coordenação Geral de Saúde Mental do Ministério da Saúde. Esse documento, intitulado “Saúde mental no SUS: Acesso ao tratamento e mudanças do modelo de atenção”, foi organizado por um colegiado formado em 2003, a partir das orientações da III Conferência Nacional de Saúde Mental (III CNSM), realizada em 2001.

Segundo o relatório, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) tornam-se estratégicos para a organização de uma rede complexa, diversificada, de base territorial, constituída como “conjunto vivo e concreto” (Brasil, 2007a, p. 11), por isso a expansão destes serviços torna-se fundamental para a continuidade da redução de leitos em hospitais psiquiátricos, por exemplo.

A expansão da rede limita-se, desde 2003, ao cadastro de CAPS públicos, que representam 98,6% do total. Em 2006 essa rede totalizou 1.011 CAPS, com expressiva maioria nas regiões Sul e Sudeste.

O relatório destaca a política de financiamentos do Ministério da Saúde para criação, expansão, consolidação e fortalecimento da rede de atenção em saúde mental. Pela primeira vez, em 2006, os recursos financeiros repassados às ações e programas extra-hospitalares (CAPS, Residências, Inclusão social pelo trabalho, Qualificação das equipes de CAPS) superam aqueles destinados aos leitos de hospitais psiquiátricos.

A rede de CAPS compreende os seguintes serviços: CAPS I, que deve prover atenção a uma população de 50.000 habitantes; CAPS III, que deve atender a uma população de 150.000 habitantes; e CAPS II, CAPSad(álcool e outras drogas) e

CAPSi(infanto-juvenil), que devem prestar assistência a uma população de até 100.000 habitantes (Brasil, 2007).

Segundo dados do relatório, sete estados brasileiros alcançaram cobertura de “razoável” a “boa”; o Distrito Federal e o Amazonas apresentavam cobertura “muito baixa”, no índice (CAPS/ habitante).

Quanto à saúde mental na atenção básica, enfatizou-se o papel das equipes matriciais de referência, formadas por profissionais da área, tendo como objetivos apoiar equipes de atenção básica em saúde e intensificar os esforços para garantir o acesso da população à atenção em saúde mental, inclusive em pequenos municípios.

As estratégias para garantia desse acesso são diversas: a atenção básica passa a oferecer soluções para desenvolver a integralidade da atenção aos pacientes egressos de longas internações psiquiátricas. Criam-se equipes de saúde mental inseridas em equipes de saúde da família; instituem-se equipes de apoio em saúde mental; equipes de retaguarda, ou equipes itinerantes organizadas por profissionais do CAPS junto a equipes de unidades básicas de saúde. Sempre que há equipe de CAPS constituída, ela é quem organiza e realiza o acompanhamento às equipes da atenção básica.

O desenvolvimento da política de saúde mental na atenção básica depende de mecanismos de indução financeira do Ministério da Saúde e está entre as prioridades para expansão e qualificação da saúde mental na atenção básica durante a Gestão 2007 – 2010 da Coordenação Geral de Saúde Mental.

Entre 2003 e 2006 realizaram-se diversos cursos de capacitação e formação continuada oferecidos às equipes da atenção básica e aos agentes comunitários de saúde, juntamente com equipes de saúde mental.

Desde 2002 o Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/ Psiquiatria (Pnash/ Psiquiatria) desenvolve um processo avaliativo sistemático, anual,

dos hospitais psiquiátricos. Além disso, o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS (PRH) também ajuda na avaliação e redução de leitos psiquiátricos. No período entre 2003 e 2006 foram reduzidos 11.826 leitos, mas ainda existiam 226 hospitais com 339.567 leitos em funcionamento. Desde 2002, a maioria dos hospitais psiquiátricos não apresenta projetos terapêuticos adequados, não atendendo às exigências sobre número de profissionais e as categorias exigidas por norma. No que se refere aos aspectos da assistência, a maior parte deles foi avaliada como ruim ou péssimo, pelo tempo médio de internações e grande número de pacientes de longa permanência.

Na saúde pública brasileira gerou-se uma importante lacuna ao transferir-se a atenção para transtornos associados ao consumo de álcool e outras drogas às instituições da justiça, da segurança pública, às associações religiosas. Segundo o relatório, as estratégias nessa área precisam dar conta da complexidade do problema, sem reforçar o isolamento social e os estigmas associados. Nesse sentido, em 2002 o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de álcool e outras drogas, e em 2003 articulou-se uma política de tratamento por meio de um trabalho interministerial.

Sobre a formação permanente de recursos humanos para reforma psiquiátrica, desde 2002 há financiamento e apoio à implantação de núcleos de formação em saúde mental, através de convênios junto a instituições formadoras. Em 2003 criou-se a Secretaria Nacional de Gestão do Trabalho em Saúde (Segestes), para responder a necessidades “qualitativas e quantitativas” dos recursos humanos no SUS. Registraram-se 21 núcleos regionais realizando cursos de especialização e atualização para trabalhadores da atenção básica e dos CAPS, com 15 estados beneficiados. Instituiu-se um estímulo à supervisão clínico-institucional dos CAPS e um mecanismo de formação

continuada para supervisores e para a rede de atenção psicossocial. O relatório destaca a necessidade de um programa de formação mais regular, consistente e de longo prazo, articulado à Segestes.

Sobre os desafios da intersetorialidade, buscaram-se resultados desejados e definidos nas diretrizes gerais do SUS: integralidade, universalidade, equidade, controle social. Existem ações que só ocorrem pela integração com outras políticas públicas e estão ligadas à população infanto-juvenil; programas de inclusão social pelo trabalho; direitos humanos; intervenções na cultura; diretrizes específicas da saúde mental na atenção a população negra; atenção integral à saúde da população GLTB (gays, lésbicas, transgêneros e bissexuais); atenção integral à mulher; atenção às pessoas com transtornos mentais que cometem crimes; ações junto às equipes do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu); prevenção ao suicídio.

Considera-se que o Estado brasileiro tem uma “dívida ético – política” com a população portadora de sofrimento psíquico, tendo em vista a exclusão que lhe foi imposta, as formas de violência que massacraram sua subjetividade, a “institucionalização perversa, muitas vezes financiada com verbas públicas em hospitais de características asilares, abrigos, asilos de idosos e outros” (Brasil, 2007a, p. 58). Nesse sentido, o relatório destaca a construção da sustentabilidade das atuais mudanças de modelo de atenção em saúde mental em perspectivas econômicas, sociais, culturais e tecnológicas.

A primeira perspectiva refere-se à viabilização dos recursos financeiros para a rede de serviços de saúde mental com gastos para implantação, qualificação e custeio de experiências de inclusão social pelo trabalho, por exemplo. A sustentabilidade social baseia-se no princípio da equidade, no desenvolvimento de dispositivos inclusivos como moradia, trabalho, renda, convivência, locomoção e escolarização. A mesma equidade é

proposta como critério de financiamento de projetos sociais inclusivos. A sustentabilidade cultural destaca a harmonização entre as ações socioculturais do território e as ações terapêuticas. A sustentabilidade tecnológica requer projetos de educação permanente, de formação profissional e de pesquisa, propostas centradas no trabalho vivo dos profissionais da saúde mental.

Diante do anteriormente exposto, o presente estudo propõe a investigação desse trabalho, e para tal usa a teoria da Psicodinâmica do Trabalho, criada por Christopher Dejours nos anos 1980, para discutir as características da organização do trabalho de uma equipe multiprofissional que atua em um Centro de Atenção Psicossocial CAPS. Pretende-se conhecer as vivências de prazer-sofrimento dos profissionais que integram essa equipe e as respectivas estratégias que usam para mediar suas vivências de sofrimento.

Para a investigação do trabalho vivo dos profissionais da equipe do CAPS, tendo a noção do valor desse serviço na rede de atenção à saúde mental, analisam-se as narrativas que esses profissionais fazem sobre suas dificuldades e suas estratégias para superar a distância entre o prescrito e o trabalho real, mobilizando-se coletivamente e transformando sofrimento em prazer, em crescimento profissional, em realização pessoal ou anesthesiando-se diante dos constrangimentos que atrapalham seu trabalho/ seu fazer.

O trabalhador da saúde mental é protagonista na transformação da assistência em saúde mental no Brasil, pois ao longo do tempo influenciou nas mudanças das políticas públicas de saúde. A própria criação dos serviços não-asilares de saúde mental, a partir da década de 1980, no país, alicerçou-se nos ideais técnicos e políticos apontados pela luta desses profissionais.



Logo, dentre tantos aspectos que justificam este estudo, destacam-se a pesquisa e a ação em Psicodinâmica do Trabalho, ao construir-se um espaço de interlocução para que os profissionais da saúde mental possam externar o processo de subjetivação resultante do encontro diário com o seu trabalho, com a organização do trabalho e as repercussões desses encontros em sua saúde.

Há que se destacar o trabalhador social, o profissional encarregado do tratamento, do cuidado, da escuta, de testemunhar o sofrimento de uma população que em sua expressiva maioria, vive às margens da sociedade. Diferentemente da elite das clínicas particulares, a clientela dos CAPS é formada, em sua maior parte, pela população de cidadãos periféricos que cotidianamente enfrentam violências que atacam sua condição humana. Sofrem pela falta de emprego, de moradia, de inclusão social, de família, de limites, de vínculos afetivos, de educação, de símbolos, de sentidos para a vida.

A clientela atendida nos CAPS, em sua maior parte, transita por “faltas” que fazem a diferença na análise da sua condição humana. Considerados os dados do relatório da Gestão 2003 – 2006 da Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde, o atendimento a essa clientela exige ações intersetoriais de saúde, seguridade social e inclusão social pelo trabalho, com objetivo de atenção integral.

O paradigma antimanicomial orienta a ação terapêutica, mas o capitalismo contemporâneo traz características preocupantes para se pensar a inclusão social do paciente psiquiátrico em um mundo (do trabalho) que banaliza diversas formas de violência. Entende-se que o lugar social ocupado pelo estigma de paciente psiquiátrico tem grande influência nas suas condições materiais de vida. Segundo Antunes (2002), o capitalismo contemporâneo e a (des)regulação neoliberal privatizante desenham

tendências de flexibilização e desregulamentação do padrão de produção e corrompem formas de regulação pública que tentam sustentar o bem-estar social.

Essa realidade faz parte do trabalho do profissional da saúde mental: ele testemunha a banalização da violência diária na vida de pacientes, inclusive a sua exclusão do mercado de trabalho.

Diante dessa conjuntura, de uma reforma psiquiátrica em tempos de crise econômica sistêmica, este estudo pretende ajudar a responder a algumas questões, como: O que essa ação e esse fazer causam na mente e no corpo do profissional?

De acordo com o referencial teórico usado neste estudo, entende-se que o trabalho em saúde mental baseia-se na mobilização do profissional, no seu engajamento subjetivo, de comprometimento com o paciente, com a equipe e com a população que usa o serviço público. Esse trabalho é de reconhecimento e do testemunho do sofrimento do outro, de conhecer no outro um sofrimento causado por essa existência de “faltas”, que tem bases culturais e muitas vezes faz do paciente o réu, no seu próprio processo de exclusão e adoecimento.

A história da loucura suscita, portanto, um recorte histórico e cultural que traz à tona o percurso de exclusão desenhado ao longo da história da civilização, os equipamentos públicos usados para serem lugar de destino e de tratamento, os depósitos de gente e os tubos de ensaio. Lembra-se que esses equipamentos públicos eram destinos à loucura de uns e locais de trabalho de outros, constituíam organizações de trabalho com divisão de tarefas, divisão de homens e prescrições.

O engajamento do trabalhador de um CAPS, portanto, coloca à disposição do cuidado e da reinserção psicossocial todos os seus recursos cognitivos e de personalidade para reagir à continuidade dos modelos de tratamento que des - humanizam. A reação se dá contra os internamentos sucessivos, contra a marginalização

da dependência de álcool e outras drogas, contra a banalização das contenções morais, químicas e físicas.

Esse engajamento, por conseguinte, é quem constrói e sustenta a rede de serviços para atenção em saúde mental, é o trabalho vivo do profissional da saúde mental. Ou seja, a construção da rede de serviços para atenção em saúde mental só é iniciada e sustentada com o engajamento do trabalhador da saúde mental, quando esse sujeito deseja testemunhar a favor de melhorias de vida do usuário e investe na mobilização de outros profissionais da saúde e da seguridade social. Esse compromisso ajuda a anunciar o sofrimento do seu paciente, e ao emprestar o poder de contrato social ao paciente, ajuda-o a elaborar e requerer atenção e tratamento aos problemas que adentram outras clínicas médicas, por exemplo.

Essa rede também compreende a comunidade local. A vida do paciente do CAPS deve acontecer na comunidade, por isso, o profissional de CAPS pode iniciar o processo de reinserção psicossocial em lugares como o centro comunitário e uma associação do bairro.

O engajamento do profissional do CAPS é com a palavra, o seu trabalho vivo em saúde mental se dá pela ação da palavra. Iniciada pelas queixas do paciente (e seus familiares), passando pela mobilização do profissional de saúde mental e chegando a todos os ouvidos e lugares por onde o paciente precisa passar para alcançar saúde.

Dejours (2003) lembra que a percepção do sofrimento do outro não se refere apenas ao processo cognitivo, mas sempre implica a participação pática de quem percebe. Nesse sentido, entende-se que ocorrem emoções no trabalhador a partir das quais associam-se pensamentos ligados a sua história particular. A percepção do sofrimento do paciente é uma provocação a um processo afetivo no profissional; nesse momento o profissional da saúde mental precisa mobilizar-se para a ação terapêutica.

Além disso, esse profissional também se mobiliza diante da sua própria vivência de sofrimento. Vivência que nasce ao identificar-se com o outro-ser-humano e também ao deparar-se e interpretar mais uma tarefa que lhe exigirá diversas habilidades, daquelas que são cotidianamente praticadas e daquelas que ainda estão desconhecidas, pois serão inventadas no desenrolar do tratamento do paciente. Todas essas habilidades, invenções, engenhosidades comporão, portanto, o rol de competências do profissional. Com a prática diária, para cada caso, haverá habilidade para lidar com o sofrimento do outro, com seu próprio sofrimento e com a transformação da condição de vida do paciente.

A materialização do novo modelo de atenção em saúde mental vem dessas aquisições de habilidades, tudo registrado no corpo do profissional, como marcas que ficam claras na habilidade de escuta, de *rapport*, de diagnose, de diagnóstico, de sentir o humor do outro, de viver uma intersubjetividade e cooperar com os colegas de trabalho. O engajamento do corpo e aumento das suas habilidades revela uma atividade subjetivante (Karam, 2008) e leva a uma inteligência prática que às vezes foge da consciência e das palavras do sujeito que sabe fazer, mas não sabe como explicar, é um déficit semiótico (Dejours, 2004). Assim, o profissional incorpora habilidades, aprende conhecimentos disponíveis e possibilitados pela organização do trabalho para realização da tarefa de re-habilitação psicossocial.

Mas como esse profissional mantém-se engajado, mobilizado, sem descuidar do seu zelo, sem desistir de preencher com seu trabalho, consigo mesmo, a lacuna que separa a condição de exclusão do paciente e a desejada condição humana? Como não se abater e negligenciar a atenção ao paciente diante dos vários constrangimentos que emergem da sua própria organização do trabalho, das suas condições de trabalho, da falta de comprometimento do colega de equipe, da família do paciente?

Como realizar a reforma psiquiátrica em uma organização do trabalho que nega a re-ação contra as violências vividas pelos pacientes e eufemiza suas crises? Como realizar o trabalho e autorrealizar-se nesse trabalho quando as condições são precarizadas e faltam mesa, cadeira, sala, telefone, internet, computador, impressora, remédios, receituário? Como envolver-se e permitir-se entrar, sem o uso predominante de estratégias defensivas, em um processo de subjetivação alimentado dos desencontros entre o trabalhador e a organização?

Entende-se que o engajamento do sujeito mantém-se quando há retribuição simbólica, quando existe reconhecimento social ou julgamentos que devolvem a certeza de um belo trabalho e de um trabalho útil. A mobilização ou o engajamento do trabalhador dependem da cooperação dos colegas de equipe; aliás, as próprias premissas da reforma psiquiátrica orientam o trabalho interdisciplinar, de corresponsabilização de todos os trabalhadores do serviço, privilegiando as ações que envolvem mais de um profissional, pois a intenção é atenção integral, é o *psíe* o social em uno. O profissional do CAPS, assim como qualquer trabalhador, aguarda uma retribuição simbólica, espera que julguem seu trabalho, avaliem seu interesse e engajamento, julguem a ele próprio pela beleza e pelo valor social do que faz. Aguarda-se um julgamento de utilidade social do trabalho de cuidador, de ser - continente às angústias do paciente, promotor de mudanças na vida de todos os usuários do CAPS.

Os julgamentos são legítimos quando vêm dos pacientes, dos familiares, dos colegas de equipe e de outros profissionais. Esses julgamentos devem provir também dos gestores públicos, das secretarias de saúde, das superintendências, da coordenação do programa de saúde mental, do gerente/ coordenador do CAPS, por exemplo. São avaliações que trazem valor simbólico para o trabalhador, reconhecem o quanto ele investiu e investe para realizar a tarefa de reabilitação psicossocial. São julgamentos que

reafirmam o lugar “privilegiado” do trabalhador, lugar onde ele se propôs estar, dispõe-se a registrar e divulgar, lugar onde ele se coloca a provar o real e o fracasso, o desconhecido e as frustrações, onde ele se expõe publicamente, lugar onde idealiza e constrói sua identidade.

Desse lugar, privilegiado, por vezes sem privilégios, idealiza-se uma sociedade sem manicômios, uma cidade que oferte a chance de emprego e acesso à renda, um sistema único de saúde integrado e não precarizado. Idealiza-se ser um outro profissional, ou melhor, idealiza-se ser o profissional capaz de desenvolver a clínica psicossocial proposta no objetivo institucional do CAPS.

Entende-se que o trabalho é o momento de idealizar-se e realizar-se, fazendo de um jeito particular, fazendo coletivamente, fazendo com cooperação e ética, é momento da idealização tornar-se real, de existir para o outro. O trabalho é um espaço privilegiado para a sublimação, para a inscrição do psiquismo na cena do campo social. O trabalho privilegia o processo de inserção do sujeito na ordem da cultura, como via de vida e de civilidade (Birman, 2008).

Pensar a reforma psiquiátrica brasileira e o trabalho do profissional da saúde mental, portanto, é pensar um engajamento de reação para fazer valer todos os direitos previstos ao paciente psiquiátrico, ajudá-lo a reelaborar e resignificar seu sofrimento e mobilizá-lo a ser protagonista nesse novo modelo de atenção em saúde mental.

Diante do anteriormente exposto, o presente estudo tem como objetivo geral caracterizar a organização do trabalho da equipe de um CAPS II do Distrito Federal e discutir de que modo ela influencia as vivências de prazer e as estratégias de mediação do sofrimento dos profissionais dessa equipe.

Os objetivos específicos são: 1) caracterizar a organização do trabalho da equipe técnica de um CAPS II do DF; 2) descrever as vivências de prazer-sofrimento no

trabalho; e 3) identificar e analisar as estratégias de mediação dos profissionais desse serviço.

Para alcançar os objetivos apresentados, o método fundamenta-se na “Metodologia em psicopatologia do trabalho”, apresentada por Dejours (1987/ 2005). Participaram do estudo nove profissionais com formação de nível médio e superior que compõem a equipe multiprofissional do CAPS II de uma Região Administrativa (RA) do Distrito Federal.

Na primeira parte do trabalho são contextualizados alguns lugares da loucura, os equipamentos inventados, referendados pelo Estado como instituições de destino, de tratamento e isolamento das pessoas identificadas como portadoras de transtorno mental. Destacam-se também estudos empíricos recentes realizados com a categoria dos trabalhadores de serviços não-asilares, sublinhando aspectos relevantes para a análise do trabalho dessa categoria profissional. Nessa parte mostra-se um pouco do trabalho de cuidado em saúde mental, destacando a mudança do modelo de cuidado no fazer profissional e na atividade de inserção social do paciente.

Na segunda parte se apresenta o referencial teórico da Psicodinâmica do Trabalho, seus conceitos e suas contribuições para desvelar as peculiaridades do trabalho no CAPS, através das narrativas dos participantes. Alguns conceitos essenciais são apresentados, seguidos de alguns estudos empíricos considerados relevantes para essa pesquisa.

Na terceira parte focaliza-se o método do estudo, destacando-se as sessões de entrevista coletiva inspiradas na “Metodologia em psicopatologia do trabalho. Entende-se que as adaptações a partir do método apresentado por Dejours (1987/ 2005) não inviabiliza a fundamentação do objeto do estudo e as interpretações realizadas no referencial da Psicodinâmica do Trabalho.

Apresentam - se os passos que antecederam as sessões de entrevista coletiva e o conteúdo de cada tópico-guia usado pelo pesquisador durante as sessões.

A exposição dos resultados concernentes aos objetivos do estudo se encontra na quarta parte, na qual consta a sinopse de cada sessão coletiva, assim como seus participantes. Em seguida mostram-se três grandes categorias constituídas por uma análise dedutiva, a partir da leitura das transcrições de todas as sessões. Essas categorias se estabelecem para caracterizar a organização do trabalho, as descrições das vivências de prazer-sofrimento e as estratégias de mediação descritas no decorrer das cinco sessões. Seguem os comentários do pesquisador depois da descrição de cada categoria.

Na quinta parte são apresentadas as discussões dos resultados do estudo, com reflexões a partir do que é apresentado nos capítulos 1 e 2 e do trabalho vivo narrado durante as sessões coletivas.

Na última parte descrevem-se contribuições do estudo para o avanço do conhecimento científico no tema e para a sua aplicação, elaborando-se proposições para uma agenda de futuros estudos a partir dos dados obtidos nesta pesquisa.



## 1 - CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DE DESTINOS PARA A LOUCURA

Este capítulo dedica-se aos locais destinados ao isolamento e ao cuidado das pessoas identificadas como portadoras de transtorno mental. Apresentam-se problematizações dos critérios de diagnóstico, os serviços públicos a favor da ordem urbana, o movimento dos trabalhadores da saúde mental, as mudanças nos modos de viver com a loucura, a criação dos Centros de Atenção Psicossocial e suas características. Mostram-se também alguns estudos empíricos realizados junto a profissionais que desenvolvem o trabalho de saúde mental em serviços abertos.

### **1.1. A loucura e o seu lugar na sociedade**

Iniciaremos nossa discussão sobre o lugar da loucura lembrando rapidamente do personagem Simão Bacamarte, idealizado por Machado de Assis, protagonista da obra *O Alienista*, publicada em 1881. Simão era um médico do Brasil colônia, formado em Coimbra e Pádua, reverenciado pelo rei de Portugal e idealizador da instalação de um hospital psiquiátrico (a Casa Verde) na cidade de Itaguaí-RJ. Para realizar seu projeto, ele convenceu o Poder Legislativo local a cobrar taxas de manutenção do serviço junto a cada família que tinha guardado em casa um louco furioso ou manso.

Este personagem ilustra não só o lado prático do hábito de isolar e estudar os alienados associando-o à legitimação do poder público, como também mostra que as consequências de classificar e intervir a partir de um paradigma não-dialético pode ser um tiro no pé. O Alienista ou senhor Simão Bacamarte, que era refém da ciência da mente, preocupado com a saúde da alma jogou-se de corpo e alma em todas as suas intenções e intervenções; era pragmático e, por vezes, politicamente útil.

Machado de Assis conduz a participação de Simão nessa ficção fazendo-o declarar-se louco, por sinal, portador de seu próprio objeto de estudo. A obra machadiana permite uma reflexão crítica sobre o cientificismo, mostra o quanto é fugaz e transitório o caráter da consciência humana, deixa claro o papel da moralidade e da busca por um padrão de comportamento para o sujeito disciplinado e produtivo.

Questiona-se: Qual a distinção entre os critérios usados por Simão Bacamarte para justificar internações? Ou seja, o desajuízo das faculdades mentais, as excentricidades e exageros? Ou a perfeita harmonia destas faculdades mentais, uma normalidade enigmática mantida pelo esforço de conter-se? Se com o primeiro critério Simão Bacamarte coloca 80% dos moradores da cidade dentro da Casa Verde, incluindo a própria esposa e um dos vereadores da cidade, com o segundo critério o médico encarcera a si próprio.

Apesar de ser uma ficção, vale a pena refletir sobre tudo o que aconteceu em Itaguaí depois da chegada do Alienista, Simão Bacamarte.

Michel Foucault apresenta no livro *Historia da Loucura* (1984/ 2005), outros tempos e equipamentos constituídos pela sociedade para lidar com a loucura. O autor lembra que, na Renascença, um dos lugares da loucura foi a Nau dos Loucos, uma espécie de serviço público usado para intervir sobre os personagens que interpretavam a loucura no seu dia-a-dia.

Segundo Foucault (2005, p. 9) a Nau dos Loucos era o “estranho barco que deslizava ao longo dos calmos rios da Renânia e dos canais flamengos”. Quase todas as naus que figuraram nos anos de 1400 a 1500 apresentam equipagem e heróis imaginários. Naus como a dos Príncipes, Nau das Batalhas da Nobreza, Nau das Damas Virtuosas e Nau da Saúde eram naves romancescas ou satíricas, frutos oníricos da Renascença. Muitos escritores e pintores registraram de modo particular a existência

dessas naus. Outros pintaram as naves dos loucos, embarcações reais das populações de diversas cidades européias, que tinham papel importante no processo de isolamento das pessoas detidas pelas autoridades. Lembra-se também que essas embarcações traziam consigo trabalhadores quase sempre esquecidos, marinheiros que eram encarregados de livrar a cidade dos loucos que lá existiam.

Sobre as Naus de escritores e pintores, vale a pena pontuar o papel que a arte desempenhou, contando uma história feita de imaginação e esforços para retratar cenas daquela época. Sobre as Naus dos Loucos, vale a recordação dos dramas reais de quem foi excluído da sociedade. A Renascença atribuiu a seus loucos a precha de seres errantes, escorraçados das grandes cidades, confinados, embarcados e condenados à peregrinação e à incerteza da sorte.

Antes das naus existiram outros lugares para a loucura, como a Châtelet de Melun, a Torre dos Loucos de Caen e as Narrtürmer da Alemanha. Ou seja, há algum tempo existe investimento instituído para o trato com insanos, assim como locais de maior concentração dessas pessoas e lugares de peregrinação como Saint-Mathurin de Larchant e Saint-Hildvert de Gournay. Como um acordo entre o ideal de cura e a preocupação em excluir para proteger a ordem social, eram os espaços sagrados do milagre, peregrinações que levavam a um lugar de isolamento, lugar que se tornava prisão, ou terra santa onde a loucura esperava sua libertação.

Antes mesmo de serem transformadas em hospitais dos loucos, as instalações de antigos leprosários foram ocupadas para o tratamento de pessoas acometidas de doenças venéreas, ainda no século XV. As doenças venéreas não tomam o lugar da lepra no interior da cultura medieval. Apesar das medidas de exclusão, elas logo ganham status ao lado de várias outras doenças, e de algum modo esses tipos de doentes são recebidos nos hospitais.

As doenças venéreas, no decorrer do século XVI, igualam-se a diversas outras a serem submetidas a tratamento médico. Entretanto, esse tipo de doença trouxe provocações e juízos morais que, segundo Foucault (2005) levam-na ao lugar da exclusão moral compartilhado com a loucura no decorrer do século XVII.

Foram criados na Europa vários hospitais para lidar com a loucura, no decorrer dos séculos XVII e XVIII. O autor lembra dos antigos locais para encaminhamento dos pobres, casas de internamento, obras de religião e de ordem pública governamental, sendo ferramentas jurídicas de caráter corretivo. Destinos dos incuráveis onde eram deduzidas todas as loucuras e doenças do espírito. Considerados obra não menos útil quanto recreativa, necessária para a aquisição da verdadeira sabedoria. Os hospitais dos loucos surgem como espaço reservado a inúmeros tipos de insanos. Cada cabeça vazia no hospital, obstinada e ordenada, diante da verdadeira razão dos homens, fala com a linguagem da contradição e da ironia, a linguagem desdobrada da sabedoria. “Loucura frenética e disparada”, “loucos bêbados”, “loucos sem memória e entendimento”, “loucos mansos e semi - mortos” e “loucos avoados e sem cérebro”, o hospital geral é descrito como estrutura semijurídica, um tipo de entidade administrativa que, junto aos poderes já constituídos, e além dos tribunais, decide, julga e executa.

Ao final da Renascença e no advento da Reforma Protestante, surge o hospital geral condenando a pobreza. O hospital geral teve a tarefa de ajudar a resolver a mendicância, a ociosidade e todas as desordens. Exerceu papel em medidas de saneamento, mas também foi um recurso para assuntos de polícia.

No período posterior à Revolução Francesa, identifica-se um caráter liberal e romântico com relação ao destino dos alienados. Nesse período, Foucault (2005) aponta o surgimento do poder disciplinar, ou uma via para intervir em cada corpo. O poder disciplinar significou a descentralização do poder do Estado e uma articulação de

controle de várias formas, materializado em obediência, em instituições disciplinares e saberes. É no advento do poder disciplinar que será definido quem não é produtivo e deve ser separado daqueles que se adequam ao poder disciplinar e são eficientes.

O indivíduo não cessa de passar de um espaço fechado a outro, cada um com suas leis: primeiro a família, depois a fábrica, de vez em quando o hospital, eventualmente a prisão, que é o meio de confinamento por excelência. (Deleuze, apud Torre & Amarante, 2001, p. 74).

Depois da Revolução Francesa não se pensou em simplesmente excluir, mas encontrar explicações que justificassem esta exclusão, com a pretensão do tratamento que estava justificado na falta de engajamento disciplinar-produtivo da pessoa no conjunto da sociedade.

Philippe Pinel, no hospital de Bicêtre na França, no fim do século XVIII, marcou o início de uma alternativa científica à explicação e ao tratamento da loucura. Ele tinha ciência dos benefícios trazidos pelo convívio do alienado com a sua família, apontando para a atenção e os cuidados que o grupo familiar lhe dava, mas constatava, segundo suas experiências, que havia a necessidade de confiar os alienados às mãos de estranhos. Pinel argumentava a respeito do processo de institucionalização, destacando o hospital como o local de exame, pretendendo pôr em prática o tratamento que se consolida pelo isolamento terapêutico, que priva o alienado dos males ou riscos que provocavam a loucura. O alienado é o que está fora de si, fora da realidade, é o que tem alterada a sua possibilidade de juízo. Por meio do conceito de alienação, o relacionamento da sociedade com a loucura passa a ser profundamente intermediado por uma ciência que Pinel definiu como alienismo (Torre & Amarante, 2001).

O conceito de alienação constrói mais um lugar para o louco, excluindo-o do pacto social, do convívio em sociedade. Cria o lugar do sujeito da desrazão ou da ausência de sujeito racional e responsável. Um sujeito sem cidadania, que é forçado a deixar de ser um ator social e passa a ser objeto do Alienismo.

Torre & Amarante (2001) comentam que esse tipo de observação ou tentativa de observação *in vitro* poderia até remover as más influências da sociedade que emergiriam ao convívio com o louco, mas estabeleceria diagnósticos a partir de um ambiente institucionalizado e institucionalizador. Essa representação iluminista a respeito da loucura é parcial e nem um pouco dialética em seus critérios, visto que despreza o valor das relações intersubjetivas na vida de quem é paciente da psiquiatria. Torre & Amarante (2001) lembram que esta determinação naturalista da doença é suporte fundamental à prática do poder e do saber psiquiátrico.

Entende-se que a idéia de alienação, de loucura, de doença mental, ou transtorno mental, por mais que seja um fenômeno descrito em sintomas nos DSM e CID-10, é acima de tudo um produto social, que só pode ser apreendido a partir do julgamento social, em determinado momento histórico, em determinada sociedade, numa conjuntura política e econômica. Para ser louco não basta o sofrimento gerado pelo convívio desadaptado, é necessário ser julgado pela família, pelos normais e pelas autoridades no assunto. A tentativa de criar um novo serviço com objetivos de assegurar o lugar da loucura na sociedade pode terminar em maior controle sobre os usuários, negligenciando uma maneira de viver com eles.

## 1.2. A inauguração do alienismo no Brasil – o Juquery

Cunha (1986) mostra em seu livro, *O espelho do mundo. Juquery, a história de um asilo*, um pouco da história de um equipamento asilar que investe na medicalização de serviços de caridade que até então funcionavam apenas como depósitos de gente. Tais serviços foram pensados nas décadas de 1840, quando o Império criou as leis que instituía o hospício D. Pedro II e o hospício de São Paulo, que começaram a funcionar a partir de 1852. Em São Paulo é chamado Asilo Provisório de Alienados, sob gestão

leiga, comemorado por alguns cidadãos paulistas como a chegada do progresso e da civilização, em um período de expansão urbana. O Asilo teve praticamente meio século de história dedicado ao objetivo da exclusão e saneamento da cidade.

A escala de funcionamento do hospício de São Paulo era bem menor que a do hospício D. Pedro II, para onde eram destinados os excedentes paulistas. Os trabalhadores encarregados da vigilância eram em sua maioria negros libertos e alguns egressos de prisões. Suas condições de trabalho suscitaram ameaças de greve e abandono coletivo do emprego. O único motivo de preocupação da administração era a indisciplina.

O Asilo Provisório de São Paulo é inaugurado com sete aposentos e seis internos, mas chega ao ano de 1859 superlotado com 39 internos. Em 1962 remove-se o Asilo para um antigo convento, aumenta-se em 50% as verbas destinadas, mas mantêm-se os objetivos de exclusão social e disciplina interna. A população desse serviço cresce, convive e morre por causa de várias epidemias. Em 1895 eram 534 internos, 46 empregados e três médicos, dentre eles o doutor. Francisco Franco da Rocha, considerado por muitos o “Pinel brasileiro”.

Franco da Rocha, que assume a gestão do hospício paulista em 1896, teve formação na Faculdade Nacional de Medicina do Rio de Janeiro, seguia o positivismo e a teoria da degenerescência, trabalhou com o primeiro alienista do Brasil, doutor. Teixeira Brandão, no hospício D. Pedro II. Franco da Rocha fez pesadas críticas às péssimas condições do hospício de São Paulo, reclamou a competência exclusiva aos médicos para exercerem a gestão de serviços de internamento e convenceu o poder público sobre o valor do asilamento racional. Defendeu uma noção médica, clínica e terapêutica capaz de dar conta do fenômeno da loucura. Contrapunha a intenção exclusiva de um serviço para depositar pessoas, pensou em um empreendimento fora da

zona urbana e, diante de tantas experiências na Europa e Estados Unidos, criou um modelo misto que constituía uma grande instituição, com hospício central, colônia agrícola, terapias químicas, terapia de choque e asilo clássico.

No ano de 1898 Franco da Rocha consegue erguer o Juquery, seu ideal arquitetônico, disciplinar, terapêutico e espaço acadêmico. As colônias agrícolas iniciam com 80 internos vindos do asilo provisório de Sorocaba e em 30 anos o número de abrigados chega a 2029 (indigentes e pensionistas), distribuídos em pavilhões para homens, mulheres e crianças.

Na força de trabalho do Juquery, além dos médicos, existiam os “portugas”, funcionários portugueses subordinados aos médicos. Eram agentes disciplinadores de modo bronco; rústicos, pouco inteligentes, dedos-duros; bajuladores que serviam aos médicos a sua força bruta para domesticar os internos e coibir os outros funcionários, que em sua maioria eram negros “desclassificados”.

Os negros eram ocupados nas funções de encarregados, guardas e enfermeiros do Juquery. Deveriam investir-se do espírito da competência, da ordem e da disciplina, como ditava Pacheco e Silva na época em que foi diretor. Eram mão-de-obra mal qualificada, submetidos à própria disciplina do hospício, com horários de recolhimento, proibidos de qualquer forma de ócio e amizade com os internos, também vitimados por doenças epidêmicas. Em seu trabalho diário traziam para dentro do hospício a ordem de fora, e apesar de vigiados, corrompiam algumas normas da instituição.

Para o Juquery, sob a égide do alienismo da degenerescência, foram levados todos os tipos de transgressores de todas as camadas da sociedade, além das prostitutas, sífilíticos e “menores anormais”. Criou-se o laboratório histoquímico para estudo da patologia cerebral da loucura, inventaram-se diversas técnicas terapêuticas, como a “malarioterapia”, além da construção do manicômio judiciário. Fora das instalações do



hospício central estavam as colônias semiabertas, as colônias agrícolas e a assistência familiar. Constituíam-se, nessa ordem, uma progressão terapêutica disponível aos internos de “boa índole”, merecedores de certo grau de liberdade.

A partir da década de 1920, o Brasil e o Juquery conhecem as práticas da eugenia, “equivalente moderno da degenerescência”. Cunha (1986) destaca que a primeira vitória desse alienismo higiênico inspirado no modelo norte-americano foi a aprovação da lei do Estado de São Paulo, que reorganizava a assistência aos alienados suprimindo formalidades e guias de qualificação policial ou portarias de autoridades públicas, atribuindo à psiquiatria a exclusividade à designação e esquadramento da loucura. A psiquiatria reivindica o refinamento de seu aparato institucional, empreendendo a importância de serviços públicos acessíveis àquelas pessoas ainda não identificadas como incuráveis ou perigosas.

Em 1930 o alienismo higiênico conquista mais espaço com a criação do departamento de assistência geral dos psicopatas de São Paulo, que coordenaria e definiria as políticas de saúde mental. O espírito da eugenia é incorporado aos poucos na psiquiatria brasileira e começa a minar os principais pressupostos do alienismo de Franco da Rocha. Adota-se uma perspectiva preventista copiada do modelo norte-americano de higiene mental, que sai de trás dos muros do hospital para apropriar-se da regulação do proletariado urbano que aumentava no Brasil. Com a diminuição do valor social e terapêutico dado ao serviço criado por Franco da Rocha, o Juquery consegue sobreviver no abandono; sua irrelevância diante dos interesses políticos e sociais deixam mais cruas a violência e a degradação de sua estrutura e dos seus internos.

### **1.3. Novas perspectivas em saúde mental**

Fez-se necessário um rearranjo técnico-científico e administrativo da psiquiatria a partir do final da II Guerra. Nesse momento, a população e trabalhadores dos serviços de saúde mental, na Europa, começaram a propor a discussão a respeito das instituições psiquiátricas, principalmente daquelas que funcionavam em regime axilar, como instituição totalizante.

Franco Basaglia (1985) destaca o ano de 1962 no Hospital Psiquiátrico Provincial de Gorizia, na Itália, quando aconteceram mudanças de paradigmas para o convívio sem grades entre profissionais e internos. Eram nove pavilhões de dois pisos, e um dos setores (o setor “B-homens”) foi o primeiro a implantar mudanças nas atividades dos profissionais para constituir-se uma instituição despsiquiatrizada. Houve preocupação dos enfermeiros diante do novo trabalho; a nova organização começa a mexer com a rotina dos profissionais, que no início tentavam ficar mais atentos para não perderem os pacientes de vista. Tais mudanças das atividades de cuidado foram planejadas de acordo com os 50 pacientes do setor e o número de enfermeiros necessários aos cuidados de todos esses pacientes.

Basaglia (1985) afirma que a despsiquiatrização operada em Gorizia era a negação da função do profissional como carcereiro tutor da tranquilidade da sociedade. O exemplo de contestação do asilamento vem das assembléias que reuniam todos os sujeitos envolvidos na instituição: médicos, enfermeiros, pacientes, voluntários, visitantes, assistentes sociais, psicólogos e outros. Essas reuniões, tanto envolviam as questões sociais determinantes para a vida do paciente fora do hospital, quanto dirigiam a vida do hospital e sua jornada diária.

A operação de despsiquiatrização em Gorizia tinha ações como o pagamento de recompensa aos pacientes que prestavam serviços no hospital, mas reconhecia que existiria ainda uma relação desigual com o sujeito da desrazão.

Após a segunda guerra mundial aconteceram vários outros movimentos de contestação do saber e das práticas psiquiátricas totalizantes, entre os quais destacam-se a Psiquiatria de Setor na França, as Comunidades Terapêuticas na Inglaterra e a Psiquiatria Preventiva nos Estados Unidos (Amarante, 1998).

O termo Comunidade Terapêutica foi utilizado por Maxwell Jones, a partir de 1959, para definir as experiências desenvolvidas no hospital psiquiátrico em Dingleton. A Comunidade surge como um processo de reforma institucional dentro do asilo, com objetivo de resgatar a função terapêutica do hospital.

A Psiquiatria de Setor na França foi um projeto que pretendia:

[...] à psiquiatria uma vocação terapêutica, o que segundo os seus defensores não se consegue no interior da estrutura hospitalar alienante. Daí a idéia de levar a psiquiatria à população, evitando ao máximo a segregação e o isolamento do doente, sujeito de uma relação patológica familiar, escolar, profissional, etc. Trata-se, portanto, de uma terapia *in situ*: o paciente será tratado dentro do seu próprio meio social e com o seu meio, e a passagem pelo hospital não será mais do que uma etapa transitória do tratamento (Fleming, 1976, apud Amarante, 1998, p. 36).

A Psiquiatria Preventiva, também definida como comunitária, fez parte dos programas de saúde elaborados pela política do presidente Kennedy. Esta proposta elaborou programas comunitários de prevenção primária para reduzir os transtornos mentais; programas de prevenção secundária para reduzir a duração dos transtornos; e programas de prevenção terciária para diminuir a deterioração pelo transtorno.

#### **1.4 Mudanças no Brasil**

Da inauguração do Hospício D. Pedro II em 1852 até o funcionamento do Hospício Colônia Adauto Botelho em 1954 foram construídos mais de quatro dezenas

de instituições asilares, hospícios, hospitais psiquiátricos, colônias, manicômios judiciários em todas as regiões do Brasil. A assistência psiquiátrica pública mostrava-se lenta para reconhecer as mudanças que aconteciam na Europa e nos Estados Unidos e se adaptar às mudanças da própria sociedade brasileira (Resende, 1997).

Com o caos instalado nessas instituições psiquiátricas públicas, implantou-se uma ideologia privativista do movimento militar de 1964, que passa a contratar leitos nos hospitais particulares, que floresceram rapidamente. Os anos entre 1965 e 1970 assistem ao aumento maciço das internações em hospitais privados, porém, nesse período observa-se uma estabilidade nas internações dos serviços públicos. Constitui-se uma indústria da loucura, que para aumentar seus lucros passa a consumir expressivas proporções de neuróticos e alcoolistas.

Em alguns anos, todas essas instituições públicas ficaram superlotadas e extremamente precarizadas, sendo feitas e acolhidas várias denúncias de maus-tratos. Logo passou-se a exercer maior controle sobre o tempo de permanência nas interações em hospitais, com fiscalizações pelo INPS (Resende, 1997).

Alves (1996) destaca o predomínio do setor privado no oferecimento dos serviços em saúde mental no Brasil, nos anos de 1970 e começo dos anos de 1980. Todavia, na década de 80 foi possível assistir a importantes medidas de humanização da assistência promovida pelo setor governamental com relação aos hospitais psiquiátricos federais e de alguns estados, destacando-se São Paulo, Minas Gerais e Rio Grande do Sul. Em contrapartida, o setor privado contratado, que havia conquistado grande incremento, permaneceu alheio a este movimento de humanização, apesar da Portaria 3108 de 1982, que instituía no âmbito do Ministério da Previdência e Assistência Social o Programa de Reorientação da Assistência Psiquiátrica – Plano Conasp.

O Conasp tinha como objetivo desvincular a administração da assistência médica hospitalar previdenciária do clientelismo político e do empresariado do setor (Scarcelli, 1998). Este plano pregava um modelo de atenção psiquiátrica integral com ênfase no tratamento ambulatorial integrado ao sistema de saúde geral e programas de saúde mental comunitária.

Em 1983 foi lançado o Programa das Ações Integradas de Saúde (Pais) que preconizava a regionalização progressiva do sistema de saúde brasileiro. Na década de 1980 aconteceram a VIII Conferência de Saúde (1986) e a I Conferência de Saúde Mental (1987), quando foram propostas várias alterações no planejamento e nos métodos em saúde mental.

### **1.5. Trabalhadores da saúde mental**

Abrem-se parênteses para o histórico de organização do movimento dos trabalhadores da saúde mental. Destaca-se o período que vai de 1978 a 1987, da greve das unidades da Divisão Nacional de Saúde Mental, até a criação do CAPS da Rua Itapeva, dentre outras conquistas.

O papel protagonista dos trabalhadores da saúde mental possibilitou mudanças em suas organizações, para melhoria das condições de tratamento e de trabalho. Na década de 1970 no Brasil, a denúncia realizada pelo movimento desses trabalhadores foi quem desencadeou o processo de reforma psiquiátrica e mudanças no modelo de assistência brasileiro. Em 1978, trabalhadores e estagiários organizaram uma grande greve que paralisou as quatro unidades da Divisão Nacional de Saúde Mental (Dinsam), no Rio de Janeiro (Centro Psiquiátrico Pedro II, Hospital Pinel, Colônia Juliano Moreira e Manicômio Judiciário Heitor Carrilho).

Em 1979 realizou-se o primeiro Congresso Nacional de Trabalhadores da Saúde Mental, cuja temática de discussão focou a necessidade de organização democrática de todos os setores que de alguma forma deveriam lutar pela atenção à saúde da população, com o fortalecimento dos sindicatos e articulação das associações representativas, a fim de nortear as políticas públicas em saúde mental.

No primeiro Encontro Regional dos Trabalhadores da Saúde Mental, que ocorreu em 1980 no Rio de Janeiro, levaram-se para as discussões os problemas sociais, proposições políticas para a saúde mental, melhoria das condições de trabalho e o problema da privatização da medicina.

No II Encontro Nacional de Trabalhadores da Saúde Mental em 1980 foram aprovadas moções contra a privatização da saúde, contra a Federação Brasileira de Hospitais, contra a Associação Brasileira de Medicina de Grupo e contra todos os tipos de ingerências comuns às instâncias de decisão do poder público (Amarante, 1998).

Outro destaque sobre as ações do Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental (MTSM) vem da resistência contra a sua própria institucionalização, que refletiu-se na sua forma de organização. Este movimento não se fez representar por uma estrutura burocrática e/ou jurídica, foi composto por núcleos estaduais de saúde mental, pelas comissões de saúde mental dos sindicatos dos médicos, pelo movimento de renovação médica e pela rede de alternativas à psiquiatria. Segundo Amarante (1998), o MTSM registrou três tendências que se sucederam, ou seja, a tendência alternativa, a tendência sanitária e a tendência de desinstitucionalização.

Na primeira tendência, a partir de 1979, foram ações para o início do processo de redemocratização do Brasil, com a reorganização sindical e movimentos sociais, de modo que incorpora-se um perfil de denúncia de irregularidades, de abandono e maus-tratos nos hospitais, articulando-se junto a movimentos populares. Nesse período o

MTSM é influenciado e apoiado por pensadores como Franco Basaglia, Robert Castel, Foucault e Goffman (Neto, 2003).

Em seu segundo momento, no fim da ditadura, sob nova estratégia de intervenção para mudanças no modelo assistencial, o MTSM assume uma tendência sanitarista, que adentra ao aparelho público e assume postos nas estruturas do Estado. Esta fase investe menos em alguns objetivos iniciais do movimento dos trabalhadores, tais como a oposição à concepção de uma ciência neutra, crítica à medicina como ferramenta de controle social e denúncia do papel do técnico como reproduzidor de um discurso positivista. A partir de 1985, nota-se que parte significativa dos postos de chefia de programas estaduais e municipais de saúde mental, direções de importantes unidades hospitalares públicas estão sob a gestão de fundadores e ativistas do MTSM, principalmente na região Sudeste (Amarante, 1998).

A terceira fase do MTSM, em 1987, inicia a tendência de desinstitucionalização. Esta etapa é marcada pelo distanciamento entre movimento dos trabalhadores e Estado, além da reaproximação junto aos movimentos de usuários e familiares (Amarante, 1998).

Em 1987, na I Conferência Nacional de Saúde Mental, são discutidos os novos rumos do MTSM, propondo-se a criação de um fórum independente, dando origem ao plenário dos trabalhadores de saúde mental, impulsionando a realização, no mesmo ano, do II Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental, ou Congresso de Bauru. Neste evento foi criado o Movimento de Luta Antimanicomial e instituído o Dia Nacional de Luta Antimanicomial, em 18 de maio.

Um dos eixos de discussão do Congresso de Bauru foi a relação com o Estado, as condições de trabalho, o corporativismo, a interdisciplinaridade e formas de luta. O movimento de Luta Antimanicomial segue a partir do fortalecimento dos trabalhadores,

juntamente com associações de usuários e familiares, no intuito de consolidar um movimento social de intervenções políticas e concretas, atacando o modelo manicomial, considerando-o símbolo de violência e exclusão num período de conquistas de direitos de cidadania na história brasileira, período pós-ditadura.

Em 1990, a Declaração de Caracas chama atenção para os poucos objetivos alcançados quando o cuidado psiquiátrico restringe-se ao modelo hospitalocêntrico, mostra que este modelo de cuidado propicia ensino insuficientemente vinculado às necessidades das populações, dos serviços de saúde e outros setores. Esta observação acrescentou maior necessidade de criação de serviços abertos, que propiciassem melhores condições de vida aos seus usuários e ajudassem na produção e sistematização de conhecimentos científicos que orientassem o atendimento.

No Brasil, quando ocorre a II Conferência Nacional de Saúde Mental em 1992, os serviços de cuidado ainda sofriam com a escassez de recursos e apresentavam tecnologia orientada para o atendimento ambulatorial, limitado na psicofarmacologia e na internação hospitalar (Brasil, 1994; Figueiredo & Rodrigues, 2004). O evento teve a organização e a participação de delegados de diversos setores sociais, como trabalhadores, usuários, familiares, instituições de ensino, governo federal e prestadores de serviços.

Um dos eixos da conferência foi a oposição à cultura manicomial que emerge nos vários setores da sociedade, sustentando relações de exclusão, estigmas, a produção de marginalizados subjugados a dispositivos de controle como as prisões e os manicômios. O discurso antimanicomial mostra um caráter de contracultura, ou seja, contra a cultura hegemônica hospitalocêntrica fundada pelo imenso corpo de representações e comportamentos coletivos que orientam as relações da sociedade com a loucura e com as instituições destinadas ao cuidado dos doentes. Representações e



comportamentos seguiriam orientações derivadas da hegemonia do poder médico e fundamentariam um controle social e a hospitalização lucrativa em saúde mental. O alvo do Movimento de Luta Antimanicomial e do movimento dos trabalhadores, neste período, não é tão somente o Hospital Psiquiátrico, mas toda construção de saberes que inviabiliza um modelo de autonomia e exercício dos direitos dos usuários de serviços de saúde mental (Koda, 2002).

Em 1999 criou-se a Legislação em Saúde Mental no Brasil e aconteceu a III Conferência Nacional de Saúde Mental, com o tema “Cuidar sim, excluir não”. Os debates da III Conferência demonstram a necessidade da implantação de serviços de caráter comunitário, e nesse período começa a concretizar-se a proposta oficial de criação dos Centros de Atenção Psicossocial (Brasil, 2001).

Figueiredo (2007) observa que a reforma psiquiátrica brasileira é orientada por diretrizes que evidenciam a natureza processual e transitória da realidade. E destaca que as atuais diretrizes definidas e discutidas na III Conferência de Saúde Mental orientam premissas como: 1) a superação do modelo assistencial hospitalocêntrico; 2) a consolidação de um modelo de atenção comunitário; 3) articulação de ações na atenção básica de cada território; 4) construção de uma rede que incorpore recursos humanos potenciais da comunidade; 5) exercício do controle social e responsabilização nas políticas públicas que devem ser intersetoriais; 6) desinstitucionalização de pessoas internadas há longo tempo; 7) mudança do conceito "recursos humanos" para "atores sociais inscritos nos processos políticos, socioculturais, institucionais, produzindo, construindo e transformando a realidade" (p. 5); 8) problematização da gestão atentando para a relação de poder entre trabalhadores e para a separação entre o trabalho de elaboração e o de execução dos projetos; 9) garantia dos direitos dos trabalhadores e possibilidade de recriar identidades profissionais; 10) potencialização de estratégias de

produção de conhecimentos advindos da prática; e 11) financiamento do custeio dos serviços e das ações substitutivas.

### **1.6. Novas práticas e o Centro de Atenção Psicossocial**

Felizmente os anos de 1940 e 1950, no Brasil, não se depararam apenas com as práticas da teoria da degenerescência, do Juquery, ou com as quatro dezenas de instituições asilares erguidas por todo o país. Nise da Silveira é protagonista da construção de um novo modo de atendimento em saúde mental. Várias idéias foram colocadas em prática na Casa das Palmeiras, na Tijuca - RJ e nas oficinas terapêuticas do Engenho de Dentro, no Centro Psiquiátrico Pedro II. Oficinas terapêuticas pensadas, elaboradas e implantadas pela doutora Nise da Silveira e sua equipe anteciparam algumas soluções para ação terapêutica junto aos portadores de transtorno mental grave, como exemplo de serviço público de cuidados em saúde mental.

A postura contrária aos métodos que Nise classificava como violentos levou a uma conversa com o diretor do Centro Psiquiátrico Pedro II, Paulo Elejade, que perguntou o que poderia fazer com sua funcionária. Nise conta que não estava preocupada com cargos ou hierarquia, por isso respondeu ao diretor que fizesse qualquer coisa, quando ele sugeriu o Setor de Terapia Ocupacional. Nise pensou consigo: por que não? (Motta, 2008, p. 21).

Em 1946, dentro do Centro Psiquiátrico D. Pedro II, já funcionavam as oficinas de costura, bordado e ateliês de desenho e pintura. Em 1956 Nise da Silveira e mais alguns amigos de diversas áreas das artes inauguraram a Casa das Palmeiras, na Tijuca - RJ. Esse novo lugar passa a ser mais uma grande inovação na prática em saúde mental, em que a expressão subjetiva ganha lugar no uso das artes plásticas. As imagens, a dança, as representações mímicas, a pintura, a modelagem, a música dentro do método terapêutico ocupacional serão episódios de dissolução de conflitos intrapsíquicos e intersubjetivos (Ferreira, 2008).

Acerca de fatos que inspiraram a criação dos CAPS, citam-se também experiências como o Centro de Atenção Psicossocial criado na Manágua revolucionária em 1986, onde mesmo com todas as dificuldades de recursos, utilizando-se líderes comunitários, profissionais, materiais improvisados e sucatas foi possível desenvolver com criatividade uma proposta de reabilitação e habilitação de pessoas com transtorno mental. (Pitta, apud Amarante, 1998).

Na cidade de São Paulo-SP, no ano de 1987, antes mesmo de uma política oficial do governo federal, foi inaugurado o Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira. Seus objetivos vinham da necessidade de marcar posição terapêutica entre a comunidade e o hospital. Inserindo socialmente as pessoas com transtornos mentais graves, implantando atividades terapêuticas, funcionando cinco dias da semana, em horário integral, esse serviço previa e prevê uma flexibilidade nas ações da(s) sua(s) equipe(s) ante as demandas dos usuários. Hoje o CAPS Professor Luiz da Rocha Cerqueira é oficialmente um CAPS III, ainda mantém suas raízes no mesmo endereço, rua Itapeva , nº 700, e dedica-se à atenção integrada, como serviço aberto de saúde mental.

### **1.7. Os CAPS**

Segundo Figueiredo (2007), em 2006 existiam em todo o Brasil 430 CAPS , 320 CAPS II, 138 CAPSad, 75 CAPSi e 37 CAPS III (NAPS).

Os Centros de Atenção Psicossocial foram criados oficialmente pela portaria 189/91 (referente à sistemática de financiamento e à clientela prioritária) e portaria 224/92 (sobre a introdução dos CAPS na tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS). São definidos como unidades de saúde locais,

regionalizadas, possuindo equipe multiprofissional, desenvolvendo atendimento intermediário entre o período de internação hospitalar e a fase ambulatorial.

Atualmente os CAPS são regulamentados pela portaria 336/02 referente aos novos parâmetros técnicos e financiamento estratégico pela Autorização de procedimento de alta complexidade (APAC). Recebem recursos de um acordo tripartite, ou seja, verbas dos governos municipal, estadual e federal. A responsabilidade pela contratação e manutenção dos profissionais é de âmbito municipal, assim como a estrutura física, algumas medicações, materiais de consumo e materiais permanentes. As outras esferas de governo (estadual e federal) participam repassando verbas aos fundos dos municípios, além das medicações de altocusto não disponíveis nas farmácias municipais. No caso do Distrito Federal, os recursos humanos, a estrutura física e medicações são de responsabilidade da Secretaria de Saúde do DF.

Para referir-se às condições psíquicas da clientela destes serviços, Rabelo et. al. (2006) usam o termo “Transtornos Mentais Maiores”, que engloba as psicoses, neuroses graves e dependência de substâncias psicoativas, provocadoras de incapacitação não eventual. Destaca-se que, apesar da prioridade de atendimento aos Transtornos Mentais Maiores, em alguns municípios o CAPS é único lugar para atendimento em saúde mental, cobrindo área urbana e rural, devendo atender inclusive os quadros de urgência e de emergência.

Os termos operacionais que podem explicar o cuidado ou a clínica do CAPS, onde se incorporam as ações técnicas, políticas e de socialização são “Clínica psicossocial”, “Clínica do território” ou “Clínica ampliada”. São expressões capazes de balizar, e não engessar, o perfil técnico das ações para todo e qualquer procedimento no CAPS, tornando-se indispensáveis na reabilitação social do paciente (Rabelo et. al., 2006). Considera-se, portanto, que o CAPS tem natureza política e clínica de acordo

com o modelo de atenção psicossocial proposto. A natureza clínica compreende fundamentos teóricos e técnicos. A natureza política é a promoção, coordenação, supervisão do fluxo da demanda local, articulação intersetorial com todos os serviços e setores da rede que sustentam a atenção em saúde mental. Essa rede deve ter potencial de construção coletiva de soluções às complexas demandas da população, abrange seu território, inclui o hospital geral, residências terapêuticas, hospital-dia, as escolas, as famílias, associações de bairro, programas de atenção básica, como Programa de Saúde da Família, cooperativas de trabalhadores e todos os outros recursos disponíveis (Figueiredo, 2007).

Os profissionais que trabalham no CAPS possuem formação de nível superior e médio. Dentre os profissionais de nível médio, estão técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, educador e artesão. Os profissionais de nível superior são de diversas áreas: enfermeiro, médico, assistente social, psicólogo, terapeuta ocupacional, pedagogo, professor de educação física, dentre outros necessários às atividades oferecidas (Brasil, 2004).

As tarefas a serem empreendidas por todos os profissionais do CAPS incluem a problematização e a criação de soluções, contando com a participação dos seus usuários, familiares e outros cuidadores, pois toda a população deste serviço é responsável pelo melhoramento das ações psicossociais.

A função da equipe multiprofissional está principalmente ligada à necessidade de uma visão mais completa da situação problema, cabendo-lhe orientar a melhor terapêutica, com a construção coletiva de uma solução ou síntese das prioridades de cada usuário, durante os estudos de cada caso. Essa visão multidisciplinar sugere um olhar menos fragmentado sobre o tratamento, fazendo crescer o respeito dos profissionais e da família pelo usuário do serviço, além de permitir compreendê-lo em

seus aspectos mais particulares como filho, como mãe, como esposa, estudante, trabalhador, etc.

Para cada tipo de CAPS haverá uma formação distinta no quadro de profissionais necessários. Segundo o Ministério da Saúde, a “equipe mínima” de um CAPS II, referente ao presente estudo, deve ter um médico psiquiatra, um enfermeiro com formação em saúde - mental, quatro profissionais de nível superior e seis profissionais de nível médio (Brasil, 2004).

Observa-se que o serviço público brasileiro acabou, principalmente em termos de gastos, aderindo a novos modelos de gestão, consideradas as mudanças estruturais ocorridas nos últimos anos, em decorrência do processo de reestruturação produtiva (Pereira, 2003). Os novos modelos de gestão, quando aplicados ao serviço público de saúde, investem no saber-fazer e na mobilização dos seus trabalhadores, preconizam metas de quantidade de atendimento ligadas a uma ampla demanda, ao trabalho em equipe, com multivariabilidade e flexibilidade de funções e polivalência dos profissionais. Todas estas alterações na organização do trabalho no serviço público, aqui representado pelo Sistema Único de Saúde e a suas premissas de integralidade, equidade, controle social, universalidade e qualidade na área da saúde mental, concorrem para o interesse em desvelar a organização real do trabalho dos seus profissionais. Logo, entende-se que o contexto de multivariabilidade/ flexibilidade de funções e polivalência profissional leva ao uso de artimanhas para enfrentar obstáculos que emergem deste novo modelo de atendimento, da nova organização do trabalho.

Portanto, com a criação dos serviços abertos de saúde mental, inicia-se a progressiva diminuição dos leitos psiquiátricos, de hospitais e a extinção de muros e grades. Todavia, a loucura juntamente com os trabalhadores da saúde mental são

remanescentes nesse processo; logo, aos trabalhadores resta inventar estratégias para humanizar a sua relação com o usuário e ajudar na sua emancipação e na sua cidadania.

### **1.8 A supervisão clínico-institucional às equipes de CAPS**

Para favorecer o trabalho dos profissionais dos CAPS, o Ministério da Saúde, no ano de 2005, por meio da portaria nº 1174/ GM, instituiu a destinação de incentivo financeiro emergencial ao programa de qualificação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), fomentando a ampliação do quadro de profissionais-supervisores de equipes desses centros. Esta portaria seguiu as recomendações da III Conferência nacional de saúde mental, sobre a criação de programas estratégicos, interdisciplinares e permanentes para promoção da qualificação da rede de atenção psicossocial; as portarias 189/ GM e 336/ GM 2002, sobre a regulamentação, definição e estabelecimento dos procedimentos dos CAPS, também sustentam essa iniciativa, além da necessidade de acelerar a estruturação e consolidação da rede extra-hospitalar de atenção à saúde mental nas unidades da federação (Brasil, 2005).

A partir da portaria 1.174/ GM de 2005, define-se que a Supervisão clínico-institucional deve ser o trabalho de um profissional de saúde mental fora do quadro de profissionais dos CAPS, com habilitação teórica e prática comprovada. O trabalho de supervisão junto à equipe do serviço deve ter duração de três a quatro horas semanais, com objetivo de assessorar, discutir e acompanhar o projeto terapêutico do serviço e dos usuários, além de assuntos institucionais, de gestão e questões relevantes à qualidade da atenção realizada. Cabe ao supervisor a tarefa de contextualização permanente da situação clínica, pautando as tensões e a dinâmica da rede do território, de modo a sustentar o diálogo entre a política da clínica e a dimensão clínica da política. A participação do supervisor junto à equipe basea-se na necessidade do melhor *rapporte*

acolhimento por parte da equipe, com o intuito de serem trabalhadas as dificuldades, as tensões internas e a sobrecarga da equipe dentro de um espaço de supervisão favorável (Brasil, 2007b).

A tarefa do supervisor passa pelo enfrentamento do desafio do novo cenário da assistência em saúde mental e pela elaboração de novos conceitos operativos de rede e de território, contemplando serviços de saúde, outras políticas intersetoriais, o lugar da vida do usuário e as características culturais (Brasil, 2007b).

No ano de 2007, o Ministério da Saúde selecionou 150 projetos de supervisão para equipe de CAPS. Seguindo critérios de prioridade por região do país, foram primeiramente contemplados os pedidos de supervisão das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste; além disso, o tipo de serviço também foi critério para concessão de recursos, com ordem de prioridade aos CAPS III ou NAPS, CAPS i e CAPS ad e por último os CAPS II (Brasil, 2007b).

### **1.9. Alguns estudos empíricos sobre o trabalho e trabalhadores dos novos serviços de saúde mental**

Fiziola (1999) estudou o trabalho realizado em um Núcleo de Atenção Psicossocial em Santos-SP. O objetivo foi apreender os momentos, a finalidade, a organização, o objeto de trabalho desse serviço, além do prazer e o sofrimento dos trabalhadores nesse contexto. Realizaram-se observação de campo, entrevistas semiestruturadas e levantamento de prontuários. Constatou-se que o trabalho em um NAPS (Núcleo de Atenção Psicossocial), serviço idêntico aos CAPS III, ultrapassa os objetivos ligados aos sintomas e compreende a necessidade de uma atenção singular, que resgate a história de dos seus usuários e favoreça a construção de projetos de vida. Os trabalhadores estariam sempre emprestando o poder contratual aos usuários, vivendo



e mediando conflitos, ajudando-os na construção de projetos de vida e por vezes aproximando-se de uma ação assistencialista.

Na nova organização do trabalho identifica-se a polivalência que não é efetivamente executada pela totalidade dos profissionais, já que nem todos assumem a responsabilidade de ser referência dos pacientes. Constatase que, enquanto para os profissionais de nível superior o trabalho é parte de seus projetos de vida, para a maioria dos auxiliares de enfermagem o trabalho no NAPS é mais uma fonte de renda para necessidade de sobrevivência. A fonte de gratificação e prazer está ligada à “evolução” do usuário, às repercussões concretas na vida da pessoa atendida, o que parece ser difícil de alcançar. Em contrapartida, a ausência de “evolução” traria desgaste e desmotivação a esses trabalhadores.

Em seu estudo sobre a construção de um modelo substitutivo em saúde mental, Koda (2002) investigou os sentidos construídos no cotidiano das práticas institucionais de um serviço substitutivo em saúde mental, um NAPS em Santos-SP. Com a análise de discurso em uma vertente construcionista, a autora destaca os sentidos produzidos a respeito do projeto antimanicomial, do trabalho desenvolvido pela instituição, das relações entre profissionais e usuários e a noção de doença mental. Segundo sua observação,

[...] podemos pensar que o discurso antimanicomial fornece a usuários e profissionais do serviço determinadas posições e repertórios que visam superar um modelo construído pelo discurso psiquiátrico tradicional (p. 56).

Nos resultados, os sentidos produzidos pelos entrevistados revelam transformações coerentes com o projeto antimanicomial, no que se refere às ações desenvolvidas. Destacam-se conflitos e ambigüidades sobre o tratamento ofertado, as dificuldades enfrentadas por conta do desinvestimento em políticas públicas e o confronto entre um discurso político / militante e um discurso clínico / técnico.

Identifica-se a divisão da equipe em subgrupos, ou seja, técnicos, médicos, auxiliares de enfermagem, pessoal administrativo e pessoal da cozinha. Logo, emerge claramente a não problematização da reprodução de relações de poder entre as categorias; tal divisão norteia o organograma da instituição e delimita grupos que estabelecem relações conflituosas, prejudiciais aos espaços de discussão e ao andamento do trabalho.

A implantação do modelo antimanicomial se dá com a criação dos NAPS (de 1989 a 1996) e fechamento do hospital psiquiátrico Casa de Saúde Anchieta, em 1994. Contudo, se durante esses anos de mudanças no modelo de assistência o profissional era ativo, militante, identificado com o projeto político, respaldado pela equipe e pela administração do município, em contrapartida, a partir de 1997, a nova gestão municipal transforma a qualidade do tratamento. Segundo a autora, aquele sujeito que era militante passa para o “esquema de funcionário público”, o “público” deixa de ser espaço de compartilhamento e construção de projetos e torna-se burocracia, espaço crônico e esvaziado. Os resultados apresentados por Koda (2002) trazem um profissional que se sente sem autonomia para desenvolver projetos, ou fazer parcerias com outros órgãos e com a cidade. O profissional que permanece no NAPS passa a ser empregado de uma administração que desinveste no serviço; faltam cursos, supervisões, infra-estrutura e os profissionais buscam outras fontes de renda. Não é um embate entre visões manicomial e antimanicomial, é um reflexo das mudanças da gestão pública sobre a saúde e seus trabalhadores.

Figueiredo & Rodrigues (2004) estudaram a atuação dos psicólogos nos CAPS do Estado do Espírito Santo. Realizaram-se entrevistas semiestruturadas com nove profissionais, dos quais sete dedicavam-se a outros empregos paralelos às suas atuações nos centros. Além disso, dois psicólogos cursavam especialização em saúde mental e atenção psicossocial e cinco faziam formação em psicanálise. Os aspectos explorados

durante as entrevistas foram: 1) o perfil do profissional, a concepção do profissional sobre temas da doença e o tratamento; 2) concepções sobre a função de psicólogo no CAPS; 3) conceito de desinstitucionalização, conhecimento sobre as atuais políticas em saúde mental; 4) práticas desenvolvidas por psicólogos nos CAPS; 5) formação. Segundo as autoras:

[...] o termo desinstitucionalização requer, antes de tudo, o entendimento do termo instituição no sentido da complexidade das práticas e saberes que produzem formas de se perceber, de se entender e de se relacionar com fenômenos sociais e históricos. Não é o doente mental que deve ser desinstitucionalizado, mas a própria loucura como instituição social que precisa ser transformada. O que se critica é o conjunto de aparatos científicos, legislativos e de relações de poder construídos e caracterizados como mecanismos de controle social que acabam por excluir o louco do convívio em sociedade (p. 174).

No que se refere ao método deste estudo, as transcrições das entrevistas foram submetidas à análise de conteúdo, com categorias temáticas previamente escolhidas e posterior “análise temática, que tinha como objetivo a descoberta de núcleos de sentido nos recortes” (p. 175).

Os resultados apresentados pelas autoras demonstram que a função do profissional dentro do CAPS geralmente refere-se à escuta e acompanhamento do usuário dentro do serviço, contudo aparece a importância da escuta oferecida aos demais trabalhadores do centro, vista a dificuldade desses sujeitos no convívio e trabalho com a clientela. Outras funções passam pelo trabalho de ligação entre o usuário e a vida cotidiana fora do CAPS, provocar mudanças no meio social onde ele vive, realizar um trabalho político e promover a autonomia dele. O conceito de desinstitucionalização aparece como extinção de todas as instituições de cuidado a portadores de transtorno mental, também como intervenções mais direcionadas ao usuário e menos ao espaço social onde ele vive. A profissionalização do usuário aparece como desinstitucionalização, assim como a mera evitação de internações.

Os entrevistados mostraram conceituações mais próximas das idéias de Franco Basaglia, quando mencionam a desconstrução dos manicômios mentais, do que é a loucura no imaginário social, mudança do lugar social da loucura, considerado o fato de esse fenômeno haver sido capturado pela psiquiatria. Quanto às práticas dos psicólogos no CAPS, destacam-se uma abordagem psicanalítica, atendimento clínico, suporte social de familiares, grupos terapêuticos de usuários. As autoras apontam que as oficinas terapêuticas nem sempre contam com a participação de psicólogos, apenas dois dos nove entrevistados afirmaram coordenar essas oficinas, logo, os responsáveis são os oficinairos de outras formações, como artistas plásticos, artesãos, atores, músicos ou escritores. Apenas um entrevistado afirma que realiza visitas domiciliares. A implementação de práticas mais incisivas de reinserção social, como o resgate de autonomia e restabelecimento de laços sociais caminha timidamente, porém existem os casos isolados de mobilização profissional no sentido de participar de oficina de trabalhos manuais, ajudar na exposição de produtos, negociar espaços que favoreçam oferta de cursos profissionalizantes aos usuários.

Quanto às políticas de saúde mental, dois entrevistados não tinham conhecimento do conteúdo da lei de reforma psiquiátrica. Mas afirma-se que os efeitos dessa lei dependem da “capacidade dos profissionais e da sociedade de dar continuidade à luta antimanicomial” (p. 178). Além do predomínio de uma orientação psicanalítica para o trabalho no CAPS, destaca-se o desejo de outros referenciais como a saúde coletiva, arte, literatura e Reforma psiquiátrica. Na visão das autoras, o tratamento descrito pelos entrevistados está voltado para uma estrutura clínica, para o discurso do usuário e seus sintomas, sendo negligenciados os fatores sociais que podem ser constituintes do adoecimento. As condições gerais de trabalho aparecem como fatores ligados ao engajamento profissional para ações que precisam ultrapassar os muros do

CAPS, além disso, as intervenções que produzem efeitos no campo social significam desafios a esses psicólogos e a construção de novos saberes. As autoras lembram que o caráter coletivo do trabalho no CAPS possibilita compartilhar reflexões e decisões para uma postura de comprometimento e perspectiva que reconhece o campo social como espaço de intervenção do psicólogo.

Zerbetto & Pereira (2005) apresentam estudo que reflete sobre dois pontos importantes. O primeiro é o questionamento sobre a efetivação do cuidado prestado por auxiliares e técnicos de enfermagem no novo modelo de assistência em saúde mental. E o segundo é o modelo psicossocial como tendência nas políticas de saúde mental. Esse estudo consistiu de um levantamento bibliográfico com base em teses e periódicos que enfocavam o trabalho de auxiliares e técnicos de enfermagem nos serviços substitutivos de saúde mental. Foram explorados, como fonte de busca, os bancos de dados da Universidade de São Paulo – Dedalus. Utilizaram-se como descritores: enfermagem em saúde mental, auxiliares e técnicos de enfermagem, enfermagem psiquiátrica. Algumas pesquisas, conforme as autoras, retratam o trabalho nos serviços abertos, elegendo a doença mental como objeto de trabalho. Entretanto, outros estudos destacam novas abordagens e o encontro de “um novo ‘objeto’ e de uma nova organização do trabalho” (p. 114). Essa nova organização rompe com a hierarquia embasada no poder/ saber, conta com uma postura ativa do profissional para estabelecer relação com o usuário. Segundo as autoras, a maioria dos profissionais das categorias pesquisadas não recebeu formação teórica nem prática suficiente na área de saúde mental e psiquiatria. Contudo, o cotidiano do processo de trabalho é o espaço de aprendizado de conhecimentos que fundamentam a prática. Outros estudos mostraram que a prática social permanente pode tornar-se espaço de produção de saberes “se o fazer for problematizado, refletindo criticamente e consciente” (p. 115). Percebe-se que essas categorias profissionais

mantêm pensamento cativo na subalternidade. Algumas pesquisas salientam que o profissional auxiliar de enfermagem identifica e executa uma atividade limitada às técnicas de enfermagem e ao relacionamento interpessoal, enquanto outros estudos mostram que:

[...] em cursos de graduação do enfermeiro o importante é enfatizar o relacionamento interpessoal e profissional e deixa o relacionamento terapêutico para contexto de especialização, por exigir conhecimento mais aprofundado (Zerbetto & Pereira, 2005, p. 115).

Como referem as autoras, o modelo psicossocial prevê que o trabalho do profissional de enfermagem de nível médio torna-se polivalente, pois suas atividades transcendem a área específica de sua formação, evitam a fragmentação do processo terapêutico, além disso o profissional assume a responsabilidade individual no acompanhamento do caso. Na visão das autoras, o profissional faz intervenção de responsabilidade e afetividade. É um novo olhar para o trabalho em reabilitação, onde exige-se flexibilidade, criatividade, iniciativa, participação para o trabalho conjunto na busca do cuidado ampliado. Em suas considerações finais Zerbetto & Pereira (2005) destacam que o cuidar dos profissionais de nível médio está em transição entre um modelo tecnicista e de relações de poder para um modelo que busca satisfazer necessidades dos usuários indo além dos procedimentos técnicos, criando intervenções reabilitadoras e psicoterapêuticas. Por fim, as autoras avaliam que essas categorias profissionais apesar de representarem um contingente importante da força de trabalho de toda a enfermagem, por vezes, são desvalorizadas e excluídas dos processos decisórios dentro da própria equipe.

Garcia & Jorge (2005) em seu estudo sobre as vivências de trabalhadores de CAPS, utilizaram a abordagem hermenêutica/ interpretativa de Martin Heidegger e Hans-George Gadamer trazendo a tona a tradição da reforma psiquiátrica através da linguagem usada pelos trabalhadores. O local da pesquisa foi um CAPS no município de

Fortaleza-CE, que cobre um território de 52 bairros. O quadro de profissionais efetivos é composto de concursados, tercerizados, entre psicólogos, enfermeiras, assistentes sociais, psiquiatras, terapeutas ocupacionais, auxiliares de enfermagem, atendentes/recepcionistas, auxiliares administrativos, auxiliares de serviços gerais, profissionais agregados de outros órgãos públicos. Realizaram-se dez entrevistas individuais com profissionais de apoio/ burocráticos e com profissionais de saúde, além de observações livres no campo. Segundo as autoras:

"[...] fenômeno que se des-vela com os trabalhadores do CAPS, a partir de seus discursos, não podia deixar de ser permeado por suas inquietações pessoais e nem desvinculado do contexto sociopolítico" (p. 269).

As autoras apontam que diferentes experiências possibilitam diversas formas desses sujeitos estarem na relação terapêutica com os pacientes. Os profissionais estão mergulhados na tradição e simultaneamente se abrem para possibilidade da proposta de reforma. Percebe-se que os trabalhadores demonstram interesses entre a atuação norteada pela proposta da reforma e esta em sua essência mobiliza-os para o modo autêntico de ser. A relação entre os profissionais é de cumplicidade ante o cuidado do usuário nos momentos de enfrentarem a dúvida do que fazer diante de situações de crise, fato que potencializa uma forma autêntica de ser cuidador. No momento em que os profissionais percebem a autenticidade que podem ter consigo mesmos, conseguem diminuir processos de alienação no contato da relação estar-com-os-outros-e-consigo. Conclui-se que as escolhas são determinadas por circunstâncias do processo histórico, sem que se feche na idéia de que o atual modelo de cuidado é o melhor, mas que foi captado como possibilidade sem ultrapassar a tradição e integrando-a.

Silva (2007) realizou um estudo exploratório das relações de (des)cuidado dos profissionais de saúde mental em Centros de Atenção Psicossocial de Goiânia-GO. Investigou as vivências nas relações de (des)cuidado que permeiam o cotidiano de

trabalho e influenciam a saúde mental. Participaram desse estudo 22 profissionais trabalhadores de três CAPS. Foram representadas as diferentes categorias profissionais: arteterapia, artes plásticas, serviço social, educação física, enfermagem, musicoterapia, psicologia e psiquiatria. Utilizou-se a pesquisa-ação como metodologia e grupos operativos de reflexão como instrumento. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo. A autora destaca que a pesquisa-ação está “centrada no agir, através de uma metodologia exploratória, tendo objetivos definidos no campo de atuação pelo pesquisador e pelos participantes” (p. 53). Além de possibilitar a tomada de consciência de fatores envolvidos nas situações mais imediatas e a participação coletiva para mudanças, a pesquisa-ação pode desenvolver a consciência da coletividade no plano político e no plano cultural, na perspectiva de construir conhecimento sobre os assuntos abordados e soluções a longo prazo. Segundo a autora foram identificadas poucas ações de cuidado no ambiente de trabalho, além de, tais ações serem consideradas raras e não-sistematizadas. Como exemplo de ação de cuidado os participantes citaram as supervisões clínico-institucionais desenvolvidas com profissionais de fora da equipe. Nesse caso a autora destaca a queixa dos participantes sobre os recursos destinados a consultorias ou supervisões, sendo estes limitados e sem continuidade, logo, existiria vulnerabilidade nas ações voltadas à atenção da saúde desse trabalhador. Os encontros dos grupos operativos apareceram como opção para os profissionais melhorarem suas trocas de saberes. Sobre as relações interpessoais e o trabalho em equipe, observaram-se sentimentos de apoio, de alívio, de espaço de cuidado, assim como espaço de conflitos interpessoais, de injustiças na responsabilização pelo trabalho, de dificuldades para construir um consenso. Sendo o relacionamento entre profissional e paciente fundamental para as intervenções, esse envolvimento intersubjetivo suscita sofrimentos com sentimentos de angústia, impotência e preocupações. Outro fator relaciona-se ao



fracasso do plano de tratamento elaborado ao paciente e à família, em que os participantes relataram sentimento de angústia e autocobrança. Os resultados sugerem a importância de espaços públicos de discussão dentro destes serviços, favorecendo ações coletivas para mudanças.

Figueiredo (2007) realizou uma pesquisa junto a trabalhadores de um CAPS III, em Santo André-SP, tendo como objetivos descrever as práticas de saúde mental neste serviço, verificar se essas práticas se articulam às diretrizes da reforma psiquiátrica e analisar os processos de trabalho desenvolvidos pelos profissionais nos seus elementos constitutivos, da perspectiva do campo psicossocial. Realizaram-se entrevistas semi-estruturadas individuais com um profissional de cada categoria: auxiliar de enfermagem, auxiliar administrativo, cuidador, profissional da limpeza, profissional da cozinha, enfermeiro, terapeuta ocupacional, psicólogo, médico e assistente social, além do diretor do serviço. A análise dos dados teve base na hermenêutica-dialética. A autora levanta questões: “Como as diretrizes se traduzem em práticas? De que forma as ações dos profissionais se concretizam, a fim de responder às necessidades das populações?” (p. 23). A revisão bibliográfica realizada pela autora explorou os bancos de dados DEDALUS, Lilacs e Bdenf, utilizou os descritores: práticas, saúde mental, processo de trabalho, equipe de saúde mental, trabalho. Dentre as publicações encontradas, 60% eram relativas à “relação entre os processos de trabalho e a saúde mental dos trabalhadores, apontando, em geral, o trabalho como gerador de desgaste para aqueles que o executam” (p. 18).

Durante sua exploração bibliográfica a autora identifica diferenças entre os equipamentos da rede substitutiva de saúde mental e aqueles que se organizam a partir do hospital psiquiátrico; identificou que em algumas realidades o processo de trabalho das equipes ainda se organiza em torno do médico. Os resultados mostram que as

práticas de saúde mental dos trabalhadores articulam-se às diretrizes da Reforma Psiquiátrica, mas a análise dos elementos constitutivos dos processos de trabalho evidenciou contradições. A autora sugere a necessidade de formação de trabalhadores para um projeto coletivo institucional, visando qualificar a força de trabalho dos CAPS, dada a sua função social, considerados estratégicos na reorientação do modelo de atenção na saúde mental. Evidenciou-se a precarização da assistência prestada aos usuários. Os entrevistados referem-se ao regime de contrato de trabalho, tendo em vista que diferentes tipos de vínculo trabalhista provocam dificuldades para gestão do serviço, pois os profissionais são submetidos a direitos e deveres diferentes. Outro aspecto destacado é a sobrecarga de demanda, há falta de estrutura para atender à população da região de cobertura, que chega a quase três vezes a quantidade preconizada pelo Ministério da Saúde. Identificam-se necessidades de contratação de profissionais médicos; de avaliar o projeto coletivo do CAPS; de haver organização, mas o serviço não tem rotina rígida; há dificuldades de articulação com outros serviços extra-CAPS, que encaminham pessoas que não são clientela para o CAPS; o espaço físico é mal distribuído e não ajuda na acessibilidade de usuários com “necessidades especiais”; identificam-se dificuldades para articulações dos profissionais dentro do CAPS e para elaboração dos planos terapêuticos individuais.

Ferrer (2007) realizou pesquisa com objetivo de identificar, descrever e analisar o sofrimento psíquico de profissionais de um CAPS III, em Campinas-SP. Os sujeitos desse estudo são profissionais com formação de nível médio e superior, que estão comprometidos com a assistência direta aos pacientes. Constituiu-se um estudo qualitativo, apoiado na teoria hermenêutica crítica, utilizou-se a técnica de grupo focal, construção de narrativas, interpretação e análise dos dados. Identifica-se nos resultados que as queixas em relação às dificuldades do trabalho são ouvidas nos espaços

informais, como corredores e cozinhas. Mesmo os encontros destinados à supervisão das equipes não seriam transformados em espaços de troca da equipe, ou espaço de dividir a vivência de esgotamento ou de abalo após atenderem casos complicados. “Uma coisa é falar que não está 'dando conta', outra coisa é trabalhar isso, entender o porquê não tá dando conta” (p. 78).

Os profissionais de formação de nível superior buscam, em sua maioria, recursos fora do trabalho, fazem psicoterapia, grupos de estudo e cursos, de modo que consigam encontrar alimento que ajude a lidar com as dificuldades e situações que mobilizam emocionalmente a equipe. Conforme os sujeitos deste estudo, guiar-se apenas pela intuição aparece como fonte de angústia, lembram que a divisão do trabalho em turnos faz com que se aproximem da lógica do trabalho hospitalar. Como analisa a autora, o sofrimento dos pacientes os leva a um sofrimento, porém:

[...] eles têm o papel de aliviar o sofrimento daqueles, não podendo demonstrar suas fragilidades. 'Guardamos tudo para dentro', tentando extravasar da forma como conseguem, porque a maioria não tem condições de pagar por uma análise ou psicanalista (p. 79).

A autora destaca que os trabalhadores de nível médio não possuem preparo técnico e teórico para lidar com os casos, mas são os que ficam a maior parte do tempo com os usuários, estão mais expostos a situações geradoras de sofrimento. Muitos sentem dificuldade de manter agendas de tarefas, já que a loucura não se enquadra em uma rotina. Os profissionais do CAPS não lidam somente com a atividade terapêutica voltada ao usuário, enfrentam situações de extrema pobreza, violência, desestrutura familiar do usuário, situações que antecedem a atividade terapêutica e geram sofrimento. A precariedade do CAPS, da rede de saúde e a falta de diálogo entre serviços atrapalham o andamento de atividades. A existência de contratos de trabalho diferenciados é fator de desmotivação. Destacam-se ainda as marcas do sofrimento no campo somático e ausência de espaços privados para a equipe, espaços que transformem

o denso e desgastante convívio dentro da instituição e que garantam atendimento emocional do trabalhador.

Pereira (2007) apresenta seu estudo sobre a reabilitação psicossocial no atendimento em saúde mental e as estratégias em construção, que teve como objetivo identificar as representações elaboradas por profissionais de serviços substitutivos acerca da reabilitação psicossocial e das dificuldades por eles encontradas na efetivação das novas práticas. Os participantes foram enfermeiros, psicólogos, médicos, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais pertencentes às equipes de um hospital-dia e de um núcleo de atenção psicossocial, na região de Ribeirão Preto-SP. A autora comenta que a reforma psiquiátrica é a possibilidade da nova significação individual e social para as pessoas acometidas pelo transtorno mental e também para suas famílias, deslocando a atenção técnica para estruturas comunitárias mais elásticas e contextualizadas. E ainda que nos novos lugares de atenção e cuidados em saúde mental existem inquietações e dúvidas sobre como fazer o cotidiano da assistência, como produzir cuidados que sejam de fato reabilitadores e produtores de sentido. Mostra-se um desafio aos profissionais, exige-se a capacidade de estabelecer vínculos e estar receptivo ao outro. Nesse novo cenário é imprescindível o comprometimento ético do profissional com a assistência e com seus próprios desejos. Esse processo de reconstrução do fazer leva à reflexão da troca de experiências e ao compartilhamento de saberes que ampliam a compreensão e facilitam intervenções reabilitadoras. A reabilitação psicossocial é caracterizada como conjunto de estratégias direcionadas a aumentar a possibilidade de trocas, a valorização das subjetividades e a proporcionar contratualidade e solidariedade, ultrapassando a mera implantação das redes de serviços.

Os resultados indicam que o tipo de serviço e a organização da equipe são variáveis determinantes da evolução do processo de doença e eficácia das intervenções.

A complexidade da reabilitação psicossocial passa pelo preparo e pela competência dos profissionais que precisam dar conta da efetivação do processo reabilitador. Entre as condições consideradas importantes identifica-se a necessidade de uma equipe preparada e assistida, assim como maior informação aos usuários e uma assistência deslocada do “foco doença”. O trabalho em equipe traz a possibilidade de aumento do olhar plural e da competência do profissional, além de uma assistência que busca geração de significados subjetivos. Outro aspecto relevante que passa pela delimitação de papéis na saúde mental é a não-rigidez, a flexibilidade desses papéis, além do respeito à formação profissional. A tecnologia da assistência em saúde, baseada em vínculos, em acolhimento e promoção de autonomia, nega privilégios a campos específicos ou rígidos, mas passa pela mediação de saberes construtores das estratégias de intervenção efetivas.

O trabalho em serviços substitutivos de saúde mental leva à busca de dispositivos ou recursos internos do profissional, exige o desenvolvimento de condições para acompanhar o sofrimento psíquico do outro e organizar sua própria experiência. O tratamento que depende dos vínculos subjetivos também solicita muita ajuda ao profissional da saúde mental, pois a natureza polissêmica do contexto de reabilitação, leva em conta a pluralidade dos sujeitos envolvidos e as formas particulares de atuação. O olhar e a escuta que reconhecem a subjetividade de quem sofre a experiência de transtorno mental tocam as possibilidades interpretativas, interrogam competências e investem na sensibilidade profissional para a experiência emocional do usuário.

Entende-se que a complexidade dos problemas encontrados nos atuais serviços abertos de saúde mental deve passar por uma contextualização, assim como o próprio CAPS deste estudo deve ser contextualizado no tempo e no território, de modo que seja favorecida a aproximação do pesquisador junto à organização real do trabalho.

Contextualizar estas novas organizações de trabalho favoreceria ao entendimento da impossibilidade de um prescrito generalizável a todos estes novos serviços abertos. Contudo, entende-se que todo o CAPS imaginado a partir do Projeto de Lei 3657/89 (da Reforma Psiquiátrica) deve desenvolver o paradigma da desinstitucionalização, apesar de cada CAPS ter sua equipe particular, num território único, com usuários singulares.

## 2 - ABORDAGEM DA PSICODINÂMICA DO TRABALHO

Este capítulo dedica-se à teoria da Psicodinâmica do Trabalho. Apresentam-se seus principais conceitos e alguns estudos empíricos relevantes, realizados junto a diversas categorias profissionais.

### **2.1. A teoria**

A Psicodinâmica do trabalho segundo Ferreira & Mendes (2003, p. 37) é uma teoria que tem raízes epistemológicas nas ciências hermenêuticas, “para as quais o conhecimento é construído com base na interpretação do sentido dos fenômenos”. Ela é também uma teoria crítica do trabalho, pois envolve dimensões da construção – reconstrução das relações entre trabalhador e a realidade concreta do trabalho. Nesse sentido articula-se a emancipação do trabalhador, critica-se o prescrito, reinventa-se o trabalho por meio dos processos de subjetivação e vice-versa (Mendes, 2007).

A epistemologia crítico-hermenêutica vem de um diálogo com a filosofia, a psicanálise, a sociologia e a ergonomia. Essas abordagens colaboram para as bases conceituais da Psicodinâmica do Trabalho. Segundo Mendes (2007), o desenvolvimento da Psicodinâmica do Trabalho é marcado por três fases sucessivas e complementares. A primeira fase, ainda sob o nome de Psicopatologia do trabalho, destaca a publicação da obra *Travail, usure mentale – essai de psychopathologie du travail*, em 1980. A tradução dessa obra foi publicada no Brasil em 1987, como o nome: *A loucura do trabalho - estudo de psicopatologia do trabalho*.

A Psicopatologia do trabalho foi criada nos anos 1950-1960, como disciplina que destacou um modelo causal e não - sistêmico, no qual a organização do trabalho era concebida como um corpo sólido e resistente, descolado do homem. Nesse período

orientam-se pesquisas clínicas preocupadas em identificar síndromes e doenças mentais características (Dejours, 1999, 2004).

Contudo, partir da década de 1980, a primeira fase da Psicodinâmica do Trabalho é marcada pela busca do entendimento das origens do sofrimento do confronto entre a organização do trabalho e o sujeito. Destaca-se também o estudo do uso das estratégias defensivas coletivas e individuais. Desde então, Dejours (1987/ 2005) propõe-se a responder questões como: “como fazem os trabalhadores para resistir aos ataques ao seu funcionamento psíquico provocados pelo seu trabalho? O que fazem para não ficarem loucos?” (p. 9).

Silva (2004) lembra que as bases dos trabalhos de Dejours na década de 1980 vêm de estudos de Le Guillant, que realizou observações sistemáticas por meio das quais estabeleceu relações entre o papel do meio social, o surgimento e o desaparecimento de distúrbios mentais. Le Guillant propôs uma abordagem na qual fosse possível demonstrar a relação entre a condição de vida ou de trabalho e o surgimento, frequência, gravidade dos distúrbios mentais. O questionamento de Dejours situava-se em torno dos impactos do taylorismo/ fordismo no psiquismo dos trabalhadores, quando há o fracionamento da atividade, desmantelamento do coletivo de trabalho, desapropriação do saber-fazer, negação da liberdade de adaptação à organização do trabalho.

A segunda fase da Psicodinâmica do Trabalho, conforme Mendes (2007), marca a mudança da Psicopatologia do Trabalho para a Psicodinâmica do Trabalho. São privilegiadas as análises das vivências de prazer-sofrimento, dialéticas e inerentes a qualquer contexto de trabalho. Nessa fase, um novo olhar da organização do trabalho surge com a contribuição da ergonomia à análise clínica do trabalho. A contribuição nasce dos debates entre Christopher Dejours e Alan Wisner, ainda nos anos de 1970 no



Conservatoire National des Arts et Métiers (CNAM). Do debate observa-se que a organização real do trabalho não corresponde exatamente à organização prescrita, e além da distinção entre estas “duas organizações” nem sempre o trabalhador encontra tolerância para a sua liberdade criadora (Dejours, 2004).

Constata-se que as contradições e imperfeições de domínio técnico-normativo precisam ser reconhecidas e toleradas por executivos, contramestres e operários, como foi demonstrado por Dejours, Abdoucheli & Jayet (1994) na pesquisa em uma usina de energia nuclear. Entretanto, em outras investigações Dejours (2004) esclarece que essas contradições e imperfeições geram mais normas, mais rigidez da organização do trabalho, mais controle e contradições, o que dificulta a própria possibilidade de realização do trabalho.

Assim, identificou-se uma participação não-passiva dos trabalhadores diante dos constrangimentos da organização do trabalho, considerando-se que estes sujeitos eram capazes de se proteger para garantirem a integridade da sua saúde física e psíquica ante os efeitos nocivos, podendo até mesmo “conjurar a saída ‘natural’ que representava o espectro da doença mental” (Dejours, 2004, p.50).

Da Psicopatologia do Trabalho para a Psicodinâmica do Trabalho, constroi-se um saber que recoloca o trabalho como parte importante na vida do sujeito, como intermediador entre a saúde e a descompensação mental. Considera-se a ressonância da história de vida, desejos, personalidade e significação subjetiva da atividade para o trabalhador. A Psicodinâmica do Trabalho traz a compreensão da doença como resultante do trabalho, da atividade, considerando a frustração, a insatisfação, a negação da transformação do trabalho como fatores favoráveis à somatização. Portanto, Silva (2004, p. 53) ressalta que: “[...] a resignação, o desencorajamento, o desânimo, a

frustração não seriam resultantes apenas de uma patologia, mas de um confronto da subjetividade do trabalhador com sua realidade de trabalho".

Na segunda fase, a análise do trabalho destaca a construção da identidade do sujeito e a dinâmica do reconhecimento. Entende-se que a transformação do sofrimento em criatividade contribui para a identidade, favorece a estabilização psíquica e somática do sujeito, assim como, torna-se meio de promoção de saúde (Mendes, 2007).

A terceira e atual fase da Psicodinâmica do Trabalho investe na explicação dos efeitos do trabalho sobre os processos de subjetivação do sujeito. No Brasil destacam-se as obras *A banalização da injustiça social*, publicada em (1999/ 2003) e *Avaliação do trabalho submetida a prova do real*, publicada em 2008. Ganham destaque as novas formas de organização do trabalho, os sentidos dados às vivências de prazer-sofrimento, o uso das estratégias de mediação e as formas de subjetivação. Iniciam-se estudos sobre patologias sociais, como a banalização do sofrimento, servidão voluntária, a hiperaceleração, os distúrbios osteomusculares, a depressão e o alcoolismo (Mendes, 2007).

A seguir, para orientar a investigação sobre a organização do trabalho, as vivências de prazer-sofrimento e as estratégias de mediação do sofrimento dos profissionais do Centro de Atenção Psicossocial, são trazidos alguns conceitos relevantes do referencial teórico da Psicodinâmica do Trabalho.

O conceito de trabalho, segundo Dejours (2004, p. 28), “não é, em primeira instância, a relação salarial ou o emprego, mas é o <trabalhar>; isto é, um certo modo de engajamento da personalidade para responder a uma tarefa delimitada por pressões (materiais e sociais)”. Rossi (2008) ressalta que o engajamento do corpo e da inteligência do trabalhador ou mobilização da sua subjetividade é o que faz a gestão da defasagem entre prescrições e o real do trabalho.

Ao buscar preencher o espaço entre o prescrito e o real, o trabalhador percorre um caminho que deve ser inventado ou descoberto cotidianamente. Essa distância a ser percorrida, ou caminho a ser inventado é visível a partir da evitação dos fracassos. Nesse sentido, o que está em jogo é a maestria do trabalhador ante a sensação de impotência, de irritação, de cólera, de decepção, de desânimo. A organização real do trabalho se consolida, portanto, durante o trabalhar, na invenção do novo caminho, diante do sentimento que se vivencia pela surpresa desagradável da inviabilidade do prescrito. O real se consolida pela vivência de sofrimento que mobiliza o sujeito de um modo afetivo.

Para Dejours (2008b), mesmo que o trabalho seja bem concebido, que sua organização do trabalho seja rigorosa, suas determinações e procedimentos sejam claros, não é possível alcançar a qualidade sem que aconteça algum desrespeito às prescrições. Portanto, trabalhar implica inventar caminhos nem sempre aceitos pela gerência, pelo modelo de gestão e pelos pares. Ou seja, a inventividade no modo de fazer terá status de inovação e de infração.

Quanto maior a qualidade do trabalho, maior a distância com relação ao prescrito e maior será o engajamento do trabalhador. Logo, observa-se que as próprias normas que prezam pela segurança e qualidade do produto podem tornar-se obstáculos à inventividade do sujeito, estimulando um trabalho clandestino (Dejours, 2008b).

Trabalhar é “o que o sujeito deve acrescentar ao que foi prescrito para poder alcançar os objetivos que lhe foram atribuídos” (Dejours, 2008b, p. 39). E se trabalhar é agir por meio de ajustes com o uso pleno de si mesmo resolvendo as limitações das prescrições, é também o momento em que o trabalhador vive a chance de transformar suas inventividades em regras de ofício, efetivando o registro da sua identidade pelo trabalho.

Ao considerar-se que o trabalhador age por meio de ajustes com o uso de si mesmo, entende-se que sua mobilização subjetiva constitui a fonte de sua inteligência prática. Dejours, Abdoucheli & Jayet (1994) observa que o processo psíquico mobilizado na invenção, imaginação, inovação, criatividade, ajustamentos e bricolagens pode ser vinculado a uma inteligência heteronômica, inteligência astuciosa, com raízes no corpo. Para Morrone (2001):

o mecanismo de mobilização subjetiva compreende a mobilização dos impulsos afetivos e cognitivos da inteligência do trabalhador, da sua subjetividade no trabalho em busca do reconhecimento possibilitando a transformação do sofrimento, por uma operação simbólica que leva ao resgate do sentido do trabalho, em vivências de prazer (p. 22).

A inteligência astuciosa ou inteligência prática é responsável pelos ajustamentos dos processos psíquicos dos trabalhadores junto à organização do trabalho. Morrone (2001) lembra que o sentimento de medo e a ameaça de demissão podem ser causa do uso da inventividade para garantir aumento da produtividade e o relacionamento com o coletivo de trabalho. O conceito de mobilização subjetiva é central e faz parte da própria invenção do trabalho, é a exposição dos recursos da inteligência e da personalidade, “contribuição específica e insubstituível dos trabalhadores na concepção, nos ajustes e na gestão da organização do trabalho” (Dejours, 2004, p. 69).

O autor destaca que a sustentação do processo de mobilização subjetiva depende da dinâmica entre a contribuição que o sujeito oferece à organização e a retribuição recebida. Porém, o componente de retribuição que mais importa para retomada da origem da mobilização subjetiva não é a dimensão material, mas a dimensão simbólica (Dejours, 2008a).

Dejours (2007) afirma que o movimento de origem da inteligência prática desencadeia-se a partir da vivência de fracasso. Assim, é essencial para proteger a

subjetividade e ajudar nas superações do trabalho. A inteligência que o corpo adquire com a prática no trabalho aumenta cada vez mais o distanciamento do trabalhador com relação aos procedimentos prescritos. Por conta disso, apesar de a inteligência prática surgir no movimento emancipador do trabalhador, em prol do seu reconhecimento, pode ser também um motivo para a sua condenação, já que implica infração de normas.

O aspecto infrator está intimamente ligado à rigidez de controle organizacional, ao oferecimento ou não de liberdade para desenvolvimento da mobilização subjetiva plena, que acarreta meios de cooperação, de submeter-se à atividade compartilhada, na sua interpretação e realização.

Quando a organização do trabalho nega espaços públicos para exposição da inteligência prática (artimanhas e segredos), o sujeito vivencia a clandestinidade e a conseqüente invisibilidade social do seu fazer. Seu melhor será guardado dos olhos dos testemunhos sociais e somente o produto do seu fazer fica visível às avaliações da organização do trabalho. Nesse caso, nega-se o processo de registro do ser, da identidade, pelo trabalho. Trabalha-se para não ser descoberto, para mostrar apenas o produto, portanto, obtem-se a parcialidade ou a parte menos valorosa do reconhecimento do trabalho. De certo modo, ao tornar seu trabalho clandestino, o sujeito torna-se parcialmente clandestino aos testemunhos sociais e deliberadamente nega partes de si mesmo. Condições de clandestinidade criadas pela organização são preocupantes, pois o trabalho é mediador insubstituível da realização pessoal no campo social e mostra-se central na construção da identidade, na busca por saúde, na formação das relações entre homens e mulheres e na cultura (Dejours, 2007a).

Ao fazer uso pleno de si mesmo, o trabalhador revela seu segredo, desvela a si mesmo, mas reivindica a cumplicidade ou retribuição simbólica de testemunhas sociais, de colegas, de clientes, da gerência à qual atribui o papel de reconhecer seu sofrimento,

seus esforços e validar o registro da sua marca, criando coletivamente as regras da arte ou regras de ofício.

Dejours, Abdoucheli & Jayet (1994) explica que a defasagem entre organização prescrita e organização real do trabalho constitui o desafio no qual a inteligência astuciosa é o meio para criação de soluções capitalizadas pelo coletivo. Para que a inteligência astuciosa seja estabilizada e retomada pelo coletivo como meio de transmissão de regras de ofício, é necessário que o coletivo e a hierarquia reconheçam a defasagem organizacional entre prescrito e real, o reconhecimento da participação do trabalhador na concepção e execução da tarefa e o reconhecimento do sucesso da inteligência astuciosa pelo coletivo de trabalhadores.

Segundo Morrone (2001), as regras de ofício designam as maneiras de proceder que permitem alcançar os objetivos, são determinações técnicas e éticas sustentadas pelo consenso grupal e adquirem poder organizador do coletivo de trabalho. As regras de ofício trazem as marcas da inventividade que se estabilizou, fixando maneiras do fazer, regras sociais da organização do trabalho e regras lingüísticas.

Ferreira & Mendes (2003) lembram que a subjetividade no trabalho resulta das situações de trabalho e das mudanças de percepção do sujeito sobre si mesmo, sobre os outros e o próprio trabalho. Esse processo constante de subjetivação permite ao sujeito construir sentidos de prazer e/ou sofrimento para o trabalho.

O trabalho, portanto, é meio para produção de sentidos no que concerne ao social, é via de produção de subjetividade, mas dependente de acordos éticos para concessão de espaços de confiança aos desejos dos sujeitos envolvidos na organização. Nesse sentido, trabalhar é conviver.

Rossi (2008, p. 159) destaca que “nenhuma relação de trabalho é neutra na construção da saúde, visto que a qualidade das relações intersubjetivas contribui para

sua construção”. Dejours (2003, p. 62) destaca que a gestão racional da organização do trabalho depende de uma composição construída das deliberações e dos “pareceres dos diferentes grupos e coletivos de trabalho envolvidos na organização, nos métodos, na supervisão e na execução da tarefa”.

Pode-se pensar, portanto, que toda essa natureza onipresente do trabalhar explica a sua centralidade na vida do ser humano, pois implica desejar, fracassar, sentir, engajar-se, pensar, deliberar socialmente e registrar-se. Todo esse movimento de produção de subjetividade mostra-se na identidade do sujeito, como uma “metamorfose” (Ciampa, 1987).

Dejours (2008b) explica que o conhecimento do trabalho e do ofício pertence ao corpo, é adquirido e memorizado pelo corpo. O autor alerta que é preciso reconhecer, via de regra, que a inteligência profissional, a inteligência do corpo, está adiantada em relação ao seu conhecimento e ao processo de simbolização. O trabalho está fundamentalmente preso à subjetividade do trabalhador, se nutre dessa subjetividade.

A metamorfose é demonstrável no ato de trabalhar, no fazer do trabalhador. As habilidades tácitas pressentidas, memorizadas no corpo e colocadas em ação pelo corpo, nem sempre passam pelo processo de simbolização, nem sempre chegam à consciência do trabalhador, nem sempre transformam-se em verbos.

Rossi (2008, p. 143) observa que esse movimento do corpo é como uma “linguagem endereçada a outrem, como uma estratégia para busca de seu olhar para obtenção de reconhecimento pelo engajamento”.

Nas relações sociais do trabalho estão os processos intersubjetivos, o jogo social das interpretações, a gestão social que recria a atividade, o saber-fazer, os modos operatórios e as regras de ofício.

Ao ser interpretada a organização prescrita, chega-se ao real. Nesse sentido, entende-se que organização prescrita é constituída das regras, das normas, dos manuais, das leis. A organização real do trabalho é constituída do imprevisível, marcada pelas vivências de fracasso e de sofrimento diante daquilo para o qual não se tem solução prévia, que provoca o despertar criativo, os jogos de poder e a descrição subjetiva do trabalho.

A organização do trabalho é a forma como, por um lado, as tarefas são definidas, divididas e distribuídas entre os trabalhadores; por outro lado, a forma como são concebidas as prescrições; e finalmente, a forma como se operam a fiscalização, o controle, a ordem, a direção e a hierarquia (Dejours, 2007, p. 21).

Entende-se que o funcionamento da organização do trabalho tem influência direta sobre o funcionamento psíquico dos trabalhadores. Essa relação entre organização e sujeito traz a elaboração dos conteúdos materiais e simbólicos do significado que se atribui às tarefas. Também mostra o valor da ressonância entre a atividade, os desejos dos sujeitos e suas histórias de vida (Dejours, 1992/ 2005, 1993; Ferreira, 2007; Rossi, 2008).

Ferreira (2007) destaca aspectos reais e sociais da organização do trabalho:

A organização do trabalho é bastante influenciada pelas relações sociais, sujeita aos problemas de todos os dias, marcada no tempo do coletivo, dos laços sociais e da história. Está muito além da racionalidade que tenta controlar as inúmeras situações cotidianas no trabalho. Extrapola os aspectos físicos, alcança a subjetividade individual, as relações interpessoais e a sutil intersubjetividade mobilizada pelas situações de trabalho (p. 58).

Como exemplo, Rossi (2008) destaca que um trabalho repetitivo faz o sujeito confrontar-se com a solidão, leva-o à monotonia e ao tédio, pois acontece um conflito entre repetir movimentos e o funcionamento psíquico espontâneo. Nessa situação, a cadência prescrita acarreta efeitos sobre o funcionamento mental do sujeito. O que há de criativo no sujeito ou mesmo o simples pensamento durante o trabalho repetitivo torna-



se estorvo para execução da atividade, pois a organização do trabalho não permite desatenção.

Outro exemplo trazido por Rossi (2008) mostra que a organização do trabalho bancário tem responsabilidade direta na autoaceleração, na repressão pulsional, na evasão da pulsão via sensorio-motriz para manutenção do equilíbrio psíquico, na perda de autonomia subjetiva e moral, na alienação, no aparecimento de doenças somáticas (LER/ Dort), na internalização das cadências e manutenção de pensamento operatório mesmo fora do local de trabalho.

Superando o foco dado às doenças mentais e privilegiando um foco sobre as estratégias usadas para mediar o sofrimento do trabalhador, que precisa engajar-se na organização, Dejours (2004b) encontrou no conceito de normalidade outro ponto central para a sua investigação e análise da busca pela saúde.

A normalidade é o resultado do jogo social dinâmico, de contínuas negociações, que envolve o funcionamento da organização do trabalho e o funcionamento psíquico do trabalhador. O conceito de normalidade faz parte do processo dinâmico em que as relações intersubjetivas ocupam posição central, assim como as estratégias de mediação do sofrimento.

Para a psicodinâmica, a saúde psíquica no trabalho compreende um estado contínuo de conquistas e de construção que tem como pressuposto a existência de fragilidades psíquicas e somáticas e de sofrimento psíquico derivado dos conflitos intersubjetivos e intrasubjetivos dos trabalhadores com a realidade do trabalho (Morrone, 2001, p. 10).

Dejours (2007) esclarece que a saúde não existe para o conjunto da população: é antes de tudo um ideal, o desejável, ponto de referência comparado ao ideal de justiça. O ideal tem papel relevante na orientação das ações e condutas individuais para tentativa de conquista da saúde. Ressalta ainda que sequer conquista-se a saúde, o que

existe é um contentamento com um compromisso de menor brilho explicado pela normalidade.

Como analisa Mendes (2007) o comportamento saudável do trabalhador não implica ausência de sofrimento, inclui existência de recursos e possibilidades internas e externas que permitem a transformação e o reconhecimento das causas do sofrimento.

Entende-se então que a falência de recursos e possibilidades que permitam a transformação ou mediação do sofrimento é condição para o adoecimento do trabalhador. Essa falência tem origem na característica da organização do trabalho, quando não se oferece espaço que possibilite ao sujeito usar sua mobilização subjetiva e nega-se a dinâmica do reconhecimento.

Dejours, Abdoucheli & Jayet (1994) ressalta a importância de a tarefa permitir que o trabalhador canalize apropriadamente sua carga psíquica, pela exigência do emprego suficiente de atividades psíquicas, fantasmáticas e psicomotoras. A relação saudável entre sujeito e organização advém do livre funcionamento psíquico articulado dialeticamente com o conteúdo da tarefa, expresso e revigorado por ela. A possibilidade de um trabalho livremente organizado gera vias de descarga mais adaptadas às necessidades de o trabalhador constituir um meio de relaxamento ou trabalho equilibrante. Morrone (2001) analisa que:

a abordagem psicodinâmica do trabalho pressupõe um trabalhador sujeito ativo que concretiza, a partir de sua história pessoal, aspirações, desejos, motivações, necessidades psicológicas no trabalho. Um indivíduo que interpreta sua relação com o trabalho, socializa atos intersubjetivos e que reage mental, afetiva e fisicamente às situações do trabalho (p. 11).

A autora lembra ainda que o trabalho é lócus de descarga psíquica, por meio de processos sublimatórios no campo social; lócus de construção da identidade e caminho de reconhecimento por meio do fazer; e meio para alcançar satisfações

concretas e simbólicas. Essa carga psíquica expressa, para o trabalhador, a pressão atribuída pela organização do trabalho ao seu aparelho psíquico.

Quando o trabalho funciona como lócus de descarga psíquica, lócus de articulações das "necessidades e desejos psicológicos do trabalhador, torna-se fonte de gratificação psíquica, origem e fonte de prazer" (Morrone, 2001, p. 12). Em contrapartida, o sofrimento no trabalho caracteriza - se pela negação do lócus de descarga de energia psíquica, pelo acúmulo dessa energia, pela negação da gratificação dos desejos do trabalhador. As vivências de sofrimento são, portanto, o esgotamento das possibilidades de adaptação ou ajustamento da energia psíquica e bloqueio da relação subjetiva do trabalhador com o trabalho.

Morrone (2001) mostra indicadores de vivência de sofrimento encontrados por Dejours nos anos de 1980, quando ele realizou pesquisas com operários da construção civil e com telefonistas. Identificaram-se quatro sentimentos indicadores de sofrimento: a) sentimento de indignidade, de ser robotizado, de não ter imaginação, inteligência; b) sentimento de inutilidade, quando o trabalhador desconhece o significado do seu trabalho para o outro; c) sentimento de desqualificação; e d) sentimento de vivência depressiva.

Nos anos de 1990, Dejours, Abdoucheli e Jayet ampliam o conceito de sofrimento, que passa a compreender a vivência subjetiva entre a doença mental descompensada e o conforto psíquico. Além disso, destacam-se dois tipos de sofrimento, ou seja, o sofrimento criativo e o patogênico (Dejours, 1993; Morrone, 2001).

O sofrimento patogênico emerge da negação de possibilidade de adaptação ou ajuste à organização do trabalho. Entretanto, o sofrimento criativo depende do sucesso no uso de modos operatórios capazes de transformar o sofrimento em criatividade, e

consequentemente, em prazer (Dejours, 1993). O conceito de sofrimento é reformulado, novamente por Dejours, ainda nos anos de 1990, sendo acrescentada a relação com o processo de construção da identidade. Morrone (2001) observa que:

o sofrimento surge quando os investimentos do indivíduo são negados ou tratados com indiferença pelo coletivo de trabalho ou quando o confronto entre a organização prescrita do trabalho e a organização real do trabalho impede que estes investimentos sejam reconhecidos e consequentemente que a expectativa de auto-realização do trabalhador se concretize (p. 18).

Rossi (2008) destaca que prazer-sofrimento é um construto único e dialético, emerge das mediações usadas pelos trabalhadores para que possam manter a saúde e evitar sofrimento. Logo, mostra-se fundamental a análise dessas mediações, pois são recursos que criam condições de mitigar o sofrimento, resistir aos efeitos patogênicos dos riscos do trabalho, transformar e ressignificar o sofrimento como fonte de prazer.

Levando em conta estudos realizados com diversas categorias profissionais, Silva (2004) e Rossi (2008) entendem que a vivência de prazer e a saúde estariam ligadas ao reconhecimento; à valorização; experiências de gratificação, realização de atividades variadas; fazer um trabalho de boa qualidade; descentralização do processo decisório; flexibilização hierárquica; autonomia técnica sobre o processo produtivo; possibilidade de aprendizagem e crescimento profissional; participação coletiva; autonomia do trabalho e estímulo à criatividade.

Rossi (2008) ressalta que outro modo de obtenção de prazer no trabalho é por meio da ressonância simbólica, quando os desafios apresentados pela organização do trabalho “fazem eco, simbolicamente, com a curiosidade subjacente às origens do trabalhador” (p. 39). Articulam-se, então, o teatro privado da história singular do sujeito com o teatro atual do trabalho, vivencia-se prazer quando a sublimação é possível, quando a organização do trabalho, as condições e as relações de trabalho permitem a descarga do investimento pulsional.

Quanto às vivências de sofrimento, Silva (2004) lembra de indicadores como a consequência afetiva de uma contradição moral – prática; o medo físico relacionado à fragilidade do corpo; o medo moral, de não suportar a pressão e adversidade existentes na realização da tarefa e pelo julgamento dos outros; o tédio por desempenhar tarefas pouco valorizadas; a impressão de não dar conta das responsabilidades por sobrecarga de trabalho; ambivalência entre segurança, rentabilidade e qualidade; conflitos entre valores individuais e organizacionais; incerteza sobre o futuro próprio e o da organização; perda de sentido do trabalho pela não compreensão lógica das decisões; sentimento de injustiça pela falta de reconhecimento; sentimento de inatividade, inutilidade e depreciação da identidade profissional, pela sensação de que o trabalho não traz contribuições à sociedade; sentimento de culpa e vergonha pela falta de confiança e negação de problemas relacionados ao trabalho.

O autor apresenta ainda outros fatores relacionados ao sofrimento, ou seja, fatores sociodemográficos e profissionais, tais como trabalhos atípicos, pressão sobre o trabalho, execução de várias tarefas ao mesmo tempo, parcialidade do processo produtivo, submissão às exigências do público, detecção de detalhes muito finos no trabalho.

Rossi (2008) observa que a manifestação do sofrimento surge mediante vivências de ansiedade; de medo e desconfiança dos colegas; de morosidade; desengajamento na realização das tarefas; vivências de não reconhecimento dos méritos; de injustiça e iniquidade em face da remuneração recebida. Em uma visão mais ampla, a autora salienta que o sofrimento é manifesto no desaparecimento das comemorações coletivas nos locais de trabalho; na presença de tensões e conflitos entre equipes; crises e rompimento da confiança recíproca; ausência de cooperação, de solidariedade e

desencadeamento de atitudes individualistas; desorganização dos vínculos afetivos e profissionais no ambiente de trabalho.

Martins (2007) e Rossi (2008) afirmam que as estratégias de mediação defensivas são o único meio por onde o sofrimento pode ser captado, pois são elas as responsáveis pela adaptação e ajustamento do trabalhador na organização do trabalho.

Para melhor entender o papel das estratégias de mediação do sofrimento, retorna-se à pergunta: “Como fazem os trabalhadores para resistir aos ataques ao seu funcionamento psíquico provocados pelo seu trabalho?” (Dejours, 1987/ 2005). Entende-se que os caminhos para responder a essa questão passam pelas estratégias de defesa. Assim é possível clarificar a mediação do sofrimento no trabalho e a busca de prazer.

As estratégias de defesa dizem respeito ao recurso que o trabalhador usa para mediar a continuidade do trabalho submetido a pressões, “elas têm o papel importante na mediação da saúde dos trabalhadores (...)” (Rossi, 2008, p. 177).

Dejours (2003) assegura que as estratégias coletivas de defesa contribuem para a coesão do grupo, pois trabalhar é viver a experiência da pressão, viver em comum, enfrentar a resistência do real, construir o sentido do trabalho, da situação e do sofrimento. No entanto, essas mesmas estratégias coletivas de defesa, quando mobilizadas para lutar contra o medo num contexto de relações sociais de dominação, parecem estar na origem da violência e da ameaça à solidariedade no trabalho.

Segundo Martins (2007) enquanto as vivências permanecem singulares, as defesas para lidar com o sofrimento podem ser construídas pela cooperação.

As estratégias de defesa coletivas podem ter caráter conjugado, em que seriam articulados modos de racionalização e negação dentro de regras de conduta do coletivo. Elas trazem marcas de sutileza, de precariedade, de imprevisto, de alienação, de

engenhosidade, de inventividade e de sigilo. São criadas e sustentadas por acordos, por contribuições unificadas, pela coesão do coletivo no enfrentamento do sofrimento, pela estabilização psíquica do trabalhador e por dar sentido ao sofrimento no trabalho (Rossi, 2008).

Mendes (2007) esclarece que as estratégias de defesa podem ser de proteção, de adaptação e de exploração. As defesas de proteção são “modos de pensar, sentir e agir compensatórios, utilizados pelos trabalhadores” (p. 38). Caracterizam-se pela racionalização, aparecem como estratégia de defesa coletiva, em forma de evitação, eufemização da angústia, do medo e da insegurança no trabalho. Os trabalhadores atribuem justificativas simplistas às situações desagradáveis e dolorosas, reagem com aceleração dos ritmos, resignação, indiferença, passividade, conformidade e controle sobre as pessoas. Para enfrentar a sobrecarga do trabalho, buscam-se, por exemplo, atividades alternativas fora do ambiente de trabalho (Dejours, 2003). Também são caracterizadas pela construção coletiva de estratégias de resistência e por estratégias de defesa de compensação (Mendes, 2007).

As defesas de adaptação e de exploração exigem um investimento físico e sociopsíquico do trabalhador. Como esclarece Mendes (2007), a base dessas defesas é a negação do sofrimento e a submissão ao desejo da produção. A autora observa que as defesas de adaptação caracterizam-se pelo individualismo, pela resignação e autoexigência para dar conta das características da organização. Já as defesas de exploração caracterizam-se pela passividade.

As defesas de negação são operadas pelo coletivo, usadas para naturalizar vivências de sofrimento. Revelam-se em atitudes de isolamento, individualismo, desconfiança, negligenciamento dos riscos no trabalho e das adversidades (Dejours, 2003).

As estratégias de defesa coletivas ganham o molde de cada grupo de trabalhadores (Rossi, 2008). Para distintas realidades de organização do trabalho observa - se - á, portanto, a particularidade dos arranjos de estratégias de defesas construídos. Dejours (2003) ressalta, por exemplo, que estratégias defensivas como as usadas entre enfermeiras distinguem - se de todas as outras de categorias primordialmente masculinas:

Entre as enfermeiras, existe conhecimento primordial do real. A estratégia defensiva consiste em cercear esse real, ao passo que nas estratégias coletivas de defesa de cunho viril o real e seu corolário – a experiência do fracasso – são objeto de uma negação coletiva e de uma racionalização (p. 102).

Conforme Dejours (1992) e Rossi (2008), encontra-se o uso das estratégias individuais para garantir à resistência psíquica às pressões em organizações onde há o predomínio de regras, de modos operatórios, de rigidez de tempo, de separação entre as atividades intelectuais e de execução e divisão do coletivo. As estratégias de defesa individual, assim como as coletivas, são essencialmente inconscientes e são usadas para eufemização da percepção da realidade que faz sofrer (Dejours, 1999; Martins, 2007).

Como percebeu Mendes & Linhares (1996), as estratégias de defesa têm o papel de adaptar e proteger o trabalhador das pressões e favorecer o alívio do sofrimento e o equilíbrio psíquico, mas podem ter efeitos patológicos interferindo na qualidade dos serviços ou na vida fora do trabalho.

Barros & Mendes (2003) mostram que a vivência de sofrimento externada por indicadores tais como desgaste físico-mental e falta de reconhecimento pode ser enfrentada mediante estratégias defensivas de negação e controle, por exemplo.

As estratégias individuais, como a autoaceleração, surgem no repertório do trabalhador para dar conta de um equilíbrio psíquico exigido em função do trabalho que



constrange e tem efeitos deletérios sobre sua saúde. Contudo, esse tipo de estratégia pode ser explorado e expropriado pelo e para aumento da produtividade da organização.

Dejours, Abdoucheli & Jayet (1994) mostra a autoaceleração individual como vantajosa ao rendimento da organização, pois torna - se uma via para o estabelecimento da repressão pulsional, ou repressão do funcionamento psíquico e da atividade fantasmática. Logo, autoacelerar - se pode significar maiores chances de reconhecimento social, um modo de mediar o sofrimento e mostrar o seu engajamento corporal e mental. Nesse caso, os limites do próprio corpo podem ser sujeitados a uma percepção alienada que faz o trabalhador banalizar o próprio sofrimento, destacando-se o significado que o trabalho tem para o sujeito.

Entende-se, portanto, que a banalização do próprio sofrimento, assim como a centralidade do trabalho na vida do ser humano, a disciplina da fome e a servidão voluntária são bases para construção de ideologias defensivas e doenças ocupacionais (Mendes, 2007).

Quando as estratégias de defesa são tomadas pelo trabalhador como fim e não como meio para mediar seu sofrimento e continuar seu trabalho, quando o consenso vira uma ideologia dominante, criam-se ideologias defensivas, que são elaboradas no coletivo com intenção de mascarar, conter ou ocultar ansiedades mais intensas, próprias de cada grupo profissional. Tais ideologias defensivas alimentam visões estereotipadas da realidade e podem orientar as estratégias individuais (Ferreira, 2007).

A ideologia defensiva tem papel de defender as estratégias defensivas em uso, que porém estão sob ameaça. O enfrentamento dos perigos e riscos diários da atividade perde espaço para um sofrimento mais imediato, por isso o sujeito mobiliza-se diante da ameaça à efetividade da estratégia em uso (Dejours, 1993).

As estratégias de defesa, portanto, são paradoxais. Tanto representam meios de proteção ante o sofrimento e seus efeitos sobre a saúde, permitindo, como anestésico, ignorar o sofrimento e negar suas causas, quanto podem se tornar obstáculos que incapacitam o trabalhador para pensar o seu trabalho, podendo constituir um controle que impede reações e mudanças da organização do trabalho, mas possibilitando adaptar-se ao processo de precarização da organização.

Entende-se que a mobilização subjetiva do trabalhador é o meio de se constituir o trabalho coletivo, ou seja, a cooperação. A cooperação não se dá pela prescrição de espaços institucionalizados; seu caráter é de subversão das prescrições dos manuais. Entretanto, depende da confiança entre os sujeitos, depende do significado do trabalho para o sujeito, é frágil. O que alimenta a cooperação são os espaços públicos de discussão, de circulação livre da palavra, da solidariedade, da ética e da atividade deôntica (Sznalwar & Uchida, 2004).

A cooperação tem importância fundamental na validação do empenho e da contribuição de cada sujeito, no reconhecimento da inteligência prática, do engajamento e da consolidação da identidade. Tal validação vem dos julgamentos de utilidade (a partir da hierarquia e da clientela) e de beleza (entre os pares), e depende de uma condição comunicacional que passa pelas características da organização do trabalho.

Mendes (2007) analisa que cooperar pressupõe valorizar e reconhecer a marca pessoal e o esforço de cada um na realização do trabalho e participação no coletivo. Esse processo valoriza a identidade psicológica e social, reafirma referências internas e mostra que a ação do coletivo é mais do que a soma das ações individuais. O processo de cooperação como estratégia de mediação do sofrimento facilita a superação da resistência do real. Logo, facilita o alcance do prazer pela ressignificação do sofrimento, sendo condição indispensável para o comportamento saudável do trabalhador. O

reconhecimento, portanto, implica o valor acentuado dos aspectos psicossociais e da valorização mútua. O reconhecimento subverte o sofrimento, levando-o ao plano da construção da identidade, pois possibilita a autorealização (Dejours, 1999).

Martins (2007) observa que a identidade é um processo em constante construção, ocorrendo primeiramente no campo erótico, mas com lugar privilegiado no campo social do trabalho. Nesse caso o sujeito busca o reconhecimento do outro por meio do seu fazer; constitui-se uma dinâmica de troca do sofrimento, do esforço e da aplicação da engenhosidade pela gratidão e reconhecimento social. As possibilidades efetivas que a organização do trabalho oferece ao investimento do desejo de reconhecimento permitem que a relação do sujeito com seu trabalho seja mediadora da sua autorealização e da construção da sua identidade.

Uma vez perpassados conceitos importantes, destacam-se alguns estudos empíricos nos quais utilizou-se a Psicodinâmica do Trabalho como base teórica na investigação do trabalho de algumas categorias profissionais. Dessa forma ilustra-se a competência dessa abordagem teórica para análise do trabalho vivo e da ação durante o processo investigatório. Entende-se que a investigação de uma nova categoria profissional – como trabalhadores da saúde mental – traz peculiaridades do fazer no trabalho de cuidador, de um trabalho mediado pela palavra, por vínculos afetivos e outras vias terapêuticas que são inventadas no CAPS. De modo que os resultados deste estudo ajudarão a pensar avanços e corroborações para campos de pesquisa como saúde mental, saúde do trabalhador e psicologia do trabalho.

## **2.2. Pesquisas com Psicodinâmica do Trabalho no Brasil**

Em seguida aos conceitos relevantes da teoria que alicerça o presente trabalho, mostram-se alguns estudos empíricos no intuito de demonstrar um pouco do que já foi

feito em Psicodinâmica do Trabalho no Brasil, a diversidade de categorias profissionais e a natureza particular de suas respectivas organização do trabalho, vivências de prazer-sofrimento e estratégias de mediação de sofrimento.

Abrahão e Torres (2004) investigaram a influência da organização do trabalho sobre terceirizados da central de teleatendimento de um departamento de trânsito. As autoras deduzem que a configuração da demanda dos usuários exerce influência direta na qualidade do atendimento e na complexidade da atividade, que exige habilidades na comunicação, a manutenção da paciência e da cordialidade em situações críticas, além de estratégias para evitação do fracasso e da frustração diante dos atendimentos sem sucesso. As autoras analisam que “o novo taylorismo é o modelo de organização do trabalho adotado nas centrais de atendimento, a cadência é determinada por ritmos elevados e pelo controle permanente das ações” (p. 68).

Tal modelo de gestão é incongruente ao trabalho de teleatendimento, pois negligencia a complexidade das tarefas, a cooperação entre cliente e atendente e as ações mediadas por artefatos tecnológicos. Esse estudo adotou procedimentos da análise ergonômica do trabalho, utilizou observações sistemáticas, consultas a documentos da instituição, entrevistas e reuniões coletivas junto aos trabalhadores seguindo moldes da Psicodinâmica do Trabalho. Os resultados indicam uma reinterpretação da situação, atribuindo a origem do sofrimento à relação com os supervisores, desconsiderando a própria natureza do trabalho. Adotam-se estratégias operatórias como subversão de prescrições e antecipação à reformulação ou imprecisão das solicitações dos clientes. As características da atividade tornam-na desgastante, cansativa e fonte de fadiga. O alto índice de rotatividade é resultado do esgotamento de todas as tentativas de adaptação e clara estratégia de autopreservação.

Sznelwar e Uchida (2004) realizaram um estudo sobre o olhar da Psicodinâmica do Trabalho a respeito de “ser auxiliar de enfermagem” de um hospital universitário, com o objetivo de discutir a experiência vivida por esse profissional em uma determinada situação de trabalho. Utilizou-se a metodologia proposta pela Psicodinâmica do Trabalho para basear o processo desenvolvido e as questões ligadas à caracterização da demanda, ao contrato, aos encontros e finalização da intervenção. Realizaram-se cinco encontros de três horas cada, com o total de quinze participantes e forte presença feminina, “uma vez que mais de 90% da população de auxiliares de enfermagem do hospital é composto por mulheres” (p. 93).

Constatou-se que o auxiliar de enfermagem é um não-ser na organização, pela falta de reconhecimento do que o constitui no fazer de auxiliar de enfermagem. Uma vez que não encontra espaço para discussão do sofrimento vivenciado, é considerado uma mera ferramenta da cadeia de assistência ao paciente. Além do não reconhecimento do seu saber-fazer, cerceia-se a abertura a possíveis modificações, adaptações ou sugestões com relação à organização do trabalho. Evidencia-se o predomínio de questões relacionadas à vivência de sofrimento no trabalho, principalmente à maneira como o trabalho e as tarefas são organizadas. Identificou-se a negação como estratégia para mediar o sofrimento, quando esses profissionais precisam fazer de conta que dão conta da tarefa. A submissão ou papel de aceitação são valorizados, perpetuando o espaço da ameaça e do medo de punição. Outras estratégias encontradas seriam a vontade de esquecer o que passou ao sair do trabalho, dizer-se impedido da ação por conta de alguma prescrição e busca da redução do envolvimento afetivo junto ao paciente.

Figueiredo & Athayde (2005) estudaram a organização do trabalho, subjetividade e confiabilidade na atividade de mergulho profundo. Destacam a

dimensão coletiva do trabalho na atividade, o modo de organização do trabalho e seus obstáculos à coesão e consolidação dos coletivos, os componentes subjetivos implicados, os riscos à saúde mental e a segurança dos mergulhadores terceirizados na produção petrolífera *offshore*. São encontrados subsídios valiosos a partir de trabalhos anteriores, como aqueles sobre a construção civil.

Os autores entendem que a permeabilidade de saberes, ou “dependência cognitiva” que engendra alguns coletivos pode ter papel de pré-requisito para cooperação eficiente, viabilizando suporte e orientando a preparação, mobilização e disponibilidade de cada sujeito. Além do componente cognitivo envolvido no trabalho coletivo, destaca-se o investimento psíquico. Os autores observam que trabalhar significa o envolvimento do corpo e da inteligência, de modo que produz-se trabalho e a si mesmo, engendrando-se a potência de transformar sofrimento em prazer. Nos casos em que o enfraquecimento do sistema defensivo aparece como fonte de sofrimento, esse sistema social passa a ser sistema ideológico, sem valor propositivo para mudanças efetivas na realidade do trabalho. A compreensão de sistemas defensivos desse tipo evoluiu a partir da incorporação de uma determinação sócio-sexual do trabalho, da constituição de formas sexuadas defensivas que tem destaque num sistema de valores centrado na virilidade. O papel da cooperação é lembrado como via de integração das diferenças e articulação dos talentos específicos de cada um, onde se conjugam qualidades singulares e se compensa as falhas individuais. Pela cooperação permite-se detectar, corrigir, prevenir várias conseqüências prejudiciais ao processo produtivo.

Nesse estudo realizaram-se entrevistas em pequenos grupos no local de trabalho, privilegiando-se o princípio do voluntariado para participação na enquete e a restituição dentro de uma perspectiva de validação sistemática. Para o contato com o real do trabalho e elementos da atividade, por vezes desconsiderados, foram enfatizados

dialogia, as falas, os elementos pertinentes ao sentido ou à interpretação que esses sujeitos dão a situação de trabalho. Os resultados a partir da análise das falas dos mergulhadores destacam o medo e o tédio como dois componentes fundamentais do sofrimento no trabalho. A natureza do trabalho, no qual vida e morte dialogam, exige a composição de um coletivo especial, onde a coordenação tem papel decisivo na condição de articular as inteligências singulares investidas. O trabalho depende da produção coletiva de sentidos, do debate de normas em um quadro dramático de defesa contra o medo, da valorização da coragem, da curiosidade e da virilidade na produção de subjetividades. Os resultados trazem a eufemização dos riscos no trabalho, destacam um ritmo de trabalho que deveria ser regulado pelos requisitos voltados à saúde e à segurança, mas dá lugar às exigências de produtividade e metas.

O caráter corporal da inteligência mobilizada para a atividade permite que o trabalhador se invista, se recapitule e se projete para a preparação ao mergulho. A falta de condições adequadas para fazer a atividade corretamente representa possibilidade de ameaças provenientes dos julgamentos e constitui um fator importante que contribui para tornar mais frágil a economia somática. A confiança mútua é um aspecto relevante para tentativa de superar o nervosismo recorrente que antecede as operações.

Tendo em vista a impossibilidade de reverterem ou desertarem desse trabalho, observa-se que o fortalecimento da regra de ofício já incorporada no sistema defensivo torna-se decisivo para que os riscos, as condições do trabalho e o sofrimento sejam tolerados. Dentro do coletivo e diante do mosaico de armadilhas capazes de desestabilizar, a deserção do mergulhador seria como a morte do ofício, logo, a regra clara é mobilizar os brios e não dar espaço à passividade e aos recuos. Os resultados também trazem a menção ao não reconhecimento social diante do relevante papel desempenhado por esses trabalhadores, que se queixam da não regulamentação da

profissão. Os autores finalizam dizendo que a atividade de mergulho profundo na indústria petrolífera *offshore*, assim como o real de toda atividade é também o que não se faz; aquilo que se busca fazer sem conseguir são os fracassos, e aquilo que se pensou poder fazer, além do que se faz para não fazer o que está por fazer.

Moraes (2005) desenvolveu estudo sobre prazer e sofrimento no trabalho docente, com professores de ensino fundamental em processo de formação superior. Seu objetivo foi identificar as principais fontes de prazer e sofrimento psíquico do trabalho docente, com fins de indicar medidas de proteção e promoção de saúde. Participaram do estudo 33 sujeitos, utilizaram-se entrevistas individuais semiestruturadas adaptadas do método da Psicodinâmica do Trabalho. Dentre as principais fontes de sofrimento apareceram as dificuldades encontradas para alcançar o objetivo de educar, passando pelo vínculo afetivo estabelecido com os alunos e as dificuldades estruturais desse vínculo, além da condição socioeconômica da maioria dos alunos; ter que lidar com a discrepância entre o prescrito e o real da complexidade que escapa aos referenciais idealizados por uma formação “clássica” para educar; falta de tempo para organizar as aulas, decorrente da sobrecarga de atividades; violência e agressividade por parte dos alunos; dificuldades de atender a demandas da própria família.

Vivencia-se prazer quando dão sentido ao sofrimento decorrente de desgaste e investimento de tempo dedicado ao curso de pedagogia; outro modo de vivenciar prazer é pela autovalorização, como recurso ante o não reconhecimento social do valor do seu trabalho. Tal estratégia mostra-se paradoxal, à medida que favorece a adaptação do sujeito à condição de desvalorização social e não passa por uma luta coletiva para reconhecimento e valor social da sua profissão.

Sousa & Mendes (2006) apresentam estudo exploratório, no qual destacou-se o objetivo de investigar a relação entre saúde e trabalho na ocupação de catadores de



material reciclável cooperados do Distrito Federal, descrevendo o contexto de trabalho, investigando o processo de mediação e identificando riscos e danos à saúde mental desses trabalhadores. Participaram do estudo quatro catadores de material reciclável, todos associados a uma cooperativa. Utilizaram-se entrevistas individuais semi-estruturadas que seguiam um roteiro composto pelas seguintes questões:

Como é o seu trabalho? (descrição detalhada do que faz, como faz: controles, normas, ritmos, etc; conteúdo da tarefa: organização do trabalho); Como lida com as dificuldades do trabalho? (Como se engaja no trabalho: corpo, inteligência prática, criatividade, afetividade, emoções e constituição da subjetividade) (p. 28).

Nos resultados, a organização do trabalho aparece como essencialmente flexível, tendo como efeito a autoimposição de longas e extenuantes cargas de trabalho. As condições de trabalho são precárias e insalubres, sendo comuns os acidentes como cortes, perfurações e atropelamentos. Nas relações socioprofissionais entre os pares é percebido apoio, que se sustentaria mais pela condição de vulnerabilidade dos trabalhadores e menos por uma mobilização coletiva promovida pela atividade de uma organização de cooperados; além disso, identificam-se a falta de autogestão e o não fortalecimento do coletivo de trabalho. Pelas relações socioprofissionais também passa a única via de reconhecimento, que favorece a gratificação identitária. As estratégias de mediação predominantes são de defesa, a racionalização e a negação. Pelo uso da racionalização evidencia-se o esforço para valorização do trabalho e possibilidade de inclusão social e econômica. Pela negação explica-se o não reconhecimento das precárias condições de trabalho e os danos sofridos. O sentido de trabalho acaba circunscrito à possibilidade de manter-se vivo, sustentar a família, ter saúde e condições de continuar trabalhando.

Gomes, Lunardi Filho & Erdmann (2006) realizaram estudo sobre sofrimento psíquico em profissionais de uma equipe de enfermagem que trabalham em UTI. Os

participantes atuam em um ambiente considerado crítico, com grandes chances de apresentarem sofrimento psíquico ligado à complexidade das ações e ao estresse. O objetivo do estudo foi identificar os fatores que causam sofrimento psíquico aos trabalhadores. Utilizaram-se perguntas abertas acerca dos fatores relacionados ao trabalho e da causa de sofrimento. Os dados foram submetido à técnica de análise de conteúdo.

Os resultados mostram que o tempo do trabalho delimita todos os outros tempos da existência social desses sujeitos, pois o número reduzido de profissionais impõe um trabalho mais intenso. O sofrimento associa-se ao mal-estar e à sensação de trabalho inacabado, pois o aspecto tempo e número de profissionais impossibilita atenção diferenciada e completa aos pacientes. A falta de materiais e equipamentos, somada à necessidade de lutar pela obtenção de condições que viabilizem o trabalho são percebidos como extremamente desgastantes e geradores de sofrimento, além de provocar um clima de antipatia entre os profissionais e a administração dos serviços; o êxito do trabalho coletivo da equipe de UTI depende do desempenho de cada componente; logo, quando o bom desempenho de cada um não ocorre, o trabalho acaba acontecendo, mas com sofrimento e sobrecarga de trabalho e para alguns.

Os profissionais mostram-se cooperativos dentro da equipe, tentando facilitar o trabalho do colega. A rigidez da organização do trabalho, o tempo, o ritmo, os ambientes laborais, o estilo da chefia, o controle, entre outros, tudo parece rigorosamente partilhado pelos profissionais ligados à mesma ocupação. Contudo, essa organização parece comprometer a saúde mental desses trabalhadores, por gerar insatisfação e ansiedade, com repercussões nas relações interpessoais, afetando a constituição de relações espontâneas entre a equipe. A dupla jornada de trabalho pela necessidade do cuidado da família também caracteriza motivos para vivência de

sofrimento das participantes do estudo. O comparecimento nos finais de semana e feriados alimenta a sobre-carga de trabalho, sofrimento por antecipação, sentimentos de impotência, revolta e alienação diante do sistema. O trabalho com o limiar da vida e da morte, lidando com diagnósticos de doenças crônicas, degenerativas e incapacitantes é o principal responsável por danos psicossociais em muitos profissionais dessa categoria.

Martines e Chaves (2007) analisaram o sofrimento de agentes comunitários de saúde (ASC), tendo como base a quantidade e a intensidade de estímulos a que são submetidos e nos muitos recursos que deles são exigidos para concretização da vigilância à saúde no território sob sua responsabilidade. O objetivo do estudo foi analisar as vulnerabilidades e o sofrimento referido pelo ACS no cotidiano do trabalho, identificados a partir do significado de ser um agente comunitário e da percepção em torno da organização do trabalho. No método utilizou-se a hermenêutica como meio capaz de sistematizar a aproximação do fenômeno atendo-se ao sentido expreso na linguagem. Utilizou-se entrevista semi-estruturada com um grupo de doze agentes comunitários de uma Unidade Básica de Saúde (USB) do município de São Paulo-SP, no modelo de Programa de Saúde da Família (PSF). O tópico guia orientou-se em questões sobre o significado de ser ACS nessa organização do trabalho. As autoras indicam a recorrência de vivências depressivas, de angústia, de frustração e desamparo, que estão relacionadas a uma autocobrança ostensiva para atendimento e superação das expectativas reais e as idealizadas pelos próprios ACS, pela sua equipe e pela comunidade. A idéia de ser agente de mudanças ganha mais peso que as próprias características da organização do trabalho, assim como os recursos da atuação dos demais profissionais da equipe, da estrutura da Unidade, o grande número de famílias a serem atendidas e o déficit de agilidade da rede de atenção complementar do Sistema Único de Saúde (SUS).

O ACS mostra-se convicto da sua missão e ao mesmo tempo tem dificuldade para relativizar sua responsabilidade. Diante da tarefa e do real do trabalho, evidenciam-se mecanismos peculiares a esses sujeitos, com destaque para uma competição consigo mesmo, com seus limites, seus resultados, projetos, aspirações, negação da entrega ao fracasso e a frustração perante a comunidade. Seu desempenho é frequentemente confundido com a capacidade de absorção da demanda pela UBS. Sobressaem um investimento simbólico na equipe e a necessidade de ser reconhecido. Revela esgotamento das habilidades para lidar com o tempo, excesso de tarefas, críticas, dificuldade para preservar seu espaço familiar e o tempo de descanso, além da completude e a desqualificação do seu trabalho. Emergem conflitos em aspectos interpessoais e técnicos, interferindo na definição das prioridades de atuação da equipe. A carga afetiva resultante da relação entre profissional e organização do trabalho refletiu a existência e o uso de aptidões aprendidas e improvisadas, de ordem intersubjetiva, psicoafetiva e de conhecimento técnico para dar conta da tarefa.

Silva & Merlo (2007) investigaram as vivências de prazer-sofrimento de psicólogos da área de Recursos Humanos (RH) que desempenham funções em empresas privadas. Foram feitas entrevistas semiestruturadas com dez psicólogos assalariados de empresas privadas de Porto Alegre e Grande Porto Alegre. Para a análise das entrevistas foi utilizada a técnica de análise de conteúdo. Nos resultados ressalta a paixão pelo trabalho, sentimento de adequação e prazer associado a fazer o que gosta. Percepção de ajustamento, de estímulo ao dinamismo e a diversificação por parte das empresas; atuação com iniciativa, na busca de resultados objetivos e convívio com colegas de outras áreas de conhecimento. Apreciam a possibilidade de ver o desenvolvimento das pessoas e humanização nas empresas. Há reconhecimento nas intervenções, elogios ao trabalho e à forma de atendimento prestado; além disso os psicólogos são chamados a

participar das decisões da empresa. Dizem atuar conforme acreditam, o que representa um alinhamento entre valores pessoais, crenças profissionais e o respectivo espaço da prática.

Quanto às vivências de sofrimento, apontam condições que dificultam o cotidiano, como a carga excessiva de trabalho e a pressão. Esclarecem sobre a necessidade de trabalharem além das 40 horas semanais, com conseqüente esgotamento e empobrecimento das outras esferas da vida. A atividade caracteriza-se pela carga emocional, ligada às queixas de outros trabalhadores que buscam confidenciar as dificuldades no trabalho. São mencionadas somatizações associadas à carga e às pressões no trabalho, o que leva ao questionamento da estrutura rígida de algumas organizações. Por não trabalharem com dados predominantemente mensuráveis, como as demais áreas, sentem dificuldade no estabelecimento de confiança junto à organização e cria-se um movimento no sentido de tornarem-se mais objetivos e buscarem indicadores mensuráveis. Mencionam casos em que há conflitos entre as crenças pessoais e as da empresa, forçando o profissional a atuar de uma forma que não concorda, provocando a busca por novas oportunidades de emprego. Existe o uso indevido de instrumentos de avaliação psicológica, quando esses profissionais correspondem à diretriz da empresa. A necessidade de reconhecimento vem acompanhada do desafio em atender e lidar com os funcionários e o empresário. Demonstram sensação de enfraquecimento por não se perceberem como categoria profissional, o que dilui as possibilidades de conquistas coletivas.

A partir do levantamento bibliográfico trazido por esses e outros estudos, dentro do referencial teórico da Psicodinâmica do Trabalho, acredita-se que os avanços teóricos deverão passar pela peculiaridade da organização do trabalho de uma equipe de CAPS, do trabalho social de prestação de serviço, que é regida pela demanda de seus

usuários, pelos vínculos entre profissional e paciente, pela eficiência da rede pública de saúde, pelos jogos sociais dos profissionais para a interpretação do prescrito e a resolução do inusitado no real da reforma psiquiátrica brasileira. Destaca - se também as contribuições possibilitadas pelas particularidades no método constituído para esta investigação, os procedimentos de coleta e de análise dos dados.

### 3 - MÉTODO

#### **3.1. Etapas**

Para a realização da pesquisa foram percorridas as seguintes etapas:

1). Contactou-se a coordenação do CAPS para exposição da proposta de pesquisa. Formalizou-se o pedido junto ao Comitê de Ética em pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Saúde do DF, no intuito de viabilizar a implementação do estudo e uso dos dados coletados. O projeto de pesquisa foi aprovado sob o protocolo nº 267/07.

2). Expôs-se à equipe a proposta de pesquisa, em reunião no CAPS. Foram detalhados os itens: justificativa, objeto do estudo, pergunta de pesquisa, objetivos e método.

3). Solicitou-se a participação de voluntários para realização das sessões de entrevista coletiva e organizou-se o calendário das sessões.

4). Utilizou-se o termo de consentimento pós-informação, de acordo com a resolução nº 196/96 do CNS do Ministério da Saúde, e obtiveram-se as autorizações para uso dos dados das sessões de entrevista coletiva (Anexo A).

5). Obteve-se a participação voluntária de 9 dos 15 profissionais que compunham a equipe do CAPS (uma psiquiatra, dois psicólogos, três auxiliares de enfermagem, duas terapeutas ocupacionais, a coordenação do CAPS). O critério de formação do grupo de participantes foi o voluntariado, todos os profissionais de nível médio e superior dispostos a participar do estudo.

#### **3.2. Sessões de entrevista coletiva como estratégia de coleta de dados**

Antes mesmo de ser uma teoria, a pesquisa em Psicodinâmica do Trabalho destaca-se por seu caráter de ação. O momento da escuta e da fala do trabalhador é

aquele no qual se alimenta a possibilidade de reconstruir processos de subjetivação do sujeito do coletivo no coletivo.

Narrar o trabalho é condição para desvelar o sofrimento vivenciado, é possibilidade de resgate da capacidade de pensar e partilhar o mal-estar proveniente da relação entre o funcionamento psíquico do trabalhador e a organização do trabalho. Fazer a palavra circular contribui para articulação de soluções no nível intersubjetivo, pressupondo cooperação.

Como estratégia de coleta de dados foram realizadas cinco sessões de entrevista coletiva. Segundo Mendes (2007), sessões possibilitariam a criação de um espaço público de discussão sobre o trabalho e suas relações com os processos de subjetivação e a saúde do trabalhador. A autora lembra que a realização de sessão coletiva articula coleta de dados e intervenção, embora, não se trate de “psicoterapia de grupo”, mas de um modo psicopedagógico de utilizar o espaço da fala coletiva para apreender o objeto em si mesmo. Nesse caso, a postura do pesquisador é de facilitador da livre expressão da fala.

Para tanto, a meta do pesquisador é estabelecer um vínculo (*rapporŕ*) com os participantes que os ajude no debate ético dos seus posicionamentos a respeito da organização do trabalho sobre suas vivências de prazer-sofrimento.

As sessões de entrevista coletiva distinguiriam-se das entrevistas coletivas, pois não investiriam exclusivamente em demonstrar um espectro dos pontos de vista, não há preocupação de caráter amostral para recrutamento dos participantes, nem a partir de características sociodemográficas, nem de categoria específica.

Os participantes das sessões de entrevista coletiva estariam previamente juntos no trabalho e falarão juntos da organização, da tarefa comum, das estratégias compartilhadas, da comunicação, dos seus acordos, etc. Segundo Gaskell (2005, p. 82):



[...] estudos de culturas organizacionais e de grupos sociais particulares têm vantagens quando se tomam pessoas que partilham um meio social comum. Aqui o moderador provavelmente será um estranho e poderá fazer uso disto para tirar proveito. O moderador pode tomar a posição de um observador ingênuo e pedir instruções, ou pedir que lhe ensinem alguns pontos específicos. As pessoas aproveitam a oportunidade para falar sobre o papel de ensinar e na medida em que eles, individualmente e coletivamente, explicam sua situação, alguns aspectos do conhecimento tácito auto-evidente são elaborados de um modo que seria difícil de conseguir a partir de um conjunto de perguntas.

O moderador deve, portanto, ser o facilitador das discussões, não assumir nada como sendo pacífico, mas como legítimo.

Diferentemente do que se passa nas entrevistas, em sessões de entrevista coletiva não há perspectiva ou dedicação exclusiva à melhora da qualidade ou compreensão mais detalhada das respostas de cada um aos temas discutidos, pois entende-se que o movimento entre e inter-sessões valida um número ilimitado de interpelações, de versões da realidade que compõem uma só realidade.

As experiências narradas têm caráter de exclusividade a cada participante das sessões, mas emergem em um processo social que ganha nitidez durante os encontros. O pesquisador na perspectiva da Psicodinâmica do Trabalho assume uma atitude clínica onde prioriza a lógica do participante, acreditando na relação subjetiva do sujeito – participante com o seu objeto do discurso (Mendes, 2007).

As sessões de entrevista coletiva resgatariam algumas características da entrevista de grupo, como a emergência de uma sinergia pela interação social, o processo do grupo, dinâmicas de mudança de opinião e de atitude, além do envolvimento emocional (Gaskell, 2005).

Quantidade de participantes das sessões coletivas e de reuniões coletivas deve ser consideradas de acordo com os objetivos do estudo, disponibilidade dos sujeitos da pesquisa, abordagem teórica usada pelo pesquisador. Nesse sentido orienta-se à busca de referenciais sobre métodos de pesquisa qualitativa, como ocorreu no presente estudo.

As sessões de entrevista coletiva representam um momento de tornar visível o invisível das relações entre a organização do trabalho e o trabalhador. Momento de estimular o sujeito a pensar o trabalho. Ao se realizarem sessões de entrevista coletiva, as vias de uma intervenção passariam pela experiência de participação dos sujeitos em ações deliberativas, em decisões para gestão do próprio trabalho, no aumento da capacidade de colaborarem e utilizarem o saber-fazer nas soluções do dia-a-dia (Dejours, 2003). As sessões de entrevista coletiva como espaço público de discussão e intervenção permitem ao sujeito pensar a racionalidade da sua ação, debater suas estratégias coletivas, seus acordos, normas e regras de ofício.

A relação trabalhador - pesquisador é o momento disponível ao pesquisador para envolver-se no discurso do participante, na vontade de apreender os conteúdos psicológicos latentes e os manifestos, valorizar mais as vivências do que relatos de fatos. Utiliza-se “latente” na definição de Minerbo (1998, p. 54), quando:

[...] ele pode ser pensado como tudo aquilo que não está dito diretamente, abarcando todo universo que se abre quando consideramos a multiplicidade de sentidos da palavra. O ritmo, o tom, a repetição de temas, palavras que se sobressaem, certas estranhezas, silêncios, reticências, o clima emocional criado, enfim, tudo o que transpira das entrelinhas é também o latente. Melhor dizendo, o latente é tudo aquilo que pode vir a significar algo.

Mendes (2007) observa que o espaço da escuta prevê a dúvida do que é exposto, entendendo que há um discurso oficial que não deve, para o pesquisador, assumir papel de verdade na pesquisa em Psicodinâmica do Trabalho, já que tal discurso oficial favoreceria a rigidez da organização do trabalho e mostrar-se-ia indiferente aos desejos legítimos dos trabalhadores. Pressupõe-se, assim, que a seqüência de sessões de entrevista coletiva acarretaria, de alguma forma, mudanças no processo de subjetivação dos participantes, sendo decorrente particularmente de mudanças de significados e

sentidos sobre seu trabalho, seu fazer, suas realizações, seus medos, seu envolvimento com a tarefa dos colegas, seu desejo de reconhecimento, etc.

Essa via de coleta de dados buscou corroborar, portanto, para a discussão dos efeitos do confronto entre a organização do trabalho e o funcionamento psíquico dos profissionais do CAPS. Constitui-se a análise dos jogos sociais das interpretações às prescrições e às relações intersubjetivas construídas em um trabalho social de cuidados em equipe, trabalho que torna real a reforma psiquiátrica brasileira.

No presente estudo, a demanda inicial para constituição do espaço público de discussão não parte de uma solicitação dos participantes, tendo em vista que o pesquisador é quem propôs que falassem do seu trabalho. Porém ao contar com a participação voluntária dos profissionais do CAPS, buscou-se um coletivo *ad hoc* e não indivíduos isolados para falarem do trabalho.

A preparação da pesquisa esteve a cargo do pesquisador, autor deste estudo, distinguindo-se da descrição da metodologia feita por Dejours (1987/ 2005), na qual se prevê a participação de mais dois ou três pesquisadores, ou seja, um coletivo de pesquisadores. Reuniram-se informações sobre o processo de trabalho do CAPS, suas transformações no nível do programa de saúde mental do Distrito Federal, e no nível dos paradigmas da reforma psiquiátrica brasileira. Fez-se também pesquisa bibliográfica com objetivo de acessar aspectos da mutação desse trabalho, desde ações inovadoras, quando havia predomínio das instituições asilares, aos dias atuais, em que se expandem os Centros de Atenção Psicossocial por todo o Brasil.

Obteve-se o acesso ao CAPS por meio da coordenadora, que ocupou o cargo de psicóloga nessa equipe durante algum tempo. Foi-lhe entregue uma cópia da proposta de pesquisa, na qual constavam os objetivos, método e referencial teórico. Após a exposição da proposta, a coordenadora apresentou o CAPS, instalações, o

cronograma das atividades realizadas, o histórico da gestão do CAPS e todos os profissionais que ali estavam. De acordo com o modelo da metodologia em psicopatologia do trabalho constituiu-se, portanto, uma visita organizada pelo gestor/ coordenador da equipe.

Não houve, todavia, visita organizada por profissionais da equipe, o que poderia concorrer para melhor compreensão das questões ligadas aos esforços, aos perigos, às exigências, de modo a trazerem o ponto de vista de quem é coordenado, de quem executa a tarefa em equipe.

Esses passos iniciais mediaram a obtenção da base concreta que se fez necessária para compreender o que falaram os participantes no decorrer das sessões de entrevista coletiva. Realizaram-se observações assistemáticas e conversas informais junto a alguns profissionais da equipe. Nesses momentos o pesquisador acessa representações e imagens de alguns profissionais, o que favoreceu o entendimento das vivências descritas nas sessões de entrevista coletiva, como heurísticas que facilitam o entendimento das estratégias defensivas, por exemplo.

A fase de abordagem da organização do trabalho como previsto por Dejours (1987/ 2005), a dedicação para conhecer o aspecto cultural entre os profissionais e a hierarquia se deram no decorrer das sessões, com caracterizações que esses trabalhadores faziam das suas relações socioprofissionais junto à coordenação das unidades de saúde daquela Região Administrativa, também direção do hospital onde está instalado o CAPS. Observa-se que, além dos aspectos derivados das relações de poder da organização do trabalho vivenciadas pelos profissionais do CAPS, emergem nas narrativas as situações conflitantes, as negociações e ausência de negociações dos ritmos de trabalho, as críticas que acompanham os julgamentos entre os pares e as expectativas com relação ao desempenho do colega de equipe.

Todos os encontros, inclusive a reunião para apresentação da proposta de pesquisa, aconteceram em salas do CAPS que os profissionais usam para suas reuniões de equipe e de estudo de caso. Realizou-se uma reunião com os nove voluntários que compunham a equipe, ressaltando que todos os profissionais do CAPS (15) foram convidados e liberados pela coordenadora. Nessa ocasião foram entregues cópias do projeto de pesquisa para cada um dos presentes, esclarecendo os motivos que levaram o pesquisador à elaboração da proposta, e em seguida apresentaram-se os objetivos e o método a serem utilizados.

Durante a apresentação o pesquisador esclareceu que o mais importante era os comentários verbais que surgiriam a partir do tópico-guia de cada sessão. Segundo Dejours (1987/ 2005), a dedicação deve ser ao que é dito pelo sujeito, mais do que pela realidade, inspira-se, portanto, na psicanálise. O autor ressalta ainda que “todo trabalho da pesquisa trata justamente de identificar as modificações provocadas sucessivamente ao comentário inicial” (p. 144).

A escuta nas sessões de entrevista coletiva voltou-se para o que era formulado pela equipe, apesar do sujeito que enunciava, da existência de locutores, do consenso e das contradições.

O que constituiu - se como hipótese no primeiro momento é usado pelo pesquisador mais à frente, para aprofundar temas e explorar paradoxos. No decorrer da sessão o pesquisador reformulou questões oscilando entre a exploração de descrições de vivências e explicações dos participantes sobre as causas e as conseqüências dessas vivências. Começou a elaborar questões relativas a sua pergunta de pesquisa, ou seja, relações entre a organização do trabalho, as vivências de prazer-sofrimento e as estratégias de mediação do sofrimento. Para tanto, as relações e as hipóteses que se

reconstroem só foram possíveis pelas intervenções interpretativas do pesquisador submetidas às críticas dos participantes.

A cada interpretação correta proporciona-se novo material, novos temas, novas lembranças, novas vivências que refutam ou realimentam as interpretações e os entendimentos que estão sendo elaborados entre pesquisador e participantes. A construção, portanto, é coletiva. O processo de ressignificações é coletivo, compartilhado entre os membros da equipe. Não foi interesse do pesquisador uma exploração que favorecesse ao desmonte dos sistemas defensivos estruturados na equipe, como não foi parte dos objetivos desenvolver interpretações ou intervenções, durante as sessões, que provocassem a exploração do sofrimento ou qualquer tipo de dificuldade à continuidade do trabalho dessa equipe. Quanto aos movimentos de resistência à continuidade nas participações durante as sessões, houve intercorrências no serviço. Nesse sentido, Dejours (1987/ 2005) destaca:

[...] se conseguimos nos manter no plano das defesas coletivas, poderemos constatar que quase não há inconveniente quando, de uma sessão à outra, varia o grupo que participa da pesquisa, seja devido aos turnos de trabalho ou as urgências do mesmo. Em resumo, as substituições ocasionais do pessoal não prejudicam o andamento da pesquisa (p. 146).

Considera-se que no decorrer das sessões de entrevista coletiva duas vias se tocam e se suportam, ou seja, narrativas que trazem situações que são submetidas a análises e são reintegradas às narrativas. As solicitações ou questionamentos do pesquisador de como os participantes lidam com uma situação particular foram sempre reorientadas ao processo narrar - analisar – narrar. Esse processo passa a ser o motor da perlaboração nas sessões coletivas.

Tendo em vista que não se parte de uma demanda inicial da instituição, nem dos profissionais da equipe do CAPS, não foram preocupações do pesquisador aspectos como análise da solicitação ou análise da demanda e dos recursos para desenvolvimento

do projeto de pesquisa, previstos na Metodologia em Psicopatologia do Trabalho (Dejours, 1987/ 2005). Porém, o critério de um coletivo *ad hoc* fundamentou-se não em categorias como idade, sexo, status profissional, formação, tempo de serviço, privilegiou-se o critério das posições subjetivas comuns.

O material da pesquisa, que constitui o corpus apresentado nos resultados, é o que traz a subjetividade desses participantes, é a ênfase interpessoal de contradição e consenso. São os comentários de finalidade explicativa, de enunciação, como via dos conteúdos latente, de convencimento e de informar como “o coletivo estrutura a sua relação com o trabalho” (Dejours, 1987/ 2005, p. 149). Buscou-se constituir o material da pesquisa não com a descrição operatória em relação ao comentário, ou um recenseamento de riscos que se observa. Elaborou - se esse material com o que há da dimensão subjetiva das vivências dos riscos, percepções da organização prescrita, significados que os objetivos do CAPS têm para os profissionais da equipe.

Comentários do pesquisador foram anotados ao final de cada sessão no intuito de desenvolver a observação clínica subjetiva do pesquisador, que na visão de Dejours (1987/ 2005) facilita a análise das descrições que acontecem nas narrativas durante as sessões. O autor observa que o sofrimento, o prazer, a vivência, o afeto e a dimensão subjetiva só podem ser captados, apreendidos pela subjetividade do pesquisador que conduz as sessões coletivas, uma vez que

A observação clínica não tem nada a ver com um resumo ou uma decodificação de fitas gravadas. Em psicopatologia do trabalho, a experiência mostra que o texto literal do que foi dito não nos permite um trabalho muito rico de interpretação, nem de discussão. Muito pelo contrário, o resumo comentado de um pesquisador é muito mais interessante para uma discussão. Na verdade trata-se de fazerem aparecer idéias e comentários, as interpretações formuladas na mesma seqüência daquela que não o foram, e que são provenientes do pesquisador que redige a observação. É um trabalho que consiste em evidenciar, explicitar o caminho tomado pelo pensamento do pesquisador, durante a pesquisa e o contato com os trabalhadores (p. 153).

Esses comentários são trazidos de modo sintético, no capítulo dos resultados, logo após a apresentação de cada item que responde aos objetivos do estudo. Como não houve coletivo de pesquisadores para discussão das observações clínicas, o estudo limitou-se ao não contemplar outras argumentações, contestações, interpretações. Porém, a validação ou refutação junto aos participantes fluiu em um processo contínuo, durante as sessões e entre as sessões.

A partir da segunda sessão de entrevista coletiva, o primeiro objetivo do pesquisador foi retomar heurísticas elaboradas a partir da sessão anterior, assim como questionar sobre o que os participantes pensaram ou elaboraram a partir daquela ocasião. O pesquisador retornou ao CAPS após as cinco sessões de entrevista coletiva para entrega, leitura e discussão do relatório parcial, que serviu para uma validação sob olhar críticos dos participantes, não havendo, porém, retorno por parte dos profissionais no sentido de refutações e complementações do conteúdo exposto. A síntese dos resultados e interpretações foram submetidas a um juiz, com objetivo de constituir “refutações a nível estritamente científico” (Dejours, 1987/ 2005, p. 157).

Por fim, este método, ao privilegiar a palavra como mediador das relações intersubjetivas, como ato de pensar, possibilitou aos participantes pensarem sua “situação em relação ao trabalho, as conseqüências dessa relação na vida fora do trabalho e na vida em geral, ou seja, mergulhar na dialética ator - sujeito” (Dejours, 1987/ 2005, p. 158).

### **3.3. Caracterização dos participantes e do CAPS**

O estudo foi desenvolvido com profissionais com formação de nível médio e superior de um CAPS II implantado no Distrito Federal. Disponibiliza atendimento



humanizado e interdisciplinar aos usuários de sua Região Administrativa, cidades vizinhas, outras cidades do Distrito Federal e entorno.

Este é um serviço aberto e substitutivo em saúde mental, obedece aos princípios da reforma psiquiátrica e de desinstitucionalização, e tem por objetivo dar suporte terapêutico aos portadores de transtornos mentais e a seus familiares, preconizando a reabilitação psicossocial mediante valores como o respeito e recontextualização das suas diferenças, inclusão social, preservação de sua identidade e cidadania.

O território de cobertura do CAPS ocupa uma área de 853,33 Km<sup>2</sup> que em 2006 possuía cerca de 63 mil habitantes. Esse território está na região administrativa, onde existe elevado número de condomínios e vários núcleos rurais pertencentes a outras regiões administrativas. Sua principal atividade econômica é o comércio. Essa região administrativa é grande produtora agrícola e sua rede de saúde é constituída por um Hospital Regional, Centros de Saúde e um Centro de Atenção Psicossocial, assim como a cobertura das equipes do Programa Família Saudável. No período da pesquisa, tais instituições ainda não estavam completamente integradas, sendo esse um dos objetivos da gestão do CAPS.

Houve oscilação no número de participantes no decorrer das cinco sessões de entrevista coletiva, de 9 para 2 participantes, ocasionado também pela necessidade de alguns profissionais terem que dar conta de tarefas pendentes, terem outros compromissos no horário da sessão, ou por opção de não querer continuar comparecendo aos encontros.

### **3.4 Tópico-guia**

O pesquisador abre a primeira sessão de entrevista coletiva esclarecendo que naquele momento haveria espaço apropriado para os profissionais falarem de si mesmos no CAPS, sem restrições quanto à presença de pacientes, sem as restrições das reuniões para estudos de casos ou discussões técnicas. Aquele era o momento para cotnarem de suas vivências no trabalho, do que sentem ao realizá-lo, do que pensam sobre ele. Após essas explicações, estabeleceu-se o contrato de sigilo junto aos participantes e a exploração do tópico-guia da primeira sessão.

Vale destacar que no desenvolvimento do tópico-guia, durante as sessões houve intervenções do pesquisador, através de técnicas como reflexão, questionamento, *reframing* e clarificação (Craig, 1991), com a intenção de aprofundar assuntos citados anteriormente. O primeiro objetivo a partir da segunda sessão foi verificar as repercussões da sessão anterior. Solicitava-se aos presentes que falassem o que pensaram a partir dali, se foram para casa lembrando algum assunto abordado e como foi a semana a partir daquela discussão.

Utilizou-se gravador para registrar as falas dos participantes.

Apresentam-se, em seguida, o objetivo de cada sessão e o tópico-guia para a condução da sessão.

#### Primeira sessão

A primeira sessão de entrevista coletiva teve o objetivo de iniciar a discussão do “fazer” desses profissionais. Como tópico-guia o pesquisador levou duas questões: 1) O que você faz? 2) Faça comentários sobre o seu fazer? Após cada participante falar do seu fazer, os demais começavam a tecer comentários sobre o “fazer” do colega.

### Segunda sessão

O objetivo dessa sessão de entrevista foi abordar as condições de trabalho, levando em conta tudo o que fora apresentado no primeiro encontro, como a estrutura inapropriada onde o CAPS está instalado e a carência de infra - estrutura para realizarem atividades. Foram tópicos - guias: 1) Falem sobre suas condições de trabalho; 2) Falem sobre a segurança em relação aos casos de crise de pacientes dentro de um “serviço de portas abertas”; 3) Vocês se sentem seguros no trabalho, há condições que garantam essa segurança?

### Terceira sessão

O pesquisador relembra que nas sessões anteriores os profissionais falaram do trabalho e suas várias dimensões, começando com o que fazem no CAPS e comentários desse fazer. Ressalta que houve narrativas sobre dificuldades para fazerem o trabalho.

O segundo objetivo dessa sessão é abordar as relações socioprofissionais diante da resolução de problemas. O tópico-guia da sessão foi: 1) Falem sobre a divisão de tarefas; 2) Como resolvem problemas por meio do coletivo?

### Quarta sessão

O pesquisador faz comentários sobre objetivos da instituição, do CAPS como uma instituição. Faz menção sobre o *Manual de CAPS* (Rabelo, 2006), que é um material de orientação teórica e técnica, e lhe foi cedido pela coordenadora do CAPS, na data em que a proposta do estudo foi apresentada pela primeira vez. O segundo objetivo dessa sessão de entrevista foi abordar o que os objetivos institucionais do CAPS significavam para esses profissionais. O pesquisador observa que são objetivos

institucionais que dependem do fazer de cada um, não se trata de uma questão de representarem a instituição como antimanicomial ou como antiasilar.

O tópico - guia foi: 1) O que os objetivos institucionais do CAPS significam para vocês? 2) Como fazem para alcançá-los?

#### Quinta sessão

O segundo objetivo da sessão de entrevista foi abordarem as tarefas que consideram mais difíceis e aquelas que mais gostam de executar no CAPS. O tópico - guia dessa sessão foi: 1) Falem da execução de tarefas que consideram difíceis e como a tarefa se desdobra; 2) Falem da tarefa pela qual se realizam; 3) Como é a participação nessa atividade e o que ela demanda de tempo e energia?

### **3.5. Apresentação do relatório parcial do estudo**

Realizou-se a apresentação do relatório parcial, após transcrição, leitura das sessões de entrevista coletiva e constituição de categorias. Nesse dia os profissionais da equipe se reúnem para discussão de casos e organização dos seus trabalhos. O pesquisador entregou cópias do relatório a todos os presentes e realizou-se a leitura, juntamente com os profissionais presentes. A intenção do pesquisador foi abrir o diálogo numa perspectiva de validação de tudo que fora produzido até aquele momento, além de discutirem alguns pontos do relatório. Foram deixados o telefone e o *e-mail* de contato do pesquisador para darem continuidade às discussões do relatório.

### **3.6. Análise dos dados**

- 1) Transcrição das sessões de entrevista coletiva.
- 2) Leitura das sessões.

3)Discussão preliminar das sessões com um juiz (orientadora). Não houve coletivo de pesquisa.

4)Foram estabelecidas três categorias a priori - Organização do trabalho; vivências de prazer - sofrimento; e estratégias de mediação do sofrimento. Essa técnica foi inspirada em Bardin (1974).

5)Síntese de cada sessão.

6)Identificações de narrativas que se associam às categorias previamente definidas.

7)Descrição detalhada das falas que constituem as categorias, seguindo a ordem em que foram verbalizadas durante a sessão e entre as sessões.

## 4 - RESULTADOS

São apresentados respectivamente 1) as sinopses das cinco sessões de entrevista; 2) todo o conteúdo no qual identificam-se as descrições das características da organização do trabalho, as vivências de prazer-sofrimento e as estratégias de mediação, estando a seqüência das falas em termos cronológicos das sessões; 3) destacam-se comentários preliminares do pesquisador.

### **4.1. Sinopse das Sessões**

Durante as sessões coletivas o desenrolar das narrativas ajuda a dar sentido à natureza da organização. Nas falas de cada participante surgem os constrangimentos a que são submetidos, as vivências, a mobilização, os momentos do jogo social e o modo de existir nisso tudo.

Sinopse da sessão um (participantes - psicólogos 1 e 2, auxiliares de enfermagem 1, 2 e 3, terapeuta ocupacional 1, médico 1): os participantes falam do convívio interdisciplinar, da confiança necessária entre os membros da equipe. Abordam a legitimidade dos julgamentos vindos do hospital, onde estão instalados; relatam o valor da participação dos pacientes que ajudam na arrecadação de dinheiro para compra de material para as oficinas terapêuticas; comentam o trabalho dos auxiliares de enfermagem e as atividades que não estariam dentro do prescrito a esses profissionais; analisam as atribuições da equipe multiprofissional, da não cooperação dos profissionais de outros serviços, da falta de referência teórica e técnica em saúde mental às profissões que compõem a equipe do CAPS; remetem à insatisfação em fazer menos do que poderiam fazer; apontam o comprometimento do colega de equipe e a precarização dos contratos de trabalho; dizem de quando o trabalho perde sentido, da

sobrecarga, de conjugar a competência com a organização prescrita, do espaço para idealizarem e implementarem atividades; destacam a paixão pela proposta do serviço, o reconhecimento que vem dos pacientes e de colegas de fora do CAPS.

Sinopse da sessão dois (participantes - psicólogos 1 e 2, auxiliares de enfermagem 1 e 2, terapeuta ocupacional 2, médico 1, coordenação 1): os participantes falam dos efeitos do tempo que facilitam o trabalho no CAPS, da dificuldade de pôr em prática o novo paradigma ao serviço de cuidado em saúde mental; lembram que possuem uma coordenação/ gerência com plasticidade; ressentem-se do não reconhecimento e da intromissão por parte do gestor da regional de saúde, também diretor do hospital onde estão instalados; comentam a participação nas políticas que interferem na clínica do CAPS, falam de sobrecarga, do trabalho sob críticas e das estratégias de mediação; descrevem aspectos das condições de trabalho, os efeitos da falta de equipamentos, de recursos e de segurança; abordam o convívio com os pacientes, casos de crise, das estratégias que os resguardam nessas horas e comentam o trabalho intersetorial.

Sinopse da sessão três (participantes - psicólogos 1 e 2, auxiliares de enfermagem 1, médico 1, coordenação 1): os participantes falam da comunicação entre os membros da equipe, sobre discutirem as suas atuações no espaço público da palavra e sobre a confiança profissional no colega; discorrem sobre trabalho em equipe e em ter que seguir alguns prescritos; o usuário como objeto intermediário e a carga afetiva que acompanha o conteúdo das suas conversas durante as reuniões; lembram do cumprimento de horário, da desigualdade na divisão das tarefas e do papel da coordenação/ gerente do CAPS.

Sinopse da sessão quatro (participantes - auxiliares de enfermagem 1 e 2, terapeuta ocupacional 2): os participantes falam do envolvimento no trabalho do colega,

do começo da equipe do CAPS e do quanto o trabalho em equipe tornou-se complexo; abordam os reflexos do tempo nas relações profissionais, as reuniões e deliberações, a falta de protocolo e apontam também a necessidade de conhecer o modo do colega trabalhar; dizem da participação dos pacientes e familiares nas assembléias do CAPS, do curso de terapia comunitária, dos novos parceiros de outros serviços da rede; comentam suas estratégias coletivas para atividades extra - CAPS, a relação da equipe com a direção do hospital onde estão instalados; falam das relações intersetoriais, das negociações que precisam estabelecer com o hospital e com os policiais que levam detentos para serem atendidos no CAPS; lembram da amplitude da organização real do trabalho.

Sinopse da sessão cinco (participantes - auxiliares de enfermagem 1 e 2): destacam-se as ações em relação aos colegas de equipe do CAPS e discute-se a amplitude do trabalho de auxiliar de enfermagem no serviço aberto de saúde mental. Falam da equipe de enfermagem, trazem os arranjos dentro desse coletivo, as vivências de prazer e as mudanças que o “trabalhar” opera no modo de ser do sujeito.

## **4.2. Categorias**

Apresentam-se a seguir as categorias que trazem as descrições das características da organização do trabalho, das vivências de prazer - sofrimento e das estratégias de mediação, expondo a seqüência das falas em termos cronológicos nas e das sessões.

### **4.2.1. A organização do trabalho do CAPS**

Na primeira sessão, contam que no início da equipe havia dificuldades para pedir ajuda aos colegas, já que para dizer do que se vivencia no trabalho é necessário ter



confiança, e a dificuldade para ouvir e falar complica o trabalho. A falta de prescritos aparece como problema, mas as exigências de fora do CAPS não caracterizam uma prescrição, sendo onde se evidenciam as relações de poder que perpassam a rede de atenção à saúde. Questionam a legitimidade dos julgamentos vindos do hospital e acreditam que o reconhecimento vem pelo trabalho:

“[...] eu acho que às vezes eu não tenho que discutir se o CAPS é bom, eu tenho que fazer e mostrar e aí falar olha, veja aqui o trabalho da gente e partir daí conquistar um espaço”.

Sugerem que mudanças da coordenação do CAPS podem delimitar melhor a organização prescrita e tornar essas relações de poder menos prejudiciais. Destacam que é preciso uma ordem ou uma prescrição para trabalhar, para dar conta das dificuldades, pois o CAPS tem a peculiaridade de as coisas irem acontecendo. Outra característica da organização do trabalho está no valor da participação do paciente, da sua colaboração nas atividades propostas, para que o profissional dê conta da sua tarefa:

“[...] vende uma rifa um mês, no outro mês de novo, para reverter mesmo em material para oficinas”.

Há uma dependência da ajuda dos pacientes para arrecadarem dinheiro em função da falta de material para as atividades terapêuticas:

“[...] a gente tem que se virar e conseguir doações de televisão para fazer rifa e se virar mesmo como pode, né? E às vezes até acaba sobrecarregando os pacientes”.

O trabalho do auxiliar de enfermagem é amplo, com visitas domiciliares, acompanhamento de paciente em consultas no hospital e nos casos de emergência, verificação de pressão arterial, medicação e organização de atividades. Os auxiliares de enfermagem atendem na recepção, buscando maior proximidade junto aos usuários, tentando fazer com que a população não saia do CAPS com a informação errada. Porém, estar na recepção, além de outras atividades, como fazer serviços administrativos e distribuir dieta não é o prescrito aos auxiliares de enfermagem:

“[...] na recepção, a gente faz o nosso serviço também, um serviço que seria da enfermagem, entre aspas”.

Essa organização do trabalho no âmbito das divisões de tarefas faz com que os profissionais percam tempo ao ficarem preenchendo papel e trabalhando com estatísticas. Entre suas atribuições, a equipe multiprofissional precisa ir até a comunidade fazer rede (contatos), fazer articulações com profissionais em outros serviços.

Queixam-se da falta de reconhecimento e da intromissão por parte do atual gestor da regional de saúde a que pertencem. Não recebem ajuda, mas ordens que desrespeitam o trabalho deles e toda essa relação de poder deixou - os persecutórios:

“[...] a gente realmente não é reconhecido, só é contado os nossos erros, então amanhã se acontecer um negócio desses, você já vai pensando”.

Lembram o desinteresse e a falta de seriedade com que são tratados e como o serviço é encarado dentro da rede. Estendem as críticas aos demais gestores que passaram pela direção da regional, alguns deles já foram convidados a conhecer o CAPS, no intuito de ver de perto e não julgarem o trabalho a partir de uma visão hospitalar:

“[...] foi convidada e ela deixou claro que não viria porque ela tinha medo do que os pacientes podiam fazer com ela”.

Apesar de a equipe não dar conta de investir no “aparentar” do seu trabalho, recordam que estando dentro de um sistema terão de pensar se começam a fazer as coisas como devem ser, ou como devem aparecer. Para serem julgados maravilhosos, terão que atender às cobranças, não precisarão fazer um bom trabalho. Ao reduzir o intervalo entre consultas o médico fica sobrecarregado, sem tempo para intercorrências e sem paciência. Sobre as condições do trabalho, apontam problemas da estrutura do

prédio e as repercussões nas vivências dos profissionais, o medo de acidentes dentro do banheiro, onde o acabamento está caindo, com o local interditado:

“[...] o banheiro das mulheres está interditado e o dos homens eu achei que não estava e tentei abrir, estava fechado, eu bati, não respondia e aí eu fui ficando com medo de ter alguém lá dentro do banheiro e ter acontecido alguma coisa”.

Usam uma estrutura que foi projetada para o funcionamento da creche dos filhos dos funcionários do hospital, o que acarreta à população do CAPS estar em um espaço que não foi imaginado para esse serviço. Relatam o incomodo de ter que usar dois grandes banheiros adaptados para crianças, além dos problemas na instalação hidráulica e a preocupação por atenderem os pacientes em salas com portas inadequadas e grandes janelas de vidro à meia altura:

“[...] então quer dizer, tem que usar aquele banheiro, aquele diabo daquele banheiro que ainda tem que enfiar um balde lá para dar descarga, que não dá descarga”.

Queixam-se da carga de trabalho que às vezes é levado para terminar em casa, da falta de estrutura que os leva a um retrabalho, problemas que seriam resolvidos se tivessem internet e os formulários para registrar seus procedimentos. A falta de recursos e de segurança permitir que algumas coisas fossem roubadas dentro do CAPS, de modo que atividades de horta ou leitura não acontecem pela falta de sementes e pelo esvaziamento de livros na estante:

“[...] Para você ter noção a gente tinha comprado um monte de semente para horta, agora eu acho que eu vou ter que parar minha oficina porque eu não vou comprar do meu dinheiro, nem tenho dinheiro para pagar as minhas contas, não vou e nem tenho dinheiro aqui no CAPS para pagar, para comprar mais sementes, cadê as sementes?”.

Contextualizam o paciente a partir dos seus respectivos lugares sociais para pensarem o convívio dentro do CAPS. Dizem que é preciso se impor, fazer cara feia, falar mais alto, pedir paciência ao paciente, mas na maior parte das vezes o trato com educação resolve. Lembram que a segurança da equipe está na crença do diálogo apaziguador, e finalizam dizendo que tanto os pacientes quanto os profissionais não

vêm o CAPS como um local tão perigoso, já que o lugar de doido é na internação. A equipe comenta que não se sente segura a partir da presença dos guardas que estão na portaria, relatam que vários pacientes já saíram sem que houvesse a menor intervenção, que também são terceirizados e acabam não envolvidos no trabalho:

“[...] os guardinhas, eu acho que é a mesma coisa de nada, para mim, é a mesma coisa de nada. Porque vários pacientes já saíram e eles nem viram, e a gente tem que correr atrás”.

Observam que a segurança real não existe, exemplificam contando que certa vez um paciente foi armado para o CAPS, sem que soubessem. A regra de não restringir acessos ao serviço provoca apreensão nos outros pacientes e nervosismo no profissional:

“[...] Os próprios pacientes já têm medo, a escolta vinha acompanhando o paciente, os outros já ficavam com medo. Eles já sabem que aquele já tem uma segurança assim. Então o que é que aconteceu com ele? O que ele fez para estar aqui?”.

Destacam a divisão desigual das tarefas, uma organização do trabalho que suscita questionamentos sobre as obrigações que criam mais rigidez para uns e menos para outros no cumprimento dos horários:

“[...] eu consigo entender um pouco, quando a gente faz divisões de papéis, as coisas, nem todo mundo aqui tem as mesmas obrigações mesmo, isso foi levantado por alguém também, nessa lavagem de roupa, faz um pouco de sentido.”.

Alivia-se ao diminuir o tamanho desses problemas, contudo, a distribuição das obrigações e a rigidez para cumprimento de horário precisam estar em ressonância com o discurso de não-hierarquia. Se todos têm o mesmo poder da médica, ela não pode ter preferência, mas ela tem um status diferente e cabe à equipe lidar com essa realidade. O papel da coordenação do CAPS aparece deficitário aos olhos de alguns membros da equipe, pensam que falta uma participação de mediadora para facilitar a cooperação. A coordenadora que migrou de técnica da equipe para gestora do serviço entende o contexto, não está lá para controlar e às vezes entra na bagunça, mas investe na

participação voluntária dos membros da equipe, o que para alguns é positivo e para outros atrapalha:

“[...] Da falta de hierarquia, a coordenadora não assume também, às vezes ela assume, às vezes não, mas esse negócio, às vezes ela não quer assumir esse negócio de mediar”.

Afirmam que a falta de um protocolo atrapalha os objetivos, que existe individualismo na forma de agir, acrescentando que os auxiliares de enfermagem realizam a mesma tarefa de modos diferentes e que muitas vezes não conhecem o modo do colega trabalhar. Destacam a relação da equipe do CAPS com a direção do hospital onde estão instalados e acabam subordinados, pois essa direção também é gestora da regional a que o CAPS pertence. Do hospital já escutaram que não fazem nada e questionamentos sobre a utilidade do serviço. Criou-se uma rixa com o hospital, não conseguem estabelecer uma rede entre os dois serviços, são mágoas que existem entre eles e o hospital. A cerca dos policiais que levam os detentos para serem atendidos no CAPS, também há diferença e interferência nos modos de trabalhar. Nessas relações intersetoriais a equipe do CAPS não consegue meios para abrir negociações, ou ela perde, ou os profissionais do outro serviço perdem:

“[...] às vezes a gente quer que só eles se adequem à gente, a gente não quer se adequar a nenhum”.

Na quinta sessão os entrevistados ressaltam que a grande dificuldade, vem do fato de o trabalho deles ser pioneiro. Por conta disso, a literatura na área de saúde mental sobre os CAPS é muito deficitária. Isso gera nos trabalhadores o sentimento de que estão fazendo um serviço diferente do que está dentro de sua área – auxiliar de enfermagem, uma vez que tanto suas formações quanto suas experiências profissionais anteriores são mais hospitalares. O profissional não sabe até que ponto está saindo da profissão, até que ponto está dentro, não há limites traçados:

“[...] No começo eu tinha muita confusão, muita confusão mesmo. Na época... Tinha alguns pacientes que reclamavam, a gente estava meio que extrapolando, a gente não estava sendo tão técnico em alguns momentos”.

O papel do CAPS na rede pública de saúde ainda não está claro, a falta de informação sobre o trabalho, tanto pelos próprios profissionais como por outras instituições e pela comunidade é relatada como prejudicial ao serviço, já que tarefas de reencaminhamento de pacientes demandam tempo dos funcionários. A situação da rede de atenção em saúde é agravada pelo descaso de alguns profissionais que não se esforçam para atender à demanda do paciente, preocupando - se apenas em “passar a bola”. Há sobrecarga de trabalho, a organização do trabalho carece de profissionais e faz com que os funcionários atendam um número de pacientes superior ao ideal, ou seja, atuam no limite, o que se agrava quando um colega falta. Além disso, ressaltam as dificuldades em decorrência do quadro incompleto de profissionais essenciais ao serviço, como médico clínico e assistente social:

“[...] Então o serviço público trabalha nesse limite, sempre com poucos funcionários e parece que já se tornou uma rotina no serviço público”.

Apontam que outra dificuldade decorre de as pessoas ouvirem o que eles têm a dizer. O fato de serem profissionais de nível médio traz esse problema, uma vez que o saber técnico fala mais alto. Observam que estar na recepção é a tarefa mais complicada de se executar, pois envolve um saber técnico que não é de sua área de formação – auxiliar de enfermagem - e faz com que se sintam cada vez mais distantes do que se propuseram a realizar quando entraram no CAPS. A maior dificuldade é fazer coisas que estão fora do que aprenderam. Contam que a recepção é “barra pesada”, mas que os colegas se ajudam e ao mesmo tempo os respeitam mais, por saberem das dificuldades inerentes a essa tarefa. Descrevem que sempre existe uma divisão do trabalho centrada em duas equipes e que durante certo período houve uma perda de vínculos entre eles, o

que atualmente está sendo reconstruído. Esses participantes consideram que as férias de alguns colegas contribuíram para aproximação de outros e possibilitaram a reconstrução dos vínculos e o fortalecimento da equipe. Apesar de alguns funcionários demonstrarem certas dificuldades em entender como irão realizar o trabalho em equipe, consideram-no saudável ao serviço, bem como prazeroso. Ou seja, o trabalho em equipe permite a rapidez e eficácia do serviço, pois quando é necessário substituição entre eles, não se perde tempo explicando o teor da tarefa ao colega, o que agiliza o atendimento:

“[...] a gente fala ‘estamos saindo’, eu não preciso falar o que o outro vai fazer por mim, ele já sabe o que ele precisa fazer ali, a postura dele ali para cobrir o meu lugar”.

O trabalho em equipe também contribui para a autoestima dos sujeitos. Essas relações entre os pares é justificativa para não sair do CAPS, acredita-se não poder vivenciá-las em outro trabalho. Aguarda-se que quando alguns colegas voltarem de férias, a equipe vai se fortalecer, ver o que fizeram e o que não fizeram, criar relações novas. Os participantes observam que a aproximação entre profissionais e pacientes proporciona mudanças positivas em suas vidas:

“[...] E eu nem tinha nome para o que eu fazia e ela (a paciente) trouxe para a amizade mesmo”.

No entanto, a mesma relação de proximidade gera insegurança quando os funcionários entendem a amizade se confundindo com o aspecto profissional. Relatam que o trabalho no CAPS é espaço bastante aberto tanto para esse tipo de proximidade quanto para a distância:

“[...] É um contato muito mais próximo do que eu tinha quando estava no hospital. Porque no hospital você cuidava do paciente no leito, evitava conversar, você não ficava tão exposto, né? E aqui é muito assim mesmo”.

## **Comentários sobre a organização do trabalho**

Quanto à organização do trabalho, identifica-se que em sua dimensão social, de troca de saberes, na interpretação da organização prescrita o reconhecimento entre os profissionais passa pelo ensinamento durante o convívio interdisciplinar. Uma característica de relevo da organização real do trabalho do CAPS é sua condição de ganhar a amplitude de toda rede intersetorial onde o paciente precisa ser atendido. Outro fator da organização do trabalho do CAPS caracteriza o serviço de portas abertas ao atendimento regionalizado da comunidade. Como serviço público de saúde mental, cabe-lhe a tarefa de atender pessoas que estão sob a tutela da justiça e vão ao CAPS escoltados por policiais, sendo esse outro aspecto relevante para caracterização da organização e ponto interessante para ser discutido.

Percebe-se, portanto, que fazer a reforma psiquiátrica de acordo com os parâmetros do SUS, em um trabalho intersetorial, sem restringir acessos ao serviço, provoca apreensão nos outros pacientes, vai além do prescrito e gera sofrimento no profissional. A desigualdade na distribuição de tarefas na organização do trabalho interfere na forma como eles se vêem, cria uma cisma grande onde se pode inferir vivências de sofrimento. Para uns a estratégia é a racionalização dessa questão, como o melhor modo de mediar o sofrimento. A dimensão social passa pelas relações de poder, em que se privilegia o médico, e assim ataca de modo silencioso o paradigma antimanicomial e a legitimação do reconhecimento simbólico que todos desejam dentro da equipe. Relatam episódios de um trabalho social fragmentado, no qual falta compartilharem regras de ofício e envolverem-se no trabalho do colega, por isso não fazem o atendimento integral do paciente. A amplitude da organização real do trabalho solicita estratégias coletivas - políticas, correspondendo aos novos desafios colocados



pela reforma psiquiátrica brasileira, com isso, os sujeitos mostram a invenção do trabalho em saúde mental e a limitação de prescrições.

#### **4.2.2. Vivências de prazer-sofrimento**

Ressaltam que a quantidade de pacientes para atendimento e a não cooperação de profissionais dos outros serviços complica o trabalho no CAPS, contribuindo para aparecimento das falhas que interferem na qualidade do serviço, exigindo maior esforço para darem conta de atender à demanda crescente. Lembram também da falta de referência da profissão:

“[...] outra coisa também eu tenho dificuldade é a falta de referência dentro da área de enfermagem, a enfermagem na saúde mental, no novo modelo assistencial que é o CAPS. E no modelo antigo, manicomial, a enfermagem se encaixou bem na parte do carrasco, na parte de humanizar a violência. Era isso que a enfermagem fazia, humanizar a violência.”

A necessidade de ter que inventar o trabalho deixa - os perdidos e uns acabam estigmatizados por não conseguirem sair da posição em que se encontram. As vivências de sofrimento parecem vir da insatisfação em fazer menos do que poderiam, vêm da falta de opção para escolher tarefas e a maneira de realizá-las. Além de destacarem a obrigação de fazerem trabalho administrativo, também evocam que o sofrimento vem da sensação de sentir-se incapaz de realizar atividades como diagnosticar sinais durante o acolhimento na recepção, encaminhar o paciente, trabalhar com retorno e com pessoas egressas de internação:

“[...] entrei na saúde mental e no CAPS de pará-quebras, não esperava... a minha formação acho que como técnico em enfermagem também foi bem debilitada em relação à saúde mental, não foi priorizada, então eu tenho até hoje muita dificuldade ainda em diagnosticar sinais e sintomas, no acolhimento, na recepção mesmo aonde eu fico”.

Os profissionais comentam que nunca atenderam a tanta gente, que estão sobrecarregados e cansados. Relatam uma falta de sentido do trabalho que é acompanhada pela sensação da perda de autonomia, já que a direção da regional deseja impor uma forma de fazer eticamente questionável dentro da idéia da reforma

psiquiátrica. Mas para alguns ainda falta conjugar a competência com a organização prescrita, como o profissional que adora trabalhar com famílias e poderia criar suas próprias alternativas para lidar melhor com qualquer transtorno mental, mas infelizmente não o faz:

“[...] Então assim, por exemplo, eu adoro trabalhar com família, é uma das coisas que eu mais gosto, o que eu infelizmente não faço tanto. Então às vezes eu fico trabalhando com retorno ou com atendimento e pessoas que estão medicadas saindo do surto e eu não me sinto apto profissionalmente para trabalhar com isso dessa forma. Eu sinto que quando eu estou com a família eu sei lidar melhor com qualquer tipo dessas doenças”.

Ao comentarem sobre o prazer vivenciado, os profissionais percebem que na organização do trabalho há espaço para idealizar atividades e a possibilidade de implementá-las, sentem liberdade para buscar coisas novas e a intenção de dar a informação certa aos usuários na recepção:

“[...] acho ótimo você conversar e dar a informação certa para a pessoa porque a gente chega muitas vezes lá na frente e vê que as pessoas recebem informação errada, ainda mais dentro do serviço de saúde pública do Distrito Federal, isso me deixa muito indignado. E aí quando as pessoas chegam a gente tenta da melhor forma passar a informação para ela, para que ela não possa sair daqui com uma informação errada. E creio eu que boa parte da equipe também faz isso, faz dessa forma”.

Há atividades que devem ser terapêuticas para o paciente e são relaxantes para o profissional. As vivências de prazer aparecem no apaixonar-se pela proposta do serviço, em atividades fora do CAPS como as visitas domiciliares, as caminhadas, o futebol a terapia comunitária e as reuniões com os líderes comunitários. O prazer pelo trabalho vem com a sensação de sentir-se valorizado, pela liberdade que se tem para trabalhar:

“[...] A gente não tinha um espaço para estar, um espaço realmente para nós funcionários, se a gente ficasse ali na última sala era ruim, dentro da copa era ruim...”; “[...] eu cheguei à conclusão que hoje está muito mais fácil de trabalhar, mesmo com toda, com toda a dificuldade que a gente tem, a gente ainda tem uma liberdade muito maior para trabalhar. Então eu fiquei feliz ...”.

Sentem o reconhecimento por parte dos pacientes quando elogiam gratuitamente os profissionais do CAPS e passam a ter um espaço de liberdade, utilidade e vínculo afetivo. Destacam também o reconhecimento e os incentivos da

Comissão de Saúde Mental do DF (Cosam). Contudo, pensar que são contratados temporariamente contrasta - se com os elogios que a equipe recebe, fato que os incomoda e afeta no trabalho:

“[...] tem outra insegurança também, uma que a gente é contrato temporário, eu acho que esses assuntos poderiam até serem tratados nas nossas cabeças quando a gente foi contratado pela Secretaria por dois anos. Só que não vale na minha cabeça, porque assim, eu tenho essa noção. Porque a gente que vai nas reuniões, a gente é muito elogiado enquanto equipe”.

Apontam o desgaste que sofrem pela falta de equipamentos, como impressora, sendo necessário irem até o hospital para imprimir documentos, memorandos, controle diário de atendimento:

“[...] Tem coisa que eu tenho preguiça de fazer aqui, porque eu posso ir para o computador da minha casa, que eu vou poder imprimir na hora, porque eu posso ver o efeito das coisas na hora, porque se eu fizer aqui de qualquer jeito eu vou ter que gravar, ou no meu *pendrive* que agora não existe mais porque eu perdi, ou então no *pendrive* daqui que ai eu tenho que levar para casa, e o *pendrive* daqui já sumiu e ai, enfim eu acho que esse negócio da impressora está me desgastando muito, sinceramente”.

O medo está presente ao lidarem com casos de crises agressivas, dizem que ainda não sabem o que fazer na necessidade de contenção ou pedir socorro, mas afirmam que estão conseguindo dimensionar e conduzir esses casos:

“[...] a paciente quando ficou naquela crise das primeiras vezes eu tive medo, ela não me agrediu, jogou cadeira assim no consultório, eu entrei no consultório com ela, assim, ela jogou cadeira e tudo, mas não jogou em mim”.

Quanto às atividades consideradas mais prazerosas pelos trabalhadores, a participação em atividade de terapia comunitária, apesar de demandar tempo, energia e tarefas para realizar em casa, é vista como uma das que mais gostam de fazer, é um espaço onde podem falar sobre seu trabalho. A amizade entre os colegas é considerada como algo que agrega valor na convivência. O trabalho é marcado pela solidariedade dos colegas e dos pacientes, por harmonia, união e alegria. Há liberdade de falar, de conversar e ser autêntico no trabalho em terapia comunitária:

“[...] é prazeroso trabalhar aqui. Eu sinto solidariedade, tanto dos pacientes quanto dos meus colegas, sinto a harmonia desse grupo, eu sinto alegria de trabalhar aqui dentro, eu sinto disponibilidade das pessoas...”.

“[...] Então o que eu faço com mais prazer hoje em dia aqui dentro do CAPS (...) da proposta do CAPS – é a terapia comunitária”; “[...] a gente faz a terapia e depois discute sobre. Energia gasta bastante, mas eu faço com bastante disposição, então realmente eu não sinto a fadiga que eu sinto quando estou na recepção, por exemplo...”.

Outro item positivo vem do incentivo à participação em cursos de aperfeiçoamento, que são custeados pela Secretaria de Saúde do DF. Os profissionais destacam que o trabalho no CAPS os fez adquirir hábitos mais saudáveis de vida, como a prática de esportes, tendo impacto na solidão antes vivenciada por alguns deles. Contam que, apesar de saírem de muito longe e gastarem muito tempo no trajeto, vão para o CAPS com muita disposição. Relatam que se trata de um trabalho bom, que parte de uma idéia nova no Distrito Federal. Dizem que vale a pena por tudo e pelos próprios pacientes. Há muitas vivências diárias que eles podem trazer para suas próprias vidas:

“[...] Hoje eu realmente me sinto uma pessoa melhor, me sinto uma pessoa mais saudável... Tanto mentalmente quanto fisicamente, o CAPS me deu muitas ferramentas para a vida mesmo”; “[...] a caminhada, o futebol me ajudaram também a ter essa vontade de fazer esporte, eu era muito mais solitário do que eu sou hoje”.

Acham que vale muito a pena por isso, para aprenderem. Participam de atividades interativas com os pacientes, como jogos de futebol, e a relação, por vezes, parece não ser profissional, mas dá prazer:

“[...] (sobre os pacientes) me trazem coisas muito bacanas, questionamentos bacanas como pessoa. Então eu vejo como uma coisa prazerosa isso. Eu gosto de estar melhorando com isso aí. E o CAPS me proporcionou isso...”.

Ao comentarem sobre situações de agressão, afirmam que dá orgulho nunca terem presenciado brigas entre pacientes, cenas que já viram em outras instituições.

### **Comentários sobre as vivências de prazer-sofrimento**

A reinvenção do trabalho em saúde mental impõe-se a partir do que se vivencia em cada atividade, pois cada momento nos grupos com os pacientes ou cada

momento de cada paciente pode trazer surpresas. Se sentir-se incapaz para a realização de uma atividade gera sofrimento, fazer o que é de sua competência traz disponibilidade e satisfação. Observa-se que esse trabalho perde o sentido quando o fazer em saúde mental é mudado em seu prescrito e a construção de um espaço clínico - terapêutico, de escuta, de vínculos, transferências e contratransferências perde campo para a preocupação com o aumento do número de atendimentos. Pode-se questionar sobre o quanto sentir-se relaxado durante uma atividade pode demonstrar predomínio de prazer e talvez uma parcela insignificante de sofrimento. A atividade que faz o profissional “relaxar” estimula a se pensar o que há de ressonância simbólica, inteligência prática, engenhosidade, reconhecimento, e qual seria o grau de tensão intrapsíquica nesse momento de subjetivação do sujeito.

Os profissionais investem na fantasia, no ideal quando se engajam para um fazer com zelo. Vivenciam prazer quando os usuários do serviço fazem julgamentos de utilidade diante do sucesso, diante da tarefa, lembram de outros colegas da saúde mental que julgam a beleza do que é feito no CAPS. O desejo de oferecer a informação certa, de dar explicações ao usuário que chega à recepção parece demonstrar uma identificação com a atividade e nessa dimensão do trabalho o profissional balanceia suas vivências de prazer - sofrimento, pois mesmo ao fazerem algo para o qual não têm formação, podem contar com a possibilidade do reconhecimento da comunidade.

#### **4.2.3. As estratégias de mediação**

O comprometimento desses profissionais está em responsabilizar - se pelo paciente e não fazer apenas a troca de receitas. A discussão sobre o comprometimento no fazer do colega é recorrente durante as sessões, dizem que é dolorido perceber o não comprometimento do outro:

“[...] eu acredito na ideologia do CAPS mesmo, né? Então, às vezes me dói assim, ver que tem gente que não tem esse mesmo comprometimento, mas eu estou aprendendo, eu acho, aprendendo a lidar com alteridade”.

Ao questionarem a forma como eram julgados dentro da rede de saúde, contam que tiveram iniciativa e se mobilizaram coletivamente para participar das políticas que interferem na clínica do CAPS:

“[...] a gente foi, marcou presença legal na reunião da ouvidoria falando sobre saúde, que eu acho que é um espaço legal que a gente está começando a conhecer. Tanto divulgando nas escolas, a gente ter cartazes nas ruas, eu acho que está intimamente ligado com esse confronto da gente ter que dar satisfação para as pessoas que estão lá fora mesmo. Não só para ... lá para a direção da regional. Porque assim, o CAPS é pouco conhecido aqui e as pessoas muitas vezes perguntam mesmo”.

Os profissionais procuram fazer tudo muito bem, na medida do possível. Não se julgam a melhor equipe do mundo, perfeita e que nunca erra. Com um escudo, como um deles diz fazer na própria personalidade, sentem-se menos atingidos e mais seguros, mesmo admitindo que erraram:

“[...] E eu acho assim, ouvindo o que o (colega) está falando eu vejo que muita coisa, é parte assim de uma proteção da gente, eu acho que a gente bota um escudão assim, eu falo porque era o que eu fazia na minha personalidade, que eu vejo na minha análise, né? Bota um escudão de que a gente é o maior, para ficar menos atingido, sabe assim, porque eu acho que a gente sofre muito nessa equipe, eu falo por mim porque eu sofro muito, vou falar por mim, não vou falar pela equipe, mas assim eu sofro muito”.

Um dos participantes comenta que sempre fala em se organizar diferente, pois não acha que esteja fazendo um bom trabalho. Comenta que há médicos da rede que têm de dar receita para dois meses, atendem de dois em dois meses e não quinzenalmente como ocorre no CAPS. Possuem estratégias que os resguardam, ou são muito sonhadores ou são loucos ao investirem em um elo entre um humano e outro. Inventam o trabalho, se viram, dão um jeito, buscam o melhor, vasculam e às vezes ficam com a impressão de que não sabem fazer nada:

“[...] Assim, porque eu acho que com paciente a gente se vira, dá um jeito e quer fazer o melhor, mas assim mesmo a gente dá umas escorregadas, às vezes. Eu vejo com o paciente, dá uma escorregada ali e acolá, que dá uma impressão mesmo que a gente não sabe, eu fico com essa impressão de que eu não sei fazer nada, algumas vezes”.

Mas acolhem os pacientes em crise, ouvem, entendem o sofrimento, reconhecem quando não têm como ajudar, encaminham para algum setor, disponibilizam - se para discutir os casos com outros profissionais da rede. Trabalham na confiança, sem a certeza da segurança, não se alimentam do medo, desmistificam a loucura, acreditando na capacidade de negociação junto ao paciente. Lembram, pela psicanálise, que a mentira aumenta a fantasia do paranóico.

Na terceira sessão iniciam falando da comunicação entre os membros da equipe, observam que opinar sobre o fazer do outro, na presença de todos da equipe, passou a ser motivo de constrangimento. Queixam - se mais especificamente da forma como estão se expressando:

“[...] eu acho que essas coisas, que essas coisas do meu trabalho ele não tinha que intervir e que certas opiniões dele, ele tinha que falar pessoalmente para mim, eu não acho que precisava ser em reunião, entende? Porque isso cria um constrangimento desagradável”.

“[...] o que eu vejo é que assim, tem uma coisa, um tom de acusação sabe, de ‘você não está fazendo seu papel’ e não tem um tom de, de confiança”; “[...] porque eu acho que não é conteúdo é o tom, é a forma, o grande problema é que a forma em que as coisas estão sendo ditas uns para os outros está sendo de uma forma muito nociva, entende?”.

O incômodo que se vivencia nesse ambiente também gera um movimento de não querer se posicionar, não se engajar, de querer ficar à parte sem se expor, sem querer tentar dar conta de resolver o mal - estar entre os colegas:

“[...] eu acho que eu tava muito agressiva, muito ahh, praguejei demais, briguei demais, falei coisas demais que eu levava tudo parecer que era meio para mim, e aí eu vi que eu entrei no movimento da (colega), assim, também, de me, de ficar meio alheio em algumas, não é alheio, mas assim de não me posicionar tanto”.

Lembram que não estão trabalhando como equipe e isso é angustiante, referem - se à prescrição oficial ao trabalho em equipe no CAPS, que seria um meio de darem sentido à complexidade de cada caso atendido. Entendem que o espírito de equipe é o que faz o trabalho render como um todo, quando há participação no trabalho do outro, quando têm coisas que deixam de ser feitas, mas o colega faz. Quando executam um

trabalho que não tem nada a ver com a especificidade profissional, mas tem a ver com o

CAPS:

“[...] Como o CAPS que tem a finalidade de você sempre ter uma oficina diferente, das atividades e de você sempre poder enriquecer seu trabalho com trabalhos terapêuticos diferentes. Isso acaba não tendo uma matriz muito fechada. O que por um lado você produz uma riqueza de trabalho e por outro lado cria muita divergência, né? Porque você acaba não tendo bem delineado certos papéis”.

“[...] é questão de perceber que a gente não está articulado como equipe e isso é angustiante para mim, isso para mim não faz sentido porque ai eu venho para uma reunião que era melhor eu não vir, que eu venho só para me aborrecer, sabe, porque eu vou ficar falando de, ouvindo coisas, ouvindo reclamação, ouvindo lamúria de num sei o que e não tem solução, sabe, e o trabalho não está rendendo como um todo, como um grupo”.

Observar prescritos, seguir um princípio faz aparecer furos no sistema, para isso tentam à gestão social do trabalho e buscam atender a limitações e desejos dos sujeitos. E às vezes é preciso ir de encontro às regras do próprio coletivo. Outro participante percebe que sua profissão acha problemas dentro do CAPS quando reivindica que precisa seguir seu órgão regulador ou outra ordem; sente - se mal acolhido dentro da equipe multiprofissional.

“[...] eu percebo que a minha profissão quando a gente vai reivindicar alguma coisa dentro do CAPS, que a enfermagem tem que seguir o COREN ou tem que seguir qualquer outra ordem, seja da enfermagem, é muito mal recebido também pela equipe, pela equipe mesmo, em geral, é muito mal recebido, né?”

Ter de cumprir um prescrito da profissão pode levar o trabalhador a contrapor arranjos na equipe, favorece travas no funcionamento, mas suscita o medo daquele que poderá sofrer punição por descumprir a ética da profissão:

“[...] quando nós chegamos aqui, muitas coisas a gente se recusou a fazer, porque realmente o COREN não permitia, só que a gente viu que tava travando demais o funcionamento e a gente foi aceitando aquelas coisas, só que chegou uma hora que ficou, a gente parou, e a gente falou assim: ‘espera ai, e se acontecer alguma coisa errada? Até agora está tudo indo bem, beleza, mas se acontecer alguma coisa errada?’, como eu disse aqui para um e para outro, ninguém aqui na sala vai me respaldar pelo serviço de enfermagem”.

Quando esse profissional leva um problema ao colega da mesma área, inicialmente conseguem dar conta de uma solução dentro da norma do serviço, contudo, essa mesma solução aumenta a carga de trabalho e cria outra dificuldade. No segundo



momento, outro profissional assume para si a responsabilidade de executar o procedimento (dar injeção) que o colega (auxiliar de enfermagem) não pode fazer.

“[...] Porque assim, quando eu levantei isso para ele, ele falou o seguinte ‘então vamos fazer assim, vocês vão levar ela para o pronto socorro!’. Tem que levar, e criou uma dificuldade maior, e a gente foi levando, para tentar resistir, tentar ficar dentro da norma do serviço, aí chegou uma hora que ele falou assim: ‘não, vamos fazer o seguinte, eu que faço essas medicações, eu vou fazer!’, ele falou assim: ‘você não pode fazer, mas eu como médico me respaldo’, então a gente conseguiu dar a demanda para o serviço...”

Diante da omissão de alguns ante os riscos que ameaçam os arranjos coletivos também aparecem as proposições para sustentarem o trabalho em equipe. Pensam que ao mudar o foco das discussões no trabalho, elegendo o usuário como objeto intermediário, podem validar a competência de cada membro da equipe, reconhecendo as particularidades de cada área.

“[...] Então quando a gente muda o foco e não entra mais na crítica, mas entra no objeto intermediário que seria o usuário, a gente pode colocar as opiniões profissionais, pode discutir sobre o assunto sem que seja uma questão pessoal. E que de alguma forma vai permitir a gente também começar a validar a competência de cada um, né? Porque tem coisas que a TO sabe e eu não sei, tem coisas que a psiquiatra sabe e eu não sei, porque não está na minha formação”.

Mas percebem que para isso precisam confiar no comprometimento do colega, dar significado positivo às opiniões dentro da equipe e fazê-las concretas nas tentativas de inserir-se no trabalho do outro. Lembram que a maturidade poderia ser uma solução para o viver-junto, para se chegar às regras de convívio, aceitando a descentralização da gestão do serviço de um modo mais honesto. E ser maduro não significa deixar de errar, mas permite um tom mais brando, menos agressivo ao lidar com o caos, com o real desse trabalho:

“[...] A maturidade dela (colega) nem sempre faz ela estar certa, mas eu vejo que ela se reporta, por exemplo, em um tom mais brando, menos agressivo, lidar melhor com o caos, lidar melhor com a mudança da queda de alguma coisa, né? No geral, no geral quem tem mais experiência eu vejo que leva melhor”.

Na quarta sessão comentam que em reunião todos ouvem, mas no fim todos entendem de modo diferente, falta um tipo de envolvimento no trabalho do outro, falta alcançar a profissão do outro. Falam do começo na equipe, de uma união bonita, da

proximidade entre os membros, da motivação ao trabalharem juntos quando um dava ânimo para o outro e tentavam colocar na prática a idéia de interdisciplinaridade:

“[...] era muito difícil ter uma equipe igual à nossa, que tava todo mundo perto, conversava todo mundo e ultimamente não é assim, acho que cada um está para fazer o seu serviço e pronto.”; “[...] Essa idéia de conhecer a profissão, conhecer o modo de trabalhar do outro, a função do outro, isso para gente está muito difícil, isso é um objetivo, é o que eu te falo, da idéia interdisciplinar”.

Mas o jeito de falar o que é certo e é errado é está pegando. Antes falavam bem ou mal, porém estava todo mundo junto, agora ninguém sabe escutar mais o outro. Antes alguns profissionais falavam pouco nas reuniões, tinham espaço para falar, às vezes aceitavam sem querer aceitar:

“[...] mas a questão ela é mais profunda, porque às vezes quando a gente tenta de uma certa forma contribuir com o trabalho, falando que o trabalho de fulano não está legal por isso, por isso e por isso, aí fulano já não aceita aquilo como uma coisa positiva”.

“[...] A equipe tornou-se mais complexa, quando mais pessoas precisaram se posicionar vieram as discordâncias.”; “[...] agora virou uma coisa, do modo de falar que está complicado, e aí, muita gente está voltando, voltando a não falar, mas por motivos diferentes, quer se abster para não ter um conflito, quer se abster para não ter que discutir com ninguém, né?”.

As relações sociais entre esses profissionais sofreram reflexos do tempo que passou, da própria organização do trabalho com contratos temporários, da mudança de técnicos da equipe e as questões de vínculo afetivo entre eles. Falam das reuniões de deliberação, da determinação para constituírem a função de técnico referente, aquele que seria por um dia o responsável por resolver problemas excepcionais com pacientes e na rede:

“[...] Existe um profissional chamado técnico referente, a gente chama, né? É, ultimamente não tem funcionado muito bem (riso), mas tinha sido instituído esse profissional que se aparecesse algum problema como esse, ou algum problema assim para resolver, essa pessoa seria a pessoa...”.

Mostram que essa idéia só é colocada em prática por quem quer, que apesar de os problemas existirem, muitos profissionais não tentam se interar da situação e esperam o problema chegar até eles:

“[...] na minha visão eu acho que a gente incorporou o profissional de referência da seguinte forma: ficar parado lá esperando o problema chegar. E muitas vezes o problema não chegava e aí a pessoa achava que não tinha nada para fazer, sendo que poderia sim ter alguma coisa para fazer...”.

Referem que deliberaram em reunião que as atividades em oficinas terapêuticas deveriam ser organizadas por duplas de profissionais, assim como o acolhimento seria em trio ou dupla para darem conta do grande número de participantes nas atividades. Mesmo que a idéia do trabalho interdisciplinar não tenha sido alcançada, conseguem o objetivo de atender, reorientar as demandas dentro da rede e buscar parcerias junto aos outros órgãos públicos da região. Ainda enfrentam problemas com encaminhamento errado feito ao CAPS, encontram dificuldades com a participação dos usuários nas assembléias, mas percebem que estão conseguindo a adesão dos líderes comunitários que tornam - se parceiros na adoção de conceitos:

“[...] Bom, tem um objetivo que é institucional que é re-inserir o paciente na sociedade. Só que é um paciente muitas vezes, na maioria das vezes, e a maioria dos pacientes não são proativos para isso. Então a gente faz assembléia e poucos vêm, a gente marca uma reunião da associação ai dos usuários da saúde mental, o cara vem, poucos vem...”; “[...] a estratégia é a busca ativa, é buscar os líderes que são os multiplicadores mesmo, deles nos ajudar a adotar conceitos...”.

Botaram o pé na rua participando de reuniões na associação de moradores, realizando visitas com uma equipe matricial para dar conta de atenderem a área rural. Estão participando do curso de terapia comunitária e outros cursos oferecidos pelo hospital. Suas articulações são produtivas para a equipe do CAPS e para os novos parceiros de outros serviços, ficaram mais à vontade para esclarecer o que é o trabalho no CAPS. Quanto à enfermagem, destacam os benefícios do trabalho em equipe, pois permite que os sujeitos se envolvam no trabalho um do outro, o que de certa forma gera sentimento de proteção e garante a integridade deles. Afirmam que prevalece a defesa entre os membros da equipe de enfermagem, os quais se protegem das “picuinhas” e das críticas vindas da equipe do CAPS:

“[...] Mesmo que a gente não tenha sentado e bolado ‘ah, o que a gente vai falar para se defender?’, mas a gente está dentro do trabalho um do outro...”.

Esse relacionamento também é mostrado como desvantagem a cada sujeito do grupo, uma vez que com o passar do tempo perde - se o senso crítico. A proteção que prevalece na equipe de enfermagem respalda o profissional, permitindo maior liberdade para desempenhar o trabalho na recepção. O envolvimento “meio que de amizade” com os pacientes gera confusão e mexe bastante com os profissionais, que julgam isso como relevante para o que pensam do próprio trabalho:

“[...] E eu fui vendo já com essa experiência de dois anos que não é um desconforto só meu, é um desconforto de alguns pacientes também, que não estão acostumados com essa proximidade com o profissional que está tentando ajudar ele.”.

Diante desse sentimento, um profissional buscou se afastar um pouco do acompanhamento mais direto que deve ser feito, o que gerou críticas de pacientes e dos próprios colegas.

### **Comentários sobre as estratégias de mediação**

A precarização do contrato de trabalho, outra característica dessa organização, é fonte de sofrimento e esse aspecto também passa pelo não engajamento do profissional, podendo colocar em risco a dinâmica de mobilização do sujeito, pois na falta de perspectiva de serem recontratados há incerteza do reconhecimento para realimentarem a vontade de doar - se à cooperação no trabalho e dar conta dos problemas que estão surgindo no serviço. Mas trabalhar sob críticas faz criar estratégias para mediar o sofrimento. Ressignificando as críticas podem tentar ouvir que não atendem à demanda, pois mesmo reorganizando o trabalho não dá para atender todo mundo. Privilegiam uma solução paliativa, da mediação do sofrimento com estratégias individuais, como a negação da realidade social da organização do trabalho e outros constrangimentos dessa organização. O trabalho se transforma diante da necessidade de

outro rearranjo, solicita novos posicionamentos e arriscar-se ou expor-se diante das demandas do paciente e do colega.

Esse tipo de organização alimenta a necessidade do espaço público de discussão para o exercício da fala, de não se calar diante da precarização das condições de trabalho, caso contrário não há trabalho. Os membros da equipe elegem o usuário como objeto intermediário para tentarem lidar com a carga afetiva – ou descarga psíquica do trabalho - que acompanha o conteúdo das falas e parece desarticular os esforços para a cooperação. As queixas sobre o não comprometimento do colega destacam a natureza da mobilização subjetiva dentro da equipe. Dependem da cooperação, mas necessitam de um espaço da fala onde as regras de trabalho e de convívio precisam ser definidas, de modo que as expectativas possam ser ressignificadas.

A ocupação do novo espaço político da clínica do CAPS destacou a mudança no paradigma e a necessidade de encontrarem aspectos práticos na forma de se relacionar com outros trabalhadores e gestores. Suas articulações na rede criam uma perspectiva de serem mais bem avaliados e reconhecidos. Destaca - se o aspecto intersubjetivo nas dificuldade de falar e principalmente de ouvir o colega; além disso, ao propor que não discutam as atuações de cada um no espaço público da palavra, desvelam uma característica do contexto e suas condições de estratégias de defesa. Entende - se que a não confiança profissional no colega passa pela negação da dinâmica de reconhecimento; nessa hora há ameaças às bricolagens (quebra-galhos) e mostra - se a natureza precária da cooperação. A expressão ou aquilo que há de vivo na comunicação está em destaque, a vivência do enunciador é barrada. Com o passar do tempo o ato de comunicar - se é barrado também.

Destaca - se a necessidade de problematização do real do trabalho em saúde mental, pois entende-se que o conteúdo da tarefa envolve não só a ressonância simbólica no profissional, mas também reforça os vínculos e as vias transferências e contratransferenciais na relação entre paciente e profissional. Quanto à questão do técnico referente, pode - se destacar que a mobilização subjetiva não se subordina à prescrições, assim como a cooperação, mesmo que esta prescrição seja construída pelos próprios trabalhadores. Mobilizaram - se coletivamente, obtiveram sucesso em estratégias coletivas extra - CAPS e perceberam a falta de espaço dentro do CAPS. Os profissionais parecem reconhecer o quanto precisam se interar na ação e da ação do colega para darem conta da distância entre prescrito e real.

## 5 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Considerando o modelo de investigação proposto, os dados serão analisados e discutidos partindo do pressuposto de que as características da organização do trabalho têm impacto direto no funcionamento psíquico do trabalhador. Acredita-se que a precarização da organização prejudica a constituição de coletivos de trabalho. E sem a formação de coletivos de trabalho, concorre-se para construção de estratégias de defesas. Nesse sentido, entende-se que os profissionais acabam vivenciando solitariamente o sofrimento e as estratégias de mediação. Porém, percebem que a constituição de coletivos é fundamental para o trabalho interdisciplinar em saúde mental.

### **5.1. A organização do trabalho**

Inicia-se a caracterização de organização do trabalho do Centro de Atenção Psicossocial observando a variedade de profissões que compõem a equipe. Identificam-se a distribuição e atribuições de tarefas entre os profissionais, conforme os achados de Koda (2002), influenciado pelas relações de poder e influenciando no formato dado ao organograma de atividades da equipe. Nesta pesquisa, percebe-se que aos técnicos de enfermagem são atribuídos tipos e quantidades de tarefa fora das suas expectativas. Nota-se que a distribuição e atribuição de tarefas da organização do trabalho contradizem as premissas da proposta multiprofissional imaginada para os Centros de Atenção Psicossocial (Brasil, 2004).

Observa-se que a precarização dos contratos de trabalho recompensa os profissionais da equipe, porém de maneiras distintas. Uns estão sob contrato temporário de dois anos, outros são funcionários efetivos da Secretaria de Saúde do DF. Entende-se

que, neste caso, a organização apresenta adesão a modelos de gestão que seguem um processo de reestruturação produtiva, ao expropriar a mobilização do sujeito e preconizar metas de quantidade de atendimentos. Um dos participantes das sessões coletivas, ao contrário do resto da equipe, lembra que o produto do seu trabalho são as metas de atendimento preestabelecidas, é quantidade e não qualidade. Os parâmetros usados pela organização do trabalho para julgar e retribuir o trabalho podem não estar em acordo com os parâmetros do trabalhador, por isso, a organização do trabalho pode não recompensar a parte do trabalho em que o sujeito mais se identifica.

Discorrem sobre as relações psicossociais entre os profissionais da equipe, e ao expor as dificuldades para pedidos de ajuda entre eles, demonstram a necessidade de confiança no colega e a dificuldade de ouvir e falar. Lembra-se que a não circulação da palavra cerceia a possibilidade de constituição coletiva de significados e sentidos atribuídos ao trabalho. Nesse sentido, Silva (2007) observa que as relações interpessoais contribuem para sentimentos de apoio, de alívio, assim como espaços de conflitos pessoais e dificuldades de constituição de um consenso.

Entende-se que a falta de prescritos que se mostra como problema para o trabalho no CAPS pode ser a própria falta de regras de ofício (Morrone, 2001), que por sua vez exige o agir coletivo, ou seja, único modo de os profissionais atribuírem significados, sentidos e regras comuns ao trabalho.

Há queixas sobre o controle da direção da regional de saúde da qual fazem parte. Ao relatarem que recebem exigências vindas de gestores da saúde de fora do CAPS, contam relações de poder da organização do trabalho e questionam a legitimidade dos julgamentos da utilidade do seu trabalho (Dejours, 2004b). Ao declarar a crença no reconhecimento conquistado pelo trabalho, o profissional parece problematizar a legitimidade de um julgamento desqualificado, que venha a



negligenciar o engajamento do sujeito e basear-se em parâmetros alheios ao trabalho vivo.

Outra característica da organização do trabalho destaca o papel da coordenação da equipe do CAPS. De acordo com Figueiredo & Athayde (2005), a coordenação tem papel decisivo na condição de articular as inteligências singulares investidas. Nesse sentido, os profissionais observam que as expectativas de mudanças da coordenação são ligadas à melhor delimitação da organização do trabalho do CAPS, assim como a mediação das relações de poder caracterizadas nas descrições da hierarquia e no controle da gestão dos serviços de saúde daquela regional.

O trabalho da coordenação da equipe do CAPS caracteriza-se em um espaço de articulações políticas e pode intermediar os desencontros entre a organização do trabalho e os profissionais da equipe. Conforme Dejours, Abdoucheli & Jayet (1994), lembra-se que a coordenadora do CAPS, além de ter ocupado um cargo de profissional dessa equipe, parece encontrar-se na condição de proclamadora do domínio teórico – técnico - burocrático e gestora das experiências cotidianas das práticas de quebra-galho da equipe.

Ao relatar que necessitam da colaboração dos pacientes para venda de rifa e compra de material para as oficinas terapêuticas, os profissionais destacam o quanto a organização do trabalho é constituída por um espaço de convivência, com relações sociais concretas, que devem ser dialeticamente problematizadas. Além disso, essa relação junto ao paciente mostra-se como desafios que exigem capacidade de estabelecimento de vínculos e receptividade ao outro, conforme Pereira (2007). Contudo, apesar de a clínica do CAPS prever a participação ativa dos pacientes e familiares, é preciso problematizar o processo terapêutico que não deve se perder para formas de cooptação do voluntariado dos pacientes e familiares.

Assim, problematiza-se o papel do gestor público, que deve investir nos serviços públicos de saúde e não se eximir da responsabilidade de mantenedor. Segundo Koda (2002), a gestão pública da saúde e seus trabalhadores tem reflexos na qualidade do tratamento. Observa-se que a precarização da organização do trabalho gera a mobilização dos profissionais do CAPS para arrecadarem dinheiro, porque nem sempre possuem material, matéria-prima, para realizarem o trabalho. Ao contar que “se viram” para conseguir doações e fazer rifas, lembram que às vezes sobrecarregam o paciente. Nesse sentido, pode-se problematizar os efeitos da falta de material para realização das oficinas terapêuticas na qualidade do trabalho do profissional, no serviço de saúde e na saúde dos pacientes.

Conforme Zerbetto & Pereira (2005) e Ferrer (2007), observa-se que a organização real do trabalho atribui tarefas aos técnicos de enfermagem, sem que estes tivessem formação para tal. Comentam que o trabalho da recepção, os serviços administrativos e a distribuição de dieta são atividades que não seriam exatamente da enfermagem. O significado que atribuem à tarefa permite a clarificação dos possíveis desencontros entre o que o sujeito deseja fazer (e não fazer) e os desejos da organização do trabalho. E ao sentirem que estão perdendo tempo com preenchimento de papéis e no trabalho com estatísticas, os profissionais evidenciam um desses desencontros. Mostram o quanto o funcionamento psíquico sofre influência da organização do trabalho (Rossi, 2008).

Esclarecem que a equipe do CAPS precisa ir até a comunidade, necessita construir a rede de atenção e ações em saúde mental articulando-se com profissionais de outros serviços. Observa-se que a organização do trabalho amplia-se como mostra o lado político da clínica do CAPS, conforme pensam Rabelo et. al. (2006). As atividades junto aos pacientes dão lugar a um tipo de divulgação do que fazem no CAPS, precisam

delimitar a clientela que atendem e lidar com a intromissão do gestor da regional de que fazem parte. Isso parece alimentar um confronto entre a organização do trabalho e o equilíbrio psíquico do profissional, o que gera vivências persecutórias.

Entretanto, ao desenvolver a política da clínica do CAPS, discutem o reconhecimento de seus esforços e o julgamento do valor social do CAPS (Dejours, 2004b). A dinâmica de reconhecimento clarifica a necessidade de liberdade e de autonomia para realizarem suas atividades, por causa disso precisam que os gestores extra-CAPS conheçam e reconheçam o trabalho no CAPS. Contudo, mostram que apesar de desejarem ser vistos pelos gestores extra-CAPS, não são tratados com seriedade e interesse, acabam ficando de lado, apenas seus erros chamam atenção.

Os dados do estudo mostram que os profissionais estão entre os desejos da organização prescrita do trabalho e os desejos constituídos na intersubjetividade entre os membros da equipe. Os profissionais estão dentro de um sistema e para serem julgados “maravilhosos” terão de ceder às metas, o que significa que terão de fazer algo, mesmo que não haja sentido. E ao se adequar aos desejos de aumento de produção de consultas, por exemplo, os profissionais percebem que falta tempo para atendimento das intercorrências, percebem-se sem paciência.

Os profissionais mostram que as condições da organização do trabalho provocam medo ou sentimento de ameaça à integridade física e psíquica de quem trabalha no CAPS, o funcionamento psíquico é confrontado quando percebem a ameaça ao próprio trabalho de cuidador. Existe medo de acidentes que envolvam pacientes dentro do banheiro. Registram o incômodo e a preocupação ao perceberem o quanto estão mal instalados para realizar a tarefa de ser um serviço aberto de saúde mental.

A respeito da carga de trabalho, da falta de internet e de formulários, reclamam do que é exigido no maior engajamento do profissional. Nesse caso, ele tenta

contemplar as atribuições do serviço, assim como outras limitações que emergem da organização, e acaba levando trabalho para terminar em casa.

Outra característica da organização do trabalho é a falta de segurança, são os roubos de material de dentro do CAPS, situações que inviabilizam a realização de atividades terapêuticas e também ameaçam o trabalho do profissional. Esse aspecto da organização apontado pelos profissionais clarifica o quanto a precarização pode corroer as condições de engajamento do sujeito. Conforme Silva (2004), há um confronto entre a subjetividade do trabalhador e a sua realidade de trabalho. Os impactos da precarização da organização sobre as expectativas do profissional contribuem para o acúmulo da carga psíquica, logo, evidencia-se a necessidade de mediar o sofrimento. Nesse caso, Dejours, Abdoucheli & Jayet (1994) ressaltam a importância de a tarefa permitir que o sujeito canalize sua carga psíquica, sendo que essa carga expressa a pressão atribuída pela organização do trabalho ao seu aparelho psíquico.

Conforme Dejours (2008b), a relação entre profissional e paciente faz emergir a gestão da organização real do trabalho e o modo como o profissional mostra o significado do trabalho ao conviver com os pacientes. Para dar conta dessa gestão, contam apenas com a crença no diálogo apaziguador, investem na palavra, impõem a palavra, falam mais alto, pedem paciência. Assim, pode-se pensar o quanto a normalidade, como observa Dejours (2004b), tem papel relevante na sua gestão do trabalho de cuidador. A sua paciência e a sustentação dos vínculos dependem do seu equilíbrio psíquico, do quanto e como o profissional consegue esse equilíbrio ao agir diante dos seus confrontos no dia-a-dia.

Outra característica da organização do trabalho indica o papel da terceirização. No caso dos guardas que trabalham na portaria do CAPS, os desencontros das suas atribuições com relação à equipe parecem frustrar a oportunidade de diminuição da

carga de trabalho dos profissionais, comentam que vários pacientes já saíram sem que os guardas intervissem, falam que os guardas são a mesma coisa que nada, atribuem-lhes significados de inutilidade. Ou seja, os julgamentos da equipe sobre o trabalho dos guardas, por exemplo, mostram-se contaminados pelo significado da inutilidade, pois eles precisam correr atrás de pacientes fora do CAPS.

Quando relatam que certa vez um dos pacientes foi armado para o CAPS, demonstram que não podem restringir acessos ao serviço. O CAPS como único recurso de atenção em saúde mental, como instrumento do SUS, segue a premissa de universalidade. Mas nesse caso, nota-se que é preciso problematizar situações como essas e questionar como a organização do trabalho pode oferecer recursos para regular a carga psíquica do profissional diante da imprevisibilidade. Vê-se que as condições de trabalho aparecem como determinantes no histórico da loucura, em seus destinos, como se mostra nas *Naus dos Loucos* (Foucault, 2005), no *Juquery* (Cunha, 1986), nos hospitais psiquiátricos (Resende, 1997) e em CAPS III ou NAPS (Koda, 2002).

Outra característica da organização é um paradoxo na equipe do CAPS constituído pela má divisão e atribuição das tarefas que comprometem o sentido das premissas de um trabalho interdisciplinar, que é base da reforma psiquiátrica brasileira. Como nos achados de Figueiredo (2007), o processo de trabalho da equipe é organizado em torno do médico, a organização do trabalho pode não estar em ressonância com as expectativas de alguns membros da equipe e esse serviço aberto de saúde mental não garante a negação da hegemonia de uns saberes sobre outros.

A coordenação do CAPS conta com a participação voluntária dos profissionais da equipe. Essa, a participação ou mobilização subjetiva, conforme Dejours, Abdoucheli & Jayet (1994), faz falta quando é preciso cooperação, quando o trabalho individualizado os distancia. Comentam que a coordenação da equipe abstém-se do

papel de controle, de mediadora das cooperações. Na equipe, parece que é deixado de lado o fazer coletivo e investe-se no fazer solitário e menos nítido, menos apropriado à dinâmica de reconhecimento.

Nota-se que o trabalho solitário, assim como as estratégias solitárias de mediação do sofrimento funcionam, no primeiro momento, para o mínimo equilíbrio psíquico do sujeito. Mas percebe-se que o trabalho solitário e as estratégias solitárias de mediação oferecem riscos à cooperação nas ações interdisciplinares e conseqüentemente à saúde mental do profissional. Desse modo, agregam-se mais impactos da organização sobre o funcionamento psíquico desse profissional, sobre a sua subjetivação.

Lembram que a falta de um protocolo atrapalha os objetivos do CAPS e contribui para o individualismo nas ações. Discute-se o valor das regras de ofício, conforme apresenta Dejours, Abdoucheli & Jayet (1994), pois mesmo havendo mobilização para um trabalho coletivo, a falta de prescrições pode causar sofrimento, já que se faz necessária uma organização mínima do trabalho que favoreça uma via comum para os profissionais atribuírem sentido ao trabalho. O fato de não conhecerem o trabalho do colega é base para ser problematizada a prática do modelo psicossocial da reforma psiquiátrica e as bases para a dinâmica do reconhecimento entre pares. O desconhecimento das premissas da reforma psiquiátrica e a falta de parâmetros de avaliação congruentes com a reforma psiquiátrica também atacam a dinâmica do reconhecimento vivenciada pelos profissionais.

A clínica psicossocial do CAPS, apresentada por Rabelo et. al. (2006), requer ação política, por isso a negação da palavra, a rixa com algum serviço da rede de atenção em saúde tem impacto na atenção psicossocial e conseqüentemente no sentido que os profissionais darão ao trabalho em saúde mental. Como foi encontrado por Ferrer (2007), comenta-se a falta de diálogo entre serviços, junto ao hospital onde são

vinculados e junto aos policiais que levam detentos para atendimento, não encontram meios para abertura de negociações, ou perdem ou ganham, esperam que os profissionais de fora do CAPS se adequem.

Mas às vezes, é preciso realizar a atividade política, antes mesmo da atividade terapêutica. Essa condição política da clínica passa a ser mais uma condição privilegiada para realização do sujeito no campo social (Martins, 2007), mas depende de como o sofrimento é mediado. No caso de mediação por meio de estratégias defensivas, por exemplo, a equipe acaba se fechando e negligenciando a intersetorialidade da clínica do CAPS.

O pioneirismo dos profissionais enfatiza a demanda de carga psíquica usada na necessidade de inventar o trabalho e ter de submetê-lo à prova do real, a todo momento, quando expõem os planos terapêuticos ao paciente e quando submetem seu trabalho aos julgamentos de beleza e de utilidade. A busca por reconhecimento e construção da identidade em um trabalho pouco conhecido tem suas particularidades. Por exemplo, já ouviram comentários vindos de fora do CAPS dizendo que não fazem nada, colocando em dúvida a utilidade do serviço.

Ressaltam que no começo existia muita confusão, os próprios pacientes queixavam-se dos profissionais estarem extrapolando, que não se portavam como técnicos. Nesse sentido, pode-se pensar que a falta de prescrições que orientam o campo de ação do profissional é característica marcante nessa organização do trabalho. Logo, a prescrição do que fazer em um CAPS não se mostra clara ao profissional.

Essa equipe de profissionais, que trabalha há pouco mais de um ano no CAPS, traz outras experiências de atuação na saúde, uns trabalhavam em hospitais, outros em consultórios. Percebem a falta de literatura na área de saúde mental, conforme destaca Rabelo et. al. (2006), não sabem quando estão saindo das atribuições da profissão,

porque não há limites traçados. Nesse caso, pode-se pensar a necessidade do espaço de supervisão clínico-institucional e a formação continuada para esses profissionais, para evitar equívocos nas ações cotidianas e dar-lhes segurança nos momentos que precisarem ousar ou serem exituosos.

Comentam que o papel do CAPS na rede pública de saúde não está claro, faltam informações aos próprios profissionais, a outras instituições e a comunidade. O fato de o CAPS ser desconhecido acarreta mais carga psíquica aos seus profissionais, pois precisam reencaminhar pacientes, conviver com o descaso de alguns profissionais da rede de saúde que “passam a bola” para o CAPS. A falta de clareza do papel do CAPS na rede pública de saúde contribui para não mostrarem o valor do que fazem e justificarem as condições que precisam para fazer. Características da organização, tais como a falta de nitidez da sua função na saúde pública, acabam tendo impacto negativo nas condições de trabalho que se precarizam e na dinâmica de reconhecimento que fica ameaçada.

Entende-se que a organização do trabalho do CAPS está no lócus onde se compartilham tarefas. Nesse caso, mesmo os profissionais que trabalham em outros serviços constituem a organização do trabalho do profissional do CAPS. Compartilham a mesma organização do trabalho, porque compartilham o mesmo paciente e teoricamente deveriam trabalhar juntos, mesmo trabalhando distantes. Esse aspecto tem papel relevante na dinâmica de reconhecimento do profissional do CAPS e na formação da rede de serviços de atenção em saúde mental, conforme Brasil (2007a).

Os profissionais comentam que há sobrecarga de trabalho, defasagem de especialistas no quadro da equipe, excesso de pacientes e no limite. A precarização da organização do trabalho caracteriza-se também pela falta de um médico clínico e um assistente social, profissionais insubstituíveis, prescrição de uma equipe mínima aos



CAPS II, como aponta Brasil (2004). Assim, coloca-se em risco o projeto do CAPS, pois inviabiliza-se a integralidade nas ações junto aos pacientes, dificultam-se ações de reinserção social dos pacientes. A falta de médico clínico exige que a equipe do CAPS conte com médicos clínicos de outros serviços da rede de saúde. E as articulações intersetorias ganham maior valor ou maior peso no trabalho desses profissionais.

Ser técnico de enfermagem no CAPS representa desafio, pois os profissionais de formação superior demonstram dificuldade para ouvirem o que profissionais de nível médio têm a dizer. Esse aspecto da organização do trabalho é congruente aos resultados encontrados por Sznelwar e Uchida (2004), nos quais identifica-se o profissional da saúde de nível médio como um “não-ser na organização”. Os autores percebem que esses profissionais não encontram espaço para discussão do sofrimento vivenciado, são considerados uma mera ferramenta da cadeia de assistência ao paciente. Portanto, admite-se que o saber técnico determina a natureza do trabalho dentro da equipe do CAPS. Ser profissional de nível técnico significa ser colocado em tarefas aparentemente genéricas, porém impactantes no funcionamento psíquico, como ficar na recepção do CAPS.

Os profissionais de nível médio afirmam realizar atividades para as quais não se sentem tecnicamente aptos e ficam mais distantes do que esperavam realizar. O trabalho na recepção, entretanto, faz com que os técnicos de enfermagem cooperem entre si, conseguindo assim o reconhecimento daqueles profissionais de nível superior que já trabalharam na recepção. O fato de alguns profissionais da equipe terem vivenciado o trabalho na recepção garante a possibilidade de julgamentos (Dejours, 2004b), de utilidade e de beleza, mais fiéis à realidade do serviço.

Outra característica da organização do trabalho mostra a existência de dois grupos dentro da equipe do CAPS. Esse aspecto é relevante para a contextualização da

divisão de tarefas e dos trabalhadores. E novamente lembra-se dos achados de Koda (2002) em que a relação entre divisão de subgrupos e divisão de tarefas na equipe tem valor importante para o funcionamento do serviço e qualidade da clínica do CAPS.

Os participantes comentam que é saudável e prazeroso o trabalho em equipe, pois permite rapidez e eficácia quando necessitam que o colega dê continuidade às atividades. O trabalho em equipe é a cooperação sustentada pelo engajamento ou desejo do outro de permitir a continuidade das atividades. Mostra-se o valor da intersubjetividade na orientação da atividade coletiva, de modo que o trabalho compartilhado constrói significados comuns, permite que compartilhem os sentidos atribuídos a tarefa e impossibilita que sejam estranhos uns para outros.

Lembram que trabalhar em equipe faz bem para a autoestima, é um dos aspectos da dinâmica do reconhecimento, contribui para idealizar, desejar, constituir e afirmar a identidade que se busca por meio do trabalho na saúde mental. As relações sociais entre eles aparecem como motivo para continuarem trabalhando no CAPS, destacando-se o quanto o funcionamento psíquico está atrelado à organização do trabalho e ao peso das relações sociais (amor, ódio, solidariedade, confiança, etc.), conforme Dejours, Abdoucheli & Jayet (1994). Obtém-se prazer e realização por meio da solidariedade e da identificação que a equipe alimenta.

Destaca-se a relação entre profissional e paciente como foco da ação terapêutica, a relação de proximidade gera insegurança, pois a amizade não se desvincula dos aspectos profissionais. Apesar de o trabalho no CAPS favorecer a escolha do distanciamento entre profissional e paciente, os profissionais problematizam esses vínculos. Alguns se recordam de quando trabalhavam em hospitais, onde o cuidado era limitado ao leito, evitavam conversas com os pacientes. Acham que não ficavam expostos como ficam no CAPS. Dejours (2008b) lembra que o cuidado é um

processo de formação do paciente e de seus familiares, meio pelo qual são capacitados para o uso da medicação, por exemplo.

A inteligência prática do profissional, conforme apresentado por Dejours (2007), também solicita julgamentos dos pacientes e familiares que contemplem a dinâmica de reconhecimento. Nesse caso, os profissionais demonstram que conseguem encontrar na relação paciente-profissional o sentido para o que fazem. Desse modo o profissional conquista seu registro no campo social, mostra o valor dos seus vínculos e o peso da validação do paciente a respeito do seu trabalho.

## **5.2. Vivências de prazer-sofrimento**

Quando o rearranjo da organização do trabalho não é mais possível, quando a relação do trabalhador com a organização do trabalho é bloqueada, o sofrimento começa: a energia pulsional que não acha descarga no exercício do trabalho se acumula no aparelho psíquico, ocasionando um sentimento de desprazer e tensão. (Dejours, 1993, p. 29)

Ao apontar a quantidade crescente de pacientes e a não-cooperação de outros profissionais, mostram a exigência do engajamento para darem conta da tarefa. Nesse caso, lembra-se que segundo os parâmetros apontados no Relatório de Gestão da Coordenação de Saúde Mental 2003 – 2006 (Brasil, 2007a), um CAPS II, assim como um CAPSad e ou CAPSi, deve prover a atenção a cada 100.000 habitantes; a população do território de cobertura do CAPS desse estudo era de 63.000 habitantes, no ano de sua criação. Como informaram os profissionais, o CAPS é pouco conhecido pela população e pelos outros serviços da rede de atenção em saúde. Acredita-se que, ao tornar-se conhecido, sua demanda irá aumentar. O trabalho do profissional do CAPS também é o de divulgação do seu trabalho e por isso também é via para o aumento das demandas.

A falta de cooperação aparece como causa de sofrimento associado ao risco de aparecimento de falhas, riscos à qualidade do trabalho e maior exigência. Nesse caso,

pode-se pensar que estratégias de defesa mediam predominantemente o sofrimento, se o profissional não conta com cooperação.

A falta de referência da profissão causa dificuldades, faltam exemplos e modos de fazer o trabalho, falta um modelo que se coadune com as premissas da reforma psiquiátrica. Entretanto, nega-se o modelo antigo e manicomial em que a enfermagem era o carrasco que humanizava a violência. Parecem estar entre a tradição e o atual modelo de cuidado, segundo Garcia & Jorge (2005). Nesse contexto o sofrimento parece emergir da falta de regras da arte, ou regras de ofício (Dejours, 1993), como parâmetros necessários para instruírem o trabalho.

Outro aspecto que pode derivar da falta de referência profissional revela-se em indicadores de vivência de sofrimento como sentimentos de inatividade, inutilidade, depreciação da identidade profissional e sensação de que o trabalho não traz contribuições à sociedade (Silva, 2004). A identidade é um processo em constante construção, que tem lugar privilegiado no campo social do trabalho. Conforme Rossi (2008), no trabalho o sujeito busca o reconhecimento do outro por meio do seu fazer. No caso do profissional que se sente estigmatizado, há uma identidade atribuída a ele, podendo indicar semanticamente que ele não está dando conta de inventar o trabalho. Nesse caso, a relação do sujeito com seu trabalho é problematizada em seu papel de mediadora da realização e construção da identidade.

Identificam-se vivências de sofrimento da insatisfação em fazer menos do que poderiam fazer, pela falta de opção para escolha de tarefas e do modo de realizá-las. Nesse sentido, pode-se pensar a falta de sentido do trabalho causada pela não compreensão lógica das decisões, conforme analisa Silva (2004).

Ao declarar-se incapaz de realizar uma atividade, surgem problemas na formação e nas atribuições de cada profissional do serviço. É importante a

problematização das atribuições e questiona-se a tarefa atribuída ao técnico de enfermagem, diagnosticar em seu trabalho na recepção. Além disso, destaca-se o significado dessa tarefa para o profissional que se sente incapaz de realizá-la.

A pouca capacitação para trabalhar no CAPS aparece como aspecto recorrente aos que descrevem a organização do trabalho. Nesse sentido, mostra-se um serviço pouco capacitado para dar conta das suas tarefas institucionais, já que o trabalho de cuidado e o conhecimento adquirido está no trabalhador, em sua inteligência prática (Dejours, 2007) que depende de recursos teóricos e técnicos aparentemente insuficientes. Conforme achados de Martines & Chaves (2007), a carga afetiva mostra-se determinante na existência e no uso de aptidões técnicas, intersubjetivas e psicoafetivas, aprendidas e improvisadas.

Além de reconhecimento do engajamento do trabalhador, é preciso favorecer a sua formação continuada, ou seja, não parece legítimo que a organização seja cooptadora das artimanhas do trabalhador e negligencie os efeitos do uso abusivo de estratégias defensivas. Quando se declaram sobrecarregados, vivenciam sofrimento. Nesse caso, aparece o esgotamento de possibilidades de adaptação ou ajustamento da energia psíquica e bloqueio da relação subjetiva do trabalhador com o trabalho (Morrone, 2001). Surge a impressão de não dar conta das responsabilidades por sobrecarga de trabalho, como indicador de vivência de sofrimento apontado por Silva (2004).

A sensação de perda de autonomia atrelada às imposições que os profissionais afirmam receber do gestor da regional onde então lotados tem conseqüências importantes. Queixam-se da problemática ética gerada pelo desconhecimento que a gestão da regional tem sobre a reforma psiquiátrica e nesse caso fazem-se cobranças eticamente questionáveis. Esse tencionamento entre os desejos da organização e os valores éticos do profissional constitui um indicador de vivência

de sofrimento, identificado como uma consequência afetiva de uma contradição moral – prática (Silva, 2004).

Vivências de sofrimento aparecem também com a sensação de sentir-se inapto para realização do trabalho com pacientes que retornam da internação ou que estão medicados. Nesse caso, destaca-se primeiramente que a invenção do CAPS (Brasil, 2004) busca um lugar entre a internação e a comunidade, por isso só tem sentido quando o trabalho se dá com pacientes medicados, ou saindo da internação, ou indo para internação, ou mantendo-se compensado com o uso de medicação. As medicações, assim como o trabalho do médico psiquiatra ou do médico clínico fazem parte dos recursos de tratamento do CAPS, logo, parece relevante a problematização da natureza do trabalho interdisciplinar. Em segundo lugar, entende-se que o CAPS deve ser um espaço de ensinamentos e trocas de conhecimentos, que conforme Figueiredo & Rodrigues (2004) concorrerem para a aptidão pela prática e para o trabalhador conjugar a sua competência com a organização prescrita.

Quando observam que há espaço para idealizarem atividades e implementá-las, os profissionais falam de uma descentralização do processo decisório, autonomia do trabalho e estímulo à criatividade dentro do CAPS. Silva (2004) e Rossi (2008), apresentam esses aspectos como indicadores de vivência de prazer.

O desejo de dar informação certa aos usuários que chegam até a recepção parece ser correspondido. Remete-se à dinâmica de ressonância simbólica (Rossi, 2008), quando acontece o teatro privado da história singular do sujeito no teatro atual do trabalho. O profissional parece identificar-se e realizar-se pela atividade, o seu engajamento está ligado à sua indignação, pois comenta que constantemente vê a população receber informações erradas nos serviços públicos. Esse é o momento de o profissional atuar a partir da sua indignação, fazer um belo trabalho e transformar

sofrimento em prazer. Segundo ele, boa parte da equipe também faz isso, faz dessa forma. Logo, pode-se acrescentar que esse esforço do profissional não é em vão, pois os colegas garantiriam o testemunho e o julgamento de beleza do seu trabalho. Esse exemplo torna claro o movimento do corpo como linguagem endereçada ao outro, uma estratégia para busca do olhar do outro, para obtenção de reconhecimento pelo engajamento (Rossi, 2008).

As vivências de prazer-sofrimento emergem dos significados que o trabalho tem para o sujeito. É quando o profissional fala da sua paixão pela proposta do CAPS, quando o desejo do profissional marca presença, pois parece ir além das prescrições da organização. As atividades apontadas como prazerosas e relaxantes parecem solicitar fundamentalmente o engajamento criativo e inventivo do profissional. O que há de sofrimento nessas atividades enquadra-se em sofrimento criativo, como definido por Dejours, Abdoucheli & Jayet (1994), quando há sucesso no uso da inteligência prática, capaz de transformar o sofrimento em criatividade e conseqüentemente em prazer.

Ao dizer que se sentem valorizados e com uma liberdade conquistada no decorrer do tempo, constituem-se indicadores de vivência de prazer de acordo com Silva (2004) e Rossi (2008). Sentem liberdade para trabalhar, conquistaram o espaço que era negado dentro do serviço, espaço para estarem juntos, espaço para falarem do trabalho. Segundo Dejours (2004b), no espaço informal é onde se avalia legitimamente o trabalho entre pares, pelas descrições subjetivas onde se compartilham artimanhas, onde emerge a dinâmica de reconhecimento, os elogios ou as desaprovações do coletivo.

Os pacientes do CAPS fazem parte da organização do trabalho e a dinâmica de reconhecimento do profissional conta com os seus julgamentos, assim como dos julgamentos de familiares e de outros profissionais da rede de atenção em saúde. O

trabalho com o paciente e outros cuidadores colocará à prova o plano terapêutico e também a maestria do trabalhador frente a sensações como fracasso, de decepção e desânimo. Quando os pacientes reconhecem o valor do trabalho do profissional do CAPS, encontram-se outras possibilidades ao investimento do desejo de reconhecimento. Nesse caso, os elogios dos pacientes permitem que a relação do sujeito com seu trabalho seja mediadora da sua realização e da construção da sua identidade, de acordo com Martins (2007). Os profissionais chegaram com experiências distintas a experiência no CAPS, mostram-se transformadores e transformados. A partir do reconhecimento dos pacientes, percebem-se reinventados e realizados (e vice-versa), como metamorfose.

Prazer-sofrimento é um construto único e dialético, emergir dos desencontros entre a organização do trabalho e o sujeito, assim como do sucesso das mediações usadas pelos trabalhadores para manter a saúde e evitar sofrimento. Destacam-se vivências de sofrimento alimentadas pelo fato de serem contratados temporariamente. Os profissionais parecem mediar esse sofrimento quando evidenciam os elogios que recebem da Comissão de Saúde Mental do DF, assim como o reconhecimento e incentivo de colegas da saúde mental. Nesse caso, a dinâmica de reconhecimento é fonte de identidade e retomada da mesma.

A precarização das condições de trabalho é um dos constrangimentos que concorrem para que o trabalhador necessite engajar-se mais ainda. A falta de equipamentos gera desgastes, como nos achados de Gomes, Lunardi Filho & Erdmann (2006). A organização do trabalho parece negar o trabalho ao sujeito. Partindo da análise das narrativas, a vivência de sofrimento caracteriza-se por indicadores como vivências de morosidade e desengajamento na realização das tarefas (Rossi, 2008). Nesse momento esgotam-se os meios para mediar o sofrimento aparentemente ligado ao



distanciamento que a precarização da organização do trabalho acarreta entre prescrito e real.

Destaca-se que a falta de regras de ofício parece ser a origem da vivência de sofrimento quando se deparam com episódios de crises agressivas. Ao admitirem o medo físico ligado à integridade do corpo, mostra-se mais um indicador de sofrimento (Silva, 2004). É relevante destacar que a vivência de sofrimento, nesse caso, não aparece acompanhada de estratégia que acarrete racionalização ou negação da situação de crise agressiva do paciente, diferentemente dos achados de Sousa & Mendes (2006), em que a negação era usada para não reconhecimento das precárias condições de trabalho, por exemplo. O fato de conseguirem dimensionar e conduzir casos desse tipo parece demonstrar a tentativa da mediação pela palavra e da sustentação das bases do CAPS.

Esse aspecto trazido no relato de um episódio sobre as primeiras crises de uma paciente e sobre o medo vivido pela profissional parece retratar mais lacunas na formação da equipe. Essas lacunas ajudam a refletir sobre a distância entre as prescrições atribuídas ao serviço e a organização real. No caso em que o profissional não sabe o que fazer diante da agressividade do paciente em crise, a organização mostra-se com dificuldades de realizar uma tarefa institucional.

Conforme demonstrado por Figueiredo & Rodrigues (2004) e Silva & Merlo (2007) o espaço dado à palavra clarifica um modo saudável de lidar com a carga emocional gerada pelo trabalho. Nesse caso, encontra-se a vivência de prazer em poder falar do próprio trabalho na terapia comunitária, apesar de a atividade em si significar gasto de tempo e energia, parece existir expectativa e satisfação no fazer. Ao falar sobre a terapia comunitária, parecem conseguir alcançar satisfações concretas e simbólicas

durante essa atividade. Essa atividade parece constituir um processo de ressonância simbólica e mostra-se paradoxalmente relaxante.

A solidariedade marca o trabalho que favorece vivências de prazer (Rossi, 2008), a amizade é o meio pelo qual podem basear a cooperação, a participação coletiva, a possibilidade de aprendizagem e crescimento profissional dentro da equipe e a possibilidade de desenvolverem um trabalho de qualidade. Nesse caso, existe vivência de prazer no trabalho ao identificarem-se com a atividade, ao evitarem sobrecarga por meio da ação coletiva.

A organização do trabalho é descrita como incentivadora ao aperfeiçoamento profissional, oferecendo e facilitando a participação em cursos. Caracteriza-se a possibilidade de crescimento profissional, um dos indicadores de prazer apresentado por Silva (2004) e Rossi (2008). Quando a formação do profissional é demanda da organização, a exploração de estratégias defensivas perde espaço para estratégias de mudanças concretas no trabalho e a organização parece ser aliada do trabalhador.

Ao relatar que o trabalho levou a adquirirem hábitos mais saudáveis de vida, entende-se o quanto o trabalho está presente na subjetivação do sujeito. O trabalhador admite levar o trabalho para sua vida fora do ambiente de trabalho, adota hábitos constituídos nas atividades do CAPS, transforma-se conforme o funcionamento da organização do trabalho influencia seu funcionamento psíquico (Dejours, 1992/ 2005).

Como Moraes (2005) mostra em seus achados, a transformação do prazer no trabalho funciona à base de construções de sentidos. Para os profissionais do CAPS o prazer vivenciado aparece do sentido atribuído ao convívio com o paciente. Vivencia-se prazer pela possibilidade de estar com os pacientes e compartilhar vivências diárias. O vínculo caracterizado nessa relação ajuda o profissional a ter vontade de praticar esportes, como jogar futebol. A vivência de prazer está atrelada aos benefícios que o

trabalho ocasiona na vida do sujeito, como a oportunidade de tornar-se menos solitário, uma pessoa mental e fisicamente saudável ao dar continuidade a um funcionamento psíquico constituído na relação com a organização do trabalho. O prazer está ligado ao fato de o sujeito conseguir mudanças concretas ou concretizações de ideais, tendo o trabalho como lócus para atender demandas do seu funcionamento psíquico.

Ações interativas com os pacientes, como jogos de futebol, atividades que por vezes não parecem ser trabalho de um profissional da saúde, tornam-se ações terapêuticas, mas parecem despir o sujeito de profissionalismo. Essa vivência pode colocar em dúvida a utilidade, a dignidade do sujeito. Contudo, a descrição subjetiva do trabalho aparece como modo mais autêntico de externar o trabalho vivo. Ao narrar ações e vivências, contempla-se o sujeito em vez de o produto do seu trabalho. Contempla-se o que pode ser falado sobre o conteúdo enigmático da atividade que “depende inteiramente da improvisação, da iniciativa ou do gênio pessoal dos trabalhadores” (Dejours, 2008, p. 64).

Questionamentos “bacanas” levados pelos pacientes são acompanhados de vivência de prazer, aproveitam-se essas ocasiões para melhorar e transformar-se. A relação direta com o público caracteriza os vínculos e relações terapêuticas, assim como pode favorecer a mediação de sofrimento proveniente da possível condição de submissão às exigências do público (Silva, 2004). Além disso, ao considerar-se que paciente e profissional são parte da organização do trabalho, nota-se que a responsabilização de ambos para o desenvolvimento da clínica ampliada do CAPS possibilita a superação do uso de estratégias solitárias.

### **5.3. Mobilização subjetiva e estratégias de defesa**

A responsabilidade pelo paciente é o engajamento do profissional para avaliar e emitir receita, por conta disso ele diz que comprometer-se é não trocar receita, simplesmente. Rossi (2008) lembra que o engajamento do corpo e da inteligência é o que faz o trabalhador gerir a defasagem entre a organização prescrita e a real. Esse engajamento para interpretação da prescrição e da demanda do paciente, além dos esforços para realização da atividade, surge como parâmetro de avaliação e julgamento entre pares. Ao discutir o comprometimento do colega, denunciam diferenças entre as mobilizações subjetivas de cada sujeito. Nesse caso nota-se também que o mecanismo de mobilização subjetiva requer mobilização de impulsos afetivos, e ocorre por meio de uma operação simbólica na qual constroem-se sentidos para o trabalho (Morrone, 2001). Parece não haver cooperação nesses casos, pois o profissional do CAPS julga o trabalho do colega a partir do parâmetro de trabalho individualizado.

O engajamento de cada sujeito corresponde ao significado atribuído ao trabalho, mas, apenas ao trabalharem juntos conseguem construir significados comuns, o que pode favorecer o reconhecimento entre eles e não a comparação de quem faz mais pelo paciente ou pelo serviço.

O incômodo diante das críticas, dos julgamentos que recebem dos gestores extra-CAPS, fez com que se mobilizassem coletivamente e começassem a participar de políticas públicas que interferem na clínica do CAPS. Os profissionais do CAPS começaram a ocupar espaços políticos e passaram a divulgar seu trabalho nas escolas, nas ruas, na ouvidoria, em espaços públicos onde o CAPS não é conhecido. Por meio da cooperação e da reação política buscam a gestão da sua organização, externam o valor social do trabalho em saúde mental e qualificam os parâmetros para serem julgados pela população e pela rede de atenção a saúde.

Observam que fazem tudo muito bem, na medida do que podem fazer, mas não se sentem reconhecidos por isso. Contudo, ao falar que usam um escudo para proteger-se do sofrimento gerado pelos ataques dos julgamentos extra-CAPS, demonstram aspectos de uma estratégia defensiva coletiva. Nesse caso, sentem-se menos atingidos e mais seguros ao negarem o sofrimento.

Sobre a queixa da qualidade do próprio trabalho e as comparações com outros médicos de outros serviços que dão receita para que o paciente fique longo tempo sem precisar retornar à consulta, entende-se que é relevante a problematização da natureza do trabalho na saúde mental. Considera-se que as intercorrências em saúde mental, por exemplo, são definidas por condições psicossociais que competem com o uso correto da medicação. O trabalho em saúde mental não se limita à relativização dos efeitos da medicação, a clínica do CAPS estende-se ao processo de inserção social do paciente, por conta disso parece relevante problematizarem a frequência do paciente.

Os profissionais lançam mão de estratégias defensivas para se manterem trabalhando e resguardados. Ao declararem-se sonhadores ou loucos, ao investir em um elo junto ao paciente, nota-se que investem no trabalho com vínculo e na palavra como instrumento. A inventividade possibilita a proximidade entre profissional e paciente. Diante da missão de cuidar incorpora-se a função de ego auxiliar, como recurso que favoreça o paciente a analisar e resolver demandas psicossociais. No trabalho de vínculo eles precisam inventar jeitos e buscar o melhor. Mas também fracassam, dão suas “escorregadas” e chegam a ter a impressão que não sabem fazer nada.

Lembrando que o conhecimento do trabalho e do ofício pertence ao corpo (Dejours, 2008b), entende-se que a mobilização desses profissionais está no uso do corpo para realizar a escuta, para testemunhar o sofrimento do outro, para acolher pacientes em crise. Esta parte do trabalho evoca o conteúdo que o profissional agrega à

organização do trabalho. Nesse sentido, vê-se que o que há de técnica perde-se no meio do que a inteligência prática produz. A falta de rotina e a flexibilidade dos papéis destacados por Pereira (2007) e por Ferrer (2007) aparecem no dia-a-dia do profissional, orienta-se pelo inusitado e o produto é a estabilidade emocional do paciente. Comentam que nem sempre conseguem desenvolver suas atribuições e nesse momento a invenção do trabalho parece cessar pelas mãos do profissional, mas buscam articulações com outros profissionais. Encaminham o paciente e disponibilizam-se a discutir soluções em rede de atenção aos seus pacientes (Brasil, 2007a); a mobilização subjetiva está no agir comunicacional.

Ao afirmar que o trabalho junto ao paciente é na base da confiança, mesmo sem a sensação de segurança, entende-se que a mobilização subjetiva do profissional do CAPS parece voltar-se para expectativa de certa cooperação do paciente ou capacidade de negociação junto ao paciente, como explica Dejours (2008b) sobre a psicodinâmica do trabalho em atividades de cuidados na área da saúde.

A inventividade do profissional leva em conta a formação teórica e técnica, quando se referem à evitação da fantasia no paciente paranóico, por exemplo. O fato de o profissional não constituir estratégias defensivas que racionalizem e/ ou neguem as demandas do paciente permitiu invenções dialeticamente sustentadas que parecem favorecer o vínculo terapêutico que possibilita a problematização do plano terapêutico do paciente. Ao desmistificar a loucura, mostra-se o trabalho vivo onde lidam com o sentido da tarefa, em seu encontro com uma organização que emerge em serviço público de saúde mental substituto do modelo hospitalocentrico.

Sobre a comunicação entre os membros da equipe e o constrangimento que aparece ao falarem sobre o fazer do colega, entende-se que constitui-se um obstáculo para ações coletivas ao negarem a circulação da palavra. De acordo com Sznelwar &

Uchida (2004), percebe-se que os profissionais não se encontram em uma atividade deôntica baseada na ética, não sentem confiança para expor-se ao colega. Problemas de confiança entre os profissionais da equipe inviabilizam as ações conjuntas, como podem articular estratégias defensivas veladas.

Emerge o tom de acusação com que se comunicam, usam um tom de denúncia quando se referem à atuação do colega, “tom” de desconfiança sobre a capacidade profissional do colega. Nesse sentido, juntam-se mais dados sobre um possível ataque à circulação da palavra. O tom de acusação, de desconfiança, ou a forma como as coisas são ditas entre eles mostra a natureza da intersubjetividade que constitui-se na equipe.

Ao comentarem que o incômodo vivenciado no trabalho gera um movimento de não desejar se posicionar e não se engajar para discutir o trabalho, parecem investir em modos individualizantes de defesa. Nesse caso, defesas de adaptação caracterizam – se no individualismo e as defesas de exploração caracterizam – se na passividade (Mendes, 2007). Surge um sofrimento solitário com estratégias defensivas solitárias, por outro lado, nega-se o projeto de CAPS, pois nega-se a ação multiprofissional e interdisciplinar. Ao privilegiar-se estratégias de defesa solitárias, possibilita-se a condição de alienação do profissional, pois deseja-se ficar alheio à realidade do trabalho. Segundo Dejours (2007), ao abster-se do olhar do outro e do sentido do trabalho, o profissional inicia seu processo de alienação mental.

A falta de confiança entre colegas de equipe atinge diretamente a parte mais relevante a essa organização do trabalho. Nesse caso, fica inviabilizada a inventividade, primeiramente porque não há sentido para inventar e também porque não há perspectiva de reconhecimento dessa inventividade. Parece que a equipe perde seu sentido e não há sentido no ato de cooperar, há uma “crise de cooperação” (Dejours, 1993).

A angústia por não trabalharem como equipe e o trabalho em equipe como meio para darem sentido à complexidade de cada caso atendido no CAPS, revela mais uma vez o valor da circulação da palavra tendo em vista a riqueza da produção do trabalho multiprofissional e a resolução de divergências. Lembrem que o trabalho em equipe corresponde ao delineamento de certos papéis, mas nesse caso entende-se a necessidade de ser problematizada a negação da circulação da palavra que inviabiliza esse delineamento de papéis.

Os participantes descrevem a equipe como meio de fazer o trabalho render como um todo, como participação no trabalho do colega, como quando tem coisas que deixam de ser feitas por uns e são feitas por outros membros da equipe. Ressaltam que trabalhar em equipe é fazer um trabalho que não tem nada a ver com a especificidade profissional, mas tem a ver com o CAPS. Nesse sentido, entende-se que o trabalho em equipe pressupõe arriscar-se ao erro, consentir a sua exposição e o julgamento do colega e compartilhar significados e sentido para o trabalho coletivo.

Afirmam que não estão articulados como grupo e como equipe, o que é angustiante. Dizem que não faz sentido estar na reunião da equipe onde se ouvem reclamações e lamúrias. Nesse caso, pode-se pensar que é frágil o compartilhamento de significados e sentidos, ouvir o colega se queixar parece ser a causa de sofrimento em alguns da equipe. Parece existir identificação com o sofrimento do outro, mas há sofrimento e resistência em vivenciar essa identificação. De acordo com Dejours (2003), essa resistência permite negar o próprio sofrimento e banalizar o sofrimento de colegas e dos pacientes.

Ao perceber que a restrição ao prescrito faz aparecer furos no sistema, nota-se que a organização real compreende mais do que as técnicas e as normas da profissão. Ela abrange a gestão social do trabalho, desencontros com regras do coletivo, encontro



com limitações e desejos. No momento em que o profissional se sente mal recebido pela equipe, entre as exigências da organização e as exigências do órgão profissional regulador, parece haver o uso de pressão do coletivo sobre aquele profissional que não sustenta as estratégias defensivas. Dejours, Abdoucheli & Jayet (1994) observa que a não adesão a estratégias coletivas pode acarretar ao sujeito a função ou atribuição de inimigo comum do coletivo.

O cumprimento das normas pode contrapor arranjos da equipe, além de travar o funcionamento do serviço, logo, o profissional que não segue os parâmetros éticos de sua profissão arrisca-se pelo trabalho, entre as limitações da organização prescrita. Um dos participantes conta que, ao chegar ao CAPS, recusava-se a fazer muitas coisas, e nesse caso o trabalho da equipe ficava travado. No segundo momento o profissional aceita fazer coisas para as quais é eticamente proibido, mas em seguida prefere não arriscar-se, pois percebe que se acontecer alguma coisa errada, ninguém da equipe irá respaldá-lo. Ou seja, o modo de funcionamento da organização depende do consentimento e sacrifício dos profissionais.

Também discutem a necessidade de trabalhar em equipe, elegem o usuário como foco do trabalho e demonstram o quanto a organização do trabalho em seu aspecto social está atrapalhando o trabalho em equipe. Os profissionais desejam falar do paciente e evitar falar de constrangimentos que emergem da discrepância entre os significados que atribuem ao trabalho. Parecem buscar a validação da competência de cada membro da equipe sem que falem de suas vivências, mas das particularidades de suas profissões.

Destaca-se, entretanto, que o trabalho em equipe depende da confiança na competência e comprometimento do colega. Será necessário dar significados positivos a possibilidade de opinarem dentro da equipe. Segundo Dejours (2003), trabalhar é viver

a experiência da pressão, viver em comum, enfrentar a resistência do real e construir sentidos. No caso dos profissionais do CAPS o trabalho nunca é individual, precisam compartilhar tarefas complexas junto aos pacientes, precisam do olhar do colega para serem reconhecidos, constituem um espaço social por onde passa a atualização da sua historicidade de seus vínculos afetivos. O trabalho na equipe acarreta expectativas de todos em relação a todos, e o amadurecimento e a honestidade são formas de lidar com essas expectativas, pois trazem condições mais favoráveis ao convívio no trabalho.

Em reunião todos ouvem, mas no fim entendem coisas diferentes, mostram que falta integração, envolvimento no trabalho do colega, falta alcançar a profissão do outro. Ou seja, falta compartilharem sentidos e significados. Ao contar que no começo da equipe tinham uma união bonita, havia motivação para trabalharem juntos, pois um dava ânimo ao outro, vê-se que mudanças na organização do trabalho refletem em mudanças nas subjetividades e na intersubjetividade dentro da equipe.

Os profissionais observam que o jeito de falar entre eles é que está errado, “está pegando”. Antes falavam bem ou mal, mas todos falavam, depois de algum tempo ninguém mais deseja escutar o colega. A comunicação entre eles parece ser uma fonte de sofrimento legível, de modo que passa-se a colocar em risco o reconhecimento e o desejo de cooperar. Ao comentar que mesmo uma tentativa de contribuir com o trabalho do colega torna-se problema, demonstram que o trabalho acaba sendo solitário, sem deliberações, sem interpretações coletivas do prescrito, sem o registro social do sujeito, forçando-os a clandestinidade.

Os profissionais dizem que deliberaram sobre a função de técnico referente e suas prescrições, mas apontam que a idéia só deu certo quando o profissional designado se engajou para praticá-la. As mobilizações acontecem, mas são isoladas como observam Figueiredo & Rodrigues (2004).

Pode-se pensar o quanto se mostra frágil o processo de ressonância simbólica nessa relação com a organização, ou desencontro entre os desejos da organização e os desejos do profissional. Parecem demonstrar o quanto a dificuldade da tarefa discutida e deliberada mobiliza mais do que a tentativa de constituir regras de ofício entre eles. Nesse caso, parecem não temer ou não contar com o julgamento dos colegas para construção da sua identidade.

Deliberaram em reunião que as oficinas terapêuticas seriam realizadas com mais de um profissional da equipe, assim como o acolhimento. A intenção é alcançar objetivos da reforma psiquiátrica com um trabalho interdisciplinar, mas parecem encontrar dificuldade também, nesse propósito.

Conseguem construir parcerias junto a outros órgãos públicos da região, junto aos líderes comunitários, orientam a demanda dentro da rede de saúde, investem na participação de familiares e pacientes nas assembleias dentro do CAPS. Entende-se que parte da clínica do CAPS parece acontecer, mas pode-se questionar sobre o reconhecimento entre os profissionais frente a todos esses esforços em ações extra-CAPS.

Sobre o trabalho da equipe de enfermagem, lembram que há envolvimento entre esses profissionais. O trabalho em equipe gera sentimento de proteção. Há proteção da equipe de enfermagem com relação ao resto da equipe do CAPS, protegem-se de picuinhas. Parecem constituir uma estratégia de defesa coletiva, constroem e compartilham outra leitura da realidade do trabalho. Segundo Rossi (2008), esse tipo de estratégia é fruto de acordos, de contribuições unificadas e da coesão do coletivo para enfrentar o sofrimento.

Essa estratégia subjuga o senso crítico individual, mas, permite liberdade em momentos nos quais o coletivo respalda transgressões da prescrição. Há possibilidade

de uma ideologia defensiva entre os profissionais que compõem o coletivo da enfermagem da equipe do CAPS e a transformação em um grupo homogenizado, onde não há coordenação de personalidades envolvidas e dotadas de identidades singulares e reconhecidas (Dejours, 1993).

Sobre o trabalho no CAPS, destaca-se o envolvimento com os pacientes e a proximidade que caracteriza o trabalho junto ao paciente. Nesse caso, lembra-se que a proximidade com o paciente provocou desconforto, e portanto um dos profissionais resolveu afastar-se um pouco do acompanhamento mais direto. E acabou recebendo críticas de pacientes e colegas. Entende-se que o desconforto do encontro entre o funcionamento psíquico do profissional e organização do trabalho, ou seja, entre o que se prescreve em atenção psicossocial e as expectativas do profissional requer que o profissional problematize a estratégia defensiva.

## CONCLUSÃO

Com o passar do tempo, os lugares da loucura acompanham a mudança da organização do trabalho em saúde mental, assim como a organização do trabalho reflete os destinos desejados à loucura. A história da loucura mostra que prescrevem - se diversas formas de tratamento, assim como alteram-se valores sociais, paradigmas e premissas sobre a condição humana, sobre a legitimidade de um tratamento científico e sobre as condições de trabalho em saúde mental.

Lembrando da obra de Cunha (1986), entende-se que os diversos equipamentos públicos que servem como lugar de cuidado, de tratamento e destino à loucura são fiéis espelhos da sociedade. Considerado, por exemplo, o seu papel dentro da ordem pública da cidade, como mostra Machado de Assis. As naus dos loucos, assim como os hospitais psiquiátricos, o Juquery, as oficinas terapêuticas de Nise da Silveira e os atuais Centros de Atenção Psicossocial são destinos para a loucura. Ou melhor, esses lugares oferecem um destino para a relação entre a sociedade e a loucura.

Nessa relação envolvem-se dois sujeitos, o paciente e o trabalhador da saúde mental. A mudança da organização desse trabalho possibilitou melhoria da qualidade de vida dos usuários, pois facilitou experiências de mudanças nas propostas de tratamento. Nesse caso, os trabalhadores são protagonistas nas mudanças para os destinos da relação entre a sociedade e a loucura, eles conjuram a violência contra o paciente e contra seu trabalho. O trabalho em saúde mental consiste em preencher uma lacuna entre um ideal de sociedade e o real, entre a ordem e a desordem imprevisível da razão humana.

O engajamento do trabalhador move a reforma psiquiátrica brasileira, destacando-se a ressonância simbólica que concorre para a mobilização subjetiva e para cooperação. Tal ressonância implica o interesse pela tarefa e uma tarefa que tem sentido

para o profissional. Lembra-se que não há e nunca haverá prescrição suficiente para o trabalho em saúde mental. Quando se trata de um trabalho social realizado por meio de uma atividade essencialmente de prestação de serviço, como no setor público de saúde, a cooperação do beneficiado na própria produção do serviço é essencial. Dejours (2008b) observa que o aumento desse tipo de atividade de trabalho na atualidade e afirma que: “só se consegue defini-las pelas suas missões, mas o conteúdo de sua atividade permanece enigmático e depende inteiramente da improvisação, da iniciativa ou do gênio pessoal dos trabalhadores” (p.64). Pode-se assim dizer que as inovações em atividades de prestação de serviço são propriedades dos trabalhadores, são propriedades dos seus corpos.

As inovações, para além das prescrições, não pertencem às instituições. A inteligência prática, as mudanças e transformações nas ações de cuidado em saúde mental, por exemplo, são visíveis apenas por meio do fazer dos trabalhadores. Logo, poder demonstrar inovações por meio do trabalho é poder constituir uma moeda de troca e problematizar o valor do seu trabalho na sociedade e na sua autorealização. Apenas o engajamento da personalidade dos trabalhadores da saúde mental, na tentativa de colocar a legislação em prática, é capaz de garantir que ocorra a reforma psiquiátrica. Ao trabalhar, o profissional exercita o seu distanciamento em relação ao prescrito (quando há prescrito) e ao interpretá-lo alimenta a elaboração do trabalho real. Existe a necessidade do compartilhamento e gestão das várias interpretações a respeito do prescrito no jogo social onde se constitui a elaboração técnica do trabalho real. Nesse caso, os resultados da análise das narrativas demonstram efeitos de uma crise de cooperação no trabalho. O jogo social que delibera regras de ofício parece inviabilizado pelo trabalho solitário. A dinâmica de reconhecimento destaca os julgamentos de utilidade, que são positivos quando são provenientes dos pacientes, de familiares, dos

colegas de outros serviços e da Comissão de Saúde Mental – DF. Também existem os julgamentos de utilidade que saem de gestores da saúde extra-CAPS, estes são negativos e colocados sob suspeita quanto à legitimidade.

Quanto aos julgamentos entre pares, nota-se que esse tema esteve presente em quase todas as sessões coletivas. A sua recorrência representa muito bem a situação social em que viviam os profissionais dessa equipe, de onde se conclui que este estudo possibilitou, dentre tantas formas, momentos de ação. A dificuldade em comunicarem-se afeta o convívio, a intercompreensão da palavra e da escuta. Dejours (1999) aponta que o convívio solicita um autêntico esforço para compreender os outros e ser compreendido pelos outros. O autor destaca que o conceito de qualidade de vida pode ser substituído pelo conceito “condições de intercompreensão”, que façam o sofrimento ser criador e o trabalho ser estruturante. Por isso, valoriza-se a qualidade das relações entre as pessoas, por onde passam as interpretações comuns das dificuldades encontradas na organização do trabalho. O método usado neste estudo mostra-se como uma das contribuições ao conhecimento científico do tema, e além de ser um meio para levantamento de dados sobre a psicodinâmica do trabalho, corrobora para uma intervenção pela prática do espaço público da fala.

Ainda sobre o método, destaca-se a necessidade de problematizar-se a sua inspiração na Clínica do trabalho, tendo em vista que a demanda não parte dos trabalhadores, nem da instituição pública. Aqui, a demanda parte do pesquisador. Mas refere-se que houve um movimento de validação e recorrência de temas a cada sessão coletiva (a partir da segunda sessão) e, além disso, houve a apresentação do relatório parcial da pesquisa.

Como nos estudos empíricos apresentados, o trabalho vivo em saúde mental caracteriza-se pela polivalência do profissional; pela necessidade de complementar a

renda com outro emprego; pelos diferentes vínculos trabalhistas dentro da mesma equipe, pela tercerização; pela busca por formação, ou por iniciativa e gastos próprios, ou pela oferta de cursos pelo serviço público; pela falta de formação teórica e prática dos profissionais de nível médio; pelos casos isolados de mobilização profissional. Além disso, lembra-se da necessidade de atenção singular, do resgate da história de vida e a construção de projetos junto aos pacientes. A desinstitucionalização da loucura como instituição social encontra-se na missão dessa atividade de trabalho e as escolhas que constituem esse percurso são determinadas por circunstâncias do processo histórico. Nesse caso, os profissionais não se fecham na idéia de que o atual modelo de cuidado é o melhor e vivenciam possibilidades sem que consigam livrar-se completamente do modelo tradicional.

Diversas características da organização do trabalho negam a ação desses profissionais, como os desencontros entre o discurso antimanicomial, o agir solitário ou clandestino e o estabelecimento de metas de atendimento, por exemplo. Por isso ressalta-se a importância de espaços de discussão como o da supervisão clínico-institucional. Esses espaços devem constituir as bases da atividade deontica dentro da equipe, possibilitando des-velar vivências do trabalho e construir regras de ofício. Esses espaços são oportunidades para a problematização de estratégias de mediação do sofrimento, por exemplo. Nesse sentido, em uma agenda para futuros estudos a partir dos dados, parece relevante propor a investigação das possíveis contribuições da teoria da Psicodinâmica do Trabalho ao trabalho do supervisor clínico-institucional, tendo em vista que a ela constitui uma disciplina crítico-hermenêutica com possibilidades de construções teóricas - investigativas interdisciplinares.

Nas sessões de entrevista coletiva foi possível apreender estratégias de defesa coletivas e individuais, foi possível entender a defasagem entre a organização prescrita e



a organização real; conseqüentemente visualiza-se a participação da mobilização subjetiva do profissional, seu engajamento e seu sofrimento criativo. Por isso, entende-se que a agenda para futuros estudos também deve propor a análise clínica do trabalho desses profissionais, tendo em vista o aprofundamento da investigação das vivências do sujeito e conseqüentemente as suas possibilidades de adoecimento.

Quanto à relação entre características da organização do trabalho, vivências de prazer-sofrimento e estratégias de mediação do sofrimento, conclui-se que as vivências de prazer-sofrimento no trabalho se equilibram. Algumas estratégias de defesa coletiva não estão esgotadas, as narrativas trazem intenções de ressignificação dos problemas socioprofissionais da organização, constituem-se coletivos de trabalho e dinâmicas de reconhecimento por meio dos julgamentos de utilidade vindo de fora do CAPS. Nesse caso, problematiza-se o risco de alienação social do trabalhador, causado por ausências do reconhecimento entre pares. Lembra-se dos efeitos dessa alienação nas ações do trabalhador da saúde e o uso da violência como mediador do sofrimento no trabalho, por exemplo (Dejours, 2007c).

Por fim, a partir do estudo da Psicodinâmica do Trabalho dos profissionais da saúde mental aprofunda-se a compreensão da história de transformação dos destinos à loucura. Conclui-se que as condições de trabalho do profissional ou a condição de tratamento do paciente, assim como as bases etiológicas que tentam entender os transtornos mentais têm papéis determinantes no papel dos CAPS. Porém percebe-se que o vínculo com o paciente e o engajamento do profissional são os principais aspectos que sustentam a reforma psiquiátrica brasileira.

## REFERENCIAL

- Abrahão & Torres (2004). Entre a organização do trabalho e o sofrimento: o papel de mediação da atividade. *Revista Produção*, 14(3), 067-76.
- Alves, D. (1996). *Reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil*. Texto no V Congresso da Associação Mundial de Reabilitação Psicossocial, Roterdã - Holanda. Recuperado em 16 de dezembro de 2008, de <http://www.saudemental.med.br/Domingos.htm>
- Amarante, P. (1998). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Antunes, R. (2002). *Adeus ao trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho*. 8 ed. São Paulo: Cortez.
- Assis, M. (1994). *O Alienista*. São Paulo: FTD.
- Bardin, L. (1974). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Barros, P. C. & Mendes, A. M. (2003). Sofrimento psíquico e estratégias defensivas dos operários terceirizados da construção civil. *Revista Psico-USF*, São Paulo, 8(1), 63-70.
- Basaglia, F. (1985). *A instituição negada*. 2 ed. Rio de Janeiro: Graal.
- Birman, J. (2008). Criatividade e sublimação em psicanálise. *Psicologia Clínica*, Rio de Janeiro, 20(1), 11-26.
- Brasil (2007a). *Saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção*. (Relatório de Gestão 2003-2006), Brasília, DF, Ministério da Saúde.
- Brasil (2007b). *O ofício da supervisão e sua importância para rede de saúde mental secretaria de atenção a saúde*. Ministério da Saúde, Departamento de ações programáticas estratégicas, área técnica de saúde mental, Brasília, DF. (Mensagem eletrônica circular n. 028/2007).

- Portaria Nº 1174/GM de 7 de Julho de 2005* (2005). Dispõe sobre o incentivo financeiro emergencial para o Programa de Qualificação dos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS. Brasília, DF. Recuperado em 22 de agosto de 2008, de <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-1174.htm>
- Brasil (2004). *Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial*. Min. da Saúde, Brasília, DF.
- Brasil (2001). *Relatório final da 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental*. Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Assistência e Promoção à Saúde, Coordenação de Saúde Mental, Brasília, DF. Recuperado em 18 de dezembro de 2008, de [http://portal.saude.gov.br/portal/sas/mental/area.cfm?id\\_area=854](http://portal.saude.gov.br/portal/sas/mental/area.cfm?id_area=854)
- Brasil (1994). *Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental*. Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Assistência e Promoção à Saúde, Coordenação de Saúde Mental, Brasília, DF.
- Ciampa, A. C. (1987). *A Estória do Severino e a história da Severina*. São Paulo: Brasiliense.
- Craig, R. J. (1991). *Entrevista clínica e diagnóstica*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Cunha, M. C. (1986). *O espelho do mundo. Juquery, a história de um asilo*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Dejours, C. (2008). Novas formas de servidão e suicídio. Em Mendes, A. M. (org.) *Trabalho e Saúde – o sujeito entre emancipação e servidão*. Curitiba, PR: Juruá (p. 26-39).
- Dejours, C. (2008b). A avaliação do trabalho submetida a prova do real – críticas aos fundamentos da avaliação. Em Sznelwar, L. & Mascia, F. (org.). *Trabalho, tecnologia e organização*. São Paulo: Blucher (p. 31-90).

- Dejours, C. (2007). Psicodinâmica do trabalho na pós-modernidade. Em Mendes, A., Lima, S. & Facas, E. (orgs). *Diálogos em Psicodinâmica do trabalho*. Brasília: Paralelo 15 (p.13-26).
- Dejours, C. (2007b). Prefácio. Em Mendes, A. M.(org), *Psicodinâmica do trabalho: teoria, método e pesquisas*. São Paulo: Casa do psicólogo.
- Dejours, C. (2007c). *Conjurer la Violence: Travail, Violence et Santé*. Paris: Payot.
- Dejours, C. (1987/ 2005). *A loucura do trabalho. Estudo de psicopatologia do trabalho*. 5ed., São Paulo: Cortez.
- Dejours, C. (2004). A metodologia em psicopatologia do trabalho. Em Lancman, S. & Sznelman, L. (orgs). *Christopher Dejours: Da Psicopatologia a psicodinâmica do Trabalho*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/ Brasília: Paralelo 15 (p.105-126).
- Dejours, C. (2004b). Adenddum. Em Lancman, S. & Sznelman, L. (orgs). *Christopher Dejours: Da Psicopatologia a psicodinâmica do Trabalho*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/ Brasília: Paralelo 15 (p. 47-104).
- Dejours, C. (2004c). Subjetividade, trabalho e ação. *Revista Produção* 3(14), 27-34.
- Dejours, C. (2003). *A banalização da injustiça social*. 5 ed. Rio de Janeiro: Editora FGV.
- Dejours, C. (1999). *Conferências brasileiras*. São Paulo, Edições Fundap: EAESP/ FGV.
- Dejours, C.; Abdoucheli, E. ; Jayet, C. (1994). *Psicodinâmica do trabalho. Contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho*. Coordenação: Betiol, M.I.S. São Paulo: Atlas.
- Ferreira, M. P. (2008). Casa das Palmeiras – renascida, ave fênix! *Revista Ciência & vida*. Psique edição especial. São Paulo: Escala. Ano III, 7, 62-67.

- Ferreira, J. B., (2007). *Trabalho sofrimento e patologias sociais: estudo com trabalhadores bancários e anistiados políticos de uma empresa pública*. Dissertação de Mestrado. Departamento de Psicologia Social e do Trabalho. Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília.
- Ferreira, M. C. e Mendes, A. M. (2003). *Trabalho e Riscos de Adoecimento - O caso dos Auditores-Fiscais da Previdência Social Brasileira*. Brasília: Edições LPA e FENAFISP.
- Ferrer, A. L. (2007). *Sofrimento psíquico dos trabalhadores inseridos nos Centros de Atenção Psicossocial: Entre o prazer e a dor de lidar com a loucura*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.
- Figueiredo, J. A. (2007). *Práticas e processos de trabalho no Centro de Atenção Psicossocial III: a perspectiva do campo psicossocial*. Dissertação de Mestrado em Psicologia - Universidade de São Paulo.
- Figueiredo, M. & Athayde, M. (2005). Organização do trabalho, subjetividade e confiabilidade na atividade de mergulho profundo. *Revista Produção*, 15(2), 172-183.
- Figueiredo, V. V. & Rodrigues, M.M. (2004). Atuação do psicólogo nos CAPS do Estado do Espírito Santo. *Psicologia em Estudo*, Maringá, 9(2), 173 – 181.
- Fiziola, C. L. (1999). *O trabalho em um núcleo de atenção psicossocial do município de Santos (SP) – Resgatando desejos, reconstruindo projetos de vida em um tempo sem milagres*. Tese de doutorado, Escola de enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- Foucault (2005). *A história da Loucura*. São Paulo: Perspectiva.

- Garcia, M. L. & Jorge, M. S. (2006). Vivência de trabalhadores de um centro de atenção psicossocial: estudo à luz do pensamento de Martin Heidegger e Hans-Georg Gadamer. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11 (3), 765 – 774.
- Gaskell, G. (2005). Entrevistas individuais e grupais. Em Bauer, M. W. & Gaskell, G. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som*. 4ed., Petrópolis – RJ, Vozes.
- Heloani, R. & Lancman, S. (2004). Psicodinâmica do trabalho: o método clínico de intervenção e investigação. *Revista produção*, 14(3), 77-86.
- Karam, H. (2008). Centralidade do trabalho e saúde mental pública. Em Mendes, A. M. (org.) *Trabalho e Saúde – o sujeito entre emancipação e servidão*. Curitiba – PR, Juruá (p. 139-152).
- Koda, M.Y. (2002). *Da negação do manicômio à construção de um modelo substitutivo em saúde mental: o discurso de usuários e trabalhadores de um núcleo de atenção psicossocial*. Dissertação de Mestrado. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.
- Martines, W.R. & Chaves, E. C. (2007). Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do Agente Comunitário de Saúde no Programa de saúde da família. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 41 (3), 426-33.
- Martins, S. R. (2007). Subjetividade e adoecimento por DORTs nos trabalhadores em um banco público de Santa Catarina. Em Mendes, A. M. *Psicodinâmica do trabalho: teoria, método e pesquisas*. São Paulo, Casa do Psicólogo. (p. 129-154).
- Mendes, A. M. (org.). (2007). *Psicodinâmica do trabalho: teoria, método e pesquisas*. São Paulo, Casa do Psicólogo.
- Mendes, A. M., Linhares, N. J. (1996). A Prática do Enfermeiro Com Pacientes da Uti: Uma Abordagem Psicodinâmica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, 42(2), 267-280.

- Minerbo, M. (1998). Material clínico: uma forma de apresentação do inefável. *Jornal de Psicanálise*, São Paulo, 31(57), 53-68.
- Moraes, R. D. (2005). Prazer e sofrimento no trabalho docente: estudo com professores de ensino fundamental em processo de formação superior. *Revista Psicologia, organizações e trabalho*. Florianópolis, 5(1), 159-184.
- Morrone, C. F. (2001). *Só para não ficar desempregado - resignificando o sofrimento psíquico no trabalho: estudo com trabalhadores em atividades informais*. Dissertação de Mestrado. Departamento de Psicologia Social e do Trabalho. Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília.
- Motta, A. A. (2008). Humana, demasiadamente humana. *Revista Ciência & vida*. Psique edição especial. São-Paulo: Escala. Ano III, 7, 14-23.
- Osinaga, V. L. (2004) *Estudo comparativo entre os conceitos de saúde e doença mental e a assistência psiquiátrica, segundo portadores e familiares*. Tese de doutorado, EERP- USP, Ribeirão Preto.
- Pereira, J. A. (2003) *Prazer-sofrimento na atividade gerencial de uma empresa estratégica: impacto dos valores organizacionais*. Dissertação de Mestrado. Departamento de Psicologia Social e do Trabalho. Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília.
- Pereira, M. A. (2007). A reabilitação psicossocial no atendimento em saúde mental: estratégias em construção. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(4), 658-664.
- Rabelo, A. R. et.al. (2006). *Um manual para CAPS: Centro de Atenção Psicossocial*. 2ed., Salvador: EDUFBA.

- Resende, H. (1997). Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. Em Tundis, S. A. & Costa, N. R. (orgs.). *Cidadania e Loucura – Políticas de saúde mental no Brasil*. 5ed, Petrópolis – RJ, Vozes.
- Rossi, E. Z. (2008). *Reabilitação e reinserção no trabalho de bancários portadores de LER/DORT: Análise Psicodinâmica*. Tese de Doutorado, Departamento de Psicologia Social e do Trabalho. Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília.
- Scarcelli, I. R. (1998). O *movimento antimanicomial e a rede substitutiva em saúde mental: a experiência do município de São Paulo 1989 – 1992*. Dissertação de Mestrado, Departamento de Psicologia Social e do Trabalho, Instituto de Psicologia da USP.
- Silva, E. A. (2007). *Dores dos cuida-dores em saúde mental: estudo exploratório das relações de (des)cuidado dos profissionais de saúde mental em Centros de Atenção Psicossocial de Goiânia-GO*. Dissertação de Mestrado, Departamento de Psicologia Clínica. Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília.
- Silva, R. R. (2004). *Profissão pastor: prazer e sofrimento. Uma análise psicodinâmica do trabalho de líderes religiosos neopentecostais e tradicionais*. Dissertação de Mestrado, Departamento de Psicologia Social e do Trabalho. Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília.
- Sousa, C. & Mendes, A. M. (2006). Viver do lixo ou no lixo? A relação entre saúde e trabalho na ocupação de catadores de material reciclável cooperativo no Distrito Federal. *Revista Psicologia, organização e trabalho*, Florianópolis, 6(2), 13-41.
- Sznelwar, L. & Uchida, S. (2004). Ser auxiliar de enfermagem: um olhar da psicodinâmica do trabalho. *Revista produção*, 14(3), 87-98.
- Torre, E. & Amarante P. (2001). Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. *Ciência e Saúde Coletiva*, 6(1), 73 – 85.



Zerbetto, S. R. & Pereira, M. A. (2005). O trabalho do profissional de nível médio de enfermagem nos novos dispositivos de atenção em saúde mental. *Rev. Latino-am Enfermagem*, 13(1), 112-7.

Anexo

Anexo A

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE**

O(a) senhor(a) ou você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO E PRAZER-SOFRIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL. Considerando a consolidação dos CAPS como dispositivos para mudança do modelo assistencial brasileiro em saúde mental, considerando que a partir da regulamentação em 2002 foram criados até 2006 mais de 860 CAPS em todo Brasil, entendemos que este é o momento de discutirmos o impacto desse novo tipo de organização sobre a saúde dos seus trabalhadores. Utilizando a teoria da Psicodinâmica do trabalho, estaremos desenvolvendo uma pesquisa que relaciona a organização do trabalho, as vivências de prazer e as estratégias de mediação do sofrimento em profissionais de CAPS. Com objetivo de descobrir as características da organização do trabalho, analisando as estratégias de mediação usadas por seus trabalhadores e descrevendo suas vivências de prazer.

Outro objetivo desta pesquisa é, diante dos resultados, discutir a equivalência da organização do trabalho com o que foi idealizado e prescrito no decorrer de quase 30 anos de história de lutas dos trabalhadores da saúde mental e do Movimento de Luta Antimanicomial no Brasil.

Será realizada coleta de dados por meio de entrevistas (de 3 a 10 entrevistas), semanais, coletivas e individuais, gravadas, com duração de uma hora. Todos os dados pessoais dos informantes não deverão ser divulgados à terceiros, apenas sendo utilizados para o desenvolvimento do estudo e complementação de dados.

Dentre os Benefícios esperamos contribuir para um leitura Psicodinâmica do trabalho desta categoria profissional, usando o próprio espaço público de discussão dos sujeitos-participantes. Outro benefício esperado é desenvolver subsídios teóricos para favorecimento da saúde dos trabalhadores da saúde mental e melhora das condições de tratamento à população que usa os serviços do CAPS.

O pesquisador responsável é o Sr. Adalberto Vital dos Santos Júnior, mestrando do programa de pós - graduação PSTO do Instituto de Psicologia – UnB. Orientado pela Professora Ana Magnólia Mendes.

Os sujeitos-participantes da pesquisa terão garantia de esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa. Garantia do sigilo que assegura a privacidade quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa;

O sujeito-participante da pesquisa pode se recusar a responder questões que lhe tragam constrangimentos, podendo também desistir de participar da pesquisa.

Os resultados deverão ser divulgados pelo pesquisador responsável da pesquisa em reuniões com os sujeitos-participantes, no próprio CAPS, no decorrer da pesquisa, desde sua fase de entrevistas até os últimos procedimentos para submissão do trabalho à banca examinadora.

A guarda dos dados e materiais utilizados na pesquisa ficará com o pesquisador responsável.

Este documento será em duas vias. Uma via ficará com o pesquisador responsável e a outra via ficará com o participante da pesquisa.

Sujeito-Participante

**Adalberto Vital dos Santos Junior.**

**Pesquisador Responsável**

Contato pesquisador: 61-84006074

Contato orientador: 92383253

Contato CEP/SES/DF: 33254955

Brasília,...de .....de 2007.