

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL
NÍVEL MESTRADO**

ANA MARTINS TOMAZ

**A ATIVIDADE DOS PROFISSIONAIS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL (CAPS) DA CIDADE DE JOÃO PESSOA-PB: DO PRESCRITO AO
REAL DO TRABALHO**

JOÃO PESSOA

2012

ANA MARTINS TOMAZ

**A ATIVIDADE DOS PROFISSIONAIS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL (CAPS) DA CIDADE DE JOÃO PESSOA-PB: DO PRESCRITO AO
REAL DO TRABALHO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba, como requisito final para obtenção do título de Mestre em Serviço Social.

Orientador: **Edil Ferreira da Silva**

JOÃO PESSOA
2012
ANA MARTINS TOMAZ

**A ATIVIDADE DOS PROFISSIONAIS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL (CAPS) DA CIDADE DE JOÃO PESSOA-PB: DO PRESCRITO AO
REAL DO TRABALHO**

Dissertação apresentada como requisito para obtenção do título de Mestre pelo Programa de Pós-graduação em Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba.

Aprovado em: / / .

BANCA EXAMINADORA

Prof. Drº Edil Ferreira da Silva (Orientador) - UECG

Profª Drª Fabiola Barrocas Tavares – UFPB

Profª Drª Marinalva de Souza Conserva - UFPB

Dedico este trabalho a todos os trabalhadores que atuam pela garantia do direito à saúde na sua concepção mais ampla.

AGRADECIMENTOS

Chegar nessas páginas é uma satisfação enorme, é sinal que estamos finalizando uma etapa muito importante de nossa vida, apesar da ligeireza em redigi-la, haja vista que o tempo se exaure com muita fugacidade. Mas, mesmo assim, nos detemos longamente sobre esses traçados por serem valiosíssimos, pois como é gratificante poder dizer: **muito obrigada!**

A Deus, Senhor de minha vida! Que me proporcionou todo um conjunto de cuidados, carinhos, afetos que resultou nesse trabalho.

À grande família (Martins Tomaz), principalmente aos meus irmãos e irmãs (**Euzani, Neves, Veronica, Tadeu, Elário, Gervásio e Aureliano**). Não canso de dizer que essa instituição é um alicerce fundamental, e a minha representa, realmente, minha base, porto seguro, motivo de admiração.

De modo muito especial, singelamente, sou muito grata à **minha mãezinha, Joana Martins Pamplona**, que foi para o plano espiritual, repentinamente, no fim do meu primeiro ano de mestrado. E aqui fiquei, com o coração doendo fisicamente, numa dor que quase se podia pegar de tão concreta, chamada saudades! Foi no exemplo de sua fé e na força do seu amor que me pus de pé.

Ao meu pai que de certo ficaria orgulhoso de sua filha ser “estudada”.

Ao meu orientador, Professor **Edil Ferreira Silva**, pela forma tranquila e amiga com que conduziu a construção desse trabalho. Como bom Psicólogo aplicou a habilidade de uma escuta atenta e interessada da minha vivência com os trabalhadores do CAPS. Agradeço pelos empréstimos de materiais bibliográficos. Pelo apoio descontraído nas horas em que o cansaço chegava e pela postura ética. Usando uma expressão sua: **Valeu Professor!**

À **Professora Fabiola Barrocas Tavares**, pessoa muito respeitada e amada pelos usuários, familiares e trabalhadores do CAPS Caminhar. Minha orientadora do trabalho de conclusão de curso (TCC) de graduação de Pedagogia na Universidade Federal da Paraíba (UFPB), com quem comecei a trajetória de estudo e atuação no campo da saúde mental, considero-me “Pedro”, uma das suas primeiras discípulas (alunas extencionistas) nesse caminho, quando formou o Grupo de extensão “Cidadania dos diferentes”.

Estendo meu carinho para “**as meninas do Grupo de Fabíola**”, como nos chamávamos, são elas: **Camila Bandeira, Gerlane Barbosa, Hadassa albuquerque, Dávila nepomucena, Marilene Dácio, Gorete Jales, Kénia Karla**. Que saudades dos

nossos divertidíssimos encontros para leituras da temática e planejamento das atividades que iríamos realizar nas oficinas que desenvolvíamos no Centro Psicossocial. E dos nossos “aperreios” para fechar artigos para apresentações em congressos.

À **professora Marinalva de Souza Conserva**, suas orientações para condução desse trabalho, tecidas no momento da qualificação do projeto, foram fundamentais, conforme notificação feita pelo meu orientador e minha apreciação.

À **Maria de Fátima Batista da Silva, secretária do mestrado**, que contrariando a cultura de desqualificado atendimento do serviço público, sempre nos recebia com muita presteza e competência, dirimindo dúvidas e agilizando encaminhamentos.

Gostaria de mencionar a antiga diretora do Caminhar, **Eulália Freitas**, que fomentou nesse serviço um espaço aberto para pesquisa e parcerias de trabalho, em consonância com as prescrições do serviço de participação da comunidade. E aproveito para referendar a atual diretora, **Francisca Targino**, que manteve semelhante postura nos acolhendo, cedendo horas do espaço da reunião dos trabalhadores para consecução de nosso coletivo de trabalhadores.

E de modo geral, agradeço **a todos os trabalhadores do CAPS Caminhar**. Foi tanta correria para nos concederem uma entrevista, o Psicólogo Saulo que o diga. E relembramos como foi difícil fazer os pequenos grupos de discussão de normas, onde os funcionários ficaram, algumas vezes, para conclusão de um debate, mesmo após o expediente de trabalho. Ah! Tem a história do dia que meu gravador não comportava mais conteúdo e foram disponibilizados pelos profissionais seus celulares como instrumento de registro, mas, houve o incidente, quase uma tragédia, protagonizada novamente pelo psicólogo Saulo, pois não é que ele perdeu o seu celular, que continha parte de minha coleta de dados! Felizmente, ligaram avisando que tinha sido encontrado e assim foi resgatado, ufa!

À minha amiga de profissão, Serviço Social, **Daniele Tavares**, Assistente Social do Caminhar que representou uma ajuda impar, recolhendo meus materiais, agendando os encontros com os trabalhadores, incentivando-os a participarem da pesquisa, ressaltando a importância desse estudo para o serviço, intermediando contatos.

Concedam-me licença para agradecer a uma ex-funcionária do Caminhar, a **Assistente Social Bernadete Dantas**, recorri a mesma, algumas vezes, quando apareceram dúvidas sobre a configuração da rede de saúde mental, sobre as quais sabíamos que ela poderia esclarecer-me.

Aos usuários do CAPS, com eles passamos horas muito interessantes, deles recebemos abraços e sorrisos sinceros e convites para retornar.

Aos meus **amigos de trabalho no SAE** (Serviço de Atenção Especializada em DST/AIDS), **Waleska, Evaldo, Josimere, Edina, Luciana, Fátima**. Muito bom poder contar com vocês.

Creio, mesmo, que a tristeza exerce, na mente funções protetoras, muito semelhantes as que exercem, no corpo, a dor.

Oswaldo de D. Di Loreto

RESUMO

O paradigma vigente de atenção à saúde mental buscou romper com o modelo hospitalocêntrico e com a cultura de segregação das pessoas com doença mental, consubstanciando uma política que visa conferir-lhes cidadania e autonomia. Para consolidação dessa realidade muitos desafios são postos aos trabalhadores e trabalhadoras da saúde mental no campo de atuação dos serviços psicossociais, sendo-lhes requeridas novas competências. Este estudo aborda a defasagem existente entre a prescrição e o real do trabalho dos trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial, CAPS Caminhar, localizado na cidade de João Pessoa-PB. Investigou a organização do trabalho dos profissionais desse centro e buscou identificar possíveis sofrimentos provocados nesse meio de trabalho. Para compreender esta temática recorreremos aos referenciais teóricos e metodológicos da ergologia e da psicodinâmica do trabalho, que têm a atividade real como ponto central de análise, e se ocupam respectivamente da defasagem entre o trabalho prescrito e o real, e da dinâmica prazer sofrimento no trabalho. Para tal empreitada utilizamos método e técnicas de cunho qualitativo, incluindo entrevistas em grupo, observação global e sistemática da atividade, consulta documental e complementarmente entrevistas individuais. Os participantes da pesquisa foram profissionais de nível superior de diversas áreas e de nível médio de variados cargos, que atuavam no Caminhar. Os resultados mostraram defasagens entre o prescrito do trabalho, ou seja, aquilo o que se deve fazer, e o real do trabalho, a atividade propriamente desenvolvida. Em face das exigências e variabilidades do trabalho verificou-se alto nível de renormatizações da atividade, mostrando a capacidade criativa dos profissionais. Contrapondo-se ao fenômeno de competição e individualismo acirrados pelo atual contexto político-econômico e social calcado no receituário neoliberal, foram detectados mecanismos de defesa elaborados pelo coletivo dos trabalhadores contra o sofrimento do trabalho. Os profissionais engendraram suas atividades, em grande parte, através do trabalho coletivo, tecido multiprofissionalmente, pautando-se pela solidariedade e companheirismo. As condições de trabalho deixavam a desejar, fosse em relação ao espaço físico do CAPS, fosse por causa dos aspectos técnicos e humanos do trabalho. As formas de contratação dos profissionais em saúde mental, hodiernamente, apontam para uma situação precária de relações de trabalho. Esta situação incide sobre a consecução do trabalho de modo a dificultar a concretização dos princípios e prescrições que norteiam a política de saúde mental vigente. Mas, Apesar de serem muitos os obstáculos na implementação da saúde mental no campo psicossocial, os trabalhadores vivenciavam situações de reconhecimento do trabalho e experimentavam sentimentos de prazer e felicidade nesse trabalho através das renormatizações que implementavam.

Palavras-chave: Atividade de trabalho. trabalhador da saúde mental. Centro de Atenção Psicossocial.

RÉSUMÉ

Le paradigme actuel des soins de santé mentale a cherché à briser avec le modèle centré - hôpitaux et la culture de ségrégation des personnes souffrant de maladie mentale, consolider une politique de citoyenneté et d'autonomie. Afin de consolider ce fait, nombreux défis sont faits pour les travailleurs dans le domaine de la santé mentale et services psychosociaux, qu'il devient nécessaire nouvelles compétences. . Cette nouvelle étude porte sur l'écart entre la prescription du travail et le travail réel d'un centre soins psychosociaux (CAPS) de Joao Pessoa. L'organisation du travail enquête des professionnels de l'étude CAPS pour identifier les moyens potentiels de la souffrance causée dans ce travail. Pour comprendre cette question, nous avons utilisé l'ergologie théorique et méthodologique et de la psychodynamique du travail, qui a une activité de travail en tant que point central de l'analyse, respectivement, s'occupe l'écart entre le réel et le travail prescrit, et la dynamique de souffrance et plaisir au travail. Pour analyser l'organisation du travail sont utilisées méthodes et techniques qualitatives, entrevues de groupe, l'observation mondiale et systématique de la l'activité, recherche de documents et d'entrevues individuels complémentaires. L'échantillon se composait d'un groupe de professionnels de haut niveau dans différents domaines et différents postes de niveau intermédiaire, qui sont travaillé en *Caminhar*. Les documents résultats ont montré des écarts entre le travail prescrit, à savoir que ce qui devrait être fait, et le travail réel ou activité. À la lumière des exigences et de la variabilité du travail il y avait normes niveau d'activité élevé, montrant la capacité créatifs des professionnels. En revanche le phénomène de la concurrence féroce et l'individualisme par la flexibilité actuelle politique-économique et sociale, fondée sur néolibérale ont été détectés mécanismes de défense développés par le collectif des travailleurs contre souffrance en travail. Les activités professionnelles augmenté en grande partie, grâce au travail collectif, toujours en se concentrant sur la solidarité et de fraternité. Les conditions de travail laissent à désirer, que ce soit par rapport à l'espace physique de la CAPS, soit parce que des aspects techniques et humaines de travail. Les moyens d'embaucher des professionnels de la santé mentale pointer vers des de mauvaises conditions du travail. Il se concentre sur la réalisation des travaux afin de réaliser les principes et les exigences que la politique de santé mentale de guidage en vigueur. Voir que nombreux obstacles dans la implémentation de la santé mentale de domaine psychosociaux, les travailleurs reconnu des situations du travail et éprouvé un sentiment du plaisir et de bonheur dans ce travail.

Mots-clés: activité de travail. des travailleurs de la santé mentale. Centre de soins psychosociaux.

LISTA DE SIGLAS

ABI - Associação Brasileira de Imprensa

ABP - Associação Brasileira de Psicologia
ABRANGE - Associação Brasileira de Medicina de Grupo
AIH - Ações Integradas de Saúde
AET - Abordagem Ergonômica do Trabalho
APDT - Análise Psicodinâmica do Trabalho
CAPS - Centro de Atenção Psicossocial
CAPs – Caixas de Aposentadoria e pensões
CAPS ad - CAPS Álcool e outras Drogas
CAPS i - CAPS Infantil
CAT - Casa de Atendimento Transitário
CDS - Conselho de Desenvolvimento Social
CEBE - Centro Brasileiro de Estudo de Saúde
CIPA - Comissão Interna de Prevenção de Acidentes
CLT - Consolidação das Leis Trabalhistas
CNST- Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador
CPI - Comissão Parlamentar de Inquérito
CR - Consultórios de rua
CRST - Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
DD3P - Dispositivo Dinâmico de 3 Polos
DIESAT - Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisa de Saúde e dos de Trabalho
DINSAN - Divisão Nacional de Saúde Mental
DNS - Departamento Nacional de Saúde
DNSP - Departamento Nacional de Saúde Pública
ECRP - Encontro Coletivo Relativamente Pertinente
FAS - Fundo de Apoio Social
FBH - Federação Brasileira de Hospitais
FGTS – Fundo de Garantia por Tempo de Serviço
FUNRURAL - Fundo dos Trabalhadores Rurais
GRT - Grupo de Trabalho
GRTs – Grupos de Trabalho
IAPAS - Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social
IAPs – Institutos de Aposentadorias e Pensões

INANPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS - Instituto Nacional de Previdência Social
MS - Ministério da Saúde
MPAS - Ministério da Previdência e Assistência Social
MTSM - Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental
NAPS - Núcleo de Atenção Psicossocial
OAB - Ordem dos Advogados Brasileiros
OIT - Organização Internacional do Trabalho
PASEP - Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público
PASM - Pronto Atendimento da Saúde Mental
PCCR - Plano de Cargo, Carreira e Remuneração
PEAD - Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção e outras Drogas
PDT – Psicodinâmica do Trabalho
PROBEX - Projeto Bolsa Extensão
PROLICEN - Projeto de Iniciação Científica
PSF - Programa Saúde da Família
PIEC - Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas
REME - Movimento de Renovação Médica
SAMU – Serviço Móvel de Urgência
SBPC - Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência
SENAES - Secretaria Nacional de Economia Solidária
SFH – Sistema Financeiro de Habitação
SINPAS – Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SNDM – Sistema Nacional de Doença Mental
SRT - Serviço Residência Terapêutica
SUS - Sistema Único de Saúde
SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
TC – Terapia Comunitária
TOC - transtorno obsessivo compulsivo
TR – Técnico de Referência
UBS – Unidade Básica de Saúde
UNE - União Nacional dos Estudantes
UPAS – Unidades de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	16
--------------------------	-----------

CAPÍTULO I

2 HISTÓRICO DA SAÚDE MENTAL	25
2.1 A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL E HISTÓRICO DA (DES) ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL.....	29
2.1.1 A Intervenção do estado na saúde (1920 a 1964).....	33
2.1.1.1 Apropriação da saúde pelo setor privado (1964 -1980).....	39
2.1.1.1.1 Movimento de reforma sanitária (1980-2012).....	42

CAPÍTULO II

3 A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA.....	48
3.1 O 1º CAPS E AS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE MENTAL.....	52
3.1.1 A Rede nacional de saúde mental brasileira.....	55
3.1.1.1 As residências terapêuticas.....	59
3.1.1.1.1 O programa de volta para casa.....	61
4 EMPREENDIMENTOS SOLIDÁRIOS.....	64
4.1 CONSULTÓRIO DE RUA (CR).....	65
4.1.1 Atenção psiquiátrica hospitalar.....	68
4.1.1.1 O sistema único de saúde no município de João Pessoa.....	69

CAPÍTULO III

5 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICO-METODOLÓGICA.....	75
5.1 ABORDAGEM ERGOLÓGICA DO TRABALHO.....	77
5.1.1 Psicodinâmica do trabalho.....	81
5.1.1.1 Aspectos metodológicos da pesquisa.....	85
5.1.1.1.1 Instrumentos de coleta dos dados.....	86
6 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DOS DADOS.....	92
6.1 PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DOS DADOS.....	93

CAPÍTULO IV

7 RESULTADOS E ANÁLISES - O CAPS CAMINHAR.....	99
7.1 ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO DO CAPS CAMINHAR.....	102

7.1.1 Quem pode ser atendido no CAPS e como se faz para ser atendido no CAPS?.....	108
7.1.1.1 As ações desenvolvidas no CAPS: prescrição e atividade.....	110
7.1.1.1.1 As oficinas terapêuticas.....	111
8 O ATENDIMENTO PSICOTERÁPICO.....	116
8.1 ORIENTAÇÃO INDIVIDUAL E COLETIVA.....	120
8.1.1 Serviço de dispensação de medicamentos e consulta farmacêutica.....	121
8.1.1.1 Ações comunitárias e familiares.....	127
8.1.1.1.1 Assembleias com usuários e familiares.....	129
9 TERAPIA COMUNITÁRIA.....	132
9.1 VISITA DOMICILIAR.....	134
9.1.1 O contexto do trabalhar, a mobilização subjetiva dos profissionais do CAPS Caminhar e debate de normas.....	136
9.1.1.1 Debates sobre a formação permanente	139
9.1.1.1.1 Relação do Caminhar com a Unidade básica de Saúde (UBS).....	141
10 RECONHECIMENTO DO TRABALHO.....	144
 11 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	 153
REFERÊNCIAS.....	158
ANEXOS.....	167

1 INTRODUÇÃO

O interesse por este tema surgiu a partir das atividades realizadas como monitora dos Projetos de Extensão (PROBEX) e do Projeto de Iniciação Científica (PROLICEN) desenvolvidos no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Caminhar, através da Universidade Federal da Paraíba na condição de discente do curso de Pedagogia¹.

Durante o período em que estivemos em contato com o CAPS em questão, vários aspectos do trabalho dos profissionais nos chamaram a atenção, tais como: a sobrecarga de atribuições, o frequente desligamento de trabalhadores de determinadas categorias, a precarização das formas de contratação e um desgaste emocional muito grande por parte dos profissionais. A partir dessas percepções um olhar de lupa da nossa parte foi lançado sobre o trabalho dos profissionais em saúde mental e diversas questões foram aflorando: Como os profissionais lidam e respondem as exigências do trabalho em saúde mental?

Quais as saídas que constroem para as novas tarefas prescritas?

Como as dificuldades e variabilidades do trabalho são percebidas pelos profissionais e como as enfrentam?

Existe discussão coletiva das atividades?

O enfrentamento dos problemas técnicos, organizacionais e sociais ocorre de que forma?

Quais as consequências deste trabalho para a saúde física e mental dos mesmos?

No trabalho em saúde mental e no contexto da reforma psiquiátrica, permeiam conflitos sustentados por diferentes paradigmas, ideologias, lutas sociais, encampadas por e entre categorias (AMARANTE, 1995); além do mais os profissionais desse campo lidam, cotidianamente, com a sobrecarga do transtorno mental do usuário e com o desgaste físico e emocional do seu familiar cuidador (agora também incorporado como demanda dos serviços alternativos aos manicômios). Neste contexto, uma questão de fundo se coloca: como é a atividade dos profissionais em saúde mental do CAPS neste novo modelo de serviços?

O processo de luta brasileira por transfiguração paradigmática no campo de trabalho da saúde mental iniciou-se com o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), em 1978. Em sua origem, o MTSM, agrupava um conjunto de técnicos de várias categorias profissionais, estes se preocupavam em acompanhar e denunciar a falta de recursos das instituições psiquiátricas e a consequente precariedade das suas condições de

¹ Explicitamos que optamos pela forma gramatical na primeira pessoa (do plural) já partindo da introdução da dissertação, ao invés do modo impessoal, fizemos essa escolha por utilizarmos uma metodologia na qual participamos de forma muito presente na investigação da rotina de trabalho dos servidores da instituição estudada. Conferimos assim, uma escrita mais pessoal por entendemos ser a mais adequada mediante a participação ativa que tivemos como mediadora dos GTS e na observação do cotidiano institucional.

trabalho. Apresentavam como pauta relevante à mudança do modelo assistencial hospitalar, também chamado de modelo manicomial, relegando a psiquiatria configurada no controle e normatização do transtorno mental².

Conforme registra Amarante (1995), a reforma psiquiátrica brasileira se deu sob influências dos Estados Unidos e da Europa (regiões vanguardas dessa empreitada). As referências mais importantes foram às comunidades terapêuticas (Inglaterra), a psiquiatria institucional ou psiquiatria de setor (França) e a psiquiatria preventiva (EUA), e, sobretudo, a experiência de desinstitucionalização manicomial realizada na Itália na cidade de Trieste liderada pelo médico Franco Basaglia. Essa reforma apresentou-se com caráter de mudança paradigmática, posto que a experiência italiana de reforma entendeu que não bastava trocar o local do tratamento, mas transformar a forma de conceber a problemática da loucura, cuidar e lidar com ela. Tratava-se de colocar a doença entre parênteses e cuidar da pessoa em sofrimento psíquico.

Através do preconizado na Lei Nº 10.216/2001 (que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental), foi criada no Brasil, uma rede alternativa de serviços de saúde mental³, a qual deveria constituir-se, de fato, uma rede substitutiva aos manicômios, destarte, prevalece, atualmente, no país um convívio dual entre a rede substitutiva gestada e o atendimento manicomial.

A reforma psiquiátrica brasileira foi implantada no bojo das transformações socioeconômicas, de âmbito mundial, sob o auspício neoliberal, que acarretou profundas consequências sobre o trabalho e os trabalhadores.

A reestruturação produtiva que assolou o mundo até o final do século vinte foi uma consequência da crise do modelo das formas de organização do trabalho até então vigentes. De 1930 a 1970, período tido como anos gloriosos de expansão do capital industrial, a forma de organização do trabalho esteve pautada no padrão produtivo taylorista-fordista⁴.

² Amarantes relata esse histórico do MTSM com a propriedade de quem o vivenciou como profissional e militante pela concretização da reforma psiquiátrica. A esse respeito ver: AMARANTE, Paulo. Loucos pela vida: **A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

³ A rede de saúde mental será delineada em um capítulo próprio, ela é constituída por critérios populacionais e demandas do município, podendo contar com Centros de Atenção Psicossocial, Centros Comunitários, Instituições de defesa dos direitos dos usuários, Residências Terapêuticas, Hospital Geral. Devendo para sua constituição, articular todos os recursos disponíveis: afetivos, sanitários, sociais, econômicos, conforme referenda o documento “Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial” (BRASIL, 2004).

Entretanto, o taylorismo-fordismo começou a perder força, na década de 1970, em função de uma crise de sobre acumulação que gestou o esgotamento global nesse padrão de acumulação evidenciado pela recessão, baixas taxas de crescimento econômico, altas taxas de inflação.

Esse contexto favoreceu a consolidação do ideário neoliberal que passou a ganhar terreno, e gradativamente os estados se coadunaram com as forças econômicas dos países centrais e implementaram o paradigma neoliberal, que tem como eixo a concessão de autonomia ao mercado, e insurge como uma reação ao Estado de bem estar social, opondo-se contra as suas funções reguladoras. Consolidando um processo de suplantação do público pelo privado, e gestando a desarticulação dos trabalhadores unidos sindicalmente, como condição *sine qua nom* para possibilitar o rebaixamento salarial, e provocar a competitividade entre os trabalhadores (IAMAMOTO, 2001).

A transfiguração do capital sob o auspício neoliberal, como resposta a sua crise, provocou uma profunda reestruturação produtiva, gestando novos métodos de gerenciamento, sobressaindo o método de administração japonesa. Com o sucesso adquirido na produtividade e competitividade das companhias automobilísticas japonesas, o “Toyotismo”, ou modelo japonês⁵, se contrapôs ao fordismo, adaptando a economia global ao sistema produtivo flexível (CASTELLS, 1999).

Na ótica da empresa enxuta, na qual o trabalhador deve ser polivalente, sendo esse chamado a exercer várias funções, no mesmo tempo de trabalho e com o mesmo salário (IAMAMOTO, 2001). Antunes e Alves (2010) inferem que as mutações criaram uma classe trabalhadora mais heterogênea, mais fragmentada e mais complexa, entre qualificados e desqualificados, mercado formal e informal, jovens e velhos, homens e mulheres, estáveis e precários, imigrantes etc.

Essas são condições adversas e negativas do mundo do trabalho que constituem uma problemática social, fomento de instabilidade do trabalhador acerca da sua própria manutenção material, bem como de instabilidade emocional, e de possíveis adoecimentos provocados nessa relação com o trabalho. Representa essa realidade uma conjuntura de

⁴ Antunes (2001) explica o método científico de produção gestado: Taylor distinguiu o trabalho intelectual do trabalho manual, subestimando e subalternizando o sujeito que executa, esse modelo que fundamentou basicamente na produção em massa, em unidades produtivas concentradas e verticalizadas, com um controle rígido dos tempos e dos movimentos, desenvolvidos por um proletariado coletivo e de massa, sob forte desportismo e controle fabril.

⁵ Antunes (2001) sintetiza como forma particular de expansão do capitalismo monopolista do Japão no Pós-45, caracterizada nos seguintes aspectos: produção flexível, produção com tecnologia moderna, utilizando-se crescentemente da microeletrônica e da produção informatizada e heterogênea, com estoques reduzidos, com forte processo de terceirização e precarização do trabalho.

ordem estrutural, que legitima um exército de reserva de forma banal e impõe aqueles que estão no mercado de trabalho, formal e informal, dramáticas do “uso de si” que se aproxima de verdadeiros dramas pela sobrevivência material, num desdobrar-se entre vários empregos e “bicos”, em detrimento do direito ao lazer, e do desfrutar de uma vida sócio-familiar de forma mais intensa.

Os profissionais de saúde têm a peculiaridade de atuarem em mais de um trabalho, inclusive, estando legalizado pela legislação do servidor público esse acúmulo, o qual era exclusividade médica, mas que se estendeu para o trabalhador da saúde de nível médio profissionalizante e para profissional de nível superior.

Ramminger (2009) coloca que o trabalho no campo da saúde mental é identificado por alguns autores como “trabalho sentimental”, considerando a forte mobilização afetiva e a dimensão relacional exigida. Temos que grande parte da vida da pessoa está comprometida com esse labor e com o seu teor de envolvimento emocional, além do mais, com o cenário de mudança paradigmática da reforma psiquiátrica novas exigências e competências são postas aos trabalhadores da saúde mental, bem como, a demanda de serviços aumentou, englobando o atendimento tanto ao usuário como ao seu cuidador e a abordagem individual cedeu lugar a abordagem coletiva.

No entanto, grande parte dos profissionais foi formada num currículo tradicional com o foco clínico. As pessoas formadas antes dessa data conheceram apenas a realidade manicomial ofertada como campo de estágio, representando a rede alternativa a essa instituição segregadora uma realidade nova e desafiadora.

O levantamento feito por Ramminger (2009) revela farta bibliografia que se preocupa em rediscutir a função dos diferentes profissionais nas equipes dos novos serviços de Saúde Mental. Mas, a autora nos relata, que a bibliografia existente sobre a relação entre saúde e trabalho em saúde mental é recente, datando de pouco menos de uma década e observa que nestes estudos há um nítido destaque para as atividades da enfermagem e um privilégio, dentro do campo da saúde do trabalhador, para a relação entre saúde mental e trabalho. Portanto, esta dissertação traz a contribuição científica de abarcar outros profissionais nessa linha de estudo, inclusive trabalhadores de nível médio que atuam no CAPS, locus desta pesquisa.

Neste contexto a investigação teve como objetivo geral compreender a atividade dos profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), no empenho de desvelar o distanciamento existente entre o trabalho prescrito ou tarefa – aquele trabalho que deve ser feito, sem ter em conta as variabilidades tanto das condições de produção quanto das

condições humanas - e a efetivação das atividades ou trabalho real, que é a outra face em que o trabalhar se configura, com todas suas dramáticas. Como objetivos específicos desse estudo, buscamos entender como se estabelecia à organização do trabalho do Centro Caminhar e identificar possíveis sofrimentos para o trabalhador (patogênicos e criativos) nessa dinâmica de trabalho.

Organização definida conforme o entendimento posto por Dejours (1987), como sendo a divisão do trabalho, o conteúdo da tarefa, da incorporação, o sistema hierárquico, as modalidades de comando, as relações de poder, as questões de responsabilidades.

A fundamentação teórica do nosso estudo baseou-se principalmente nos pressupostos da Ergologia que propugna a inferência de uma indubitável defasagem entre o trabalho prescrito e o real, característica identificada como sendo universal e prevalente na espécie humana. Princípio esse que a Ergonomia da Atividade já tem perseguido e comprovado após travar a “batalha do real”⁶. Recorremos ainda aos referenciais da Psicodinâmica do Trabalho (PDT) que foca seu estudo nos processos psíquicos e intersubjetivos relacionados ao sofrimento e prazer no trabalho. Utilizamos alguns conceitos chaves da PDT como a inteligência da prática, dinâmica do reconhecimento e as estratégias de defesa contra o sofrimento.

Os caminhos metodológicos que utilizamos partiram da criação de um espaço de escuta coletiva dos trabalhadores, onde foram compartilhadas as vivências subjetivas e profissionais. Dessa forma, elaboramos a partir da perspectiva ergológica e da Psicodinâmica do Trabalho o Grupo de Encontro de Trabalho (GRT), que deu início a primeira etapa, que corresponde ao debate de normas e discussão de demandas. A seguir, citamos outros instrumentos de coleta de dados usados na pesquisa:

A técnica da **Observação Global**, metaforicamente é o retrato geral e minucioso da instituição. Constituído através de um olhar panorâmico, global, sobre todo o funcionamento da instituição e sua organização do trabalho, envolvendo consulta de arquivos, portarias, manuais, prescrições sobre os serviços. Como essa etapa da pesquisa envolveu muita pesquisa e leitura de diversos documentos, entendemos que se consubstanciou também a **técnica da pesquisa documental**.

⁶ Trinquet (2010) historiciza que havia 40 anos que os ergonomistas de língua francesa, sob a direção do professor Alain Wisner, descobriram – observando postos de trabalho extremamente taylorizados – a existência da distância permanente entre o trabalho prescrito e aquele efetivamente realizado. Iniciando uma famosa “batalha do real”, batalha exclusivamente intelectual e acadêmica, para, finalmente, ser admitida a distância prescrito/real.

Adotamos ainda a **observação sistemática ou estruturada**, a qual exige um planejamento prévio para o seu desenvolvimento e busca compreender a atividade em seu processo. Requer uma participação direta do trabalhador para explicar como ocorre a atividade. Nesta etapa, foi feita observação direta do trabalho, para tanto agendávamos com os funcionários, de determinado setor, o dia específico para acompanhá-los no exercício de certas atividades de trabalho.

Usamos, ainda, a **entrevista semiestruturada** para complementar a coleta de dados. Foi utilizado um roteiro com perguntas direcionadas aos objetivos pretendidos e que fazia a intermediação para a interação do pesquisador com o informante. E recorremos a um **questionário** para levantar dados mais objetivos e traçar um perfil socioeconômico dos trabalhadores. Recorremos aos GRTs, grupos de trabalhadores, para discussão das temáticas e validação dos dados coletados.

Essa dissertação está configurada da seguinte maneira:

No **capítulo I**, iniciamos fazendo um resgate sobre as concepções e o trato dispensado a “loucura” ao longo da história, até adentrarmos no contexto atual, onde temos o modelo psicossocial. Buscamos destacar a diferença prevalente entre o modelo de atendimento hospitalocêntrico e o modelo vigente alternativo ao manicômio, para assim entendermos melhor a transfiguração ocorrida no campo da saúde mental.

Seguimos com a “política de saúde no Brasil e com o histórico da (des)atenção à saúde mental brasileira”, percorrendo uma longa trajetória marcada pela vinculação do acesso a saúde a condição de trabalhador ligado a previdência social; até adentrarmos na realidade de transformação paradigmática no campo a saúde com a gestação do Sistema Único de Saúde ensejado com o movimento de reforma sanitária. Históricos que aglutinamos por décadas até o limite de certos marcos, que didaticamente encerramos em tópicos específicos para melhor caracterização contextual.

No **Capítulo II**, abordamos o processo de construção da reforma psiquiátrica brasileira, registrando o histórico de criação do primeiro dispositivo psicossocial gestado no Brasil, primeiro CAPS, perpassando pelas conferências nacionais de saúde mental. Apresentamos também como se configura a rede nacional de saúde mental atual, que conta com diversos dispositivos psicossociais, e contraditoriamente, com a retaguarda de unidades de serviços hospitalocêntricos. Por fim, nesse capítulo, trazemos o delineamento da rede local de saúde do município de João Pessoa.

No **capítulo III**, explanamos sobre alguns conceitos que são importantes para entendimento do nosso trabalho, ou seja, tecemos pontos de esclarecimentos sobre a

fundamentação teórico-metodológica que encerra esse trabalho. Nesse percurso, abordamos sobre a *dermaché* ergológica do trabalho, apresentando o seu arcabouço teórico, assim explicamos como se processa sua metodologia através do Dispositivo Dinâmico de Três Polos (DD3P).

Seguimos explicando o outro referencial teórico-metodológico adotado, a **Análise Psicodinâmica do Trabalho (APT)**, igualmente explanando sobre conceitos que perfazem essa teoria crítica do trabalho e de maneira sintética expomos, no que tange ao método da psicodinâmica, as etapas que o constituem.

Registramos **opercorso metodológico** vivenciado com os trabalhadores do Centro de Atenção Psicossocial nessa investigação e as dificuldades que nos deparamos para cumprimento das etapas requeridas pelos referenciais supracitados e como encaminhamos esses entraves a partir da disponibilidade e envolvimento dos trabalhadores do CAPS com a pesquisa que se empenharam para sua consecução. E explanamos sobre o método utilizado em nossa dissertação, onde explicamos como foram empregados os instrumentais que o compõe, partindo das observações sistemática e global que eram registradas em diário de campo. Apresentamos os documentos elencados com o instrumental da pesquisa documental e os Grupos de Trabalhos, GRT1 e GRT2, respectivamente, os pequenos coletivos de trabalhadores para discussão das prescrições do trabalho, os grupos de aprofundamento e validação do ponto de vista da atividade (ensejado no GRT1). E fazemos as explicações sobre os procedimentos adotados para a produção dos dados e sua análise.

No capítulo IV, iniciamos apresentando o CAPS Caminhar, trazendo o delineamento da organização do trabalho em seus diversos aspectos: estrutura física da instituição, , público que o serviço atendia e a forma de ingresso dos usuários no serviço, divisão de tarefas entre os trabalhadores e funcionamento das atividades que os mesmos desenvolviam, relação do Centro com outras instâncias (como a Unidade de Saúde da Família).

Num processo de análise dos dados coletados, apresentamos os resultados dos grupos de trabalho e das entrevistas, instrumentais que permitiram aos trabalhadores do Caminhar analisar diversas questões pertinentes ao seu labor cotidiano, como o reconhecimento do seu trabalho, a incidência de possíveis adoecimentos advindos do trabalho, identificação de estratégias de defesa etc.

Nesse estudo foram percebidas e reveladas artimanhas dos trabalhadores na tentativa de fazerem cumprir as prescrições normativas, de modo a evitarem o adoecimento físico e mental, nesse jogo os trabalhadores criaram os encontros coletivos relativamente pertinentes

e conquistaram certa liberdade para elaboração de esquemas de trabalho gestados por eles próprios na função de executores de certas atividades.

CAPÍTULO I

2 HISTÓRICO DA SAÚDE MENTAL

Até o início da era cristã a loucura pode ser vista pelo menos por três enfoques, a saber: mitológico, psicológico passional, organicista. Essas percepções sobre o fenômeno da loucura são permanentes na história, reaparecendo atravessando diferentes épocas, inclusive a contemporânea (RAMMINGER, 2002).

Na antiguidade pré-socrática a loucura tinha uma etiologia mitológico-religiosa, era explicada como sendo obra do deus Zeus ou de outros deuses, ou ainda de entidades subalternas de diferentes níveis hierárquicos. Assim não era considerada doença, mas obra de divindades e encontrava espaço para sua manifestação e não gerava estigmas (CIRILO, 2006).

Destarte, foi ganhando uma dimensão psicologizante e racionalista a partir das clássicas tragédias gregas⁷, sendo confrontada com limites da natureza humana frente a forças dos seus sentimentos, tipo paixão. Estando desse modo, relacionada aos conflitos passionais do homem e mulher, mesmo que sobre influencia dos deuses (PESSOTI, 1994).

Já na obra de Hipócrates⁸ emerge um novo conceito, a loucura passa a ser efeito de disfunções somáticas, sendo explicada como desequilíbrio da natureza orgânica, corporal do homem. A Saúde era concebida no estabelecimento da harmonia no sistema de humores e como o equilíbrio entre esse sistema e o meio externo (PESSOTI, 1994).

Na idade média a loucura estava relacionada à possessão diabólica, sendo atribuída a obra do demônio. O período medieval caracterizou-se por um retrocesso de todo pensamento científico, daí sua designação como época das trevas, do obscurantismo. No que diz respeito ao tratamento vigente desta época, o exorcismo, a fogueira e a prisão dos enfermos, era a forma adotada por essa sociedade. A segregação passou também a ter tônica do “cuidar”. *“...Nesse período surge à figura mítica da nau dos loucos, que vagava pelos rios, de cidade em cidade, povoando por muitos anos o universo imaginário do homem europeu”* (CIRILO, 2006, p. 19).

⁷ Dentre essas obras citamos Eletra, Helena, do dramaturgo grego Eurípedes. E as tragédias gregas de Sófocles: Édipo.

⁸ Entre as obras do Corpus hippocraticum (o conjunto das obras atribuídas a Hipócrates) está o **“Tratado dos ares, das águas e dos lugares”** (século V a.C.) que analisa as doenças relacionando-as com questões ambientais, em detrimento de causas divinas, comumente, atribuídas pela cultura mítica.

Ao longo do século XVII e XVIII a etiologia diabólica foi sendo abandonada e houve um resgate das ideias de Hipócrates, identificando a loucura com a patologia de funções nervosas superiores. “Assim o delírio é a marca distintiva da insanidade, já que as perturbações intelectuais passam a ser a condição principal para o diagnóstico da loucura” (RAMMINGER, 2002, p. 112). Na contextualização do século XVII, o modelo econômico que se configurava, o mercantilismo, visava derrubar o absolutismo de poder centrado na figura de um monarca e visava provocar uma dinamização econômica, nessa ceara, o louco passou a ser encarcerado por ser considerado inútil no sistema de produção, comercialização e consumo. Agora sua exclusão não estava mais pautada no discurso de repressão religiosa, mas de caráter econômico (CIRILO, 2006).

Ramminger (2002) registra a criação sistemática de manicômios no século XVII, relacionando esse despontamento com as ideias de Descartes, ao identificar a razão do pensamento como condição para a existência, apontando o consenso da razão e do juízo como requisitos para que a pessoa pudesse cuidar de si própria.

A autora destaca também o advento da Revolução Francesa e da formação do Estado, que passou a ser responsável pela ordem social. E a Revolução Industrial que marcou a consolidação do capitalismo, “a partir dessas significativas transformações na organização social da Europa, [...], passa a existir uma condenação ética da loucura, identificando-a com a ociosidade” (RAMMINGER, 2002, p. 113).

Nessa ideologia, a exclusão se deu devido à ordem burguesa em construção, à relação do homem com o trabalho, à necessidade de um controle social. Para manter esse controle foram criados em toda a Europa hospitais gerais, para onde foram enviados todos aqueles que de certa forma, por não se adequarem, comprometiam essa nova ordem: marginalizados, pervertidos, miseráveis e dentre eles os loucos (FOUCAULT, 1978). Sobre a loucura aponta o autor: “...ei-la amarrada, solidamenteno meio das coisas e das pessoas. Retida e segura. Não existe mais a barca, porém o hospital” (FOUCAULT, 1978, p. 42).

Somente no século XVIII que a loucura passou a ser isolada de outros tipos de “desatinos”, sendo consagrada como legítima herdeira do espaço de internamento, marcada como objeto de saber médico, tipificada como doença mental e portanto alvo de cura (CIRILO, 2006).

Com o Tratado Médico-Filosófico sobre a Alienação Mental, ou Traité, de Pinel publicado em 1801, inaugurou-se a psiquiatria como especialidade médica, nessa obra Pinel definiu a loucura (ou alienação) como desarranjo das funções mentais, notadamente as cognitivas. Assim, foi instituída a visão clínica da loucura, posto que o diagnóstico estava

implicado com a observação rigorosa e sistemática das transformações da vida biológica, nas atividades mentais e no comportamento social do paciente. E o manicômio seria o local apropriado para as minuciosas observações, de forma que a loucura foi institucionalizada no manicômio como local de pretensa cura (RAMMINGER, 2002).

Como base do seu tratamento Pinel adotou uma terapêutica de cunho moral, numa postura de tutelar o sujeito acometido de doença mental por vê-lo como um incapacitado. Assim o manicômio, com Pinel, justifica-se não mais como necessidade da sociedade mais também do louco, e se proliferou por toda a Europa e pelo mundo como modalidade eficaz de trato do sujeito tido como “insano” (RAMMINGER, 2002).

Posteriormente, o psiquiatra francês Jean Esquirol, reforçando as ideias de Pinel, como seu fiel e ortodoxo discípulo, apresentou justificativas supostamente razoáveis para defender o sequestro da pessoa que sofre de transtorno mental: garantir a segurança do louco e de sua família e liberá-lo das influências externas, vencer suas resistências pessoais, tutelá-lo a um regime médico, impor-lhes novos hábitos intelectuais e morais (FOUCAULT, 1978).

Fizemos toda essa fundamentação para embasarmos historicamente o nascimento do manicômio e refletirmos sobre o papel social que esses vêm assumindo até então. Essa instituição como vimos carrega o peso histórico-social de ser mecanismo de exclusão social e nesse limite dá respaldo para a emergência de forças políticas populares e de profissionais articulados que num exercício de militância buscam transcender esse paradigma pautado marcadamente nos interesses da classe burguesa.

A caracterização do atendimento ao “paciente”, como sujeito passivo e sem vontades próprias conforme subjugação do manicômio e a transfiguração paradigmática para o atendimento ao “usuário” como sujeito em vias de empoderamento é o que buscamos evidenciar.

A rede psicossocial, e mais focalmente os CAPS, distinguem-se sobremaneira dos hospitais psiquiátricos. O manicômio delinea-se tal como situa Erving Goffman, como uma instituição total (1961). Sobre os asilos, esse autor elencou algumas das características desse lócus e das consequências para a vida do seu interno: perda de contato com a realidade externa; ócio forçado, submissão dos pacientes aos profissionais, perda de amigos e de propriedades, estar submetido a condições adversas do meio ambiente, largado nos pavilhões e em precárias estruturas de enfermarias, e mais dramaticamente, significa perda da perspectiva de vida fora da instituição.

Foucault (1999) nos fala que a distribuição dos indivíduos no espaço é o primeiro passo da disciplina, como poder exercido sobre os corpos, sendo preciso separá-los, mas torná-los visíveis para a observação, fazendo alusão à estrutura do Panóptico Hill⁹.

Nos manicômios as pessoas são representadas como massas, elas têm suas rotinas controladas, onde se estabelece rígidos horários para suas atividades cotidianas e lhes são impostas limitações de circulação, sendo pré-definidas as localizações onde elas podem transitar. Os funcionários da instituição manicomial têm a atribuição de agentes disciplinadores¹⁰ e domesticadores dos internos, pois como agentes empregados dessa lógica institucional, espera-se desses trabalhadores que cumpram o objetivo de dominar os desejos, os comportamentos, dando conta das suas minúcias, tornando-os, sujeitos de corpos dóceis (FOUCAULT, 1999).

A contestação impressa pela reforma psiquiátrica entende que essas atitudes de uniformização geram a perda da individualidade, numa prática de coisificação do sujeito e cronificação da doença mental.

Contrapondo ao modelo manicomial, temos os serviços substitutivos, em especial os CAPS, sua lógica se dá principalmente pelo acesso local e comunitário, pelo maior envolvimento da família no cuidado, pois a instituição familiar é tida, doravante, como o principal suporte de apoio ao membro doente mental. Nesse tocante, as novas diretrizes para a saúde mental preconizam tanto o envolvimento do usuário no tratamento como da sua família no serviço CAPS. Alertando para que o incentivo a participação do familiar não se restrinja no apoio para a adesão do usuário ao serviço, mais fomente seu envolvimento no projeto terapêutico. As prescrições do CAPS preconizam que essa participação ocorra diretamente nas atividades internas do serviço, como nos projetos de trabalho e ações comunitárias de integração social (BRASIL, 2004).

Mudou-se também o objetivo da abordagem profissional, estando o profissional da saúde mental no molde psicossocial comprometido com uma melhor qualidade de vida e com a construção da cidadania da pessoa com transtorno mental, relegando o papel de tratar o sentido de curar a psicopatologia, reavaliando-se assim o próprio conceito de normalidade.

⁹ Forma arquitetônica estratégica de visibilidade total dos indivíduos e que impõe uma hierarquia rigorosa de disciplinamento. Tem base no modelo do panóptico de Bentham (Foucault, 1999).

¹⁰ Foucault (1999) define disciplina como métodos que permitem o controle minucioso das operações do corpo, que realizam a sujeição constante de suas forças e lhes impõe uma relação de docilidade-utilidade. Sobre o controle disciplinar assinala que essa prática é justamente uma anatomia política dos detalhes

Os profissionais do CAPS atendem a uma população cada vez mais diversificada e crescente, pois são inseridas pessoas com diversos diagnósticos ora não atendidas, a priori, nos manicômios, a exemplo das pessoas diagnosticadas com síndrome de pânico, transtorno obsessivo compulsivo (TOC), depressão etc. Transtornos neuróticos que podem levar a intenso e severo sofrimento psíquico, que as põem na condição de possíveis usuários dos CAPS.

Como posto, novas exigências são feitas aos profissionais, por exemplo, o pedagogo, o assistente social, o terapeuta ocupacional, e outras categorias, deparam-se com a tarefa de fazerem a atividade de triagem dos indivíduos considerados aptos ou não aptos para serem usuários do CAPS, quando atuando na atividade de triagem dos usuários, numa missão de diagnóstico que antes era de atribuição médica.

A hegemonia do discurso médico com relação aos demais profissionais de saúde defronta-se com uma prescrição diferenciada, orientada para o rompimento do rígido limite de definição de tarefas por categorias, necessitando assim a abertura para o diálogo e construção de um trabalho inter-profissional, onde não deva prevalecer uma hierarquia de poder centrada em uma categoria profissional.

As prescrições para os CAPS estabelecem que esses centros desenvolvam atividades em grupo, individuais e até de forma comunitária, não obstante, deparamo-nos com profissionais da área da saúde que foram formados e capacitados para intervirem no lócus manicomial e numa concepção “medicalizada” da doença mental, sem a devida leitura de condicionantes psicossociais sobre esse adoecer, conforme realidade da nossa amostra, assunto que será melhor comentado noutro tópico, o qual abarca algumas características do perfil social dos trabalhadores do CAPS Caminhar. Então vamos seguir com a política de saúde.

2.1 POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL E HISTÓRICO DA (DES)ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL BRASILEIRA

No Brasil, até 1930, inexistia uma política nacional de saúde. A política de estado para a saúde só iniciou no século XX. De acordo com Bravo (2001) no século XVIII, a assistência médica era pautada na filantropia e na prática liberal, mas que no século XIX, em decorrência das transformações econômicas e políticas, algumas iniciativas surgiram no campo da saúde pública, com a vigilância do exercício profissional e a realização de campanhas limitadas.

A participação de uma intervenção estatal, sobre a saúde mental é evidenciada bem mais precoce, relativamente ao ensejo de uma política de saúde nacional, mas, o cuidado dispensado saúde mental pautou-se na lógica da segregação social e marcada pelo crivo do assistencialismo, da filantropia e da caridade.

A psiquiatria no Brasil começou a ser objeto de intervenção por parte do Estado a partir da chegada da Família Real portuguesa em 1808, nesse momento histórico, iniciaram-se no país mudanças econômicas e sociais, por exemplo, houve a abertura de cursos superiores, entre eles o de medicina, na cidade do Rio de Janeiro, antes desse marco era proibida a instalação de cursos superiores na colônia, e os poucos brasileiros que tinham formação superior, foram formados na Europa (HEIDRICH, 2007).

Amarantes (1994) retratando o histórico inicial do cenário de descaso com os doentes mentais na época da chegada da família real registra que eles eram desassistidos. Ficavam perambulando pelas ruas, outros eram isolados em prisões, trancafiados em suas casas por suas famílias, em asilos de mendigos, ou nos porões das Santas Casas das Irmandades de Misericórdia (localizadas nas cidades de grande porte), que eram instituições filantrópicas e religiosas, que acolhiam os enfermos, os quais eram toda sorte de párias, dentre esses:

...trabalhadores, camponeses, desempregados, índios, negros, “degenerados”, perigosos em geral para a ordem pública, retirantes, que de alguma forma [...] padeciam de algo que se convencionou chamar sobre o título de doença mental (AMARANTES, 1994, p.75).

A criação do espaço institucional para o louco, desde o acolhimento nas santas casas e depois nos hospícios, foi basicamente a criação de um espaço político do desvio de comportamento, de atitude, de desejo, e até de fantasia (LUZ, 1994). Num delineamento típico da época clássica narrada por Foucault (1978), na qual o hospício e as “Santas Casas” tinham uma função eminentemente de hospedaria e representavam o espaço de recolhimento de todos os grupos de indesejáveis.

Segundo Machado (1982), no Brasil, os médicos se colocavam contra o descaso na situação de atendimento ao doente mental, criticando tanto a situação dos “loucos” nas ruas quanto seu isolamento nas Santas Casas, e, assim, lançaram uma nova palavra de ordem, “*aos loucos o hospício*”. Reivindicação que foi atendida, com a primeira instituição manicomial no Brasil¹¹, Hospício de Dom Pedro II, inaugurada no Rio de Janeiro em 1852,

tendo sido criada por Dom Pedro II. *“O Novato hospício brasileiro nasceu vinculado a Santa Casa de Misericórdia e sob tutela do imperador, o que nos aponta seu caráter filantrópico e não médico”* (HEIDRICH, 2007, p. 74).

Permaneceu o “Dom Pedro II” sendo administrado pela Santa Casa de Misericórdia, de forma que o Estado não assumiu totalmente sua condução. Situação que continuava desagradando aos médicos, essa categoria profissional tecia críticas à forma de gestão dessa instituição, pois estavam excluídos de sua direção e pela ausência de um projeto terapêutico para subsidiar o trabalho da mesma (AMARANTES, 1994).

Luz (1994) data da década de 80 do século XIX, o auge da preocupação do Estado com a saúde coletiva brasileira, mais especificamente com duas áreas da saúde pública, a área das epidemias e a da loucura, estando subjacente preocupações de cunho econômico, haja vista que ambas as “epidemias” comprometiam o bom andamento dos negócios de exportação, bem como o equilíbrio do Estado. Requerendo essa situação um controle sanitário.

A primeira república (1889-1930) marcou a implementação dos primeiros serviços de saúde pública, em nível nacional. “A saúde Pública” foi adotada como modelo que se tornou um dos pilares para a saúde não só do Brasil, como do continente sul americano em geral, o foco do Estado voltou-se para as epidemias urbanas e endemias rurais (RAMMINGER, 2005). Tendo como base a medicina moderna, que sob o argumento da cientificidade legitimou a medicalização do espaço, *“...sua principal estratégia é combater as epidemias e endemias, esquadrinhando e controlando os espaços urbanos com dispositivos sanitários”* (RAMMINGER, 2005, p. 29).

Após a proclamação da república, mais especificamente em janeiro de 1890, o Hospício de Pedro II foi desvinculado da Santa Casa, ficando subordinado à administração pública e seu nome foi mudado para Hospício Nacional de Alienados. Assim, a loucura foi retirada do discurso religioso cabendo ao médico à definição do estatuto de louco, como doente e como incapaz, ou seja, como alguém a ser tratado e tutelado.

Em fevereiro deste mesmo ano foi criada a Assistência Médico-Legal aos Alienados¹². De acordo com Cerqueira (2002), a preocupação em criar a Assistência Médico Legal de

¹¹ Através do “Decreto Imperial Nº 82” de 18 de julho de 1852, é que foi criado o primeiro hospital psiquiátrico do Brasil, e da América Latina (RAMMINGER, 2005).

¹² Pelo Decreto nº 206^a, de 15 de fevereiro de 1890 (MACHADO, 1978).

Alienados demonstrava a preocupação republicana tanto com os loucos das ruas, como com outras pessoas consideradas indesejáveis (desordeiros, alcoólatras, mendigos, etc.) e a reclusão inseria-se numa normatividade em que *“afinal, todo aquele que perturbasse a tranquilidade pública poderia ser conduzido ao asilo”* (CERQUEIRA, 2002, p. 50).

Nessa onda de mudanças que usava do discurso da profissionalização e do cuidado específico, as freiras que cuidavam dos doentes mentais foram afastadas dessa instituição, sendo substituídas por enfermeiras leigas contratadas da Europa (MACHADO, 1978). Esse afastamento proporcionou o fortalecimento do saber médico que se empenhava em alcançar autonomia da intervenção religiosa no campo de tratamento da loucura e em romper com resquícios do discurso da igreja medieval que apresentava explicações místicas a respeito do transtorno mental, como possessões diabólicas e façanhas de entidades espirituais.

Nessa direção, o Estado brasileiro empreendeu um grande aparato institucional de segregação das pessoas com transtornos mentais, investindo em casas asilares e em colônias, numa atenção que se constituiu como políticas de exclusão social¹³.

Em 1890 foram criadas e expandidas colônias no Brasil, baseadas nas experiências da Europa, como estratégia de resolver o problema da falta de recursos diante da superlotação de pacientes no Hospital Nacional. Dessa forma, a colônia apresentava-se como uma nova modalidade de atendimento, que adotava o trabalho como modo de tratamento, principalmente voltado para atividades agropecuárias e artesanais e que supostamente conferia mais liberdade aos pacientes. Tentava-se assim responder ao impasse de coexistirem instituições absolutistas, como as manicômios, num contexto perpassado pelo confronto com o discurso de liberdade defendido pelos republicanos. O papel estratégico dessa instituição é explicado nessa fala:

As colônias atualizam, então, o compromisso da psiquiatria emergente com a realidade do contexto sócio-histórico da modernidade. Na prática o modelo das colônias serve para ampliar a importância social e política da psiquiatria, e neutralizar parte das críticas feitas ao hospício tradicional. No decorrer dos anos, as colônias, em que pese seu princípio de liberdade e de reforma da instituição asilar clássica não se diferenciaram dos asilos pinelianos (AMARANTE, 1995, p. 27).

¹³ A exclusão social entendida no sentido colocado por Sposati (2001) como um fenômeno multidimensional, que além de causas estruturais, como econômicas, a exclusão social manifesta-se como sendo a impossibilidade de poder partilhar, o que leva à vivência de privação, de recusa, do abandono e da expulsão, inclusive com violência, de um conjunto significativo da população.

As colônias se inseriram na lógica de necessidades do sistema capitalista, mantido pela exploração do trabalho, que se deparou com a exigência de reproduzir mais força de trabalho para atender a uma economia agrária, mediante a abolição dos escravos. Além disso, a superlotação, os recursos humanos escassos, os maus tratos e as condições estruturais precárias, demonstravam que as colônias tinham as mesmas características dos hospícios, atestando sua função de exclusão social (CIRILO, 2006).

As duas primeiras Colônias de Alienados foram Colônia de São Bento e Colônia Conde de Mesquita, situadas na Ilha do Galeão, no Rio de Janeiro, voltadas para o tratamento de alienados indigentes do sexo masculino. Ao longo do século XIX, foram sendo expandidas diversas colônias de alienados em todo o Brasil, inclusive destinadas as mulheres (AMARANTE, 1995).

No tópico seguinte damos seguimento ao contexto de política de saúde, e do seu subsetor saúde mental, no marco de 1920, por estar no limiar de um contexto político, econômico e social em ebulição por mudanças conjunturais, onde o capitalismo se viu tencionado pela ameaça de ideários comunistas, por insatisfações dos trabalhadores mediante suas condições de trabalho e vida, num cenário onde as questões sociais eram tratadas como caso de polícia, situação que só veio a sofrer mudança de perspectiva para caso de política nos idos de 1930 com as transições de governos populistas, que se viam na obrigação de viabilizar algumas políticas assistencialistas como forma de manipulação do poder político.

2.1.1 A Intervenção do estado na saúde (1920 a 1964)

Recuperar a trajetória e conformar o atual sistema das políticas de saúde, demanda rastrear a constituição do sistema de proteção social brasileiro, haja vista sua articulação com as políticas de saúde (COHN, 1996).

Cohn (1996) situa datando da década de 1920, o delineamento de grandes traços que marcarão a previdência brasileira até os dias atuais, evidenciando as raízes da privatização da assistência médica no Brasil na restrição dos serviços médicos a condição de filiados ao seguro social.

Perpassando por um histórico de crise sanitária, com destaque para o alastramento da febre amarela, dentre outras epidemias, que rebatiam como ameaça a economia

predominante nessa época no Brasil, agroexportadora cafeeira, a saúde pública, na década de 1920 ganhou novo relevo no discurso do poder.

Na busca de estender os serviços de saúde por todo o país, a reforma Carlos Chagas (desde 1921), tentava essa ampliação do atendimento a saúde por parte do poder central. Nessa empreitada foi criado o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), que tinha as seguintes atribuições a nível federal: o saneamento rural e urbano, a propaganda sanitária, a higiene infantil, industrial e profissional, a fiscalização dos portos e o combate às endemias rurais. Destarte, na prática, foram as instâncias federativas que permaneceram no enfrentamento as epidemias (ROCHA; NUNES, 1994).

Prevaleciam nesse contexto concepções preconceituosas pautadas na teoria eugênica¹⁴, para a qual o atraso do Brasil frente aos europeus devia-se a degeneração do brasileiro, como decorrência da mestiçagem de seu povo. Ideias evolucionistas atribuíam à raça negra e aos fatores climáticos dos trópicos as causas geradoras das mazelas das doenças, principalmente das mentais, e assim, a psiquiatria enveredou por esse caminho pseudocientífico e a psiquiatria moderna seguiu o caminho das demais ciências naturais, embasada numa matriz positivista, num empenho de afirmar-se como processo de conhecimento científico, portanto, numa pretensa neutralidade e objetividade de discurso e prática (AMARANTE, 1995).

No Brasil, a política de assistência aos alienados nasceu com a república, sob a responsabilidade do Psiquiatra Julianio Moreira, a frente da direção do Hospício Nacional de Alienados no Rio de Janeiro, esse médico empenhou-se em provar que as questões raciais não condicionavam as doenças mentais (RAMMINGER, 2005). Julianio Moreira trouxe para o Brasil a escola psiquiátrica alemã, que tomou o lugar então ocupado pela escola francesa. A referência alemã tornou-se uma importante articulação teórica para desmistificar a etiologia das doenças mentais, todavia manteve a preocupação na classificação das patologias, o que gerava rotulações, pois ainda não se questionava a própria sociedade como causadora de adoecimento mental (AMARANTE, 1994).

Até então o saber médico do país imperava profundamente influenciado pela psiquiatria francesa do século XVIII, pelas ideias e intervenções realizadas pelo psiquiatra

¹⁴ Marques (1998) situa a eugenia surgida no final do século XIX, entre os anos 1869 a 1875, de teor ideológico, pautava-se no racismo através de teses evolucionistas, biológicas e sanitárias. Ela definiu como objeto científico do eugenismo, a melhoria da raça humana e para tanto procederia à identificação dos mais bem dotados física e mentalmente, favorecendo seus casamentos.

Phillippe Pinel¹⁵, que se difundiram da França para o resto do mundo. Pinel desenvolveu nos manicômios, várias experiências e formas de tratamento, defendendo o tratamento fundamentado na reeducação do paciente “alienado”, objetivando fomentar respeito as normas e condutas socialmente estabelecidas. Ele pautava-se numa abordagem de cunho moral, concebendo a loucura fundamentalmente como um distúrbio das paixões, e portanto, o tratamento deveria ocupar-se de reordenar a mente alienada (HEIDRICH, 2007).

Ainda em 1923, foi criada a Liga Brasileira de Higiene Mental pelo psiquiatra Gustavo Riedel, a liga constituiu-se como uma entidade civil, reconhecida publicamente através de subsídios federais, e composta pelos mais importantes psiquiatras brasileiros. Ela buscava uma maior intervenção por parte do Estado, com uma ação mais intensa do controle social, tal como postulava o eugenismo.

Costa (2007) defende que o pensamento psiquiátrico da Liga Brasileira de Higiene Mental, durante os anos 20 e 30 do século XX, deve ser compreendido a partir de uma ótica que considere a convivência de uma tradição organicista e cientificista desses médicos, com as ideias eugênicas que marcaram profundamente o contexto cultural, nacional e internacional da época.

Passamos pelo período populista (1930-1950), que *“caracterizou-se pela introdução e incremento dos institutos de seguridade social e de programas e serviços de auxílio e de atenção médica impregnados de práticas clientelistas ...”* (RAMMINGER, 2005, p. 30).

A criação de caixas de aposentadorias e pensões (CAPs)¹⁶, primeira modalidade de seguro para trabalhadores do setor privado, instituída através da lei Eloy Chaves, em 1923, é apontada por COHN (1995) como sendo o início da previdência brasileira. As CAPs eram organizadas por empresas por meio de um contrato compulsório, com financiamento tripartite. Em que pese seu caráter controlador, representara uma conquista da classe trabalhadora em resposta a um longo processo de luta por melhores condições de trabalho e

¹⁵ Philippe Pinel médico francês identificado na literatura especializada como o “pai da psiquiatria”, com sua publicação, em 1801, do “Tratado médico filosófico sobre a alienação mental”, que baseou em suas experiências como médico-chefe do Hospital de Bicêtre (hospital de homens “alienados”), que assumiu em 1793, e nas suas experiências no hospital de Salpêtrière (hospital de mulheres alienadas). Nessas instituições ele realizou transformações no trato dos “alienados”, que encontrou presos em celas, acorrentados e sob castigos, esse era o tratamento dispensado. Então ele iniciou o movimento que ficou conhecido como a primeira reforma psiquiátrica da história, o “No restraint” que consistia em liberar os loucos das celas e correntes. E escreveu as alienações na nosografia médica (RAMMINGER, 2005).

¹⁶ Conforme informações fornecidas por COHN (1996) foi através do Decreto de lei Nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923, que instituiu as CAPs nas empresas de estradas de ferro, tendo sido estendida às demais empresas com mais de 50 funcionários, para as que tivessem um número menor de empregados era facultativa a adesão a essa lei.

de vida no cenário da velha república marcada por dissidências políticas que enfraqueciam as grandes oligarquias e desmembrava a política “café com leite”, num cenário também marcado por manifestações dos trabalhadores industriais, que colocavam em pauta além das condições sanitárias, questões de saúde do trabalhador.

Em 1930, ocorreu a derrocada da Velha República e o rompimento da hegemonia da burguesia do café, comprometida pela vulnerabilidade de uma economia pautada em uma monocultura e pela efetiva crise de exportação desse produto diante de uma superprodução que empurrou o seu preço para baixo no mercado externo¹⁷.

Nessa conjuntura de tensão política e social, sob regime de ditadura, projetou-se nova inserção do Brasil na divisão social internacional do trabalho, o país passou a investir na sua industrialização, também implementou profundas mudanças na previdência social em vigor, recaindo sobre os assalariados o maior ônus das crises cíclicas da economia de exportação brasileira (COHN, 1996).

Silva (1998) alerta que o processo detonado nos anos 30 tratou das estratégias da acumulação do capital no seu conjunto, que portanto, as políticas sociais foram adotadas para responder a um conjunto de cobranças, lutas, resistências das classes subalternas no sentido de propiciar as condições para o desenvolvimento do modo de produção capitalista.

Em 1930, foi criado o Ministério da Educação e Saúde Pública¹⁸ que assumiu atribuições desses dois setores (educação e saúde), que antes eram concentradas no Ministério da Justiça e Negócios Interiores. O projeto de urbanização e industrialização demandava outro perfil da mão de obra que não correspondia mais aquele exigido na economia agroexportadora, nesse sentido, comunidades de imigrantes trouxeram para o país novos conhecimentos e técnicas que correspondiam mais aos requisitos econômicos conferidos nessa fase. Na bagagem desses grupos de imigrantes eles traziam também uma cultura e uma vivência trabalhista mais politizada que se somou as pressões reivindicativas dos trabalhadores locais. Todavia, a política social cristalizava seu caráter histórico de ser residual e meritocrática, voltada para aqueles que estavam incluídos no mercado de trabalho e que contribuíam para o sistema previdenciário (mérito) (SILVA, 1998).

¹⁷ Perpassando uma crise do capitalismo mundial, precipitada a partir da quebra da bolsa de valores de Nova Iorque, o denominado “Crash de 1929”.

¹⁸ Foi criado o Ministério da Educação e Saúde Pública, através do Decreto 19.402, 14 de novembro de 1930.

As Caixas (CAPs) da época, posteriormente foram unificadas nos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), de 1933 a 1938. Os institutos congregavam os trabalhadores por categorias¹⁹. Avaliando essas mudanças institucionais, Cohn (1996) denuncia que tanto as “Caixas” como os “Institutos” representaram o elo de garantia de benefícios àqueles em situação ocupacional formalmente vinculados, e não condição de cidadania, remetendo ao conceito de cidadania regulada. Característica reforçada pela diferença de poder político existente entre as categorias de trabalhadores, posto que algumas delas manifestavam-se através da articulação de sindicatos fortes, enquanto outras não tinham essa mesma representação²⁰, favorecendo condições diferenciadas de benefícios e assistência a saúde garantidas pelos IAPs aos seus segurados, conforme maior ou menor poder de organização sindical e correlações de forças.

O setor industrial na primeira era Vargas, 1930-1945, teve uma tímida contribuição na economia nacional, em torno de 10%, participação que saltou, nos anos 1936, para 60%, com incentivo do Estado (ROCHA; NUNES, 1994). Vargas assumiu o plano de nacional desenvolvimento embasado na implantação de indústria de base, inclusive com recursos capitalizados da Previdência Social que dispunha de montantes dos trabalhadores através da sua alíquota de contribuição, sob a forma de poupança compulsória.

O Estado na sua autonomia de gerir esse fundo, pôde aplicá-lo em infraestrutura para impulsionar a industrialização, Cohn (1996) chama a atenção, sobretudo, para a drenagem de recursos dos IAPs para financiamento de empreendimentos econômicos estratégicos e apesar da orientação nacionalista imprimida pelo governo brasileiro desse período ser compreendida como de “substituição de importações, começaram a serem implantadas grandes empresas estatais no país contando com capitais internacionais para sua fundação (a exemplo da Vale do Rio Doce, em 1942), sobretudo, dos Estados Unidos, país que dispôs do Brasil como parceiro das potências aliadas na segunda guerra mundial (SILVA, 1998).

Quanto à atenção da saúde para a população em geral, seguia desprotegida no tocante ao cuidado individual, haja vista que o Estado no que tange a prevenção, permanecia focando as campanhas sanitárias. A vertente adotada era epidemiológica, “as ações de

¹⁹ Em 1933 foi criado o IAPM (voltado para os marítimos), em 1934, O IAPC (para os comerciários), e o IAPB(para os bancários), em 1936 o IAP (dos industriais, o qual só começou a funcionar em 1938), em 1938 o IAPETC(dos trabalhadores em transportes e cargas)(COHN, 1995).

²⁰ Diferença marcante também na afirmação de benefícios, vejamos: os bancários contavam com benefícios que outros IAPs não contavam, como estabilidade com dois anos de serviços, e aposentadoria com 25 anos de trabalho (COHN, 1996).

saúde pública concentravam-se nas campanhas de combate a doenças infecciosas, coerentes com o perfil de mortalidade do período” (ROCHA; NUNES, 1994, p. 99).

Em 1944, foi criado o Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM)²¹, que conduzia ações voltadas para o aumento do número de hospitais psiquiátricos. Segundo levantamento feito por Sampaio (1988), em 1941, no Brasil existia 62 hospitais psiquiátricos, sendo 23 públicos e 39 privados, já em 1961, os números expandiram para 135 hospitais, sendo 54 públicos e 81 privados.

As legislações trabalhistas que iam sendo gestadas minoraram as condições de trabalho vigentes, de extrema exploração e desregulamentação, inclusive com mudanças de aprimoramento da lei de acidentes e das normas de higiene do trabalho (SILVA, 1998). Essas garantias trabalhistas foram sistematizadas no texto das Consolidações das Leis do Trabalho (CLT)²². Cohn (1996) assinala que a partir de 1946, com a democracia populista, levantou-se uma intensa mobilização da classe assalariada que colocava em pauta o direito de participar no controle da previdência social, por ser parte fundamental de subsídio financeiro na constituição desse fundo.

Entre 1950 e 1960 houve a tentativa de implantar-se um projeto de desenvolvimentismo moderno, integrado a ordem capitalista internacional, com o ousado objetivo de impulsionar o desenvolvimento econômico do país rapidamente, sintetizado no slogan “cinquenta anos em cinco”, projeto sistematizado através do programa, plano de metas²³, contando com atração de capitais externos para essa empreitada. Mas, os louros do desenvolvimentismo, o crescimento industrial e a suntuosa fundação da nova capital do país, Brasília, foram acompanhadas de crescimento da inflação e do endividamento externo, crescimento da desigualdade entre as regiões do país, gerando o fenômeno do êxodo rural para os grandes centros. E a saúde exprimia a dicotomia entre o modelo campanhista que ainda predominava na saúde pública e o modelo curativista dominante nos serviços previdenciários de atenção médica, evidenciando as precárias condições de vida da população em geral (RAMMINGER, 2005).

²¹ Criado, no Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM) do Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Educação e Saúde através do decreto de Lei Nº 7.055 de 18 de novembro de 1944.

²² Principal norma legislativa brasileira referente ao direito do trabalho, a qual foi criada através do decreto Nº 5.452, de 1º de maio de 1943.

²³ O plano de metas do governo JK continha trinta e um objetivos, os quais eram subdivididos em poucos setores: energia, transporte, alimentação, indústria de base, educação e a mudança da capital do país para o interior.

Movimentos sociais inconformados com a grande desigualdade social lutaram por “reformas de base” a serem realizadas de forma imediata, entre as quais uma reforma sanitária consistente. No entanto, a reação política das forças conservadoras, levou ao golpe militar de 1964 (RAMMINGER, 2005). Período caracterizado pela privatização da saúde, favorecendo um setor empresarial de serviços médicos subsidiados com recursos da previdência social (RAMMINGER, 2005).

O modelo privado era apontado como forma mais eficaz de gestão: “... *na perspectiva da elite dirigente, tecno-burocrática, as deficiências na saúde pública se caracterizavam pela ausência de planificação, falta de capacidade gerencial e pouca participação da iniciativa privada*” (BRAVO, 1996, p. 30).

Até essa data de 64, a assistência médica previdenciária era fornecida basicamente pelos serviços próprios dos institutos, mas a partir desse advento foi sendo tecido o privilegiamento do setor privado. E a saúde mental que já vinha nessa lógica privada com o Sistema Nacional de Doença Mental foi apossada mais ainda pelos “empresários da loucura” (AMARANTE, 1995). Na sequência abordaremos essa lógica privatista.

2.1.1.1 Apropriação da saúde pelo setor privado (1964 -1980)

A instauração do golpe militar brasileiro, no ano de 1964, inscreveu-se no cenário internacional, que desencadeou uma sucessão de golpes de Estado na década de 1960, patrocinados pelos centros imperialistas, sob a hegemonia norte-americana (BRAVO, 1996). Foi o desfecho da crise de uma forma de dominação burguesa no Brasil (NETTO, 1989).

Forjou-se um país novo e nele imbricaram e colidiram vetores econômicos, sociais, políticos, sociais, culturais e ideológicos, através de instrumentos basicamente coercitivos, no quadro de uma estratégia de classe implicando alianças e dissensões (NETTO, 1989).

Sobre esse período, Luz (1994) analisa que a centralização e a concentração do poder deram a tônica dessa síntese, que aliou campanhismo e curativismo numa estratégia de medicalização sem precedentes na história do país.

No caráter de centralização foram unificadas todas as instituições previdenciárias no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966, frustrando a mobilização dos trabalhadores que demandavam o controle dos IAPs e a consolidação de organizações

previdenciárias não verticalizadas (COHN, 1996). A unificação atendia a duas características fundamentais:

... constituiu-se a modernização da máquina estatal, aumentando o seu poder regulatório sobre a sociedade, além de representar um esforço de desmobilização das forças políticas estimuladas no período populista (BRAVO, 1996, p. 30).

Desta forma, consolidou-se a tendência de contratação dos serviços hospitalares privados, que já era visível nos anos anteriores. Nesse cenário foi gestada a “indústria da loucura” e a doença mental tornou-se uma mercadoria e objeto de lucro. Rezende comenta essa ideologia privatista (1987, p, 60):

... o período que se seguiu ao movimento militar de 1964 foi o marco divisório entre uma assistência eminentemente destinada ao doente mental indigente e uma nova fase a partir da qual se estendeu a cobertura de trabalhadores e seus dependentes. Dadas as já mencionadas precárias condições dos hospitais da rede pública, que permaneceram reservados aos indivíduos sem vínculo com a previdência, e a notória ideologia privatista do movimento de 64, alegando-se ainda razões de ordem econômica, optou-se pela contratação de leitos em hospitais privados, que floresceram rapidamente para atender a demanda.

O quadro da assistência à saúde, incluindo a assistência psiquiátrica era gerida pelo Ministério da Saúde (MS) criado em 1953 (pela Lei Nº 1.920/1953), órgão que teve como contexto histórico e político de surgimento as questões relativas à centralização dos serviços de saúde e a progressiva separação entre saúde pública e assistência médica, nessa política as doenças que afetavam grandes segmentos da população ficavam sob seu encargo, ficando a encargo do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) os atendimentos individuais dos previdenciários, como registrado beneficiando a rede privada (BRAVO, 1996). Silva (1998) aponta aqui o assentamento da dicotomia entre saúde individual e saúde coletiva, posto que a partir de então, houve a diminuição dos recursos destinados ao MS e consequentemente o aumento dos gastos da previdência social com a assistência médica hospitalar.

Após algum tempo de funcionamento, o INPS enfrentou uma crise financeira, perpassada pelo aumento da demanda de cuidados de saúde, pela forma como subsidiava a

rede particular sem a existência de um serviço efetivo de fiscalização, abrindo assim as portas para a ocorrência de fraudes.

Em 1978, houve nova tentativa de racionalização na concessão e manutenção dos benefícios e serviços da previdência através do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS)²⁴, “*visando o enfrentamento da elevação dos custos com a assistência médica, racionalizando esses custos*” (SILVA, 1998, p. 55).

Nessa época, dentre outras medidas referentes à política assistencial, registramos a criação da poupança compulsória do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), “*que gerou a perda da estabilidade no emprego*” (SILVA, 1998, p.51); a elaboração do Sistema Financeiro de Habitação (SFH) para aquisição da casa própria, “*que serviu para estimular o mercado imobiliário incentivar a especulação*” (BRAVO 1996, p. 30) e posteriormente tivemos a criação do Programa de Integração Social (PIS) e do Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público (PASEP), “*esses mecanismos tentaram resolver a contradição entre a tendência abrangente da concessão de benefícios e a estreiteza do regime de capitalização, sendo uma importante fonte [...] de recursos para investimentos na área econômica*” (BRAVO, 1996, p. 29-30).

A crise do “milagre econômico brasileiro” (período de rápido crescimento econômico do país, de 1968 a 1973, promovido com investimento de capital estrangeiro) estabelecia-se desde 1974, marcado pelo aumento da inflação, pelo aprofundamento da dívida externa, maior concentração de renda e aumento da pobreza.

Dentre as mazelas sociais dessa conjuntura, COHN (1996) registra índices alarmantes de acidentes trabalhistas ocorridos no Brasil no ano de 1974, que colocavam o país no patamar de campeão mundial nesse quesito. Mediante a necessidade de contornar a diminuição das tensões sociais entre Estado e classe trabalhadora para manter o status quo vigente de ditadura, a estratégia governamental foi intervir minorando a questão social, e para tal fim, deu destaque a Previdência Social. “*O regime precisou fazer concessões e negociar as vias de transição para outras formas de dominação realizando uma distensão política*” (BRAVO, 1996).

Aprofundavam as diferenciações de tratamento a vários segmentos das populações, ao mesmo tempo, avançava-se num discurso universalizante (BRAVO 1996). Nessa linha

²⁴ O SINPAS era composto pelo Instituto Nacional de Previdência Social -INPS (responsável por benefícios e reabilitação profissional), pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social- INAMPS(encarregado da assistência médica), e pelo Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social-IAPAS (órgão que ficou com a parte de arrecadação, fiscalização, cobranças)(SILVA, 1998).

buscou-se incluir o trabalhador rural na cobertura do seguro social, a exemplo da instituição do Fundo dos Trabalhadores Rurais (FUNRURAL), criado já desde 1963, mas, que nunca tinha sido implantado, situação revista em 1971 com o PRORURAL, “*representando, formalmente, a extensão da Previdência Social aos trabalhadores rurais*” (BRAVO, 1996, p. 20). O decorrer da década de 70 assistiu a outras propostas universalizantes²⁵.

Em 1974 foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), dada à importância que a Previdência Social desempenhava na mediação entre trabalhadores e Estado, além de constituir-se como sendo o maior orçamento da União, na época (COHN, 1996).

No mesmo ano, 1974, criou-se também o Conselho de Desenvolvimento Social (CDS), coordenador do Fundo de Apoio Social ao Desenvolvimento (FAS), que na prática serviu a lógica privatista, visto que até 1977 os recursos do FAZ investiram 79,5% com o setor privado, basicamente com o custeio de leitos hospitalares particulares, recursos os quais estavam destinados à área da saúde e previdência (OLIVEIRA E TEXEIRA apud BRAVO, 1996). Essa associação privada da coisa pública vai caracterizando o sistema de proteção social brasileiro como “*um instrumento de poder clientelístico, paternalista e discricionário, envolvendo uma soma enorme de recursos que se esvaem na máquina burocrática, na política de favores, em investimentos eleitorais*” (COHN, 1996, p. 23).

A década seguinte a ser apresentada, 1980, apesar de tida como perdida, foi grávida de confronto social para construção de um novo modelo de saúde que foi legitimado na década seguinte com a constituição cidadã.

2.1.1.1.1 Movimento de reforma sanitária (1980-2012)

Os anos 1980 no Brasil constituíram uma década tida como perdida pelo cenário de estagnação econômica, todavia, a falência desse período não é tão evidente se refletirmos a sua fecundidade no tocante ao fortalecimento de movimentos sociais e o emergente anseio social presente pela liberdade de expressão artístico-cultural e principalmente política.

²⁵ São exemplos de extensão de cobertura dados por Bravo (1996, p. 20) a instituição de cobertura para os maiores de 70 anos e os inválidos, que tenham em algum momento contribuído para a previdência social ou exercido qualquer atividade a ela vinculada, mesmo sem terem contribuído para a previdência social; a concessão de benefícios aos trabalhadores rurais acidentados no trabalho, a inclusão do salário maternidade, até então sob responsabilidade da empresa, dentre as prestações da Previdência Social; a extensão dos benefícios previdenciários às empregadas domésticas e trabalhadores autônomos, desde que contribuintes do sistema.

Reivindicações em diversas frentes foram conduzidas, como pela redemocratização da sociedade, pelo controle social do Estado, pela Reforma Psiquiátrica, pela elaboração de uma política de “Saúde do Trabalhador”, “pelas diretas já”, pela Reforma Sanitária, estando em pauta à criação de um Sistema Público de Saúde que atendesse universalmente a todos os brasileiros.

O chamado movimento sanitário remonta a meados de 1970 e foi encetado por intelectuais do setor da saúde, porém cristalizou-se em sua forma mais elaborada na década de 80 e passou a envolver diversos outros atores sociais, Bravo (1996) dentre essas forças políticas ressalta outros movimentos sociais a exemplo de entidades da sociedade civil, como, a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) que na sua VII Conferência Nacional (1978) publicou a Declaração dos Advogados Brasileiros e continuou a pressionar o governo pelo fim do AI-5 e exigia o restabelecimento do direito do habeas corpus e uma ampla reforma da constituição a ser feita por uma assembleia constituinte.

Outro órgão que a autora frisa é a Associação Brasileira de Imprensa (ABI) que a partir de 1969 manifestou-se ativamente pela liberdade de expressão, colocando-se também contra o AI-5 e realizou campanha para impedir a censura. E ressalta a importante participação da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC), congregando em 1976, profissionais das academias que exigiram o retorno dos professores cassados.

Nesse elenco de forças contrárias ao totalitarismo, relembramos a participação dos estudantes reunidos através da União Nacional dos Estudantes (UNE), que conseguiram se articular de forma não partidária e clandestina fazer resistência a ditadura.

A ideia básica principal do Movimento Sanitário era a *“Saúde como direito do cidadão e dever do Estado”*, mas apresentava outros projetos parciais descritos pelos autores:

Unificação do Sistema de Saúde e sua hierarquização e descentralização para estados e municípios, com unidade na Política de Saúde; universalização do atendimento e equalização do acesso com extensão de cobertura de serviços; participação da população através – de entidades representativas – na formulação, gestão, execução e avaliação das políticas e ações de Saúde; racionalização e otimização dos recursos setoriais com financiamento do Estado através de um Fundo Único de Saúde a nível federal (GALLO et al, 1988).

Esse projeto estava circunscrito no quadro mais geral da luta de classe do país, como inferem Gallo e Nascimento (1989), por estar comprometido com interesses das classes subalternas. Esses autores analisam que pelo fato de a reforma sanitária transcender o esquema corporativista e buscar a instituição de um Sistema de Saúde que atendesse à nação como um todo só poderia ser efetivado, minimamente, em um Estado democrático e comprometido com reformas a nível global da sociedade, assim a luta principiava pela democratização política. Era um movimento que ia à contra mão do projeto societário neoliberal, numa explícita correlação de forças, nesse ínterim, registramos no plano político-ideológico para o campo da saúde à disputa do projeto reformista composto pelo Movimento da Reforma Sanitária contra o movimento conservador (Movimento Neoliberal Privatista).

O Movimento Sanitário conseguiu avançar sistematizando seus princípios no marco da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em março de 1986, sendo proposto nesse encontro o Sistema Único de Saúde e a Reforma Sanitária. Bravo (1996) sobre a vitória da ala reformista, afirma que se deveu a eficácia da Plenária, a capacidade técnica e a pressão que exerceu sobre os constituintes e frisa a importante mobilização da sociedade, e à elaboração de uma Emenda Popular assinada por 50 mil eleitores e 167 entidades.

Como antecedente da conquista do SUS, destacamos o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), implementado em 1987, como uma consolidação das Ações Integradas de Saúde (AIS), que adota como diretrizes a universalização e a equidade no acesso aos serviços, à integralidade dos cuidados, a regionalização dos serviços de saúde e implementação de distritos sanitários, a descentralização das ações de saúde, o desenvolvimento de instituições colegiadas gestoras e o desenvolvimento de uma política de recursos humanos.

O SUDS, como coloca Silva (1998) representou a tentativa de racionalizar os princípios de unificação e descentralização, objetivos que na prática não se concretizaram, pois se mantiveram os mecanismos de controle centralizados, com influências políticas e com reprodução da lógica privatizante.

Foi a nova Constituição de 1988 que ampliou direitos sociais e estabeleceu a seguridade social²⁶ formada pelo tripé: saúde, assistência e previdência social. Com essa carta magna, a saúde ganhou status de direito (Const. Federal, Art. 196):

²⁶ Behring e Boschetti (2005) assinalam que apesar do conceito constitucional apresentado de seguridade social, não ocorreu à efetivação de um ministério da Seguridade Social, funcionando as

Direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Devendo a saúde ser garantida através do SUS. Enfim, anunciaram-se importantes conquistas sociais consolidadas com a instauração da reforma de um Estado democrático, legitimando na constituição a perspectiva de um padrão público universal de proteção social.

Os avanços obtidos no texto constitucional da constituição cidadã, foram atacados pela reforma do Estado ou contra reforma, como ficou sendo denominada a investida neoliberal, que no seu plano diretor considera que houve um esgotamento da estratégia estatizante, havendo, portanto, a necessidade de superação de um estilo de administração burocrática, a favor de um modelo gerencial. Consolidando um projeto de saúde voltado para o mercado (BRAVO apud BRAVO; MENEZES, 2007).

Com a chegada do novo milênio e com a vitória de Lula para o governo federal havia a perspectiva, em relação à saúde, de fortalecimento do projeto da reforma sanitária, pois o discurso do governo que chegava ao planalto assumia a incorporação da agenda ético-política da reforma sanitária. Entretanto, como afirma Bravo (2001), na análise que tece dessa conjuntura, foi mantida a polarização entre os dois projetos concorrentes no campo da saúde (sanitarista versus neoliberal).

Como aspectos de inovação desse governo Bravo (apud BRAVO; MENEZES, 2007) pontua o retorno da concepção de Reforma Sanitária, que tinha sido distorcido na década de 90; a escolha de profissionais comprometidos com essa luta para ocupar o segundo escalão do Ministério; alterações na estrutura organizativa do Ministério da saúde; a convocação extraordinária da 12ª Conferência Nacional de Saúde e a sua realização em dezembro de 2003; a escolha do representante da Central Única dos Trabalhadores (CUT) para assumir a secretaria executiva do Conselho Nacional de Saúde.

Como aspectos de continuidades da política de saúde dos anos 90 a referida autora sintetiza: a ênfase na focalização, na precarização, na terceirização dos recursos humanos, no desfinanciamento e a falta de vontade política para viabilizar a concepção de Seguridade Social, como já foi sinalizado. Como exemplos de focalização destaca, a centralidade do programa saúde da família, sem alterá-lo significativamente para que o mesmo se transforme

políticas de saúde, previdência e assistência sendo geridas por ministérios e orçamentos separados. De modo que a intersectorialidade é ainda um grande desafio das políticas brasileiras.

em estratégia de reorganização da atenção básica em vez de ser um programa de extensão de cobertura para as populações carentes.

O governo Dilma representa a perspectiva de continuidade da política econômica e social inaugurada com o governo Lula. No campo da saúde fica o desafio de melhorar o funcionamento do SUS, implantar as Unidades de Pronto atendimento (UPAS) em todo país, que funcionam como unidades intermediárias entre as unidades básicas de saúde e os hospitais, planejado como estratégia de focar o aspecto de cuidados preventivos, como tentativa de inibir o dispendioso atendimento com o cuidado de alta complexidade. Outro desafio é o enfrentamento da problemática das drogas, que há muito tempo tornou-se uma questão de saúde pública, daí a relevância de se abordar a saúde na dimensão do contexto de vidas das pessoas, ou seja, no campo da atenção básica.

CAPÍTULO II

3 A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

A história do movimento de reforma psiquiátrica brasileira é um movimento contemporâneo a reforma sanitária que ocorreu no país, é uma história circunscrita ao contexto internacional de mudanças pela violência asilar fundamentado na crise do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico, e na indústria da loucura, por outro lado, nos esforços dos movimentos sociais pelo direito dos pacientes psiquiátricos (BRASIL, 2005).

Amarante (1995) relaciona o início do movimento de reforma da saúde mental como tendo sido deflagrado pela crise da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), órgão do Ministério da Saúde responsável pela formulação das políticas de saúde do subsetor saúde mental.

A crise de estabilidade no setor saúde mental foi posta quando, em 1978, os profissionais das quatro unidades da DINSAM²⁷, denunciaram as péssimas e desumanas condições dos hospitais psiquiátricos do Ministério da Saúde do Rio de Janeiro e deflagraram uma greve, que teve como consequência a punição de 260 estagiários e profissionais que foram demitidos. Esses profissionais constituíram o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, em 1978, que ganhou apoio do Movimento de Renovação Médica (REME) e do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) (AMARANTE, 1995).

O MTSM protagonizou a construção coletiva de crítica ao saber da psiquiatria e a denúncia de maus tratos nos manicômios e de mercantilização da loucura, (CIRILO, 2006). E mobilizou-se não só por mudanças no tratamento psiquiátrico, pondo em pauta também a redemocratização do país e articulou-se ao movimento sanitário.

Nesse momento, houve referência explícita a um trabalhador de saúde mental, para além das figuras até então centrais nesse campo, médico e enfermeiro, que se subjetivou no embate dos discursos presentes no bojo da luta antimanicomial (RAMMINGER, 2005).

Amarante (1995) sintetiza o teor de reivindicações e denúncias expressos em vários documentos (abaixo assinados, cartas abertas, cartas à autoridade de saúde, notas públicas) produzidos durante o ano de 1978 por protagonistas do MTSM:

²⁷ Todas as unidades eram locadas no Rio de Janeiro (Centro Psiquiátrico Pedro II, CPPII-Hospital Pinel, Colônia Juliano Moreira –CJM, e Manicômio Judiciário Heitor Carrilho) (AMARANTE, 1995).

Reivindicações, supervisão diária nos setores, reuniões de serviço semanais para integração dos diversos setores, atividade didático-cultural regulares, cursos de aperfeiçoamento na área de saúde mental com programas científicos precisos, oficializados junto ao MEC, com carga horária definição e remuneração compatível, oficialização de um internato em psiquiatria, com programas de ensino sistematizados, cursos técnicos, implementação de planos de pesquisa (AMARANTE, 1995, p. 53).

As relações entre as instituições, clientela e profissionais também foi posta em xeque. Sistematizou-se pelo MTSM críticas ao autoritarismo das instituições que mantinha uma relação hierarquizada e verticalizada, com práticas de ameaças e punições aos funcionários, como de fato operou-se na demissão de profissionais que foram a frente com as denúncias, trazendo a público a trágica situação do atendimento aos doentes mentais e as péssimas condições de trabalho dos profissionais (AMARANTE, 1995).

O “Congresso de Abertura”, como ficou conhecido, o “*V Congresso Brasileiro de Psiquiatria*”, foi organizado pelo MTSM e ocorreu na cidade de Camboriú- Santa Catarina, em 1978, representou outro marco importante. Amarante (1995) coloca que essa foi a ocasião que pela primeira vez o movimento de saúde mental participou de um encontro dos setores considerados conservadores, organizados em torno da Associação Brasileira de Psiquiatria. E que se estabeleceu uma frente ampla em favor de mudanças, que possibilitou a organização político-ideológica não apenas das questões relativas à saúde mental, mas, voltadas também contra o regime político do país, visto que a crise do setor era vista como reflexo da situação geral do país.

As lideranças do MTSM puseram-se a lutar para que o movimento não fosse dissolvido (CIRILO, 2006) e assim ele intensificou sua militância, promovendo eventos e divulgando os equívocos do paradigma vigente de saúde mental. Ressaltamos que a luta do MTSM foi favorecida com a vinda de figuras importantes da luta pela reforma psiquiátrica, entre eles, Franco Baságlio²⁸, Robert Castel, Felix Guatarri, Erwing Golfman (AMARANTE, 1995).

A literatura especializada encarregou-se de fazer o levantamento desses encontros políticos em torno da saúde mental, registrando suas pautas, seus relatórios finais e

²⁸ Iniciamos registrando a presença de Franco Baságlio no “*I congresso Brasileiro de Psicanálise e de Grupos e Instituições*”, em outubro de 1978, no Rio de Janeiro, inserido na estratégia para o lançamento de uma nova sociedade psicanalítica, de orientação analítico-social. Sobre esse evento Amarante (1995) nos relata que houve grandes polêmicas e que a maior delas certamente foi iniciada por Franco Baságlio ao denunciar o elitismo da psicanálise e do evento.

documentos de moções que ilustram bem as linha de atuação e debates travados. Assim nos restringimos aqui a elencar quais foram esses importantes eventos e suas pautas.

Os trabalhadores do emergente movimento organizaram o “*I Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental*”²⁹, em 1979, em São Paulo. No seu relatório final defendeu-se uma maior participação dos técnicos nas decisões dos órgãos responsáveis pela fixação das políticas nacionais e regionais de saúde mental. Foram aprovadas monções de repúdio a manipulação da instituição psiquiátrica como instrumento de repressão, comumente assim utilizado no regime total. Passaram a merecer maior destaque também aspectos relacionados ao modelo de atenção psiquiátrica em detrimento dos aspectos especificamente mais corporativistas (AMARANTE, 1995).

Esse evento foi seguido de um “*Encontro Regional dos Trabalhadores em Saúde Mental*”, em 1980, na cidade do Rio de Janeiro, onde se discutiram problemas sociais relacionados à doença mental, a política nacional de saúde mental, as condições de trabalho para os profissionais da área, a privatização da medicina, a realidade político-social da população brasileira, as denúncias das barbaridades ocorridas nas instituições psiquiátricas (AMARANTE, 1995).

Nesse mesmo ano, em Salvador, foi realizado o “*II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental*”, as moções aprovadas passaram pelo apoio a luta pela democratização da Associação Brasileira de Psicologia (ABP), e de suas entidades federadas, pela critica a privatização da saúde por meio de denúncias concretas envolvendo a Federação Brasileira de Hospitais (FBH), a Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRANGE) e outras multinacionais do setor empresarial da saúde, com ingerência direta nas instancias decisórias do poder publico.

No auge desses movimentos reformistas, como desdobramento da 8ª Conferencia Nacional de Saúde, foi proposta a continuação de diversas conferências de temas específicos: saúde do trabalhador, saúde da mulher, saúde da criança, saúde do idoso, saúde mental etc (AMARANTE, 1995). E nessa intenção a saúde mental encontrou muitas dificuldades e barreiras impostas pelo próprio Ministério da Saúde. Amarante (1995) nos

²⁹ Nesse mesmo ano, ocorreu o “*III Congresso Mineiro de Psiquiatria*”, em Belo Horizonte, contou com a presença de Franco Baságlio, Antonio Slavich e Robert Castel. Permaneceram sendo debatidos os temas clássicos dos encontros psiquiátricos e farmacológicos, terapia da crise, esquizofrenia e identidade profissional. Embora tenha tido espaço também para temas de enfoque social: Assistência psiquiátrica, participação popular e a ordem psiquiátrica (AMARANTE, 1995).

esclarece que isso se deu por divergências na orientação política-ideológica da direção da Divisão Nacional de Saúde Mental com o MTSM³⁰.

Nesse contexto, em 1987, no município de Bauru, SP, foi gestado o “*II Congresso Nacional do MTSM*”, também conhecido como “*Congresso de Bauru*”, que levantou o lema “Por uma sociedade sem manicômios”, originando o “*Movimento Nacional da Luta Antimanicomial*”, claramente inspirado no modelo de desinstitucionalização italiana (RAMMINGER, 2005).

“O Congresso de Bauru” inaugurou uma nova etapa, em que alguns outros eventos vieram a somar-se na consolidação da tendência que então se iniciava³¹. O MTSM foi perdendo, intencionalmente, sua marca de trabalhadores da Saúde Mental, com a incorporação de novos sujeitos³² na luta pela transformação das políticas e práticas psiquiátricas, abdicando do reconhecimento como um movimento dos técnicos e técnicas do setor (AMARANTE, 1995).

Da 8ª Conferência Nacional de Saúde, 1986, destacamos algumas orientações pertinentes a saúde mental: a orientação de que os trabalhadores de saúde mental realizem esforços em conjunto com a sociedade civil, com intuito não só de redirecionar as suas práticas, mas também de combater a “psiquiatrização” do social, democratizando instituições e unidades de saúde, fomentando assim, a necessidade de participação da população, tanto na elaboração e implementação, quanto no nível decisório das políticas de saúde mental, em defesa de que os estados reconheçam os espaços não profissionais criados pelas comunidades, visando à promoção da saúde mental, a priorização de investimentos

³⁰ Alguns membros do MTSM nesse momento, ocupavam cargos estratégicos de direção a frente da Divisão Nacional de Saúde Mental no Ministério do próprio Ministério da Saúde (AMARANTE, 1995)

³¹ Nesse tocante o autor elenca os seguinte eventos: O “I Encontro do Fórum Internacional e Saúde Mental” (INFORUM), No Instituto de Psiquiatria da UFRJ, com o temário voltado as relações entre loucura e complexidade e a Psiquiatria ; o Simpósio “A transformação da psiquiatria italiana: história, teoria e prática”, na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, com a participação de importantes autores, com a participação de importantes autores da tradição basagliana, o “Encontro Ítalo Brasileiro de Saúde” realizado pela Cooperação Italiana em Saúde e Secretaria de Estado de Saúde da Bahia, em Salvador, em 1990; a Conferência Reestructuración de la Atención Psiquiátrica em la Región, promovida pela OPAS/OMS, esse que contou com a participação de muitos brasileiros e que reafirmou alguns dos princípios de estratégia da desinstitucionalização; e finalmente, o seminário “Manicômios: Como viver sem eles? Na Fiocruz em 1990 (AMARANTE, 1995).

³² Como novos atores no surgimento pela reforma psiquiátrica Amarante (1995) destaca: As associações dos familiares e usuários, frisando a Associação “Loucos pela Vida”, criada em São Paulo, em torno do Juqueri, composta por usuários, familiares e voluntários. Outras mais antigas como a SOSINTRA, embora frise que essa tendo papel secundário ou utilitarista, voltada para o objetivo de aglutinar familiares no tratamento do seu membro, nos moldes das terapias de família ou grupo de auto-ajuda, mas que passou a assumir outra atuação, participando dos projetos de criação de novas práticas e modalidades de cuidado e atenção e na luta política pela transformação do modelo asilar.

nos serviços extra-hospitalares e multiprofissionais como oposição à tendência hospitalocêntrica (CONFERÊNCIA, 1986).

Desta forma, a reforma foi constituindo-se como processo político e social complexo, que tem composição de atores, instituições e forças de diferentes origens.

3.1 O 1º CAPS E AS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE MENTAL

O surgimento do primeiro CAPS no Brasil ocorreu em São Paulo, em 1986, denominado Centro Professor Luiz da Rocha Cerqueira, conhecido como CAPS da rua Itapeva. Sendo seguido por outras unidades em outras cidades. Os CAPS e NAPS foram criados oficialmente a partir da Portaria GM 224/92 e eram definidos como “unidades de saúde locais/regionalizadas que contam com uma população adscrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional. São atualmente regulamentados pela Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002 e integram a rede do Sistema Único de Saúde, essa portaria ampliou a complexidade e o funcionamento dos CAPS (BRASIL, 2004).

As denúncias de maus tratos aos pacientes e o posterior fechamento da Casa de Saúde Anchieta em Santos-SP (veiculada como a casa do horror), em 1989, chamou a atenção para a realidade de violência, física e simbólica, que submetia os doentes mentais internos em manicômios, “... *através de uma roupagem protetora que que desculpabiliza a sociedade e descontextualiza os processos sócio-históricos da produção e reprodução da loucura*” (RODRIGUES; CUNHA, 2007, p. 3). Levando o município, de Santos, a sair na vanguarda de criação de um Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS).

Representaram esses serviços significativo avanço na oferta de alternativa ao manicômio, dando mais visibilidade ao projeto de lei “Paulo Delgado”, que vinha sendo protelado.

A “*I Conferência Nacional de Saúde Mental*”, finalmente foi realizada em junho, de 1987, no Rio de Janeiro. Não sem conflitos no seu desenvolver, encenados pelos próprios promotores do evento, a DINSAN e Associação Brasileira de Psicologia (ABP), que ameaçaram abandonar a conferência devido à plenária ter rejeitado o regulamento que tentava impor ao evento um caráter técnico e congressista (AMARANTE, 1995). No seu

relatório final apresentou um texto de recomendações à Comissão de Sistematização da Assembleia Nacional Constituinte, defendendo a necessidade imediata de substituição das leis específicas vigentes, a exemplo da legislação civil e penal, pondo em pauta a revisão de questões relativas às interdições, aos manicômios judiciais etc. Nas propostas elaboradas apresentou preocupações com os menores de 16 anos adoentados mentalmente, buscando formas de assistência não hospitalocêntrica; critérios de funcionamento hospitalar e relação de leitos por técnicos e questões relativas a medidas terapêuticas (CONFERÊNCIA, 1987).

Tivemos em 1992, a “*II Conferência Nacional de Saúde Mental*”, em Brasília, essa foi além de aprofundar as críticas que tinham sido tecidas na ocasião da “*I Conferência de saúde mental*”. A II Conferência foi desenvolvida já dentro do avanço mais significativo de implementação do SUS, significou uma ampla mobilização nas suas diversas etapas, municipais, estaduais e nacional. Com participação expressiva de familiares e usuários da saúde pela primeira vez na nossa história. E formalizou o esboço de um novo modelo assistencial significativamente diverso, não só na lógica, nos conceitos, valores e estrutura da rede de atenção, mas, também na forma concreta de lidar com as pessoas com transtornos mentais, a partir de seus direitos de cidadania (CONFERÊNCIA, 2001).

Não obstante, o modelo asilar ainda permaneceu hegemônico na sua capacidade instalada como no total de recursos gastos na rede hospitalar, apesar das diversas experiências deserviços alternativos psicossociais implementados por algumas prefeituras, apesar do intenso apelo ético em defesa da suplantação dos manicômios ante a violência de trancafiar uma pessoa doente como se pagasse por um delito, e apesar da argumentação de menor custo financeiro para o Estado nessa empreitada de gestar um novo paradigma de atenção à saúde mental, ponto defendido pelo neoliberalismo. Mas, subjacente a lógica manicomial prevalecia interesses corporativistas da indústria da loucura, assim, somente em 2001, numa espera morosa de doze anos de tramitação, é foi promulgada a Lei 10.216 da reforma psiquiátrica brasileira.

No mesmo ano, 2001, após essa conquista jurídica, foi realizada em Brasília a “*III Conferência Nacional de Saúde Mental*”³³, pois os militantes do setor entendiam que fazia-se urgente e necessário avaliar o processo da Reforma Psiquiátrica em curso, estando assim num clima de mobilização para que a legislação supra aprovada tornasse uma realidade social.

³³ Em julho, o Ministro da Saúde convocou a III Conferência para realizar-se em dezembro, constituindo também a Comissão Organizadora (Portarias/GM n.º 1058 e n.º 1086, respectivamente de 18 e 27/ 07/2001).

Essa conferência adotou o lema: *“Cuidar sim, Excluir não. Efetivando a reforma psiquiátrica com acesso, qualidade humanização e controle social”*. Título que estava vinculado a um tema local, indicativo de sua organicidade com a constituição de um SUS e com todos os princípios que esse encerra, com destaque principal para três deles: qualidade, humanização, controle social (CONFERÊNCIA, 2001).

Na perspectiva de avaliação e reafirmação da declaração de “Caracas”, foi realizada, em Brasília no ano de 2005, a *“Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de “Caracas”*. Seu relatório constitui-se um importante documento de pesquisa sobre o histórico da trajetória da saúde mental. No qual temos o registro da reforma e da política de saúde mental no SUS, o histórico do processo de desinstitucionalização, o levantamento da configuração da rede de cuidados da comunidade, e a interpretação teórica de importantes conceitos-chaves na proposta de desinstitucionalização, a exemplo de rede, território. Trouxe, também, a discussão sobre saúde mental e inclusão social pelo trabalho, a proposta em debate dos Centros de Convivência e Cultura, a política em construção para o embate do problema do uso abusivo de álcool e outras drogas e um importante estudo revelador dos principais desafios da Reforma Psiquiátrica, naquele momento.

A *“IV Conferência Nacional de Saúde Mental”*, ocorrida no final de junho de 2010, em Brasília, teve como tema central: *“Saúde Mental direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios”*, carregava ainda preocupações expressas na III conferência, de avaliar e fortalecer a Reforma Psiquiátrica Brasileira, apostando em sua perspectiva inovadora de ser intersetorial, assim reafirmou os princípios mais gerais da reforma psiquiátrica em curso no país, como superação de um modelo asilar, e previsão de uma rede de serviços alternativos diversificados, e garantia de direitos das pessoas com sofrimento mental e seus familiares. A conferência manifestou-se contrária a todas as formas de privatização e terceirização de serviços, se colocando na direção de um sistema público e estatal de rede mental. Ressaltou também a importância da presença e participação ativa dos usuários, tanto na produção dos cuidados de saúde, como no ativismo junto aos serviços e frente aos dispositivos de controle social. Foi profícua a extensão de 1.500 propostas que foram apresentadas a plenária geral (CONFERÊNCIA, 2010).

Apresentamos, logo mais, os dispositivos de saúde mental criados pelo ministério nacional de saúde.

Os usuários desse serviço vivem a priori no seio familiar e participam do CAPS com a frequência sistematizada de acordo com o projeto terapêutico para eles elaborado, o qual deve ser feito conforme as necessidades do quadro de saúde dos mesmos, constando três tipos de atendimento (BRASIL, 2004, p. 16):

Atendimento Intensivo: trata-se de atendimento diário, oferecido quando a pessoa se encontra com grave sofrimento psíquico, em situação de crise ou dificuldades intensas no convívio social e familiar, precisando de atenção contínua. Esse atendimento pode ser domiciliar, se necessário.

Atendimento Semi-Intensivo: nessa modalidade de atendimento, o usuário pode ser atendido até 12 dias no mês. Essa modalidade é oferecida quando o sofrimento e a desestruturação psíquica da pessoa diminuíram, melhorando as possibilidades de relacionamento, mas a pessoa ainda necessita de atenção direta da equipe para se estruturar e recuperar sua autonomia. Esse atendimento pode ser domiciliar, se necessário.

Atendimento Não-Intensivo: oferecido quando a pessoa não precisa de suporte contínuo da equipe para viver em seu território e realizar suas atividades na família e/ou no trabalho, podendo ser atendido até três dias no mês. Esse atendimento também pode ser domiciliar.

A portaria MS 336/02 que regulamenta esses Centros, apresenta cinco tipos de modalidades de CAPS, que se diferenciam-se pelo porte, considerando a população de abrangência e a clientela atendida, o modo de funcionamento e a composição da equipe. Os tipos elaborados são os seguintes: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad. Eis abaixo citadas as caracterizações de cada uma dessas modalidades:

Os CAPS I são os centros de menor porte, capazes de oferecer uma reposta significativa às demandas de saúde mental em municípios com população de 20 e 50 mil habitantes, têm como usuários adultos com transtornos mentais severos e persistentes e transtornos leves decorrentes do uso de álcool e outras drogas, tendo capacidade para acompanhamento de cerca de 240 pessoas por mês. Funcionando de segunda a sexta feira das 8:00h as 18:00h (BRASIL, 2004, p.16).

A abrangência populacional vai se expandido com os CAPS II:

Que seapresentam como serviços de médio porte, atendendo adultos com transtornos mentais severos e persistentes com capacidade de acompanhar 360 pessoas por mês, dando cobertura aos municípios com população entre 70 a 200 mil habitantes, funcionando cinco dias da semana, em dois turnos e podendo comportar um terceiro turno até às 21 horas (BRASIL, 2004, p.16).

Já os CAPS III são os serviços de maior porte e encerra grande complexidade uma vez que funcionam 24 horas por dia, inclusive fins de semana e feriados. Estruturado para população acima de 200.000. Responsabilizando-se por curtas internações, de algumas horas a no máximo de sete dias, voltados para atendimento de cerca de 450 pessoas por mês (BRASIL, 2004).

Temos também o CAPSi, especializado no atendimento a crianças e adolescentes com transtornos mentais e do desenvolvimento psicomotor, tendo capacidade para acompanhar cerca de 180 crianças e adolescentes por mês. Voltado para uma população de cerca de 200 mil habitantes, funcionando cinco dias da semana, em dois turnos e podendo comportar um terceiro turno até às 21 horas (BRASIL, 2004).

Na tabela abaixo temos o número de CAPS distribuídos pelas unidades das federações do Brasil

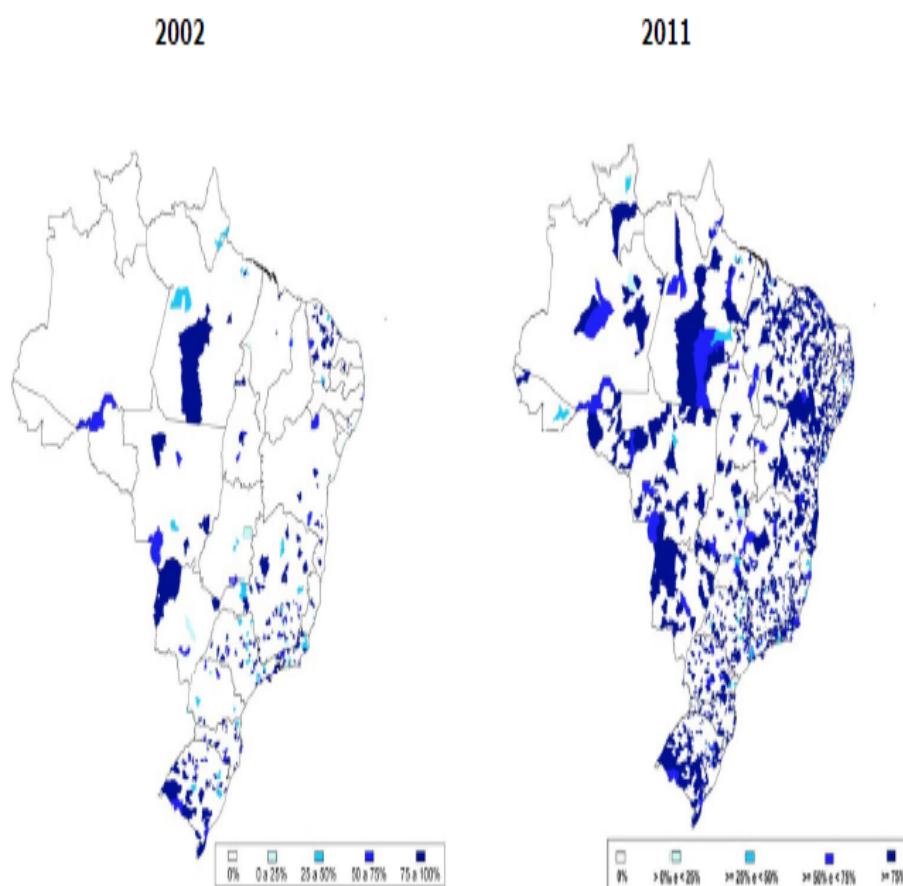
Tabela 1 – Indicador de Cobertura CAPS/100.000 habitantes por ano e UF.
Brasil (2002- julho de 2011)

Região/UF	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Norte	0,12	0,16	0,19	0,21	0,25	0,29	0,31	0,36	0,41	0,42
Acre		0,17	0,16	0,30	0,29	0,31	0,29	0,29	0,27	0,27
Amazonas				0,03	0,11	0,11	0,10	0,12	0,23	0,23
Amapá	0,19	0,19	0,36	0,34	0,32	0,34	0,33	0,48	0,45	0,45
Pará	0,16	0,21	0,24	0,24	0,27	0,32	0,33	0,39	0,43	0,44
Rondônia	0,14	0,17	0,20	0,36	0,42	0,55	0,67	0,66	0,70	0,74
Roraima		0,28	0,27	0,26	0,25	0,25	0,24	0,24	0,33	0,33
Tocantins	0,25	0,28	0,28	0,27	0,26	0,28	0,35	0,50	0,47	0,47
Nordeste	0,12	0,18	0,23	0,30	0,50	0,58	0,66	0,72	0,81	0,83
Alagoas	0,17	0,21	0,20	0,31	0,69	0,77	0,82	0,81	0,88	0,88
Bahia	0,08	0,19	0,23	0,25	0,45	0,52	0,60	0,71	0,82	0,85
Ceará	0,25	0,27	0,30	0,35	0,57	0,69	0,79	0,85	0,93	0,94
Maranhão	0,04	0,05	0,07	0,23	0,43	0,48	0,59	0,63	0,63	0,63
Paraíba	0,06	0,13	0,27	0,36	0,73	0,87	0,99	1,11	1,22	1,23
Pernambuco	0,14	0,20	0,24	0,27	0,32	0,36	0,45	0,45	0,55	0,59
Piauí	0,03	0,03	0,08	0,22	0,49	0,56	0,58	0,65	0,82	0,83
Rio Grande do Norte	0,19	0,23	0,27	0,37	0,56	0,63	0,69	0,70	0,84	0,84
Sergipe	0,11	0,32	0,55	0,66	0,75	0,88	0,90	1,02	1,11	1,16
Centro-oeste	0,14	0,19	0,23	0,30	0,35	0,37	0,43	0,46	0,49	0,49
Distrito Federal	0,07	0,07	0,07	0,11	0,10	0,10	0,22	0,21	0,21	0,21
Goiás	0,10	0,18	0,21	0,24	0,28	0,29	0,38	0,37	0,42	0,42
Mato Grosso do Sul	0,16	0,16	0,20	0,35	0,44	0,49	0,51	0,64	0,69	0,69
Mato Grosso	0,25	0,32	0,41	0,55	0,61	0,65	0,68	0,70	0,69	0,69
Sudeste	0,26	0,28	0,32	0,34	0,39	0,44	0,47	0,52	0,58	0,58
Espírito Santo	0,17	0,18	0,23	0,28	0,36	0,37	0,39	0,44	0,44	0,44
Minas Gerais	0,26	0,30	0,35	0,38	0,43	0,48	0,51	0,57	0,65	0,67
Rio de Janeiro	0,28	0,29	0,33	0,34	0,39	0,45	0,50	0,50	0,55	0,58
São Paulo	0,26	0,27	0,30	0,33	0,38	0,41	0,45	0,51	0,56	0,56
Sul	0,29	0,32	0,38	0,45	0,58	0,69	0,73	0,79	0,87	0,88
Paraná	0,15	0,16	0,21	0,28	0,45	0,60	0,65	0,67	0,72	0,74
Rio Grande do Sul	0,39	0,44	0,52	0,56	0,68	0,77	0,80	0,90	1,01	1,01
Santa Catarina	0,35	0,35	0,43	0,53	0,60	0,68	0,73	0,79	0,87	0,87
Brasil	0,21	0,24	0,29	0,33	0,43	0,50	0,55	0,60	0,66	0,68

Fonte: Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

O crescimento da oferta de CAPS fica bem visível nos mapas abaixo:

Cobertura por município dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em 2002 e julho de 2011
(parâmetro de 1 CAPS para cada 100.000 habitantes)



Fonte: Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

Figura 2: Cobertura por municípios dos CAPS.

O quadro de CAPS da cidade de João Pessoa era composta por apenas quatro CAPS, dados que sinalizavam para a premente necessidade de crescimento dessa rede local, pois além de serem poucos Centros, apenas quatro, eles cada qual atendia um grupo específico (criança, adultos usuários de álcool e drogas de forma abusiva, adultos com transtornos mentais severos), de modo que tínhamos apenas um único serviço destinado para as crianças (em toda a cidade), um único CAPSad e apenas dois CAPS III (já contando com Caminhar na modalidade de CAPS III).

2.1.1.1 As residências terapêuticas

O serviço Residencial Terapêutico (RT), também chamado de residência terapêutica ou simplesmente "moradia", constitui-se como casas construídas para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos desassistidos. Surgiram a partir do dilema levantado: o que fazer com pessoas que poderiam sair dos hospitais psiquiátricos, mas que não contavam com suporte familiar ou de outra natureza?

Buscando intervir nessa questão a II Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1992, propunha a implantação de "lares abrigados" e a partir do questionar sobre como solucionar essa situação, foi criada a portaria Nº 106/2000 do Ministério da Saúde que regulamenta esses serviços de RT, a qual foi fomentada a partir da avaliação exitosa de experiências de reinserção de pacientes psiquiátricos na comunidade através de serviços alternativos criados na década de 1990, em algumas cidades do Sul e Sudeste.

A portaria supra citada prescreve que essas casas estejam localizadas no espaço urbano, devendo abrigar um número de usuários que pode variar de apenas um indivíduo até um pequeno grupo de no máximo oito moradores.

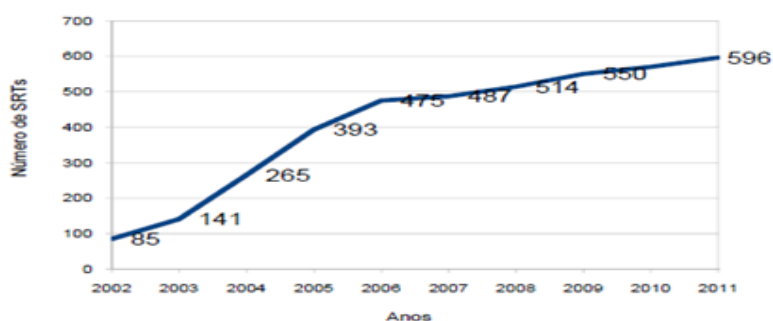
Na perspectiva de representar o abrigo que substitui os lares inexistentes para acolher o doente mental, *"tais residências não são precisamente serviços de saúde, mas espaços de morar, de viver, articulados à rede de atenção psicossocial de cada município"* (BRASIL, 2004, p. 7). Destarte é previsto um cuidadoso e delicado trabalho clínico com os residentes, os quais deverão contar sempre com suporte profissional de caráter interdisciplinar (seja de um CAPS de referência, seja de uma equipe da atenção básica), os profissionais deverão atuar considerando a singularidade de cada um dos moradores, rompendo a lógica de

massificação instalada nos manicômios baseada no coletivo de internos. Diante dessa normatização, estranhamos o fato dessa Portaria não ter sido mencionada e selecionada para nosso debate de normas no elenco das documentações pertinentes ao trabalhar em CAPS. Os SRTs devem funcionar como moradias, em termos gerais são referendados dois tipos de SRT'S, sendo o SRT I assim caracterizado:

SRT I –O suporte focaliza-se na inserção dos moradores na rede social existente (trabalho, lazer, educação, etc.). O acompanhamento na residência é realizado conforme recomendado nos programas terapêuticos individualizados dos moradores e também pelos Agentes Comunitários de Saúde do PSF, quando houver. Devem ser desenvolvidas, junto aos moradores, estratégias para obtenção de moradias definitivas na comunidade. Este é o tipo mais comum de residências, onde é necessário apenas a ajuda de um cuidador (pessoa que recebe capacitação para este tipo de apoio aos moradores: trabalhador do CAPS, do PSF, de alguma instituição que faça esse trabalho do cuidado específico ou até de SRTs [...]) (BRASIL, 2004, p. 10).

Temos o SRT II, que difere do SRT I praticamente pelo nível de complexidade que é maior, pois lida com usuários/moradores de internações muito longas e de cuidados intensivos. O mais importante a frisar nos dois tipos de SRT é a ênfase dada para que a pessoa com transtorno mental acolhida nesse âmbito seja progressivamente incluída no meio social, sem essa meta, esse lócus poderia transforma-se em pequenas instituições segregadoras. Contabilizamos 17 RT na Paraíba, no território nacional somamos um total de 596 que atende 3.236 moradores.

Vejamos no gráfico os dados nacionais:



Fonte: Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPE/SAS/MS.

Gráfico 1: Residências Terapêuticas por ano. Brasil, 2002 – Julho 2011.

A expansão desse dispositivo no país ainda é um grande desafio, reconhece o próprio Ministério da Saúde (BRASIL, 2004). O seu processo de implantação segue acompanhando o ritmo de fechamento dos leitos, e aí talvez resida um dos elementos para essa gradual expansão, a resistência em fechar junto com os leitos psiquiátricos a via de garantia de subsídios financeiros públicos que ainda hoje alimenta e reproduz a indústria da loucura, com a participação do setor privado.

Focamos agora o Programa de Volta para Casa que também foi idealizado como dispositivo da rede de saúde mental para retirada das pessoas do âmbito manicomial e representa uma ação concreta para viabilizar essa passagem de inclusão.

2.1.1.1.1 O Programa de volta para casa

O Programa “De Volta para Casa” selecionado pelo Grupo de Trabalhadores do Caminhar para compor a relação dos documentos prescritivos que embasam o trabalho em CAPS, foi incorporado em nossos debates pela portaria e lei que regulamentam esse programa que são: a Lei Nº 10.708/2003 e a Portaria Nº 2077/GM de 31 de outubro de 2003. Contudo, o conteúdo dessas legislações era pouco conhecido pelos trabalhadores e eles demonstraram pouco interesse na discussão dessa temática, com exceção das Assistentes Sociais, que por se ocuparem dentre suas atribuições de esclarecerem e garantirem direitos e benefícios dos usuários e seus familiares, foram mais solícitas a essa discussão, de certo, por ser ocuparem, dentre suas atribuições, de esclarecerem e garantirem direitos e benefícios dos usuários e seus familiares.

É importante salientar que o programa representa mecanismo de fomento de desospitalização, apesar de ser parco o recurso ofertado para seus beneficiários, mas representa uma iniciativa de política afirmativa. Vejamos a quem atinge diretamente:

As pessoas acometidas de transtornos mentais egressas de internação psiquiátrica em hospitais cadastrados no SIH-SUS, por um período ininterrupto igual ou superior a dois anos, quando a situação clínica e social não justifique a permanência em ambiente hospitalar e indique a possibilidade de inclusão em programa de reintegração social. Pessoas residentes em moradias caracterizadas como serviços residenciais terapêuticos ou egressas de Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, em conformidade com a decisão judicial (Juízo de Execução Penal), também podem ser beneficiários do auxílio (MANUAL, 2003, p. 3).

Ressaltamos que com a mudança do CAPS Caminhar para CAPS III, os seus servidores estariam diretamente mais envolvidos com essa política, haja vista, que possivelmente teriam relação de acompanhamento de uma Residência, pois essas legislações prescrevem essa relação de matriciamento de CAPS as RTs, e que a equipe envolvida no cuidado dos moradores desenvolva ações baseadas em proposta de reabilitação psicossocial, estabelecendo, inclusive, avaliação regular do processo de reintegração social. Assim diante do reconhecimento suscitado acerca da importância de conhecimento do programa, revemos os demais critérios para seu acesso:

É absolutamente necessário que a pessoa incluída no programa esteja, como está referido no Art. 3º da Lei nº 10.708, em alta hospitalar, morando em residência terapêutica (que se constitui como moradia ou casa inserida na comunidade), com suas famílias de origem, famílias substitutas ou outras formas alternativas de moradia e de convívio social. Assim como estar necessariamente referenciado, para tratamento e acompanhamento extra-hospitalar, em uma das unidades da Secretaria Municipal de Saúde (MANUAL, 2003, p. 4).

Uma importante reflexão emergiu na dialogicidade travada nos grupos de trabalho, percebendo a contradição de na vigência de um paradigma psicossocial, ainda haver internos em instituições manicomiais há dois ou mais anos. A questão é que esse programa não deveria sequer existir, simplesmente porque na ideologia antimanicomial não se justifica uma pessoa doente mental enclausurada durante um período tão longo, pois caracteriza um estado de cronicidade da “loucura”.

Interessante questionamento suscitado pela “atividade”, que trouxe um importante fato para essa realidade persistir, a morosidade no processo de fechamento dos manicômios, colocando uma questão que diz respeito a estrutura da rede, apontado existirem poucas Residências Terapêuticas em João Pessoa, aliás existia apenas uma. Mediante essa restrição da rede, emergiu a avaliação se essa instituição comportava todos os internos que precisavam desse acolhimento e que por direito deveriam ser atendidos pelo de Volta para Casa?

Os dados oficiais revelam que são muitos os casos de realidade de reclusão manicomial ainda hoje.

Essa é uma realidade demonstrada no gráfico abaixo:

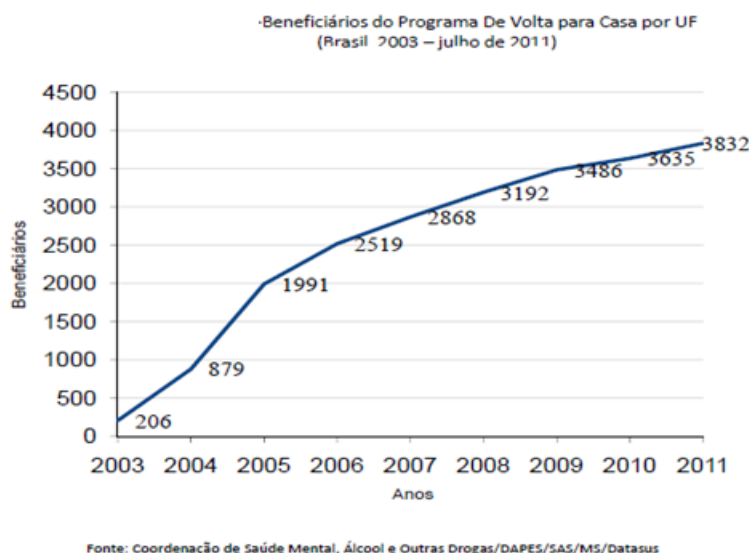


Gráfico 2: Benefícios do Programa de Volta para Casa por UF.

Tanto o Programa de Volta para Casa como o SRT atende ao disposto na Lei 10.216, que no Art. 5º, determina que os pacientes há longo tempo hospitalizados, ou para os quais se caracterize situação de grave dependência institucional, sejam objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida. De certo que para consecução do cumprimento desse artigo ainda se tem muito por se fazer, mas apesar de algumas contradições mencionadas referente aos programas de inclusão social estudados, eles representam importantes portas que se abrem para uma nova modalidade de atendimento mental. Bem como, os empreendimentos solidários que abordaremos a seguir que constitui-se como programa relevantes como fomento para a pessoa que sofre de doença mental desenvolver atividades laborativas

4 EMPREENDIMENTOS SOLIDÁRIOS

O Programa de Inclusão Social pelo Trabalho estimula a implantação de iniciativas de geração de renda no campo de saúde mental através de incentivos financeiros e capacitações regionais sobre empreendimentos solidários.

Através de uma parceria entre o Ministério da Saúde, a Secretaria Nacional de Economia Solidária (SENAES) e do Ministério do Trabalho e Emprego foi planejado um incentivo técnico e financeiro para as iniciativas de inclusão social pelo trabalho, gestando o Programa de Inclusão Social pelo Trabalho, o qual abarcou a demanda do campo da saúde mental.

Mediante a problemática geral de desemprego em massa, somado aos estigmas que cercam a doença mental e as reais dificuldades subjetivas de uma pessoa com transtorno psíquico severo conseguir um posto no mercado de trabalho, essa iniciativa de fomento a inclusão social pelo trabalho representou um diferencial na política de saúde mental por intervir numa questão crucial, passando da postura de tutela para uma abordagem de valorização do usuário como sujeito de capacidades cognitivas, criativas, laborativas. De acordo com o Cadastro Nacional das Iniciativas de Inclusão Social pelo Trabalho (CIST), por todo o país somam-se 640 iniciativas desse programa (SAÚDE, 2011):

UF	Nº Iniciativas de Geração de Renda
Acre	3
Amapá	0
Alagoas	14
Amazonas	7
Bahia	48
Ceará	18
Distrito Federal	9
Espírito Santo	5
Goiás	9
Maranhão	11
Minas Gerais	59
Mato Grosso do Sul	13
Mato Grosso	14
Pará	6
Paraíba	25
Pernambuco	22
Piauí	9
Paraná	46
Rio de Janeiro	114
Rio Grande do Norte	14
Rondônia	1
Rio Grande do Sul	38
Santa Catarina	34
Sergipe	9
São Paulo	99
Tocantins	13
Total	640

Fonte: Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS e Coordenações Estaduais e Municipais de Saúde Mental.

Figura 3: Número de iniciativa do programa Geração de Renda por UF

O lucro para o público alvo, talvez esteja para além da alternativa de geração de renda, permeia um ganho simbólico na perspectiva de construção de uma identidade de trabalhador, pois recai sobre essas pessoas preconceito e estigma da doença mental como improdutividade e incapacidade, bem como o peso de estarem “encostadas” na previdência social, quando na verdade, têm direito previdenciário e assistencial. Daí a relevância de programas que ensejem outra realidade social e outra identidade acerca do doente mental.

Medidas de promoção de abertura de frente de emprego no contexto atual parecem uma urgência premente, mas não podemos nos furtar de comentar que a atribuição governamental de estimular a criação, manutenção e ampliação de oportunidades de trabalho e acesso à renda, por meio de empreendimentos auto-gestionados, organizados de forma coletiva e participativa, inclusive da economia popular são reflexos de pressões sociais e respostas governamentais na tentativa de minorar consequências do neoliberalismo no que tange ao projeto de naturalização do desemprego como salutar ao crescimento social.

A rede de saúde mental doravante passou a preocupar-se também com os excluídos sociais submetidos à vulnerabilidade de viverem nas ruas, intervindo com os Consultórios de rua, que conheceremos nas próximas linhas.

4.1 CONSULTÓRIO DE RUA (CR)

Ministério da Saúde criou o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010), instituído pela Portaria nº 1190/2009, e o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas (PIEC), esse instituído pelo Decreto Presidencial Nº 7179-/2010. E o Consultório de Rua se inseriu como parte integrante desses Planos. Como dispositivo público que oferece cuidados básicos de saúde para a população vulnerável (como assistência social, justiça, cultura, esporte e outros) no próprio contexto de rua, em ação conjunta com outros setores.

OS CR recorreram a uma metodologia de trabalho que adotou as estratégias de Redução de Danos³⁴, como ações que apresentam a intencionalidade de tentar reduzir para os usuários de álcool e outras drogas, para suas famílias e comunidades, as consequências negativas relacionadas à saúde, a aspectos sociais e econômicos decorrentes de substâncias que alteram o temperamento.

Nessa linha de trabalho, redução de danos, os exemplos são variados e vão desde a mudança de vias de administração de drogas, passando pela distribuição de seringas/agulhas para usuários de drogas injetáveis, distribuição de preservativos, chegando a tratamento de substituição de drogas, coibição da associação de consumo de bebidas e direção de veículos.

O CR está hierarquizado como Atenção Primária por meio de ações de promoção, prevenção e cuidados primários no espaço da rua. A atenção primária é priorizada pelas diretrizes do SUS e situa-se, fundamentalmente, no campo da prevenção.

Santos e Andrade (2010) explicam que a atenção primeira deve ser aquela que, atuando como filtro, como agente regulador do sistema público de saúde, consegue evitar que pequenos problemas de saúde se agravem, resolvendo problemas que surgem sem a necessidade de encaminhamento das pessoas usuárias do serviço de saúde para a atenção especializada, com preservação da saúde individual.

Uma aparente incoerência é identificada aqui, qual seja, situar uma atenção assistencial a moradores de rua no âmbito da atenção primária, pois homens, mulheres, crianças e idosos que vivem nessa situação de vulnerabilidades de toda sorte, já tiveram os laços familiares rompidos, e por ventura tornaram-se dependentes químicos.

Até o momento 73% dos Consultórios de Rua que receberam financiamento do SUS estão em fase de levantamento de campo ou já realizaram ações de campo.

A Paraíba estava defasada na implementação dos consultórios, contando com apenas três unidades. João Pessoa contava de apenas uma Residência Terapêutica, quadro da rede local que comprometia o objetivo de retirada dos internos em manicômios pelo de Volta para Casa, em suma são fragilidades da rede que aqui são pontuadas.

A tabela abaixo detalha sobre os dados da distribuição dos Consultórios de Rua pelas unidades federadas (SAÚDE, 2011):

³⁴ Nessa linha de trabalho, os exemplos são variados e vão desde a mudança de vias de administração de drogas, passando pela distribuição de seringas/agulhas para usuários de drogas injetáveis, distribuição de preservativos, chegando a tratamento de substituição de drogas, coibição da associação de consumo de bebidas e direção de veículos.

Consultórios de Rua Implantados ou em implantação
por UF. Brasil, julho de 2011.

Estado	nº CR
AC	1
AL	4
AM	2
AP	1
BA	4
CE	3
DF	3
ES	3
GO	6
MA	1
MG	1
MG	0
MS	2
MT	1
PA	2
PB	3
PE	4
PI	1
PR	3
RJ	8
RN	2
RO	1
RS	6
SC	4
SP	18
TOTAL	92

Fonte: Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS./Datasis

Tabela 2: Consultórios de Rua implantados e em implantação por UF

Diante da contradição assinalada refletimos sobre os Consultórios de Rua: que cuidado primário é esse preconizado? Que vem intervir num contexto sócio-cultural marcado pela exclusão social? Esse cuidado chegou muito secundariamente, num quadro de vulnerabilidade social, onde o indivíduo está destituído de “lenço e documento”, como espórias sociais.

4.1.1 Atenção psiquiátrica hospitalar

A rede de saúde mental psicossocial convive com uma rede hospitalar de atendimento psiquiátrico, embora a legislação prescreva a gradual substituição dos serviços manicomiais pelos serviços alternativos psicossociais e mesmo estando preconizado que doravante a internação psiquiátrica passa a ser o derradeiro recurso, buscado tão somente quando todas as alternativas terapêuticas não institucionais mostrarem-se ineficazes.

A prevalência da internação em Hospitais Psiquiátricos deu preferência à internação nos CAPS 24 horas, nos hospitais-dia ou em leitos comuns ou no máximo, em ala psiquiátrica de Hospitais Gerais e está prescrito que sua duração deve limitar-se ao tempo de duração do surto psiquiátrico, estando previsto um tempo máximo de internação de sete dias ou dez num período intercalado de um mês (SAÚDE, 2011).

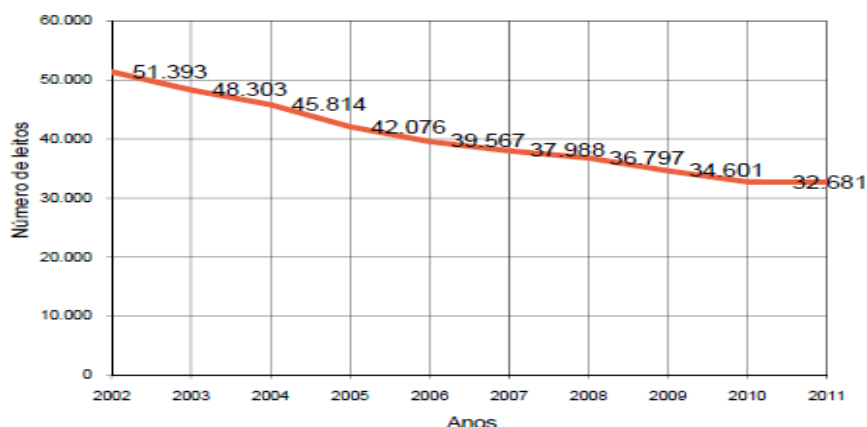
Com a publicação da Portaria 2.644/09, que estabelece novo reagrupamento de classes para os hospitais psiquiátricos e reajusta os respectivos incrementos e cria incentivos para internação de curta duração nos hospitais psiquiátricos, houve a divisão dos hospitais psiquiátricos em quatro classes: aqueles de menor porte com até 160 leitos, os que atendem de 160 leitos até 240, os que dispõem de 241 leitos até 400, e por fim aqueles que atendem acima de 400 leitos.

Como tentativa de qualificar o atendimento e reduzir alguns problemas dos macro-hospitais, o governo remunera melhor os hospitais de menor porte, que constituem 48,64% dos leitos da rede hospitalar psiquiátrica.

A rede de João Pessoa atuava em convívio com alguns dispositivos hospitalocêntricos, o Sanatório Cliford, o Complexo Psiquiátrico Juliano Moreira (são hospitais públicos).

João Pessoa contava também com alguns outros serviços credenciados com o SUS, a exemplo do Hospital São Pedro e do Instituto de Psiquiatria da Paraíba.

A realidade é que ainda temos uma grande rede hospitalocêntrica que atende grande número de internos. Abaixo apresentamos dados da saúde mental quanto ao atendimento hospitalar (SAÚDE, 2011):



Fontes: Em 2002-2003, SIH/SUS, Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS Coordenações Estaduais. A partir de 2004, PRH/CNES e Coordenações Estaduais.

Gráfico 3: Números sobre o atendimento hospitalar.

A rede de saúde mental atual, também conta com leitos em hospitais gerais, mas, não dispomos desses dados em nível nacional, pois fizemos o levantamento desses dados através do site oficial do Ministério da Saúde, mais precisamente, através do manual “Saúde Mental em dados 9”, esse foi o documento que mais nos deu a sistematização das de informações quanto a quantidade de leitos garantidos nas instituições médicas gerais. No caso da rede de saúde mental paraibana temos registro de 736 leitos em hospitais psiquiátricos, 36 leitos em hospitais gerais e 51 leitos de urgência e emergência (PARAÍBA, 2011).

4.1.1.1 O Sistema Único de Saúde no município de João Pessoa

A organização do Sistema Único de Saúde de João Pessoa complexificou-se a medida do crescimento da população e dos serviços que atendem as suas necessidades. A demanda crescente requer do sistema de saúde uso de tecnologias cada vez mais desenvolvidas e pessoas qualificadas.

A rede de cuidados em saúde constituídas no município de João Pessoa abarca os três níveis de complexidade do sistema: atenção básica, média e alta complexidade. A concepção

de rede remete ao princípio de solidariedade, de troca. Conforme sua tessitura comentada pelo autor, ela constitui-se como:

Uma articulação entre diversas unidades que, através de certas ligações, trocam elementos entre si, fortalecendo-se reciprocamente, e que podem se multiplicar em novas unidades, as quais, por sua vez, fortalecem todo o conjunto na medida em que são fortalecidas por ele, permitindo-lhe expandir-se em novas unidades ou manter-se [...] em equilíbrio sustentável. Cada nódulo representa uma unidade e cada fio um canal por onde essas unidades se articulam através de diversos fluxos (MANCE apud VIEIRA FILHO; NOBREGA, 2004, p. 375-376).

A rede guarda relação com intersectorialidade, que integra saberes e experiências das políticas setoriais e a articulação das diversas organizações que atuam no âmbito das políticas sociais (JUNQUEIRA, 2004, p. 25).

O município de João Pessoa na sua responsabilidade de gestão plena de saúde atende, principalmente, a demanda da atenção básica de saúde (ABS)³⁵.

De acordo com as diretrizes do Plano Nacional de Atenção Básica (PNAB), a atenção básica deve constituir-se como porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo o ponto de partida para a estruturação dos sistemas locais de saúde.

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (PLANO, 2006).

Outras características que a atenção básica carrega são fundamentais no cuidado em saúde mental, a saber, a consideração do sujeito em sua singularidade, na sua complexidade, com foco integral, na inserção sócio-cultural e na busca pela promoção de sua saúde, no empenho de prevenção e tratamento de doenças e na busca de redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (PLANO, 2006).

³⁵ Os municípios e o Distrito Federal, como gestores dos sistemas locais de saúde, são responsáveis pelo cumprimento dos princípios da Atenção Básica, pela organização e execução das ações em seu território (PLANO, 2006).

A estrutura organizacional da rede de serviços em saúde no município de João Pessoa, no que concerne a atenção básica, está calcada na perspectiva dos distritos sanitários. A cidade foi esquadrihada e dividida em cinco distritos sanitários³⁶.

Os distritos sanitários estão dentro da estrutura da Gerência da Atenção Básica e são responsáveis por acompanhar e gerir as ações de atenção básica em suas áreas de abrangência. Portanto, gerencia a política de saúde na região e administra todo o pessoal, além da parte física e de equipamentos. Nas áreas que compõem os distritos sanitários existem os Serviços Especializados que são geridos pelo nível central, ou seja, estão diretamente ligados a Gerência da Rede de Serviços Especializados. A atenção básica que contempla o primeiro nível de organização da rede de serviços de saúde é composta fundamentalmente pelas Unidades de Saúde da Família, tidas como instrumentos estratégicos nessa política de saúde.

Com o intuito de aperfeiçoar e maximizar os serviços a Secretaria de Saúde de João Pessoa introduziu a política do “matriciamento” das ações de saúde. O matriciamento é assim definido:

Consiste em encontros de acompanhamento sistemático dos problemas e potencialidades da rede de saúde, em que as equipes dos Distritos Sanitários (DS), o apoio técnico às unidades e as diversas áreas de atenção e de vigilância à saúde compartilham informações e planejam ações a partir da realidade e necessidade das comunidades (A SAÚDE, 2008, p. 20).

Desde 2006, a gestão municipal de saúde local propôs a formação de equipes matriciais compostas por profissionais tanto dos serviços quanto das áreas técnicas da secretaria com o intuito de apoiar os profissionais de saúde, prioritariamente das equipes de Saúde da Família, num trabalho refletido, com foco de planejamento para efetivação das finalidades que visava alcançar (BARRETO et al, 2012).

³⁶ O distrito sanitário I abarca os seguintes bairros: Jaguaribe, Cruz das Armas, Costa e Silva, Alto do Mateus, Bairro das indústrias, Oitizeiro, Bairro dos Novais, Jardim Veneza e Ernani Sátiro; o distrito sanitário II é composto pelos bairros: Cristo, Varjão, Água Fria, João Paulo II, Cuiá, Cidade dos Funcionários, Grotão, Ernesto Geisel e Gramame; o distrito sanitário III abrange as seguintes áreas: Valentina de Figueiredo, Mangabeira, Jardim Cidade Universitária, Jardim São Paulo, Bancários, Planalto da Boa Esperança, Cidade dos Colibris, Paratibe, José Américo e Gramame; o distrito sanitário IV atenda a população dos seguintes bairros: Róger, Tambiá, Centro, Mandacaru, Alto do Céu, Varadouro, Bairro dos Estados, Bairro dos Ipês, Torre, Trinchiras, Ilha do Bispo e Treze de Maio; e o distrito sanitário V compreende as seguintes localidades: Tambauzinho, Manaíra, Torre, Miramar, Tambaú, Altiplano Cabo Branco, Bessa, Portal do Sol, Expedicionários, Penha, Castelo Branco e Torre. (Dados extraídos do site oficial da Secretaria Municipal de Saúde, disponível em: <http://www.joaopessoa.pb.gov.br/secretarias/saude/distritos-sanitarios>. Acesso em junho 2012.

Outra política implantada no SUS da capital paraibana foi a criação dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF)³⁷, com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica, devendo atuar de forma integrada à rede de serviços de saúde, a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes Saúde da Família, numa responsabilização compartilhada com base nos processos de referência e contrareferência, ampliando para um processo de acompanhamento longitudinal de responsabilidade da equipe de Atenção Básica/Saúde da Família, atuando no fortalecimento de seus atributos e no papel de coordenação do cuidado no SUS (BRASIL, 2008).

A rede de serviços da Secretaria de Saúde do Município de João Pessoa possuía 180 Equipes do Programa Saúde da Família – PSF. Estando composta, também, pela Rede Hospitalar, Centros Especializados e de Atenção Integrada à Saúde, compondo a seguinte estrutura³⁸.

- 05 Centros de Saúde - UBS
- 03 Centros de Atendimento Integrado em Saúde – CAIS
- 03 Centros de Atenção Psico-Social – CAPS· 01 Laboratório Central do Município (Jaguaribe)
- 01 Centro de Atenção Integral à Saúde do Idoso (Tambiá)
- 01 Centro de Testagem e Aconselhamento – DST/AIDS (Jaguaribe)
- 03 Centros de Especialidades odontológicas (CEO)
- 04 Hospitais Municipais: Santa Isabel, Valentina, Maternidade Cândida Vargas e Complexo Hospitalar Governador Tarcísio Burity (Ortotrauma).

A rede de saúde mental da cidade dispunha de quatro CAPS, sendo um CAPSi (infantil), Cirandar, o qual foi criado no ano de 2008, destinado para atendimento de crianças e adolescentes que sofrem de transtornos mentais e dependentes de drogas. A unidade tinha capacidade de atender até 45 crianças e adolescentes com necessidades de tratamento intensivo diariamente, por apresentarem algum transtorno psíquico (neurose ou psicose) ou como dito, dependência química.

Os outros três centros eram destinadas para os adultos: um CAPS II em transição

³⁷ Ministério da Saúde criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF, com a Portaria GM nº 154, de 24 de Janeiro de 2008, Republicada em 04 de Março de 2008.

³⁸ Dados também obtidos do site oficial da Secretaria de Saúde local.

para CAPS III, o Caminhar (local da pesquisa de campo).

Um CAPS III, Drº Gutemberg Botelho, criado em 2001, foi o primeiro CAPS da cidade, como CAPS III funcionava em horário integral e estava destinado para pessoas com sofrimento de transtornos mentais severos e para pequenas internações de usuários em surto. O município inaugurou esse ano, 2012, o primeiro CAPSad, David Capistrano, que presta pronto atendimento para adultos com transtornos mentais decorrentes do uso/abuso e dependência de álcool e outras drogas, oferecendo leitos para observação, num acompanhamento de casos de urgência.

Além dos CAPS, o usuário contava com um Pronto Atendimento em Saúde Mental (PASM), responsável em atender urgências psiquiátricas, esse serviço funcionava num Complexo Hospitalar (Governador Tarcísio Burity).

Após exposto o histórico e a caracterização da política de saúde brasileira, da apresentação da rede nacional de saúde mental e da política de saúde do SUS no município de João Pessoa, passaremos, no próximo capítulo, a abordar aspectos concernentes a fundamentação teórico-metodológica da pesquisa.

CAPÍTULO III

5 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICO-METODOLÓGICA

Alguns conceitos introdutórios se apresentam como importantes para compreensão de nosso estudo, nesse esforço sintetizamos as concepções que adotamos acerca das categorias: trabalho, saúde e saúde mental. Nesse capítulo explicamos também sobre a Ergologia e a Psicodinâmica do Trabalho, no que tange aos conceitos e pressupostos teóricos que apresentam essas démarches e abordamos sobre os métodos dessas disciplinas.

Iniciemos discutindo o conceito de trabalho. Como eixo norteador deste estudo, consideramos a dimensão transformadora do trabalho em relação ao homem, a mulher, e a própria natureza, assim defendido por Karl Marx (1983). Este autor apresentou um arcabouço teórico que desvela a exploração capitalista da força de trabalho e o processo de alienação e alijamento do trabalhador da riqueza socialmente produzida, não obstante, ressaltou a dialética existente nesse movimento, colocando que ao modificar a natureza simultaneamente estes sujeitos modificam-se, conferindo assim um novo status ao trabalho.

A concepção suscitada aqui para o trabalho é de uma categoria ontológica na constituição da identidade e interação do ser humano, sendo representado não apenas como um meio de garantir a sua subsistência, tampouco, unicamente como via de sofrimento e adoecimento. Pretendemos nos situar no modelo capitalista de produção reestruturada ao modo neoliberal, nesse sistema os trabalhadores desprovidos dos meios de produção são obrigados a venderem a única coisa que dispõem, sua força de trabalho, numa relação de exploração que se mistifica sob a forma de liberdade contratual e de justa paga pelo trabalho sob a forma de salário.

A reestruturação produtiva, como já retratada, enseja uma realidade de precarização e flexibilização dos contratos de trabalho, além do quadro de desemprego estrutural. Essa realidade exige um novo perfil da “classe” trabalhadora, imposto pelo emprego de novas tecnologias, das telecomunicações e da informática, configurando uma sociedade de divisão social do trabalho transnacional, despontando questões sociais advindas da desigualdade econômica crescente entre os países numa forma inovada de imperialismo.

Com a flexibilização e precarização dos contratos de trabalho, muitos autores chegaram a apontar uma perda da centralidade do trabalho como categoria para pensar a sociedade, opinião que divergem de outros autores (como Castel, 1998; Singer, 1998; Schwartz, 2007a; Antunes, 2005), os quais demonstram que o que está em crise não é a

centralidade do trabalho, mas a centralidade de uma das formas de trabalho, a modalidade de emprego (RAMMINGER, 2009). Apoiamo-nos na crença que a classe que vive do trabalho, apesar de fragilizada é uma possibilidade ativa de ressignificação do sentido do trabalho e de ensejar transformações sociais.

A partir dos referenciais da ergologia e da psicodinâmica do trabalho temos uma distinção entre trabalho e a atividade real de trabalho. O trabalho prescrito é definido como as condições de exigências que são impostas a realização do trabalho, independente das variabilidades do meio (normas, ordens, resultados exigidos).

O trabalho prescrito é diferente do trabalho real (atividade) como demonstrou a ergonomia, revelando que ao realizar a tarefa, o trabalhador se depara com diversas fontes de variabilidades, desde as mais técnicas até as mais subjetivas. De modo que a atividade consiste justamente na realização (sempre singular) de um trabalho, considerando-se tanto o trabalho prescrito, como as variabilidades que têm que ser geridas pelo trabalhador, o qual tem que nesse exercício administrar diferentes normas, permeando diferentes valores (inserindo-se no campo da ética), sendo assim, nesse entendimento, toda experiência de trabalho sempre experiência e encontro, debate de valores, e espaço de renormatizações, que se dá nesse distanciamento entre prescrito versus real (RAMMINGER, 2009)

Schwartz (2011) aponta três características da atividade, afirmando que em toda atividade humana temos transgressão e contradições, características que expressam as tensões entre o que é formalizado pelas normas e o informal que não é bem codificado ao nível da linguagem, características que incitam um debate de normas, no qual cada trabalhador tem que gerir no cotidiano de trabalho suas ações. A outra característica que o autor lista é a mediação, com o meio, através dos valores, possibilitando associar o individual e o coletiva, o micro e o macro da vida social. São aspectos que revelam ser impossível a apreensão da atividade fora do contexto das experiências concretas de trabalho.

Passando a refletir sobre a “saúde”, a concepção que subsidia essa categoria na abordagem ergonômica do trabalho está em consonância com a PDT e embasada na linhagem de Canguilhem, autor que apresenta uma concepção de saúde como abertura e capacidade de gerir os riscos, as adversidades e às infidelidades que o meio nos impõe, argumentando que as experiências da vida, a exemplo do trabalho, não são previsíveis, e que o meio é sempre infiel, e na busca de assegurar sua existência os homens, as mulheres, trabalhadores e trabalhadoras, tentam regular esse meio. E o adoecimento, por sua vez, é concebido na adequação as restrições e limites do meio, nesse entendimento viver é um

debate de normas, num processo dinâmico e imprevisível, onde a vida não é apenas submissão ao meio, permeado por valores (CANGUILHEM, 2006).

Na sua obra clássica “O normal e o patológico” o autor coloca que *“o normal é viver num meio em que flutuações e novos acontecimentos são possíveis”* (CANGUILHEM, 2006, 136). Concordando com Leriche ao defender que *“a doença é aquilo que perturba os homens no exercício normal de sua vida e em suas ocupações e, sobretudo, aquilo que os faz sofrer* (LERICHE apud CANGUILHEM, 2006, p. 57)”.

Partimos de uma concepção psicossocial da doença-saúde mental, que explica o adoecer mental como sendo fenômeno historicamente construído e multicausal, aliás, essa vertente não tem a preocupação focada em nexos causais, estando intrinsecamente relacionada às posturas de promoção da saúde e prevenção de doença (SPINK, 1992).

Spink (1992) destaca dois saltos qualitativos nessa abordagem: o primeiro, porque aborda a doença não apenas como uma experiência individual, mas, também como um fenômeno coletivo sujeito às forças ideológicas da sociedade. O segundo salto, por inverte a perspectiva deixando de privilegiar a ótica médica como único padrão de comparação legítimo e passando a legitimar, também, a ótica do paciente, portanto, possibilita o confronto entre o significado (social) da experiência e o sentido (pessoal) que lhe é dado pelo indivíduo.

Para Canguilhem(2006) a doença ganha significado para um corpo que sofre e se sente enfermo, acolhemos essa explicação para adoença mental, posto que é uma experiência que se situa no espaço do subjetivo.

5.1 ABORDAGEM ERGOLÓGICA DO TRABALHO

A ergologia Surgiu na França no final dos anos 70 e início dos anos 80, do século passado (teve como mentor o psicólogo Yves Schwartz) e vem se alargando em outros países. É um dispositivo pluridisciplinar, por entender que a atividade humana de trabalho é muito complexa para caber em uma única disciplina, compreendendo que todas são necessárias e nenhuma isoladamente é suficiente para dar conta desse objeto de estudo. Portanto, é uma interface que convoca variadas disciplinas para dialogar sobre o trabalho em conjunto com os protagonistas da atividade.

Daí advém o conceito que a ergologia traz do trabalho como sendo “Encontro de encontros” representado pelo encontro entre experiência e conhecimento que se realiza na atividade.

A abordagem ergológica vai conduzindo o estudo, dialeticamente, com as descobertas das ciências especializadas, como: a ergonomia, a sociologia, a psicologia, a medicina, a filosofia, a economia, a engenharia, as ciências da educação etc. *“Colocando em dialética os vários saberes, descobrem-se novos achados, novos conceitos, que abrem novas perspectivas e horizontes ao conhecimento”* (TRINQUET, 2010, p. 95)

A proposta da Ergologia é discutir o trabalho e produzir conhecimento sobre ele considerando: o conhecimento e a experiência dos trabalhadores, o geral e o específico da atividade, suas normas e variabilidades, a exigência da interdisciplinaridade, além do constante questionamento a respeito de seus saberes (HENNIGTON, 2008).

Schwartz desenvolveu o conceito de normas antecedentes, ampliando o de trabalho prescrito. As normas antecedentes abrangem: a descrição de uma atribuição profissional, objetivos e metas a serem atingidos; procedimentos predefinidos, normas, instruções e protocolos disponíveis – oralmente ou por escrito – os meios técnicos disponíveis, a divisão do trabalho estabelecida, os prazos previstos para o alcance das metas e as condições socioeconômicas, como qualificação exigida e salário (BRITO, 2009). Destarte, as prescrições e normatizações na concretude de trabalho não são inexoráveis, pois sofrem renormatizações num processo de gerir o trabalho que significa fazer escolhas e criar novas regras em situação (OLIVEIRA; BRITO, 2011).

Schwartz (2011) chama a atenção para ambiguidades presentes nas prescrições, pois essas trazem o risco de serem apresentadas como um fim em si mesmo e de ignorarem a vida que surge a todo instante, deixando como residual e insignificante aquilo que vai sendo modificado na atividade laboral. Destacando o lado negativo das prescrições, porém, esse filósofo ressalta que o elogio da norma se faz necessário, considerando que a normalização prescritiva é uma conquista de toda a sociedade humana e que há diferentes modos de antecipações normativas, que norteiam as ações do trabalhador através de métodos, procedimentos, instruções que são fundamentais, a exemplo de determinados protocolos e normas técnicas de segurança do trabalho a serem cumpridas. Assim compete indagar: quais prescrições são pertinentes?

A Ergologia pauta-se em quatro postulados, o primeiro faz a inferência de uma indubitável “distância entre o trabalho prescrito e o real”, característica identificada como sendo universal e prevalente na espécie humana. Princípio esse que a Ergonomia da Atividade já tem perseguido e comprovado após travar a “batalha do real”. A ergologia tem por objetivo, justamente, dar visibilidade as dificuldades e estratégias realizadas para gerir a distância entre trabalho prescrito e real. O pressuposto teórico, fundamentado na literatura

especializada, baseia-se na tese de que o grau de (in)compatibilidade entre a tarefa e a atividade pode interferir positivamente ou negativamente nas vivências de prazer-sofrimento e na saúde dos trabalhadores. Estando, portanto, o custo de desgaste humano comprometido pela dimensão de descompasso entre a tarefa e a atividade.

A concepção de trabalho para a Ergologia traz o princípio que trabalhar é gerir a si mesmo, por onde permeia certa liberdade muito limitada pelas coerções inevitáveis, mas nunca existindo somente uma única melhor maneira de fazer as coisas (TRINQUET, 2010).

É certo que o trabalhador se depara com prescrições sobre o seu trabalho, orientando o seu agir laborativo, mas, o conteúdo da distância entre prescrito versus real é sempre ressignificado, essa é a segunda proposição ergológica, de modo que o trabalho nunca é pura heterodeterminação, posto que no processo de trabalho há regulações e interferências do sujeito mesmo que parcial e infinitesimalmente como infere Schwartz (2011). Oliveira e Brito (2011) explicitam que a ergologia entende que a atividade não é só ação, mas também convocação permanente da subjetividade, utilizada para renormatizar o meio, sendo o imprevisto o seu elemento motor.

Schwartz (2011) argumenta que, por um lado, isso ocorre em face de possíveis equívocos, inaptações e rigidez concernente às normas prescritas elaboradas que não levam em consideração as variabilidades. E por outro lado, face aos “vazios de normas” existentes, haja vista, a impossibilidade de exaustão de todas as antecipações prescritivas na especulação e no controle de algumas variabilidades, mesmo com certa assertiva de especialistas, como Engenheiros, Ergonomistas etc. De modo que, a ergologia defende que mesmo mediante a viabilidade desse receituário, ele seria “invivível”.

Outra realidade presente no trabalhar é o fenômeno que Schwartz (2011) denomina como “dramáticas do uso de si”, que se caracteriza pela tensão que o trabalhador enfrenta dada a incompatibilidade de cumprir a tarefa, reajustando-as num exercício de tentar torná-las compatíveis com sua própria história e com as variabilidades existentes no meio, assim atividade é sempre permeada por “dramáticas do uso de si”. No entanto, falar da dimensão dramática da atividade, explica Schwartz (2011, p. 133), *“não significa que cada agir seja semeado de dramas, significa que nada pode ser mecânico. Nesse agir nada é pura aplicação do que se tinha pensado sem você, antes de você”*.

A terceira proposição ergológica, evidencia a singularidade do trabalhador como sujeito que não está passivo frente aos condicionantes do meio, inferindo que a distância entre o prescrito e o real remete a atividade do “corpo si”, expressão destacada que funciona como *“uma entidade que racionaliza, [...] que atravessa tanto o intelectual, o cultura,*

quanto o fisiológico, o muscular, o sistema nervoso” (SCHWARTZ, 2011, p. 44). Estando tudo isso relacionado nas arbitragens de decisões, que se dá a nível consciente ou inconsciente, escolhas que são feitas no nível de uma economia do corpo, para compreender melhor retratamos um exemplo colocado pelo autor sobre a ação de um trabalhador/trabalhadora nesse uso do “corpo si” (SCHWARTZ, 2011, p. 44):

... Modificar sua postura limitando a oscilação da esquerda para a direita para seguir a placa. A pessoa não precisa dizer a si: “eu vou modificar minha postura reduzindo meu espaço de trabalho”. Eu diria quase naturalmente, para evitar a fadiga, para manter as cadências, ela encontrou, [...] nas minúcias dos modos operatórios, as sequencias que tornam a situação vivível ...

É esse corpo enigmático que o autor denomina de corpo si, ou si-corpo.

E, por fim, sem esgotar o tema, temos a quarta proposição ergológica, “a distância remete a um debate de valores”, os quais podem não estar transparentes, mas, estão sempre em jogo na atividade, visto que há critérios para as escolhas realizadas em função de valores que as orientam.

Schwartz (2011) faz uma divisão em dois tipos de debates: debates consigo mesmo, eles estão ligados ao que ele chamou de economia, racionalidade do corpo. E debates sociais, que ele chama “o bem viver juntos” dos trabalhadores que compartilham parte significativa de suas vidas nessa relação de trabalho sob a regência de determinada estrutura organizacional e de produção.

Concernente ao aspecto de método, a démarche ergológica coloca em diálogo a pluridisciplinaridade dialética dos saberes eruditos (saberes constituídos) e dos saberes de experiência (saberes investidos), organizado através do dispositivo dinâmico de três polos (DD3P).

O primeiro polo desse tripé do DD3P que procura ensejar a dialética entre as diferentes disciplinas (é o polo conceitual).

O segundo polo é dos saberes e valores oriundos da experiência dos trabalhadores ou saber investido (polo das forças de convocação e de reconvocação). Trata-se de um verdadeiro saber, porque do ponto de vista ergológico o saber constituído, ou simplesmente saber acadêmico, por mais importante e primordial que seja, não é capaz de isoladamente explicar o trabalho exercido na situação real, ele só consegue explicar o trabalho prescrito, mas não na sua realização efetiva, sendo assim indispensável nessa análise recorrer ao trabalho instituído. Trazemos TRINQUET para explicá-lo (2010, p. 104):

Refere-se à experiência prática [...], recriadora de saberes através dos debates de normas que, no instante em que são conhecidos, jamais podem ser apreciados e controlados pelos saberes constituídos, uma vez que são muito mais situados no tempo e no espaço.

E, por fim, emerge o terceiro polo que faz a articulação dos dois outros polos, das exigências éticas e epistemológicas, Durrive explica porque implica nessas duas condições (2011, p. 56):

... a primeira é de ordem epistemológica porque é uma questão de produção original de saberes, implicando a preocupação de ir à procura de novos recursos; a segunda é de ordem ética, porque uma escuta real passa pela autêntica convicção do inédito na fala do outro, uma vontade de saber, certo olhar sobre seu semelhante.

O terceiro polo impõe uma humildade epistemológica e pauta-se sob certo desconforto intelectual, revelando que ambos os saberes (conhecimento e experiência) vivem a fragilidade de não explicarem a realidade na sua totalidade, fundamentando a articulação de ambos como saberes complementares e não excludentes (BORGES, 2004). Esse tripé ergológico promove uma prática dialética, onde um saber não deve se sobressair ao outro, essa relação é potencialmente geradora de novos saberes.

5.1.1 Psicodinâmica do trabalho

A Psicodinâmica do Trabalho é apresentada por Mendes (2007) como uma abordagem científica, situando que foi desenvolvida nos anos 1990 por Christophe Dejours. Se constituiu num avanço no sentido de revisão da psicopatologia do trabalho, disciplina essa que surgiu nos anos 1950 entre as duas guerras, no contexto da França, pela qual seus pesquisadores pioneiros (Le Guillant, P. Saivadon e A. Fernandez Zöila) esforçavam-se por destacar e descrever as doenças mentais ligadas ao trabalho.

A PDT ampliou esse campo de investigação, aos poucos Dejours e seus colaboradores inverteram o foco da questão, ao invés de se questionarem: como as “organizações” enlouquecem os trabalhadores? Passaram a se indagar: como os trabalhadores conseguem manter certo equilíbrio psíquico diante de tantos fatores que favorecem a doença?

A Psicodinâmica do trabalho tem como objeto:

O estudo das relações dinâmicas entre organização do trabalho e processos de subjetivação que se manifestam nas vivências de prazer-sofrimento, nas estratégias de ação para mediar contradições da organização do trabalho, nas patologias sociais, na saúde e no adoecimento (MENDES, 2007, p. 30).

A utilização dessas ações mediadoras favorece o equilíbrio psíquico devido a possibilitar o enfrentamento e a eufemização das situações causadoras do sofrimento, tal como explicado por Dejours (1999), funcionando como mecanismos de defesa de forma individual ou coletiva. São estratégias utilizadas pelos trabalhadores para darem conta do prescrito e não adoecerem, concebendo o sofrimento como potencial de ação criativa que provoca inquietações, articulações, artimanhas de defesa.

Mendes (2003) avalia a implicação desse fenômeno, analisando as estratégias de defesa como sendo elas negativas quando alienam o indivíduo, imobilizando-o, tais como: alienação, negação de perigo, agressividade, passividade. De certo que essas são respostas adaptativas, mas o sofrimento pode caminhar para mobilizações coletivas que visa a mudanças concretas na situação de trabalho, para tanto, *“o sofrimento deve ser compreendido, interpretado, elaborado e perlaborado num espaço público de discussão”* (MENDES et al, 2007, p. 31). Dejours nos fala sobre a dialética que o sofrimento apresenta(2004, p. 28-29):

... O sofrimento se torna um ponto de origem na medida em que a condensação da subjetividade sobre si mesma anuncia um tempo de dilatação, de ampliação, de uma nova expansão sucessiva a ele. O sofrimento não é apenas uma consequência última da relação com o real; ele é ao mesmo tempo proteção da subjetividade com relação ao mundo, na busca de meios para agir sobre o mundo, visando transformar este sofrimento e encontrar a via que permita superar a resistência do real. Assim, o sofrimento é, ao mesmo tempo, impressão subjetiva do mundo e origem do movimento de conquista do mundo. O sofrimento, enquanto afetividade absoluta, é a origem desta inteligência que parte em busca do mundo para se colocar à prova, se transformar e se engrandecer.

Diante dessa positividade que o sofrimento encerra, a intervenção proposta por esse método, não pretende eliminá-lo, haja vista que ele funciona como um sinalizador de risco e como volatilidade para a ressignificação do trabalho.

Segundo Mendes (2007), a metodologia em psicodinâmica do trabalho recebe influencia significativa da psicanálise na formulação de seus pressupostos, no entanto, com

um foco diferenciado, pois na teoria psicanalítica o termo análise psicodinâmica designa dois movimentos psicoafetivos gerais, buscando a evolução dos conflitos intra-subjetivos e intersubjetivos. No caso da Psicodinâmica do Trabalho, o foco está nas relações intersubjetivas relacionadas ao trabalho na realidade objetiva formulada pela organização do trabalho.

Dejours (2004) explica que o desenvolvimento da PDT se deu graças a um duplo diálogo da psicanálise com a ergonomia a partir da identificação da distância entre o trabalho prescrito e o trabalho real, compreendendo o trabalho como o dar conta do que não está prescrito, que exige no seu dizer “engenhosidade”, investimento de “inteligência prática” ou “inteligência do corpo”, ainda referida como “inteligência astuciosa”.

A intuição do trabalhador é considerada por Dejours (2004) uma das características da inteligência prática, que se desenvolve a partir da percepção sensível de tudo que envolve o trabalho, como o cheiro, a temperatura, o ruído, coisas que só o uso de si e a experiência podem aperceber-se, porém falar em inteligência e saber prático vai muito além do saber-fazer prático, dos conhecimentos informais e de experiências vividas, assim afirmam Lancman e Uchida (2004 p. 80):

... a inteligência e a sabedoria prática se enraízam no corpo, é desde a vivência corporal do trabalho que estas vão sendo gestadas. Implica também uma prática ardilosa, um modo astucioso de lidar com os problemas e enigmas do trabalho. Finalmente, são utilizadas em todas as tarefas e atividades para compreender aquilo que resiste às prescrições e saberes atuais e para engendrar estratégias criativas, inovadoras e engenhosas.

A inteligência astuciosa requer, além dos requisitos individuais dos trabalhadores, os requisitos sociais, ou seja, a validação social. A esse respeito Mendes (2007) destaca que o investimento da inteligência e sabedoria prática para ser bem sucedida deve se inserir em um coletivo, uma vez que os investimentos individuais ocorrem, mas que em si são insuficientes para mudar a realidade de trabalho e assinala que deve implicar na mobilização e engajamento do sujeito no trabalho, resultando em modos de subjetivação específicos.

Daí o imperativo da palavra, da gestação de espaços de livre expressão. Para Dejours (2004) pensar o vivido subjetivamente no grupo de trabalhadores, é uma forma potencial de elaboração coletiva de interpretação das situações experienciadas. Sobre a importância da reflexão e expressão do trabalhador sobre sua atividade, o autor orienta (MENDES et al, 2007, p. 29):

Nesse sentido, a palavra não pode funcionar como um simples meio de tradução da realidade, é necessário a análise das contradições, incoerências e mecanismos de defesa, para então possibilitar a apreensão da dinâmica dos contextos de trabalho.

Ainda, conforme Dejours (2004) para a prevalência da saúde mental faz-se necessário à psicodinâmica do reconhecimento do trabalho pelo outro, sendo apontado esse requisito pela PDT como algo essencial para a construção da identidade no trabalho, que possibilita que o sofrimento nesse âmbito seja transformado em prazer e realização. O autor alerta que a falta de reconhecimento é uma queixa comum feita pelos trabalhadores e que essa realidade não é considerada com a devida importância pelos gestores. Dificuldade ressaltada, quando o resultado do trabalho é “imaterial”, ou seja, não existe um produto visível, é o caso das atividades de serviços, a exemplo do trabalho em saúde, assim o trabalhador tem o desafio de desvelar essa invisibilidade, conforme teoriza Dejours (2004, p. 32):

Testemunhar sua experiência do trabalhar, tornar visíveis as descobertas de sua inteligência e seu saber-fazer é o meio de se obter o reconhecimento dos outros. Pois, para esperar o reconhecimento, é preciso, antes, vencer o obstáculo primordial sobre o qual já falamos [...], a invisibilidade do trabalho. Assim que o trabalho efetivo acede à visibilidade, então, aí, o reconhecimento se torna possível. Reconhecimento que passa por julgamentos sobre o fazer, sobre o trabalhar, e não sobre a pessoa daquele que trabalha.

O trabalhador constata nesse reconhecimento que suas dúvidas, decepções e desânimos têm sentido de ser. Mas, a subjetivação genuína de valorização precisa advir de quem? Conforme Dejours (1999), o reconhecimento se dá por duas vias de julgamento: o julgamento de utilidade e o julgamento de beleza. O primeiro, como o próprio nome designa, diz respeito à utilidade técnica, social ou econômica dada à atividade singular desempenhada pelos trabalhadores, julgamento proferido por aqueles que, em relação ao sujeito, se encontram em uma posição hierárquica diferente: chefes, gerentes, supervisores, e mesmo, os subordinados. Já o julgamento de "beleza", é aquele efetuado pelos pares, ou seja, por aqueles que compartilhando o mesmo ofício, estão em condições de avaliar a singularidade e a "beleza" do trabalho executado pelo colega (MERLO et al, 2003).

Quanto ao método na sua aplicação propriamente, a abordagem da Psicodinâmica do Trabalho (PDT) processa-se seguindo etapas elaboradas, resumidas por Heloani e Lancman (2004): pré-enquete ou formação do grupo gestor da pesquisa (trabalhadores, funcionários e

pesquisadores); enquete ou discussões grupais; análise da demanda que gera a intervenção; análise do material da enquete; observação clínica (resgate ilustrado e articulado das falas); interpretação ou identificação dos elementos subjetivos das sessões grupais e atribuição de sentidos a eles por meio de conceitos; validação e refutação. A validação realizada pelo grupo-gestor é seguida por uma validação ampliada, de modo que o relatório final redigido pelo pesquisador seja discutido com o conjunto de trabalhadores que não participaram diretamente da pesquisa, assim como com a direção.

Essas etapas foram, de fato, executadas no processo de nossa investigação, apesar da dificuldade sentida para seu cumprimento quando da repentina realidade de transformação do CAPS Caminhar para CAPS III, que exigiu modificações em nosso cronograma e a inclusão do instrumental da entrevista, mediante a restrição de acesso ao grupo de trabalhadores que nos foi apresentada, por eles estarem voltados para se capacitarem para atenderem a ampliação da demanda que atenderiam na modalidade de CAPS III.

5.1.1.1 Aspectos metodológicos da pesquisa

Tipo de Pesquisa

Esse estudo é de cunho qualitativo, o *“qualitativo trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos”* (REGIS; PORTO, 2010, p.336). Partimos do entendimento que para apreendermos a atividade precisávamos que os trabalhadores nos revelassem seu saber/fazer laborativo e as motivações que lhes levaram a fazer determinadas arbitragens, escolhas, em detrimento de outras, assim, só poderíamos nos pautar por uma abordagem qualitativa na condução dessa pesquisa.

Campo de Pesquisa

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), lócus de nossa pesquisa, é um serviço integrante de uma rede substitutiva aos manicômios, com a atribuição de assumir um papel estratégico na organização e direcionamento das políticas e programas de Saúde Mental, conforme diretrizes do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004).

No início da pesquisa o CAPS Caminhar era um órgão de tipo II, em março de 2011. Depois passou a ser um CAPS do tipo III por necessidades técnicas. A secretaria de saúde precisou fazer reformas na estrutura física do CAPS III Gutemberg Botelho. Neste sentido, transferiu seus usuários internos para serem cuidados no CAPS Caminhar. Alguns profissionais daquele serviço, também, se transferiram para auxiliarem no atendimento aos usuários e na formação dos profissionais existentes já que iriam lidar com essa nova realidade, preparando-os as exigências requeridas por esses novos usuários.

Relembrando, o CAPS III funciona como um serviço de suporte para acolhimento noturno e permanência dos usuários em finais de semana, entendido como mais um recurso terapêutico, visando proporcionar atenção integral e evitar internação psiquiátrica, daí ser chamado também de CAPS 24 horas. Ele poderá ser utilizado nas situações de grave comprometimento psíquico ou como um recurso necessário para evitar que crises emergjam ou se aprofundem, o atendimento noturno deverá atender preferencialmente usuários que estão vinculados, a um projeto terapêutico nos CAPS, tendo autorização normativa para atender por no máximo por sete dias corridos ou dez dias intercalados durante o prazo de 30 dias (BRASIL, 2004).

Participantes

Apriori tivemos como participantes da pesquisa um coletivo de profissionais de nível superior de diversas áreas e de nível médio de variados cargos, que atuavam num Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

No Grupo de Encontros do Trabalho (GRT1) participaram quatro trabalhadores em cada reunião realizada. Participaram das entrevistas oito profissionais, sendo que dois destes estiverem presentes no GRT1. No GRT2, os encontros de validação dos relatórios parciais dos dados da pesquisa, participaram de 14 a 19 trabalhadores, variando o número de participantes em cada encontro.

5.1.1.1.1 Instrumentos de coleta dos dados

Observações: sistemática e global

Com a observação global buscamos aproximação com a instituição e toda sua dinâmica social e subjetiva. Esse instrumental serviu para delinear o ambiente de trabalho, registrando as tarefas a partir de análise de documentos (manuais, cartilhas, etc.) e informações gerais dos diretores do CAPS. Aplicamos também a observação sistemática que consiste na análise da atividade, quer dizer o modo cotidiano dos profissionais realizarem o seu trabalho tendo em vista o enfrentamento das variabilidades que sempre se apresentam desafiando as prescrições. Na observação sistemática busca-se “*observar o sujeito realizando a tarefa, fazendo perguntas sobre “o que”, “como”, “para que”, “em quais condições”*” (ABRAHÃO et al, 2010). Ou seja é uma prática de olhar a lupa, um olhar direcionado.

Diário de campo

Utilizamos a técnica do diário de campo na nossa coleta de dados que como um registro pessoal nos ajudou sistematizar e organizar os encontros e desencontros da vivência da pesquisa, detalhando por menores seu contexto, pontuando dúvidas a serem dirimidas, percepções a serem averiguadas. Carregávamos esse instrumental conosco durante todo o percurso investigatório, no entanto, buscávamos fazer nossos registros de forma o mais discreta possível, por exemplo, na observação da atividade em determinado setor, certas situações se passavam entre os profissionais e destes com os usuários e familiares que entendíamos por bem não interromper seu desenrolar para interpelar especulando naquele momento: do que vocês estão falando? Por que vocês deram uma piscadela de olhar como a confirmar algo? Assim fazíamos nossos registros, preferencialmente noutro momento e noutro local para não inibirmos os trabalhadores, mas, logo que possível retomávamos aos nossos apontamentos para consulta com os envolvidos nas questões anotadas, na busca de compreendê-las.

Pesquisa Documental

Fizemos uma Pesquisa documental, na busca do prescrito que subsidiava a prática dos serviços da rede substitutiva de saúde mental e mais pontualmente dos CAPS. Recorremos à Secretaria Municipal de Saúde, onde consultamos profissionais responsáveis pelo setor de saúde mental e pedimos orientação na seleção desse material e assim levantamos os documentos que nos foram apontados como pertinentes.

Paralelamente solicitamos aos profissionais participantes dos GRTs que levantassem

as prescrições que entendiam como a base do seu trabalhar nesse campo de saúde. E dessa forma, os trabalhadores envolvidos, elencaram essas documentações, as quais corresponderam as indicações que recebemos na Secretaria de Saúde e, assim, as disponibilizamos no CAPS para posterior leitura e debate das mesmas nos GRTS.

Registramos aqui as principais prescrições levantadas com a pesquisa documental e aquelas que foram elencadas pelos profissionais do CAPS Caminhar. São as diretrizes que delineiam o campo da saúde mental vigente e que dão parâmetros para suas atuações profissionais. Frisamos lacunas e contradições na relação entre o prescrito da tarefa e o real da atividade que foram identificados e problematizados nos grupos de trabalho que realizamos para fim dessa investigação.

As prescrições selecionadas foram:

A primeira menção feita foi ao documento “Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial” trata-se de um manual elaborado pelo ministério da saúde no ano de 2004, onde estão postas as diretrizes dos CAPS.

A lei 10.216, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental;

A Lei Estadual de reforma psiquiátrica 7.639/2004 que dispõe sobre a reforma psiquiátrica no estado da Paraíba, determina a implementação de uma rede de atenção integral no campo da saúde mental que vise à progressiva substituição do modelo hospitalocêntrico, pela inserção dos enfermos na sociedade com amplo acesso ao sistema de saúde. Determina regras de proteção aos que são acometidos de sofrimento psíquico, especialmente quanto às internações psiquiátricas involuntárias e compulsórias, e dá outras providências.

O Programa de Volta para Casa, que foi criado pelo Ministério da Saúde em dezembro de 2003, é um programa de reintegração social de pessoas acometidas de transtornos mentais, egressas de longas internações, segundo critérios definidos na lei 10.708 de 31 de julho de 2003.

A própria lei 10.708 que institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações.

Foi colocado pelos entrevistados que está em via de elaboração pela Secretaria do município um “Protocolo” de fluxograma em saúde mental, gerando muita expectativa sobre as prescrições que esse documento estabelecerá. Segundo nos foi passado pela direção do CAPS, o referido documento almejava melhor definir as competências das Unidades de Saúde da Família (USF) e fornecer diretrizes de intersetorialidade entre estas e os CAPS.

Aprimorando, assim, a relação de referência e contra-referência entre esses serviços e outros setores, que se constitui como um requisito a ser fomentado, mediante as prescrições de desenvolvimento de um trabalho em rede.

O protocolo poderá constituir-se como um importante documento, uma vez que a porta de entrada no SUS deve encontrar-se em qualquer ponto, de acordo com as necessidades de saúde, oferecendo acolhida e resolutividade aos usuários que procuram por assistência. De modo que a relação entre os serviços precisa ser aprimorada para que esse pressuposto prescritivo se torne uma realidade.

Grupos de Trabalho - GRTs

Utilizamos em nosso estudo a técnica de Grupos de Trabalho, inspirado na démarche ergológica, que consiste em reunir um conjunto de indivíduos para discutir e encontrar soluções para a demanda colocada. Segundo Trinquet (2010) vale ressaltar, entretanto, que o objeto desses GRT's não é colocar todos os protagonistas de acordo em relação a tudo; mas, somente os colocar de acordo em relação às soluções práticas de um problema em que todos estão implicados.

A formulação de um coletivo de trabalhadores constituiu-se como um primeiro obstáculo que nos foi apresentado, posto que a dinâmica do CAPS inviabilizava o agrupamento dos servidores dentro de suas cargas horárias e não abarcar horários excedentes era um requisito imposto também, porque todos os trabalhadores tinham um outro emprego/trabalho.

A solução apontada foi a composição de um pequeno coletivo formado por quatro profissionais, os quais tinham alguma hora disponível, ou foram dispensados de alguma atividade que realizavam em conjunto com outro profissional para participarem de nossas reuniões de GRTs. Nossos encontros eram previamente agendados e a pauta previamente acordada.

Outra solução vislumbrada diante da dificuldade de criar um GRT, foi participarmos da reunião dos trabalhadores, que ocorria todas as quintas feiras e deveria contar com a presença de todos os funcionários. A mesma foi criada, dentre outros assuntos, para estudo de casos e discussão de problemas e seus encaminhamentos.

Conseguimos autorização para participarmos dessa reunião e utilizarmos uma parte do tempo para desenvolver o GRT. Ficou acordado com a coordenação do CAPS que utilizaríamos a primeira parte da reunião, em torno de duas horas, e depois continuaria a

atividade interna semanal dos profissionais e a gestão.

Então o levantamento de dados envolveu dois tipos de GRTs: um grupo formado por 4 profissionais para debate das normas, que intitulamos de GRT1; e outro grupo, formado por todos os profissionais do CAPS, aproveitando o ensejo de suas reuniões que ocorriam semanalmente, o qual nos referimos como sendo o “GRT2”, ou “coletivo ampliado”.

Os encontros entre os tipos de GRTs supra mencionados se davam alternadamente, ou seja, fazíamos a leitura das prescrições e discutíamos no GRT1 e o resultado gerava um relatório síntese das informações e sugestões tecidas pelos trabalhadores acerca das normas e da atividade. Este relatório era discutido no GRT2.

Reuniões de GRT1

Foram realizados dois GRT1 para discutir o embasamento prescritivo do trabalho. Tendo sido o primeiro formado por dois profissionais de nível superior e dois de nível técnico. Já o segundo coletivo foi formado por três profissionais de nível superior e um de nível médio. Essa definição foi aleatória, o agrupamento se deu conforme viabilidade momentânea de articulação desses participantes. Esses encontros decorreram em dois turnos da tarde, durante três horas.

Reuniões do GRT2

Realizamos quatro GRT2, esses encontros contaram respectivamente com a participação de 19, 15, 15 e 14 trabalhadores³⁹. Era um espaço muito importante, no qual tínhamos agrupado quase todos os trabalhadores do serviço para discussão e validação dos resultados da pesquisa (dados coletados: no GRT1, nas observações da atividade e nos documentos).

Como o tempo disponível para discussão nos GRT2 não dava para concluir a pauta, foi colocada a proposta de utilizar todo espaço da reunião para aprofundar as questões suscitadas até então. Depois de acordado com a coordenação do CAPS uma das reuniões foi reservada para o GRT, sem divisão do espaço/tempo a referida atividade interna.

³⁹ Nunca tínhamos a presença de todos os funcionários, alguns por vezes, tinham algum problema particular que justificadamente precisava se ausentar. Outros servidores participavam por algumas horas, a exemplo das copeiras que em determinado momento eram liberadas para irem preparar o almoço dos funcionários, assim a coordenação passava as informações gerais que eram tidas como importantes o domínio e conhecimento de todos logo no início da sua fala para assim as copeiras se ausentarem da sala.

A reunião geral dos trabalhadores que ocorria uma vez por semana (o GRT2), passou a contar também com a participação dos funcionários transferidos do CAPS III, Gutemberg Botelho. Suas pautas giravam em torno da nova realidade, onde os profissionais do CAPS Caminhar tinham a preocupação de fazer com que os novos colegas de trabalho sentissem-se a vontade e buscavam aprender ao máximo com os mesmos. Foi um momento de aprendizagem mútua, principalmente para os profissionais do CAPS Caminhar que não conheciam o cotidiano da modalidade de CAPS 24 horas. Eles especulavam e discutiam com os profissionais do Gutemberg Botelho sobre as prescrições de um CAPS III, seu confronto com as variabilidades presentes no meio “infel” da saúde mental e ouviam, atentamente, como lidavam com essas questões.

6 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DOS DADOS

Dando os primeiros passos no nosso longo percurso metodológico que iríamos trilhar, realizamos um contato inicial com a direção do CAPS Caminhar para apresentação do nosso projeto de mestrado e da intenção de desenvolvê-lo nessa instituição, explicitamos a emergência do objeto e sobre a metodologia que seria empregada. Nessa ocasião disponibilizamos duas cópias do projeto de pesquisa para sua socialização com os servidores desse serviço, para os quais, posteriormente, apresentamos o referido projeto numa primeira reunião agendada, como convém conforme os referenciais assinalados.

Esse foi o momento de construção da demanda da pesquisa junto aos trabalhadores. Assim, conseguimos que os profissionais percebessem que a pesquisa lhes dizia respeito, ou seja, seu processo de realização requeria a implicações deles e produziria resultados que poderiam transformar as situações de trabalho. Neste sentido, os sujeitos envolvidos avaliaram a importância do objeto a ser estudado. Para seguimento da pesquisa era imprescindível esse reconhecimento da parte deles acerca da sua relevância e que se disponibilizassem e se comprometessem em participarem ativamente na pesquisa-intervenção. Visto que a sistematização da investigação implicaria na formulação de um coletivo de trabalhadores, um Grupo de trabalho (GRT), com a incumbência de reunir-se ordinariamente para discussão das demandas emergidas.

Nessa etapa, explicitamos como seria o desenvolver da pesquisa, e o papel protagonista que os participantes assumem mediante os aportes metodológicos adotados, posto que na abordagem ergológica e na psicodinâmica do trabalho, a semântica do trabalhador é destacada como imperativo, visto que essas disciplinas estudam o trabalho a partir do ponto de vista da atividade. E assim, eles iniciaram essa participação ativa, já na ocasião em que apresentávamos o projeto, fazendo uma proposta de modificação no tocante aos participantes. Tínhamos a priori definido a amostra como sendo composta pelos profissionais de nível superior, porém eles avaliaram ser importante incluirmos os trabalhadores de nível médio, justificando a importância desse pessoal para o serviço, e que estavam todos esses trabalhadores sob as mesmas condições de trabalho e possuem os mesmos objetivos no compromisso com o novo modelo de saúde mental.

O grupo destacou a carência de estudos sobre a saúde de profissionais da saúde mental que atuam nesse campo alternativo, ressaltando que a bibliografia especializada dá mais respaldo a problemática do atuar em manicômios, e colocaram como sendo um

privilégio terem o Centro em questão sido selecionado para essa investidura.

Iniciamos o grupo de trabalho realizando a atividade de debate de normas, Durrive (2011) nos fala que uma norma é a expressão daquilo que uma instância avalia como devendo ser exterior, norma exógena, mas esta instância pode ser também o próprio indivíduo – normas endógenas. Explica o autor que cada um tende a definir suas próprias normas para agir, cada um tenta estar na origem das exigências que o governam. E nesse confronto com o que exigem dele e com o que ele exige de si mesmo dar-se o debate de normas.

Os quatro encontros do Coletivo ampliado foram desenvolvidos no turno da manhã, tendo o primeiro e o segundo encontros decorridos, respectivamente, em torno de uma e duas horas, no terceiro e no quarto foi-nos destinado todo o horário da atividade de reunião interna dos trabalhadores (das 9:00h às 12:00h). Como registrado, essa foi uma conquista realizada por iniciativa dos próprios componentes do grupo de trabalho, que foram se envolvendo nas discussões, detendo-se em algumas questões problemas que vivenciavam de forma coletiva, num consenso de que determinadas prescrições não são cumpridas por dificuldades de diversas ordens. Apresentavam preocupações no sentido de concretizá-las, pois de forma geral, compreendiam que as prescrições redigidas para a saúde mental são fundamentas no princípio de autonomia, inclusão social e dignidade do sujeito doente mentalmente.

No marco do quarto GRT ampliado, o CAPS Caminhar estava passando pela efetiva passagem de CAPS II, para CAPS III, quando começou a receber usuários do CAPS Gutemberg Botelho como “internos”, e profissionais desse CAPS para o cuidado desses usuários. Esses serviços quando desmembrarem-se novamente, a perspectiva era de termos na cidade o funcionamento desses dois CAPS, na modalidade de CAPS III.

Infidelidade do meio de pesquisa que nos levou a substituir a técnica de GRT por entrevista semiestruturada. A mudança foi necessária já que a direção do CAPS pediu para a peculiaridade de transfiguração, CAPS de II para III, disporem de todo o tempo das reuniões com os funcionários para apreensão do desafio de se constituírem como serviço 24 horas.

6.1 PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DOS DADOS

Inspirando-nos no dispositivo de três polos da ergologia e, principalmente, levando-

se em consideração o polo ético e epistemológico colocamos em análise nos grupos de trabalho a sistematização dos dados levantados. Assumimos, assim, uma postura de reconhecimento do saber da atividade, possibilitando uma troca de saberes entre eles.

No coletivo ampliado trazíamos na forma de relatório, as reflexões e os resultados consubstanciados com o coletivo menor, GRT1, e assim era aprofundado o debate e validado ou refutado o relatório gerado dos dados coletados. A partir da troca de saberes, partilhados entre os profissionais, novos elementos apresentados foram incorporados aos resultados.

Esses encontros eram iniciados pela nossa introdução, onde apresentávamos o que tinha sido proposto e realizado no GRT1, feito essa apresentação líamos o relatório gerado desse encontro e assim abríamos o debate convocando o grupo para ampliarem a discussão a partir do ponto de vista dos trabalhadores que foi materializado no documento que redigimos. O processo de diálogo que se efetivou nesta espaço, entre os colegas de trabalho, foi muito interessante. Emergiu uma dialética, e os profissionais, por vezes, convergiam rapidamente nas suas percepções sobre o trabalho, mas por vezes, assumiam a dinâmica de convencimento do outro sobre o seu ponto de vista, a exemplo do assunto da adequação/inadequação da estrutura física do CAPS. Aqueles que sentiam a necessidade de mudanças nesse âmbito se empenharam em convencer aqueles que achavam que estavam em ótimas instalações físicas.

A discussão no coletivo ampliado foi bastante participativa na medida em que todos queriam usar da palavra e fazer comentários sobre os resultados apresentados. Assinalamos quão difícil foi o exercício de transcrição das gravações dos coletivos, principalmente o ampliado, mesmo tendo disposto mais de um gravador em diferentes locais da sala, os risos, as falas desordenadas, quando da empolgação dos participantes para colocarem seus pontos de vista, criaram ruídos que dificultaram alguns registros. Dificuldade que foi sendo amenizada à medida que fomos criando intimidade com a técnica e solicitando questão de ordem, mas, entendemos que esse controle nos escapava, por vezes, sendo uma característica da discussão coletiva, mais marcante quanto maior o grupo e a depender da personalidade dos componentes, se mais falantes ou mais tímidos.

Todo o processo de discussão no coletivo ampliado está consubstanciado nos resultados apresentados na sequência do texto. Explicamos que os participantes da pesquisa foram codificados como “médio” para trabalhadores de nível escolar médio e “Sup” foi a codificação que empregamos para os trabalhadores de nível superior.

Entrevistas

De forma complementar aos GRTs, na busca de entender a atividade, realizamos entrevista com oito trabalhadores do Caminhar.

A grande maioria dos profissionais do CAPS Caminhar era contratada por tempo determinado, apenas os farmacêuticos eram efetivos. Quanto a carga horária de trabalho estavam submetidos a 40 horas, apenas alguns poucos profissionais de nível superior realizavam uma carga horária de trabalho de 30 horas (Psicologia, Serviço Social, Terapeuta Ocupacional, Enfermagem, Arte Educador e Educação Física). Percebiam salários que variavam de um salário mínimo a 1.540,00 reais.

Entrevistamos seis pessoas do sexo feminino e duas do sexo masculino. Tivemos como critério de seleção apenas ter um aproximado número entre trabalhadores de nível médio (foram três) e de nível superior (somaram quatro pessoas), outro trabalhador estava cursando ensino superior (curso de Enfermagem). Quanto ao estado civil o quadro estava bem dividido, composto por quatro pessoas casadas e as outras quatro na situação de solteiras, divorciada, viúva. Com relação à faixa de idade dos entrevistados, um tinha 23 anos de idade, dois estavam entre 41 e 50 anos e cinco na faixa de 31 a 40 anos.

Em relação à formação de nível superior, duas profissionais eram Farmacêuticas, uma Enfermeira, uma Assistente Social. Dessas profissionais, três tinham cursos de pós-graduação, sendo uma em nível de especialização, e as duas outras em nível de mestrado. Os trabalhadores de nível médio foram: uma recepcionista, um oficinairo, uma técnica de enfermagem.

A formação superior acadêmica dos entrevistados se deu anteriormente ao modelo de atenção psicossocial ser implementado. Só a Assistente Social formou-se no auge da implantação da reforma psiquiátrica, que como já registrado, ocorreu no ano de 2001 com a elaboração da legislação 10.216 que legitimou a reforma psiquiátrica brasileira. Entretanto, a mesma opinou que a discussão sobre a mudança paradigmática no campo da saúde mental não atingiu sua formação superior.

Uma Enfermeira que se formou no ano de 2009, já abarcou a realidade de atendimento psicossocial, embora tenha feito seu estágio curricular em um manicômio. Sabendo que queria trabalhar na área da saúde mental e contribuir para construção do novo modelo de atendimento alternativo, foi realizar um estágio extra curricular em um CAPS. Assim, além do respaldo na formação inicial encontrado, buscou especializar-se num curso de “Saúde mental”.

As duas participantes que tinham pós-graduação em nível de mestrado, se formaram no ano de 2000, uma em Química e Farmacologia de Produtos Naturais e a outra em Química e Farmácia de Produtos Naturais Biocintéticos. Elas avaliaram que os mesmos não foram direcionados para a função específica de farmacêutica.

Todos os entrevistados, com exceção da enfermeira supracitada, revelou a inadequação da formação inicial e dos cursos de pós-graduação que realizaram para gestar profissionais para atuarem na saúde mental, principalmente frente às novas demandas postas pelo modelo psicossocial. Prescindindo essa configuração de forma mais premente da formação continuada e permanente para esse exercício profissional, mas, abordaremos essa modalidade de formação mais a frente.

Todos os profissionais entrevistados tinham um tempo de serviço significativo de CAPS, pois a mais nova do grupo tinha quase um ano de trabalho nesse serviço. Cinco dos trabalhadores entrevistados estavam no Centro Caminhar há no mínimo um ano e dois meses, e os mais antigos estavam no CAPS a cinco anos. Tendo vivenciado muito do histórico desse serviço (sua mudança de instalações, de coordenação, o processo de mudança de tipologia de CAPS II para CAPS III) e adquirido muita experiência em serviço. Constituindo essa vivência um rico saber investido adquirido nessa labuta cotidiana, de onde os mesmos situam a fonte de aprendizagem de suas atividades. Os trabalhadores de nível médio, principalmente, apontaram a troca de conhecimentos e a ajuda dos colegas como tendo sido imprescindíveis para obterem certos conhecimentos necessários para a execução de suas atividades.

Alguns desses técnicos foram trabalhar no CAPS a convite de gestores desse serviço. Trouxeram uma bagagem de muita experiência profissional, no campo da atenção básica de saúde, ou no exercício autônomo de alguma atividade específica que já desenvolviam, por exemplo, temos o capoeirista, que desenvolveu uma oficina de capoeira no CAPS Caminhar

Dos oito entrevistados dois eram trabalhadores efetivos e quatro eram contratados temporários. Para esses a insegurança dos vínculos trabalhistas, além dos baixos salários era uma insatisfação que aparecia constantemente nas falas.

Dos entrevistados uma pessoa trabalhava apenas no CAPS, os demais mesmo estando comprometidos com uma carga de 40h/semanais no Caminhar mantinham outro vínculo empregatício, em área semelhante à de atuação que exercia nesse serviço ou em outra área totalmente diferente (como exemplo, tínhamos trabalhadores(as) que fora do CAPS trabalhavam na função de eletricitista, de conselheira tutelar, instrumentador

cirúrgico). A grande parte desses trabalhadores de dupla/tripla jornadas conseguia a façanha de conciliar 80 horas semanais de trabalho (40 horas em cada instituição), inclusive constava uma profissional que se deslocava para um município do Estado de Pernambuco, onde também exercia sua profissão.

A longa jornada de trabalho dificultava, sobremaneira, a manutenção de outro emprego, mas quase todos os servidores do CAPS, submetiam-se a plantões noturnos e de finais de semana no CAPS ou em outro trabalho para complementação da renda familiar.

CAPÍTULO IV

7 RESULTADOS E ANÁLISES - O CAPS CAMINHAR

Iniciamos a apresentação dos resultados mostrando como é a configuração do CAPS Caminhar. Esse texto retrata as observações e revelações feitas sobre o cotidiano de trabalho a partir das técnicas da observação global e sistemática da atividade e do diálogo travados com os profissionais na busca de compreensão das atividades que desenvolviam no referido Centro.

O CAPS Caminhar foi criado no ano de 2006 no bairro do Valentina de Figueiredo, estando circunscrito a área do Distrito III, incumbido de dar cobertura para os bairros de Mangabeira, Bancários, Valentina, entre outros. No momento, 2012, atende um coletivo de 406 usuários.

A assistência a saúde organizada por distritos sanitários funciona como estratégia implementada pelo SUS na linha da descentralização, municipalização, como menor unidade territorial e populacional configurada, levando a saúde primária ao contexto mais próximo da vida da comunidade.

Como já relatado o referido CAPS atuava, até junho de 2011, de acordo com a tipologia de CAPS II, passando a partir dessa data a funcionar segundo as características de CAPS III. Essa era uma situação em curso, pois legalmente ainda não tinha sido totalmente estabelecida, inclusive as modificações prescritivas para montar um CAPS III ainda não tinham sido adotadas no tocante a formação da equipe mínima.

O Centro Caminhar esteve até o mês de fevereiro de 2010 instalado num prédio que foi um antigo posto de saúde localizado no bairro do Valentina, o qual possuía inadequadas condições de estrutura física para que os profissionais desenvolvessem suas atividades. A partir da data referida até o momento dessa investigação, passou a funcionar no bairro Jardim Cidade Universitária.

No que tange à estrutura física de um CAPS, o documento “Manual do CAPS” delineia que esses Centros devem contar com espaço próprio e adequadamente preparado para atender à sua demanda específica, sendo capazes de oferecer um ambiente contingente e estruturado. Devendo contar, no mínimo, com os seguintes recursos físicos: consultórios

para atividades individuais, salas para atividades grupais, espaço de convivência, oficinas, refeitório (devendo oferecer refeições de acordo com o tempo de permanência de cada usuário da unidade), sanitários, área externa para oficinas, recreações e esportes (BRASIL, 2004).

A mudança de tipo de CAPS trouxe poucas implicações na estrutura física do Centro psicossocial: duas salas que eram utilizadas para atividades de oficinas e reuniões foram adaptadas de forma simples para leitos, sendo um masculino e outro feminino. Excetuando esses ambientes e os banheiros, as demais dependências do Centro, como a sala de triagem, de oficinas, a área de esporte, eram usadas em comum pelos usuários, não havendo separação por gênero, como se dá tradicionalmente nos manicômios.

O coletivo de trabalhadores no debate desse documento que previa a estruturação físico-espacial do CAPS ficou dividido na opinião se o CAPS Caminhar correspondia a essa estrutura delineada. A avaliação tecida pelas pessoas que trabalharam nas antigas instalações do Caminhar foi na linha comparativa, colocando que as condições de desenvolvimento de um trabalho nesse novo locus melhoraram significativamente. Uma ressalva foi tecida apenas na questão da inadequação referente ao espaço destinado para o educador físico, pois a área da quadra de esportes era descoberta e isso atrapalhava em muito as atividades desenvolvidas por esse profissional que ficava a mercê das condições do tempo, tendo que ter sempre um “plano B”, uma flexibilidade de planos de atividades. Ademais, outros profissionais do grupo disseram que a inadequação do espaço também atingia suas ações, pois, também utilizavam esse espaço.

Já os funcionários que não trabalharam no CAPS anterior, ou seja, os que foram contratados quando o CAPS já estava nesse novo prédio, apresentaram demandas de readequação do espaço, cada profissional tomando por base seu plano de trabalho pode explicar as demandas percebidas sobre seu fazer. Por exemplo, os serviços de enfermagem e de terapia ocupacional reclamaou da falta de uma sala com pia para melhor desempenhar sua tarefa. São recursos materiais relativamente simples de serem projetados e de fundamental importância para a consecução do trabalho, mas que mostra a singularidade da atividade de cada profissional de cada Centro.

Essa reivindicação levou os demais profissionais a refletirem e assim foram levados a concluir que o correto seria que cada sala fosse planejada/projetada de acordo com sua funcionalidade, ouvindo aqueles que vão desenvolver um trabalho ali com os usuários.

Vemos a pertinência do olhar da atividade, pois os profissionais apontam questões sobre as condições das instalações do Caminhar que atrapalham o pleno desenvolvimento de

seu trabalho. Apesar das condições de trabalho, em termos de espaço-físico, terem melhorado, ainda faltavam arranjos espaciais concernentes com as tarefas a serem realizadas.

A fala dos profissionais mostraram que eles precisavam gerir a atividade com maior constância em face das infidelidades do meio, da existência dos problemas de inadequações físicas, o que de certo modo, afetava o bem-estar dos profissionais.

Um exemplo explícito desta situação era o caso dos psicólogos que não possuíam sala específica para realizarem os atendimentos individuais. Na falta deste ambiente apropriado, eles utilizavam para o atendimento psicoterápico a sala que estivesse desocupada e como não era um local demarcado para esse fim, era comum, a interrupção da sessão por alguém batendo na porta. Mas, o que gostaríamos de ressaltar é que as exigências de adaptações físicas só são sentidas no cotidiano do trabalho e de acordo com a realização de cada atividade e particularidade de cada CAPS.

Essa particularidade é gestada a começar da seleção do quadro profissional para formar o CAPS, que é composta por trabalhadores com formações e experiências diversificadas, que são únicos em suas subjetividades, assim como os sujeitos a quem assistem. Além disso, a normatização de como deve ser composta a equipe⁴⁰ de um CAPS dá uma margem de liberdade para o gestor optar entre algumas categorias profissionais conforme o projeto político pedagógico (PPP) do serviço e esses têm a autonomia para comporem atividades de oficinas de acordo com seu projeto profissional em consonância com o PPP referido. De forma que todas essas questões configuram cada CAPS como único.

Já o quadro de profissionais de um CAPS III abrange uma composição formada por uma equipe maior, porém, o CAPS Caminhar ainda não tinha essa composição⁴¹.

O Caminhar contava com o seguinte quadro de trabalhadores⁴²: uma diretora, quatro enfermeiros, duas assistentes sociais, cinco psicólogos, quatro farmacêuticos, dois arte-

⁴⁰ A portaria dos CAPS estabelece o quadro profissional que cada modalidade de Centro deve compor, quanto ao CAPS II é formado por: Um médico, um enfermeiro, com formação em saúde mental, quatro profissionais de nível superior de outras categorias profissionais: Psicólogo, Assistente Social, Terapeuta Ocupacional, Pedagogo, Professor de Educação Física ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico. Seis profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão (BRASIL, 2002).

⁴¹ Dois psiquiatras, um enfermeiro com formação em saúde mental, cinco profissionais de nível superior de outras categorias profissionais: Psicólogo, Assistente Social, Terapeuta Ocupacional, Pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico (BRASIL, 2002).

⁴² Esse quadro teve a particularidade de ter sido formado no decorrer de nossa pesquisa, assim esclarecemos que iniciamos a investigação com um quadro de três psicólogos, duas enfermeiras, duas farmacêuticas, mas em função da mudança para CAPS III é que esse quadro cresceu e ainda não correspondia ao estabelecido pelas prescrições.

educadores, uma terapeuta ocupacional, um médico psiquiatra, sete técnicos de enfermagem, quatro vigilantes, cinco agentes administrativos, cinco serviços gerais, três oficineiros, dois agentes de saúde, três cozinheiros, dois auxiliares de cozinha, um recepcionista, um motorista, um auxiliar de farmácia. Alguns desses trabalhadores estavam deslocados de suas funções, como por exemplo, alguns agentes de saúde ocupavam o cargo de recepcionistas, de oficineiros etc.

Os trabalhadores estavam divididos entre antigos funcionários do CAPS II e novatos transferidos para o Caminhar a partir da demanda do CAPS III, mas pudemos constatar que a integração entre todos estava se dando com êxito. Existia o entendimento que esse bom relacionamento era imprescindível para o sucesso do trabalho em equipe, assim prevalecia um respeito mútuo entre os saberes das experiências vivenciadas desses serviços. Os antigos servidores do Caminhar sentiam-se mais seguros pelo fato de enfrentarem essa transição de tipo de CAPS contando com a retaguarda de profissionais que já tinham a experiência de atuarem em um CAPS III. Assim, não teriam a responsabilidade de se assumirem enquanto CAPS III, posto que estavam em formação em serviço.

Se as “reformas” físicas foram poucas, na estrutura organizacional foram bem mais incisivas. Com o funcionamento do serviço durante 24h, isso requeria um crescimento do quadro profissional, um replanejamento das atividades, uma maior articulação com outros serviços, tipo, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Pronto Atendimento da Saúde Mental (PASM), Residência Terapêutica (RT) etc.

Apresentado o CAPS Caminhar trazemos agora aspectos da organização do trabalho, que são fundamentais para compreensão de um campo de trabalho. Alguns estudiosos da temática “Saúde do Trabalhador, a exemplo do próprio Dejours (1999), frisam o contexto organizacional como um fator desestruturante, desestabilizador da saúde psíquica do indivíduo, mas sinalizando para outra característica que a organização pode apresentar, qual seja, funcionar como elemento positivo de valorização do trabalhador.

7.1 ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO DO CAPS CAMINHAR

A organização do trabalho se constitui como fator de vulnerabilidade a saúde do trabalhador, gerando vivências de sofrimento, quando engessa-o tolhendo sua liberdade de expressão e de ações, não valorizando seu potencial cognitivo e subjetivo, não lhe conferindo certa autonomia e depreciando sua importância no processo de elaboração de bens e serviços

Sobre a organização do trabalho adotamos o entendimento posto por Dejours e Abdoucheli (2009), por um lado, é a divisão do trabalho: divisão de tarefas entre os operadores, repartição, cadência e, enfim, o modo operatório prescrito; e por outro lado a divisão de homens: repartição das responsabilidades, hierarquia, comando, controle etc. Nessas dimensões, divisão do trabalho e divisão de homens, apresentamos aspectos da organização do CAPS Caminhar.

Conforme explicitado nas normas do Ministério da Saúde o quadro de profissionais do CAPS deve ser multiprofissional e interdisciplinar. Neste sentido, o quadro de profissionais do CAPS Caminhar é bem diversificado para abarcar as diversas tarefas e atribuições que o serviço em saúde mental requer. A seguir explicitamos como se estrutura o quadro de profissionais e suas principais atribuições.

Na estrutura organizacional do CAPS temos a figura da diretora, que é encarregada de fazer a articulação entre a secretaria municipal de saúde e os profissionais do serviço, essa profissional participava ou delegava um agente para participar das reuniões da secretaria, providenciando as diligências e orientações prescritivas estabelecidas pelos gestores municipais de saúde. Presidia as reuniões gerais dos funcionários, abrindo as pautas e intermediando os diálogos, supervisionava o serviço, selecionava profissionais de nível superior para atuarem na função de Técnico de Referência e de acolhimento, participava da seleção dos contratados. Presidia as assembleias dos familiares.

O quadro funcional abrigava quatro enfermeiros, responsáveis pelos cuidados clínicos dos usuários, pertinentes as competências especificadas da profissão, realizando a supervisão do trabalho das técnicas de enfermagem, responsabilizando-se pelo correto consumo pelos usuários internos de suas medicações, prestação de atendimento de primeiros socorros, visita domiciliar, orientação de cuidados de enfermagem a usuários e familiares. Os técnicos de enfermagem, por sua vez, eram encarregados pelas atividades de administração de medicamentos orais e injetáveis, prestavam assistência aos usuários na realização das atividades da vida cotidiana (banhos, asseio das unhas, cabelos e alimentação) e verificação da pressão arterial.

Existiam quatro farmacêuticos, que se ocupavam da assistência farmacêutica, que perpassa por várias etapas, seleção, programação, armazenamento, recebimento e conferência de medicamentos. A atividade de dispensação dos medicamentos abrangia orientação acerca da importância e necessidade de adesão ao tratamento e quanto à tomada do medicamento corretamente, explicitando as alterações, dosagem certa, efeitos adversos e colaterais, mas, aprofundaremos mais adiante sobre as atividades desses profissionais.

O CAPS contava com uma terapeuta comunitária, que além das atividades de oficina e triagem, realiza atividades artísticas, ocupacionais, com o objetivo de favorecer a integração social e promover a autonomia, desenvolvimento cognitivo, motor e afetivo do usuário. Por iniciativa própria essa profissional estava desenvolvendo uma atividade de acompanhamento das Unidades de Saúde da Família, realizando reuniões com os profissionais das unidades e traçando ações conjuntas a serem desenvolvidas na intervenção com os usuários das unidades abrangidas pelo CAPS.

O serviço de segurança dispunha de quatro vigilantes que faziam a vigilância do do Centro diuturnamente. Esses trabalhadores ficavam na maioria do tempo no posto do portão de entrada do CAPS. Dali controlavam o fluxo de entrada e saída das pessoas, evitando saídas não autorizadas dos usuário. Também acolhiam os familiares e pretendidos usuários do serviço, transmitindo já as primeiras orientações sobre a quem se destinava um CAPS e como proceder para ser atendido e assim, orientavam os interessados a recepção.

O CAPS contava ainda com a contribuição do profissional denominado oficineiro (num total de três), que eram trabalhadores com domínio de um saber técnico específico, por exemplo, artesão, capoeirista, músico. Na consecução das oficinas podiam atuar junto com um profissional de nível superior. Os oficineiros, além das atividades rotineiras de oficinas, elaboravam números teatrais, de poesias, danças (de acordo com a especificidade técnica de cada oficineiro) para apresentações comunitárias. Atendiam aos usuários individualmente quando solicitados em atividade de escuta, fazendo encaminhamento dos mesmos para profissionais de psicologia e de outras áreas quando sentiam a necessidade, auxiliavam aos profissionais de nível superior numa parceria de troca de saberes.

A parte de apoio de alimentação era composta por três cozinheiras e por mais duas auxiliares de cozinha. Estas servidoras cozinham e serviam as refeições tanto dos usuários como dos profissionais, seguindo um cardápio elaborado por nutricionista. Faziam também a limpeza dos utensílios de cozinha, o controle do estoque dos alimentos e utensílios da cozinha. As auxiliares recebiam orientação das cozinheiras quanto às atividades a serem conduzidas cotidianamente. Não havendo uma nítida separação dessas atividades entre as duas categorias mencionadas.

Na parte da limpeza do CAPS existiam cinco encarregados de serviços gerais que cuidavam da faxina do órgão, faziam o controle e asseio dos leitos dos usuários internos e a manutenção dos materiais de banheiro (papel higiênico, sabonete, etc.), bem como, a manutenção da limpeza das salas (recolhimento dos lixos, troca de saco dos cestos), bem como manutenção da limpeza de todo o espaço físico.

Na parte de escritório contava com cinco agentes administrativos diretamente ligados a direção. Ficavam encarregados de parte burocrática do serviço, do arquivamento de documentos, da sistematização de alguns consolidados, do controle de estoque de materiais do CAPS, do atendimento telefônico. Executavam, também, tarefas não prescritas que iam sendo delegadas pela chefia, como digitação de documentos.

Na portaria do CAPS trabalhavam quatro recepcionistas, todas servidoras de nível médio. Elas ficavam encarregadas do primeiro acolhimento do usuário e familiares, explicitavam sobre o funcionamento do serviço e preenchiam as documentações burocráticas, fichas de entrada do usuário, onde registravam alguns dados de ordem pessoal do usuário (número de documentos, endereço, telefone etc). Abordavam, ainda, sobre outras questões de ordem subjetiva, consultando, por exemplo, se o mesmo já fez tratamento psiquiátrico? Quando? Onde?

Estando sempre em contato com o público interno e externo do CAPS era indispensável um domínio da rotina do Centro e das intercorrências que mudavam a rotina de trabalho, pois eram referenciadas como local de informação, das mais diversas: alguém faltou? Por qual motivo? De modo que o setor era denominado por elas, metaforicamente, como o coração do CAPS.

Na recepção encontravam-se os armários dos prontuários, sendo um local de entrada e saída de profissionais na busca e devolução desses documentos. Elas eram requisitadas para procurarem e entregarem prontuários para os profissionais, tendo assim, por vezes, de pausar o acolhimento dos usuários para atenderem a essas solicitações.

Fazia parte da organização do trabalho do CAPS miniequipes de profissionais, responsáveis de dar assistência a determinado grupo de usuários. Dentro das miniequipes tinha a figura do técnico de referência do usuário, ou seja, profissional imbuído de fazer o acompanhamento da evolução de determinado usuário. Essa era uma estratégia da gestão de buscar proporcionar que cada usuário fosse individualmente assistido. Essa fronteira de miniequipes era invisível para os usuários, pois era uma divisão interna do serviço.

Eram os profissionais de nível superior que atuavam na tarefa da triagem⁴³, que compreendia o acolhimento do usuário e a seleção daqueles que seriam assistidos no CAPS ou que deveriam ser encaminhados para outro serviço da rede SUS. Os “triadores” eram

⁴³ Empregamos os termos “triagem/triadores” por se assim a forma como os trabalhadores referiam a essa função, mas entendemos, pautando-nos no manual do CAPS que a expressão mais adequada a ser empregada seria “acolhimento”, visto que triagem encerra uma relação com o modelo clínico-biológico.

escolhidos pela coordenação do CAPS e ficavam previamente escalados para atuarem nessa função em determinados dias. Dentre eles tínhamos: Psicólogo, Enfermeiro, Assistente Social, arte-educador. Ficando pares da mesma categoria profissional desincumbidos da atribuição dessa atribuição ⁴⁴.

A seleção dos triadores não era uma questão nefrálgica, pois a equipe entendia que essa era uma atividade que requeria algumas competências específicas estando mais relacionada com algumas profissões, como a psicologia. A indicação dos triadores deveria levar em consideração, também outros atributos pessoais, como perfil e habilidades pessoais. Assim, autorizados pelos pares os profissionais de nível superior levavam em conta vários saberes para definir que determinado usuário precisava de um atendimento psicossocial através do CAPS. Essa era uma inovação na divisão de trabalho no âmbito da saúde mental através da experiência dos CAPS. Diante deste novo papel, os profissionais se desdobravam para conseguir os conhecimentos necessários para dar conta da atividade, buscando de forma autodidata a aquisição de novos saberes e competências.

Os encarregados da “triagem”, após decidirem pela acolhida do usuário no CAPS e terem tecido uma hipótese diagnóstica sobre o quadro mental desse, agendavam uma consulta do usuário com o médico. Nessa atividade, outras categorias profissionais costumavam consultar aos psicólogos para os auxiliarem no estudo e definição da hipótese diagnóstica do transtorno mental que o usuário por ventura apresentasse e sobre o encaminhamento mais adequado para o mesmo.

O Caminhar tinha apenas um médico Psiquiatra, responsável pela avaliação clínica do usuário, por toda a parte de diagnóstico e da prescrição profilática e tratamento medicamentoso. Ele ficava incumbido de acompanhar uma grande demanda de usuários, internos e não internos, e tinha o encargo de fazer visita domiciliar destinada aos usuários que não tinham condições físicas ou psiquiátricas de comparecerem ao CAPS. Competia-lhe todas as atribuições específicas da profissão, como laudos e pareceres médicos.

Fazia parte do fluxograma ocupacional do CAPS, portanto da organização do trabalho do Centro, a função de Técnico de Referência do dia (TR do dia), profissional de nível superior selecionado pela coordenação assim como os triadores. Os TRs ficavam responsáveis de resolver os problemas que surgissem durante o turno que estavam escalados para atuarem nessa função.

⁴⁴ Dos psicólogos apenas dois ainda não realizavam triagem, dos enfermeiros apenas dois estavam envolvidos nessa atividade, só uma Assistente Social fazia triagem.

A prescrição bem genérica do trabalho do TR, resolver os impasses do dia, imprimia uma característica a este tipo de atividade, qual seja, a ausência de normas. Não existiam atribuições pré-determinadas, um *modus operandis*, visto que as demandas de trabalho para esses profissionais emergiam subitamente e cada um resolvia a seu modo.

Compreendendo a nuance de imprevistos desse trabalho, os profissionais denominavam essa função como o “*descascador dos abacaxis*”. Eles consideravam que essa função possui muitas responsabilidades e para dividir seu peso buscavam compartilhar com os colegas de trabalho algumas tarefas, principalmente com aqueles que também eram TRs do dia.

Pudemos registrar nas observações do trabalho em saúde mental, a exemplo da pática do TR do dia e do triador, a constituição de coletivos de trabalho que se formavam e se desfaziam na lógica das entidades coletivas relativamente pertinentes ECRP, cuja característica fundamental, destacada por Schwartz (2011), é a de ser, profundamente, distinta de tudo que se poderia chamar, de forma geral, de organograma, ou predefinições de lugares, de postos, de responsabilidades.

Seguindo com os TR, os profissionais entendiam que o TR era uma função de liderança e que, portanto, nem todas as pessoas de nível superior teriam essa habilidade e que assim cabia a quem fizesse a seleção para a função, que no caso era a coordenadora, ter a correta percepção de quem estava preparado para esse trabalho. Avaliaram que essa figura facilitava em muito na rotina do trabalho no CAPS, pois tinham uma retaguarda para seguirem mais tranquilos com suas atividades e alguém prontamente disponível para ajudar a resolver as intercorrências que aparecessem no percurso do dia-a-dia laborativo.

Citamos outro Técnico de Referência (TR) que não era do serviço, mas do usuário, esse deveria acompanhar mais de perto cada usuário que estivesse sob seus cuidados, cada qual assistia de forma particular ao “seu usuário”, por exemplo, a enfermeira atentava mais para ações de enfermagem, encaminhando o mesmo para solicitações de exames e consultas médicas, fazendo um trabalho preventivo de doenças. Seria interessante que todos os profissionais pudessem estar envolvido com o cuidado de cada usuário, mas, diante da grande demanda de pessoas atendidas pelo serviço, seria humanamente impossível cada profissional fazer esse atendimento com essas minúcias de cuidados.

7.1.1 Quem pode ser atendido no CAPS e como se faz para ser atendido no CAPS?

O “Manual do CAPS” traça um roteiro prescrito de como se faz para ser atendido nos CAPS:

Pode procurar diretamente esse serviço de saúde ou ser encaminhado pelo Programa de Saúde da Família (PSF), ou qualquer serviço de saúde. A pessoa pode ir sozinha ou acompanhada, devendo procurar, preferencialmente, o CAPS que atende a região onde mora (BRASIL, 2004, p. 15).

Embora estando previsto que o acompanhamento do CAPS subsidie o usuário e sua família (grupo fundamental no esforço de socialização da pessoa com transtorno mental), nem sempre há entre esses sujeitos relações afetivas e uma prática de cuidado, e assim os profissionais recebiam no CAPS pessoas que mesmo em grande sofrimento mental buscavam, autonomamente, ajuda do Centro. Na experiência dos profissionais essa era uma realidade inadequada, que de certo, que foi respaldada como prescrição como forma de garantia do usuário ao atendimento psicossocial, mas, a equipe a partir da experiência da atividade ressaltava, como um requisito indispensável, a necessidade da presença de um familiar junto daqueles usuários que chegavam ao serviço descompensados, pois, até as mínimas informações ficavam difíceis de serem obtidas do próprio usuário em surto, como a obtenção de seus dados pessoais, além de outras dificuldades mencionadas:

Eu já atendi várias pessoas desacompanhadas, aliás eu nunca dispensei ninguém por esse motivo. Sendo que isso é muito complicado. Por exemplo, eu atendi um caso que a pessoa provavelmente, estava delirando e criando um monte de estórias que para ela era verdade. Então, nesse caso era importantíssimo ouvir a família. Eu pedi que ele voltasse depois com alguém, mas, ele não compareceu mais (Sup).

Às vezes, o usuário coloca coisas que fica difícil no primeiro encontro saber se são verdades ou fazem parte do delírio dele, Algumas vezes ele se coloca contra toda a família, e como saber se isso faz parte do quadro no momento (Sup).

Daí a necessidade de renormatização praticada pelos profissionais, a princípio houve estabelecimento rigoroso de só atender usuário com familiar, postura que suscitou

questionamento como medida que ia de encontro ao direito legitimado, como comentado pela funcionária:

Às vezes, chegava uma pessoa desacompanhada e a gente dizia: não pode ser atendido sozinho/sozinha, só com a presença de um familiar. Eu mesma atendi uma mulher que não tinha familiares na cidade e ela não ficou nesse CAPS por esse nosso posicionamento. Eu fiquei um tempo pensando nela, preocupada com a mesma. Quando pelo manual do CAPS, ela tinha direito sim de ser acolhida pelo serviço nessa condição de procura-lo diretamente ela própria sem ninguém na sua retaguarda. Inclusive a gente poderia ter sido cobrado legalmente por isso (Sup).

E aqueles usuários sozinhos que de certa forma têm uma vida autônoma? Que apesar do profundo sofrimento mental, faz sua comida, dirige sua vida, cuida da sua casa, das suas coisas, toma a medicação sozinho, ele não pode vir desacompanhado (Sup)?

Diante desses dilemas o GRT frisou que já vinha dando solução para o problema dos casos dos usuários que compareciam desassistidos através do bom senso de considerar cada caso individualmente. E registraram que na prática esse olhar singular para as condições de vida e para a estrutura familiar de cada sujeito vinha operacionalizando-se, conforme a informação registrada: *“a gente tem quatro usuários que entraram aqui sem nenhum familiar(Sup)”*.

Outra prescrição condicionava a acolhida do usuário, circunscrevia a assistência do mesmo “preferencialmente” num CAPS de sua adjacência. Chamamos a atenção para a palavra “preferencialmente” posta na redação, que na prática foi substituída por “obrigatoriamente”, alvo de uma crítica individual, que levou os funcionários a refletirem sobre o normatizado:

E quem não gosta do CAPS de sua área de abrangência? E no caso de quem esteve em outro serviço e nesse sentiu desejo de participar? Nele formou amigos, teve empatia pelos profissionais, identificou-se com as atividades, sentiu-se valorizado e seguro. É correto impor-lhe não poder fazer parte desse Centro? E afirmar que para ele é destinado o CAPS tal por questões burocráticas e práticas? (Sup).

Mas, os profissionais, quase que unanimemente, assentados em argumentações de ordem prática defenderam a exigência posta no texto de limites distritais como critérios de elegibilidade para acolhimento em determinado serviço CAPS. Os posicionamentos a favor desse mapeamento, interpretaram essa medida de gestão salutar para fortalecimento do

serviço em rede. Entendiam que o atendimento contextualizado com as reais condições de vida das pessoas, poderia fomentar um elo afetivo e um planejamento e pactuação de tarefas entre os serviços e setores, e facilitar o acesso do usuário ao Centro, bem como o acesso dos profissionais na atividade de visita e acompanhamento domiciliar.

Então nesse quesito seguiriam as prescrições, enquanto, no tocante ao usuário estar acompanhado ou sozinho quando da sua entrada no atendimento do CAPS houve renormatização que foi sustentada por um saber/fazer que é próprio do ato do trabalho da atividade.

O delineamento da organização do trabalho no CAPS não se esgota nesta parte do texto, esse assunto perpassa vários tópicos que serão desenvolvidos, principalmente quando abordamos as atividades desenvolvidas no Centro.

7.1.1.1 As ações desenvolvidas no CAPS: prescrição e atividade

O manual do CAPS prescreve várias tarefas que esse serviço pode desenvolver, qualificando-as como recursos terapêuticos, algumas dessas tarefas são feitas em grupo, individuais, destinadas às famílias e outras são comunitárias. Quando uma pessoa é atendida em um CAPS, ela tem acesso a vários recursos terapêuticos (BRASIL, 2004, p.17):

Prescrição de medicamentos, psicoterapia, orientação; Atendimento em grupo: oficinas terapêuticas, oficinas expressivas, oficinas geradoras de renda, oficinas de alfabetização, oficinas culturais, grupos terapêuticos, atividades esportivas; atividades de suporte social, grupos de leitura e debate, grupos de confecção de jornal.

O CAPS também desenvolve ações de atendimento para a família, estando prescrito “atendimento nuclear e a grupo de familiares, atendimento individualizado a familiares, visitas domiciliares, atividades de ensino, atividades de lazer com familiares” (BRASIL, 2004, p.17). E também dispõem de atividades comunitárias, assim definidas:

Atividades desenvolvidas em conjunto com associações de bairro e outras instituições existentes na comunidade, que têm como objetivo as trocas sociais, a integração do serviço e do usuário com a família, a comunidade e a sociedade em geral. Essas atividades podem ser: festas comunitárias, caminhadas com grupos da comunidade, participação em eventos e grupos

dos centros comunitários; Assembleias ou Reuniões de Organização do Serviço (BRSIL, 2004, p.17).

Abordaremos a seguir as modalidades de atividades definindo-as e caracterizando-as conforme os referenciais normativos e a realidade implementada no CAPS Caminhar. Esboçando, também mais detalhes da estrutura organizacional desse Centro e algumas dificuldades enfrentadas no desenvolvimento da atividade.

7.1.1.1.1 As oficinas terapêuticas

Entre as atividades desenvolvidas “as oficinas terapêuticas *“são uma das principais formas de tratamento oferecido no CAPS”* (BRASIL, 2004, p. 20). Dessa maneira, as oficinas passam a exercerem um papel fundamental no projeto terapêutico, sendo elaboradas a partir de projetos profissionais, dentro das possibilidades de competências dos técnicos, tendo em vista o interesse e necessidades dos usuários, bem como, a sua maior integração social e familiar, a manifestação de sentimentos e problemas, o desenvolvimento de habilidades corporais, a realização de atividades produtivas e o exercício coletivo de cidadania (BRASIL, 2004).

Para Guerra (2004) o que diferencia as oficinas como recurso terapêutico é a possibilidade de o sujeito trabalhar com o concreto, atribuindo uma dimensão política, (além do aspecto clínico) que pode perfazer as oficinas, contribuindo para inserção social do sujeito, conferindo-lhe ampliação de sua cidadania

Essa materialidade pode se dar através do desenvolvimento de competências, visto que as oficinas podem promover a reaquisição das competências para realização das atividades de vida diária, que foram perdidas ao longo do adoecimento mental. Registramos que os estatutos que regulamentam as oficinas terapêuticas as ressaltam como estratégias de reabilitação psicossocial.

As prescrições do CAPS definem, de modo geral, as oficinas como:

Oficinas expressivas: espaços de expressão plástica (pintura, argila, desenho etc.), expressão corporal (dança, ginástica e técnicas teatrais), expressão verbal (poesia, contos, leitura e redação de textos, de peças teatrais e de letras de música), expressão musical (atividades musicais), fotografia, teatro. • Oficinas geradoras de renda: servem como instrumento

de geração de renda através do aprendizado de uma atividade específica, que pode ser igual ou diferente da profissão do usuário (As oficinas geradoras de renda podem ser de: culinária, marcenaria, costura, fotocópias, venda de livros, fabricação de velas, artesanato em geral, cerâmica, bijuterias, brechó, etc.). Oficinas de alfabetização: esse tipo de oficina contribui para que os usuários que não tiveram acesso ou que não puderam permanecer na escola possam exercitar a escrita e a leitura, como um recurso importante na (re)construção da cidadania (BRASIL, 2004, p. 20).

Além das competências que podem ser aprendidas no ambiente das oficinas terapêuticas, que favoreçam a readaptação psicossocial, estas poderão gerar produtos que poderão ser utilizados como objeto de troca material ou simbólica. Silva e Firmino (ano) destacam a oficina de geração como uma produção que reinscreve a pessoa com doença mental como sujeito de valor, capaz de criar e produzir.

Cedraz e Dimenstein (2005) num estudo sobre as oficinas, cujo objetivo era conhecer o funcionamento das oficinas terapêuticas, questionando se elas constituem ou não um dispositivo de promoção de mudança da lógica manicomial, trazem a informação que enquanto algumas produções científicas discutem as oficinas geradoras, outras pretendem discutir as oficinas expressivas, num interesse que pauta-se na crença de um potencial transformador contido na arte. As autoras explicam esse ponto de vista defendido:

(...) relacionando a arte a ideias afeitas à desinstitucionalização, entendendo-a como território da criação e da transformação e, portanto, da desconstrução de velhas formas estabelecidas de existência. Desse modo, diversos autores defendem a arte como estratégia terapêutica produtiva (CEDRAZ; DIMENSTEIN, 2005, p. 308).

A valorização da subjetividade e do potencial criativo dos usuários pelos trabalhadores do CAPS eram perceptíveis na prevalência de oficinas expressivas, e na expressão de sentimentos de prazer, satisfação, orgulho, realização, que demonstravam frente a constatação de superações de dificuldades dos usuários (de relacionamento, de verbalização, de baixa autoestima, de socialização) como sendo fruto desse trabalho.

Vivências de socializações entre os trabalhadores dos resultados das suas oficinas, eram por vezes feitas na reunião ordinária dos trabalhadores, semanalmente. Essa atividade de compartilhar uns com os outros das suas ações de trabalho e dos frutos da mesma, foi um resgate empreendido a partir do interesse dos próprios, de uma prática ora existente, eles manifestaram esse desejo no entendimento que seria importante conhecerem o trabalho do

colega e participarem das evoluções de como essas ações vinham incidindo sobre a vida dos usuários.

Retratando o contexto específico do CAPS Caminhar, nesse serviço não tinha nenhuma oficina geradora de renda, dentre as oficinas apresentadas. Podemos enquadrar as oficinas desse Centro em oficinas expressivas, sendo elas: “oficina de debate”, “oficina eu cidadão” “oficina de música”, “oficina de dança do ventre”, “oficina de teatro”, havia apenas uma que era na modalidade de oficina de alfabetização “oficina do saber”

Essas oficinas eram realizadas uma vez por semana. Todas desenvolvidas e dirigidas por seus idealizadores. Algumas contavam na sua execução com outro profissional que chegou, posteriormente, no serviço e passou a ajudar o colega no desenvolvimento da oficina já existente. Determinadas oficinas eram realizadas por doisicineiros, com formações acadêmicas distintas, dentre essas tínhamos “oficina do saber”, “oficina de Poesia e debate”.

As oficinas de “Capoeira”, “Eu cidadão”, “Música”, “Dança do ventre” e “Teatro” estavam sendo desenvolvidas por um único profissional, talvez pela necessidade de uma habilidade técnica específica. Por outro lado, a oficina “Eu cidadão” poderia ser dividida com diversos outros profissionais, visto que sua matéria dizia respeito transversalmente a todos, mas cada qual no serviço teve a liberdade de compor e adentrar no trabalho de oficina que se identificasse.

A oficina de Debate e poesia foi projeto de um psicólogo, começou com o foco apenas na música, mas ele relatou que ao chegar no CAPS profissionais músicos, não viu mais sentido em permanecer com esse trabalho. Para não ficar sobrepondo ações resolveu mudar a temática para “oficina de poesia e debate”, focando o diálogo, debate, de algumas temáticas de interesse do grupo. Nessa atividade, destacamos a riqueza de troca de saberes e o respeito as demandas dos usuários, refletida na fala de um psicólogo entrevistado:

Na saúde mental tem que ser flexível, não adianta planejar um roteiro fechado, pensando que vai ser assim mesmo porque não o será, o usuário vai fazer diferente e se você vem com essa expectativa do pronto vai quebrar a cara, tudo é dinâmico. Às vezes venho com uma proposta e o povo quer falar sobre remédio, por exemplo. Então vamos falar sobre esse assunto. Mas, geralmente, mesmo quem não sabe nem ler e escrever participa das nossas propostas, por exemplo, eu apresento alguns autores ou músicos: Chico Buarque, Adriana Calcanhoto, Oswaldo Montenegro e essas pessoas recitam algo que esses cantores lhes remeteram, tipo algo da infância que a mãe cantava (SUP).

Essa oficina Perfazia duas características, tinha ao mesmo tempo um teor político que permeava os debates e um teor subjetivo promovido pelo uso e criação de poesias nos encontros.

A “oficina do saber” realizava um trabalho pedagógico de alfabetização para os usuários “não letrados”, como objetivo a psicóloga destacou:

Despertar em cada um o desejo de aprender, tendo em vista que o adoecimento psíquico desestrutura esse aspecto do sujeito. O meu desejo foi contribuir com o tratamento clínico do usuário através da psicologia e da psicopedagogia, entendendo que o recurso das áreas envolvidas promovia meios de ajudar o sujeito a elevar sua auto-estima, encontrar os caminhos da interação social e o reencontro com sua (Psic. 1).

Para desenvolver a oficina de “música” foi contratado um músico profissional, esse profissional tinha domínio de diversos instrumentos musicais (flauta, guitarra, violão, pandeiro, tambor). Ele desenvolvia com os usuários um trabalho de canto e habilidade para tocar ou “arranhar” instrumentos e assim promovia entretenimento, coordenação motora, sagacidade dos sentidos de percepção. Encheu-nos os olhos a força terapêutica dessa atividade pela capacidade de entretenimento, mas também pela técnica de interação empregada com os usuários. O profissional, a partir de algumas palavras chaves, indagava aos participantes quem lembrava de alguma música e assim eles cantarolavam suas músicas e daí o músico partia para uma intimista conversa suscitada pela pergunta: *“o que essa música te faz lembrar (músico)?”*.

A oficina de dança e a de teatro, capoeira eram respectivamente desenvolvidas por uma professora arte-educadora, por um professor arte-educador, um professor de capoeira. Juntamente com a oficina de música, representavam espaços onde os sentimentos eram estimulados a serem expressos com todo o corpo de forma visceral. Essas oficinas tinham a capacidade da magia da arte, pois, mediante abaixa autoestima própria de muitas doenças mentais, do embotamento corporal, elas geravam um desabrochamento em seus participantes que era contagiante, promovendo o movimento do corpo e a elevação da auto-estima dos usuários. Como exemplo, citamos o caso das mulheres nas aulas de dança do ventre, que se tornavam mais vaidosas com a valorização do corpo e da beleza que ele encerra em movimentos delicados e sensuais.

As quatro ultimas oficinas mencionadas (música, teatro, dança do ventre, capoeira) tinham a potencialidade de projetarem os usuários para fora dos muros institucional, promovendo a apresentação dos mesmos em diversos eventos. Embora esses profissionais as desenvolvessem sozinhos, contavam nas ocasiões de apresentações externas com a ajuda de profissionais de outras oficinas e de diversos setores para auxiliá-los.

Então, as oficinas do CAPS constituíam em seu conjunto pilastra do trabalho psicossocial do serviço, rico em troca de saberes e sentimentos entre os profissionais e usuários.

8 O ATENDIMENTO PSICOTERÁPICO

O quadro do CAPSCaminhar era composto por cinco Psicólogos, mas, como já pontuamos, ao iniciarmos a pesquisa o serviço tinha apenas três psicólogos, mas, quando retornamos para fazer a validação desse tópico, o quadro havia de ampliado. Este é o profissional habilitado para a prática da psicoterapia, sendo essa uma atividade específica dos mesmos.

No CAPS a psicoterapia era buscada como demanda espontânea, representava, portanto, “imprevistos” na rotina do profissional, mediante a impossibilidade dele ter o controle do momento em que a realizaria, buscando brechas entre uma atividade e outra, onde pudesse encaixá-la. O profissional tomava conhecimento dessa procura, muitas vezes, pelo próprio usuário que ficava o abordando nos corredores: “Drº, Drª, não esqueceu de mim né?”, “Vai me atender de que horas? Não se esqueça que estou aqui tá?”

Essas foram situações que presenciamos, na ocasião do GRT que formamos para discussão dessa temática, pois na busca de compreendermos o atendimento psicoterápico individual, sentimos necessidade de reunirmos o grupo formado pelos psicólogos dessa instituição para discutirmos o assunto. Destarte, só conseguimos reunir dois deles e um terceiro que conseguimos envolver na validação do relatório desse GT⁴⁵. Os três psicólogos que participaram desse grupo estão codificados como: Psic.1 e Psic.2, Psic.3.

Em princípio, enquanto pesquisadora não tínhamos a visualização dessa atividade psicoterápica no cotidiano do CAPS, de certo porque a dinâmica privilegiada nesse âmbito é o grupo, tanto que as oficinas são apontadas como “*uma das principais formas de atendimento oferecido nos CAPS*” (BRASIL 2004, p. 20).

A psicoterapia não tinha uma sistematização de agendamento, o que havia era quando da triagem ao ser definido que o usuário seria cuidado pelo CAPS, destiná-lo a uma miniequipe de profissionais, e conseqüentemente, os psicólogos dessa equipe ficariam encarregados de assistir ao mesmo, inclusive no atendimento psicoterápico no caso do seu projeto terapêutico indicar esse tratamento.

Os psicólogos explicaram que não eram todos os usuários que demandavam esse tipo de atendimento, fosse por estarem psicologicamente bem em determinado momento do tratamento ou porque alguns não tinham condições de desenvolverem uma dinâmica de

⁴⁵ Não conseguimos conciliar um momento com todos eles, pois a organização do serviço procurava dividir os profissionais numa escala de modo que o serviço sempre tivesse uma equipe o mais multiprofissional possível.

psicoterapia individual, por grande embotamento e dificuldades de se expressarem. Sendo, assim, recomendado para esses outras atividades terapêuticas.

Como o público dos CAPS era de usuários com sofrimentos mentais severos, alguns com histórico de internações e tentativas de suicídios, de certo que seria recomendável o acompanhamento psicoterápico para a maioria deles. No entanto, essa oferta era destinada aos casos mais graves (usuários em grande sofrimento psíquico e dramáticas existenciais e vulnerabilidades sociais) em detrimento da real demanda. Como avaliado no depoimento:

Seria impossível oferecermos atendimento de psicoterapia individual para todo mundo, não daríamos conta. Todos os usuários podem vir a receber esse atendimento, mesmo que no seu projeto terapêutico inicial ele não apresentasse essa necessidade, mas com o decorrer de sua vida ele pode vir a precisar (Psic. 1).

E de fato não tinha condições de cinco psicólogos darem conta de atenderem 490 pessoas (número de usuários inseridos no Caminhar ao final da pesquisa), caso fossem indicados para terapia. Importante entendimento que gestou renormatização da atividade, pois imaginemos se o organograma de divisão de tarefas fosse seguido à risca, que engessamento iria causar.

Analisando a atividade de psicoterapia individual, os Psicólogos trouxeram algumas questões que diziam respeito às condições de trabalho. Chamaram a atenção para o fato da inadequação das salas para desenvolvimento da atividade, aliás, inexistia um ambiente para esse atendimento. Sendo esse um dos problemas cruciais para os Psicólogos, pois ficavam catando uma sala vazia e ao ocupa-la ficavam sendo, geralmente, interrompidos. Porém, explicaram que isso era o de menos:

Nós podemos fazer um bom trabalho mesmo sem as condições ideais, por exemplo, eu faço um ângulo de noventa graus com as cadeiras, e as disponho de modo que a pessoa possa ficar a vontade para olhar para mim ou para frente sem me focar, isso é da minha linha, então tento fazer esse arranjo nas salas onde atendo, mas se não for possível se as cadeiras estiverem fixas, aí isso não vai ser impedimento para eu fazer a terapia (Psic.1).

A bibliografia reforça essa observação:

O espaço psicoterápico, de caráter essencialmente simbólico, intersubjetivo e comunicativo, não pode se confundir com o espaço físico da sala de atendimento do estabelecimento, pois há usuários que precisam ser atendidos em domicílio (VIEIRA FILHO, NÓBREGA, 2004, p. 378).

Embora em concordância com o psicólogo que ressaltou a atividade em si em detrimento das condições objetivas de trabalho, queremos ressaltar que essas condições requerem revisão cuidadosa, pois ferem questões éticas, como o sigilo das informações do usuário, o direito a um atendimento com qualidade, que embora não seja totalmente comprometido pela falta de condições ideais, mas ratificamos, tem sua relevância. Como sugestão interventiva pensamos que, no mínimo, pudesse ser colocada uma placa na porta da sala (sala encontrada), com a indicação “em atendimento psicológico, favor não interromper”.

Levantamos o questionamento sobre qual era o tempo usual de uma psicoterapia no CAPS, nesse tocante os profissionais argumentaram que poderiam fazer um bom atendimento em 15 minutos e noutro caso dispensar 45 minutos e os usuários saírem com a sensação que esse tempo foi insuficiente. Quanto à duração que deveria ser estipulada para cada sessão, Vieira Filho e Nóbrega ponderam (2004, p. 377-378):

Dentro dos limites previstos no serviço, a duração do atendimento deve ser negociada com o usuário, sem que haja uma imposição rígida, às vezes induzida pela “produtividade”, a nível burocrático, se superpondo a sua demanda de cuidados de saúde mental.

Chamamos a atenção para a dificuldade do profissional ausentar-se por algum tempo da dinâmica coletiva do CAPS para fechar-se nessa atividade clínica, na qual deveria estar inteiro, tendo que conciliá-la dentro de toda uma demanda de outras atribuições que o aguardavam.

Nesse tocante, da necessidade de centrar-se unicamente na atividade desenvolvida, psicoterapia individual, os profissionais reiteraram:

Depois que a gente entrou, acabou o que tá rolando lá fora, temos que nos concentrar no usuário escutado, esse caso, por exemplo, que atendi agora, era muito complicado, delicado, tanto que eu pedi que ela voltasse pra semana, mesmo não sendo eu que vou está aqui, mas solicitei que ela comparecesse e dissesse que eu pedi que viesse e explicasse que estava precisando conversar (Psc.2).

Essa psicoterapia partilhada com outros psicólogos suscitou o questionamento? E a relação de confiança e empatia que foi sendo estabelecida entre o usuário e o psicoterapeuta? E como dar continuação da psicoterapia com outro profissional de outra linha terapêutica? E a premissa que psicoterapia é um processo que requer uma sistemática de agendamentos? Havendo o entendimento que não deve se prolongar demais o tempo de uma sessão à outra, sendo ideal o atendimento semanal, então como esse preceito ocorreria no CAPS? Indagações que ficaram sem respostas.

O psicólogo num dramático uso de si, justificou que mediante o quadro de vulnerabilidade que a usuária apresentava, achou mais conveniente envolvê-la mais no CAPS. Explicou que quis que ela buscasse os grupos de oficinas, os contatos afetivos de referência no serviço, bem como a ajuda profissional, não só dos psicólogos.

Na validação do relatório desses dados, a profissional disse usar da seguinte estratégia na tentativa de acompanhar o usuário na psicoterapia individual: ela marcava para a pessoa retornar na outra semana num dia em que estava previsto que ambos estariam no serviço, ficando combinado que nesse dia fariam outra sessão.

Deixando claro que não ficaria definido horário de atendimento, pois isso seria verificado no dia a depender de um momento em que estivessem livres (quanto a usuário não estivesse noutra atividade do seu projeto terapêutico, o profissional encontraria uma “horinha” dentre suas diversas atividades).

Outra estratégia apresentada pela mesma: argumentou que nem todo mundo estava em busca de psicoterapia, mas de uma conversa mais intimista, com um profissional que tivesse o compromisso ético de guardar sigilo do que escutasse e que não estivesse ali para julgar seus sentimentos e comportamentos. Assim, buscava fazer essa distinção e sendo essa segunda situação demandada, ela poderia articular um profissional de outra área para escutar ao usuário, mas logo mais, assim que possível ia inteirar-se do caso com o trabalhador que envolveu para saber se precisa, de fato, intervir de forma mais sistemática no acompanhamento do usuário.

Novamente, despontou os ECRPS e a astúcia da inteligência da prática gestando uma dinâmica de atendimento diferenciada a partir do que as condições de trabalho proporcionavam.

8.1 ORIENTAÇÃO INDIVIDUAL E COLETIVA

O trabalho de orientação era organizado no CAPS Caminhar a partir da reunião dos trabalhadores, nesse espaço eram pensadas as ferramentas e as atividades que seriam utilizadas como espaços de orientações gerais. Então essa era uma atividade transversal as outras atividades, estando assim dentro de todas as oficinas. Não representava em si uma árdua tarefa, a sua dificuldade estava no desafio da orientação em si, em obter-se os objetivos que ela almejava alcançar.

Orientação é no CAPS tida como *“conversa e assessoramento individual ou em grupo sobre algum tema específico, por exemplo, uso de drogas”* (BRASIL, 2004, p. 21). Constatamos que a orientação de cunho individual ocorria por solicitação do usuário em consulta para suas demandas específicas. Assim, eles tomavam a iniciativa de procurar um profissional para compartilharem algum sofrimento, esclarecer dúvidas sobre os mais diversos assuntos, para manifestar o desejo de realizar algo e assim buscar incentivo e orientações sobre as vias de sua concretização.

Vale ressaltar que as orientações pertinentes aos usuários de forma geral eram repassadas de modo coletivo em atividades como “bom dia”, “boa tarde”, assembleias, terapia comunitária, oficinas terapêuticas.

A atividade “bom dia”, “boa tarde” representava como o nome sugere uma atividade de acolhimento, onde eram repassadas informações sobre as atividades que estariam ocorrendo no CAPS para que os usuários pudessem participar do que tivessem interesse e fosse possível. Ali os mais diversos informes eram dados: eventos que estivessem para ocorrer na cidade, questões sobre algum direito, notificavam férias de algum funcionário e como ficariam os trabalhos desenvolvidos pelo mesmo, registravam a alta de algum usuário, enfim, um lócus de notificações. Uma atividade que era encerrada com alguma dinâmica que tinha a pretensão de provocar a interação do grupo e sentimentos positivos de alegria para começar o dia e a tarde. Geralmente, era fechada mesmo com um grande abraço coletivo e uma salva de palmas.

Quanto as outras atividades (assembleias, terapia comunitária, oficinas terapêuticas), a abordamos como tópicos específicos, visto que eram mais estruturadas, requerendo um planejamento (através de plano de curso), profissionais diretamente responsáveis, avaliações.

8.1.1 Serviço de dispensação de medicamentos e consulta farmacêutica

O Caminhar contava com quatro profissionais dessa área, mas como registrado quando iniciamos a pesquisa o serviço tinha apenas duas farmacêuticas e no meio do nosso trabalho chegaram mais dois profissionais para compor o CAPS III. Seus depoimentos são codificados aqui como: Farm.1, Farm.2, Farm.3⁴⁶.

Aproveitamos o ensejo de apresentação dessas atividades da farmácia para explicitar a organização do trabalho desse setor. Fizemos durante três dias observações sistemática da rotina de trabalho nesse setor, onde acompanhamos o trabalho das farmacêuticas, do ajudante e da auxiliar de farmácia. O texto discorrido registra dramáticas das atividades desses profissionais que foram registradas num relatório final que elaboramos e que validamos num grupo de trabalho com os farmacêuticos.

Para o atendimento farmacêutico o CAPS tinha separado duas pequenas salas, uma onde ocorriam as consultas farmacêuticas e a dispensação de medicamentos e uma outra pequena sala conjunta onde ficavam guardados os medicamentos. Numa outra sala onde o médico atendia tinha um armário onde eram guardados também alguns medicamentos.

Apresentando a configuração da divisão de tarefas desse setor vamos começar pelas tarefas do ajudante da farmácia. Esse trabalhador, ficava encarregado de separar as medicações de todos os usuários nos seus envelopes e numa determinada hora, os entregava no balcão da farmácia aos usuários ou familiares dispostos em uma fila. Atividade que esse empregado realizava em um período estabelecido como de retirada dos remédios, que ocorria em data e horários esquematizados.

O ajudante da farmácia relatou sobre sua rotina, no seu dizer muito simples, mas que precisava ter muita atenção, pois era de muita responsabilidade, que poderia resultar danos a saúde do usuário em caso de entregas erradas:

Minha rotina é muito simples, mas demora, eu passo uma tarde toda separando remédios, e é porque gosto de fazer tudo bem rápido, não gosto de demorar. Agora já peguei a prática, antes eu errava muito, e na hora de conferir com o paciente aí percebia o erro, porque tenho que conferir na frente dele, para ele não dizer que não entreguei certo, que não recebeu, aí conferimos e ele assina a folha.

⁴⁶ Acompanhamos o trabalho das duas farmacêuticas que atuavam no serviço e quando da validação dos dados já tinha adentrado um terceiro profissional (a alguns meses) que também participou dessa etapa.

Outra situação que o mesmo relatou como incômoda era a ansiedade dos usuários para retirar logo os seus “envelopes”:

Eles ficam aperriando aí na janelinha querendo logo a medicação antes do lanche, eles sabem que a coordenadora mandou entregar depois do lanche, mas ficam dizendo: eu não quero lanchar, eu vou para casa mais cedo. Mas, me acostumei com isso, antes eu ficava aperriado demais por causa disso e ficava tentando autorização: deixa eu entregar logo? Mas, a ordem é só depois do lanche, aí pronto, não esquento mais, o pessoal se escora aí e fica esperando (Ajudante de farmácia).

Na estrutura física do local de atendimento do ajudante de farmácia, onde ele entregava os medicamentos aos usuário, existia uma separação (janela) de vidro com um quadrado vasado para a comunicação entre eles. Uma estrutura que dificultava, sobremaneira, o atendimento, pois esse obstáculo entre eles exigia que usassem um tom de voz mais alto para se fazerem audíveis. Esta situação incômodava as farmacêuticas e aos usuários que estavam sendo atendidos devido ao barulho e a falta de privacidade, inclusive por vezes esses agentes deslocavam-se da farmácia, na procura de outro espaço para atenderem, *“as vezes não dá para atender aqui por causa desse movimento e barulho, que desconcentra qualquer um, eu vou atender, as vezes, lá na sala de triagem (Farm. 2)”*.

Outra variabilidade do meio, que atrapalhava o bom andamento desse fluxo de entrega dos remédios, era quando o usuário ao chegar ao Centro não ia levar na farmácia o seu envelope para ter sua medicação separada pelo ajudante. Chegando, assim, no auge da fila com esse invólucro para ser ainda preparado, interrompendo o andamento mais ágil da atividade e abrindo mais espaço para erros nessa separação, visto que era feita de forma mais tumultuada. Isto fazia com que as demais pessoas ficassem esperando na fila que o auxiliar retornasse para a primeira etapa, separação dos remédios.

A farmácia contava também com uma funcionária auxiliar de enfermagem, que fazia o papel de intermediação entre o médico e as farmacêuticas. Sua função conforme nos relatou era marcada pela ausência das tarefas a desenvolver na rotina de trabalho. Ficava a encargo das farmacêuticas determinar as atividades pertinentes a sua função: conferência de medicamentos, separação dos medicamentos dos usuários internos (os quais repassava protocolado para a enfermagem do serviço 24h que iria administrar a medicação), separação

de prontuários, arrumação de prateleiras de medicações, organizar a fila do médico e da farmácia, etc. Ela sentia-se um pouco insegura com essa falta de normas, das atividades a desenvolver.

A ausência de normas fazia com que a servidora assumisse determinadas atividades que fugiam ao escopo do seu cargo. Registramos sua intervenção em um caso de uma usuária que chorava muito antes de entrar para a consulta médica. Tendo a percepção que a mesma não conseguiria falar direito com o médico num aparente estado de histeria, a auxiliar de enfermagem foi em busca do familiar acompanhante e buscou inteirar-se sobre o que se passava com a usuária e aconselhou que entrasse junto a mesma e colocasse para o médico tudo o que lhe havia explanado.

Quando a usuária saiu da sala do médico, a auxiliar de enfermagem procurou saber qual foi o encaminhamento dado para ela (no caso foi aconselhamento psicoterápico na linha comportamental sem necessidade de uso de medicamentos), novamente, a profissional tomou a iniciativa de recorrer a psicologia do CAPS para saber onde seria garantido esse serviço, o que foi um dilema a descobrir.

Com relação aos farmacêuticos, eles dividiram entre si algumas tarefas, conforme as habilidades e predileções com uma ou outra atividade, mas em geral elas tinham como atribuições em comum os atendimentos de dispensação e consulta farmacêutica.

A “dispensação” consiste no ato do farmacêutico de orientação e fornecimento de medicamentos e insumos, os quais devem ter o respaldo de uma prescrição médica, *“devendo ser entendida como uma ação integrada do farmacêutico com outros profissionais da saúde, em especial os prescritores”* (GALATO; TRAUTHMAN, 2008, p. 465).

A dispensação de medicamentos e a consulta farmacêuticas eram práticas que auxiliavam a dirimir dificuldades no uso dos remédios e sobre consequências de efeitos colaterais, adversos, contribuindo para deixar os usuários mais seguros no uso das drogas..

Tradicionalmente, os farmacêuticos eram tidos como aqueles que entendiam e entregavam as “drogas”. Com o intuito de mudar esta concepção errônea do papel desse profissional, as farmacêuticas se comprometeram em demonstrar e divulgar a complexidade do exercício da prática farmacêutica, buscando romper com a visão de entregadoras de remédios.

Nessa investida destacamos a atividade que a farmácia desenvolvia no Caminhar a frente da Comissão de Farmácia. A comissão funcionava como uma modalidade de educação permanente em temáticas pertinentes a área, com o objetivo de contribuir na formação de

todos os profissionais do Centro para melhor subsidiarem os usuários e familiares nessa lógica de dispensação e consulta farmacêutica.

A partir da comissão as farmacêuticas desenvolveram uma atividade com todos os trabalhadores do Caminhar, na ocasião da “Semana do uso racional de medicamentos”, no intuito de divulgação das competências que lhes são exigidas atualmente. Nessa ocasião explanaram sobre a complexificação de suas atribuições, explicaram o que vem a ser dispensa de medicamentos. Apresentaram, em data show, uma planilha que criaram no programa excel, “planilha de acompanhamento da presença do usuário”, uma espécie de prontuário virtual no qual cadastravam todos os usuário atendidos pela farmácia, esse instrumental permitia uma fácil e automática identificação de informações tipo: qual a data de retirada da medicação do usuário, quais as medicações utilizadas etc. Destacaram nesse aspecto, a necessidade do farmacêutico desenvolver competências para o manuseio de ferramentas da microinformática.

Nesse encontro, apresentaram etapas do atendimento farmacêutico e colocaram alguns problemas enfrentados nesse espaço de trabalho. Foi ressaltada a inadequação da estrutura física da farmácia, *“isso ainda ocorre porque a farmácia era qualquer lugar, durante muito tempo foi assim. Se você perguntar onde é a farmácia? É uma caixinha de medicamentos, é uma salinha, um balcão”* (Farm. 2).

O CAPS esteja sujeito às normas locais da vigilância sanitária, da saúde mental e da assistência farmacêutica (BRASIL, 2004). Esse é um setor que precisa preencher diversos requisitos burocráticos e sanitários, como nos explica a profissional:

Em nosso serviço tem certas tarefas, coisas administrativas e detalhes sanitários que se a gente não fizer, não estiver de acordo, quando a vigilância sanitária nos visitare identifica o erro, ela faz um relatório indicando o que precisa ajeitar, por exemplo, problemas com documentação, problema de mofo nas paredes, com o cuidado dos medicamentos ou com o controle do estoque. Dai ela dá um prazo para fazer as correções, e faz nova visita para conferência do que estava inadequado, e só tendo os ajustes feitos é que fica liberada a licença de funcionamento (Farm.2).

Mas, como é a fiscalização da instância pública feita em seus próprios funcionários? Há um relaxamento das normas, conforme relato:

A vigilância cobra o mínimo dos serviços públicos e nossos prazos são longos, pois a gente tem como justificar, mandar relatórios explicando as razões do ocorrido e assim conseguimos dilatar o prazo (Farm. 2).

Se por um lado essa tolerância viabiliza mais o cumprimento dos prazos, no caso de não dar tempo de estar com tudo em dia, permitindo certa tranquilidade de que prescrições iriam ser cumpridas, sem nenhuma penalidade que prejudicasse ao serviço, por outro lado, essa tolerância poderia contribuir para haver certa morosidade de investimenso no setor, para que a estrutura estivesse conforme as diretrizes, contribuindo par melhorar as condições de trabalho.

Outro aspecto do trabalho da farmácia frisado foi a falta de privacidade no ambiente da farmácia, situação que os profissionais tentavam adaptar-se, como visto na estratégia: *“quando eu baixo a janelinha significa que estou atendendo, mas, um profissional vem e entra para pegar algo, perguntar alguma coisa (Farm. 2)”*. Na tarde de nossa observação começamos a notificar essas intercorrências, que retratamos aqui para ficar demonstrado como esse problema era gritante.

Num aconselhamento farmacêutico que durou em torno de 30 minutos, tratava-se de uma usuária muito deprimida que apresentava medo de ficar dependente dos medicamentos, e sua família pedia a ajuda da farmacêutica no sentido de fazer com que ela fizesse a devida adesão ao tratamento.

Durante esse aconselhamento, uma enfermeira entrou com um saco de medicamentos, olhou para a farmacêutica e pronunciou apenas o nome de uma usuária, sendo que a comunicação foi compreendida. Bastou esses sinais para o entendimento de que tratava-se de medicamentos recolhidos de uma outra usuária que não estava fazendo uso dos mesmos e os devolveu para não serem estragados⁴⁷.

A farmacêutica retomou o assunto coma usuária e sua irmã que estavam sendo aconselhadas. Mas, logo mais, uma Técnica de Referência do dia adentrou na sala, pois tinha sido requisitada pela farmacêutica para resolver a situação de uma outra usuária que enviou uma sobrinha para retirar sua medicação antes do dia previsto, posto que não poderia comparecer no dia correto e não teria quem pudesse vir buscar por ela. *“As pessoas não querem aceitar que não podemos entregar medicamentos de qualquer forma, tudo aqui tem controle, dias certos, quantidades certas, não podemos dispensar de qualquer jeito,*

⁴⁷ Schwartz (2011) refletindo sobre a linguagem travada entre os trabalhadores nos infere que a comunicação entre esses sujeitos, seja verbal ou não verbal, se inscreve com toda a criatividade no decorrer mesmo dos problemas do trabalho e que sua complexidade é um fato. O autor destaca a importância das relações entre linguagem e trabalho e que essas práticas linguageiras são um elemento permanente e ao mesmo tempo subjetivo e coletivo de regulação e que se encontram, portanto, numa regulação de ajustamento criador frente a tudo que é ressingularização na atividade de trabalho.

atropelando tudo(Farm.1)”, desabafou a farmacêutica. Já outra profissional entrou na sala, esterilizou as mãos com álcool na pia que se encontrava nesse ambiente e retirou-se.

Abordamos mais um exemplo que representa singularidades e variabilidades da atividade do farmacêutico, são as situações dos pacientes que voltam ao serviço dizendo que não querem mais tomar as medicações, era o caso daquela usuária que devolveu todos os medicamentos a enfermeira, (que por sua vez foi devolvê-lo a farmácia). Essa usuária compareceu ao setor farmacêutico e alegou não ser doente, que aquilo tudo eram drogas, que leu as bulas e viu os efeitos colaterais, que não queria esses males para ela e questionou a farmacêutica: *você quer me ver morta é?*

Essa profissional explicou que não podemos ler a bula sem as orientações de um profissional de saúde capacitado para tal, pois na mesma consta apenas uma pequena orientação ao paciente e as demais informações são para os profissionais de saúde. Por isso não costumava dar a bula para os usuários porque eles se impressionavam e não entendiam o que queria dizer esse documento e interrompiam o tratamento, sendo esse outro problema que o farmacêutico enfrentava.

A usuária reivindicava seu direito de ter conhecimento da bula e que se não tivesse recebido, quando exigiu, processaria o serviço. A profissional ratificou o direito de ter a bula, mas reforçou o direito a ter acesso a interpretação correta das informações contidas ali e requisitou que trouxesse esse documento para fazer essa consulta farmacêutica. O enfrentamento destas semelhantes dificuldades no desenvolver do trabalho das farmacêuticas, exigia uma postura de muito equilíbrio emocional para não se indispor com os usuários.

Noutra consulta farmacêutica, a usuária carregava consigo toda sua medicação e a mesma estava dentre os casos de usuários não autorizados a retirarem suas medicações, nesse tocante, a farmacêutica colocou outro problema: *“nós entregamos aos familiares e aí alguns passam para o próprio usuário e depois que ele se suicida tomando todos os medicamentos, o que menos importa é de quem é a culpa”* (Farm.1). E assim, insistiu com a usuária que pedisse para seu familiar acompanhante comparecer ao serviço, pois precisava conversar com ele a esse respeito.

Vemos que muitas das dramáticas do trabalho do farmacêutico está ligado ao uso do medicamento, seja pelo uso exagerado ou pela sua rejeição por parte do usuário. Um dos desafios da atividade do profissional era como atingir a adesão correta do usuário ao tratamento. Não existe um modo prescrito de se obter êxito nessa empreitada, sendo respondido de acordo com as estratégias e a perspicácia de cada profissional.

Quando retornamos ao serviço para atualização de alguns dados e validação do relatório desse setor, percebemos que tinham sido gestadas algumas mudanças na atividades de entrega de medicamentos.

A partir do incomodo do auxiliar de farmácia, com as filas e com o estresse que acometia aos usuários que ficavam a espera para pegar remédios, teve a ideia de entrega-los dentro da atividade de oficina. Obtendo autorização dos farmacêuticos para tentar de acordo como planejou, assim o fez e relatou que ficou muito mais fácil da forma reestruturada, qual era, os usuários ficavam relaxadamente envolvido nas oficinas e o funcionário da farmácia ia fazendo as entregas dos envelopes de medicamentos, aleatoriamente, sem se preocupar com ordem de chegada do usuário, como era na fila.

Então essa é uma ilustração de uma mudança planejada e executada a partir da inteligência da prática de um trabalhador que estava encarregado da atividade e para melhor executá-la se pôs a reestruturá-la, tento êxito com os resultados previstos, segundo confirmação do farmacêutico (Farm. 3) e satisfação do ajudante da farmácia e dos usuários. Por esta iniciativa recebeu o reconhecimento do “chefe imediato”, os farmacêuticos, os quais avaliaram que a atividade ganhou um caráter terapêutico e ajudou a desmistificar a farmácia como lugar de tirar os remédios.

8.1.1.1 Ações comunitárias e familiares

Os familiares são considerados pelos CAPS como parceiros no tratamento, sendo destacado como um dos objetivos do CAPS incentivar que as famílias participem da melhor forma possível do cotidiano dos serviços (BRASIL, 2004).

A relação dos Centros com o atendimento para a família estava assim desenhado: atendimento nuclear e a grupo de famílias, atendimento individualizado a familiares, visitas domiciliares, atividades de ensino, atividades de lazer com familiares.

Conforme as normas do MS “*os familiares são, muitas vezes, o elo mais próximo que os usuários têm com o mundo e por isso são pessoas muito importantes para o trabalho dos CAPS*” (BRASIL, 2004, p. 29).

Mas como os familiares podem participar do CAPS, além de incentivando o usuário a se envolver no projeto terapêutico? “*Participando diretamente das atividades do serviço,*

tanto internas como nos projetos de trabalho e ações comunitárias de integração social” (BRASIL, 2004, p. 29).

No CAPS Caminhar foram criados vários espaços para a participação ativa dos familiares: Oficinas, grupo de terapia comunitária e assembleias. A oficina “Eu cidadão” era voltada para os familiares e usuários e trabalhava a importante temática dos direitos e ampliação da cidadania das pessoas com transtornos mentais e seus familiares, a mesma era desenvolvida por uma Assistente Social, que na ocasião contava com a parceria em sua efetivação de um projeto de extensão universitária da UFPB, do curso de Pedagogia.

O CAPS tinha um grupo de terapia comunitária, o qual era conduzido por dois terapeutas comunitários e tinha como participantes usuários e seus familiares..

Assinalamos a avaliação dos servidores do Caminhar de que não davam o adequado suporte as famílias. Numa constatação que possuíam grande acúmulo de atividades que não lhes possibilitava uma maior atenção as famílias, mas, por outro lado, assumiram o discurso de culpabilização de alguns familiares enquanto cuidadores relapsos.

Nas prescrições está idealizada a inclusão comunitária das pessoas com transtorno mental, para tanto, criou-se a demanda de articulação entre CAPS e comunidade. *“A comunidade é um conjunto de pessoas, associações e equipamentos que fazem existir a vida numa certa localidade”*(BRASIL, 2004, p. 29). Então, como a comunidade (serviços públicos das áreas da educação, do esporte e lazer, do trabalho, associações de moradores, clube de mães, associações comunitárias) poderia ser parceira dos CAPS? De diversas formas:

Através de doações, cessão de instalações, prestação de serviços, instrução ou treinamento em algum assunto ou ofício, realização conjunta de um evento especial (uma festa, por exemplo), realização conjunta de projeto mais longo, participação nas atividades rotineiras do serviço (BRASIL, 2004, p. 29).

A realização da inclusão comunitária é uma prescrição tida como muito difícil de ser implementada, haja vista, esbarrar nos preconceitos e estigmas sociais, essa é uma percepção tecida pelos profissionais ao tentar essa socialização. *“O que tá no papel é muito bonito”*, a trabalhadora seguiu lendo as prescrições:

Com essas parcerias e ações, a comunidade produz um grande e variado conjunto de relações de troca, o que é bom para a própria comunidade e para todos do CAPS. As parcerias ajudam a toda a comunidade a reforçar seus laços sociais e afetivos e produzem maior inclusão social de seus membros. Por isso a participação da comunidade é muito importante para a criação de uma rede de saúde mental. O CAPS deve ser parte integrante da

comunidade, de sua vida diária e de suas atividades culturais (BRASIL, 2004, p. 25).

Apesar dos empregados e servidores públicos terem se justificado por não darem conta de tantas demandas, individuais, familiares, e do envolvimento da comunidade no processo de inclusão social dos usuários, na realidade eles faziam um trabalho para aproximação dos usuários com a sociedade. Isto era feito através da promoção de momentos de divulgação de belas atividades artísticas desenvolvidas pelos usuários, com a colaboração dos professores de teatro, do professor de educação física, de música, da arte-educadora, de dois psicólogos que desenvolviam trabalhos relacionados a música e poesias. Frisamos o envolvimento de toda a equipe no processo de ensaios e apresentações dos usuários em eventos sociais.

O psicólogo com uma veia de poeta inspirou-se: *“O nosso CAPS tem alma, a gente tem espírito!”*. *Cazuza cantava: ideologia eu quero uma pra viver! E a gente tem uma ideologia, a gente tá em busca de algo (Sup)”*. Vale salientar que estamos tratando com um preconceito secular, o qual não está a cabo de um único serviço romper com ele, pois assim não lograria êxito. Além de que os usuários não deveriam ser tutelados na construção de sua autonomia e de seus direitos, essa é uma mudança paradigmática advinda com a reforma psiquiátrica. Esta linha programática ressalta o sujeito para além de sua dimensão físico-biológica e conclama a sua co-responsabilização, ficando também o mesmo implicado com o seu auto-cuidado.

8.1.1.1.1 Assembleias com usuários e familiares

Esse tipo de ação historicamente foi empregada em outros modelos de reforma psiquiátrica, como já registramos. Reuniam vários agentes, familiares, usuários, profissionais, na discussão e abordagem de questões atinentes aos usuários e seus familiares, inclusive com a pretensão de que esses sujeitos tivessem poder de participar das decisões institucionais.

Na definição empregada pelo Ministério da Saúde, a assembleia é caracterizada como um instrumento importante para o efetivo funcionamento dos CAPS como um lugar de convivência. É uma atividade, preferencialmente semanal, que reúne técnicos, usuários,

familiares e outros convidados que juntos discutem, avaliam e propõem encaminhamento para o serviço. Discutem-se os problemas e sugestões sobre a convivência, as atividades e a organização do CAPS, ajudando a melhorar o atendimento oferecido (BRASIL, 2004).

No Caminhar as assembleias reuniam todos os seus funcionários, e costumava receber o mesmo componentes(embora, todos fossem convidados), esses participantes na impossibilidade de frequentarem alguma reunião, tentavam acionar outro familiar para os representarem.

As assembleias ocorriam semanalmente, numa ampla sala, todos os componentes ficavam sentados na disposição de círculos, os profissionais instigavam os familiares a falarem sobre suas dificuldades e problemas enfrentados na lida com a doença mental. Juntos os participantes iam buscando formas de abordagem e intervenções sobre os casos em discussão.

Era um espaço de convivência de trabalhadores do CAPS e familiares, com o objetivo de suporte as famílias aos seus problemas práticos no cuidado a pessoa em sofrimento mental. Constituía-se como dispositivo de auxílio às limitações da visita domiciliar, atividade essa que não era possível ser dirigida para todas as famílias, restringindo-se aos casos mais emblemáticos.

A assembleia tinha uma interessante dinâmica de troca de saberes investidos do conhecimento profissional sobre a doença mental em diálogo com o profundo conhecimento da prática dos familiares no cuidado de uma vida inteira ou parte da vida no trato com o doente mental.

Diante do reconhecimento das dificuldades vivenciadas no âmbito familiar e do papel do CAPS como suporte a essa instituição, a diretora recomendava que nesses momentos os profissionais e os familiares se colocassem livremente. Diante da riqueza dos resultados das assembleias destacamos “o elogio da norma”, tecido na constatação de que determinadas normas antecedentes podem muito bem funcionar e proporcionar com que as tarefas sejam facilitadas, como teorizado por Schwartz(2011). Há aqui o vislumbre das possibilidades de melhor interação entre família/usuários e profissionais.

Não obstante, as assembleias passaram a ocorrer mensalmente, pelo pretexto de estarem ficando repetidas e monótonas. Enquanto pesquisadora e consubstanciada pelas observações e análise da atividade, frisamos a importância das assembleias. Mesmo que marcadas por certa “repetição”, há de se considerar que os problemas dos familiares persistiam e daí a constante retomada aos mesmos assuntos. De forma, que ousamos

considerar que não seria o mais adequado postergar as reuniões das assembleias por prevalecer nessas uma aparente monotonia.

Na realidade as assembleias eram cheias de dramáticas vivenciadas pelos familiares e profissionais que passavam nessa atividade a terem contato com a trama de cada caso, de cada família, mesmo as que não compunham as suas miniequipes. Os trabalhadores passavam a lidar com vivências de grandes cargas emocionais, que poderiam ter implicações de sofrimento profissional. Assim, nos perguntamos se não seria essa uma das razões que motivaram o espaçamento maior das assembleias? Apesar dessa não tenha sido uma razão conscientemente reconhecida, insistimos nessa hipótese, por não se sustentar o argumento da monotonia da atividade, de modo que afastar-se um pouquinho dela poderia ser uma forma de proteção a saúde mental dos próprios trabalhadores seria uma motivação mais sustentável.

9 TERAPIA COMUNITÁRIA

A Terapia Comunitária constitui-se como um encontro de pessoas que têm em comum, experiências de dor, sofrimento e superação. Reunidos para partilharem suas experiências de vida de forma horizontal, onde a pessoa torna-se terapeuta de si mesmo (FERREIRA FILHA; CARVALHO, 2004).

No CAPS Caminhar tinham dois grupos de terapia comunitária, um voltado para os usuários e o outro para seus familiares. Cada grupo se reunia uma vez por semana e era desenvolvido pelos mesmos Terapeutas Comunitários (TC).

Esses profissionais foram formados enquanto TC através de um curso oferecido pela prefeitura de João Pessoa. Referiam-se a continuidade do investimento público em formação de novos Terapeutas Comunitários no município de João Pessoa, para atuarem na rede dessa cidade com diferentes grupos populacionais.

Os encontros ou rodas de Terapia Comunitária aconteciam no Caminhar em uma ampla sala e se passava a portas fechadas. Iniciava-se com a etapa de acolhimento, onde os participantes iam sendo acolhidos num círculo, de modo que todos pudessem se ver e interagirem entre si.

Dando seguimento ao acolhimento os Terapeutas introduziam um mote, por exemplo, anunciavam a copa do mundo no Brasil e falavam da esperança de que o time brasileiro fosse o campeão mundial em casa. Frisavam desse contexto o mote “esperança”, assim indagavam: *mas, qual a sua esperança para esse ano?(Méd)*. Daí os usuários e familiares iam expondo seus sentimentos. As vezes a conversa mudava totalmente de rumo, conforme o que o grupo vivenciava e queria trabalhar, fato que era incentivado pelos organizadores da roda, que estimulavam que os usuários expusessem o que lhes estava fazendo sofrer, sonhar, ficar ansioso etc.

A tônica da terapia não pode ser invasiva, numa interpretação de valores sobre as vidas das pessoas e tampouco dizer-lhes como agir e o que fazer, ou seja, não compete aos Terapeutas julgar e nem aconselhar, mas levar os participantes a tomarem suas próprias decisões e iniciativas (FERREIRA FILHA; CARVALHO, 2010).

Esse processo de autoconhecimento dos sentimentos era fomentado pela TC como um espaço instituído para os usuários e familiares poderem dividir seus sentimentos e os problemas enfrentados de forma mais intimista e acolhedora, a portas fechadas. Entretanto,

nas rodas que acompanhamos, registramos que eram encontros interrompidos constantemente, o que é um problema grave numa terapia.

Este fato pode ser ilustrado pelas observações que fizemos de um dia que acompanhamos a terapia: um dos terapeutas tinha vindo correndo de um outro emprego, no qual relatou-nos ter tido um dia super difícil e quase não conseguia largar desse serviço para ir trabalhar no CAPS, mas mesmo com toda tribulação no percurso, conseguiu chegar a tempo e deu início a terapia.

Após uns 15 minutos do início da sessão, a outra terapeuta comunitária bateu na porta atrasada para conduzir juntamente com o colega a atividade. Ela não conseguiu sair do trabalho de recepcionar (função que exercia no Caminhar). A terapeuta atrasada demonstrava seu constrangimento, visto que ela sabia que as interrupções são prejudiciais para o andamento da terapia. Além do mais, ela foi quem ficou encarregada de passar a lista de produção do SUS⁴⁸. Mas, mesmo com os atropelos, a dinâmica terapêutica foi fluindo e todos os usuários e familiares iam expressando como se sentiam: alguns felizes contavam até piadas, outros entre lágrimas confessavam suas tristezas, medos.

Constantemente ouvíamos o “**toc, toc**” da porta, tratava-se do chamado de um familiar que queria saber se alguém estava na sala (o usuário do serviço ou outro familiar). Retomávamos a concentração na reunião, isso era o mais importante no momento, todavia, “**Toc, Toc,**”, dessa vez, foi uma mulher que estava interna no serviço 24 horas e tento sido explicado a mesma que não poderia mais entrar porque a reunião já estava na metade, ela empurrou a porta e adentrou a sala e foi chamando nossa atenção: *Professor quer me deixar quieta hoje, que hoje eu não estou boa!* Recebendo o consentimento tranquilo do terapeuta: *“pois não minha querida, você se quiser fala e se não quiser não fala ok?”* A mesma ficou inquieta, andando de um lado para o outro no meio da roda, chamando a atenção para ela.

Nova interrupção pelo bater da porta, mas dessa vez o profissional nos recomendou não abrir, mas tivemos que nos render, pois a pessoa do outro lado não desistia, era uma funcionária que procurava um usuário.

⁴⁸ Todas as atividades desenvolvidas no serviço deveria ser registrada numa ficha de produção do SUS, na qual se preenchia dados dos usuários, seu nome, endereço, sexo, idade, assim essa burocracia atrapalhava de início o envolvimento de um dos profissionais na atividade, pois para não incorrerem no risco de não dar tempo de preencher os dados de todos os participante e colher suas assinaturas nesse documento, eles dividiam a condução da tarefa de modo que um ia dando procedimento na atividade e o outro se encarregava dessa ficha e após concluir era que se voltava mais atentamente para o encontro.

Por fim, a roda se fecha com uma dinâmica de encerramento, nesse dia, num grande abraço foram cantadas músicas que falavam em ser perseverante, em não desistir. E foi-nos proposto darmos um grande abraço em todos quanto pudéssemos, e, surpreendentemente, a usuária que estava arisca, que entrou na sala ordenando que a deixássemos quieta, foi quem mais acolheu com braços estendidos grandes abraços.

Ficamos com os profissionais terapeutas avaliando a atividade, *“viu como é difícil e como exige da gente?”* Mas, completou, *“também é muito bom, é muito gostoso!”*.

Tivemos a tácita visualização da relação prazer e sofrimento lado a lado sendo experimentadas, demonstrando uma psicodinâmica do trabalho marcada por essa dualidade

9.1 VISITA DOMICILIAR

A visita domiciliar é definida como *“atendimento realizado por um profissional aos usuários e/ou familiares em casa”* (Brasil, 2004, p. 22). A “visita” possibilita conhecer a realidade da pessoa em seu contexto sócio, econômico e cultural, além de auxiliar no melhor entendimento da dinâmica da família e no fortalecimento dos vínculos entre os profissionais de saúde e as pessoas assistidas.

Esse importante dispositivo de suporte familiar na subjetividade e do contexto familiar ocorria quando os trabalhadores do CAPS sentiam sua necessidade, ou seja, quando os usuários faltavam as atividades do seu projeto terapêutico, certamente, devido o estado de vulnerabilidade no tocante a sua saúde físico-psíquica, e assim, sequer iam pegar a sua medicação

Qualquer funcionário do CAPS, fosse de nível superior ou de nível médio, envolvidos no cuidado dos usuários, poderia sugerir a equipe a ação de visita. As miniequipes responsáveis por determinado grupo de usuários ficavam antenadas para a necessidade de irem a casa de alguns dos seus componentes.

Podendo ser realizada por qualquer profissional de nível superior. Eles salientam que qualquer profissional é capaz de estabelecer relações que favoreçam a capacitação familiar e que se assim não fosse, o saber soberano apenas mudaria de especialidade, deixando de ser hegemônico da psiquiatria para ser da Psicologia, por exemplo. Destarte, nessa instituição em estudo, os trabalhadores colocaram que prevalecia na prática de visita domiciliar um atendimento medicamentoso.

Inexistia um trabalho que envolvesse a família e descentralizasse o foco no usuário individual e que abarcasse outros profissionais além do médico, pois, na prática quando um assistente social, um terapeuta ocupacional ia para uma visita domiciliar era mais para colher informações e não para definir um plano de trabalho para o usuário em sua relação familiar, *“no atendimento domiciliar o mínimo que se espera é melhorar a qualidade de vida da pessoa atendida, bem como de seus familiares e acho que só a medicação não vai alcançar esses objetivos (Sup)”*. Essa fala chama a atenção, para a importância do atendimento integral, que visa a prevenção, promoção da saúde, ressaltando a importância de outras dimensões da vida, como psicoafetivas.

Para explicar a distância entre a prescrição do trabalho de visita domiciliar e o seu real funcionamento, qualificado de precário pelos profissionais no GRT, os funcionários elencaram as dificuldades e limites para sua realização. Ressaltaram que não tinham condições de dar um suporte maior a família nesse tocante, embora reconhecendo a riqueza desse instrumental. A profissional explicou sua relevância e as dificuldades práticas com que se deparava para efetuar uma visita domiciliar:

A visita domiciliar é um instrumento do Serviço Social, não só de nossa profissão é lógico. Eu já senti necessidade em alguns casos recorrer a esse instrumental, mas ocorreu de não ter sido liberada do serviço, por uma questão bem prática, aqui eu estaria cuidando de umas 20 pessoas e na visita apenas de uma. Mas, o fato, é que é um instrumental muito rico em nossa prática profissional e ninguém pode violar (Sup).

No GRT a discussão tomou o caminho de intervenção sobre os obstáculos que permeavam a consecução da “visita”, tendo sido sugerido: *“A gente poderia pontuar quem são as famílias mais fragilizadas, que não frequentam o CAPS e identificar por que não comparecem (Sup)”*. Relembaram que tinham usuários tão comprometidos pela doença mental, físico/motora que sequer tinham condições de ir ao serviço, estando a inclusão social desses sujeitos totalmente comprometida, e nesse diagnóstico defendiam a necessidade de um trabalho efetivo no âmbito domiciliar. Mas, deparavam-se logo de cara com outro problema concreto para consecução dessa ação, a indisponibilidade do carro da prefeitura.

Com a nova configuração que assumiam de CAPS a nova configuração que assumiam de CAPS 24h o problema essa atividade ficou mais difícil de ser implementada, visto que em muitas visitas conjunta com o médico, esse profissional precisava retornar o

quanto antes ao Centro para fazer o atendimento individual e acompanhar aos usuários internos.

Posteriormente, no decorrer dessa pesquisa, foi gestada a comissão de “visita domiciliar”, pois muitas demandas, defasagens entre o prescrito e o real discutidas nos GRTs, no final da nossa pesquisa, tinham tido por parte dos trabalhadores alguma atuação para serem dirimidas, revelando a potencialidade interventiva imprimida na metodologia empregada, rebatendo sobre a reconfiguração da atividade.

9.1.1 O Contexto do trabalho, a mobilização subjetiva dos profissionais do CAPS Caminhar e debate de normas

A atividade humana é sempre enigmática. Decifrá-la passa pela busca de compreender sua dinâmica processual e seus fluxos em germe (ATHAYDE; BRITO 2009). Cada trabalhador não é somente sujeito da técnica. O trabalhar implica no engendramento da inteligência e sabedoria da prática, da competência, dos conhecimentos incorporados e desenvolvidos (ATHAYDE, BRITO, 2009), das gestões individuais e coletivas das exigências da atividade, ou seja, a mobilização subjetiva.

Focando as situações de trabalho a partir do diálogo com os profissionais, foi apontado que a atividade de trabalho do CAPS Caminhar é caracterizada por uma dinâmica de imprevistos, *“a gente sai de casa, mas não sabe o que vai encontrar aqui” (Sup)*. Foram elencadas situações diversas e singulares desse meio que se constituíam como infidelidades:

São usuários que não estão bem e querem obter alta e outros que estão bem e não querem ter alta. Outros que tentam suicídio, tentam fugir do CAPS, brigam com a família inteira, que não querem tomar os remédios ou que tomam em excessos, que não querem fazer a higiene pessoal, que não comparecem ao CAPS conforme o seu projeto terapêutico, somem sem dar notícias (Sup).

Interessante notar a mobilização subjetiva dos profissionais, através dos rearranjos organizacionais feitos para intervir nessas situações desafiadoras, sendo a demanda do usuário o elemento disparador da ação do profissional. Para obter os resultados desejados eles envolviam as pessoas que acreditavam poder resolver a demanda apresentada, temos as dramáticas de trabalho suscitando o trabalho em equipe.

A experiência da prática é um elemento que ajuda a gerir as situações que se apresentam no cotidiano de trabalho. Os profissionais produziam novas normas em face do

vazio de normas provocadas pelas ocorrências diárias que escapavam a própria organização prescrita do trabalho. São situações inéditas, singulares que aparecem na atividade constituindo esse serviço de saúde mental como um espaço de trabalho cheio de vazio de normas.

A elaboração de estratégias, macetes que ajudavam para a consecução do trabalho de modo a facilitá-lo foi avaliada pelos entrevistados como sendo estratégias individuais que foram sendo tecidas a partir de suas experiências do dia-a-dia. Exemplificaram algumas estratégias:

Eu utilizo pintura, numa forma de aproximar os usuários, aí vamos conversando sobre o desenho e assim muitas coisas vão sendo reveladas que ainda não tinha sido ditas nem para o psicólogo. Eu gosto de ouvir. Mas eu tenho medo de mexer com coisas que eu não saiba conduzir assim peço ajuda do psicólogo. Minha outra estratégia é formar minha própria miniequipe, que formada por pessoas que se identificam na forma de trabalhar, ocorreu naturalmente (Sup).

Minha maior estratégia é a paciência. E recorrer aos colegas para me ajudarem naquilo que não estou conseguindo resolver sozinho (Sup)

Eu deixo a pessoa falar bem muito, muita gente precisa só desabafar, ter uma escuta interessada, eu brinco que faço “escutatória”, e muitas soluções para os problemas surgem da própria fala do usuário (Médio).

Gosto de escutar, a pessoa senta aqui, fala, fala, fala, e depois de desabafar bem muito, aí é que eu vou vendo se tenho abertura ou não para dar certas orientações nesse momento, ou se a pessoa não está preparada para ouvir. Não é bem um macete, acho que é uma abordagem (Sup).

As demais falas destacaram qualidades pessoais como, paciência, não passar para o usuário insegurança. Mas, gostaríamos de dar destaque a um relato feito por uma profissional que se constituiu como uma estratégia coletiva que seria uma práxis importante a ser normatizada que conferiria ao CAPS seu caráter interdisciplinar e psicossocial. Ela narrou a situação e a estratégia adotada para resolvê-la:

Tivemos o caso de uma usuária do 24h que já estava no CAPS há dias e não melhorava, inclusive ela tentava fugir do serviço e resolvemos aceitar o desafio de tirá-la da crise e trabalhamos muito em cima desse caso, estudando como abordá-lo, como intervir com a sua família. Isso me deu muita satisfação ao perceber que fomos de fato um serviço substitutivo, que não cedemos para a internação manicomial, nesse exemplo a gente fez tudo o que poderia fazer (Sup).

Saltava aos olhos o encanto da profissional em ter protagonizado junto com toda a equipe CAPS essa intervenção e a aprendizagem que obteve dessa troca. Uma situação que

tinha tudo para representar descontentamento, frustração, mas representou exemplo emblemático de uma intervenção gratificante.

As reuniões ordinárias dos funcionários dos CAPS, que no Caminhar ocorriam semanalmente, constituíam-se como momentos oficiais para discussão de todas as demandas desafiadoras. Muito perceptível também eram os espaços espontâneos de comunicação, as conversas de corredor, as roda de bate papo, aparentemente informais e despretensiosas, girando em torno de alguns assuntos do CAPS a serem discutidos e levados para as reuniões ordinárias dos trabalhadores. As trocas de informações e consultas entre as miniequipes.

Ainda nesse aspecto, observando os momentos das refeições, pudemos constatar que frequentemente alguns profissionais conversavam sobre determinados usuários, tanto sobre o quadro psicológico deles, como também sobre a situação sócio familiar e sobre perspectivas de intervenções. Embora, os profissionais se policiassem para nas refeições não ficarem falando de trabalho, e em geral, conseguiam tornar esses encontros descontraídos, inclusive, por vezes, eram embalados por músicas suaves tocadas ao fundo. A forma como a interação entre os trabalhadores se dava foi assim explanada por eles:

Temos muito contato, a gente se fala no serviço e por telefone, saímos para conversar fora desse ambiente (CAPS), tanto sobre trabalho como para relaxar. E eu particularmente tenho algumas pessoas da equipe que recorro para me orientarem e ajudarem no que preciso (Sup).

É assim que a gente trabalha, percebemos que o outro pode nos ajudar, temos uma parceria muito grande (Méd).

A gente precisa da colaboração de todos, porque a farmácia está ligada a quase todos os setores e não tenho como me organizar sozinha. Por exemplo: se o médico estiver sobrecarregado, isso vai rebater no meu trabalho. Igualmente se a enfermagem não está organizada, vai sobrar ou faltar medicamentos, e como isso pode ocorrer se foi averiguado junto e protocolado, mesmo assim, é um problema que diz respeito à farmácia também (Sup).

A gente vai somando, cada área tem uma contribuição, essa troca é o almejado em todo trabalho e no CAPS temos condições para isso e tem ocorrido essa troca muito bem, criamos espaço para esses momentos de trocas (Méd).

Eu quando cheguei ao CAPS me perguntei: *Será que vou dá conta?* Ambiente novo, novas pessoas, enfim trabalho novo. Mas, fui muito bem acolhida. Acho que acolhimento é uma característica desse Centro. Temos nossa reunião geral que é um local onde temos oportunidade de discutir as mais diversas questões, além da nossa troca no dia-a-dia, vamos trabalhando e analisando os casos (Sup).

Somos privilegiados. As pessoas aqui trabalham de maneira conjunta, desde o pessoal da limpeza. Aqui o pessoal dá valor ao trabalho da gente. Eu sou muito feliz porque aqui a gente conta com todo mundo, somos ouvidos (Méd).

Estou à noite então tenho pouco contato com o restante da equipe, meus contatos se restringem a poucos funcionários da noite, porque nesse turno é pouca gente que trabalha (Méd).

Além das mini-equipes de trabalho, temos as nossas pequenas equipes que formamos naturalmente. Tem algumas coisas que não divido com alguns profissionais porque eu não sei como essa pessoa vai reagir a essa informação, são coisas, situações que só participo com aqueles que confio mesmo (Sup).

As trocas foram tecidas para além das relações interpessoais, ficando evidente a constituição das Entidades Coletivos Relativamente Pertinentes (ECRP), que como destacado não correspondem necessariamente às equipes profissionais pré-definidas pelos gestores do trabalho, por exemplo, no caso do Caminhar, prevalecia os agrupamentos em miniequipes, mas, os funcionários nos afirmaram que formavam suas próprias equipes. Sublinhamos, assim, os ECRP's como relações estratégicas criadas pela atividade. Seguimos com os debates de normas travados.

9.1.1.1 Debates sobre a formação permanente

A carência da formação de grande parte dos profissionais da saúde tem ensejado políticas de capacitação permanente no âmbito do SUS. Neste sentido, o governo elaborou o *Programa Permanente de Formação de Recursos Humanos para a Reforma Psiquiátrica*, desenvolvido pelo Ministério da Saúde. Desse programa destacamos o apoio aos Programas de Residências Multiprofissionais em Saúde Mental. Esse é um programa de incentivo, apoio e financiamento da implantação de núcleos de formação em saúde mental para a rede pública, tais como especializações, cursos de capacitações em saúde mental e no acompanhamento das pessoas viciadas em álcool e outras drogas. Cabe a Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba, em convênio com as agências formadoras realizar uma ampla política de formação permanente com o quadro de profissionais que atuarão nos serviços e programas de atenção à saúde mental (BRASIL, 2004).

Os profissionais participantes da pesquisa apontaram a importância das capacitações para melhoria da atenção a saúde dos usuários dos programas de saúde mental. Elencaram algumas demandas de capacitações indispensáveis para o enfrentamento das variadas situações da atividade e exigências que a relação com o usuário do CAPS apresenta cotidianamente. Colocaram a necessidade de se capacitarem para lidar com uma crise profunda do usuário, *“se o usuário precisar de uma contenção química e não tivermos o médico no serviço nesse momento teremos que chamar o SAMU (Sup)”*.

Reivindicaram também capacitação de primeiros socorros, tendo sido relatado a experiência/inexperiência no socorro de uma usuária que desmaiou no momento de uma atividade e a profissional ficou sem saber o que fazer. A profissional relatou de forma agitada o incidente, *“eu não sabia se corria para pedir ajuda, se controlava os demais usuários preocupados, se acudia a moça e foram os próprios usuários que me ajudaram nos primeiros socorros (Sup)”*.

A coordenadora do CAPS presente ao grupo de discussão trouxe dados sobre investimentos da prefeitura em capacitações, ela registrou que muitos profissionais da saúde mental tinham sido capacitados, mas que ao receberem uma proposta de novo emprego com alguma vantagem salarial, esses deixavam os CAPS e até o campo da saúde mental e levavam consigo todos os conhecimentos adquiridos. Relembrou que algumas pessoas foram enviadas para capacitações realizadas em São Paulo e indagou: *“cadê essas pessoas?”*.

A discussão sobre a capacitação coloca as singularidades que são vivenciadas na atividade e mostra que muitas vezes o repertório de conhecimento que as pessoas possuem para embasar sua ação não consegue dar conta das infidelidades do meio. Seu agir é calcado no uso de si, na inteligência da prática, da astúcia.

O ponto de vista dos profissionais no grupo de discussão foi quase unanime no entendimento de que a formação permanente tem representado um ponto nefrágico e um aspecto de negligencia por parte dos gestores, pelo menos no que refere-se diretamente a sua realidade. Além da lacuna nesse quesito, gostaríamos de chamar a atenção para a qualidade das formações permanentes que visam preparar para a ação sobre uma questão técnica. Esse objetivo é mais tangível e também relevante, mas não mais relevante que a constituição de um profissional técnica e politicamente gabaritado para o desafio de solidificação da reforma psiquiátrica e nesse alvo a formação de fato é permanente, nunca se encerra.

No campo da saúde atualmente, destacam-se os conceitos de aprendizagem significativa tanto para o profissional na condição de eterno aprendiz, como também deve ser significativa como do ponto de vista social (FEUERWERKER, CECÍLIO, 2007).

Embora, a necessidade premente de investimentos em cursos que capacitem o trabalhador para algumas atividades específicas, como prestar cuidados de primeiros socorros. Na perspectiva da desinstitucionalização prevalece a necessidade de um trabalhador politicamente capacitado para fomentar a transformação de toda uma cultura de incapacidade, perigo, preconceito que marca a doença mental e se o profissional de saúde mental não tem essa formação, incorre no risco dele próprio ser reproduzidor da lógica de medicalização da loucura mesmo atuando em um espaço alternativo destinado para acolhimento das pessoas em sofrimento mental.

9.1.1.1.1 Relação do Caminhar com a Unidade Básica de Saúde (UBS)

Está posto prescritivamente que a reforma psiquiátrica consiste no progressivo deslocamento do Centro do cuidado para fora do hospital, em direção a comunidade, e que os CAPS são dispositivos estratégicos desse movimento. Devendo ser a rede básica de saúde o lugar privilegiado de construção de uma nova lógica de atendimento e de relação com os transtornos mentais. E os CAPS devem buscar uma integração permanente com as equipes da rede básica de saúde (BRASIL, 2004).

Segundo as normas do MS *“as atuais diretrizes orientam que, onde houver cobertura do Programa de Saúde da Família, deverá haver uma equipe de apoio matricial em saúde mental para no mínimo seis e no máximo nove equipes de Programa de Saúde da Família (PSF)”* (BRASIL, 2004, p. 25). Como está previsto nos documentos do Ministério da Saúde o apoio matricial as equipes de atenção básica, é uma ação *“que constitui um arranjo organizacional que visa outorgar suporte técnico em áreas específicas às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população”* (BRASIL, 2001, p. 80).

Mas, em face dos aspectos de dificuldades da gestão da atividade e diante do tamanho e da capilaridade da rede básica de saúde, tem sido uma dramática para os trabalhadores do Centro Psicossocial fazer o matriciamento das unidades de saúde da família.

Nesse ponto, os entrevistados destacaram que os profissionais da rede básica de saúde não eram ainda aptos e/ou comprometidos para desempenharem esse papel. Fazendo, entretanto, ressalva de algumas unidades que estão um pouco mais preparadas.

Para ilustrar tal ponto de vista, retomamos o relato de uma profissional de uma situação de intervenção bem articulada entre os dois serviços (CAPS e Unidade Básica de Saúde). A partir da constatação de que o CAPS não estava dando conta sozinho do caso de determinado usuário, a Técnica de Referência do usuário decidiu convocar a enfermeira da unidade de saúde e os demais componentes dessa equipe da atenção primária para comparecerem ao CAPS e juntos fazerem um estudo de caso. Como desdobramento deste encaminhamento alguns acordos foram firmados e ações realizadas, como visita domiciliar.

Esse exemplo pontual demonstra o que significa essa integração CAPS X UBS.

Conhecer e interagir com as equipes de atenção básica de seu território; estabelecer iniciativas conjuntas de levantamento de dados relevantes sobre os principais problemas e necessidades de saúde mental no território; realizar apoio matricial às equipes da atenção básica, isto é, fornecer-lhes orientação e supervisão, atender conjuntamente situações mais complexas, realizar visitas domiciliares acompanhadas das equipes da atenção básica, atender casos complexos por solicitação da atenção básica; realizar atividades de educação permanente (capacitação, supervisão) sobre saúde mental, em cooperação com as equipes da atenção básica (BRASIL, 2004, p. 25).

De forma que esse apoio matricial abrangente deve diferir da lógica restrita da referência e contra-referência (BRASIL, 2004), mas que na percepção do coletivo de trabalhadores do CAPS está comprometido por diversos fatores. Ressaltaram que para o cumprimento dessa prescrição de supervisão/capacitação da UBS, faz-se necessário a existência, de fato, de uma equipe maior para sustentar o serviço. Outro obstáculo apontado para cumprimento de algumas prescrições que dizem respeito ao CAPS tange a própria estrutura organizacional e trabalhista deste sistema. São as inadequações do espaço físico do Centro, os baixos salários, os vínculos temporários de trabalho, a necessidade de conciliação de mais de um emprego.

Lembrando que muitas profissões da área da saúde são caracterizadas por serem ocupadas por mulheres, como o Serviço Social e Enfermagem. Inclusive outras categorias que podem fazer parte da equipe do CAPS como a Pedagogia que historicamente esteve mais restrita ao espaço escolar, também é uma profissão maciçamente feminina. Nestes casos, a dupla, tripla jornada provocada pela conciliação de empregos é acrescida da jornada de trabalho doméstico (TOMAZ, 2010).

A feminização no mundo do trabalho com certeza é positiva como mais um passo para sua emancipação, inclusive financeira, sendo muitos lares chefiados por mulheres, porém, esse avanço não vem amenizando significativamente a dupla jornada de trabalho da mulher, ao contrário, vem intensificando essa realidade (NOGUEIRA, 2006).

Nesse tocante, a trabalhadora contou como fez para “se virar” (expressão da mesma), entre o trabalho no CAPS e no Conselho Tutelar (na função de Conselheira). Ela compartilhou conosco a estratégia que traçou para se “defender” da sobrecarga de trabalho, colocando que buscava estar inteira em cada um dos trabalhos, vivendo um de cada vez. Vejamos sua fala sobre esta elaboração mental:

Mesmo correndo o risco de parecer antipática e de ser mal entendida, precisei fazer essa divisão para mim mesma também, como forma de me proteger porque é muita coisa e se eu ficar misturando, aí posso errar, confundir, falhar no que estou fazendo porque me desconcentrei, ficar em um preocupado com o outro, não dá para ser assim (Sup).

Fornecer orientação, supervisão e realizar atividades de educação permanente (capacitação/supervisão) sobre saúde mental, em cooperação com as equipes da atenção básica representava uma grande demanda, que precisava de profissionais com tempo e condições adequadas para envolver-se nesse projeto. Condições não condizentes com a realidade dos trabalhadores do CAPS Caminhar que se desdobravam para conciliarem os vários empregos, que dispunham de pouco tempo para si mesmos e consequentemente restava também pouco tempo e disposição para buscarem mais atividades em conjunto com as unidades de saúde.

10 RECONHECIMENTO DO TRABALHO

Apresentamos neste tópico uma discussão a partir dos dados das entrevistas realizadas com os profissionais do Caminhar que procurou investigar como eles davam conta da defasagem entre o trabalho prescrito e a atividade de trabalho, quais as estratégias que empregavam para facilitar o trabalho e não adoecerem, quais as mudanças encetadas para a melhoria do trabalho na saúde mental psicossocial e qual era o reconhecimento que seu trabalho recebia e a importância dessa identificação para eles.

Conforme os estudos de Dejours (2011), no tocante a saúde do trabalhador, todo trabalho se passa numa intercessão entre o trabalho individual e o coletivo. Nesse processo o trabalhador diante das dificuldades encontradas durante “o real”, de certa forma se expõe a riscos e sofrimentos, que segundo o autor são enfrentadas e transformadas. A contribuição do trabalhador ao pleno desenvolvimento da organização do trabalho é retribuído na forma de reconhecimento. Este é a razão e o sentido da saúde psíquica.

O reconhecimento prevalente e de significado indelével para os trabalhadores do Caminhar foi o julgamento de utilidade técnica, social ou econômica, que é proferido por aqueles em posição hierárquica diferente (gerente, supervisores e mesmo os subordinados), bem como por aqueles que são os beneficiários de sua atividade (os usuários). O reconhecimento representado pelos usuários do CAPS Caminhar constituiu o sentido para o trabalho desses trabalhadores da saúde mental que sobrepujou as dificuldades, a solidão e o compartilhar de tantas realidades de sofrimentos de usuários e familiares. As falas coloram esse sentimento de forma consensual:

Recebo elogios de minha chefe imediata, ela brinca que se aqui fosse uma empresa privada, eu receberia uma premiação, seria funcionário do mês (Médio).

Tenho me emocionado muito com os elogios de alguns usuários e isso me dá forças para trabalhar na saúde mental (Sup).

O reconhecimento do nosso trabalho é transmitido por usuários e familiares na forma de elogios, embora, outros reclamem, mas eles sabem que somos organizadas e não temos deixado faltar remédios aqui, mas eles não sabem quem tivemos que leiloar para conseguir isso (Sup).

É o reconhecimento dos usuários, principalmente, nossa maior motivação, porque se a gente fosse olhar para o salário não se sentiria motivado (Sup).

Não tenho essa preocupação não precisa ninguém vir dizer que você fez um bom trabalho, quem sabe disso é o usuário. Faço o melhor de mim e se o usuário está bem, esse é o reconhecimento que quero (Méd).

O outro tipo de reconhecimento referido pelo autor é de "beleza", é aquele efetuado pelos pares, aqueles que situados na mesma faixa hierárquica e compartilhando o mesmo ofício, estão em condições de avaliar a singularidade e a "beleza" do trabalho executado. Esse reconhecimento também importante, pareceu-nos que ganhou menor destaque que aquele proferido pelo próprio usuário. Também sua expressão era mais tímida, no entanto, observamos que a equipe se auto elogiava, num auto reconhecimento de se constituir de modo coeso, solidário e comprometido.

O reconhecimento dos pares se referia ao domínio de conhecimento dos profissionais, a dedicação ao trabalho e ao modo como cada um desenvolvia sua atividade. O fazer foi ressaltado neste reconhecimento.

É um luxo termos um músico desse conosco, dispormos de um psicólogo desse gabarito (Sup).

Temos aqui profissionais maravilhosos, Psicólogos, Enfermeiros, recebendo um salário de miséria (Sup).

Eu sinto muito orgulho do pessoal com quem trabalho aqui, aprendo muito com eles, sinceramente, me sinto um privilegiado em atuar com eles, só têm a acrescentar (Médio)

Nas reuniões da nossa equipe, os colegas colocam elogios ao nosso trabalho. O COREN (Conselho Regional de Enfermagem) esteve aqui e disse que somos muito organizadas (Sup).

Os próprios colegas de trabalho também nos elogiam nas nossas reuniões, falando que a farmácia melhorou depois do trabalho que a gente desenvolveu (Sup).

Uma adequada relação entre a organização do trabalho e a abertura para que o trabalhador possa realizar sua atividade com autonomia e iniciativa cria situações favoráveis ao prazer, é o que vemos registrado na fala dos servidores do CAPS. Apesar da queixa geral de poucos salários, do contexto atual de insegurança de manutenção do emprego, da sobrecarga físico-emocional de terem que manter dois e até três empregos, encontram na atividade de trabalho fonte de satisfação e prazer. Estes foram sinalizados por indicadores como: reconhecimento, valorização, liberdade na realização do trabalho, orgulho no

trabalho, capacidade de aprendizagem, estando tudo isso relacionado com o significado e o efeito do seu trabalho para o bem estar do usuário, gratificação ímpar, referida de forma muito expressiva:

Quando alguém chega para mim e me diz: participando do seu trabalho eu melhorei, diminui a medicação, estou fazendo isso, aquilo que eu gosto. Fico realizado (Medio).

Sentir-se útil, ver um usuário deprimido, fechado que mal abria a boca e depois ver essa pessoa sorrindo isso dá muita satisfação. A gente esquece todo problema quando vê o resultado de nosso trabalho e temos esse reconhecimento dos usuários, de que a medicação tá dando certo, que estão melhorando e os familiares também reconhecem essa melhora, isso é importante para a gente (Sup).

Quando a pessoa chega e me diz que participando do meu trabalho ganhou vontade de viver, isso é o máximo! Quando o usuário está bem e sei que contribuimos para esse quadro. Quem mais ganhou e aprendeu nessa relação de trabalho fui eu mesmo, sou outra pessoa (Méd).

Ver a evolução do usuário e isso não significa não tomar mais remédios. Quando eles passam a ter na medicação um aliado, um amigo passageiro ou para o resto da vida. O que me dá prazer é o entendimento, a compreensão, a adesão ao tratamento (Sup).

Realizar um bom trabalho em equipe, quando me sinto numa equipe de atuação realmente psicossocial, aí sinto que vale a pena (Sup).

A gratificação do reconhecimento não diz respeito a pessoa, mas a valorização do seu trabalho (DEJOURS, 1999). Para a maioria dos participantes, a alegria do mérito expresso pelo usuário, pela “chefia”, estava ligada diretamente a sua atuação. Não obstante, temos em vista que a tônica do CAPS é multiprofissional, coletiva num protagonismo de trabalhadores de nível médio e superior, de modo que como desafio sempre posto aos Centros está a construção de uma identidade profissional positiva como equipe.

No quesito de satisfação profissional, os entrevistados revelaram expectativas:

Eu gosto de minha profissão, não consigo ficar longe do corpo a copo da farmácia. Estou estudando para doutorado para voltar a dar aulas, posso deixar a farmácia comercial, mas não consigo ficar distante completamente da farmácia (Sup).

Eu gosto de muitas coisas, profissionalmente, inclusive estou me organizando, descobrindo o que me identifico mais tenho muito amor pelo que faço. Se eu não tivesse esse amor hoje eu não tinha vindo, porque sai do outro trabalho na área da saúde, onde eu estava instrumentando o médico numa cirurgia cardíaca e foi um processo cirúrgico complicado e saí de lá tarde e correndo (Sup).

Me identifico demais com a saúde mental, aliás amo! Se Deus quiser vou ser psicóloga (Méd).

É a profissão e a área que eu escolhi, desde da minha monografia que eu escolhi a saúde mental (Sup).

Estou me realizando a cada dia (Méd).

Ainda tenho muito a aprender, sou uma criança nessa área, mas amo o que faço, apesar de todo o cansaço e desvalorização profissional (Sup).

Resgatando as vivências subjetivas dos profissionais buscamos levantar o que consideravam um dia bom e um dia ruim de trabalho. Para o profissional a qualificação do tipo de dia está diretamente relacionado com o desenrolar da atividade de trabalho: demandas, relações sociais, gestão, condições de trabalho, afetividade, variabilidades, etc.

Um dia bom para mim é quando não faltam medicamentos, pois quando teve algum erro nesse controle e faltou à medicação de alguém, para mim é um problema. E acho muito ruim ser me chamada atenção na frente dos outros, eu detesto isso. É antiético e faz com que o usuário perca a confiança em você porque ele ver você sendo reclamada, até injustamente, mas pode achar que é porque você não sabe fazer o serviço direito (Méd).

A maioria dos dias são bons e isso não significa que seja um dia sem problemas. Um desastre é falta de medicação do usuário, ele pode descompensar na sua abstinência (Sup).

Dia bom é quando a coisa flui de maneira que a gente nem ver o dia passar, mas detesto quando sou mal compreendido, mal julgado, perco o dia (Méd).

Quando os usuários estão interagindo, participando, interessados nas atividades, considero esse dia bom, já o oposto, quando estão apáticos, desinteressados, sem se envolverem com nada, isso é um dia ruim e quando o povo fica pedindo as coisas nas mão. Bom é todo mundo se ajudando, colaborando um com o outro, assim o andamento do trabalho é bem proveitoso (Méd).

Dia bom não é, necessariamente, um dia sem problemas, mas que a gente tenha condições de trabalho, enquanto equipe para resolvê-lo. Já um dia ruim é quando a gente não consegue resolver as demandas que surgem: um

desentendimento familiar, por exemplo, quando a gente não consegue fazer uma assistência domiciliar (Sup).

Hoje foi um dia bom de trabalho, foi tranquilo, sem usuário tentando fugir, sem grandes problemas. Como exemplo de dia ruim me veio a mente a minha primeira semana, tinha um usuário que não se envolvia com nada, ele ficava só olhando a oficina e nessa semana ele se suicidou, isso me marcou muito. Foi péssimo, por isso que não perco a oportunidade de dar um abraço em ninguém (Med juntamente com Sup).

Hoje foi um dia tranquilo, sem problemas, tivemos um caso mais delicado, mas felizmente estávamos nós dois e foi ótimo porque a usuária confia muito no colega aqui, se fosse com outra pessoa talvez não tivéssemos contornado a situação. Considero um dia ruim quando a gente tenta fazer uma pessoa sair da crise não consegue (Sup juntamente com Méd).

Quando os usuários estão interagindo, participando das coisas, interessados é um dia bom, o contrário é um mal sinal que eles não estão bem, aí é um dia ruim (Sup).

Problemas referentes a medicação foi bastante citado, talvez essa ênfase tenha se dado pelo fato de termos como participantes duas farmacêuticas, uma técnica de enfermagem e uma enfermeira, profissionais que lidam diretamente com o estoque, manuseio, dispensação e aplicação dos remédios.

Gostaríamos de ressaltar a fala que caracteriza um dia bom como aquele que tem condições de trabalho em equipe. Certamente, nessa perspectiva que o oficineiro revelou-nos que seus sentimentos diante da tragédia, do suicídio do usuário, foi de muita tristeza, mas não de culpa, posto que não estava sozinho nesse cuidado.

Tendo em vista que todo trabalho tem um custo humano, nessa dinâmica de sofrimento-prazer, vivências subjetivas de um constructo dialético, seguimos levantando como se sentiam os servidores do CAPS após um dia de trabalho.

Me sinto cansada, mas todo trabalha cansa. Ao mesmo tempo tranquila e feliz porque eu sei que fiz o que podia. Não levo para casa as histórias, os problemas do CAPS, eu posso levar serviço administrativo. Mas, até dos casos mais complicados, eu vou para casa livre, vou com a ideia que tem solução, algo que se pode fazer. E procuro entender nossos limites também, o que foge a nossa governabilidade (Sup).

Depende do dia, hoje graças a Deus estou bem, pois foi um dia tranquilo. Mas, muitas vezes chego cansada e agitada em casa, com a cabeça cheia (fez demonstração de uma cabeça enorme) e só penso em tomar um banho e me deitar. Assim que entrei no CAPS absorvia muito os problemas e não conseguia me desligar, ficava tentando uma solução para resolver alguma questão daqui do CAPS. Sonhava com os usuários, essa usuária mesma (apontou para uma usuária que estava interna no 24h), eu sonhei com ela

muitas noites, mas graças a Deus que agora estou conseguindo me desligar e levar para casa o mínimo possível (Sup).

Cansada. A rotina de trabalho no CAPS é muito dinâmica (Sup).

Dependendo do dia chego muito cansada, mas me sinto bem. Eu conto as novelas daqui do centro para meus familiares e eles riem muito (Sup).

Cansado mais realizado. Porque o maior ganho quando eu vim trabalhar aqui não foi para os usuários, mas para mim mesmo, eu aprendi muito, cresci como pessoa (Sup).

Me sinto massa, apesar de cansado, mas faço o que gosto, aliás adoro (Méd).

Eu tenho uma graça de não misturar. Eu tenho três empregos e não misturo nenhum. Envolve-me com o que vai acontecer hoje, agora. Não vou me preocupar com coisas que amanhã se resolve (Méd).

Estas opiniões paradoxais sobre um dia de trabalho mostram que a organização do trabalho do CAPS possui uma flexibilidade que permite aos profissionais realizar sua atividade de modo criativo, usando de sua inteligência e compartilhando tarefas com o coletivo de trabalhadores. Entretanto, o volume de serviço e o objeto do seu trabalho, pessoas com problemas mentais de diversas ordens trazem desgastes físicos e psicológicos para os profissionais. Eles conseguiam manter-se saudável pela transformação desta parte do sofrimento em prazer, através do reconhecimento do seu trabalho e pela satisfação e identificação com o seu trabalho.

Gostaríamos de comentar a importância frisada de saber dividir o tempo entre os afazeres do trabalho e o desfrutar de uma vida particular. Aqueles trabalhadores que conseguiam fazer bem essa distinção se sentiam agraciados, propensos a não adoecerem; já aqueles para os quais as preocupações do ambiente de trabalho lhes acompanhavam de modo onipresente, inclusive invadindo seus sonhos, sentiam-se mais cansados e estressados.

Levantamos quais os mecanismos utilizados pelos profissionais para tentar evitar sofrer e adoecer nessa relação com o trabalho, nesse tocante foram citadas estratégias de compensação e revigoração das energias:

Eu tento dormir bem, estudar mais, caminhar, ouvir música, ler o que gosto e diante de um problema eu me pergunto: até que ponto eu posso resolver (Sup).

Eu tento sair completamente de foco, ver um filme, sair com a família para comer uma pizza, aproveitar. Antes eu não conseguia me desligar daqui, tinha pesadelos com os usuários, essa que está no 24 horas, eu passei vários dias sonhando com ela (Sup).

Não levar trabalho para casa, resolver tudo do aqui. Valorizo as pequenas coisas da vida. Paro um pouquinho para relaxar, caminhar, assistir um bom filme, olhar o mar (Sup).

Resolvo as coisas com calma, sem alarde, tem coisa que a gente precisa envolver todo mundo, mas tem outras que as pessoas nem sabiam que aquela situação estava ocorrendo e quando tomaram conhecimento já resolvi (Méd).

Antes eu ficava muito atenta com receio porque eu trouxe muitos preconceitos de que os usuários da saúde mental fossem agressivos, só depois que vi que não era assim. E tenho uma resistência muito grande, me canso, mas não me desgasto. E tenho uma estratégia bem minha mesmo, tem um momento do dia que preciso ficar só, procuro sair na hora do almoço, porque se ficar aqui aí volta e meia falamos de problemas do serviço. E quando estou muito cansada se eu puder me esquivar de resolver certas questões, claro se já tiver alguém resolvendo, alguns profissionais já envolvidos, aí eu procuro não me envolver, por estar no meu limite (Sup).

Eu costumo brincar, é de minha personalidade ser divertida e acho que isso ajuda a alegrar a vida de pessoas já tão sofridas (Méd).

Se a gente começa o dia de trabalho brincando e acolhendo bem o colega, aí a gente passa que um cuida do outro. Costumo receber os usuários com um abraço, pois eu gosto do toque físico, porque muitos não têm isso. E na minha oficina chego e pergunto: o que vocês querem fazer hoje: Não chego com uma aula pronta e é isso que vamos fazer, não, sempre há a possibilidade de mudar o plano de aula é flexível (Méd).

De certo, a priorização da área do lazer e descanso tem um significado muito relevante mediante o cansaço atribuído ao trabalho. No tocante as estratégias defensivas no âmbito CAPS foi frisado o bom relacionamento interpessoal e a solidariedade entre a equipe de forma bem solidificada.

Adotamos o trabalho como uma categoria central para a vida do indivíduo, estando necessariamente implicado como fator de bem estar, saúde e segurança, bem como podendo ser provocador de adoecimento. Abortamos as explicações que defendem que o homem trabalha tão somente para obtenção do salário, como uma peça inerte de uma engrenagem, ou mobilizados por pressão ou artifícios administrativos de motivação. Vislumbramos um sujeito com sonhos, afetivo, que tem autoestima, busca autorealização, ativo nas situações de trabalho, singular enquanto enquanto ser no mundo, que possui necessidades materiais concretas, mas também subjetivas.

Considerando o contexto do trabalho em saúde no Brasil e, especificamente, em João Pessoa, em que a precarização dos vínculos trabalhistas é uma característica, indagamos sobre a tênue separação entre a saúde e a doença. De acordo com os profissionais, existe

adoecimento, que foi atrelado a fatores diretamente relacionados ao CAPS e fora dele, como a sobrecarga de empregos, fator que aparece em várias falas:

Traz um pouco de adoecimento, não exclusivamente do CAPS, mas a sobrecarga com o outro emprego, por exemplo: nessa semana, eu trabalhei juntando os dois empregos, de segunda a sábado, me sinto muito cansada e estressada. Tive dengue, mas não teve nada haver com o trabalho (Sup).

Eu nunca tinha adoecido de colocar atestado, mas com essa mudança de CAPS, me estressei um pouco no começo e me afastei por dois dias, acho que foi estresse, mas já me acostumei (Sup).

Como eu relatei já tive uma grande estafa e quase pedia transferência do serviço, mas como gosto muito da saúde mental, aí não fiz isso e não precisei me afastar porque entrei de férias nessa época do ocorrido da gestão não ter entendido que eu estava exigindo o que era diretrizes de nossa legislação de funcionamento do setor, e a pessoa não entendia disso e argumentava se funcionava antes, porque agora não funciona mais. Mas, sendo que antes estava tudo fora das prescrições mínimas de funcionamento de uma farmácia. E tem uma coisa que me irrita um pouco, não é adoecer, é o comportamento da família, não é porque ela seja ruim, é porque ela também não está preparada. Aí uma estratégia que uso também, retomando a questão, é trabalhar a família (Sup).

Não adoeco daqui, meu desgaste é do outro emprego que tenho (Méd).

Eu não adoeco porque o trabalho não me acompanha para casa (Méd).

Eu adoeci do meu outro serviço, daqui não, eu adoeco é quando estou fora daqui (Méd).

Quando a gente gosta do trabalho é mais difícil adoecer. Eu estou para entrar de férias e preciso desse tempo para mim pelo cansaço não só daqui, mas principalmente do outro emprego que é tudo novidade, assumi há pouco tempo. Mas, ao mesmo tempo eu não queria me desligar daqui, vou sentir falta (Sup).

Essa é uma questão muito pertinente, Canguilhem (2006) observa que existe uma dimensão do corpo humano que só é acessível ao próprio sujeito. Esse autor defende que a obtenção da saúde é uma conquista, um processo dinâmico, transcendendo a capacidade de adaptação as infidelidades do meio, que no CAPS perpassava por histórias de tentativa de suicídio, entrada do usuário em surto, o cansaço da família e diversas situações que não podemos sequer pontuá-las pelo seu caráter de imprevisibilidade. De modo que, a saúde do trabalhador resguardava relação com a capacidade de enfrentamento das agressões desse meio. Nesse ínterim, o pessoal do Caminhar mostrou uma capacidade de superação não adaptativa as dificuldades do meio, num saudável enfrentamento das imposições e pressões do trabalho que poderiam provocar desestabilidade psicológica e doenças psicossomáticas.

Em relação a transformação das situações de trabalho, os profissionais apresentaram reivindicações relacionadas as condições de trabalho e trabalhistas, como a questão do salário, mais outras necessidades:

Tudo o que a gente já solicitou: a melhoria na estrutura, nos materiais e condições de trabalho, não só para nós, mas para os outros profissionais também. A gente tem que ter sempre condições de armazenamento dos medicamentos, coisa muito séria porque temos remédios que são fiscalizados pela vigilância e pela polícia federal. É uma questão de investimento (Sup).

O salário e também as condições de trabalho porque trabalhamos num serviço precarizado. A estrutura física poderia ser melhorada, falta material para o desenvolvimento de oficinas. Conseguir o transporte é uma dificuldade muito grande. Agendarmos o carro para uma atividade com os usuários não é fácil as vezes a gente acaba desistindo. A solução seria desprecariar o trabalho, ofertar melhores condições (Sup).

O salário que depende dos gestores reconhecerem que ganhamos pouco (Sup).

O salário porque se fosse pelo seu valor desistíamos isso compete a instancias de cima (Méd).

Outra sala para a farmácia com gaveteiros, não precisava ser exclusiva nossa, poderia ser uma sala usada para triagem que a gente pudesse usar (Sup).

O salário e nas minhas oficinas faltam materiais, então valorização mais do nosso trabalho (Méd).

Mais colaboração, já trabalhamos assim, mas, ainda podemos melhorar nesse quesito, não ficar subestimando o trabalho de certos setores, alguns profissionais tem essa postura de achar que o nível médio está para servir ao de nível superior, não estamos aqui todos voltados para os usuários e familiares (Méd).

Tudo o que a gente já solicitou: a melhoria na estrutura, nos materiais e condições de trabalho, não só para nós, mas para os outros funcionários e setores. A gente precisa ter condições de armazenamento dos medicamentos sempre adequados, pois trabalhamos com alguns que são fiscalizados pela polícia federal e além da fiscalização da vigilância sanitária verificando as condições gerais do ambiente (Sup).

As reivindicações dos profissionais foram marcadas pela necessidade de valorização da força de trabalho tão precarizada e desconsiderada em termos financeiros, impelindo-os a terem de buscar outros meios de sobrevivência. Esta luta que deveria ser encampada em nível coletivo ficou, nos últimos anos, enfraquecida pela desarticulação das suas instancias representativas e pelo excesso de labuta. Portanto, são reivindicações de luta no campo político.

11 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tivemos como objetivo geral de pesquisa investigar a atividade dos profissionais do CAPS Caminhar, na sua relação entre prescrito e real da atividade. De modo geral podemos inferir que as atividades prescritas (que são de ordem diversas: manual, leis, resoluções, portarias) para serem desenvolvidas nesses serviços eram realizadas pelos trabalhadores, apesar das dificuldades concretas referentes as condições de trabalho no tocante a estrutura física e de materiais de trabalho, além da especificidade da demanda. Algumas tarefas eram cumpridas de forma sistemática e com muita eficiência (reconhecimento sentido pelo envolvimento e participação dos usuários), a exemplo das oficinas, das terapias comunitárias com usuários e familiares.

Já outras prescrições do trabalho a serem desenvolvidas pelo CAPS, não tinham uma sistematização para sua consecução, pois, esbarravam em obstáculos mais substanciais relacionados a organização do trabalho, a exemplo da visita domiciliar, da atividade a ser realizada com a comunidade para promover a inserção do usuário nesse meio, do matriciamento as unidades de saúde da família.

Dentre as dificuldades citadas pelos trabalhadores do Caminhar para o cumprimento dessas prescrições estava a falta de transporte disponível e a inviabilidade de ausentarem-se do serviço. Cumprir esta norma de atividade externa ao Centro se tornou quase impraticável, devido o cuidado psicossocial constituir-se como grande demanda de usuários diariamente atendida pelo CAPS. Existia a norma, mas os profissionais estavam organizados numa escala de divisão de tarefas interna: oficineiros, Técnico de Referência, triagem (acolhimento), atividade individual (psicoterapia no caso dos Psicólogos, numa escala informal, pois não havia agendamento para essa atividade), que na prática cotidiana do exercício de trabalho ficava, quase inviável, retirar um trabalhador dessa organização de tarefas.

Em face deste vazio de norma, os profissionais tiveram que produzir normas próprias para dar conta deste serviço. Utilizando-se da inteligência da prática buscaram criar critérios para realizar as atividades externas. Assim, as visitas domiciliares eram direcionadas para os casos tidos como urgentes, voltados para aqueles em situação de surtos e em grande sofrimento, nos casos que a família não estava dando conta; destinava-se, também, para os

usuários que não tinham como comparecer ao CAPS por força maior (citamos o caso dos usuários acamados).

O desenvolvimento do matriciamento nas unidades de saúde da família foi iniciado, tendo recebido atenção focal por parte da iniciativa de uma profissional. De certo que essa era uma grande demanda de trabalho, que não se encerra, posto que deveria pautar-se pelo princípio do trabalho em rede. Vale salientar que o matriciamento representa uma importantíssima tarefa que a princípio pode sobrecarregar os trabalhadores do CAPS com atividades de reuniões, pactuações, capacitações etc. Mas, findaria resultando em ganhos de resolutividade na prevenção de surtos dos usuários, haja vista, que esses estariam melhor acompanhados nessa intervenção intersetorial.

A prescrição de inserir os usuários do CAPS no convívio comunitário esbarrava em preconceitos fortemente arraigados socialmente, porém, astuciosamente a atividade não conseguindo envolver a comunidade no cotidiano do CAPS, apresentava os usuários para a comunidade e a sociedade como pessoas capazes e sensíveis, através de apresentações artísticas, políticas, desenvolvidas ativamente pelos mesmos.

E assim, os trabalhadores iam tecendo um rearranjo da organização do trabalho no CAPS. Quando era preciso que algum profissional fosse fazer um atendimento domiciliar, por exemplo, os demais trabalhadores se desdobravam puxando para si algumas tarefas, logicamente, quando essas não fossem de atribuição específica de determinada categoria, pois caso fosse, o usuário teria de esperar outra ocasião para ser atendido por um profissional da categoria que estava demandando.

Como objetivo específico, buscamos levantar a organização do trabalho do CAPS Caminhar. Avaliamos que esse objetivo foi alcançado com a análise da atividade, a partir de observações global e sistemática do trabalho, nessa vivência registramos a dinâmica de trabalho do Centro. A organização do trabalho dos CAPS em geral traz inovações muito interessantes para o campo da saúde mental, no sentido de tentar romper com a hegemonia do foco clínico-biológico e da centralização das responsabilidades na figura da chefia em um único sujeito, o diretor. Nesse tocante, fazemos alusão a inovação do acolhimento do usuário por diversas categorias profissionais, a divisão das equipes de trabalho em miniequipes, a criação da figura de Técnico de Referência.

A organização do trabalho no Caminhar propiciava espaços de discussão entre os profissionais e uma certa liberdade para proporem mudanças na elaboração de suas atividades. O como do fazer profissional no CAPS muitas vezes tinha que ser engendrado no

próprio dever do trabalho. As dramáticas vivenciadas pelos profissionais propiciaram o uso da engenhosidade e a produção de normas para se realizar a atividade.

Nesse tocante, retomamos o caso do auxiliar de farmácia que realizou mudanças na sua tarefa de distribuição de medicamentos, motivado por seu próprio sofrimento na execução do seu trabalho. Não obstante, a inteligência da prática que queremos ressaltar aqui, não teria logrado bom êxito se ao tentar essa reestruturação, ela esbarra-se em uma organização do trabalho prescritiva e irreduzível. Felizmente, encontrou terreno fértil e apoio dos farmacêuticos e farmacêuticas, da diretora e dos demais colegas de trabalho para realizar a transformação do seu esquema de trabalho.

A autonomia que os profissionais gozavam, somada a emergência dos encontros relativamente pertinentes (ECRP), possibilitou fomentar transformações no processo e organização do trabalho. Os ECRPs, que como assinalados ultrapassavam todas as fronteiras estabelecidas da divisão do trabalho prescrito e representavam porto seguro, era encontro de resolutividade de muitas dramáticas.

Buscamos, também, na pesquisa averiguar se o trabalho em saúde mental, resultava em adoecimentos para o trabalhador. Mesmo atuando num cenário que tinha muitos elementos para ser adoecedor -basta levarmos em conta a carga emocional de lidar com o sofrimento de mais de quatrocentas pessoas com transtornos mentais e com os dilemas de seus familiares - ouvimos profissionais inferirem que se identificavam com o trabalho e que eram realizados profissionalmente e sentiam falta do mesmo quando entravam de férias. Por outro lado, era comum a referência a cansaço físico e desgaste emocional atribuída ao trabalho sob as condições apresentadas: grande demanda de serviços para uma equipe pequena, sentimento mais latente quando da transformação do CAPS Caminhar de II para III sem ainda ter ocorrido a devida constituição da equipe que esse serviço prescreve, dupla jornada de trabalho, contratos de trabalho precários, etc.

A relação do adoecer com o trabalho foi uma identificação feita de forma pontual, quando da chegada ao serviço, num processo de adaptação, ou seja, em algum momento específico, por exemplo, momento de dificuldade de relacionamento com algum componente da equipe. Destarte, mediante a realidade de ter que estar, constantemente, elaborando renormatizações que enseja dramáticas do uso si, que exige energia e esforço do trabalhador nesse exercício de desdobrar-se para dar conta do serviço, sem que ocorra mudanças estruturais que vá ao encontro das necessidades de suas condições de trabalho, juntamente com as condições adversas do contexto neoliberal apresentaram-se como condicionantes a alguns sintomas de adoecimento dos trabalhadores: cansaço decorrente da

correria entre os empregos e o trabalho doméstico, a angústia por não dispor de tempo suficiente para si e para a família (embora o empenho em priorizar esse ponto), além de outros sentimentos negativos submergidos dessa realidade, pouca expectativa de mudanças a curto e médio prazo e preocupações excessivas quanto ao futuro, quanto a manutenção do emprego.

Avaliamos que os entraves de efetivação do SUS como preconizado, tornaram-se maiores com a adoção de medidas calcadas no ideário da ideologia neoliberal. A instabilidade da contratação do trabalhador no serviço público não lhe deixa opção. Ele sempre estará em busca de um trabalho com estabilidade funcional e melhor remuneração. Assim, acrescentamos a necessidade do serviço público ter profissionais concursados, com salários compatíveis com sua função e horas de trabalho razoáveis de modo a permitir uma vida digna. Além de condições e organização do trabalho que permitam desenvolver adequadamente a atividade.

O trabalho no CAPS não se mostrou em si como desestabilizador da saúde do trabalhador, essa era comprometida pela questão da qualidade de vida dos mesmos que tendia a ser sacrificada pela participação no mercado de trabalho, sob as condições nefastas registradas. Certamente concorrem para o não adoecimento, a transformação destas situações prováveis de produção de mal estar a partir do uso da inteligência no trabalho, uso da criatividade nas renormatizações das tarefas, compartilhamento dos problemas e decisões coletivas.

Os dados da pesquisa reafirmam a importância do reconhecimento do trabalho para a manutenção da saúde dos profissionais. Tendo sido mais significativa para os sujeitos da investigação o reconhecimento de “utilidade técnico, social e econômico” do trabalho. A percepção que sua atuação incidiu sobre a qualidade de vida dos usuários dava um ânimo renovado aos trabalhadores e fazia-os sempre querer recomeçar/retornar ao trabalho.

Ressaltamos a necessidade que o grupo apresentava de seu auto reconhecimento enquanto equipe, mais que a valorização do trabalho individual de um profissional apresentava-se a necessidade de ter logrado êxito na intervenção de algum caso enquanto equipe multiprofissional, num entendimento que a luta para prevenir e superar as crises psiquiátricas era um desafio a ser vencido multiprofissionalmente e com a participação de todos os funcionários do CAPS.

Pontuamos a constatação de algumas fragilidades da rede de saúde mental do município: quase nada foi feito pelos manicômios judiciais em termos de reforma psicossocial e quase inexistência residências terapêuticas (só existia uma).Fatos que

contribuíam para que a nossa rede fosse inadequada para atender as necessidades de assistência à saúde dos usuários. Esta situação rebatia sobre o trabalho no CAPS, visto que diante dessas fragilidades concentram-se sobre os Centros psicossociais mais demandas, sem a contrapartida de investimentos nesse serviço. Esta situação aumentava as exigências para a atividade de trabalho dos profissionais.

Compreendemos que o serviço poderás ser alavancado com o devido investimento salarial, pessoas com vínculo empregatício que lhes traga estabilidade e segurança, com formação permanente e adequada às necessidades da demanda, processo e organização do trabalho com abertura para a autonomia e iniciativa dos profissionais.

O trabalho será sempre um espaço onde encontraremos a prescrição, as variabilidades e um lócus onde o trabalhador com sua história singular e seus conhecimentos astuciosamente utilizados transforma sua realidade, ensejando um outro sujeito. A defasagem entre a prescrição do trabalho e a atividade sempre existirá e graças a ela os trabalhadores podem fazer uso de si na gestão da atividade e cooperar coletivamente no enfrentamento das variabilidades.

Por fim, dizemos que o trabalhar explicitado nesta pesquisa evidencia todo esforço dos profissionais na busca de realizar um trabalho de qualidade, com resolutividade e de inserção dos usuários no espaço público, sem que isto compromettesse totalmente sua saúde e seu bem estar.

REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, Júlia et al. **Introdução a ergonomia: da prática a teoria**. São Paulo: Blucher, 2009.

AMARANTE, Paulo D. de C. **Loucos pela vida: A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz. 1995.

AMARANTE, Paulo. Asilos, alienados e alienistas: uma pequena história da psiquiatria no Brasil. In: _____. (org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

_____. (org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

_____. (org.). Reforma psiquiátrica e epistemologia. **Cad. Bras. Saúde Mental**. o. 1. N. 1, jan/abr. 2009.

ANTUNES, Ricardo; ALVES, Giovanni. As mutações no mundo do trabalho na era da mundialização do capital. **Revista Educação e Sociedade**, Campinas: 0. 25, n. 87, p. 335-355, maio/ago. 2004. Disponível em: <<http://www.cedes.unicamp.br>>. Acesso em: 10 abr. 2010.

ANTUNES, Ricardo. **Crise capitalista contemporânea e as transformações no mundo do trabalho**. Crise questão social e Serviço Social. 1 módulo. CEFESS –ABEPSS-CEAD-UNB. 2001.

_____. Da pragmática da especialização fragmentada à pragmática da liofilização flexilizada: formas da educação no modo de produção capitalista. **Germinal: Marxismo e Educação em Debate**, Londrina, o. 1, n. 1, p. 25-33, jun. 2009. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php>>. Acesso em: 07 Mar. 2012.

A Saúde na Paraíba. In: **Revista CONASEMS**, Abril – Maio, Ano V, n. 28, 2008. Disponível em: <<http://www.conasems.org.br/site/index.php/area-de-arquivos>> Acesso em: 4 Jun. 2012.

ATHAYDE, Milton; BRITO, Jussara. Vida, saúde e trabalho. Dialogando sobre qualidade de vida no trabalho em um cenário de precarização. **Revista Trabalho, educação e saúde**. o. 7. n.3, 2012. Disponível em: <http://www.revista.epsjv.fiocruz.br>>. Acesso em: 15 ag. 2012.

BALEN, Ag. D. G. Van. **Disciplina e controle social**. São Paulo: Cortez, 1983.

BARRÊTO, AJR et al. Trabalho do apoiador matricial na estratégia saúde da família. **Revista Rene**. v.13, n.1, p. 166-77, 2012.

BASÁGLIA, Franco et al. Considerações sobre uma experiência comunitária. In: AMARANTE, P. (org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz. 1994.

BEHRING, Elaine; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: fundamentos e história**. 5. ed, São Paulo: Cortez, 2008. Biblioteca básica de Serviço Social, v.2.

BENDASSOLI, Pedro Fernando; SOBOLL, Lis Andrea Pereira. Clínica do trabalho: filiações premissas e desafios. **Cad. Psicologia, sociedade e trabalho**. O. 14. n.1, p. 59-72, 2008.

BIRMAN, Joel; COSTA, Jurandir. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária: uma pequena história da psiquiatria no Brasil. In: AMARANTE, Paulo (org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

BORGES, Maria Elisa Siqueira. Trabalho e gestão de si: para além dos “recursos humanos”. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, o. 7, p. 41-49, 2004 2010. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cpst/v7/v7a05.pdf>>. Acesso em: 26 jun 2010.

BRASIL. **Constituição**. Constituição da Republica Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. **Lei N. 10.708, de 31 de jul. de 2003**. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Brasília, DF, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria N-2077/GM Em 31 de outubro de 2003**. Dispõe sobre a regulamentação da Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, nos termos de seu artigo 8º. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br>> Acesso em: 07 Jan. 2012.

BRASIL. **Lei N. 10.216 de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: <<http://www.cooperativismopopular.ufrj.br/>>. Acesso em: 01 abr. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Residências terapêuticas: o que são, para que servem?** Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br>>. Acesso em: 20 Out. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SaúdeMental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial**. 2004. Disponível em: <<http://www.ccs.saude.gov.br>>. Acesso em: 1 abr. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005. Disponível: <<http://bvsmms.saude.gov.br>>. Acesso: 04 Out. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto Nº 142/A**. Cria o Serviço Nacional de Saúde Mental (SNDM). Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br>>. Acesso em: 25 de Nov. de 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 154/GM de 24 de Janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Disponível em: <<http://189.28.128.10>>. Acesso em: 01 Ag. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.644/GM de 28 de outubro de 2009.** Estabelece novo reagrupamento de classes para os hospitais psiquiátricos, reajusta os respectivos incrementos e cria incentivo para internação de curta duração nos hospitais psiquiátricos e dá outras providências. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2644_28_10_2009.html>. Acesso em: 11 Nov. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 336/GM Em 19 de fevereiro de 2002.** Disponível: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%20336-2002.pdf>> Acesso em: 01 Jul. 2011.

BRASIL.Ministério da Saúde. **Portaria Nº 106/GM de 11 de fevereiro de 2000.** Institui os serviços de Residências Terapêuticas. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br>>. Acesso em: JUN. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. OPAS. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : **15 anos depois de Caracas.** Brasília, DF, 2005. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf>. Acesso em: 18 Set. 2011.

BRAVO, Maria Inês. A Política de Saúde no Brasil: trajetória histórica. In:**Capacitação para Conselheiros de Saúde** - textos de apoio. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001.

BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo de. Política de saúde no governo Lula. In: BRAVO, Maria Inês de Souza (Org) et al. **Política de saúde na atual conjuntura:** modelos de gestão e agenda para a saúde. Rio de Janeiro: Rede Sirius, 2007.

BRITO, Jussara.Trabalho prescrito. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde.** 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br>> Acesso em: 05 Jul. 2011.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico.** 5. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2002.

CASTELLS, Manuel. **A sociedade em rede.** A era da informação: economia, sociedade e cultura. 4. ed, São Paulo: Paz e Terra, 1999. v. 1.

CEDRAZ, Ariadne. DIMENSTEIN, Magda. Oficinas terapêuticas no cenário da Reforma Psiquiátrica: modalidades desinstitucionalizantes ou não? **Revista Mal- estar e subjuatividade,** Fortaleza: Universidade de Fortaleza, v. 5, n. 2, 2005. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc>> Acesso em: Jun. 2011.

CERQUEIRA, Roberta Cardoso. **Lima Barreto e os caminhos da loucura.** Alienação, alcoolismo e raça na virada do século XX. 2002. 101f. Dissertação (Mestrado em História). Departamento de História, Pontifícia Universidade Católica, Rio de Janeiro.

CIRILO, Livia Sales. **Novos tempos:** saúde mental, CAPS e cidadania no discurso de usuário e familiares.2006.Dissertação Mestrado em Serviço Social. Universidade Estadual

da Paraíba. Disponível em: <http://bdt.d.uepb.edu.br/tde_arquivos/1/TDE-2009-08-07T102615Z-55/Publico/LiviaSalesCirilo.pdf>. Acesso em: 02 Jan. 2009

COHN, Amélia. A saúde na previdência social e na seguridade social: Antigos e novos desafios. In: CONH, Amélia. ELIAS, Paulo (org.). **Saúde no Brasil: Política e organização de serviços**. São Paulo: Cortez, 1996. p. 11-57.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 1., 1987, Brasília: DF.

Relatório final da 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_da_1_conferencia_de_saude_mental.pdf> Acesso em: 10 Nov. 2010.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 2., 1992, Brasília, DF. **Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental**. MS/SAS/DAPS/CSM, 1994. 63 p. Disponível em: <<http://www.google.com.br/#hl=pt-BR&sclient=psy-ab&q=II+CONFERENCIA+NACIONAL+DE+SAUDE+MENTAL>> Acesso em: 15 Jun. 2011.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 3, 2001, Brasília, DF,

Relatório Final da 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental, Brasília, DF: MS/CNS, 2002, 213 p. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/saude_mental.pdf>. Acesso em 10 Jan. 2009.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 4, 2010. **Relatório final da 4ª Conferência Nacional de Saúde Mental: Saúde Mental direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios**. 2010. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_final_IVcnsmi_cns.pdf.> Acesso em: 08 fev. 2011.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8, 1986. **Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde Mental**. 1986. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf>. Acesso em: Jun. 2009.

COSTA, J. F. História da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico. In: _____. **As origens históricas da Liga Brasileira de Higiene Mental**. Rio de Janeiro: Garamond, 2007. Cap. 1, p. 39-44.

DEJOURS, Christophe. **Loucura do trabalho**. São Paulo: Oboré, 1987.

_____. **A banalização da injustiça social**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1999.

_____. Subjetividade, trabalho e ação. **Revista Produção**, v. 3 n.14, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/prod/v14n3/v14n3a03.pdf>>. Acesso em: 13 Jul. 2009.

DEJOURS, Christian; ABDOUCHELI, Elizabeth. Itinerário Teórico em Psicopatologia do trabalho. In: BETIOL, Maria I.S. (org.). **Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho**. São Paulo: Atlas, 2009.

DELACAMPAGNE, Christian. A contestação antipsiquiátrica. **Revista científica de América Latina y el Caribe, España y Portugal. Mental.** Ano 2, n. 2, 2004, p. 27-34. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx>> Acesso em: 04 Fev. 2004.

DURRIVE, Louis. A atividade humana, simultaneamente intelectual e vital: esclarecimentos complementares de Pierre e Yves Schwuartz. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, p. 47-67, 2011. Disponível em: <<http://www.revista.epsjv.fiocruz.br>>. Acesso em: 15 Set. 2011.

FERREIRA FILHA, Maria de Oliveira; CARVALHO, Mariana Albernaz. **A terapia comunitária em um centro de atenção psicossocial.** Revista Gaúcha Enfermagem. Porto Alegre. 2010. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/11739>> Acesso em: 10 Out. 2012.

FEUERWERKKER, L.C.M; CECÍLIO, L.O. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. **Ciência, saúde coletiva.** o. 12. n. 4. p, 956-971, 2007. Disponível em: <<http://scielosp.org/pdf/ccs>>. Acesso em: 05 Dez. 2012.

FOUCAULT, Michael. **Vigiar e punir:** nascimento da prisão. 20ª ed. Tradução de Raquel Ramallete. Petrópolis: Vozes, 1999.

_____. **História da loucura na Idade Clássica.** São Paulo: Perspectiva, 1978.

GALATO, Dayani et al. A dispensação de medicamentos: uma reflexão sobre o processo para prevenção, identificação e resolução de problemas relacionados à farmacoterapia. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas.** o. 44, n. 3, jul./set. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbcf/v44n3/a17v44n3.pdf>> Acesso em: 10 Ab. 2012.

GLINA, Miriam; ROCHA, Esther. **Saúde mental no trabalho:** da teoria à prática. São Paulo: Rocca. 2010.

GALLO, A. E; NASCIMENTO, P.C. Hegemonia, bloco histórico e movimento sanitário. IN: TEXEIRA, S, F (org.). **Reforma sanitária:** em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez/Abrasco, 1989.

GALLO, Edmundo et al. Reforma sanitária: uma análise de viabilidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, o. 4, n. 4, Oct./Dec. 1988. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X1988000400007&script=sci_arttext>. Acesso em: 12. Out. 2011.

_____. **Hegemonia, bloco histórico e movimento sanitário.** In: TEIXEIRA, Sonia (org.). **Reforma Sanitária:** em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez, 1989. p. 91–118.

GARCIA JÚNIOR, Carlos Alberto Severo et al. **Apoio Matricial na Atenção Primária em Saúde:** Uma construção cotidiana de trabalhadores da saúde. 16º Encontro Nacional – ABRAPSO. 2011. Disponível em: <<http://www.encontro2011.abrapso.org.br>> Acesso em: 15 Set. 2012.

GLINA, Miriam; ROCHA, Esther. **Saúde mental no trabalho: da teoria à prática.** São

Paulo: Rocca, 2010.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectivas S.A, 2003.

GUERRA, A. M. C. Oficinas em Saúde Mental: Percurso de uma história, fundamentos de uma prática. In: **Oficinas Terapêuticas em Saúde Mental** - Sujeito, Produção e Cidadania. Rio de Janeiro: Contracapa, 2004.

HENNINGTON, Élida Azevedo. Gestão dos processos de trabalho e humanização em saúde: reflexões a partir da ergologia. **Revista Saúde Pública**, o.42, n. 3, p. 555-561. Disponível em: <Gestão dos processos de trabalho e humanização em saúde: **reflexões a partir da ergologia**> Acesso em: 02 Fev. 2012.

HEIDRICH; Andréa Valente. **Reforma psiquiátrica à brasileira: análise sob a perspectiva da desinstitucionalização**. 2007. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. Disponível em: <http://tede.pucrs.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=1144> Acesso em: 13 Set. 2011.

HIRDES, Alice. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re)visão. **Ciência e saúde coletiva**. o. 14, n. 1, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx>> Acesso em: 10 Jul. 2012.

IAMAMOTO, Marilda. **O trabalho do Assistente social frente às mudanças do padrão de acumulação e de regulação social**. In: Programa de capacitação continuada para Assistentes Sociais: Crise questão social e Serviço Social. [s.l]: CEFESS –ABEPSS-CEAD-UNB, 2001. Módulo 1.

JUNQUEIRA, Luciano A. Prates. A gestão intersetorial das políticas sociais e o terceiro setor. **Revista Saúde e Sociedade**. o. 13, n. 1, p. 25-36, jan-abr. 2004.

LACMAN, Selma; HELOANI, Roberto. Psicodinâmica do trabalho: o método clínico de intervenção e investigação. **Revista Produção**, v. 14, n. 3, p. 077-086, Set./Dez. 2004. Acesso em: Jun. 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br>>.

LANCMAN, Selma; Uchida, Seiji. Trabalho e subjetividade: o olhar da Psicodinâmica do Trabalho. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, v.. 6, p. 79-90, 2003. Disponível em: <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/cpst/v6/v6a06.pdf>. Acesso em: Jul. 2011.

LUCHMANN, Lígia Helena Hahn; RODRIGUES, Jefferson. O movimento antimanicomial no Brasil. **Revista ciência e saúde coletiva**, v. 12, n. 2, p. 399-407, 2007. Disponível em: <<http://www.sumarios.org>> Acesso em: 08 Ag. 2011.

LUZ; Madel Therezinha. A história de uma marginalização: a política oficial de saúde mental. In: AMARANTE, P. (org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

_____. Notas sobre as políticas de saúde do Brasil de transição democrática: anos 80. **Physys Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: IMS;UERJ/ Relume-Dumará, v. 1, n. 1, 1991.

MACHADO, Roberto et al. **Danação da Norma: a Medicina Social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Graal, 1978.

MANUAL, do Programa “De Volta Para Casa”. Brasília, DF, 2003. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/departamento/nucleo>>. Acesso em: 10 Jan. 2011.

MANZINI, E. J. Considerações sobre a elaboração de roteiro para entrevista semi-estruturada. In: MARQUEZINE, M. C; ALMEIDA, M. A.; OMOTE, S. (Org.) **Colóquios sobre pesquisa em Educação Especial**. Londrina: Eduel, 2003.

MARQUES, Regina Beltrão Vera Regina. **A medicalização da raça: Médicos, educadores, e discurso eugênico**. São Paulo: UNICAMP, 1994.

MARX, Karl. Processo de trabalho e processo de valorização. In: **O capital: crítica da economia política**. O processo de produção do capital. São Paulo: Vícto Avita, 1983, v.1.

MENDES, A. M. et al. Estratégias do enfrentamento do sofrimento do trabalho bancário. **Revista estudos e pesquisa em Psicologia**. o.1, mar, 2003.

_____. **Psicodinâmica do trabalho: teoria, método, pesquisas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

MENDES, A.M. (Org.). **Psicodinâmica do trabalho: teoria, método e pesquisa**. São Paulo: casa do psicólogo. 2007.

MERLO, Álvaro Roberto Crespo et al. O trabalho entre prazer, sofrimento e adoecimento: a realidade dos portadores de lesões por esforços repetitivos. **Psicol. Soc.** v.15, n.1, p. 117-136, 2003. <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0102-71822003000100007&script=sci_arttext> Acesso em: 04 Ab. 2011.

NOGUEIRA, Claudia Manzzei. A Mulher e a sua Luta contra a Opressão e a Exploração. **Revista Espaço Acadêmico**. n. 58, mar, 2006. Disponível em: <<http://www.espacoacademico.com>> Acesso em: 5 Dez. 2012.

OLIVEIRA, Simone Santos; BRITO, Jussara Cruz de. A dimensão gestonária do trabalho e o debate de normas e valores no teleatendimento. **Revista Trab. educ. saúde**, v. 9, p. 265-284, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462011000400013>> Acesso em: Jul. 2012.

PARAÍBA. Governo do Estado. Secretaria de Comunicação da Paraíba. PB é primeira em número de Caps no Brasil, com 68 serviços implantados. 2011. Disponível em: <<<http://www.paraiba.pb.gov.br>>>. Acesso em: Jan. 2012.

PAULO NETTO. **Autocracia burguesa e Serviço Social**. 1989. Tese (Doutorado em Serviço Social). Universidade Católica. São Paulo. Mimeografado.

PEREIRA, Potyara. A metamorfose da questão social e a reestruturação das políticas sociais. In: **Programa de capacitação continuada para Assistentes Sociais. Crise questão social e Serviço Social**. [s.l]: CEFESS –ABEPSS-CEAD-UNB, 2001. p. 45-58.

PESSOTTI, I. **A loucura e as épocas**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira. 1994.

PIETROLUONGO, Ana Paula da Cunha; RESENDE, Tania Inessa Martins de. Visita domiciliar em saúde mental: o papel do psicólogo em questão. **Psicologo.cienc.** o. 27, n. 1, p. 22-31, 2007. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php>>. Acesso em: 08 Nov. 2011.

PLANO Nacional de Atenção Básica (PNAB). Série A. Série Pactos pela Saúde. v. 4, 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf> Acesso em: 25 dez. 2012.

RAICHELIS, R. **Esfera pública e conselhos de assistência social:** caminhos da construção democrática. São Paulo: Cortez, 1998.

REGIS, Lorena Fagundes Ladeia Vitoria; PORTO, Isaura Setenta. Necessidades humanas básicas dos profissionais de enfermagem: situações de (in)satisfação no trabalho. **Rev. esc. enferm.** v. 45, n. 2, p. 334-341. Disponível em: <<http://dx.doi.org>> Acesso em: 07 Set. 2012.

RAMMINGER; Tatiana. **Cada Caps é um Caps:** a importância dos saberes investidos na atividade para o desenvolvimento do trabalho em saúde mental. 2009. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro. Disponível em: <<http://www.arca.fiocruz.br>> Acesso em: 15 Dez. 2011.

_____. A saúde mental do trabalhador em saúde mental: um estudo com trabalhadores de um hospital psiquiátrico. **Bol. da Saúde**, v. 16, n. 1, 2002. Disponível em: <<http://www.esp.rs.gov.br>>. Acesso em: 20 Jun. 2009.

_____. **Trabalhadores de saúde mental:** reforma psiquiátrica, saúde do trabalhador e modos de subjetivação nos serviços de saúde mental. 2005. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/5675>> Acesso em: 16 Mai. 2011.

RESENDE, H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS S.A; COSTA, N.R.(Org). **Cidadania e loucura:** políticas de saúde mental no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1987.

ROCHA, L.E; NUNES, E.D. Os primórdios da industrialização e a reação dos trabalhadores: pre-30. In: ROCHA, Lys Esther et al. **Isto é trabalho de gente?** Vida doença e trabalho no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1994.

RODRIGUES, Jeferson; CUNHA, Gisele da. **Movimentos Sociais, Participação e Democracia.** In: Seminário Nacional, 2, 2007, Florianópolis. Anais do II Seminário Nacional de Movimentos Sociais, Participação e Democracia. Florianópolis: UFSC, 2007.

ROTELLI, F. A Instituição inventada. In: ROTELLI, F; LEONARDIS, O; MAURI, D. **Desinstitucionalização.** São Paulo: Hucitec, 2001.

SAMPAIO, J. J. **Hospital psiquiátrico público no Brasil:** a sobrevivência do asilo e outros destinos possíveis. 1988. Dissertação (Mestrado em Medicina Social), Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

SANTOS, Lenir; ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro. **SUS:** Atenção primária ou prioritária? Biblioteca virtual. 2010. Disponível em: <<http://blogs.bvsalud.org>>. Acesso em: 30 Out. 2012.

SAÚDE, Mental em Dados - 9. Informativo eletrônico. Brasília: DF, ano 6, n. 9, jul. 2011. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br>. Acesso em: 22 Dez. 2011.

SCHWARTZ, Yves. DURRIVE, Louis (Org). **Trabalho e ergologia:** conversas sobre a atividade humana. Rio de Janeiro: EDUFF, 2011.

SENNETT, R. **A corrosão do caráter.** Rio de Janeiro: Record. 1999.

SILVA, Edil Ferreira da. **Análise do processo de discussão:** construção de uma política de saúde do trabalhador na Paraíba. 1998. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

SILVA, Luciana; FIRMINO, Roberta. **Oficinas terapêuticas no processo de reabilitação psicossocial.** 2005. Disponível em: <<http://srvwebbit.univale.br>>. Acesso em: 10 Ag. 2011.

SPINK, Mary Jane P. A. Construção social do saber sobre saúde e doença: uma perspectiva psicossocial. **Revista Saúde e sociedade.** 1992. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v1n2/08.pdf>>. Acesso em: 08 Ab. 2012.

SPOSSATI, Aldaiza. **Globalização da economia e processo de exclusão social.** Programa de capacitação continuada para Assistentes Sociais. Crise questão social e Serviço Social. 1 módulo. CEFESS – ABEPSS-CEAD-UNB. 2001. p. 59-70.

TOMAZ, Ana et al. **Um estudo de caso com usuárias do CAPS Caminhar em João Pessoa:** diversas dimensões de sua vida. In: Encontro de Extensão, 10/ Encontro de Iniciação Científica, 11. 2008. Disponível em: <<http://www.prac.ufpb.br>>. Acesso em: 17 Jan. 2009.

TRINQUET, Pierre. Trabalho e educação: o método ergológico. **Revista HISTEDBR On-line,** Campinas, p. 93-113. Ago. 2010. número especial. Disponível em: <<http://laboreal.up.pt/revista/artigo.php>>. Acesso em: 24 de jun. 2010.

VASCONCELOS, E. M. Educação popular: instrumento de gestão participativa dos serviços de saúde. **Cadernos de Educação Popular.** BRASÍLIA, DF, p. 18-27, 2007.

VIEIRA FILHO, Nilson Gomes; NÓBREGA, Sheva Maia da. A Atenção psicossocial em saúde mental: **contribuições teórica para o trabalho terapêutico em rede.** **Revista: Estudos de psicologia.** v. 9, n. 2, maio/ag. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-294X2004000200020&script=sci_arttext> Acesso em: 19 Jun. 2011.

ANEXOS