



**Universidade Federal da Paraíba**

**Programa de Pós Graduação em Psicologia Social**

**PAMELA DE SOUSA GONZAGA**

**ANÁLISE DA ATIVIDADE EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

**João Pessoa -PB**

**Fevereiro/ 2015**

**PAMELA DE SOUSA GONZAGA**

**Análise da atividade em um Centro de Atenção Psicossocial**

**Dissertação apresentada pela aluna  
Pamela de Sousa Gonzaga como  
exigência para obtenção do título de  
mestre, ao Programa de Pós  
Graduação em Psicologia Social, da  
UFPB, no semestre 2015.1.**

**Orientador: Prof. Dr. Paulo César Zambroni de Souza**

**João Pessoa -PB**

**Fevereiro/ 2015**

G642a Gonzaga, Pamela de Sousa.  
Análise da atividade em um Centro de Atenção  
Psicossocial / Pamela de Sousa Gonzaga.- João Pessoa,  
2015.  
119f. : il.  
Orientador: Paulo César Zambroni de Souza  
Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCHLA  
1. Psicologia social. 2. Reforma psiquiátrica. 3. CAPS -  
análise da atividade. 4. Práticas profissionais.

UFPB/BC

CDU: 316.6(043)

Pamela de Sousa Gonzaga

Análise da atividade em um Centro de Atenção Psicossocial

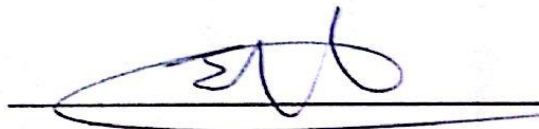
Dissertação apresentada pela aluna Pamela de Sousa Gonzaga como exigência para obtenção do título de mestre, ao Programa de Pós Graduação em Psicologia Social, da UFPB, no semestre 2015.1.

Aprovada em 23/01 2015



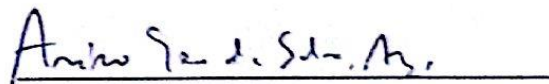
Prof. Dr. Paulo César Zambroni de Souza / UFPB

Orientador



Prof. Dr. Edil Ferreira da Silva/ UEPB

Examinador



Prof. Dr. Anísio Jose da Silva Araújo/ UFPB

Examinador

Dedico esta dissertação aos profissionais de saúde mental que compõe o CAPS III que nos receberam e nos permitiram aproximarmos de sua atividade.

## **AGRADECIMENTOS**

Gostaria de agradecer primeiramente ao Prof. Paulo Zambroni, pelas orientações e pela confiança que depositou em mim e no meu trabalho, por sua paciência e compreensão.

Agradeço às minhas famílias, aquelas constituídas essencialmente por laços afetivos e que são a minha base, onde encontro forças para vencer os desafios impostos ao longo da minha vida e que dividem comigo bons e maus momentos. Agradeço a meu noivo Sidney, pela compreensão, pelo apoio, pelo companheirismo e pela enorme paciência durante todo o mestrado. Às minhas Estrelas, que são minha rede de segurança, permitindo que me lance sem medo da queda.

Aos professores Anísio Jose da Silva e Edil Ferreira da Silva, pelas contribuições que foram essenciais para a realização desse trabalho. À aluna Luiza Porcaro pela ajuda nas visitas ao CAPS III, na coleta e organização dos dados, cuja companhia foi extremamente importante.

Aos meus amigos do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, que foram importantes companheiros ao longo do curso, compartilhando ideias e conhecimento, além da amizade, e contribuindo de forma significativa na minha formação acadêmica e pessoal. Gostaria de agradecer especialmente a Luann Glauber, que esteve mais próximo, pelo companheirismo e pelo apoio.

À Coordenação de Pós-Graduação em Psicologia Social pelo suporte dado ao longo do mestrado e à CAPES pelo investimento feito.

Aos profissionais do CAPS que me receberam mesmo com todas as dificuldades enfrentadas no cotidiano. E a todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram com minha formação pessoal e acadêmica, fundamentais para que eu chegasse até aqui.

## Resumo

A Reforma Psiquiátrica pretende romper o isolamento pineliano, buscando a criação de possibilidades, produção de sociabilidades e subjetividades, fazendo com que o sujeito da experiência da loucura, a quem era negado o mundo da cidadania, torne-se de fato sujeito, e não objeto de saber. É neste processo de transformação que os trabalhadores da área de saúde mental estão imersos. Embora haja avanços, há também desafios que precisam ser superados. Desta forma este estudo teve como objetivo principal analisar as situações de trabalho do CAPS III da cidade de Campina Grande – PB frente ao processo de Reforma Psiquiátrica. Esta pesquisa tem caráter descritivo, com delineamento transversal e exploratório, do tipo levantamento de dados e abordagem qualitativa. A pesquisa foi realizada em 2013 no CAPS III em Campina Grande - PB. Participaram dela 15 profissionais que compõem a equipe do referido CAPS e que consentiram com a participação. Utilizamos como perspectiva analítica o referencial da ergologia. Concluimos que a atividade de trabalho destes profissionais é marcada por imprevisibilidades, exigindo um *uso exacerbado de si* e mostrando-se assim como desgastante. Entre os desafios encontrados no cotidiano desta unidade destacamos a precariedade do vínculo empregatício, as dificuldades com os recursos, a estrutura física e as relações com a rede de saúde do município. Como estratégia de enfrentamento, as reuniões de equipe se apresentaram como espaços propícios para expressão e debates que funcionam como suporte, atenuando o desgaste provocado pela atividade.

Palavras-chave: Reforma psiquiátrica; CAPS; Práticas; Trabalho.

## **Abstract**

The Psychiatric Reform aims to break the isolation pinelian, seeking the crietion of possibilities, the production of sociability and subjectivities, allowing the subject of the experience of madness, who has been denied the world of citizenship, to become in fact a subject and not object of knowledge. It is this process of transformation that workers in the mental health area are immersed, although there is progress, there are also challenges that must be overcome. Therefore, this study aimed to analyze the work situations at CAPS III in Campina Grande - PB in light of the Psychiatric Reform. For this, this research has descriptive, cross-sectional and exploratory design, with a survey data and qualitative approach. The survey was conducted in 2013 at CAPS III in Campina Grande - PB. The study gathered 15 professionals that make up the team at the refered CAPS that consented to participation. We use as an analytical perspective the framework of ergology. We conclude that the work activity of these professionals is marked by unpredictability, demanding an exaggerated use of themselves and shown as exhausting. Among the challenges encountered in daily life of this unit we highlight the precariousness of employment, difficulties with the resources, the physical structure and relations with the municipal health network. As a coping strategy, team meetings is presented as favorable spaces for expression and debate that act as a support mechanism, reducing the wear caused by the activity.

**Keywords:** Psychiatric reform; CAPS; practices; Work.



## **Lista de siglas e abreviaturas**

|                                                          |           |
|----------------------------------------------------------|-----------|
| CAPS - Centro de Atenção Psicossocial                    | <b>11</b> |
| MTSM - Movimento de Trabalhadores em Saúde Metal         | <b>20</b> |
| SUS - Sistema Único de Saúde                             | <b>22</b> |
| NAPS - Núcleos de Atenção Psicossocial                   | <b>22</b> |
| CERSAMs - Centros de Referência em Saúde Mental)         | <b>22</b> |
| SRT - Serviço Residencial Terapêutico                    | <b>22</b> |
| TR - Terapeuta de Referência                             | <b>24</b> |
| ESF - Unidades Básicas de Estratégia de Saúde da Família | <b>28</b> |
| ECRP - Entidades Coletivas Relativamente Pertinentes     | <b>75</b> |

## **Índice de tabelas e ilustrações**

|                                                                                                                                                     |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Tabela 1: equipes mínimas de acordo com o tipo de CAPS                                                                                              | <b>25</b> |
| Quadro 1: Abordagem metodológica e número de publicações por ano.                                                                                   | <b>31</b> |
| Quadro 1: Árvore de associação de sentido sobre os resultados das pesquisas sobre a formação acadêmica dos profissionais em relação a saúde mental. | <b>33</b> |
| Quadro 2: Árvore de associação de sentido sobre práticas relacionadas aos serviços de saúde relatadas nas publicações                               | <b>37</b> |

## SUMÁRIO

|                                                                                 |           |
|---------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Introdução</b>                                                               | <b>11</b> |
| <b>CAPITULO 1: SAÚDE MENTAL E A REFORMA PSIQUIATRICA</b>                        | <b>17</b> |
| 1.1. Saúde mental: breve histórico sobre a reforma psiquiátrica                 | 18        |
| 1.2. Reforma psiquiátrica e criação dos serviços substitutivos                  | 22        |
| 1.2.1. Centro de Atenção Psicossocial                                           | 24        |
| 1.3. Voltando para casa: processo de desinstitucionalização em Campina Grande   | 27        |
| <b>CAPITULO 2: REVISÃO SISTEMÁTICA SOBRE REFORMA PSIQUIATRICA</b>               | <b>30</b> |
| 2.1. Informações gerais                                                         | 30        |
| 2.2. Formação dos profissionais de áreas da saúde                               | 32        |
| 2.3. Dificuldades relacionadas a consolidação do modelo da reforma psiquiátrica | 35        |
| 2.4. Práticas relacionadas aos serviços de saúde mental                         | 36        |
| 2.5. Cenários dos serviços de saúde mental encontrados nas publicações          | 40        |
| 2.6. Considerações finais                                                       | 43        |
| <b>CAPITULO 3: ERGOLOGIA E TRABALHO</b>                                         | <b>46</b> |
| 3.1. Considerações sobre o trabalho sob a perspectiva ergológica                | 46        |
| 3.2. Atividade: prescrito x real na Reforma Psiquiátrica                        | 50        |
| 3.3. Os usos de si                                                              | 54        |
| 3.4. Reconhecimento                                                             | 56        |
| <b>CAPITULO 4: MÉTODO</b>                                                       | <b>58</b> |
| 4.1. Delineamento da pesquisa                                                   | 58        |
| 4.2. Lócus da Pesquisa                                                          | 58        |
| 4.3. Participantes                                                              | 58        |
| 4.4. Instrumentos de Coleta de Dados                                            | 59        |
| 4.5. Procedimento para a Coleta de Dados                                        | 60        |

|                                                         |            |
|---------------------------------------------------------|------------|
| 4.6. Análise dos Dados                                  | 61         |
| 4.7. Considerações Éticas                               | 62         |
| <b>CAPITULO 5: RESULTADOS E DISCUSSÕES</b>              | <b>63</b>  |
| 5.1. CAPS III e trajetórias dos profissionais           | 63         |
| 5.1.1. Formação                                         | 70         |
| 5.2. Tarefa e atividade: cotidiano dentro do CAPS       | 73         |
| 5.2.1. Aproximação da atividade                         | 79         |
| 5.2.3. Atividade frente a dificuldade                   | 85         |
| 5.3. Reconhecimento                                     | 93         |
| <b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>                             | <b>99</b>  |
| <b>REFERÊNCIAS</b>                                      | <b>104</b> |
| <b>APÊNDICES</b>                                        | <b>113</b> |
| Apêndice I - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido | 114        |
| Apêndice II - Questionário Sociodemográfico             | 115        |
| Apêndice III - Roteiro de entrevista                    | 116        |
| <b>ANEXO</b>                                            | <b>117</b> |
| Anexo I - Autorização para realização da pesquisa       | 118        |

## **Introdução**

A Reforma Psiquiátrica envolve a desconstrução de conceitos, dando espaço para criação de uma nova lógica, sendo mais do que a mudança de técnicas. Para compreendê-la, Amarante (2011) destaca dois conceitos fundamentais na dimensão epistemológica, o da desinstitucionalização e o de doença. O primeiro se refere às múltiplas formas de tratamento do sujeito em sua existência e em relação as condições concretas da vida, retirando da clínica o local de isolamento, permitindo que o sujeito da experiência da loucura torne-se de fato sujeito. O segundo conceito seria o de doença, no qual retira-se o foco da doença isolada e passa para o sujeito, sem negar seu sofrimento. Neste sentido é preciso pensar o processo de saúde/doença em suas múltiplas variantes, o que ainda é um desafio para as equipes de saúde, em diferentes níveis de atenção.

Ainda segundo Campos e col. (2011) a Atenção Primária em Saúde é extremamente importante para o rompimento desta atenção partida. Ela é também palco de um embate entre diferentes concepções no modo de fazer saúde. Sua pesquisa avaliou que a mudança do paradigma hospitalocêntrico para um modelo psicossocial é difícil, mas possível, e que os avanços conseguidos podem ser revertidos caso não haja sustentabilidade no investimento nos profissionais e nos processos de transformação das práticas em saúde.

Neste contexto, objetivamos nesta pesquisa analisar a como se configura as situações de trabalho de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) da cidade de Campina Grande frente ao processo de Reforma Psiquiátrica. Para isto, estabelecemos como objetivos específicos: (a) Compreender as situações de trabalho e contextualizá-las; (b) Identificar dificuldades e formas de superação das mesmas; (c) Problematicar como a

contribuição dos estudos sobre o trabalho pode propiciar processos de transformação destas situações.

Tentar captar o real significado do trabalho tem sido historicamente um desafio às diversas disciplinas que o tem como objeto de estudo relacionam-se diferentes concepções. Utilizaremos como referencial metodológico o ponto de vista da atividade, que privilegia o conteúdo do trabalho real, do campo. Utilizamos também a ergologia, que ressalta esta dificuldade em captar o que é o trabalho, por ser sempre apreendido na mudança.

A abordagem ergológica compreende o sujeito como capaz de pensar sua relação com o trabalho, produzir interpretações das situações e de suas condições, de socializar em atos intersubjetivos, além de reagir e reorganizar-se mentalmente, afetivamente e fisicamente. Desta forma, em função das interpretações, o sujeito age sobre o próprio processo de trabalho e contribui para a construção e a evolução das relações sociais do trabalho. Assim, a ergologia permite a “elaboração da vivência das atividades humanas, desvendando a vivência dos sujeitos em relação à organização do trabalho e perceber aquilo que é fonte de pressões, de dificuldades, de desafios, suscetíveis de gerar inquietações e prazer” (Lima, 2007, p 39).

É considerando as especificidades históricas que o trabalho em saúde mental se organiza e se configura. Com as desconstruções teóricas e práticas levantadas pelo processo da Reforma Psiquiátrica este sistema de assistência passa por reformulações e mobiliza diversos profissionais em seus cotidianos laborais para suprir os objetivos indicados.

Assim, considerando-se de um lado, as contraintes institucionais e pessoais, e de outro a especificidade do trabalho em saúde, no exercício

profissional, as ações são reconfiguradas permanentemente pelas escolhas cotidianas dos sujeitos. Portanto, para alcançar mudanças no modelo assistencial é preciso considerar essas dimensões que ultrapassam o modelo tradicional prescrito de políticas. Há necessidade da construção de um processo de co-responsabilização entre profissionais, usuários e gestores na definição e realização da atenção à saúde, em que se incluem a gestão e o controle social (Scherer, Pires & Schwartz, 2009, p 722).

A ergologia, tendo como base a descoberta realizada pela ergonomia das lacunas entre o prescrito e o real, dá ênfase à análise da atividade em toda sua complexidade, em suas interações entre conflitos, engajamentos, normas, entre aspectos mais específicos de uma organização e outros de contextos mais gerais, etc. Propõe que as discussões sobre o trabalho e consequentemente o conhecimento produzido deve considerar o conhecimento e experiência dos trabalhadores, o geral e o específico da atividade, suas normas e variabilidades e a exigência da conversa entre as várias disciplinas e o constante questionamento a respeito de seus saberes (Hennington, 2008).

Sampaio, Guimarães, Carneiro e Garcia Filho (2011), em sua análise sobre os serviços substitutivos apontam para estratégias de enfrentamento dessa problemática - ruptura de um modelo e a instalação de outro - entre as quais se destacam: a ressignificação dos espaços, das práticas e das relações entre os diferentes sujeitos-gestores, trabalhadores e usuários; adoção de mecanismos de cogestão; e, supervisão clínico-institucional.

Como dito anteriormente, a reestruturação dos serviços de saúde mental impõe aos trabalhadores diversos desafios, reconstruções e necessidade de inovação. O trabalhador se encontra frente a um paradoxo, por um lado uma inflação de normas –

entre diretrizes, manuais, metas e etc. – por outro, a falta de normas essenciais para realizar sua atividade. Neste contexto a atividade de trabalho no CAPS é permeada por variabilidades em detrimento da estabilidade o que exige ações normativas constantes dos trabalhadores em um *uso exacerbado de si* (Ramminger & Brito, 2011).

É neste processo que se insere as discussões levantadas ao longo deste estudo. Pudemos, através do discurso dos trabalhadores, nos aproximar de questões pertinentes para a compreensão da atividade. Esperamos que este trabalho contribua para a reflexão desta unidade de saúde, mas que possa extrapolar seus muros, tendo em vista que se insere em um contexto nacional. Não queremos com isso negar as especificidades vivenciadas por esses trabalhadores, mas dar visibilidade a questões próprias deste CAPS e relacioná-las com o que é vivenciado em outros espaços. Acreditamos que reside na dinâmica, entre trabalhadores e pesquisadores, a possibilidade de transformação desta realidade.

Esta dissertação se organiza em seis capítulos, da seguinte forma:

**Capítulo 1:** Discutimos sobre questões relacionadas à reforma psiquiátrica, fazemos algumas considerações históricas, destacando como a assistência psiquiátrica era organizada e como isso foi sendo modificado, culminando na criação dos serviços substitutivos, entre eles o CAPS. Pontuamos nesta discussão que a reforma não se resume à criação de novas técnicas e serviços, trata-se de um processo de desconstrução de conceitos, como defendido por Amarante (1995; 2011) em seus trabalhos. Por fim, sinalizamos um panorama da reforma psiquiátrica em Campina Grande e a organização dos serviços neste processo.

**Capítulo 2:** Refere-se a uma revisão bibliográfica sobre a reforma psiquiátrica no Brasil, destacando os cenários encontrados nos últimos cinco anos. Abordamos aqui questões referentes a formação dos profissionais que atuam na área de saúde mental, as



dificuldades apontadas nas publicações para a consolidação da reforma psiquiátrica e quais as práticas citadas, objetivando compreender como este processo se dá no nosso contexto e quais os avanços e desafios.

**Capítulo 3:** Discutimos questões referentes ao trabalho, tomando como referencial a Ergologia. Abordamos aqui conceitos importantes para a compreensão e análise do trabalho, como o conceito de atividade, tarefa e *usos de si*, entre outros. Destacamos aqui a impossibilidade de antecipação total da atividade, o que gera variabilidades que precisam ser geridas pelos sujeitos, levando à um *uso de si*. Neste processo o trabalhador se engaja, renormatiza e se opõe a ideia do trabalho como mera execução.

**Capítulo 4:** Abordamos questões referentes à metodologia da pesquisa. Descreveremos questões metodológicas, como o delineamento e o lócus da pesquisa, assim como os participantes e os instrumentos e procedimentos de coleta e análise de dados. Abordamos também as questões éticas e o percurso trilhado para a realização desta pesquisa, destacando algumas dificuldades, como a realização de todo o procedimento proposto.

**Capítulo 5:** Apresentamos os resultados obtidos no contato com os participantes e as análises que realizamos a partir deste material. Discutiremos as questões encontradas nos discursos a partir de três categorias que funcionaram de eixo para a análise dos dados: Trajetória, Tarefa e Atividade e Reconhecimento.

**Considerações finais:** Aqui retomamos alguns pontos levantados ao longo desta dissertação e os objetivos propostos. Apresentamos aqui contribuições do nosso trabalho assim como as limitações e propomos questões que podem ser melhores desenvolvidas em outros estudos. Ressaltamos a dificuldade de traduzir toda a complexidade envolvida nas situações de trabalho, e mais especificamente, daquelas vivenciadas no CAPS III,

tendo em vista a variabilidade característica em qualquer situação, em especial naquele espaço.

## **CAPITULO 1: SAÚDE MENTAL E A REFORMA PSIQUIATRICA**

Para compreender este processo nomeado de reforma psiquiátrica, precisamos antes nos esforçar na compreensão de alguns conceitos chaves. Devemos ter em mente que um processo é algo gradativo, um ato prolongado e contínuo. Decorre daí a primeira dificuldade ao abordar a trajetória da reforma, que seria pontuar seu início.

Para fins metodológicos, Amarante adota o termo trajetórias para dar conta desta periodização. Como ele diz: “A ideia de trajetórias permite uma visualização dos percursos, de caminhos que, muitas vezes, se entrecruzam, se sobrepõem. A trajetória refere-se mais à existência e desenvolvimento de uma tradição de uma linha prático-discursiva, do que de uma determinada conjuntura” (Amarante, 1995, p. 88).

A Reforma Psiquiátrica não se resume a mudança de técnicas, serviços ou terapias. Trata-se de um processo social complexo de desconstrução de conceitos. Desta forma, na dimensão epistemológica, Amarante (2011) destaca dois conceitos fundamentais neste processo. O primeiro seria o de desinstitucionalização, que na tradição basagliana passou a designar as “múltiplas formas de tratar o sujeito em sua existência e em relação com as condições concretas de vida”. Nesta concepção, a clínica deveria deixar de ser o isolamento terapêutico ou o tratamento moral pinelianos, e tornar-se criação de possibilidades, produção de sociabilidades e subjetividades, fazendo com que o sujeito da experiência da loucura, a quem era negado o mundo da cidadania, torne-se de fato sujeito, e não objeto de saber.

O segundo conceito seria o de doença, transformando assim as relações entre as pessoas envolvidas, os serviços, dispositivos, espaços, as leis. O foco deixa de ser a doença isolada – como concebido a partir do modelo das ciências naturais – e passa a ser o sujeito, sem negar seu sofrimento. A superação da lógica manicomial seria capaz de

transformar as vidas das pessoas, transformando o que tradicionalmente era chamado de curso natural da doença, criando novas práticas.

Pensar o processo de saúde/enfermidade desta maneira, desconstruída, significa considerá-lo em suas múltiplas variantes, e isto ainda não é prática comum nas equipes de saúde, em diferentes níveis de atenção. A atenção fragmentada e centrada ainda nas especialidades se confirma como uma prática hegemônica em muitos países, mesmo nos ricos e industrializados (Campos e col., 2011). Desta forma, o indivíduo é concebido pelos diversos especialistas – profissionais da saúde – de maneira partida.

## **1.2. Saúde mental: breve histórico sobre a reforma psiquiátrica**

Entre os séculos XIX e o XX tinha-se no Brasil fortemente estabelecida uma concepção social do louco como alguém que deveria estar segregado, obrigatoriamente hospitalizado e/ou institucionalizado. A sociedade precisava ser salva daqueles aos quais a razão parecia faltar. Os loucos eram perigosos, uma afronta à moral dos cidadãos sãos. Esta concepção levou ao superpovoamento dos hospícios da época e, como consequência, à precarização destes locais de internação dos indivíduos concebidos como alienados (Braggio, 2013). Temos como exemplo desta concepção a legislação de 1934, que estabelecia “a hospitalização e o asilamento do doente mental, visando atender, sobretudo, a segurança da ordem e da moral pública”. (Gonçalves & Sena, 2001).

Desta forma até o final da década de 1950 a assistência psiquiátrica se encontrava organizada em torno de asilos psiquiátricos públicos – em geral superlotados, sem infraestrutura e com pacientes submetidos a maus tratos. Nas décadas de 1960 e 1970, os hospitais privados foram ganhando espaço e aumentaram rapidamente de número. Embora houvesse algumas tentativas de reorganização e desenvolvimento de

experiências de desinstitucionalização, ainda na década de 1980 o padrão de assistência era sustentado pelas internações em hospitais psiquiátricos (Nascimento Alves, Fagundes da Silva & Costa, 2012).

Os aparatos psiquiátricos impunham, àqueles que deles necessitassem, sofrimento e a internação era vivida como tragédia. Goulart (2006) nos dá uma ideia de como funcionava este modelo assistencial tradicional:

Os estabelecimentos públicos ofereciam serviços de má qualidade e mal se sustentavam, no permanente quadro de carência de recursos advindos do erário público para um serviço sempre mais oneroso, na medida que a demanda não cessava de expandir-se. O cenário era de pobreza e abandono. Os estabelecimentos privados, por sua vez, administravam os recursos advindos da Previdência Social e, em menor escala, da sua clientela. Mas operavam com a perspectiva de geração de lucro que acabava se traduzindo em péssimas condições de hotelaria e desassistência decorrente de ausência de pessoal e serviços especializados adequados. (p. 6)

Esta rede assistencial operava com um modelo terapêutico precário, que se apoiava no uso indiscriminado de psicofármacos e no isolamento dos doentes mentais em hospitais psiquiátricos. E é este modelo que a reforma psiquiátrica tenta superar.

Os últimos anos da ditadura militar são significativos para o que vivenciamos como reforma psiquiátrica. Naquele momento a estratégia autoritária começa a declinar e a população clama por mais liberdade e maior participação social das classes médias e baixas. É neste contexto que crescem os movimentos sociais de oposição, inicia-se a reorganização dos partidos políticos e as reivindicações por serviços e melhorias da condição de vida (Amarante, 2011).

Nesse contexto emerge o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que é primordial para o início das transformações pretendidas. Composto por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas, protagonizou as denúncias quanto a situação da saúde mental no Brasil, da violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência, além de permitir a construção coletiva de uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais. É a partir desta e de outras organizações que começam a surgir as denúncias das diversas mazelas que acompanhavam o modelo assistencial tradicional. Fomenta-se também um pensamento crítico sobre a natureza e a função das práticas médicas e psiquiátrico-psicológicas (Amarante, 2011).

É então, a partir da década de 1990 e das diretrizes adotadas para a saúde mental baseada na Declaração de Caracas<sup>1</sup>, que o movimento de reestruturação se intensifica, tendo como um dos fatores cruciais o projeto do Deputado Paulo Delgado. Este projeto, que só foi promulgado em 2001, propunha a extinção progressiva dos manicômios no Brasil, proteção e direitos às pessoas com transtornos mentais e definia o tratamento preferencial em serviços de base comunitária e o hospital psiquiátrico como último recurso (Brasil, 2001).

É neste sentido que a Lei nº 10216, assegura legalmente a não discriminação do indivíduo com transtorno mental, afirmando que o Estado deve responsabilizar-se pelo desenvolvimento das políticas de saúde mental, pela assistência e pela promoção das ações de saúde, incluindo a sociedade e a família neste contexto (Brasil, 2001). Para a

---

<sup>1</sup> Documento final da Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde, convocada pela Organização Pan-americana da Saúde em Caracas, Venezuela em 14 de novembro de 1990.

efetivação desta Lei, foi elaborada a Portaria nº 336 que define os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como serviços ambulatoriais de atenção diária que devem funcionar de acordo com a lógica territorial e visam à integração do usuário (Brasil, 2002).

Apesar do CAPS ter um papel central na reestruturação dos serviços em saúde mental, Paulon e col. (2011) encontram referências ao modelo tradicional mesmo nestes espaços, que surgem como ferramenta primordialmente de quebra do modelo asilar, anicomial, hospitalocêntrico. Porém, Maciel (2012) destaca que apesar das lutas político-ideológica e das inovações teórico-técnicas, o modelo hospitalocêntrico ainda se configura como dominante. Para ela a “reforma psiquiátrica deve atingir outro campo ideológico, transformando a relação da sociedade com a loucura, de forma a combater o preconceito e a exclusão social” (p.75).

Uma importante função do CAPS é buscar uma integração constante com as equipes da rede básica de saúde em seu território, tendo papel fundamental no acompanhamento, na capacitação e no apoio para o trabalho dessas equipes com as pessoas com transtornos mentais (Brasil, 2004). Minozzo, Kammzetsler, Debastiani, Fait e Paulon (2012) ao estudarem duas equipes de Atenção Primária a Saúde relataram a importância do grupo de saúde mental como dispositivo desinstitucionalizante na medida em que este se configure como um “espaço de cuidado psicossocial, que se utiliza da rede de saúde, dos recursos do território, da ampliação dos laços sociais e permite aos participantes perceberem-se sujeitos protagonistas em suas vidas” (p.223). Porém identificaram, ainda, a coexistência dos modos de atenção asilar e psicossociais nas práticas dos profissionais.

## **1.2. Reforma psiquiátrica e criação dos serviços substitutivos**

As diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) foram estabelecidas pela Constituição de 1988 em face da riqueza e pluralidade dos fazeres e saberes. Este sistema já nasce pautado nos princípios da Reforma Sanitária Brasileira. Seus objetivos visam à prevenção e promoção da saúde, de forma que seja capaz de garantir o acesso universal da população a bens e serviços que garantam sua saúde e bem-estar, de maneira equitativa e integral (Lopes & Melo Junior, 2012).

Neste processo de instalação do SUS, cria-se um sistema que se organiza através de redes interligadas, que devem ser acessíveis à população. A saúde mental se insere nesta rede. A ideia é que apenas um serviço não seria capaz de dar conta da complexidade do sujeito e de suas demandas de inclusão, sendo necessária toda uma rede de serviços que garantam resolutividade, promoção de autonomia e da cidadania (Brasil, 2004).

Desta forma, e partindo dos princípios da reforma psiquiátrica, as políticas públicas de saúde mental são planejadas tendo como referência novos paradigmas, uma nova ética que defende o respeito às diferenças, a preservação da cidadania e da identidade e a participação ativa na comunidade. Neste novo modelo de saúde mental são criados serviços substitutivos, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), os Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAMs), o Serviço Residencial Terapêutico (SRT), os Serviços de Emergência em Psiquiatria, os Hospitais-Dia, entre outros. Estes serviços supõem a “superação do modelo asilar, subentendendo que a instauração de novos serviços, de portas abertas, de base territorial, com maior interlocução com a comunidade, proporcionaria um curso diferente daquele atribuído à suposta doença mental” (Pande & Amarante, 2011, p. 2068).



Para Trindade, Rosa e Rotoli (2012) estas mudanças no atendimento, instaurando os serviços substitutivos, que aproximam os aparatos de saúde mental da sociedade como um todo, têm o intuito de garantir que a:

qualidade da assistência fosse uma prática fiscalizada pela sociedade e pelas autoridades de saúde locais procurando diminuir, desse modo, a exclusão social por muito tempo praticada em outros modelos de serviços e dar maior transparência da prática psiquiátrica. Esse novo modelo prevê, em síntese, que as pessoas com problemas mentais fiquem mais próximas as suas casas, do convívio familiar e da sua comunidade, o que representou grande avanço na atenção prestada em saúde (p. 265).

Esta nova lógica, assumida em diversos países, propõe que estes serviços se articulem de forma acessível e que possibilitem o resgate da cidadania. Para garantir isto, requer o envolvimento dos usuários, famílias e comunidade em todas as fases do processo de cuidado. Deve organizar-se de acordo com as necessidades e demandas dos usuários, articulando ações que objetivem uma melhor qualidade de vida e autonomia das pessoas com sofrimento mental, além da expansão de sua rede social e de relações. (Tansella, 2010 citado por Baccardio e col., 2011).

Nesta articulação entre os serviços, os CAPS assumem papel primordial, tendo a função de organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental do seu território. Esta rede pode ser composta por diferentes serviços substitutivos além de ações de saúde mental na atenção básica, centros de convivência entre outros espaços, garantindo a integralidade no atendimento (Brasil, 2004).

### **1.2.1. Centro de Atenção Psicossocial**

É após a ditadura militar, com a crescente insatisfação social e os clamores por maior liberdade, que o primeiro CAPS é inaugurado em São Paulo no ano de 1987. Nos anos seguintes, com a criação dos SUS o campo da saúde, coletiva e mental, passou por profundas e importantes transformações administrativa, jurídica, econômica, técnica e cultural (Lopes & Melo Junior, 2012).

O Ministério da Saúde (Brasil, 2004) define o CAPS como um serviço comunitário aberto, destinado a acolher os pacientes com transtornos mentais, oferecendo atendimento diário às pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, realizando acompanhamento clínico e apoiando a reinserção social por meio do acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento de laços familiares e comunitários. Suas atividades não se restringem ao seu espaço físico, extrapolando seus muros em contato com outros aparatos do sistema de saúde e se aproximando da sociedade em geral.

Ainda neste documento do Ministério da Saúde, que orienta o funcionamento do CAPS, podemos observar como se dá o atendimento. O CAPS deverá traçar um projeto terapêutico com o usuário e definir um Terapeuta de Referência (TR), que geralmente é o profissional que o acolheu. Este terá sob sua responsabilidade acompanhar o paciente e o contato com sua família. Deve ainda monitorar junto com o usuário o projeto terapêutico, modificando-o caso necessário e avaliando as metas traçadas (Brasil, 2004).

Os CAPS são classificados em cinco tipos: os CAPS I e II para adultos com transtornos mentais severos e persistentes; o CAPS III, que deve constituir-se em serviço ambulatorial de atenção contínua, durante 24 horas diariamente, incluindo feriados e finais de semana no atendimento de adultos com transtornos mentais severos e persistentes; o CAPSi, com atendimento diário a crianças e adolescentes; e por fim, o

CAPSad, voltado para usuários de álcool e outras drogas. Nesse tipo de CAPS existem leitos de repouso com a finalidade exclusiva de tratamento de desintoxicação.

Todos os CAPS devem obedecer à exigência da diversidade profissional e cada tipo tem suas próprias características quanto aos profissionais e suas quantidades. Segue uma tabela com a equipe mínima de acordo com cada tipo de CAPS.

*Tabela 1: equipes mínimas de acordo com o tipo de CAPS*

| Tipos de profissionais que trabalham nos CAPS – Equipes mínimas |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| CAPS I                                                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 médico psiquiatra ou médico com formação em saúde mental</li> <li>• 1 enfermeiro</li> <li>• 3 profissionais de nível superior de outras categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico</li> <li>• 4 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão</li> </ul>                     |
| CAPS II                                                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 médico psiquiatra</li> <li>• 1 enfermeiro com formação em saúde mental</li> <li>• 4 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</li> <li>• 6 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão</li> </ul> |
| CAPS III                                                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 médicos psiquiatras</li> <li>• 1 enfermeiro com formação em saúde mental</li> <li>• 5 profissionais de nível superior de outras categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário de nível superior</li> <li>• 8 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão</li> </ul>                                  |

|        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| CAPSi  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 médico psiquiatra, ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental</li> <li>• 1 enfermeiro</li> <li>• 4 profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico</li> <li>• 5 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão</li> </ul>                                                                    |
| CAPSad | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 médico psiquiatra</li> <li>• 1 enfermeiro com formação em saúde mental</li> <li>• 1 médico clínico, responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas</li> <li>• 4 profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico</li> <li>• 6 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão</li> </ul> |

Fonte: Tabela reproduzida a partir da cartilha do Ministério da Saúde sobre o CAPS (Brasil, 2004)

O acompanhamento oferecido pelo CAPS varia entre o Intensivo, Semi-intensivo e o Não-intensivo. Estes tipos de atendimento variam na intensidade da necessidade do paciente. Aqueles que estão em sofrimento intenso e que necessitam de um atendimento diário o receberão na modalidade Intensivo. Aqueles em que o sofrimento e a desestruturação psíquica são menores serão enquadrados no atendimento Semi-intensivo. E por fim, aqueles que não necessitem de acompanhamento contínuo, na modalidade Não-intensivo (Brasil, 2004).

Os CAPS são mecanismos essenciais para possibilitar a reinserção do sujeito em sofrimento psíquico na família e na sociedade, quebrando o isolamento e a estigmatização

aos quais foram impostos. Porém não basta a criação de novos serviços, não basta soltá-los, é preciso novas estratégias, novas formas de se relacionar com a loucura.

### **1.3. Voltando para casa: processo de desinstitucionalização em Campina Grande**

As mudanças decorrentes da reforma psiquiátrica pareceram demorar em chegar até Campina Grande. O ano de 2005 foi crucial. Após diversas denúncias de maus tratos e irregularidades, enfim uma comissão federal chega à cidade e em abril do referido ano descredencia do SUS o hospital psiquiátrico privado até então presente na cidade. Lá atendia não só o município de Campina Grande, mas diversas cidades circunvizinhas. Os internos eram em geral de baixa renda, alguns viviam ali há tantos anos que haviam perdido o vínculo com a família.

Foi, então, a partir do descredenciamento do referido hospital que a reforma chegou a essa cidade. Em três meses, uma comissão responsável pela intervenção federal assumiu a direção, fez mudanças emergenciais e encaminhou os pacientes conveniados pelo SUS para outros serviços. Não por coincidência, data também de 2005, a criação do CAPS III, que possui uma importante representatividade neste processo da reforma.

Souza e Eulálio (2011) relatam as experiências de uma comissão de intervenção com as famílias, montada para auxiliar nestes encaminhamentos. Primeiramente destacam a necessidade dos familiares de falar, revelando que possivelmente nunca tiveram espaço para isto. Ademais, os familiares mostravam visões ambíguas da situação, por um lado concordavam que o novo modelo e as novas intervenções pudessem ser de fato melhores, por outro desacreditavam na possibilidade de convivência com o parente possuidor do transtorno.

Santos Junior, Silveira, Gualda e Salim (2011) mostram que a comissão se esforçou para alocar estes pacientes que saíram do isolamento. Os internos eram considerados possíveis moradores das Residências Terapêuticas. Porém, após articulação da comissão e dos familiares logrou-se que algumas famílias os aceitassem de volta, garantindo moradia e apoio, que são fundamentais para o tratamento. Segundo Souza e Eulálio (2011) os familiares são o elo mais próximo entre o portador de transtorno mental e o mundo.

Hoje o Município já conta com uma ampla rede de serviços substitutivos, composta por sete CAPS, indo além do recomendado para uma cidade deste porte. Fazem parte desta rede: dois CAPS I nos distritos de Galante e São José da Mata, um CAPS II, um CAPS III, dois CAPSi, sendo um de intervenção precoce, um CAPSad, uma Unidade de Emergência Psiquiátrica, um Centro de Cultura e Lazer, nove Miniequipes de saúde mental nas Unidades Básicas da Estratégia de Saúde da Família (ESF), seis Residências Terapêuticas e 41 usuários credenciados no Programa de Volta pra Casa (Santos Júnior & Silveira, 2009; Andrade, Medeiros & Patriota, 2010).

Embora tenha tardado a efetivar os processos da reforma, é possível encontrar na cidade de Campina Grande bons exemplos de transformações. Cursos de pintura em tela e um projeto cultural itinerante mostram possibilidades de inclusão dos usuários no mercado de trabalho, acarretando melhoria da autoestima e a interação com outros serviços e usuários, ainda que demandem desafios para formação de cooperativas sociais que permitam aos usuários maior independência e melhor aceitação social (Azevedo, Ferreira Filha, Silva, Leite da Silva & Dantas, 2012).

Ainda de acordo com Azevedo e col. (2012), é possível observar que embora os profissionais que atuam no município avancem na reforma psiquiátrica e contribuam para

a inclusão social dos usuários, ainda permanecem com dificuldades em dar continuidade às suas práticas, assemelhando-se ao cenário nacional de transição.

## **CAPITULO 2: REVISÃO SISTEMÁTICA SOBRE REFORMA PSIQUIÁTRICA**

Para auxiliar na compreensão das questões relacionadas à reforma psiquiátrica, realizamos uma revisão sistemática da literatura nas bases de dados eletrônicas INDEXPSI e SciELO. Foram utilizados os seguintes descritores, exclusivamente em idioma português, considerando que este estudo se restringiu na busca por artigos relacionados ao processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil: “Reforma psiquiátrica” e “Saúde mental”. Dos resultados advindos desta busca foram incluídos artigos de pesquisa original que estivessem relacionados às práticas de profissionais dos serviços de saúde mental. Além disso, os artigos selecionados deveriam ter como base a análise de dados coletados no Brasil e data de publicação entre 2009 e 2014. Artigos de revisão, teses e dissertações não foram incluídos.

Uma análise inicial foi realizada com base nos títulos dos manuscritos e nos resumos de todos os artigos que preenchiam os critérios de inclusão ou que não estavam claro se deveriam ser excluídos. Após análise dos resumos, os artigos selecionados foram obtidos na íntegra e posteriormente examinados de acordo com os critérios de inclusão estabelecidos. Para a demonstração dos resultados foram construídas árvores de associação de sentidos, como proposto por Spink e Lima (1999).

### **2.1. Informações gerais**

Utilizando-se dos descritores anteriormente expostos foi possível localizar 40 artigos na base de dados INDEXPSI e 169 no SciELO, totalizando 209 artigos. Desta forma, retirando os artigos duplicados, ou seja, que constam em mais de uma base e feita a eliminação daqueles que não se referiam a práticas nos serviços de saúde mental, que



se referiam a estudos fora do Brasil ou que eram trabalhos teóricos ou de revisões bibliográficas, restaram 97 artigos para a análise dos resumos e na íntegra.

Analisando as duas bases de dados em conjunto, observamos que o número de publicações se manteve relativamente constante ao longo dos anos, ainda que tenha apresentado uma diminuição neste último ano. O quadro 1, a seguir, ilustra a abordagem metodológica e a distribuição temporal das publicações.

*Quadro 1: Abordagem metodológica e número de publicações por ano nas duas bases pesquisadas.*

| <b>Abordagem metodológica</b>       | <b>N</b>  |
|-------------------------------------|-----------|
| Qualitativa                         | 92        |
| Quantitativa                        | 4         |
| Multimétodos                        | 1         |
| <b>Total</b>                        | <b>97</b> |
| <b>Número de publicação por ano</b> | <b>N</b>  |
| 2009                                | 22        |
| 2010                                | 20        |
| 2011                                | 14        |
| 2012                                | 15        |
| 2013                                | 20        |
| 2014                                | 06        |
| <b>Total</b>                        | <b>97</b> |

Observamos que a abordagem metodológica com maior predominância foi a qualitativa (94,8%) em detrimento de estudos quantitativos (4,2%) ou multimétodos (1%). Serapioni (2012), ao abordar a questão do método qualitativo nas pesquisas, afirma que há um consenso de que podem enriquecer nosso conhecimento sobre a saúde e a organização dos cuidados de saúde, além de melhorar a descrição e a explicação de fenômenos complexos e emergentes.

O tipo de serviço onde encontramos o maior número de pesquisas realizadas foi o Centro de Assistência Psicossocial (37%), seguido de estudos com a rede de saúde mental, englobando dois ou mais serviços simultaneamente (24%). Outros dispositivos estudados foram os hospitais psiquiátricos (6%), residências terapêuticas (5%), ambulatórios especializados (3%), Unidades de Saúde da Família (3%), entre outros. Desta forma entendemos que o CAPS assume um papel de destaque, haja vista que foi criado como principal alternativa para as práticas institucionalizantes, para tentar garantir o atendimento aos que padecem de algum sofrimento mental sem isolá-los da sociedade. Kantorski, Oliveira, Antonacci, Teixeira e Alves (2013) destacam que “um dos potentes cenários para a pesquisa em saúde mental é o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), serviço estratégico para a organização da rede de atenção à saúde mental no território, bem como para a consolidação da Reforma Psiquiátrica brasileira” (p. 114).

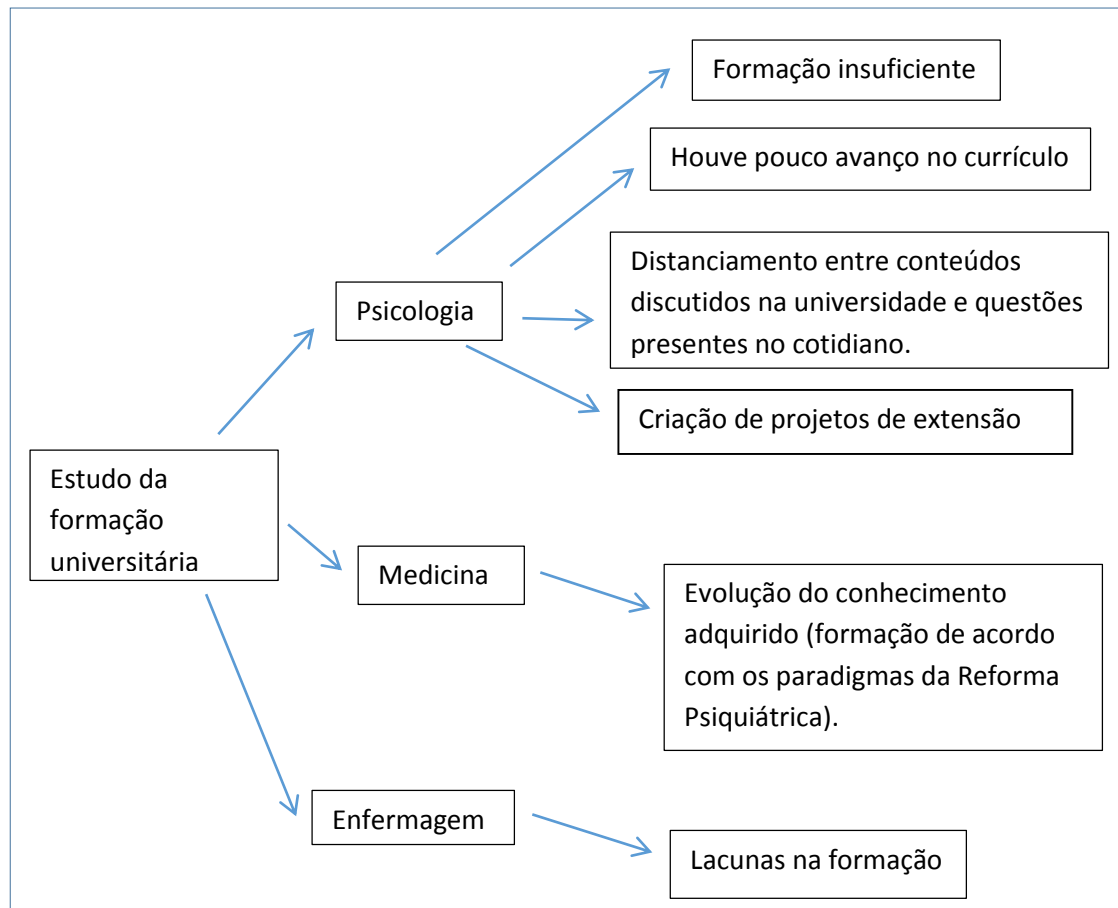
Agrupamos os resultados encontrados em quatro categorias que tiveram maior representatividade. Uma, referente às MODALIDADES DE FORMAÇÃO dos profissionais, onde apontamos quais formações foram discutidas nos artigos e quais as críticas a essas formações. Outra sobre as DIFICULDADES ENCONTRADAS para a consolidação do modelo da reforma psiquiátrica, seguida por uma categoria referente às PRÁTICAS QUE SÃO RELATADAS NOS DIVERSOS SERVIÇOS ESTUDADOS e uma última que remete aos CENÁRIOS ENCONTRADOS NAS PUBLICAÇÕES.

## **2.2. Formação dos profissionais de áreas da saúde**

A formação dos profissionais de saúde é extremamente importante para a compreensão da atuação nos serviços de saúde mental. Entre as profissões que tiveram sua formação estudada nos artigos que encontramos em relação à saúde mental e aos

paradigmas da Reforma Psiquiátrica estão a psicologia, enfermagem e a medicina. Os resultados serão apresentados a seguir no quadro 1.

*Quadro 1: Arvore de associação de sentido sobre os resultados das pesquisas sobre a formação acadêmica dos profissionais em relação a saúde mental.*



Os estudos referentes aos cursos de psicologia – que foram os mais frequentes – e os de enfermagem, avaliaram a formação negativamente, sendo apontados como motivos principais as lacunas existentes, a distância entre a formação e a prática, e a lentidão nos avanços em relação aos novos saberes e práticas para consolidar a reforma psiquiátrica (Sales & Dimenstein, 2009; Dassoler & Palma, 2011; Lara & Monteiro, 2012). No que diz respeito à psicologia, no Piauí, os resultados indicaram que apesar de ter ocorrido um amadurecimento dos debates da saúde coletiva, saúde mental e da atuação do psicólogo em contextos social-comunitários, os currículos ainda revelam uma dicotomia entre a clínica e a saúde coletiva (Vargas, Oliveira & Duarte, 2011). Os currículos avançam

lentamente em relação aos novos saberes e práticas que permitem o fortalecimento da reforma psiquiátrica no estado, porém mantêm os modelos asilar e psicossocial nos modos de formar e intervir dos psicólogos na saúde mental.

Ainda no caso da formação dos psicólogos, a criação de projetos de extensão aparece como respostas às defasagens curriculares. Boarini e Borges (2009) relatam o projeto intitulado “Formação do Psicólogo para Atuar em um Serviço Substitutivo (aos hospícios) de Atenção à Saúde Mental”, realizado no município de Itambé – PR. Este projeto de extensão possui atividades voltadas aos portadores de transtorno mental e a seus familiares, aos profissionais da saúde e à comunidade em geral, tem obtidos resultados que reforçam a importância de projetos dessa natureza como contribuição para a formação do psicólogo, e para as mudanças necessárias à consolidação da reforma psiquiátrica.

A publicação sobre a formação de medicina – avaliada positivamente – foi realizada no Curso de Medicina da Universidade São Francisco, em Bragança Paulista (SP), refere-se ao internato que ocorre no quinto ano com suas atividades realizadas no hospital-dia e no ambulatório. A metodologia da aprendizagem baseada em problemas ajudou na evolução do conhecimento adquirido dos alunos, assim como a sedimentação dos conceitos e práticas psiquiátricas adequadas à formação generalista. Os autores desta pesquisa (Paulin & Silva, 2009, p. 67) consideram que “a experiência relatada pode servir de modelo para a implantação de uma proposta de aprendizagem em saúde mental inserida nos preceitos da reforma psiquiátrica no Brasil, buscando-se implementar o desenvolvimento de práticas comunitárias e interdisciplinares”.

### **2.3. Dificuldades relacionadas a consolidação do modelo da reforma psiquiátrica**

A reforma psiquiátrica é um processo que ocorre gradativamente. Neste percurso podemos observar críticas diversas como reflexos de dificuldades que se originam desde a formação dos profissionais à organização dos serviços.

Vargas, Oliveira e Duarte (2011) apontam a dificuldade de inserção dos enfermeiros no campo da saúde mental, mantendo sua atuação atrelada ao modelo tradicional. Para os enfermeiros entrevistados, os problemas surgem na graduação de enfermagem, o que faz com que os profissionais não se sintam tecnicamente preparados para atuar em face das demandas psíquicas dos pacientes. Outro fator apontado é a falta de reconhecimento pela equipe, que embora valorize a presença do enfermeiro, não o reconhece como capacitado técnica e terapeuticamente.

Entre as dificuldades estão também a questão da gestão e da política, como pontos-chaves para a mudança dos modelos adotados. A gestão, em seus diversos níveis, é vista como algo que poderia impulsionar as mudanças, porém que na prática, dada as dificuldades encontradas no dia a dia, ela é vista como algo limitadora, dificultando a consolidação de um modelo assistencial diferente (Sampaio, Guimarães, Carneiro & Garcia Filho, 2011; Severo & Dimenstein, 2011; Oliveira & Conciani, 2009). Historicamente a reforma psiquiátrica é também um movimento político. Lara e Monteiro (2012) ao estudar os CAPS I, II e III, como regulamentado pela portaria 336/GM (Brasil, 2002), que compunham a rede de saúde mental, observaram haver evoluções das práticas desenvolvidas pelos psicólogos, aproximando-se da proposta de atenção psicossocial, como defendida pela reforma psiquiátrica brasileira. Embora os CAPS tivessem sido avaliados positivamente, foram apontados problemas como a má política de gestão do trabalho, a escassez de recursos e a pouca articulação externa.

Heck e col. (2008) enfatizam a função do gestor de possibilitar condições técnicas e políticas para assegurar o direito ao tratamento, a organização de uma rede de atenção integral a saúde, através de dispositivos sanitários e socioculturais que integram várias dimensões da vida do indivíduo. Além disso, compreendem a importância e a vontade política dos gestores como algo crucial, assim como a necessidade de possuírem o entendimento de que é possível ser diferente na assistência ao portador de sofrimento psíquico.

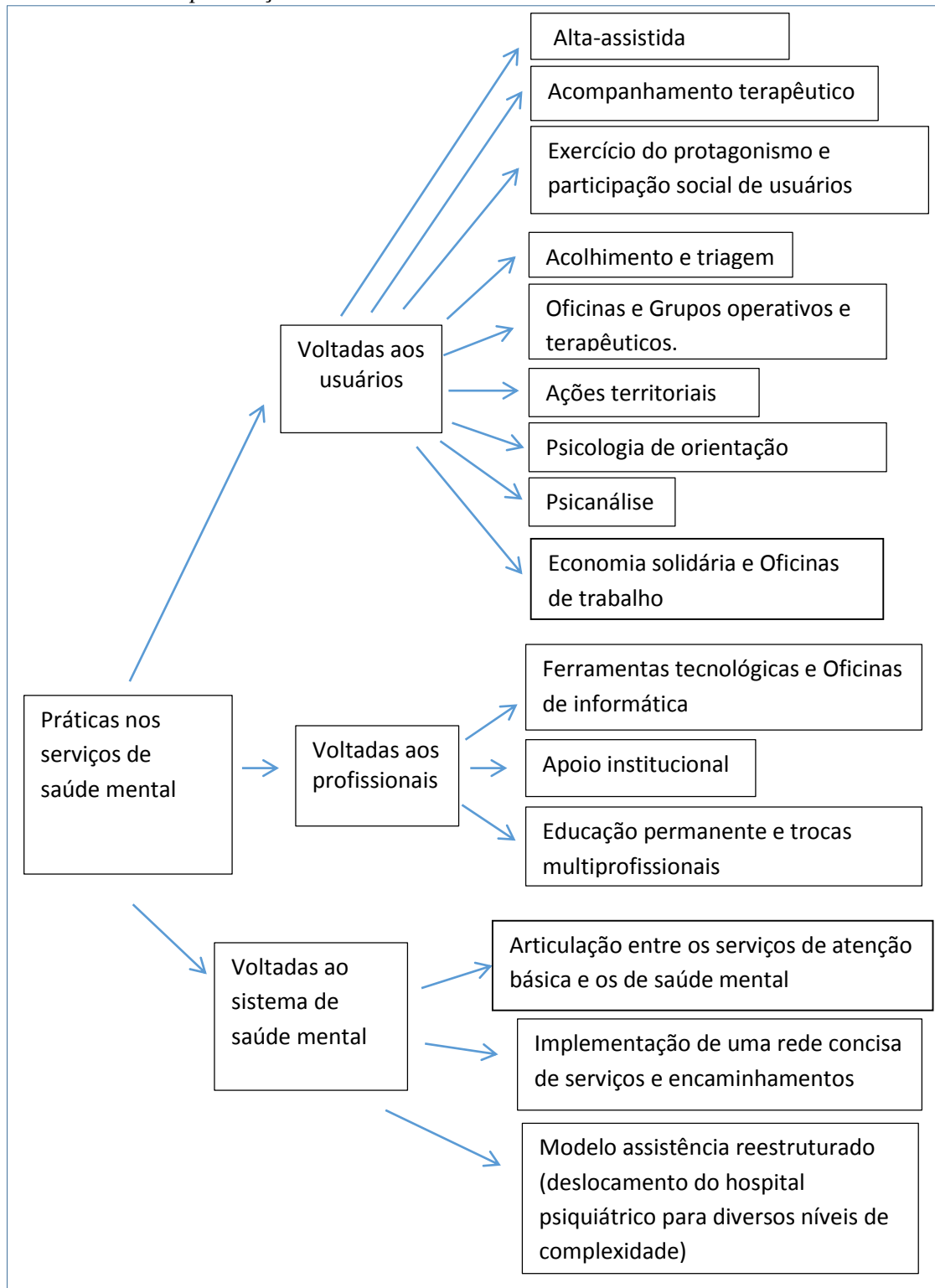
Outra dificuldade é a questão familiar, que é percebida como ponto fundamental do novo modelo de saúde. É atribuído ao convívio e ao fim do isolamento em hospitais psiquiátricos o diferencial e crucial para saúde e para a cidadania dos indivíduos em sofrimento psíquico. Pinho, Hernández e Kantorski (2010) destacam que os trabalhadores de saúde mental apesar de manifestarem a importância da família no tratamento do usuário, ainda a representam pautada na responsabilização e culpabilização, quando estas se afastam do tratamento. Para eles “aos poucos, a ‘parceria’ vai dando espaço ao ‘distanciamento’, como dimensão cuidadora nos serviços de saúde mental” (grifos dos autores, p. 103).

#### **2.4. Práticas relacionadas aos serviços de saúde mental**

Pode-se observar que há pelo Brasil distintas experiências nos diferentes dispositivos de saúde mental. As práticas apresentadas foram divididas em três categorias: aquelas voltadas aos usuários, que descrevem intervenções realizadas com os mesmos; as voltadas aos profissionais, que são formas de amenizar as lacunas da formação e também de auxiliar nesse processo de transição entre o modelo tradicional e o modelo preconizado pelo movimento que ficou conhecido como a reforma psiquiátrica; e, por fim, ao sistema

de saúde mental brasileiro, que é composta por ações que permitiram a melhor adequação dos mesmos. As diversas práticas relatadas ao longo das publicações serão apresentadas na árvore de associação de sentido do quadro 2 a seguir.

*Quadro 2: Árvore de associação de sentido sobre práticas relacionadas aos serviços de saúde mental relatadas nas publicações.*



Estas práticas parecem revelar uma tentativa de inovação. Mesmo as mais tradicionais como a psicanálise, por exemplo, são rediscutidas para se reafirmarem como importantes neste contexto (Dassoler & Palma, 2011). A clínica passa por reelaborações importantes. Os dispositivos de saúde mental se abrem para funcionar como uma nova expansão da psiquiatria no espaço extramuros, e para isso utiliza-se de métodos mais sutis de controle que opera tanto a partir das instituições de saúde quanto da própria subjetividade dos usuários (Rauter & Peixoto, 2009).

No contexto atual da atenção à saúde mental, assim como na psicologia em geral, observamos diferentes modelos clínicos – clínica do sujeito, clínica transdisciplinar, clínica ampliada, psicanálise, entre outros. Além disso, abre-se espaço para diferentes abordagens, a exemplo da psicologia positiva, que se apresenta como uma “prática fundada num novo olhar sobre o sujeito, buscando a ênfase e o desenvolvimento de aspectos ‘virtuosos’ como possibilidade de alcançar a saúde em seu sentido mais pleno, caminhando junto à promoção de saúde” (Lemos & Cavalcante, 2009, p. 233), o que a caracterizaria como diferente em relação a práticas tradicionais em psicologia voltada para a saúde mental.

Referente às práticas voltadas aos profissionais, destacamos a importância da gestão. O apoio institucional parece crucial para a consolidação das novas práticas, provocando efeito nos modos de trabalho das equipes (Dimenstein & Bezerra, 2009). Há uma necessidade de reflexão dessa atuação, considerando a formação de muitos profissionais, onde este cuidado diferenciado dos modelos tradicionais, a partir dos projetos terapêuticos individuais que consideram aspectos além da doença, muitas vezes não são ensinados ou valorizados (Queiroz & Delamuta, 2011). É neste aspecto que se faz necessária menção a importância da continuidade dos estudos e do constante contato com outros profissionais.



Ao estudar o Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, Queiroz e Delamuta (2011) avaliaram que se, no processo de trabalho, os profissionais do serviço possuísem espaços de conversa mais sistemáticos sobre os projetos terapêuticos e a história de vida dos usuários, facilitaria e os deixaria mais à vontade para transitar além de suas especificidades profissionais, promovendo uma prática menos compartimentada e mais compartilhada e inventiva.

Ainda nesta linha, da necessidade profissional e do debate da prática, Tanikado e Maraschin (2012) mostram uma intervenção a partir de ferramentas tecnológicas. Eles realizaram uma oficina com os profissionais da rede pública de atenção à saúde mental que resultou na construção de um *website* pelos trabalhadores. Essa tecnologia funcionou como um dispositivo de virtualização das práticas do serviço, que levou a problematização das mesmas. Eles destacam que “um desses analisadores [produzidos na problematização fomentada pelo *website*] foi a coabitação de discursos dicotômicos sobre o cuidado em saúde mental, derivados do modelo manicomial e do proposto pela reforma psiquiátrica” (p. 143).

Referente aos sistemas de saúde, percebemos a necessidade da integralidade entre os diferentes aparatos. Esta concepção faz parte dos princípios do Sistema Unificado de Saúde (SUS), mas extrapola a normatização da estruturação dos serviços de saúde brasileiro, e ganha novo significado a partir das concepções da reforma psiquiátrica, pois é através desta possibilidade de acesso a diferentes serviços sociais e de saúde que o sujeito tem garantias da cidadania, ponto chave para este processo. Além dos benefícios para os usuários, os profissionais podem encontrar nesta rede, bem articulada, amparo para suas práticas cotidianas, em constante intercâmbio com outros profissionais e instituições que complementam e viabilizam este novo modelo de saúde mental.

Neste aspecto a estratégia denominada Apoio Matricial parece se destacar nas publicações pesquisadas. Esta estratégia busca o funcionamento efetivo da rede, onde os CAPS, enquanto serviço de Saúde Mental, devem atuar como articulador, trabalhando em conjunto com as Unidades Básicas e com outros setores. Em publicações mais antigas, como a realizada em Natal em 2009 por Dimenstein e col., os profissionais, embora reconhecessem a importância desta colaboração entre as equipes, não conseguiam perceber efetivamente um trabalho articulado, haja vista a necessidade de se superar a forma de relacionamento, burocratizada e hierarquizada, entre os serviços.

Mais recentemente, em 2013, a estratégia do apoio matricial foi positivamente avaliada. Prates, Garcia e Moreno (2013), em uma experiência realizada em São Paulo, concluíram que esta metodologia contribuiu para a construção de práticas baseadas na lógica de reabilitação psicossocial. Não foi possível constatar se a diferença entre a avaliação e efetivação da estratégia foi diferente pelo decorrer do tempo ou pelas diferenças no contexto das cidades pesquisadas.

Ressaltamos aqui que, para além do CAPS, outros serviços passaram a serem ofertados, novas demandas foram aparecendo desvelando questões mais amplas, referentes à saúde e direitos, que ainda precisam ser debatidas. Isto explica a necessidade das redes de saúde serem bem articuladas, bem consolidadas, facilitando este processo psicossocial, que posteriormente extrapola as discussões legais e retorna a questão da saúde.

## **2.5. Cenários dos serviços de saúde mental encontrados nas publicações**

Os cenários encontrados nas publicações parecem revelar um quadro predominantemente de transição, onde o modelo anterior ainda não foi completamente abandonado, mas já se encontram espaços preenchidos por algo novo. Houveram

referências a locais onde o novo paradigma já está mais estabelecido, e as pesquisas encontraram resultados mais efetivos neste aspecto, e outros onde o modelo tradicional, hospitalocêntrico, ainda se configura como principal forma de organização. É importante ressaltar que houve referências a este segundo modelo mesmo nos espaços do CAPS, que surge como ferramenta primordialmente de quebra do modelo asilar, manicomial, hospitalocêntrico.

Ainda que de forma menos expressiva, algumas publicações relataram experiências que efetivaram a ruptura com os moldes tradicionais de saúde mental. Foram encontrados espaços e práticas alteradas pelo modelo proposto pela reforma psiquiátrica, mostrando ações e caminhos possíveis para uma integração da pessoa em sofrimento psíquico, sem excluí-la da sociedade e do mundo da cidadania (Paulin & Silva, 2009; Zgiet, 2013; Arce, 2014). Reconhece-se, no entanto, as limitações e dificuldades impostas e anteriormente discutidas nessa revisão.

Sampaio, Guimarães, Carneiro e Garcia Filho (2011), em sua análise sobre os serviços substitutivos, apontam estratégias de enfrentamento dessa problemática - ruptura de um modelo e a instalação de outro - entre as quais se destacam: a ressignificação dos espaços, das práticas e das relações entre os diferentes sujeitos-gestores, trabalhadores e usuários; adoção de mecanismos de cogestão; e, supervisão clínico-institucional.

Cabe aqui ressaltar que há diversas abordagens para qualificação da assistência à saúde e de gestão no SUS, e que é possível identificar duas tendências principais. A primeira, ainda dominante, põe ênfase nos processos de racionalização das práticas médico-hospitalares, buscando a melhoria contínua da qualidade por meio da protocolização dos processos. A segunda tem por base uma perspectiva dialógica e comunicativa e se ampara na mobilização dos coletivos de trabalho em torno de um projeto, valorizando-se a dimensão relacional e intersubjetiva da problemática da gestão

e da produção do cuidado em saúde. Embora as duas tendências pareçam desconexas, são na verdade complementares (Azevedo, 2012). Esta segunda tendência mostra a necessidade de cogestão dos agentes envolvidos, apontando que a questão da gestão não está restrita a cargos, embora também englobe isto.

Esta questão está intrinsecamente relacionada às novas práticas que surgem nos diversos aparatos do sistema de saúde mental. Foram relatadas diversas ações realizadas nos serviços voltados a saúde mental – alta-assistida, acompanhamento terapêutico, clínica do sujeito, clínica transdisciplinar, psicologia de orientação positiva, psicanálise, acolhimento e triagem, oficinas e grupos operativos e terapêuticos, ações territoriais – dentre elas algumas mais clássicas e outras mais inovadoras. Meirelles, Willrich, Kantorski e Hypolito (2008) mostram que neste contexto de crescente implantação de serviços substitutivos, há também a necessidade de ampliar a capacidade de transformação das práticas e do modelo de atenção à saúde.

Dessa forma, os atendimentos clínicos, considerados essenciais para a assistência à saúde mental, não são excluídos do plano terapêutico, mas apenas deixam de ser únicos e/ou centrais, ao mesmo tempo em que se requer que sejam transformados em uma clínica que dê conta das especificidades de sua clientela. Abre-se espaço para diversas atividades que podem ser propostas e desenvolvidas junto aos pacientes, de modo que a criatividade e o acolhimento tornem-se fatores essenciais para a atuação dos profissionais, que passam a necessitar (re)inventar práticas, como forma de alcançar a singularidade de cada paciente (Moraes, Dias, Romio & Peixoto, 2011).

Minozzo, Kammzetsler, Debastiani, Fait e Paulon (2012) ao estudar duas equipes de Atenção Primária a Saúde relataram a importância do grupo de saúde mental como dispositivo desinstitucionalizante, na medida em que este se configure como um “espaço de cuidado psicossocial, que se utiliza da rede de saúde, dos recursos do território, da

ampliação dos laços sociais e permite aos participantes perceberem-se sujeitos protagonistas em suas vidas” (p. 323). Porém identificaram, ainda, a coexistência dos modos de atenção asilar e psicossocial nas práticas dos profissionais. Isso corrobora a discussão levantada sobre a gestão, atuação dos profissionais e sobre a formação deste, e traz à tona novas discussões sobre este processo de transição.

De fato, a maioria das publicações, revelam este processo de transição, apontando diversas dificuldades para a efetivação da reforma psiquiátrica. Neste aspecto destacamos os estudos referentes ao empoderamento dos usuários, que aparece nas discussões como conceito chave.

Figueiró e Dimenstein (2010), ao pesquisar sobre o CAPS, concluíram que seu modo de funcionamento e gestão, além da concepção terapêutico-clínica da equipe, tendem a dificultar as possibilidades de ajuda mútua entre os usuários o que atrapalha o empoderamento dos mesmos.

Pinho, Kantorski, Olschowsky, Schneider, Lacchini (2014) ao analisar o discurso sobre a prática dos trabalhadores de um CAPS perceberam uma pluralidade de manifestações ideológicas, algumas referentes à mudança das práticas, revelando características inovadoras e criativas, e outras à manutenção de modelos obsoletos, que dificultam ou até mesmo impedem essas mudanças. Concluem ainda, ressaltando a importância de se trabalhar continuamente no dia a dia dos serviços estas questões.

## **2.6. Considerações finais**

Parte inerente de toda revisão sistemática é avaliação crítica das publicações investigadas. Neste estudo foram utilizados apenas artigos encontrados em bases de dados já consolidados e que foram considerados relevantes para a difusão das pesquisas realizadas, desta forma, consideramos confiáveis as informações encontradas.

Notamos ainda, o papel de destaque que o CAPS ocupa neste complexo processo enquanto serviço substitutivo. Porém, ainda nele se encontram práticas e concepções voltadas para o modelo asilar. O indivíduo neste espaço ainda corre o risco de ser tutelado pelos profissionais de saúde. As publicações mostram essa coexistência entre os dois modelos e o confronto constante entre eles.

Referente às práticas estudadas nos últimos anos observa-se que, embora sejam apontadas mudanças, poucas foram as desconstruções da lógica institucional, como propunha Amarante (2011). Ao que parece, os conceitos norteadores de práticas hospitalocêntricas, biomédicas, aparecem mesmo em espaços que surgem com a proposta de ruptura. O cenário predominante é de transição, com o aparecimento de práticas inovadoras coexistindo com concepções ligadas ao modelo hospitalocêntrico.

Este último ponto está refletido também na questão da formação, que é apontada como lacunar, insuficiente, para os cursos de psicologia e enfermagem estudados. É bem verdade que nenhum curso é capaz de dar conta de toda demanda da prática, o que não significa que deva estagnar ou conformar-se. É preciso, sim, estar atento às novas configurações e às necessidades que se imporão aos futuros profissionais.

É reconhecida a importância da gestão e da política para a consolidação das práticas, porém não parece tratar apenas disso. A questão principal não é a criação de novas técnicas, mas a desconstrução de velhos conceitos, de velhas formas de enxergar a saúde, e isto precisa ser feito por todos os envolvidos, tanto profissionais, como usuários e a sociedade em geral.

Desta forma, observamos que a reforma psiquiátrica, embora represente um processo complexo, tem encontrado, não sem dificuldades, formas de concretizar-se. O desafio que parece se impor neste momento é exatamente esta dimensão mais profunda,

de desconstrução de conceitos, fundamental para consolidação do modelo de saúde mental que parece representar um avanço.

### **CAPITULO 3: ERGOLOGIA E TRABALHO**

A abordagem ergológica compreende o sujeito como capaz de pensar sua relação com o trabalho, produzir interpretações das situações e de suas condições, de socializar em atos intersubjetivos, além de reagir e reorganizar-se mentalmente, afetivamente e fisicamente. Desta forma, em função das interpretações, o sujeito age sobre o próprio processo de trabalho e contribui para a construção e a evolução das relações sociais do trabalho. Assim, a ergologia permite a “elaboração da vivência das atividades humanas, desvendando a vivência dos sujeitos em relação à organização do trabalho e perceber aquilo que é fonte de pressões, de dificuldades, de desafios, suscetíveis de gerar inquietações e prazer” (Lima & Bianco, 2009, p 631).

Em função disso, a ergologia possui quatro pressupostos: pensar o geral e o específico, assim como suas relações; a articulação entre diversas disciplinas e a interrogação de seus saberes, sendo assim pluridisciplinar; buscar identificar nas atividades as normas antecedentes e as variabilidades, as normas que se impõem e as normas que se instauram, assim como compreender que a análise do trabalho não pode ser realizada à parte do campo dos valores, da epistemologia e da ética; e por fim, a promoção de produção de saberes sobre o ser humano, pois o encontro sempre histórico entre os dois saberes (científico e prático) não pode ser antecipado, é sempre uma descoberta (Barros e Fonseca, 2004).

#### **3.1. Considerações sobre o trabalho sob a perspectiva ergológica**

De acordo com Schwartz (1996) o trabalho é produtor de laços sociais, no entanto, ainda que os indivíduos compartilhem pontos em comum, cada um desenha a noção de



trabalho segundo seus próprios valores. Por isso, muitas vezes o trabalho é associado à conteúdos da atividade, à remuneração, a um estatuto ou um contrato de troca de prestações de serviço, ou a uma simples ocupação de lugar num conjunto social. Porém, mesmo que não estejam aparentes, valores que não são de mercado, estão presentes, o pagamento monetário do trabalho não é em nada um modelo para uso do gênio humano. Entretanto, não podemos desconectar totalmente a atividade de sua contrapartida econômica, pois cometeríamos o erro de subestimar o endereçamento social das dramáticas do uso de si, cuja valorização ou reconhecimento em dinheiro é nas condições atuais, um elemento importante.

O ponto de vista ergológico ressalta a dificuldade em captar o que é o trabalho por ser sempre apreendido na mudança. De fato, o trabalho humano está em constante modificação, o que seria consubstancial a sua natureza. Porém, há ritmos e períodos onde temos a impressão de que isto ocorre de forma mais intensa (Schwartz, 2010), como no exemplo do processo de reforma psiquiátrica, onde novos paradigmas impõem mudanças mais profundas nos contextos de trabalho.

As constantes transformações fazem com que a forma de relação de trabalho torne-se muito complexa e cada vez mais mutável. Se o trabalho nunca possuiu um formato único, atualmente está ainda mais diversificado, levando a uma confusão que torna sempre mais difícil saber o que é trabalhar (Schwartz, 2010).

A ergologia considera que a atividade humana é muito complexa para ser compreendida e analisada a partir de uma única disciplina. Ela não se trata de uma disciplina no sentido de um novo domínio do saber. Desta forma, mais do que sobrepor o conjunto de saberes, trata-se de uma dialética, tendo em vista que “todas são necessárias, embora nenhuma seja suficiente” (Trinquet, 2010, p. 94).

O ângulo pelo qual a ergologia aborda o trabalho é aquele que tende a ser negado-ignorado pelas organizações, que focam principalmente na tarefa, no prescrito. É o ângulo do trabalho vivo, onde há vida e não mera execução, que busca identificar os possíveis presentes nas atividades. Encontrar a vida presente no processo de trabalho é essencial para compreender as elaborações feitas pelos trabalhadores, o que pressupõe um tipo de saber, uma inteligência da prática, que deve sempre ser considerada (Brito, 2005).

O trabalho, através das mediações que proporciona entre o homem e sua existência com a natureza, é capaz de humanizá-lo – entre “o universo da vida material, mediações entre os homens e da relação consigo mesmo, que permitem a existência da sociedade, da cultura e da subjetividade, em suma, o universo social e cultural” (Milhomem & Oliveira, 2007, p. 102).

Todo trabalho deve ser pensado de maneira abrangente, situado, em constante diálogo com a história e com os contextos no qual está imerso. No caso do trabalho voltado à saúde não é diferente, a ele não compete um objeto natural, abstraído das relações históricas. Desta forma, ao longo de sua existência como campo técnico-científico a assistência à saúde mental estruturou diferentes objetos, instrumentos e finalidades (Milhomem & Oliveira, 2007).

É considerando estas especificidades históricas que o trabalho em saúde mental se organiza e se configura. Com as desconstruções teóricas e práticas levantadas pelo processo da Reforma Psiquiátrica este sistema de assistência passa por reformulações e mobiliza diversos profissionais nos seus cotidianos laborais para suprir os objetivos indicados.

Assim, considerando-se de um lado, as contraintes institucionais e pessoais, e de outro a especificidade do trabalho em saúde, no exercício profissional, as ações são reconfiguradas permanentemente pelas escolhas cotidianas dos sujeitos. Portanto, para alcançar mudanças no

modelo assistencial é preciso considerar essas dimensões que ultrapassam o modelo tradicional prescrito de políticas. Há necessidade da construção de um processo de co-responsabilização entre profissionais, usuários e gestores na definição e realização da atenção à saúde, em que se incluem a gestão e o controle social (Scherer, Pires & Schwartz, 2009, p 722).

A ergologia, desta forma, tendo como base a descoberta das lacunas entre o prescrito e o real, dá ênfase à análise da atividade em toda sua complexidade, em suas interações entre conflitos, engajamentos, normas, entre aspectos mais específicos de uma organização e outros de contextos mais gerais, etc. Propõe que as discussões sobre o trabalho e conseqüentemente o conhecimento produzido deve considerar o conhecimento e experiência dos trabalhadores, o geral e o específico da atividade, suas normas e variabilidades e a exigência da conversa entre as várias disciplinas e o constante questionamento a respeito de seus saberes (Hennington, 2007).

A construção deste conhecimento sobre o trabalho, de acordo com a abordagem ergológica, está sustentada em três polos:

- a) “um pólo da atividade humana”, que não cessa de retratar os saberes e os valores em situações singulares e que está engajado na transformação do mundo.
- b) “um pólo dos saberes formais”, aquele dos conceitos que foram conquistados sobre as “aderências locais”, que alcançaram o nível de generalidade indispensável para transferir, antecipar, progredir;
- c) “um pólo que supervisiona as trocas” e fecundações recíprocas dos dois primeiros pólos e que tem uma dupla característica: de “uma exigência ética”: a modéstia, a humildade na abordagem da atividade, porque nenhuma palavra, nenhum discurso, nenhum modelo pode antecipar e dizer tudo de antemão sobre os conteúdos

dessa atividade (...); de “uma exigência epistemológica”: a produção de saberes formais a partir de saberes ocultos na atividade não é fácil; o conceito tende para o geral, quando, pelo contrário, a atividade tende para o específico. Esta tensão do geral e do específico está justamente no âmago do processo ergológico. (Durrive, 2002, p.27, grifos do autor)

### **3.2. Atividade: prescrito x real na Reforma Psiquiátrica**

Para que um trabalho seja realizado é necessário sempre uma prescrição, que consiste nos objetivos definidos, nas regras e procedimentos que remetem aos resultados esperados e a maneira de obtê-los. Esta prescrição é feita não só pela instituição, mas também pela sociedade e ainda pelo próprio trabalhador e pelos colegas de trabalho, de forma individual ou coletiva. A prescrição refere-se ao oficial, mas também o oficioso, a maneira como os trabalhadores se organizam para fazer ou não o que está prescrito.

A tarefa corresponde a um conjunto de objetivos e metas dadas aos trabalhadores e a um conjunto de prescrições que indicam como atingir esses objetivos. A tarefa impõe um modo de definição do trabalho em relação ao tempo, porém ela, geralmente, não considera as singularidades dos trabalhadores, seus pensamentos e valores. É exterior, separada e imposta (Guérin e col., 2004).

Embora o conceito de trabalho prescrito e a expressão normas antecedentes remetam ao que é exigido ou apresentado ao trabalhador antes de o trabalho ser realizado é preciso distingui-los. As normas antecedentes referem-se as construções históricas, é um patrimônio conceitual, científico e cultural, de saberes-fazer, que se estabelece como

aquisição da inteligência coletiva e da experiência acumulada, patrimônio da humanidade em sua totalidade (Barros & Fonseca, 2004).

O trabalho real é o que corresponde à atividade realizada, ao que é avaliado na incerteza, descartado com pesar ou sofrimento, por meio do debate de normas sempre presente (Scherer, Pires & Schwartz, 2009). Dessa forma a atividade é mais do que a realização de uma tarefa, deve-se considerar as restrições e as vantagens dispostas pelas variabilidades. Há sempre uma lacuna entre a tarefa (o prescrito) e a atividade (a realidade concreta), e isto se encontra em todos os níveis de análise.

Neste contexto, os próprios trabalhadores criam normas para o enfrentamento das variabilidades, se engajam em um processo de antecipação do que pode ir contra si. No entanto, nas situações onde os sujeitos devem encontrar e decidir os meios para atingir os objetivos, há um processo de retrabalho das normas antecedentes, um processo denominado de renormatização. Segundo Schwartz (2000), todo homem é necessariamente sujeito de suas próprias normas, por isso o constante debate de normas.

Ao trabalho parece sempre se impor esta dinâmica, não há como realizá-lo seguindo estritamente a tarefa, tão pouco é possível descartá-la por completo. Então trabalhar é justamente o preenchimento das lacunas entre o prescrito e o real, e isto não tem como ser completamente antecipado. Reside nesta imprevisibilidade o potencial transformador da atividade. Este caminho deve ser constantemente inventado ou descoberto pelo sujeito que trabalha (Schwartz, 2010).

A análise da atividade de trabalho permite observar um entrecruzamento de normas antecedentes e tentativas de renormatização. Nas situações de trabalho, justamente por sua imprevisibilidade, ocorrem debates permanentes de valores que resultam em escolhas feitas pelos indivíduos e pelos coletivos. Essas renormalizações são

as gestões de variabilidades impossíveis de serem antecipadas, pois são feitas por seres e grupos singulares e em situações de trabalho igualmente singulares (Brito, 2005).

É na desconstrução de conceitos que reside à reforma psiquiátrica, ou seja, na desconstrução de prescritos que já não servem ao atual contexto. Porém outros rapidamente são criados para substituí-los permitindo a operacionalização do trabalho em saúde mental. No Brasil as experiências italianas logo ganharam destaque servindo de modelo, mais que as experiências ocorridas em outros países, como Inglaterra, EUA ou França.

É através da desinstitucionalização que o modelo clássico da psiquiatria deve ser transformado. Este processo teve início na Itália com um grupo de psiquiatras que contestavam a maneira que a terapia estava sendo realizada, destacando-se as críticas tecidas por Basaglia que dá início a um movimento antimanicomial, profundamente marcado pela defesa dos direitos humanos e o resgate da cidadania dos chamados doentes mentais (Amarante, 2011).

Desta forma os novos prescritos ganham espaço, experiências passadas ganham corpo e começam a impulsionar mudanças. Aos diversos trabalhadores, e extrapolando esses muros para a sociedade, é solicitado que se impliquem, que possam utilizar suas competências, capacidades e recursos para que na atividade possa se concretizar a tarefa. Neste processo intensificam-se os debates de valores fomentados nos diversos coletivos de trabalho.

Ramminger (2009) levanta a discussão sobre a situação dos trabalhadores de saúde no Brasil, onde, de um lado, encontram-se frente a uma inflação de normas e, de outro, paradoxalmente faltam-lhes normas essenciais para realização da atividade. O trabalhador se encontra com um conjunto de metas difíceis, mas sem meios para alcançá-las.

Porém, neste processo é problemático estabelecer quais as competências apropriadas para o trabalho, assim como, em geral o é na área da saúde, onde o objeto é muito complexo e as situações de trabalho dificilmente padronizáveis, tendo em vista que cuidar envolve um encontro que é sempre singular entre sujeitos.

Os ofícios de cuidados à saúde não são exceções às características gerais do trabalho como gestão. Na verdade, talvez levem ao extremo essa gestão de normas e valores, tendo em vista que os serviços de saúde atendem demandas complexas e com muita variabilidade, o que dificulta sua padronização (Scherer, Pires & Schwartz, 2009). Desta forma, é solicitado aos profissionais uma autonomia para traduzir normas gerais a casos particulares e para arbitrar sobre o serviço que deve prestar para atender às necessidades de saúde.

Nestes serviços percebe-se um encontro entre diferentes vontades, sujeitos e necessidades. Os sujeitos que vivenciam a doença têm que lidar com outras formas de vida, a partir desta experiência, enquanto que os trabalhadores da saúde objetivam principalmente potencializar a capacidade normativa do doente, enquanto renormalizam permanentemente sua própria atividade, e isto vai ser diretamente influenciada pelas experiências dos próprios trabalhadores (Ramminger & Brito, 2008).

É esta gestão da distância entre o trabalho prescrito e o real que está na origem da subjetividade do/no trabalho. É neste momento que a personalidade, a individualidade, a história sempre singular, tanto individual quanto coletiva, é expressa. Segundo Durrive e Schwartz (2008, p. 25):

Na origem, um drama – individual ou colectivo – tem lugar quando ocorrem acontecimentos, que quebram os ritmos das sequências habituais, antecipáveis, da vida. Daí a necessidade de reagir, no sentido de: tratar esses acontecimentos, “fazer uso de si”. Ao mesmo tempo, isto produz novos acontecimentos, por conseguinte, transforma a

relação com o meio e entre as pessoas. A situação é então matriz de variabilidade, matriz de história porque engendra outros possíveis em razão das escolhas a fazer (micro-escolhas) para tratar os acontecimentos. A atividade aparece então como uma tensão, uma dramática.

Nesta perspectiva, a ergologia rompe com a visão do trabalho limitado ao que é previsível. Ela assume a hipótese, já presente na ergonomia, de que é impossível eliminar os espaços entre a tarefa e a atividade, pois, embora o indivíduo opere para chegar o mais próximo possível dos objetivos fixados, ele nunca se detém apenas ao prescrito. Isso decorre do fato de que o sujeito é dotado de valores e as escolhas e julgamentos orientados por eles impõe uma distância entre a tarefa e a atividade. Essa dimensão criativa não pode ser eliminada, posto que no decorrer do processo criativo o sujeito produz também sua existência, faz história. A atividade de trabalho é, na verdade, a maneira pela qual as pessoas se engajam na obtenção dos objetivos de trabalho, utilizando os meios que estão a sua disposição (Lima, 2007).

### **3.3. Os usos de si**

No cotidiano do real do trabalho os sujeitos são requisitados a gerir o meio através de microdecisões, e isto remete ao conceito de *dramáticas do uso de si*, onde não existe uma relação dicotômica entre gestores e geridos em uma organização, todos, independentemente do nível hierárquico, são gestores do próprio trabalho e toda atividade é sempre uma dramática do uso de si (Athayde & Hennington, 2012).

É então, pelas lacunas que se criam entre o real e o prescrito, pelo que escapa a antecipação, que o meio se torna infiel, impossível de ser completamente antecipado. Exige-se, pois, dos sujeitos que se impliquem, que possam realizar a gestão desta



infidelidade, e isto não pode ocorrer através da mera execução, é demandado ao sujeito um uso de si. “Há um apelo a um ‘uso’, não somente a uma execução. (...) É necessário que ele atribua a si próprio leis para dar conta do que falta” (Schwartz, 2010, p 189).

O sujeito ao utilizar suas próprias capacidades, recursos e escolhas para gerir esta infidelidade, faz uso de si, ressignifica e singulariza ainda mais este meio, o que implica no aumento da variabilidade do mesmo e o tornaria duplamente infiel. “Ao mesmo tempo, isso permite gerir a infidelidade crônica do meio, aumentando também essa infidelidade pelos toques novos que lhes damos” (Schwartz, 2010, p 190).

A ergologia compreende então o trabalho como sendo *uso de si por outros* e *uso de si por si mesmo*. Ao lançar mão deste uso, quem trabalha implica aos outros com quem se trabalha, permitindo assim a criação de coletivos, que não estão prescritos, mas que são essenciais para a realização da tarefa. Isto é o que gera a dualidade entre o uso de si por si e por outros, que ocorrem simultaneamente. A negociação desses usos de si é sempre lugar de uma dramática.

Desta forma, a compreensão do trabalho opõe-se à concepção criada pela sociedade capitalista, na qual se resume à mera execução de tarefas e normas, abstraindo o “si” e consequentemente omitindo a presença da manifestação do sujeito que constantemente reelabora o trabalho real (Rosa, 2001).

O trabalho é sempre uso de si, por si e pelo outro. No caso do trabalho nos Caps, as demandas do usuário são sempre fortemente mobilizadoras, assim como as exigências formais colocadas para os serviços. Além disso, o próprio trabalhador se coloca o desafio de exercitar constantemente sua criatividade e capacidade inventiva. Acrescenta-se que a gestão da atividade é coletiva, envolvendo tanto trabalhadores, usuários, familiares como também demandas diversas de outros serviços municipais ou estaduais, sejam da saúde (Estratégia de Saúde da Família - ESF, Hospital Geral, Hospital Psiquiátrico) ou não

(assistência Social, Educação, Câmara de Vereadores, Instituto Nacional do Seguro Social - INSS, Vara Criminal, Ministério Público, entre outros). Portanto, o trabalhador faz um intenso uso de si, fazendo escolhas, tomando decisões e inventando formas de lidar com tantas variabilidades (p.154).

A reestruturação dos serviços de saúde mental impõe aos trabalhadores diversos desafios, reconstruções e necessidade de inovação. O trabalhador se encontra frente a um paradoxo, por um lado uma inflação de normas – entre diretrizes, manuais, metas e etc. – por outro, faltam-lhes normas específicas para realizar sua atividade. Neste contexto a atividade de trabalho no CAPS é permeado por variabilidades em detrimento da estabilidade o que exige ações normativas constantes dos trabalhadores em um *uso exacerbado de si* (Ramminger & Brito, 2011).

### **3.4. Reconhecimento**

Para melhor compreender algumas questões inerentes ao reconhecimento no trabalho, iremos recorrer à psicodinâmica do trabalho. Para essa abordagem, os sujeitos engajados na atividade esperam uma retribuição simbólica que geralmente é expressa pelo reconhecimento. Ele o compreende em seu duplo sentido: “reconhecimento no sentido de gratidão pelo serviço prestado; e reconhecimento no sentido de julgamento sobre a qualidade do trabalho realizado.” (Dejours, 2013, p.18).

Ainda nesta perspectiva, a questão do reconhecimento passa por dois tipos de julgamentos, de utilidade e de beleza, sendo o primeiro realizado pelos superiores hierárquicos, pelos subordinados e pelos beneficiários do serviço. Diz respeito à utilidade econômica, social ou técnica da contribuição de um sujeito a organização do trabalho. Esse julgamento é importante para o sujeito pelo estatuto que lhe confere na organização para qual trabalha, mas também na sociedade. Dejours (2013) complementa: “a condição

para poder aceder não só a um salário, mas aos direitos sociais, é que a sua atividade seja reconhecida como um trabalho e não só como um hobby, um passatempo ou uma ocupação” (p.18).

O segundo, o julgamento de beleza, é o mais importante para a saúde mental, sendo proferido pelos pares, não se encerrando na utilidade do trabalho, mas na maneira bem feita com o qual ele é realizado. Este é o mais severo e mais apreciado, pois este reconhecimento pelos pares é que permite o sentimento de pertença, é o que tira o trabalhador da solidão.

## **CAPITULO 4: MÉTODO**

### **4.1. Delineamento da pesquisa**

Esta pesquisa é caracterizada por uma natureza descritiva, com delineamento do estudo transversal e exploratório, do tipo levantamento de dados e abordagem qualitativa.

### **4.2. Lócus da Pesquisa**

A pesquisa foi realizada no ano de 2014, entre os meses de março e agosto no CAPS III Reviver em Campina Grande - PB. A escolha do lócus da pesquisa se deu pela disponibilidade da instituição, havendo sido realizado contato com outros CAPS que atendem a região.

### **4.3. Participantes**

Foram convidados a participar desta pesquisa todos os profissionais que compõem a equipe do CAPS III de Campina Grande e que consentiram com a participação. Desta forma, participaram 15 funcionários: três enfermeiras, três assistentes de enfermagem, uma auxiliar de enfermagem, um educador físico, duas psicólogas, uma assistente social, um auxiliar de farmácia, um cuidador em saúde, uma recepcionista e um porteiro, sendo 11 mulheres e 4 homens. As idades dos participantes variaram entre 22 e 63 anos, porém a maioria deles possuía idade entre 29 e 35 anos.

| <b>Profissionais</b>     | <b>N</b>  |  | <b>Sexo</b>  | <b>N</b>  |
|--------------------------|-----------|--|--------------|-----------|
| Enfermeira               | 3         |  | Masculino    | 4         |
| Assistente de enfermagem | 3         |  | Feminino     | 11        |
| Auxiliar de enfermagem   | 1         |  | <b>Total</b> | <b>15</b> |
| Educador físico          | 1         |  |              |           |
| Psicóloga                | 2         |  |              |           |
| Assistente social        | 1         |  | <b>Idade</b> | <b>N</b>  |
| Cuidador em saúde        | 2         |  | 20 - 30      | 4         |
| Recepcionista            | 1         |  | 31-40        | 7         |
| Porteiro                 | 1         |  | 41 – 63      | 4         |
| <b>Total</b>             | <b>15</b> |  | <b>Total</b> | <b>15</b> |

O CAPS III Rreviver funciona desde o ano 2005 e é um dos mais antigos da cidade, seu funcionamento é 24 horas incluindo fins de semana e feriados e desenvolve atividades ambulatoriais de média e alta complexidade. Aproximadamente metade dos funcionários entrevistados, 7, fazem parte da primeira equipe selecionada para a abertura do CAPS. Quanto a remuneração 5 deles recebiam entre 501 e 1000 reais, enquanto 6 recebiam entre 1001 e 1800 e 4 recebem até 3000 reais mensais. Destes profissionais entrevistados, 7 possuíam outra atividade laboral.

#### **4.4. Instrumentos de Coleta de Dados**

Tendo por finalidade analisar a complexidade das situações de trabalho do CAPS III Reviver frente ao processo de Reforma Psiquiátrica utilizamos como instrumentos de coleta de dado um Questionário sociodemográfico e uma Entrevista semiestruturada. Tínhamos como proposta realizar Encontros sobre o trabalho, porém não foi possível por dificuldades de encontrar espaços onde o coletivo estivesse disponível.

O Questionário sociodemográfico teve por finalidade traçar um contorno acerca das questões referentes ao perfil sociodemográfico dos sujeitos da pesquisa através de informações pessoais e profissionais, tais como faixa etária, gênero, tempo de trabalho, formação, renda mensal e etc.

Consideramos a Entrevista semiestruturada como um importante instrumento de trabalho para as ciências que estão vinculadas ao social, tendo como objetivo a obtenção de informações dos entrevistados sobre determinado assunto. Marconi e Lakatos (2008) indica como vantagens desse instrumento: uma maior oportunidade de avaliar posturas e atitudes observando o entrevistado “*naquilo que diz e como diz*” (p. 83) e a possibilidade de obter informações mais precisas sobre o assunto abordado.

Este instrumento além de permitir uma maior flexibilidade e aprofundamento dos temas, também permite que quando as pessoas estejam falando sobre suas experiências de trabalho descubram relações que não imaginava, enriquecendo o conhecimento de si e da atividade.

Pelo ritmo de trabalho da instituição não foi possível realizar os encontros sobre o trabalho, embora os profissionais mostrassem interesse pela oportunidade de debater coletivamente a temática. Foi necessário mais tempo para realização das entrevistas do que o previsto, isto porque era difícil encontrar tempo disponível em meio ao intenso ritmo das atividades desenvolvidas no CAPS. Uma estratégia que poderia ter sido mais efetiva seria a realização dos encontros simultaneamente às entrevistas, tendo assim mais tempo para organizar horários em comum.

#### **4.5. Procedimento para a Coleta de Dados**

Todos os contatos com os profissionais foram realizados nas dependências de CAPS III em momentos oportunos, de forma que garantiram a participação sem interferir

nas atividades realizadas. As entrevistas foram realizadas e gravadas em áudio com a anuência dos participantes e posteriormente foram transcritas. As entrevistas duraram em torno de 15 e 30 minutos, porém houveram três que se prolongaram um pouco mais, entre 50 ou 60 minutos.

#### **4.6. Análise dos Dados**

Para a análise dos dados do questionário sociodemográfico foi realizada descrição estatística (através da frequência relativa), utilizando o programa Excel em sua versão disponível. Enquanto os conteúdos provenientes das entrevistas semiestruturadas, após a transcrição, foram analisadas pela técnica de análise de conteúdo.

A análise de conteúdo realizada constou de três etapas: a do recorte dos conteúdos; a definição das categorias analíticas; e a categorização final das unidades de análise. Na primeira etapa foi realizada uma leitura dos textos e foram recortados trechos que pudessem representar o significado profundo das ideias contidas no todo, compondo as unidades de análise. Na segunda etapa, definição das categorias analíticas, foi realizada a identificação de caracteres comuns entre os discursos e em seguida um agrupamento. Por fim, a categorização final das unidades de análise, foi realizada através da distribuição dos conteúdos nas categorias estabelecidas a partir de um processo característico do modelo circular da pesquisa qualitativa. Este processo teve por objetivo permitir uma análise mais profunda dos recortes com base em critérios discutidos e incorporados. Trata-se de considerar uma a uma as unidades à luz dos critérios gerais de análise, para escolher a categoria que convém melhor a cada uma (Laville & Dionne, 1999).

#### **4.7. Considerações Éticas**

Este estudo se submeteu às regras do Conselho Nacional de Saúde, através da Resolução N° 466/12, de 12 de dezembro de 2012, que estabelece as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Sua execução só teve início após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do CCS da Universidade Federal da Paraíba (CEP- UFPB) o que ocorreu no mês de abril (CAAE: 30176214.4.0000.5188). Aos participantes foi assegurado o anonimato de sua identidade e esclarecidas às informações pertinentes aos objetivos e etapas da pesquisa. Após tais esclarecimentos, todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.



## **CAPITULO 5: RESULTADOS E DISCUSSÕES**

Para apresentar os resultados obtidos através da análise dos discursos dos profissionais do CAPS III apontamos três categorias que funcionaram de eixo para a análise dos resultados e que permitiram nos aproximar dos objetivos planteados nesta pesquisa. Iniciaremos com uma caracterização do CAPS e com a discussão da trajetória dos profissionais, que em parte se mescla com a trajetória do próprio CAPS e da reforma psiquiátrica na cidade. A esta categoria denominamos Trajetória, na qual abordaremos questões referentes ao percurso profissional dos participantes, perpassando questões relativas à formação e a outras experiências relevantes.

Em seguida focamos na categoria intitulada Tarefa e Atividade, onde discutimos o que foi possível apreender da tarefa e da atividade dos profissionais, enfocando na discussão do cotidiano, dos imprevistos e das lacunas entre o que se espera que seja feito e o que de fato é possível fazer, dentro desta categoria analisamos também a atividade frente às dificuldades, relacionando-as as formas de enfrentamento apontadas pelos profissionais. Por fim, discutimos a categoria Reconhecimento, sendo abordado o reconhecimento sentido pelos participantes, em relação aos usuários, familiares e a própria equipe, dando ênfase a falta de reconhecimento do poder público refletido na falta de direitos e remuneração satisfatória.

### **5.1. CAPS III e trajetórias dos profissionais**

Este CAPS foi fundado no ano de 2005, sendo o segundo CAPS aberto na cidade. Sua abertura ocorreu próximo ao fechamento do hospital psiquiátrico, surgindo para dar suporte à demanda da região.

Neste primeiro momento, para a contratação dos funcionários, foi realizado um processo seletivo organizado pela prefeitura, que constava de uma prova escrita, uma entrevista e da análise do currículo. Houve um funcionário que já trabalhava na prefeitura e foi remanejado para o CAPS III. Sete dos funcionários entrevistados iniciaram suas trajetórias no CAPS desde seus primeiros momentos, um destes, fez parte do fechamento do hospital psiquiátrico e do processo de transição na cidade.

A escolha da casa para o funcionamento do CAPS III se deu pela disponibilidade, sendo apontada como a única que comportava o serviço na época, embora sua estrutura física apresentasse alguns problemas que serão melhor descritos mais adiante. Neste momento se inicia a trajetória do CAPS III e de parte de seus funcionários, que entravam no novo serviço cheios de expectativas. Esta é a marca do início de suas trajetórias na saúde mental. Posteriormente, como observaremos ao longo da descrição da atividade, estas expectativas foram substituídas por um cotidiano complexo, repleto de desafios.

*Quando a gente chegou nessa casa, nós pensávamos que a gente ia atender pouquinho gente, então tudo era lindo, tudo era assim: essa sala vai ser do médico, essa sala vai ser da Psicologia... (E.1, ET)*

Para melhor compreender os dados obtidos nas entrevistas, subdividimos os funcionários em dois grupos, um denominado Equipe Técnica (ET) e outro Equipe de Apoio (EA). O primeiro refere-se às enfermeiras, psicólogas, educador físico, assistente social, técnicas de enfermagem e a auxiliar de enfermagem. O segundo, aos cuidadores em saúde, a recepcionista e ao porteiro.

Esta divisão foi realizada de acordo com o observado nas entrevistas e nas visitas ao CAPS, a primeira equipe em geral trabalha no primeiro andar e desenvolve atividades que exigem uma formação mais específica, são eles quem discutem, planejam e decidem sobre os serviços oferecidos. Suas tarefas não estão fixadas de forma exaustiva, exigindo

reflexões e reelaboraões. Embora a atividade realizada pela EA seja de fundamental importância para o funcionamento do CAPS, os profissionais que a compõe não participam das atividades técnicas propriamente ditas. Eles auxiliam o serviço da ET, sem poder decisório ou fazer parte do planejamento das atividades ofertadas e, em geral, encontram-se no térreo da casa. Neste estudo não foi possível nos aprofundarmos nas atividades da EA. Retomaremos essa questão nas considerações finais, mas entendemos que esta foi uma limitação que pode ser superada por estudos futuros.

Os coletivos, para que possam ser construídos, necessitam de um mínimo de estabilidade e de alguma permanência na organização, visto que para a consolidação da confiança e da cooperação é imprescindível tempo e convívio (Scherer, Pires & Schwartz, 2009). Desta forma, aqueles trabalhadores que estão reunidos há mais tempo e que têm suas atividades entrelaçadas com outros, passam a constituir coletivos legitimados no real da atividade, por isso a distinção de dois grupos, ET e EA. Segundo Scherer, Pires & Schwartz (2009) o coletivo prescrito é diferente do coletivo real. Para eles “as micro-recomposições do coletivo em torno da equipe permitem orientar o processo de trabalho em função de referências e lógicas próprias à atividade na qual as prescrições são reapropriadas” (p. 723). Entendemos que dentro dos grupos nos quais enquadrados os profissionais existam outros coletivos, unidos por maior afinidade, mas para a exposição dos dados, vamos nos contentar com a divisão entre ET e EA.

Partindo desta distinção entre os grupos, a maioria (7) dos profissionais que pertencem à ET são aqueles que participaram da abertura do CAPS e que se mantêm no serviço desde então, outra parte entrou pouco depois deste momento e ajudaram na consolidação do serviço. Estes profissionais têm formação superior ou técnica e possuem uma relação de trabalho mais estável, embora o vínculo empregatício não garanta essa estabilidade. Grande parte dos profissionais são contratados por tempo indeterminado,

excetuando o profissional de educação física, que já era concursado na prefeitura e foi remanejado, e uma psicóloga, concursada.

*“Se fosse (concursada) seria maravilhoso, mas por enquanto assim...  
eu não me sinto tão segura, mas também não me sinto tão insegura...”  
(E.5, ET).*

Embora os contratos dos profissionais não garantam estabilidade, a equipe parece manter-se estável ao longo da história do CAPS III. No grupo da EA, os vínculos com a instituição são mais frágeis, embora os contratos sigam a mesma lógica. Estes profissionais entraram por indicação, e não passaram por uma seleção como os da ET. Trabalham no CAPS III há menos tempo, entre 6 meses e 1 ano. Estas questões contribuem para a fragilidade do vínculo empregatício e consequentemente oferecem menor estabilidade para estes profissionais. Esta, talvez represente uma das dificuldades de nos aproximarmos da atividade deste grupo.

Este percurso até o CAPS, nos dois grupos, foi marcado mais pela necessidade do que pelo desejo. A EA, como dito anteriormente, é composta por profissionais indicados, porém dos quatro, dois já possuíam alguma experiência com grupos de saúde mental, um em um centro de convivência e outro em uma residência terapêutica.

Quanto à ET, observamos dois cenários, um predominante, onde os profissionais não queriam trabalhar no CAPS, sendo levados pela necessidade econômica, e outro, menos frequente, onde de fato se conhecia e desejava este trabalho. Dos 11 trabalhadores que compõe a ET, 6 relataram não conhecer e não possuir nenhum desejo de trabalhar no CAPS. Tomamos como representativo destes discursos o de uma enfermeira, que diz:

*“Saiu no jornal e minha irmã mais velha que eu, eu tinha terminado o curso para auxiliar, e ela disse: você vai fazer. Ai eu disse, vou não. E ela disse, você vai fazer. Vou nada, vou fazer isso não, pra cuidar de*

*doido, né? Na época era cuidar do doido, da loucura. E ela disse, você vai. Ai nesse vai, não vai, vai, não vai, eu terminei indo com ela. Porque era irmã mais velha e eu tenho que obedecer, né?” (E.1, ET).*

Apesar deste sentimento ter sido recorrente, houveram também discursos que mostraram o sentimento oposto, o desejo de trabalhar com saúde mental.

*“Eu sempre gostei dessa área, quando eu fui... terminei o curso técnico e fui para o estágio... no... na Clínica Maia, e até no João Ribeiro mesmo, eu já me identifiquei com a clientela, não com o local, mas com a clientela. E vi que... assim, na verdade precisa de profissionais que gostem do que faz (...)” (E.9, ET).*

Esta vontade de trabalhar no CAPS é muito importante para entendermos a atividade deste centro. Alguns destes profissionais passaram por um momento de medo e de resistência, mas que foi substituído gradativamente por uma sensação de identificação e de superação. Compreendendo a atividade como algo que vai além da mera repetição, o trabalhador se engaja e busca formas de atingir as metas e os objetivos propostos. Talvez o que tenha surgido como necessidade ou uma oportunidade de emprego – como garantia da sustentação – tenha sido ressignificado e dado lugar a uma identificação em resposta às solicitações constantes impostas pelo meio. Retomaremos esta reflexão em outros momentos da discussão, pois observamos que isto perpassa diversos aspectos da atividade desses sujeitos.

A abertura do CAPS foi precedida por cursos de formação em saúde mental, visando preparar esses profissionais para o cotidiano da instituição. Esta foi uma tentativa de introduzir questões da reforma psiquiátrica, tendo em vista que a realidade dos CAPSs era algo desconhecida pela maioria. Em geral, estes profissionais selecionados não

possuíam experiência em saúde mental, alguns haviam tido contato em estágios rápidos ou em disciplinas durante a formação.

O início do CAPS foi marcado por expectativas, medos e insegurança. Tanto dos usuários e seus familiares, como dos profissionais que ali iniciavam seu percurso na saúde mental. Uma funcionária que trabalhou durante 11 anos no Hospital Psiquiátrico João Ribeiro, referência na cidade, descreve o momento de transição para os CAPSs:

*“(...) junto com a participação nossa e do ministério, as famílias entendiam que seu usuário poderia ir para casa, que poderia ter acompanhamento fora daquele hospital. Porquê? Porque tava surgindo os CAPS, tinha como se fazer esse acompanhamento, alguns levaram seus usuários depois de muita reunião, depois de muita peleja e outros não aderiram, porque era usuário crônico de muitos anos de serviço, tinha usuários que não tinha família, que a gente andava em busca dessas famílias e a gente não encontrava, quando a gente encontrava essas famílias elas não queriam receber seus usuários”*  
(E11, ET).

Os profissionais que chegaram no serviço também passaram por este processo de desconhecimento do serviço e de adaptação. Neste aspecto os dois grupos, ET e EA se assemelham, e isto é verdade também para os profissionais que foram contratados posteriormente, depois da consolidação do serviço.

Amarante (2007) afirma que o conceito de alienação mental ao qual aqueles que eram considerados loucos eram submetidos, contribuiu para produzir e propagar uma atitude social de medo e discriminação. Esta atitude inicial, de preconceito e medo foi gradativamente se transformando em identificação. Os profissionais do CAPS relataram

que no início se sentiam receosos e depois mais à vontade com seu cotidiano e seu trabalho.

*“(...) na faculdade era duas coisas que eu não queria trabalhar de jeito nenhum (Risos), era as duas coisas que eu sempre dizia na época da faculdade: eu não quero trabalhar com urgência e emergência e não quero trabalhar com saúde mental. (...) saúde mental que é uma coisa que você se apaixona, isso não é mito, né? Porque todo mundo, quando eu cheguei aqui, eu olhei assim e pensei: Meu Deus, será que é isso mesmo? Não, vou enfrentar aqui. Pra mim foi um desafio, mas eu realmente me apaixonei pela causa, pelo serviço, pelo trabalho, pelos usuários. Eu acho que assim, é uma paixão que só realmente se identifica assim, você talvez acha que não se identifica no princípio, mas com o dia a dia, com o trabalho, com a história da saúde mental, tanto no Brasil, como no... no início da história da saúde mental é muito assim, uma coisa muito estimulante, você quer aprender a todo momento mais, e quer conhecer o usuário. É assim, uma coisa fascinante e eu digo isso depois de ter começado, né? Porque no início eu sempre tive preconceito, né? Quem me conhece sabe que eu sempre tive preconceito” (E.4, ET).*

Porém, apesar desta identificação com a saúde mental, a remuneração é algo apontado como insuficiente o que leva vários (7) funcionários a possuírem mais de um emprego, acentuando questões relacionadas à sobrecarga que serão mais detalhadamente discutidas adiante nesta dissertação. Esta afirmação é ainda mais evidente nas profissionais de enfermagem (enfermeiras e técnicas de enfermagem), que dividem seu

tempo entre o CAPS e hospitais. O profissional de educação física também atende diversas demandas, tanto do município como de iniciativa própria.

#### **5.1.1. Formação**

Schwartz (2013) define a relação entre a formação e o trabalho como um movimento constante de antecipação dupla. Para ele, a primeira antecipação seria o ensino acadêmico dos saberes formalizáveis de uma atividade, sendo considerado tradicionalmente como formação acadêmica. Porém esta antecipação não pode contemplar tudo, há ainda uma segunda antecipação presente na atividade que advém da constatação de que o ensino acadêmico não contempla toda a atividade. Para a ergologia cada situação de trabalho possui particularidades e isso exige que essa primeira antecipação seja permanentemente renormatizada. Partindo da ideia desta dupla antecipação e da concepção de trabalho como debate de normas, é necessário que os conceitos elaborados sobre o trabalho e que são ensinados durante a formação sejam também retrabalhados de maneira constante.

Os funcionários da EA não possuíam curso superior ou técnico e nenhuma formação formal voltada para saúde mental, foram preparados exercendo suas atividades, sendo muitas vezes requisitados em diferentes espaços dentro do CAPS e aprendendo no cotidiano corrido da instituição. Possuíam formação referente a sua atividade, porém sem relação as necessidades específicas do trabalho em um CAPS.

Já a ET era composta por profissionais de nível técnico (4) e superior (7), em geral algumas questões relacionadas à saúde mental foram abordadas na formação, porém de forma superficial. Como citado na revisão sistemática do Capítulo 2, a formação superior dos cursos, em geral, é insuficiente, sendo possível encontrar alguns estudos que abordam



as dificuldades na formação (Sales & Dimenstein, 2009; Dassoler & Palma, 2011; Lara & Monteiro, 2012). Na verdade, é impossível que se aprenda, de forma aprofundada todos os campos de atuação em um curso superior ou técnico. Uma das entrevistadas ao falar sobre o assunto comenta:

*“Não, nem foi e nem é (suficiente). Eu acho que todo dia se a gente tiver a oportunidade de se aperfeiçoar no trabalho do CAPS, eu acho que merece e exige isso, todo dia sempre o aperfeiçoamento, a busca, eu acho que é uma busca. Saúde mental é muito incompleto, você tem que tá sempre buscando.” (E.3, ET).*

Todos os profissionais falaram que a formação não tem como ser suficiente para o trabalho no CAPS, sendo sempre necessário aprender com o dia-a-dia do serviço, prevalecendo a ideia de que nunca se deixa de aprender. Entendemos que a discussão sobre a formação é complexa e levanta diversos questionamentos. Não pretendemos dar conta de explicar todas as nuances neste trabalho, mas ressaltamos a importância deste aspecto para compreender a atividade destes sujeitos. A ET demonstra-se engajada em complementar como possível esta formação, desta forma confrontam o que absorvem nos cursos com seu cotidiano, pois, afinal, fazem parte da concretização da reforma psiquiátrica na cidade.

Para auxiliar a formação dos profissionais, logo na abertura do CAPS foram ofertados diversos cursos de formação. Além disso ao longo dos anos de funcionamento foram ofertados outros cursos, alguns pela prefeitura da cidade e outros em parceria com a Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). Estes cursos voltaram-se apenas para a ET, porque se entende que é preciso que estes profissionais tenham um conhecimento mais específico e aprofundado nas questões referentes ao trabalho em saúde mental e em políticas públicas.

Destacamos aqui dois pontos que julgamos importante, o primeiro é sobre o funcionamento desses cursos que nem sempre parece conseguir atingir seus objetivos, sendo caracterizado por um dos funcionários como cursos de informação e não de formação. Isto não nega a importância da oferta deles, apenas nos traz um alerta sob seu funcionamento. Os discursos dos entrevistados indicam que estes cursos não levam em conta o ponto de vista da atividade, são informações que não privilegiam as recriações necessárias no contexto destes profissionais, aproximam-se mais dos prescritos não específicos em detrimento da atividade.

Entendemos também que cada experiência dessa é distinta e que é perigoso utilizar generalizações. Novamente, compreendemos a complexidade desta temática, e se não temos como dar respostas, julgamos importante destacar pontos que possam impulsionar novas reflexões.

De todos os profissionais, 5 possuem especialização – dos quais 3 são enfermeiras – e nenhum possui mestrado ou doutorado, embora uma das funcionárias tenha comentado o desejo de realizar o mestrado na área de saúde pública. Os profissionais de enfermagem ressaltam a importância do cuidado, que é fundamental para sua prática em todos os espaços, porém ressaltam que dentro do CAPS aprenderam um novo olhar sobre isso, não mais um cuidado voltado para a cura, como na prática médica, mas para a melhoria da vida. Ao longo deste trabalho não é possível abarcar todas as discussões suscitadas pela questão da cura e do cuidado, porém, fazemos menção a elas devido a sua recorrência nos discursos.

Os profissionais de psicologia parecem ter mais familiaridade com as questões da saúde mental, mas também endossam a ideia de que é impossível a formação preparar para o cotidiano, podendo apenas indicar caminhos, como na fala a seguir:

*A formação mostra onde buscar, onde ir estudar, mas nunca é suficiente, nada prepara para isso, para as situações que a gente vive aqui dentro. (E.4, ET).*

De fato, como dito nos capítulos anteriores, não é possível antecipar, ou prever, tudo, a atividade tem sempre uma parte que escapa de qualquer previsão. Quando se trata do trabalho de saúde mental, ou do CAPS mais especificamente, isto é ainda mais presente, posto que as prescrições são mais abstratas, permitindo que os funcionários sejam mais inventivos, que tenham alguma liberdade de criação das atividades. Glanzner, Olschowsky e Kantorski (2011) destacam que o atendimento psicossocial impõe a necessidade de um espaço de ação e reflexão sobre as práticas desenvolvidas, que na maioria das vezes não estão muito delimitadas, exigindo esta capacidade de inovação, criatividade, polivalência dos profissionais, que devem dentro do CAPS transcender sua área específica de atuação e romper com o conhecimento meramente técnico.

## **5.2. Tarefa e atividade: cotidiano dentro do CAPS**

Para que qualquer trabalho possa ser efetivado é preciso um conjunto de regras, procedimentos e objetivos, ou seja, é preciso uma prescrição que dê contorno ao trabalho que será realizado. Telles e Alvarez (2004) definem o trabalho prescrito como um conjunto de condições e exigências a partir das quais este deverá ser realizado. Contem assim, dois componentes básicos, que são as condições determinadas de uma situação de trabalho e as prescrições.

Os trabalhadores da ET não possuem prescritos muito rígidos, ao contrário da EA que parece ter suas tarefas melhor definidas. As duas equipes trabalham em conjunto no cotidiano do CAPS e foram separadas aqui apenas para facilitar a compreensão de

algumas questões, tendo em vista as especificidades de cada uma. A EA é requisitada a ajudar em algumas intervenções, especialmente os cuidadores em saúde que atuam sempre em conjunto com os profissionais da ET em suas diversas atividades. Estes cuidadores foram contratados mais recentemente e ajudam, entre outras coisas, nos cuidados e, sobretudo, na contenção de usuários em surto.

*Porque (o cuidador) não pode tomar uma decisão por si, quando acontece qualquer coisa que é fora (do cotidiano), sempre tem alguém que sabe. Talvez eu saiba também, mas eu sempre pergunto que é pra reafirmar, né? (E.14, EA).*

Daniellou (2002, citado por Telles & Alvarez, 2004) afirma que há uma diversidade de fontes de prescrição, e faz uma distinção entre prescrições *que descem* e prescrições *que sobem*. De acordo com ele, o primeiro grupo se refere àquelas prescrições que tem origem na estrutura organizacional, e o segundo, aqueles referentes a matéria dos seres vivos, do psiquismo, dos coletivos.

Brito, Muniz, Santorum, & Ramminger (2011) trazem a reflexão sobre a dinâmica entre a produção de normas antecedentes e o vazio de normas, que aparece como consequência da impossibilidade de antecipação total e que exige renormatizações. Coloca-se neste aspecto um paradoxo, entre a inflação de normas – através das políticas, diretrizes, portarias e outros documentos – e a falta de normas essenciais para a realização da atividade. Desta forma, embora não haja uma prescrição minuciosa do trabalho realizado no CAPS, os profissionais que fazem parte do serviço desenvolvem seu trabalho de acordo com o preconizado pelas políticas públicas, e esta junção do que já é dado pela estrutura organizacional e pelo que é criado é o que orienta a atividade.

Com a reforma psiquiátrica e a compreensão da necessidade de entender o sujeito em toda sua complexidade, não mais partido nas diversas especializações, o CAPS surge

preconizando o trabalho em equipes multidisciplinares. Isto impõe um desafio cotidiano de diálogo entre os profissionais. Sendo assim, embora haja questões específicas de cada função – enquanto enfermeiro, psicóloga, educador físico etc. – todos concordam que o trabalho dentro do CAPS deve e é realizado por uma equipe, que tem como pilar a escuta. Assim, independente da formação o funcionamento do CAPS se dá através da equipe em conjunto.

*...Você já fez o seu (trabalho), se a psicóloga, o técnico de enfermagem ou o cuidador faltar você vai ter que fazer o seu, o dela e o dela. Não só você, né? A equipe, quem tá no serviço tem que manter o plantão, independente de quantos funcionários têm.*  
(E.7, ET).

Schwartz (2010) aborda esta questão do coletivo através do conceito de Entidades Coletivas Relativamente Pertinentes (ECRP). Para ele estas entidades não correspondem às fronteiras de um organograma ou predefinições de lugares, posto ou de responsabilidades. Não se trata de negar a importância das equipes como são oficialmente solicitadas, elas se constituem como um elemento do funcionamento real do trabalho, mas de reconhecer que sua definição é insuficiente para a compreensão das trocas entre as pessoas que trabalham em um mesmo lugar. As fronteiras invisíveis que se criam na execução da tarefa coletiva são mutáveis, desta forma trabalhadores podem atuar em uma mesma equipe segundo o organograma, mas efetivamente não se constituírem como entidade coletiva relativamente pertinente, ou se constituírem e com o tempo isto mudar.

Dentro do CAPS estudado, o trabalho coletivo foi citado em todas as entrevistas, porém em minúcias dos discursos os trabalhadores deixavam transparecer que haviam subgrupos de afinidade onde se trabalhava melhor. Estes subgrupos não impossibilitam a

realização da tarefa, pelo contrário, eles podem contribuir para a atividade, através da constituição das ECRPs.

A dificuldade que foi possível observar nos discursos é que estas ECRPs estão se distanciando da equipe como um todo, o que pode acabar por enfraquecer o coletivo do CAPS. Não estamos dizendo que estas entidades impossibilitem o trabalho, mas observamos nas entrevistas que os vínculos do grupo maior estavam se enfraquecendo, os profissionais relatavam estarem mais isolados dentro de subgrupos e que isto nem sempre foi assim, em outros momentos havia uma dinâmica melhor dentro do coletivo. Porém cabe ressaltar que, mesmo com as dificuldades, esta dimensão coletiva ainda é muito importante e os ECRPs garantem que alguns profissionais não acabem isolando-se, eles garantem que haja sempre um trabalho coletivo.

*Começou cada um a fazer o seu... ah, eu sou psicóloga, eu vou atender. Eu sou enfermeira, eu vou atender. A gente perdeu o... não perdeu totalmente, mas em parte enfraqueceu, a fala é essa (...) Então, voltar mesmo esse vínculo, na última reunião já começou de novo, né? Que, como eu me afastei para ir atrás lá fora, sabia que aqui já estava fortalecido, ou pensava, né? (...) Ai eu disse: Epa! Vamos voltar de novo, voltar a pescaria e tentar de novo fortalecer porque esse grupo é um grupo muito bom, esse grupo do CAPS III. (E.1, ET).*

Este coletivo é importante não só pelas diretrizes estabelecidas para o funcionamento do CAPS e não está apenas a favor do usuário e do serviço ofertado, mas tem também um componente de proteção do profissional, que encontra nele a possibilidade de lidar com sentimentos e emoções que estão o tempo todo sendo evocados dentro deles. Os momentos de encontro da equipe, durante as reuniões formais ou em

pequenos intervalos que são possíveis, como nos momentos da refeição, são espaços fundamentais para uma troca que permite um certo alívio das tensões.

Ao tratarmos das dificuldades que os profissionais sentem no trabalho dentro do CAPS, evidenciamos que há um movimento para fora. Isto por si só não é um empecilho para a atividade, tendo em vista que, por ser um centro de referência, necessita deste movimento. Porém, na tentativa de consolidar essa rede de atendimento interligada com os demais serviços disponíveis pelo poder público, em especial aqueles relacionados à saúde, os profissionais do CAPS III têm se voltado para outros coletivos, outros grupos. Isto, quando contextualizado no cotidiano acelerado e intenso, exige deles que tomem decisões sobre como proceder frente às diversas variabilidades que se somam, como por exemplo as limitações de tempo. Às vezes é preciso ceder espaços antes reservados para a equipe do CAPS, as reuniões semanais por vezes passam a ser compartilhadas com outros profissionais. Embora isso seja muito importante para a consolidação da rede de atendimento, pode ter contribuído para o enfraquecimento dos vínculos dos profissionais.

O fato de haver alguns profissionais que participam desde o início do CAPS parece contribuir para que haja um sentimento de coletivo, inicialmente com “a equipe de 2005” – como foram denominadas as pessoas que entraram na primeira seleção – e posteriormente com cada profissional que foi entrando ao longo dos anos. Eles aprenderam com os desafios do dia-a-dia a ser e fazer parte do CAPS. A diminuição da equipe, que ocorreu recentemente, levou a uma sobrecarga e ao isolamento de alguns profissionais, como a assistente social, que por ser a única, precisa se dedicar às visitas domiciliares e atender toda a demanda referente a sua área, impossibilitando que ela esteja tão presente em outros espaços, como fazia em outros momentos.

Como dito anteriormente, as variabilidades do meio impossibilitam uma antecipação completa da atividade, havendo sempre uma lacuna entre esta e os prescritos.

A atividade no CAPS é marcada por estas variabilidades, o que faz com que mesmo aqueles profissionais que tiveram oportunidade de ter contato com questões referentes a saúde mental sintam a necessidade de recriar estes conhecimentos.

*(Durante a formação) tinha a disciplina de Saúde Mental, mas é muito vago (...). Se você for se apegar aquilo que tá ali escrito, você não faz nada não. A experiência é totalmente diferente. (E.6, ET).*

Telles e Alvarez (2004) compreendem a atividade de trabalho como “matéria pela qual as pessoas se engajam na gestão dos objetivos do trabalho, num lugar e num tempo determinados, servindo-se dos meios disponíveis ou inventando outros meios” (p.65). Para elas a atividade é uma noção que deve estar associada à dinâmica da vida, pois para fazer frente as variabilidades a pessoa se engaja por inteiro, com seu corpo biológico, sua inteligência, seu psiquismo, com os conhecimentos adquiridos ao longo de sua história e nas relações com os outros. A fala de uma enfermeira mostra como o cotidiano dentro do CAPS não está separado de sua vida como um todo, ela diz que se identifica com essa necessidade de cuidado, sente empatia pelo isolamento ao qual os usuários acabam sendo submetidos, as vezes dentro da própria casa. Além disso leva a escuta, que é tão destacada para suas atividades, para dentro de casa.

*...então, a saúde mental mesmo, hoje para mim é a busca de saber a vida. Coisinhas pequenas que eu fazia em casa já não faço mais, né? Parar para escutar meu filho de 15, 16 anos quando ele vem de supetão (E.1, ET).*



### 5.2.1. Aproximação da atividade

A ergonomia mostrou que o trabalho efetuado nunca corresponde ao trabalho esperado, fixado por regras, orientado por objetivos determinados, segundo representações das condições de realização (Telles & Alvarez, 2004). A ergologia é herdeira desta constatação, posto que, ao realizar a tarefa, a pessoa se encontrará sempre diante de diversas fontes de variabilidades. Ainda segundo Telles e Alvarez (2004) a atividade é a realização do trabalho prescrito levando em conta as restrições e as vantagens dispostas pelas variabilidades.

No CAPS III os profissionais trabalham através de plantões. Assim sempre há no início e no fim uma passagem de plantão, onde toda a equipe se reúne, a que está concluindo seu plantão irá passar para equipe que chega o que ocorreu durante o período que estavam lá. Neste momento também discutem os acontecimentos e alguns encaminhamentos da equipe, como por exemplo a alta de algum usuário que esteja no sistema intensivo pernoite.

*“Geralmente na terça a gente estabelece: esse daí já pode dar alta, isso aí é a equipe que dá alta, não é só o médico. Diferente de um hospital, que só o médico da alta para o paciente, aqui no CAPS é a equipe que dá, então é justamente nessas passagens de plantão.” (E.7, ET).*

As mudanças nos paradigmas da atenção à saúde mental acarretaram diversos desafios, entre eles a exigência do trabalho em equipe, compartilhado, onde, como destacam Ramminger e Brito (2011), a gestão da atividade não se restringe ao debate entre o profissional e o paciente, mas inclui a equipe, mesmo os profissionais que não atendem diretamente ao usuário. Desta forma, a EA também deve estar engajada nestes debates. Embora haja a compreensão de que o funcionamento do CAPS III deve se dar

através do grupo observamos que os funcionários estão sentindo dificuldades neste aspecto. Aprofundaremos um pouco mais nesta temática adiante.

Abuhab, Santos, Messenberg, Fonseca e Aranha e Silva (2005) em uma investigação sobre uma equipe multiprofissional de um CAPS de Santo André, perceberam que os profissionais apontavam os momentos de reunião como importantes pois auxiliam a reflexão da equipe sobre si e sobre o trabalho e para uma reflexão pessoal dos componentes da equipe. Retomamos aqui a discussão anterior sobre os coletivos, as entrevistas que realizamos mostra que os profissionais valorizam estes espaços de debate da equipe e sentem que, com o ritmo de trabalho tão intenso, isto está enfraquecido, refletindo-se nas relações entre os eles.

*Então o que fortalece muito a equipe aqui do CAPS é essa... que eu tava dizendo que a gente perdeu um pouco com corre-corre, com a diminuição dos profissionais, a gente perdeu um pouco, sentar juntos (...) Fulana tá precisando ser mais escutada, mais olhada, mais vista... o que é que a gente vai fazer com ela? (...) Como eu também tô nessa... das outras redes... da saúde, fortalecer o vínculo com o CAPS, então eu tô querendo muito isso, então muitas vezes deixei que essa equipe começasse a perder... (E.1, ET).*

Milhomem (2007) destaca que um dos desafios a serem enfrentados pelos CAPS, e conseqüentemente suas equipes, é a complexidade de composição e de objetivos, o que exige a articulação de diferentes processos de trabalho tendo por finalidade a composição de um processo peculiar. Mas segundo a autora, há um desafio ainda maior, que seria articular estes diferentes processos de trabalho com as dificuldades advindas da precarização do trabalho nos serviços públicos de saúde, e mais especificamente nos serviços de saúde mental. Os trabalhadores do CAPS parecem sentir muita dificuldade

pela precarização do vínculo empregatício, por possuírem contratos por tempo determinado que não têm garantias de estabilidade. A equipe muitas vezes perde membros sem planejamento, sobrecarregando alguns profissionais. De acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do Ministério de Saúde, aproximadamente 91,6% dos profissionais cadastrados no CAPS III possuem contrato por tempo determinado. Abordaremos a questão da precarização do vínculo mais adiante, quando discutiremos o reconhecimento.

Esta precarização traz diversas consequências para a atividade. A primeira delas é a contradição entre uma equipe estável, que conserva funcionários durante muitos anos, e a insegurança quanto ao vínculo com a instituição. Embora muitos profissionais se mantenham no CAPS III ao longo dos anos de funcionamento, enquanto a contratação se der por contratos que não valorize as relações trabalhistas, haverá sempre a insegurança a possibilidade de cortes repentinos na equipe. Não só através da rescisão ou da não renovação dos contratos por parte do município, mas também por desistência de profissionais que buscam melhores condições.

Nas entrevistas de forma geral, os profissionais afirmaram estar sobrecarregados com uma demanda grande e uma equipe defasada. A fala a seguir, mostra a dificuldade de lidar com a equipe que se organiza, ou não, de forma diferenciada, sem continuidade.

*Seu trabalho também depende de outros profissionais que as vezes você vê que não tem muita responsabilidade, aí você fica meio chateada. Porque você quer fazer o que é certo, mas a enfermagem é continuidade. Por exemplo, eu tô aqui na segunda e deixo tudo certinho, organizado, quando eu chego na quarta já tá... aí atrapalha o serviço né? Você não consegue dá o andamento correto. (E.6, ET).*

Ramminger e Brito (2011) ao estudarem o cotidiano de um CAPS do interior do Rio de Janeiro trazem a discussão sobre a forma de funcionamento do CAPS. Para elas ao borrar as fronteiras dos especialismos, os profissionais ficam confusos e não tem clareza sobre o que fazer. Podemos observar isso nas diversas falas sobre como as funções relativas a cada profissional se mesclam:

*Aqui na verdade, eu sou técnica de enfermagem, né? Mas na verdade, mesmo, a gente desenvolve mais o papel de cuidador. Porque ninguém é... o psicólogo, ninguém aqui nesse serviço de saúde mental, ninguém é psicólogo, ninguém é técnico de enfermagem, é todo uma equipe, mas na verdade o trabalho principal é a escuta e o que fazer dessa escuta, entendeu? (E. 5, ET).*

Como este coletivo é essencial para o funcionamento do CAPS, tanto para o atendimento às demandas como para os profissionais. Estas dificuldades, inerentes à atividade coletiva, coloca em movimento diversos debates que são fundamentais. Os profissionais precisam minimamente estabelecer formas de continuidade entre a atividade individual e a coletiva, criando uma forma única que combine as diversas características individuais, tanto de formação quanto pessoais. Sendo assim, mesmo os atendimentos realizados individualmente não pertencem unicamente a atividade daquele profissional, mas sim da equipe como um todo. Assim como o trabalho dos Técnicos de Referência, que são fundamentais para a organização do trabalho no CAPS, que embora sejam responsáveis pelo acompanhamento de usuários específicos, possuem uma dimensão coletiva, levando sempre às reuniões da equipe as decisões.

Inerente ao processo de trabalho são as renormatizações e as criações de prescritos, no CAPS III observamos isto na organização do cotidiano. Após a passagem de plantão, é designado a cada funcionário uma função, foi elaborada uma tabela

especificando as atividades de acordo com o dia, sendo assim, aqueles profissionais que irão realizar as oficinas se dirigem aos espaços reservados para tal, os cuidadores em saúde acompanham essas atividades para ajudar, caso haja necessidade. Os profissionais responsáveis pelo acompanhamento dos usuários que estão no intensivo se dirigem aos leitos, aqueles que possuem atendimentos agendados dirigem-se as suas salas. Cada um possui um cronograma de tarefas específico, que muda de acordo com a necessidade da instituição. Sempre fica um profissional responsável pela função denominada de volante, que não possui nada agendado e deve observar todas as atividades desenvolvidas, visitando os diversos espaços do CAPS.

Algumas oficinas ofertadas partem da afinidade dos profissionais, como no caso da dança, onde oicineiro já trabalhava com música e foi contratado para desenvolver esta atividade dentro do CAPS. Outras oficinas são realizadas por profissionais que aprenderam com os usuários, como no caso da oficina de fuxico, onde a técnica de enfermagem responsável aprendeu primeiro com as usuárias e só depois passou a ensinar a outras pessoas. Esses espaços de troca são muito importantes, pois parecem ser o local onde os usuários podem se expressar mais efetivamente. Eles escolhem as oficinas que mais possuem afinidade, mesmo que a equipe indique outras. Esse poder de escolha e de autonomia sobre si é fundamental para a consolidação da reforma psiquiátrica.

O cotidiano do CAPS é marcado por imprevistos. Embora se tente elaborar um planejamento das atividades é preciso sempre estar preparado para necessidade de modificar esse planejamento. Por isso fica difícil se pensar em algo que foge do cotidiano, pois os profissionais da ET têm como cotidiano a gestão de imprevistos. Os que mais se sobressaem nos discursos, são as necessidades de encaminhamento, os dias chuvosos (quando muitos usuários não comparecem), a falta de algum colega de equipe, atraso no repasse do material, agressividade de alguns usuários, entre outros.

*Nem sei nem se eu posso dizer se é atípico, porque trabalhar com saúde mental é assim, não existe uma coisa que a gente diga assim: é atípico. Não existe receita, forma de bolo. Todo dia que a gente chega tem uma surpresa, tem coisa diferente, as vezes é porque a gente já tá acostumado. (E.8, ET).*

Por estar sempre aberto, 24 horas por dia mesmo em finais de semana e feriados, o CAPS tem atividades constantemente. Alguns dias são reservados para consultas medicas, de segunda a quinta, quando o psiquiatra está na instituição. Esses dias são mais movimentados, porque tem um fluxo maior de pessoas que querem a consulta, mesmo sem fazer parte das oficinas ou das outras atividades realizadas no CAPS. Os finais de semana em geral são mais tranquilos, porque não possuem atividades programadas para os usuários, funcionando apenas para acolher alguma demanda que surja.

Em algumas entrevistas evidenciamos que estes dias onde o fluxo de pessoas é menor, e que são descritos como mais calmos, ao contrário do que poderíamos supor, não são os mais tranquilos. Isto porque os profissionais se sentem mais desamparados, temem pela localidade do CAPS, que pode ser assaltada, e por funcionarem com uma equipe menor, possuindo menos recursos para lidar com os imprevistos. O trabalho fica menos intenso, mas os trabalhadores ficam tensos com riscos ligados à violência urbana.

Embora o cotidiano do CAPS seja marcado pela imprevisibilidade e frequentemente seja preciso reformulações, podemos observar que há uma previsibilidade enquanto a demanda. Mesmo com todos os imprevistos os profissionais que estão engajados na atividade desenvolvem suas próprias antecipações e suas normas para lidar com isso. É neste aspecto que Athayde (2011) entende que é necessário um movimento na direção do estabelecimento de regras consensuais nesta atividade de trabalho, desde que seja mantida as possibilidades de renormatização quando conveniente. Destacamos

que isto deve ser feito dentro do coletivo, tendo em vista que o estabelecimento destas regras precisa ser realizado de acordo com as especificidades do contexto, sendo impossível padronizá-lo.

O CAPS III não possui carro próprio, nem para a realização de visitas domiciliares nem ambulância para o encaminhamento de usuários em crise ou que necessite de algum atendimento fora da instituição. Para atender a essa necessidade foi realizada uma parceria com o SAMU que fica à disposição. No caso das visitas domiciliares a prefeitura organizou um revezamento para o carro disponível. Ele fica a serviço do CAPS III apenas dois dias por semana e nos outros dias está à disposição de outros CAPS ou serviços. Caso seja necessário fazer alguma visita fora desses dias é preciso negociar com o serviço que está com o carro para cede-lo temporariamente. Isto tem um impacto importante nas atividades realizadas no CAPS III, que precisa se organizar de acordo com esse cronograma e que tem uma limitação quanto à utilização deste carro, que é muito necessário. Retomaremos este ponto mais a frente, quando discutiremos as principais dificuldades sentidas pelos profissionais.

Existem no cotidiano do CAPS diversos obstáculos que fazem com que os profissionais precisem se mobilizar e encontrar formas de realizar a tarefa, algumas dessas dificuldades serão mais aprofundadas em seguida.

### **5.2.2. Atividade frente às dificuldades**

Como dito anteriormente, a chegada no CAPS foi marcada por expectativas, sobre a organização e sobre o serviço. Alguns profissionais da ET, que participaram deste momento, fizeram parte também da construção das práticas dentro do CAPS, assumiram diversos papéis e construíram no dia-a-dia a instituição, superando as dificuldades e os

desafios que apareceram. Atualmente a prática dentro do CAPS III é guiada pela lógica do cuidado, onde zela-se por um tratamento que garanta uma qualidade de vida. Houve neste contexto referência à uma lógica emancipatória, de devolver aos usuários o desejo:

*Fazemos oficinas para geração de renda, para que tenham alguma coisa deles, para que voltem a desejar, que voltem a querer as coisas. Eu acho que o CAPS é um espaço para isso, para devolver o desejo. (E.4, ET).*

Porém, apesar do esforço da equipe para efetivar esta emancipação, parece que as dificuldades vivenciadas na atividade de trabalho do CAPS III têm acarretado o insucesso desta lógica, fazendo com que os usuários fiquem presos ao local do louco. Destacamos neste ponto, que parte da demanda atendida foi remanejada do hospital psiquiátrico após seu fechamento. Alguns usuários estavam submetidos a lógica asilar, presos ao local do louco, há muitos anos, sendo difícil desconstruir isto, ainda mais em um contexto repleto de obstáculos como os descritos posteriormente.

*Pessoas que chegam muitas vezes com uma simples depressão, começa um tratamento e parece que é meio um caminho sem volta. Quando você menos vê de uma simples depressão ela já é diagnosticada como esquizofrênica ou seja lá qual for o transtorno (...) e ela mesma se coloca naquele lugar, do usuário com transtorno mental (...) Por mais que a equipe faça, por mais que a família tente, não sai daquele lugar. Assim, poucos são aqueles que conseguem trabalhar e voltar a sociedade, a inserir no mercado de trabalho e a frequentar lugares que geralmente a gente frequenta, igreja, supermercado. (E.3, ET).*



O cotidiano do CAPS é descrito como variável e dificilmente previsível. O primeiro grande desafio enfrentado que foi comentado pelos profissionais é a demanda muito grande:

*Atualmente a gente vem recebendo demanda que não é nossa... acaba atendendo demanda da atenção básica, que a atenção básica era para ter grupos de saúde mental, mas esses grupos de saúde mental não tão funcionando... e hoje o maior desafio da gente é tentar formar esses grupos de saúde mental, para deixar eles funcionais e desinchar um pouco o CAPS. (E.2, ET).*

O CAPS atende hoje uma demanda muito grande, além dos usuários que necessitam dos serviços existem também alguns que chegam encaminhados e que não possuem o “perfil CAPS”. Esta é uma expressão utilizada pelos entrevistados para sinalizar que algumas pessoas que são encaminhadas não necessitam de atendimento dentro do CAPS, ou seja, que não possuem transtorno mental severo ou persistente, demandando na verdade outros serviços.

O CAPS III fica cheio principalmente nos dias em que há atendimento com o psiquiatra, alguns usuários vão em busca unicamente de uma consulta, por isso não são preenchidos os prontuários, não haverá acompanhamento por parte do CAPS. A exceção é quando vem encaminhado da atenção básica e necessita de uma avaliação, neste caso é feito um prontuário que ficará arquivado, para que seja dado continuidade ao atendimento em algum outro momento, se necessário. O ritmo intenso de trabalho faz com que os profissionais precisem fazer escolhas, tendo que criar formas de dar conta de tudo que dever ser feito. O preenchimento do prontuário é algo que demanda tempo, por isso eles abrem mão daqueles que irão só para receber medicamento ou para algo mais pontual.

Como visto na revisão sistemática, os estudos ressaltam a importância da aproximação entre o CAPS e a atenção básica (Dimenstein, Severo, Brito, Pimenta, Medeiros & Bezerra, 2009; Boarini & Borges, 2009; Rodrigues & Moreira, 2012). Embora esta aproximação seja assinalada como fundamental para garantir a desinstitucionalização, traz desafios para as equipes que devem atender uma demanda para qual não estão devidamente capacitados (Jorge, Vasconcelos, Maia Neto, Gondim e Simões, 2014). Esta aproximação é algo, como ilustrado em falas anteriores, que tem mobilizado a equipe. Isto porque dentro do CAPS III é defendida a concepção de que o usuário portador de algum transtorno mental não se encerra no transtorno, sendo necessária uma rede concisa que garanta a integralidade de seus direitos. Os serviços de atenção básica são solicitados também no momento de dar apoio as famílias, sendo apontado como um espaço propício para grupos e para dar suporte as famílias em conjunto com a equipe do CAPS.

Neste sentido, tanto a prefeitura como os profissionais parecem estar mobilizados para efetivar a integralidade entre as equipes de saúde como um todo. Porém os profissionais do CAPS III ainda se queixam de sentir preconceito ao trabalhar no contexto da saúde em conjunto com os outros serviços. Jorge e col. (2014) ao estudarem equipes de matriciamento no Ceará perceberam que os profissionais do CAPS que atuavam nestas equipes também sentiam que havia preconceito por parte dos demais profissionais, como relatado no CAPS III aqui estudado.

Podemos traçar um paralelo entre a situação vivenciada pelos profissionais na rede de saúde e dos usuários. Os funcionários do CAPS, relatam que se sentem isolados e preconceito por parte dos demais. Estranhamos este isolamento a que tais profissionais estão submetidos, entendemos que a reforma psiquiátrica e a reforma sanitária devem caminhar lado a lado. Retomamos aqui a questão da identificação: os profissionais

engajados nesta atividade precisam ainda superar no seu cotidiano estas mesmas questões, provavelmente com uma intensidade menor que os usuários.

O desgaste que vai se acumulando pela solicitação constante dos funcionários é também apontado como uma dificuldade neste contexto. Quando questionados sobre o que é preciso para ser um bom profissional neste contexto predominaram falas como “paciência” e “amor”.

*Eu acho que tem que ter muito amor pela profissão, porque é um trabalho muito estressante, que lhe deixa muito, assim... que retem muito de suas energias, no final do dia você tá totalmente cansado, sua mente tá cansada, o físico também. (...) Tem que ter muita força interior para que os trabalhos continuem... (E.5, ET).*

A atividade de trabalho não pode ser confundida com outras realizadas cotidianamente pelos sujeitos. Neste sentido é preciso situar-se no cruzamento de diferentes domínios, engajar-se e realizar bem o trabalho demandado, mas não se encerrar nisso, participar de outros grupos. Embora estes sentimentos positivos relacionados ao trabalho no CAPS III seja algo que contribui para a atividade, é preciso mais que isso para garantir um bom funcionamento da dinâmica de trabalho. É necessário que sejam garantidos direitos, que os contratos realizados neste contexto não garantem, como férias ou segurança da data de recebimento do salário.

Quando pensamos essa solicitação, e a consequente implicação dos profissionais, somado ao vínculo empregatício precário e a falta de descanso – falta de férias ou folgas – podemos imaginar o desgaste gerado por esta atividade que é vivenciado como sofrimento. Neste aspecto, o trabalho em saúde mental pode tornar-se exaustivo, levando a uma sobrecarga e ao adoecimento do trabalhador, por isso a atenção à saúde do trabalhador é fundamental, refletindo-se inclusive na qualidade do atendimento, tendo em

vista que um profissional que não se sente bem com a atividade desenvolvida terá mais dificuldade em desempenhar suas funções de forma satisfatória (Ribeiro, 2013).

*A questão dos riscos mesmo, das agressões físicas, a pressão psicológica que, quer queira ou que não queira, é uma demanda que você vai absorvendo e acaba que se não tiver cuidado vai ficando estressando também. Eu sinto falta a dificuldade de não ter uma terapia, vamos supor na sexta feira não tem reunião aqui? Porque não separar duas horas para fazer uma terapia com os profissionais? (...) É aquele ditado que diz: de onde se tira e não se coloca um dia acaba. Então de alguma forma você tem que tá se suprindo naquilo que alguém tá esvaziando. (...) Vai esgotando, vai esgotando... (E.2, ET).*

Outro exemplo que evidencia o desgaste é a necessidade dos profissionais de falar sobre os sentimentos e sofrimento dentro das reuniões de equipe. Eles procuram sempre espaços para se expressarem como forma de amenizar o desgaste provocado pela atividade. Como mencionamos anteriormente, estes espaços coletivos assumem também o papel de suporte emocional para os funcionários, sendo o ambiente no qual podem compartilhar suas angústias relacionadas ao trabalho. São fundamentais para coesão da equipe, criando um espaço de cooperação.

Além desta questão o CAPS III encontra dificuldade com o repasse dos recursos para a realização das atividades ofertadas, como por exemplo, para o material das oficinas ou para a alimentação. A fala a seguir ilustra como os profissionais precisam se mobilizar para contornar essa questão:

*O recurso que a gente não tem, muitas vezes a gente quer... eu mesma desde que entrei aqui quero fazer uma oficina de*

*produção mesmo, tipo... customizar sandália, ou alguma coisa desse tipo, que gere renda para os usuários e aí a gente não tem recurso para isso, então a gente tira do próprio bolso, né? Em um salário que já é tão minguado, a gente vai tirar do próprio bolso? (...) Então, a gente falta esses recursos, falta uma alimentação... as vezes tem dia que a gente tem que rachar aqui pra gente almoçar porque não veio essa semana a feira de carne. Aí é... se divide e se vira, come o que tem. (E.7, ET).*

Os profissionais se queixam não somente do atraso do repasse da verba, mas da falta de incentivos por parte da esfera pública, tanto local como federal. Para contornar estas dificuldades são realizados bingos e brechós para a arrecadação de verba que serve para complementar os recursos do CAPS. Novamente a superação deste desafio exige criatividade e implicação, neste sentido a equipe é descrita de forma positiva, como na fala a seguir:

*A equipe aqui é muito criativa, com nada eles conseguem fazer tudo, eu vejo isso, mesmo quando não tem o pessoal dá um jeito, as pessoas aqui são muito criativas. Tem o desejo e quem tem o desejo tem tudo. (E.4, ET)*

As dificuldades aparecem também como consequência da estrutura física da casa que abriga o serviço. Ela, embora no início aparentasse atender as necessidades do CAPS III, é descrita atualmente como inadequada. A principal dificuldade sentida é decorrente de uma escada grande localizada no meio da casa, que une o térreo – onde se encontram a entrada e a recepção, o refeitório e o consultório médico – e o primeiro andar – onde a ET geralmente se reúne e onde se encontram algumas salas de atendimento. Além do desgaste físico gerado pela necessidade de subir e descer as escadas tem também as

limitações de alguns usuários, que não conseguem ou sentem muita dificuldade para ter acesso ao primeiro andar.

*A gente trabalha aqui com primeiro andar, as vezes necessitava de um atendimento aqui em cima, o usuário não pode descer, assim como as vezes não tem condições de subir, essa estrutura física atrapalha um pouquinho. (E.8, ET).*

A piscina também aparece como um dos problemas da estrutura física, primeiramente por não ser isolada adequadamente, o que é apontado como perigoso, e em segundo, porque não possui a manutenção necessária o que impossibilita sua utilização.

Outro problema da casa é que, ao contrário do que foi planejado inicialmente – expresso na primeira fala de E.1 na página 62 – com a grande demanda atendida pelo CAPS III não é possível reservar salas para cada atendimento, sendo as vezes necessário improvisar espaços para essas atividades, principalmente para o acolhimento.

De forma geral, como visto ao longo das análises, dentro do CAPS III há uma predominância das variabilidades, que requer que os trabalhadores estejam engajados constantemente, lançando mão de um uso exacerbado de si. Durrive e Schwartz (2008) destacam que ao trabalhar o sujeito está fazendo uso de si para dar resposta a variabilidade do meio. No contexto do CAPS III isso ocorre de forma intensa, porque as demandas dos usuários, as exigências formais e a necessidade de exercitar constantemente a criatividade e a capacidade inventiva são fortemente mobilizadoras, fazendo com que os trabalhadores façam um intenso uso de si, através de escolhas, decisões e inventando formas de lidar com tantas variabilidades (Ramminger & Brito, 2011).

Apesar dos diversos problemas enfrentados no CAPS III, o serviço segue seu funcionamento, com as pessoas fazendo o possível para atender da melhor forma aqueles

que dele necessita. Os profissionais estão constantemente implicados, utilizando-se não só dos conhecimentos formais, mas mobilizando saberes apreendidos nas vivências pessoais ou em outros ambientes. É preciso refletir sobre formas de contribuir para amenizar estas dificuldades, criando possibilidades de retorno para estes profissionais, de forma que a atividade se torne algo que vá, gradativamente, bloqueando os usos de si e a saúde dessas pessoas.

### **5.3. Reconhecimento**

O trabalho é muito importante na sociedade atual, é fonte de identificação, valorização e de reconhecimento. Desta forma, reside nele a potencialidade do prazer ou do adoecimento (Ferreira e Mendes, 2001). Os profissionais do CAPS III lidam com uma atividade intensa, por vezes descrita como esvaziante e estressante. Porém, é também descrita como fonte de prazer e de identificação.

Retomando a discussão proposta por Dejours (2013) apresentada no Capítulo 3, destacando a expectativa de uma retribuição simbólica, expressa pelo reconhecimento em um duplo sentido, quanto a gratidão e ao julgamento de qualidade.

Nesta perspectiva, podemos observar dois tipos de julgamentos, de utilidade e de beleza. Este primeiro é realizado pelos superiores hierárquicos, pelos subordinados e pelos beneficiários do serviço. Os profissionais expressam este reconhecimento ao perceberem uma estabilidade apesar do vínculo empregatício frágil. Eles sentem isto como reconhecimento da importância do seu trabalho. Além disso, os discursos dos profissionais do CAPS mostram o julgamento de utilidade destacando o reconhecimento da coordenadora e dos usuários.

O segundo, o julgamento de beleza, é o mais importante para a saúde mental, sendo proferido pelos pares, não se encerrando na utilidade do trabalho, mas na beleza com o qual ele é realizado. Este julgamento de beleza ficou mais claro quando, ao final da entrevista, nos indicavam outro profissional para conversar, e geralmente a indicação vinha seguida de elogios sobre a realização do trabalho.

Glanzner, Olschowsky e Kantorski (2011) afirmam que, para os profissionais de saúde mental, o trabalho aparece como fonte de prazer. Isto ocorre porque a atitude manifesta pelos usuários do CAPS, a sensação de satisfação da tarefa realizada e o funcionamento em equipe se reverte em sentimentos positivos sobre o trabalho, traduzido em um sentimento de gratificação e orgulho daquilo que é produzido. Dentro do CAPS III é o reconhecimento por parte dos usuários e a percepção de melhoria dos mesmos que permite que diversos profissionais se sintam identificados e “apaixonados” por seu trabalho (expressão dos entrevistados), sendo esta a principal fonte de reconhecimento.

*O usuário reconhece demais... e me parabeniza... (...) Isso é o que nos faz continuar nessa... nessa luta, ne? Da saúde mental... é o que nos fortalece. Me deixa feliz quando eles chegam para dar um abraço, para agradecer o que a gente faz por eles, a paciência que a gente tem, a dedicação que a gente tem pelo usuário. (E.5, ET).*

Athayde (2011) em sua investigação sobre os profissionais de um CAPS do Rio de Janeiro também observou a gratidão dos usuários como fonte de reconhecimento capaz de emocionar e motivar os profissionais. Onocko-Campos (2005) afirma que a ideologização apaixonada do SUS entre os trabalhadores é tradicional, e é utilizada como forma de superação das limitações impostas pela realidade concreta do trabalho.



*Quando eu escolhi a enfermagem, e escolhi estar na saúde mental, eu escolhi porque realmente gosto. Então assim, eu não espero reconhecimento, nem dos meus colegas, nem de alguém não, porque faço com amor, então quando você faz algo com amor, quer queira ou que não queira, as pessoas percebem. (E.2, ET).*

A equipe também é apontada como fonte de reconhecimento por estes trabalhadores, porém de forma menos intensa. Neste aspecto é importante retomar algumas questões referentes ao trabalho coletivo, como por exemplo a discussão levantada sobre as ECRP. Existem no CAPS grupos de profissionais que funcionam mais harmoniosamente, embora toda a equipe interaja e execute atividades conjuntamente. Dentro destas entidades há um reconhecimento mais forte, porém quando se pensa em termos da equipe completa os profissionais falam que não são tão reconhecidos.

Este reconhecimento é ainda menor quando abordado em relação a rede de serviços de saúde ou a gestão política. Isto é reflexo do preconceito sentido por eles e das condições precárias dos contratos. Quando falamos de reconhecimento não podemos deixar de lado a valorização e remuneração dos profissionais, que dentro do CAPS III não é vista como satisfatória.

*Não valoriza totalmente, que valor eles tinham que dá? Principalmente seria salarial, né? Seria um décimo terceiro, umas férias que a gente não tem, ne? (E.6, ET).*

Há ainda o caso de profissionais que não sentem que seu trabalho é reconhecido. Este reconhecimento ocorre unicamente pelos usuários e ainda assim de forma inconstante. Para estes funcionários a vivência no CAPS parece apresentar-se como fonte de sofrimento de forma mais clara e intensa do que para outros profissionais. A fala a

seguir mostra uma funcionária que não se sente reconhecida e não vê frutos consistentes em seu trabalho, além de clamar por um espaço de cuidado do cuidador, no caso para os profissionais do CAPS.

*A gente enquanto equipe até já reivindicou, mas parece que fica meio adormecido... eu acho que devia ter um acompanhamento, uma escuta, tá entendendo? Todo profissional, que não fosse uma coisa forçada, mas que fosse uma coisa, assim, por exemplo, que existisse um lugar onde os profissionais de saúde mental pudesse ir lá, conversar, se abrir, ser escutado, a gente não tem. Porque é uma salada de sentimentos, é medo, é insegurança, é angustia, tudo referente a várias situações que a gente passa, ne? (E.3, ET).*

Falas como essas também trazem à tona não só o sofrimento causado pela atividade destes trabalhadores, mas também os aproximam dos usuários que necessitam ser escutados, que muitas vezes entraram no serviço por algo pontual que levou a um desequilíbrio e que foi agravado com o tempo.

Os profissionais da EA também seguem a lógica do reconhecimento da ET, sentem que há um reconhecimento maior do seu trabalho por parte dos usuários, que demonstram mais. Sentem que a equipe como um todo do CAPS expressa reconhecimento, porém em menor medida e não se sentem reconhecidos por parte da gestão municipal.

Outra questão importante referente ao reconhecimento é o vínculo empregatício precário. Em quase dez anos de serviço ainda predominam os contratos por tempo determinado, como apontam os entrevistados. Este tipo de vínculo embora não seja vivido com muito pesar por alguns, é apontado como uma fonte de insegurança que influencia no trabalho. Alguns profissionais da ET sentem a influência desta fragilidade na hora de

reclamar seus direitos trabalhistas. Desta forma isto é vivido com maior intensidade como na fala a seguir:

*(Se fosse concursada) Você se sentiria mais segura, né? Para exigir seus direitos. Até para você trabalhar bem, mais estimulado. Lá no Trauma eu sou efetiva e é totalmente diferente (...) Eu tenho, como eu já disse lá, eu sei todos os meus deveres, mas eu conheço todos os meus direitos também. (...) Aqui a gente tem que se calar para qualquer coisa, tem que aceitar e pronto (...) Se não precisasse, se não dependesse, se encontrasse coisa melhor lá fora, não estaria aqui mais. A gente gosta, gosta muito, mas eu queria ser valorizada, pra mim não ter esse pensamento, mas infelizmente... (E.6, ET).*

Como vemos nesta fala, essa precarização influencia diretamente na atividade destes profissionais que, apesar disso, se esforçam para fazer o melhor que podem. Gomes, Araújo e Santos (2011) afirmam que esta precarização faz parte do perfil nacional de emprego em saúde mental. Para eles este tipo de contrato pode trazer consequências importantes na qualidade do serviço e na estruturação de riscos à saúde dos trabalhadores, isto porque pode gerar um clima de instabilidade que afeta a criação de vínculos entre os próprios trabalhadores e destes com os usuários. Eles complementam ainda dizendo que a maioria dos funcionários não estão satisfeitos com este tipo de vínculo, sendo um importante fator de estresse e de insegurança no trabalho.

Os funcionários que compõe a EA parecem também vivenciar isto de maneira intensa, pois são pessoas que estão no serviço há menos tempo e sentem a insegurança que estes contratos podem representar.

*Contratado não tem valor, ne? Que seria... é... de direito, vamos dizer assim, então se torna uma coisa meio complicada. (E.14, EA).*

O trabalho não está em nada dissociado da vida daqueles que o efetivam. Desta forma as consequências do atraso no pagamento do salário, da falta de férias e dos horários de trabalho são o que mais impacta estes funcionários, que se sentem esvaziados, pois falta a eles o reconhecimento de seu empregador e são privados de momentos com os familiares e com os amigos. Eles devem seguir com suas atividades sem a segurança do vínculo empregatício, posto que podem ter seus contratos rescindidos ou não renovados, sem a garantia de direitos trabalhistas, como férias por exemplo, sem a certeza de quando serão remunerados e com as dificuldades impostas pelas variabilidades do serviço.

Percebemos, desta forma, que o trabalho no CAPS III exige um comprometimento por parte de seus profissionais, que não é reconhecido ou recompensado como esperado por eles, sendo descrito como algo que os esvazia. Destacamos esta questão pois observamos que a atividade dentro do CAPS impõe um engajamento, cobra dos funcionários uma dedicação, e é a capacidade deles de criar e superar as dificuldades que mantém o funcionamento do serviço. Profissionais cada vez mais esvaziados e sem condições de continuar engajando-se, provavelmente terão a longo prazo maior dificuldade em manter-se nesta situação.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Acreditamos que apesar das dificuldades inerentes a todo processo de investigação, os objetivos desta pesquisa foram alcançados. Foi possível, através dos discursos dos profissionais que compõem a equipe do CAPS III, analisar a complexidade das situações de trabalho tendo como referencial a Reforma Psiquiátrica. Além disso, também nos aproximamos dos objetivos específicos traçados de compreender estas situações de trabalho e contextualizá-las, além de identificar as principais dificuldades enfrentadas assim como suas formas de superação. Pretendemos agora aproximarmos do objetivo de problematizar como a contribuição dos estudos sobre o trabalho pode propiciar processos de transformação destas situações.

Podemos observar que são muitos os fatores que influenciam a atividade de trabalho dentro do CAPS, e que, em consequência disso, as situações vivenciadas pelos profissionais são extremamente complexas. Embora haja muitos esforços para propiciar um serviço de qualidade, a equipe enfrenta no dia a dia diversos desafios que impactam na sua atividade.

A gestão municipal tem, historicamente, se aliado ao CAPS na tentativa de amenizar algumas destas dificuldades. Observamos que muitos profissionais ou foram formados sob uma perspectiva diferente daquela proposta pela Reforma Psiquiátrica ou não possuíam formação específica para saúde mental. Isso é algo que exige deles um engajamento no sentido de superar práticas que não devem reger sua atuação no serviço e na apreensão de uma forma de ser dentro do CAPS e norteado por seus pressupostos. Este é o aspecto onde o poder municipal mais efetivamente tem tentado contribuir oferecendo cursos de (in)formação, inclusive de nível superior e pós-graduação, como especializações. Isto ocorre desde o princípio do funcionamento do CAPS e tem se

expandido através de parcerias com outras instituições, como por exemplo, a Universidade Estadual da Paraíba.

Há também uma participação do município, através da secretaria de saúde, na tentativa de consolidação da rede de saúde, integrando os diversos serviços oferecidos e fortalecendo uma rede de encaminhamento que permita atender as necessidades daqueles que a procuram de forma mais completa. Este é um aspecto importante para a concretização de um atendimento como preconizado pela própria portaria de criação do CAPS e pela Reforma Psiquiátrica, garantindo uma assistência integral e o respeito aos direitos dos usuários. Porém isto não ocorre sem percalços, os profissionais ainda percebem dificuldades para a efetivação desta rede, expressas principalmente sob o que é percebido como preconceito.

Ressaltamos também a fragilidade do vínculo empregatício como um dos principais obstáculos. A precarização deste vínculo, embora não impeça a realização da atividade ou diminua o zelo dos profissionais, influencia de forma significativa. Entendemos também que esta pode ser uma limitação para a participação e a livre expressão, tendo em vista que algumas críticas não podem e nem devem ser ditas pelos profissionais. Por isso, nos limitamos a destacar questões que são mais aparentes sobre este aspecto, como a insegurança causada nos profissionais e suas consequências, descritas no corpo deste trabalho.

Percebemos nos discursos e em observações realizadas ao longo do contato com os profissionais que há um forte engajamento da equipe levando a um uso exacerbado de si para dar respostas a intensa variabilidade do meio. De fato, o trabalho no CAPS III parece marcado muito mais pela variabilidade do que pela estabilidade. Retomamos aqui mais uma implicação da fragilidade do vínculo empregatício, sendo como uma importante variabilidade a própria composição da equipe. Os contratos temporários não dão

estabilidade nesta composição, sendo necessário adaptações sempre que algum membro se afasta ou é afastado. Atualmente observamos que existe um déficit de profissionais sobrecarregando aqueles que seguem no CAPS.

A equipe do CAPS III embora se sinta enfraquecida, parece funcionar bem enquanto coletivo de trabalho. As reuniões semanais e as passagens de plantão são essenciais para isto, configurando-se como espaço de debate e de estabelecimento de normas que permitam a atividade. Embora existam diretrizes e políticas que regem o funcionamento do CAPS, não há uma descrição minuciosa de técnicas e de formas de efetivação do trabalho nestes espaços. Neste sentido, comungamos com o pensamento de Athayde (2011) de que é, talvez, necessário um movimento na direção do estabelecimento de regras consensuais nesta atividade de trabalho, ainda que isto possa acarretar o risco de engessamento do trabalho, desde que sejam mantidas as possibilidades de renormatização quando conveniente.

Destacamos que há dentro do CAPS III um discurso que visa o empoderamento dos usuários no sentido de devolver o desejo, para que eles possam superar as sequelas do asilamento, tendo em vista que parte da demanda atendida foi remanejada para lá após o fechamento do hospital psiquiátrico da cidade. Porém, apesar disso, os profissionais relatam também a dificuldade para efetivar esses objetivos.

Ressaltamos a questão da agressividade, apontada como um dos imprevistos mais recorrentes, como indicativo deste processo. Basaglia (2005) mostra que as primeiras experiências que tinham por objetivo a transformação da lógica manicomial tiraram o doente mental, como eram tratados por esta lógica, da postura de homem resignado ou dócil. A agressividade aparece então como expressão desta mudança, como algo que transcende a doença e marca a descoberta do direito à uma vida humana. Ao que parece, o CAPS III está tentando romper com os resquícios do fechamento do hospital

psiquiátrico, mas frente aos desafios tem tido dificuldade de consolidar-se como espaço de empoderamento.

Diante destas dificuldades observamos que os espaços de debate, como as passagens de plantão e mais efetivamente as reuniões semanais, se configuram como fatores positivos para os participantes, mostrando que as relações interpessoais ajudam a lidar com a sobrecarga emocional ao qual estão submetidos. Por outro lado, as dificuldades, como a falta de recurso e de reconhecimento, e o desgaste emocional aparecem no sentido oposto, como fatores negativos que precisam ser superados.

Acreditamos que a abordagem ergológica pode contribuir para a transformação desta situação de trabalho dando visibilidade a questões que podem passar despercebidas no dia a dia de quem faz parte. Neste sentido, Brito (2004) ressalta que esta abordagem pode enriquecer a concepção de trabalho adotada nos estudos e intervenções em saúde do trabalhador, mesmo na realidade perversa e de precarização do trabalho vivenciada no Brasil. Destaca ainda a importância de fortalecer a concepção de que é através do intercâmbio entre trabalhadores e pesquisadores que é possível avançar nas descobertas, tendo em vista a impossibilidade de conhecer a atividade *a priori*. Neste aspecto ressaltamos a importância de estudos que tenham como foco os trabalhadores que se sentem desvalorizados neste contexto.

Não podemos deixar de apontar algumas limitações deste estudo, como a abrangência do campo, limitado a alguns profissionais de um CAPS. Embora houvesse o interesse de dialogar com toda a equipe isto não foi possível tendo em vista o tempo limitado frente ao tamanho da mesma, composta por 46 profissionais. Neste sentido, apontamos também a pouca profundidade com a qual pudemos nos aproximar da atividade de trabalho da EA. Embora haja diálogo entre eles e a ET, parece que se constituem como dois grupos com funcionamento distinto e neste estudo focamos



questões que se apresentaram mais próximas da ET. Com isso não diminuimos a importância ou a complexidade da atividade de trabalho deste grupo, apenas ressaltamos a escassez de dados que pudemos observar. Apontamos neste aspecto que esta poderia ser um possível desdobramento desta pesquisa ou uma sugestão para o desenvolvimento de outras.

Outra limitação é quanto à participação dos profissionais, realizada na correria do dia a dia, não permitindo as vezes maior aprofundamento por restrições de tempo. Observamos neste aspecto que as entrevistas realizadas na sala de descanso da enfermagem permitiram maior fluidez, talvez pelo ambiente estar associado à uma pausa ou a diminuição do ritmo acelerado que o trabalho no CAPS impõe. Não foi possível realizar todas as entrevistas neste espaço, pois nem sempre estava disponível sendo necessário adaptar-se as disponibilidades, assim como é feito pelos trabalhadores cotidianamente em sua atividade.

O ritmo intenso de trabalho, associado a limitação de tempo inerente à um curso de mestrado, impossibilitou a realização dos encontros sobre o trabalho. Este seria um espaço para debater de forma coletiva algumas questões suscitadas nas entrevistas individuais. Soma-se aqui a inexperiência da pesquisadora, que imersa neste contexto complexo, tardou a adaptar-se e dar respostas capazes de garantir a realização, em tempo hábil, desta etapa. Porém, entendemos que isto faz parte do processo de aprendizagem que um curso de pós graduação representa.

Apontamos também como possibilidade de estudos futuros investigações sobre a rede de serviços de saúde, observando as relações do CAPS com os diversos serviços que a compõe, dada a importância da mesma para a consolidação da Reforma Psiquiátrica. Esta questão não foi suficientemente abordada ao longo deste trabalho, mas foi trazida pela coordenadora do CAPS III como uma necessidade do campo.

## REFERÊNCIAS

- Abuhab, D.; Santos, A. B. A.P.; Messenberg, C. B.; Fonseca, R. M. G. S. & Aranha e Silva, A. L. (2005). O trabalho em equipe multiprofissional no CAPS III: um desafio. *Rev Gaúcha Enferm*, Porto Alegre; 26(3):369-80.
- Amarante, P. D. C. (1995) Algumas considerações históricas e outras metodológicas sobre a Reforma Psiquiátrica. In.: *Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. (Coord. Amarante, P. D. C). Rio de Janeiro: Fiocruz. 87-122.
- \_\_\_\_\_. (2007). Saúde mental, territórios e fronteiras. In: *Saúde mental e atenção psicossocial*. FIOCRUZ.
- \_\_\_\_\_. (2011). Reforma Psiquiátrica e Epistemologia. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health*, 1(1):34–41.
- Andrade, M., Medeiros, E. F. & Patriota, L. M. (2010). A reforma psiquiátrica na prática e a prática da reforma psiquiátrica: um estudo a partir das percepções dos profissionais do CAPSI (Centro Campinense De Intervenção Precoce) de Campina Grande – PB, *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, Florianópolis, 4-5(2):47-59.
- Arce, V. A. R. (2014). Fonoaudiologia e Saúde Mental: reorientando o trabalho na perspectiva da atenção psicossocial. *Revista CEFAC*, 16(3):1004-1012.
- Athayde, V. & Hennington, E. A. (2012). A saúde mental dos profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 22(3):983-1001.
- Athayde, V. (2011). Profissionais do Centro de Atenção Psicossocial: a saúde do trabalhador da saúde. Rio de Janeiro. 65-105.
- Azevedo, C. S. (2012). Gestão em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 28(9), 1811–1812.
- Azevedo, E. B., Ferreira Filha, M. O., Silva, P. M. C, Silva, V. C. L. & Dantas, T. R. S. (2012). Práticas intersetoriais que favorecem a integralidade do cuidado nos centros de atenção psicossociais. *Rev Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre, 33(1):93-9.

- Barros, M. E. B. & Fonseca, T. M. G. (2004). Psicologia e processos de trabalho: um outro olhar. *PSICO. Revista da Faculdade de Psicologia da PUC-RS*, Porto Alegre, 35(2):133-139.
- Basaglia, F. (2005). Instituições da violência. *Escritos selecionados*. Editora Garamond. 91 - 132
- Boarini, M. L. & Borges, R. F. (2009). O Psicólogo na atenção básica à saúde. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 29(3):602-613.
- Boccardio, A. C. S., Zane, F. C., Rodrigues, S. & Mângia, E. F. (2011). O projeto terapêutico singular como estratégia de organização do cuidado nos serviços de saúde mental. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, 22(1):85-92.
- Braggio, P. D. (2013). A reforma psiquiátrica interpretada sob a ótica do cuidado em saúde mental: uma revisão bibliográfica.
- Brasil, presidência da república. (2001) *Lei 10.216*, Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. 06 de abril de 2001.
- Brasil, presidência da república. (2002) *Portaria 336/ GM*, Resolve estabelecer que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III. 19 de fevereiro de 2002.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2004) Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de SM. *Saúde no SUS: os centros de atenção psicossocial*.
- Brito, J.C. (2004). Saúde do trabalhador: reflexões a partir da abordagem ergológica. In: Figueiredo, M. e col. (orgs). *Labirintos do trabalho: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo*. Rio de Janeiro: DP&A; 91-114.
- Brito, J. C. (2005) Trabalho e Saúde Coletiva: o ponto de vista da atividade e das relações de gênero. *Ciênc. saúde coletiva*. Rio de Janeiro, 10(4): 879-890.

- Campos, R. O., Gama, C. A., Ferrer, A. L., Santos, D. V. D., Stefanello, S., Trapé, T. L. & Porto, K. (2011). Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. *Ciênc. Saúde Coletiva*, 16(12):4643–4652.
- Dassoler, V. A. & Palma, C. M. D. S. (2011). Contribuições da psicanálise para a clínica psicossocial. *Revista Mal Estar e Subjetividade*, 11(3):1161-1188.
- Dejours, C. (2013). A sublimação, entre sofrimento e prazer no trabalho. *Revista Portuguesa de Psicanálise*. 33 (2): 9 – 28.
- Dimenstein, M. & Bezerra, C. G. (2009). Alta-Assistida de usuários de um hospital psiquiátrico: uma proposta em análise. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 19(3):829-848.
- Dimenstein, M., Severo, A. K., Brito, M., Pimenta, A. L., Medeiros, V. & Bezerra, E. (2009). O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. *Saúde e Sociedade*, 18(1):63-74.
- Durrive, L. (2002). Formação, trabalho e juventude: uma abordagem ergológica. *Proposições*, 13(3):19-30.
- Durrive, L., & Schwartz, Y. (2008). Glossário da ergologia. *Laboreal*, 4(1):23-28.
- Ferreira, M.C. & Mendes, A.M. (2001). “Só de pensar em vir trabalhar, já fico de mau humor”: atividade de atendimento ao público e prazer-sofrimento no trabalho. *Estudos de Psicologia*, 6(1): 93-104
- Figueiró, R. A. & Dimenstein, M. (2010). O cotidiano de usuários de CAPS: empoderamento ou captura?. *Fractal: Revista de Psicologia*, 22(2):431-446.
- Glanzner, C. H.; Olschowsky, A.; Kantorski, L. P. (2011). O trabalho como fonte de prazer: avaliação da equipe de um Centro de Atenção Psicossocial. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, 45(3): 716-721.

- Gomes, D. D. J., Araújo, T. M. D. & Santos, K. O. B. (2011). Condições de trabalho e de saúde de trabalhadores em saúde mental em Feira de Santana, Bahia. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 35, 211-230.
- Gonçalves, A. M. & Sena, R. R. (2001). A Reforma Psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. *Rev. Latino-Am Enfermagem*, 9(2):48-55.
- Goulart, M. S. B. (2006) A Construção da Mudança nas Instituições Sociais: A Reforma Psiquiátrica. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 1(1).
- Guérin, F. e col. (2004). Compreender o trabalho para transformá-lo: a prática da ergonomia. São Paulo: *Edgar Blücher*: Fundação Vanzolini.
- Heck, R., Bielemann, V., Ceolin, T., Kantorski, L., Wilhich, J. Q. & Chiavagatti, F. (2013). A importância da gestão na organização da rede de saúde mental. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 7(0).
- Hennington, E. A. (2008). Gestão dos processos de trabalho e humanização em saúde: reflexões a partir da ergologia. *Revista de Saúde Pública*, 42(3):555-561.
- Jorge, M. S. B., Vasconcelos, M. G. F., Maia Neto, J. P., Gondim, L. G. F. & Simões, E. C. P. (2014). Possibilidades e desafios do apoio matricial na atenção básica: percepções dos profissionais. *Psicologia: teoria e prática*, 16(2), 63-74.
- Kantorski, L. P., Oliveira, L. C. S. de, Antonacci, M. H., Teixeira-Júnior, S. & Alves, P. F. (2013). Avaliação dos centros de atenção psicossocial na perspectiva dos entrevistadores. *Journal of Nursing and Health*, 2(0):113–126.
- Lara, G. A. D. & Monteiro, J. K. (2012). Os psicólogos na atenção às psicoses nos CAPS. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 64(3):76-93.
- Laville, C.; Dionne, J. (1999) A construção do saber. Belo Horizonte: Ed UFMG.

- Lemos, P. M., & Cavalcante Júnior, F. S. (2009). Psicologia de orientação positiva: uma proposta de intervenção no trabalho com grupos em saúde mental. *Ciênc. Saúde Coletiva*, 14(1):233–242.
- Lima, L. N. L. (2007). Ergologia: uma perspectiva de análise do trabalho. *Abordagem ergológica de situações de trabalho: estudo em uma empresa do ramo petrolífero*. 38 – 51.
- Lima, L. N. L., & Bianco, M. D. F. (2009). Análise de Situações de Trabalho: Gestão e os Usos de Si dos Trabalhadores em uma Empresa do Ramo Petrolífero. *Cadernos EBAPE. BR*, 7(4):629-648.
- Lopes, F. M. & Melo Junior, W. (2012). Cartografias da relação entre arte e saúde mental no brasil. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, Florianópolis, 10(4):244-247
- Maciel, S. C. (2012). Reforma psiquiátrica no Brasil: algumas reflexões. *Cad. Bras. Saúde Mental*, Rio de Janeiro, 8(4):73-82.
- Marconi, M. A. & Lakatos, E. M. (2008) Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostras e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados. 7. ed. São Paulo: Atlas.
- Meirelles, M. C. P., Willrich, J. Q., Kantorski, L. P. & Hypolito, A. M. (2013). A enfermagem em saúde mental: construindo estratégias para novas práticas de cuidado. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 7(0).
- Milhomem, M. A. D. G. C. (2007). O trabalho das equipes nos centros de atenção psicossocial (CAPS) de Cuiabá-MT. 31-40.
- Milhomem, M. A. G. C. & Oliveira, A. G. B. de. (2007). O trabalho em equipe nos centros de atenção psicossocial – CAPS. *Cogitare Enfermagem*, 12(1).
- Minozzo, F., Kammzetscher, C. S., Debastiani, C., Fait, C. S. & Paulon, S. M. (2012). Grupos de saúde mental na atenção primária à saúde. *Fractal: Revista de Psicologia*, 24(2):323–340.

- Moraes, N. de A. de, Dias, H. Z. J., Romio, C. M., & Peixoto, M. J. R. (2013). Intervenção em saúde mental: Construindo um Ambiente Terapêutico em um Caps Infanto-Juvenil. *Revista Contexto & Saúde*, 10(20):1055–1060.
- Nascimento Alves, D. S., Fagundes da Silva, P. R. & Costa, N. R. (2012). Êxitos e desafios da reforma psiquiátrica no Brasil, 22 anos após a declaração de Caracas. *Medwave*, 12(10).
- Oliveira, A. G. B. & Conciani, M. E. (2009). Participação social e reforma psiquiátrica: um estudo de caso. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1), 319-331.
- Onocko-Campos, R. (2005). O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3): 573-583.
- Pande, M. N. R. & Amarante, P. D. C. (2011) Desafios para os Centros de Atenção Psicossocial como serviços substitutivos: a nova cronicidade em questão. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(4):2067-2076.
- Paulin, L. F. R. S. & Poças, R. C. G. (2009). A experiência da Universidade São Francisco com o internato médico de psiquiatria utilizando a metodologia da aprendizagem baseada em problemas. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 31(1):67-72.
- Paulon, S. M., Gageiro, A. M., Costa, D. F. C., Londero, M. F. P., Pereira, R. G., Mello, V. R. C. & Rosa, R. H. (2011). Práticas clínicas dos profissionais 'PSI' dos Centros de Atenção Psicossocial do Vale do Rio dos Sinos. *Psicologia & Sociedade*, 23:109-119.
- Pinho, L. B. D., Kantorski, L. P., Olschowsky, A., Schneider, J. F. & Lacchini, A. J. B. (2014). Ideologia e saúde mental: análise do discurso do trabalhador no campo psicossocial. *Texto contexto enfermagem*. Florianópolis. 1(23):65-73.
- Pinho, L. B., Hernández, A. M. B. & Kantorski, L. P. (2010). Reforma psiquiátrica, trabalhadores de saúde mental e a "parceria" da família: o discurso do distanciamento. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 14(32):103–113.

- Prates, M. M. L., Garcia, V. G. & Moreno, D. M. F. C. (2013). Equipe de apoio e a construção coletiva do trabalho em Saúde Mental junto à Estratégia de Saúde da Família: espaço de discussão e de cuidado. *Saúde e Sociedade*, 22(2):642-652.
- Queiroz, M. S. & Delamuta, L. A. (2011). Saúde mental e trabalho interdisciplinar: a experiência do "Cândido Ferreira" em Campinas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(8):3603-3612.
- Ramminger, T. & Brito, J. C. (2008). O trabalho em saúde mental: uma análise preliminar relativa à saúde dos trabalhadores dos serviços públicos. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 33(117):36-49.
- Ramminger, T. & Brito, J. C. (2011). "Cada Caps é um Caps": uma coanálise dos recursos, meios e normas presentes nas atividades dos trabalhadores de saúde mental. *Psicologia & Sociedade*; 23(n. spe.), 150-160.
- Ramminger, T. (2009). *Cada CAPS é um CAPS: a importância dos saberes investidos na atividade para o desenvolvimento do trabalho em saúde mental* (tese de doutorado).
- Rauter, C. & Peixoto, P. T. C. (2009). Psiquiatria, saúde mental e biopoder: vida, controle e modulação no contemporâneo. *Psicologia em Estudo*, 14(2):267-275.
- Ribeiro, V. S. C. (2013) A saúde dos trabalhadores dos Centros de Atenção Psicossociais: Adoecimento e Enfrentamento. 22-31.
- Rodrigues, E. S. & Moreira, M. I. B. (2012). A interlocução da saúde mental com atenção básica no município de Vitória/ES. *Saude soc.*, São Paulo, 21(3): 599-611.
- Rosa, L. C. S. (2001). E afinal, quem cuida dos cuidadores. In *Caderno de Textos da 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental*, 168-73.
- Sales, A. L. L. F. & Dimenstein, M. (2009). Psicologia e modos de trabalho no contexto da reforma psiquiátrica. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 29(4):812.



- Sampaio, J. J. C., Guimarães, J. M. X., Carneiro, C. & Garcia Filho, C. (2011). O trabalho em serviços de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica: um desafio técnico, político e ético. *Ciênc. Saúde Coletiva*, 16(12):4685–4694.
- Santos Júnior, H. P. O. & Silveira, M. F. A. (2009). Práticas de cuidado produzidas no serviço de residência terapêutica: percorrendo os trilhos de retorno a cidade. In *Residências Terapêuticas: pesquisa e prática nos processos de desinstitucionalização* (Org. Silveira, M. F. A. & Santos Júnior, H. P. O.): Eduepb.
- Santos Júnior, H. P. O., Silveira, M. F. A., Gualda, D. M. R. & Salim, N. R. (2011). Loucos? Histórias de vida, significados do sofrimento psíquico e (des)institucionalização. In *Residências Terapêuticas: pesquisa e prática nos processos de desinstitucionalização* (Org. Silveira, M. F. A. & Santos Júnior, H. P. O.): Eduepb: 113 – 138.
- Scherer, M. D. A., Pires, D. & Schwartz, Y. (2009). Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. *Rev saúde pública*, 43(4):721-25.
- Schwartz, Y. (2010). A dimensão coletiva do trabalho: as “ECRP”. In *Trabalho e ergologia: conversas sobre a atividade humana*. Niterói: UFF, 149-164
- \_\_\_\_\_. (1996). Trabalho e valor. *Tempo social*, 8(2):147-158.
- \_\_\_\_\_. (2000). A comunidade científica ampliada e o regime de produção de saberes. *Trabalho & Educação*, 7: 38-46.
- \_\_\_\_\_. (2013). Concepções da formação profissional e dupla antecipação. *Trabalho & Educação*, Belo Horizonte, 22(3): 17-33.
- Schwartz, Y. & Duc, M. (2010). Trabalho e uso de si. In *Trabalho e ergologia: conversas sobre a atividade humana*. Niterói: UFF, 2:189-202.
- Serapioni, M. (2012). Pluralidade metodológica e interdisciplinaridade na pesquisa em serviços de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(3):589–591.
- Severo, A. K. & Dimenstein, M. (2011). Processos de trabalho e gestão na estratégia de atenção psicossocial. *Psicologia & Sociedade*, 23(2):340-349.

- Souza, A. A. P. & Eulálio, M. C. (2011). E agora, o que vai ser da gente? Fim de um hospital psiquiátrico relato de caso em Campina Grande – PB. In *Residências Terapêuticas: pesquisa e prática nos processos de desinstitucionalização* (Org. Silveira, M. F. A. & Santos Júnior, H. P. O.): Edupeb: 95-112.
- Spink, M. J. & Lima, H. (1999) Rigor e visibilidade: a explicitação dos passos da interpretação. In: *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. São Paulo: Cortez.
- Tanikado, G. V. F. & Maraschin, C. (2012). Pesquisa, intervenção e tecnologias: dispositivos de virtualização de coletivos. *Fractal: Revista de Psicologia*, 24(1):143–158.
- Telles, A. L. & Alvarez, D. (2004). Interfaces ergonomia-ergologia: uma discussão sobre trabalho prescrito e normas antecedentes. In: *Labirintos do Trabalho: interrogações sobre o trabalho vivo*. Rio de Janeiro: DP&A, p. 63-90.
- Trindade, A. R., Rosa, J. & Rotoli, A. (2012) Grupos de familiares de pacientes alcoolistas internados para desintoxicação em leitos psiquiátricos em hospital geral: uma estratégia a ser desenvolvida. *Revista de Enfermagem*, 8(8):265-279.
- Trinquet, P. (2010). Trabalho e educação: o método ergológico. *Revista HISTEDBR On-line*, 10(38e).
- Vargas, D., Oliveira, M. A. F. & Duarte, F. A. B. (2011). A inserção e as práticas do enfermeiro no contexto dos Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas (CAPS AD) da cidade de São Paulo, Brasil. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(1):115–122.
- Zgiet, J. (2013). Reforma psiquiátrica e os trabalhadores da saúde mental: a quem interessa mudar?. *Saúde em Debate*, 37(97):313-323.

## **Apêndice**

## Apêndice I - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, \_\_\_\_\_ abaixo assinado, concordo em participar da pesquisa intitulada **Análise da atividade e da gestão do trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial**, que será realizada no CAPS III – Reviver, local em que trabalho. Esta pesquisa será desenvolvida por **Pamela de Sousa Gonzaga**, Mestranda em Psicologia pela Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação do Prof. **Paulo César Zambroni de Souza**, tendo por finalidade analisar a complexidade das situações de trabalho do CAPS da cidade de Campina Grande – PB frente ao processo de Reforma Psiquiátrica. Para atingir esse objetivo pretendemos tentar compreender as situações de trabalho e contextualizá-las; identificar dificuldades e formas de superação das mesmas. É também nosso propósito, problematizar como a contribuição dos estudos sobre o trabalho pode propiciar processos de transformação das situações de trabalho.

A pesquisadora, Pamela de Sousa Gonzaga, manterá sigilo absoluto sobre as informações, assegurará o meu anonimato quando da publicação dos resultados da pesquisa, além de me dar permissão de desistir de participar, em qualquer momento, sem que isso traga nenhum prejuízo de qualquer que seja a ordem. Fui informado(a) de que posso chamar a pesquisadora se desejar fazer alguma pergunta sobre a pesquisa, pelos telefones (83)8877-2801/99781588 ou no endereço: Universidade Federal da Paraíba – UFPB - Campus Universitário, S/N 58059-900 João Pessoa, PB. CCHLA – Mestrado de Psicologia Social - Núcleo de Pesquisa: Psicologia Social: trabalho e subjetividade. E que, se me interessar, posso receber os resultados da pesquisa quando forem publicados. Este termo de consentimento será guardado pela pesquisadora e, em nenhuma circunstância, ele será dado a conhecer a outra pessoa.

João Pessoa, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do (a) participante \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Pesquisadora Responsável

## Apêndice II - Questionário Sociodemográfico

|                                                                                                                                                                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Sexo: M ( ) F ( )                                                                                                                                                                                                                |
| 2. Idade: _____                                                                                                                                                                                                                     |
| 3. Seu estado civil:<br><br>( ) Solteiro(a) ( ) Separado(a) ou divorciado(a)<br><br>( ) Viúvo(a) ( ) Casado(a) ou vive com companheiro(a)                                                                                           |
| 4. Quanto tempo trabalha neste CAPS? _____                                                                                                                                                                                          |
| 5. Qual regime de trabalho: Estatutário ( ) Contrato por prazo determinado ( )                                                                                                                                                      |
| 6. Curso Superior: sim ( ) não ( )<br><br>Qual? _____ Ano de conclusão: _____                                                                                                                                                       |
| 7. Realizou alguma pós-graduação? sim ( ) não ( ) Ano de conclusão: _____<br><br>Em caso afirmativo, especifique: _____                                                                                                             |
| 8. Sua renda pessoal está em qual destas faixas?<br><br>( ) até R\$ 500 ( ) de R\$ 501 a R\$ 1000<br>( ) de R\$ 1001 a R\$ 1800 ( ) de R\$ 1801 a R\$ 3000<br>( ) acima de R\$ 3000 ( ) não informou                                |
| 9. Sua renda familiar está em qual destas faixas?<br><br>( ) até R\$ 500 ( ) de R\$ 501 a R\$ 1500<br>( ) de R\$ 1501 a R\$ 2500 ( ) de R\$ 2501 a R\$ 3500<br>( ) de R\$ 3501 a R\$ 5000 ( ) acima de R\$ 5000<br>( ) não informou |

### **Apêndice III - Roteiro de entrevista**

1. Como você começou a trabalhar no CAPS?
2. Já tinha tido alguma experiência na área da saúde mental? E em outra área?
3. Você exerce alguma outra atividade laboral?
4. De que maneira essa experiência laboral faz parte da sua atuação no CAPS?
5. Você acha que sua formação foi suficiente para realizar seu trabalho neste CAPS?
6. Quais suas funções? O que você faz no CAPS?
7. Você poderia descrever sua atividade em um dia normal no CAPS?
8. E em um dia atípico?
9. Quais imprevistos acontecem no seu trabalho? Como você lida com eles?
10. O que você acha que é preciso para ser um bom profissional nesta área?
11. Você sente alguma dificuldade para realizar seu trabalho? Como faz para superá-las?
12. Então, quais as dificuldades de trabalhar neste CAPS?
13. Você sente que seu trabalho é reconhecido?
14. Você acha que vai além dos seus deveres profissionais?
15. Para você o que é trabalhar no CAPS?
16. Há algo mais que não tenhamos conversado que você considera importante falar a respeito de seu trabalho no CAPS?

## **Anexo**

## Anexo I - Autorização para realização da pesquisa



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**DIRETORIA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE**

### Autorização

Campina Grande, 25 de Fevereiro de 2014.

Estamos autorizando a estudante do **Mestrado em Psicologia Social da Universidade Federal da Paraíba: Pamela de Sousa Gonzaga**. A desenvolver o Projeto intitulado: **"Análise da atividade e da gestão do trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial."** Sob a orientação do Professor: **Dr. Paulo César Zambroni de Souza**. O projeto será desenvolvido no **CAPS III - Reviver**. E só poderá ser executado após a aprovação do **Comitê de Ética** e de acordo com a **Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/2012**. Certo da importância da parceria ensino-serviço agradecemos o acolhimento.

**Obs.: A produção final com os resultados obtidos deverá ser encaminhada obrigatoriamente a esta diretoria.**

Atenciosamente,

**Raquel Brito de Figueiredo Melo Lula**

**(Coordenadora de Educação na Saúde)**

*Raquel Brito de F. Melo Lula*  
COORDENADORA DE EDUCAÇÃO  
NA SAÚDE

Av. Assis Chateaubriand, 1376 – Liberdade – 58.414-060 – Campina Grande-PB.

Telefones: (83) 3315-5111