

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Gilmara da Costa Silva

“O mundo do trabalho é uma escola”: as relações saúde-trabalho em profissionais da rede de atenção psicossocial do SUS

Rio de Janeiro

2023

Gilmara da Costa Silva

“O mundo do trabalho é uma escola”: as relações saúde-trabalho em profissionais da rede de atenção psicossocial do SUS

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública. Área de concentração: Determinação dos Processos Saúde-Doença: Produção/Trabalho, Território e Direitos Humanos.

Orientadora: Prof.^a Dra. Simone Oliveira.

Rio de Janeiro

2023

Título do trabalho em inglês: "The world of work is a school": health-work relationships in professionals in the SUS psychosocial care network.

O presente trabalho foi realizado com apoio de Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) - Código de Financiamento 001.

S586m Silva, Gilmara da Costa.
"O mundo do trabalho é uma escola": as relações saúde-trabalho em profissionais da rede de atenção psicossocial do SUS / Gilmara da Costa Silva. -- 2023.
229 f. : il.color.

Orientadora: Simone Santos Oliveira.
Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2023.
Bibliografia: f. 216-226.

1. Saúde Ocupacional. 2. Pessoal de Saúde. 3. Reabilitação Psiquiátrica. 4. Sistema Único de Saúde. 5. Saúde Mental. I. Título.

CDD 363.11

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da Rede de Bibliotecas da Fiocruz com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Bibliotecário responsável pela elaboração da ficha catalográfica: Cláudia Menezes Freitas - CRB-7-5348
Biblioteca de Saúde Pública

Gilmara da Costa Silva

“O mundo do trabalho é uma escola”: as relações saúde-trabalho em profissionais da rede de atenção psicossocial do SUS

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública. Área de concentração: Determinação dos Processos Saúde-Doença: Produção/Trabalho, Território e Direitos Humanos.

Aprovada em: 26 de Junho de 2023.

Banca Examinadora

Prof. Dr. Bruno Ribeiro Chapadeiro
Universidade Federal Fluminense

Prof.^a Dra. Flávia Helena Miranda de Araújo Freire
Universidade Federal Fluminense

Prof.^a Dra. Maria Elisa Siqueira Borges
Universidade Federal Fluminense

Prof.^a Dra. Lúcia Rotemberg
Fundação Oswaldo Cruz –Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof.^a Dra. Simone Santos Oliveira (Orientadora)
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Rio de Janeiro

2023

AGRADECIMENTOS

Ao término deste intenso percurso, gostaria de agradecer à todos que compartilharam comigo esta caminhada, que compartilharam ideias, inquietações, reflexões, contribuindo direta ou indiretamente com este trabalho.

Às minhas queridas companheiras de vida e estudos no campo da saúde do trabalhador e do trabalho em saúde mental – Elisa Borges, Flávia Freire, Simone Oliveira e Tatiana Ramminger (nossa eterna Tati). Eu sou a combinação do que aprendi e vivi especialmente com vocês nessas minhas aventuras. Serei eternamente grata por toda generosidade de vocês comigo. Em especial à Simone, agradeço por toda paciência, dedicação e delicadeza com o meu processo de formação. Obrigada por acreditarem em mim!

Aos trabalhadores que construíram comigo o conhecimento aqui presente. Vocês são a principal razão de existência do que está exposto nesta tese. Fica aqui o registro do meu respeito e admiração por cada um de vocês.

Aos meus familiares, por existirem e me apoiarem mesmo sem entenderem muito bem os meus trajetos. Amo vocês.

Aos amigos (as) que de longe ou de perto viveram comigo as fases dessa metamorfose. Obrigada por me darem força e por sempre me incentivarem!

Aos queridos professores que aceitaram estar presentes na banca de apresentação do projeto e na banca de defesa da tese. Sem o diálogo, a generosidade e as contribuições de vocês este trabalho não faria sentido.

Agradeço ao CNPq pelas possibilidades que tive em parte deste percurso, na condição de bolsista.

RESUMO

Este trabalho consiste em uma pesquisa-intervenção com profissionais atuantes na atenção psicossocial, no SUS. Partimos de referenciais da Saúde Coletiva, Saúde do Trabalhador e Clínicas do Trabalho para a compreensão das relações saúde-trabalho a partir dos (as) trabalhadores (as). Como metodologia utilizamos a lógica do Dispositivo Dinâmico de Três polos, bem como ferramentas de confrontação e auto confrontação em entrevistas individuais e encontros grupais com profissionais de diversos serviços da RAPS, cidades e regiões do país. Como resultados obtivemos a troca de saberes e experiências a partir de movimentos dialógicos de reflexão, confrontação e auto confrontação sobre o trabalho em saúde mental e as relações saúde-trabalho que o compõem. Foi possível compreender a dinamicidade e o caráter multifatorial que configuram estas relações e os principais impactos sofridos com o advento da pandemia. Identificamos ainda a necessidade de atualizações das principais normativas que estruturam a RAPS frente as atuais condições e relações de trabalho, bem como diante do aumento e complexidade das demandas atuais vivenciados pelos(as) trabalhadores(as).

Palavras-chave: saúde do trabalhador; trabalhador da saúde; atenção psicossocial.

ABSTRACT

This work consists of an intervention-research with professionals working in psychosocial care in the SUS. We start from Collective Health, Worker's Health and Work Clinics references to understand the health-work relations from the workers' point of view. As a methodology, we used the logic of the Three-pole Dynamic Device, as well as confrontation and self-confrontation tool in individual interviews and group meetings with professionals from different RAPS services, cities and regions of the country. As a result, we obtained the exchange of knowledge and experiences based on dialogic movements of reflection, confrontation and self-confrontation about work in mental health and the health-work relationships that compose it. It was possible to understand the dynamism and multifactorial character that configure these relationships and the main impacts suffered with the advent of the pandemic. We also identified the need for updates of the main regulations that structure the RAPS in view of the current demands experienced by workers.

Keywords: worker's health; health worker; psychosocial care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 -	Modalidades de CAPS, conforme a Portaria 3088/2011	23
Quadro 2 -	Encontros grupais/número de participantes	62
Quadro 3 -	Informações sobre os participantes e codificação para apresentação das falas	66
Figura 1 -	Infográfico encontro grupal 1	198
Figura 2 -	Infográfico encontro grupal 2	203
Figura 3 -	Carta 1	206
Figura 4 -	Carta 2	207
Figura 5 -	Carta 3	208
Figura 6 -	Carta 4	209

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CPPII	Centro Psiquiátrico Pedro II
DINSAM	Divisão Nacional de Saúde Mental
DD3P	Dispositivo Dinâmico de Três Polos
ECRP	Entidades Coletivas Relativamente Pertinentes
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
IBRAPSI	Instituto Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
MS	Ministério da Saúde
MT	Medicina do Trabalho
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
PHN	Política Nacional de Humanização
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
REME	Movimento de Renovação Médica
RCLE	Registro de Consentimento Livre e Esclarecido
SO	Saúde Ocupacional
ST	Saúde do Trabalhador
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
RPA	Recibo de Pagamento autônomo

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
2	NORMAS ANTECEDENTES DO TRABALHO EM SAÚDE MENTAL: REFORMA SANITÁRIA E REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA.....	18
2.1	REFORMA SANITÁRIA E O SURGIMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	18
2.2	REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA.....	20
3	TRABALHO E CUIDADO EM SAÚDE E EM SAÚDE MENTAL.....	31
3.1	TRABALHO EM SAÚDE NO SUS.....	31
3.2	O TRABALHO EM SAÚDE COMO PRODUÇÃO DE CUIDADO.....	33
3.3	TRABALHO EM EQUIPE NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.....	39
4	DA SAÚDE DO TRABALHADOR AO TRABALHO ENQUANTO ATIVIDADE HUMANA.....	47
5	PERCURSOS METODOLÓGICOS E CAIXA DE FERRAMENTAS.....	59
5.1	O DISPOSITIVO DINÂMICO DE TRÊS POLOS E OS ENCONTROS SO- BRE O TRABALHO.....	59
5.2	A CLÍNICA DA ATIVIDADE E OS PROCESSOS DE AUTOCONFRONTAÇÃO.....	60
5.3	FERRAMENTAS E DISPOSITIVOS E UMA BREVE REFLEXÃO SOBRE O PROCESSO DE PESQUISA.....	62
5.4	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	67
5.5	BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO DO PARTICIPANTES.....	67
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	81
6.1	PRINCIPAIS PROCESSOS OU FONTES DE DESPRAZER, SOFRIMENTO E/OU ADOECIMENTO NO OU PELO TRABALHO.....	81
6.1.1	Precarização do e no trabalho, sobrecarga, desvalorização e exploração..	82
6.1.2	Violências, medos e acidentes em situação de trabalho.....	95
6.1.3	Discordâncias entre profissionais e gestões/hierarquias/políticas na condução do trabalho.....	98
6.1.4	Burocracias e modos “endurecidos/encapsulados/ biomédicos” de ofertar o cuidado em saúde mental.....	102

6.1.5	Falta de espaços de diálogo, formação e trocas.....	106
6.2	PRINCIPAIS PROCESSOS OU FONTES DE PRAZER, PRODUÇÃO DE SENTIDO E SAÚDE RELACIONADOS AO TRABALHO.....	109
6.2.1	Inventividade, espaço para criar.....	110
6.3	IMPACTOS DA PANDEMIA.....	119
6.4	ROTINA E OUTROS ASPECTOS DO TRABALHO: AUTONOMIA E/OU FALTA DELA, ARTICULAÇÃO TERRITORIAL E EM REDE.....	128
6.4.1	Questões cotidianas do trabalho em saúde mental.....	128
6.4.2	Autonomia.....	146
6.4.3	Articulação territorial e em rede.....	153
6.5	RELAÇÕES EM EQUIPE E COM AS HIERARQUIAS E OS GESTORES...	159
6.5.1	Em equipe.....	159
6.5.2	Com gestores.....	168
6.6	RECONHECIMENTO NO E PELO TRABALHO.....	183
6.6.1	Pelos gestores e hierarquias.....	184
6.6.2	Pelos pares.....	187
6.6.3	Pelas famílias, usuários e outros.....	190
6.7	MOVIMENTOS EM GRUPO: MOMENTOS DE REFLEXÃO, CONFRONTAÇÃO E AUTOCONFRONTAÇÃO.....	191
7	À GUISA DE CONCLUSÕES.....	211
	REFERÊNCIAS.....	216
	ANEXO A - ROTEIRO PARA A ENTREVISTA.....	227
	ANEXO B - REGISTRO DO CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	228

APRESENTAÇÃO

O tema e encanto pelo trabalho em saúde mental é algo que me acompanha desde a graduação em Psicologia na UFF de Volta Redonda/RJ. Foi no encontro com ele e com professores e profissionais “mentaleiros” que também me encontrei na formação e no campo das políticas públicas, em especial a de saúde. Foi então no entrelaço das questões sobre saúde e trabalho que construí e me acho na trajetória que fiz até aqui.

Ainda na graduação me debrucei a escrever sobre o processo de trabalho em um CAPS a partir de ferramentas analisadoras deste fluxo de trabalho, lógicas, relações e cuidado. No mestrado, já na ENSP - Fiocruz por um momento pensou estar me desviando das temáticas até então discutidas. Porém, ao final do processo de formação cujo fruto foi minha dissertação sobre “As relações entre a saúde e a exposição aos resíduos siderúrgicos: o conflito socioambiental no Volta Grande IV a partir dos seus moradores” compreendi que o fio da meada ainda estava em discutir a complexidade das relações saúde e trabalho, com ferramentas que já tinha, e também com novas ferramentas, ao ampliar o debate pensando também as questões socioambientais.

Na transição para o doutorado me vi enlaçada novamente por demandas sobre o trabalho em saúde mental, agora em um contexto social e político ainda mais complexo. Foi então que com minha caixa de ferramentas teórico-metodológicas, meus velhos e novos companheiros da saúde mental e da saúde do trabalhador, e com o coração reaquecido, que me dediquei ao trabalho que se apresenta. Mais um trabalho que considero essencialmente coletivo.

1 INTRODUÇÃO

Esta pesquisa nasce de reflexões e demandas recebidas por ações de cuidado com os (as) trabalhadores (as) da saúde mental em um município da região do Médio Paraíba. Parte de interrogações sobre o trabalho em saúde mental e sobre o cuidado com o (a) trabalhador (a) como condição necessária para o cuidado dos usuários dos respectivos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Nasce ainda de indagações sobre o contexto atual de retrocesso da Política Nacional de Saúde Mental (Cruz; Gonçalves; Delgado, 2020) e suas implicações na saúde dos(as) trabalhadores(as). Um contexto visto como bastante desafiador para o cotidiano dos serviços de atenção psicossocial; desafios que se intensificaram no cenário de pandemia. Além disso, surge do desejo de gerir com trabalhadores (as) um espaço de problematização dos aspectos que envolvem a atividade em saúde mental e as relações entre o trabalho e a sua saúde.

Diante do cenário atual de precarização do trabalho, enfraquecimento dos serviços de base comunitária e da emergência em saúde pública que se instalou no país em 2020, trabalhadores (as) chegam a pedir demissão por se verem no limiar entre a necessidade do trabalho e a urgência em cuidar e respeitar a sua própria saúde e limites - um recurso que à primeira vista parece individual.

Trabalhar na perspectiva da saúde do trabalhador (a) da saúde é apostar no cuidado de quem cuida e na potência que tem sua atuação na vida das pessoas, na operacionalização das políticas públicas em saúde no Brasil, e ainda, na produção de transformação social que o SUS em seu sentido amplo propõe.

Desta forma, a pesquisa que se apresenta localiza-se na Saúde Coletiva, mais especificamente no campo da Saúde do Trabalhador, e esteve orientada a partir do olhar e de referenciais teórico-metodológicos que compõem com o mesmo. Nesta linha, apostou em um trabalho de reflexão conjunta sobre a atividade em saúde mental no contexto da RAPS e as relações saúde-trabalho dos (as) trabalhadores (as). Partir destas considerações é apostar no potencial de ação dos (as) trabalhadores (as) da saúde e na dimensão autogestiva que existe em sua atividade. Se trabalhar é gerir, é também fazer *uso se si* - dos seus aspectos singulares: emocionais, físicos, sociais, cognitivos – (Schwartz, 2000), e isto nos permite pensar na posição ativa que os(as) trabalhadores(as) têm no desempenho de sua atividade. Nas contribuições de Dejours (2004), o conceito de trabalho implica o fato de trabalhar, um certo *saber-fazer*, um engajamento do corpo, o poder de sentir, de inventar, de pensar, etc. Para o autor, trabalhar é

aquilo que acontece no hiato entre o trabalho prescrito e o trabalho que é realizado (o real). E neste sentido, o trabalho é sempre inventivo e mobilizador. O trabalho convoca o (a) trabalhador (a) por completo, podendo ser promotor de saúde ou de processos de adoecimento.

Ao falar do trabalho em saúde é preciso situar o conceito de “trabalho humano” ou “atividade humana”. Partindo deste entendimento, teóricos da Ergonomia da Atividade, Ergologia, Clínica da Atividade e Psicodinâmica do Trabalho têm muito a contribuir. Tais perspectivas são marcadas pela valorização das experiências e vivências dos(as) trabalhadores(as) e pensam o trabalho como constitutivo de subjetividade. Nesta pesquisa nos debruçamos mais nas contribuições da Ergologia e da Clínica da Atividade, no entanto, não deixamos de ter ao horizonte as colaborações teóricas das outras perspectivas.

Considerar o trabalho como atividade implica resgatar a complexidade da própria atividade humana, que não se resume à mera execução de uma tarefa, mas um complexo debate de normas e valores, usos de si, dramáticas e tomadas de decisão. Nesta concepção, pensar o trabalho não se limita à relação produção-consumo, mas se define como a maneira como os humanos se mobilizam para cumprir determinadas ações em um determinado tempo-espço, com os recursos que tem à disposição e com a realidade que lhes é apresentada. Assim, partindo do entendimento de que a história da sociedade é feita e transformada através da atividade humana, de que toda atividade humana é atravessada por debates de normas e valores (Schwartz; Duc; Durrive, 2010a, 2010b; Venner; Schwartz, 2015) e inspirados no esquema tripolar da ergologia, procuramos compreender a atividade dos profissionais da saúde mental, no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro, e as relações saúde-trabalho a partir das suas vivências e perspectivas.

O trabalho em saúde é sempre uma produção de cuidado, e a gestão de cada um no processo de trabalho se ocupará de co-ordenar o caminho. Sendo assim, toda ação de gestão do trabalho implica uma dimensão do cuidado, numa relação indissociável (Rach, Macerata E Louzada, 2014). O trabalho em saúde, enquanto atividade complexa, deve ser considerado a partir dos vetores-dobras (sujeitos, poderes, políticas públicas e processo de trabalho) que o constitui (Barros, 2009).

Trazer como tema o trabalho em saúde é ter que considerar as políticas públicas que o embasam e ainda as potencialidades e os desafios que atravessam a micropolítica deste trabalho. A micropolítica pode ser “entendida como o processo de produção de subjetividades a partir

das relações de poder, como decisivo para se pensar a gestão, a produção do cuidado e a formação na área da saúde”, conforme aponta Feuerwerker (2014) na nota inicial de seu texto.

Quando falamos de políticas públicas em saúde (e em saúde mental) estamos nos referindo essencialmente ao nosso Sistema Único de Saúde (SUS), resultante das mobilizações sociais pela Reforma Sanitária, e da nossa atual Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), resultante do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil. Estas reformas mudaram a nossa forma de pensar a saúde e o trabalho/cuidado em saúde. Falar de trabalho e cuidado em saúde (mental) é, de alguma forma, resgatar o que construímos desde o início da Reforma Psiquiátrica e analisarmos as potencialidades e também os desafios atuais.

Hoje o trabalho/cuidado em saúde é visto como algo complexo e que envolve diversos saberes e práticas intersetoriais (educação, assistência social, trabalho, saúde, etc.), além de ser direcionado por princípios e diretrizes, respaldados pela Constituição de 1988 - universalidade, integralidade, equidade, descentralização, regionalização e controle social, (Matta, 2010)¹. Ao falarmos especificamente do trabalho/cuidado em saúde mental, podemos arriscar a dizer que temos uma diretriz própria que é a Desinstitucionalização (Rotelli *et al.*, 2001) – a busca pela desconstrução das lógicas manicomiais e transformação da lida com pessoas em sofrimento psíquico, para além da desospitalização destas pessoas.

O trabalho em saúde enquanto cuidado é um tipo de trabalho que o produto final é “consumido” no momento mesmo da produção, em ato e na relação entre produtor e consumidor. Este cuidado é resultado do que chamamos de trabalho vivo em ato, sendo essencialmente relacional (MERHY, 2013a). Sob o olhar da ergologia, podemos dizer que é uma atividade humana que exige e convoca o *corpo-si* (Venner; Schwartz, 2015) em toda a sua inteireza e complexidade.

Diante de tal complexidade do trabalho, cabe nos interrogarmos sobre os protagonistas deste cenário, sua saúde, suas condições de trabalho, os desafios e as potencialidades que encontram e enfrentam no cotidiano de seu ofício.

Nesta pesquisa, apostamos na produção de conhecimento coletivo a partir das experiências e na potência transformadora que existe no encontro dos diferentes pontos de vista e saberes sobre a atividade humana. A partir disso, apostamos ainda na promoção de um espaço de discussão da atividade e acolhimento ao trabalhador(a).

¹ Os princípios e diretrizes do SUS serão detalhados em um de nossos capítulos abaixo.

Do ponto de vista acadêmico, esta pesquisa contribui na produção de conhecimento em uma área importante na discussão da Saúde Coletiva, Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica brasileiras, que vem sendo alvo de grandes questionamentos e desinvestimento de sua proposta original – a atenção psicossocial, tal como proposta no contexto do SUS e do modelo de cuidado em saúde mental territorializado. Cruz, Gonçalves e Delgado (2020) nos ajudam a entender este cenário a partir da análise das publicações normativas que dão contorno ao retrocesso da Reforma Psiquiátrica e ao desmonte da Política Nacional de Saúde Mental brasileiras entre 2016 e 2019.

Podemos constatar claramente o reinvestimento numa proposta de cuidado que resgata os hospitais psiquiátricos como legítimos pontos da rede de cuidado em saúde mental, e a centralização no saber médico-psiquiátrico, em publicações médicas e de poder de influência como as “Diretrizes para um modelo de Atenção integral em saúde mental no Brasil” (ABP *et al.*, 2020), o que nos convoca a recolocar cada vez mais em circulação todo histórico da reforma, seus avanços, desafios e potenciais, para que possamos retomar os avanços e impedir novos passos atrás. Tal publicação ofende as conquistas da luta antimanicomial e coloca em xeque a efetividade do cuidado em saúde mental no território e nos CAPS – serviço crucial pensado como base da Reforma Psiquiátrica Brasileira, admitindo ao mesmo tempo que o desinvestimento público é um dos desafios da rede substituta. Ou seja, não deveríamos então pensar em formas de potencializar a rede substitutiva ao invés de apontá-la como um modelo fracassado?

Em Pinho, Souza e Esperidião (2018) é possível termos uma ideia da complexidade do processo de trabalho de equipes multiprofissionais dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dos seus desafios cotidianos para a produção de um cuidado em equipe, em rede e que produza a reinserção social dos usuários da saúde mental. É possível refletirmos sobre as condições precarizadas de trabalho destes profissionais, o que muitas vezes reflete na saúde dos mesmos com sentimento de frustração e culpa por não terem desempenhado a sua atividade da maneira que poderiam e gostariam.

Não podemos deixar de destacar a relevância em pensar o trabalho em saúde mental diante do cenário de pandemia que se instalou em nosso país a partir de 2020. Um contexto de precarização do trabalho em saúde já existente, precisou enfrentar um desafio de tamanha magnitude. Severo, Freire & Amorim (2021) apresentam uma discussão sobre a saúde mental dos(as) trabalhadores(as) do SUS na COVID 19 e as implicações para o trabalho em saúde

mental. Neste contexto, os(as) trabalhadores(as) da saúde mental passam a ter que incluir em suas ações, além do que já era ofertado aos usuários da RAPS, as questões relacionadas ao cuidado diante dos efeitos da crise sanitária na vida das pessoas e dos profissionais da “linha de frente”.

Colocar tais problemáticas em cena, especialmente com os protagonistas da atividade - os(as) trabalhadores(as) da saúde mental - é/foi uma possibilidade não apenas de produção de conhecimento, mas também de transformações no processo de trabalho de cada um, no modo como conduzem o cuidado em saúde mental, na maneira como pensam as suas condições de trabalho e lutas por melhorias, assim como nas estratégias que lançam mão para produzirem sentido em suas atividades de trabalho e saúde.

A presente pesquisa teve então como tema: o trabalho em saúde mental: relações entre atividade, cuidado e subjetividade. Como perguntas norteadoras da pesquisa podemos apresentar: Como se dá o processo saúde-doença no trabalho de profissionais da saúde mental? (Problema central da pesquisa). Quais estratégias são estabelecidas como promotoras de saúde? Quais os sentidos atribuídos ao trabalho? Como é feita a gestão entre o prescrito e o real do trabalho e vivenciadas as dramáticas do uso de si e as reservas de alternativas? Que normas, valores, e outros fatores permeiam o trabalho em saúde mental? Como os profissionais avaliam que a pandemia influenciou o seu trabalho e as repercussões sobre a relação saúde-trabalho? Como vivenciam o cenário atual de desinvestimento do modelo de cuidado conquistado pela reforma psiquiátrica?

Como objetivo geral, propomo-nos a compreender as relações saúde-trabalho dos profissionais que atuam na RAPS em diversas regiões e cidades do Brasil. E, como objetivos específicos almejamos descrever o processo de trabalho em saúde mental considerando as normas antecedentes; analisar a defasagem entre trabalho prescrito e trabalho real; conhecer o processo saúde-doença na perspectiva dos(as) trabalhadores(as); identificar as estratégias inventivas diante das infidelidades e variabilidades do meio de trabalho; analisar o sentido do trabalho, através de aspectos relacionados ao reconhecimento social, ao valor social do trabalho em saúde mental e suas relações com a saúde dos(as) trabalhadores(as).

Diante de tal tarefa, no primeiro capítulo abordaremos de maneira geral o processo de Reforma Sanitária e constituição do nosso SUS, assim como o de Reforma Psiquiátrica, suas principais pautas e conquistas.

No segundo capítulo localizaremos o trabalho em saúde e saúde mental enquanto cuidado, suas principais implicações na relação com o outro. Falaremos de forma mais pontual sobre características e apostas do trabalho em equipe na atenção psicossocial, de ferramentas como o Projeto Terapêutico Singular (PTS), e de algumas implicações das lógicas neoliberais, privatistas, de precarização e sucateamento, tão presentes atualmente nos serviços públicos, além de algumas considerações sobre a relação saúde-trabalho, sofrimento-prazer, satisfação-insatisfação com trabalhadores(as) de saúde mental.

O terceiro capítulo aborda sucintamente a configuração do que hoje conhecemos como campo da Saúde do Trabalhador no Brasil, a Rede de Atenção Integral à Saúde dos Trabalhadores (RENAST) e o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), princípios que norteiam as intervenções em saúde do(a) trabalhador(a) e questões contemporâneas a serem consideradas sobre o mundo do trabalho. Localizamos as Clínicas do Trabalho com abordagens que contribuem do ponto de vista teórico e metodológico para a compreensão do trabalho enquanto atividade humana. Nossa intenção não foi diferenciá-las minuciosamente, mas trazer o fio de intersecção e as principais contribuições para a nossa discussão.

O quarto capítulo traz o desafio de apresentar nossos percursos metodológicos, as principais ferramentas utilizadas e algumas reflexões sobre o processo de pesquisa. Também trouxemos uma breve contextualização dos participantes da pesquisa, resgatando momentos importantes da vida de cada um, destacados pelos mesmos em entrevista, com o fito de situar melhor os leitores no momento da apresentação dos resultados e discussão.

Já no quinto capítulo apresentamos detalhadamente os resultados e discussão do material construído a partir das vivências dos profissionais das relações saúde-trabalho. Organizamos o capítulo inicialmente com as narrativas das entrevistas individuais, expondo os principais processos ou fontes de desprazer, sofrimento e/ou adoecimento no ou pelo trabalho; os principais processos ou fontes de prazer, produção de sentido e saúde relacionados ao trabalho; os principais impactos da pandemia no trabalho; questões sobre a rotina e outros aspectos como a autonomia e a articulação territorial e em rede; questões sobre as relações em equipe e com as hierarquias e gestores; reconhecimento no e pelo trabalho. Finalizamos o capítulo expondo os movimentos dialógicos, de reflexão, confrontação e auto confrontação realizados em grupo.

Por fim, costuramos algumas considerações, entretanto sem a pretensão de qualquer conclusão fechada sobre o que foi construído e discutido, tendo em vista o caráter histórico-social, dinâmico e multifatorial que compõe o que chamamos aqui de relações saúde-trabalho.

2 NORMAS ANTECEDENTES DO TRABALHO EM SAÚDE MENTAL: REFORMA SANITÁRIA E REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

2.1. REFORMA SANITÁRIA E O SURGIMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Para compreendermos o atual cenário do trabalho em saúde e em saúde mental no Brasil é preciso resgatarmos alguns fatos históricos do nosso país e do que hoje denominamos saúde coletiva. O modo de pensar e trabalhar em saúde no Brasil passou por transformações estruturais, que ficaram identificadas como Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica Brasileira. Tais reformas se configuram em processos e por isso não estão dadas, estão em movimento. Elas impõem o desafio da atenção à saúde integral e interdisciplinar no território, exigindo transformações tanto nas instituições de ensino formadoras, quanto na forma de organização e gestão dos serviços de saúde, como também nas práticas de produção de cuidado na assistência.

O movimento pela Reforma Sanitária teve início na década de 1970, fortalecendo-se nos anos 80, com importante atuação na 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, culminando com a criação do nosso Sistema Único de Saúde, em 1990. O SUS, por sua vez, unificou três subsistemas distintos que existiam antes de sua criação e funcionavam simultaneamente: de um lado, tínhamos as ações voltadas para o ambiente e a coletividade, pautadas sobretudo no controle de epidemias e endemias, sob responsabilidade da Saúde Pública; de outro, haviam as ações curativas e individuais ligadas à medicina previdenciária, privilégio dos inseridos no mercado de trabalho formal; e finalmente, tínhamos as modalidades de assistência médica liberal e filantrópica - uma destinada aos que podiam pagar por cuidados em saúde e outra baseada nos princípios da caridade (e não do direito) que atendia aos pobres e desvalidos (RAMMINGER, 2014). Neste período, o direito à saúde era então restrito aos trabalhadores(as) formais que contribuía para o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) e seus dependentes. O restante da população ficava sob os cuidados da filantropia e das ações para o controle de epidemias e endemias, como as campanhas de vacinação, por exemplo. O tratamento em saúde oferecido, vinculado à Previdência Social e destinado aos trabalhadores(as) formais, era de caráter curativo, individualizado e médico.

Nas décadas de 70 e 80, em um contexto de crise econômica mundial, falta de contribuição dos(as) trabalhadores(as) ao INAMPS, redemocratização do Brasil, críticas à

crescente privatização da saúde, descontentamento da população ao modelo de atendimento à saúde vigente e discussão para aumentar a assistência preventiva e o acesso universal à saúde, entre outros, começa a declinar este modelo de atenção à saúde.

O movimento de Reforma Sanitária nasce então no cenário de grande mobilização social e ficou caracterizado “por uma crítica às práticas consagradas da Saúde Pública e pela reivindicação de outro conceito de saúde que, para além do biológico, incluísse a dimensão social na análise de processo saúde-doença” (Ramminger, 2014, p.28).

Em 1986 aconteceu a 8ª Conferência Nacional de Saúde, um marco para a formulação do novo modelo de saúde, unificado, descentralizado e democrático. A Conferência buscou a unificação entre saúde pública e medicina curativa individual, o acesso universal à saúde e o combate à privatização do sistema de saúde. Foi também a partir desta conferência que o conceito de saúde passou a englobar aspectos históricos, sociais, biológicos e psicológicos, sendo compreendido como resultante das condições de moradia, alimentação, renda, educação, trabalho, transporte, lazer, entre outros. Estavam presentes na conferência representantes da sociedade civil, profissionais de saúde, usuários do sistema e prestadores de serviço. Neste evento foi aprovado o princípio “Saúde é um direito de todos e um dever do Estado” e a universalização do atendimento (Falleiros; Lima, 2010).

Com a promulgação da Constituição Cidadã em 1988, a saúde foi contemplada efetivamente como “um direito de todos e um dever do Estado”. A partir deste momento, o SUS passa a tomar contorno. Este é então denominado como “Sistema Único” por buscar unificar as ações de saúde, no âmbito da promoção, prevenção e cura, sob a responsabilidade do Ministério da Saúde, ultrapassando a lógica anterior do modelo segmentado. Importa dizer, que os interesses da iniciativa privada puderam ser contemplados com a possibilidade dos seus serviços serem complementares ao SUS.

O SUS foi então planejado e construído de forma hierarquizada, dividido em níveis de complexidade e regionalizado. A sua principal aposta de intervenção passou a ser na Atenção Básica em Saúde, com ações voltadas para a promoção da saúde e prevenção das doenças e agravos.

É importante compreendermos como os princípios e diretrizes do SUS – universalidade do direito à saúde; integralidade da atenção à saúde; equidade no atendimento em saúde; descentralização/regionalização; controle social - mais do que “palavras de ordem”, abordam

justamente os principais problemas identificados ao longo da história dos sistemas de saúde brasileiros (Matta, 2010).

Neste ínterim é imprescindível dizer que:

O SUS como processo social em construção não é uma mera reforma administrativa. Necessita, para afirmar-se em seus princípios, realizar mudanças culturais nas instituições públicas de saúde, sobretudo no que tange à concepção do processo saúde-doença e ao paradigma sanitário, que devem priorizar o entendimento da saúde como produção social, tanto quanto a prática sanitária deve deslocar-se da atenção médica e hospitalar para a atenção integral à saúde” (RAMMINGER, 2005, p. 33).

A lei que regulamenta o SUS é a 8.080 de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes” (Brasil, 1990). E como lei complementar temos a 8.142 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e outras providências (Brasil, 1990).

Diante do exposto, não podemos afirmar que a reforma sanitária terminou. Pelo contrário, apesar das importantes conquistas ainda existem muitas barreiras a serem rompidas, já que propõe transformações muito mais amplas que um simples redirecionamento de atenção em saúde. O SUS é um projeto revolucionário: “como bem dizia o saudoso Sérgio Arouca: o SUS é um processo civilizatório, que aposta na transformação social” (Ramminger, 2014, p.34).

Frente à grande proposta revolucionária que origina o SUS em seus primórdios, não podemos deixar de mencionar o lamentável cenário atual de desinvestimento e fragilização das suas ações. A atual Emenda Constitucional nº 95 de 2016, que busca estabelecer o teto para os gastos com políticas públicas, nos traz um sinal de alerta para pensarmos o cenário atual e futuro do trabalho em saúde, nos convocando a pensar novas formas de militar e lutar pelos direitos conquistados.

2.2. REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

Para a compreensão da proposta da Reforma Psiquiátrica Brasileira, primeiramente precisamos apresentar os motivos pelos quais as mudanças se tornaram necessárias. Cabe expor que existiram vários modelos de reformas, cada qual com suas propostas, que começaram a surgir em um cenário mundial de pós Segunda Guerra e grande mobilização por ideais

libertários e humanistas. Alguns modelos defendiam a reforma do modelo asilar (Comunidades Terapêuticas e Psicoterapia Institucional, por exemplo), outros a expansão do tratamento para intervenções na comunidade (Psiquiatria de Setor e Psiquiatria Comunitária ou Preventiva), e ainda, outros que apontavam para a extinção da estrutura e das lógicas manicomial, bem como questionavam o próprio saber psiquiátrico e as categorias de saúde e doença mental (Antipsiquiatria e Psiquiatria Democrática Italiana) (Amarante, 2003; Ramminger, 2014).

O modelo anterior de tratamento das pessoas consideradas socialmente como loucas surgiu com o médico Phillipe Pinel, na França do século XIX. Considerado o “pai da psiquiatria”, tal médico foi figura importante na reforma dos hospitais à época - de lugares de morte e objeto de caridade para lugares de “cura” e intervenção da medicina (Ramminger, 2014). Suas intervenções eram baseadas em práticas de caráter moral, concentração de autoridade na figura do médico, disciplina e isolamento social. Seu modelo de tratamento ficou conhecido como Tratamento Moral. A loucura passou a ser denominada “doença mental” e o louco um “alienado mental”. A doença mental, por sua vez, era entendida como uma disfunção moral e por isso os doentes deveriam ser reeducados moralmente. Pinel ficou conhecido por ser o primeiro médico a propor uma forma de tratamento da loucura que não fosse resumida a simples prisão dos “doentes mentais”.

Ao longo dos anos o modelo proposto por Pinel se resumiu em segregação, maus tratos com os internos, perda da cidadania, intervenções invasivas e fracassadas e violações gravíssimas de direitos humanos. Dentre as várias propostas de reforma psiquiátrica, a do Brasil se aproxima mais do modelo Italiano, que busca a superação e extinção do modelo manicomial de cuidado com as pessoas em sofrimento psíquico. Este modelo propõe inclusive uma transformação nas relações de poder existentes no trato com as pessoas em sofrimento, nas instituições que circunscrevem tais relações, e ainda, problematiza os saberes produzidos acerca da doença mental. Com isso, está pautado na desinstitucionalização e não apenas na desospitalização (Ramminger, 2014). O modelo pautado na desospitalização ocorreu mais especificamente nos Estados Unidos e em alguns países da Europa, voltando-se mais para altas hospitalares e redução do número de leitos, que propriamente para a mudança das lógicas manicomial. Já o modelo de desinstitucionalização caracteriza-se por apostar em mudanças estruturais e conceituais sobre tratamento e o entendimento acerca da loucura e do saber construído a partir dela. É um modelo que almeja um processo de transformação social complexo e que parte da compreensão de que:

O mal obscuro da psiquiatria está em haver separado um objeto fictício, a “doença”, da experiência global, complexa e concreta dos pacientes e do corpo social. Sobre esta separação artificial se construiu um conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos (precisamente a “instituição”), todos referidos à “doença”. É este conjunto que é preciso desmontar (desinstitucionalizar) para retomar o contato com aquela existência dos pacientes, enquanto “existência” doente. (Rotelli; Leonardis; Mauri, 2001, p. 28)

A Reforma Psiquiátrica no Brasil tem sua trajetória marcada também pelos movimentos sociais nacionais em prol da democracia e da saúde coletiva, que deram origem ao nosso Sistema Único de Saúde e a uma nova maneira de pensar a saúde, consolidadas na Constituição de 1988.

O início da Reforma Psiquiátrica Brasileira se deu no final dos anos 70 (1978 -79), no bojo da reforma sanitária, desde cedo marcada por grande mobilização: no início por parte dos profissionais da área e mais tarde por todos aqueles que de alguma forma se identificavam com as pautas, dando a mobilização o caráter de movimento social.

As mobilizações foram motivadas pelo cenário de grande sucateamento dos hospitais psiquiátricos, superlotação, precariedade nas condições de contratação de profissionais e condições de trabalho, pela forma desumana em que se encontravam as pessoas internadas nos hospitais e, por que não falar, do apoio que encontrou na Reforma Sanitária (Rammingier, 2014; Amarante, 2013).

O marco inicial da Reforma aconteceu em abril de 1978 com a deflagração da greve dos profissionais das quatro unidades da então DINSAM (Divisão Nacional de Saúde Mental) - Centro Psiquiátrico Pedro II, Hospital Pinel, Colônia Juliano Moreira e Manicômio Judiciário Heitor Carrilho. A greve começou graças ao descontentamento dos profissionais da área com as más condições dos serviços, com a contratação de estagiários para diversas áreas da saúde (como psicólogos e médicos) e, sobretudo, com as condições precárias do cuidado com as pessoas internadas. Este episódio ficou conhecido como a “Crise da DINSAM” (Amarante, 2013).

Conforme Amarante (2013), o disparador da greve se deu pela iniciativa de três bolsistas médicos do Centro Psiquiátrico Pedro II, que registraram no livro de ocorrências do plantão do pronto socorro irregularidades de tal hospital. Com este ato, trouxeram a público a situação deste hospital e acabaram mobilizando profissionais de outros serviços, ganhando ainda o apoio do Movimento de Renovação Médica (REME) e dos Núcleos Estaduais de Saúde Mental do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES). Várias reuniões e assembleias foram

organizadas, que culminaram com a criação de núcleos de saúde mental em ambos movimentos (Núcleo de Saúde Mental do REME e CEBES). Diante de toda mobilização criou-se o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). O MTSM tinha como objetivo:

(...) constituir-se em um espaço de luta não institucional, em um *locus* de debate e encaminhamento de propostas de transformação da assistência psiquiátrica, que aglutina informações, organiza encontros, reúne trabalhadores em saúde, associações de classe, bem como entidades e setores mais amplos da sociedade (Amarante, 2013, p.52).

Este movimento, aliado também ao processo de Reforma Sanitária do país, apresentou denúncias como à falta de regularização da situação trabalhista; a cronificação do tratamento manicomial; a crítica ao modelo asilar e ao uso de instrumentos como o eletrochoque no tratamento das pessoas consideradas loucas; a falta de humanização dos serviços; ao modelo médico-assistencial; às relações entre a instituição, a sua clientela e os seus profissionais; a tendência à privatização da saúde; entre outras. Segundo Zambenedetti e Silva (2008, p. 140):

As políticas de saúde mental desse período (do início até meados da década de 1980) acoplam-se ao projeto de reforma sanitária e são constituídos dentro dos planos CONASP (Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária) e das AIS (Ações Integradas em Saúde), conquistas do movimento sanitário.

Ao longo do movimento também aconteceram vários congressos que ajudaram a fortalecê-lo. Dentre eles podemos citar: o V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, que aconteceu em Camboriú em 1978, considerado o “Congresso da Abertura”, conforme Amarante (2013); o I Congresso de Psicanálise de Grupos e Instituições, também em 1978 no Rio de Janeiro, onde foi lançado o Instituto Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições (IBRAPSI). Este último Congresso merece destaque, uma vez que proporcionou a vinda dos principais críticos em saúde mental à época - Franco Basaglia, Felix Guattari, Robert Castel, Erwing Goffman, dentre outros. Ainda no que diz respeito aos Congressos, podemos destacar o I Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, em 1979, no Instituto Sedes Sapientiae, em São Paulo; o III Congresso Mineiro de Psiquiatria, em Belo Horizonte, também em 1979; o I Encontro Regional dos Trabalhadores em Saúde Mental, no Rio de Janeiro, em 1980; o II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, em Salvador no mesmo ano, em paralelo ao VI Congresso Brasileiro de Psiquiatria.

Vale destacar o II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental que aconteceu em 1987. No desenrolar deste congresso ocorreu o Manifesto de Bauru, o que deu ao movimento - antes apenas de trabalhadores(as) - o status e a força de movimento social. Com a composição do movimento ampliada para usuários, familiares, e trabalhadores(as), passou a ser designado Movimento da Luta Antimanicomial e a ter o lema “Por uma sociedade sem manicômios”. No decorrer, foi instituído o dia 18 de maio como o Dia Nacional da Luta Antimanicomial.

Ao longo da Reforma Psiquiátrica vários serviços substitutivos ao manicômio foram se constituindo em todo o país, sendo o primeiro deles implementado em 1987 São Paulo - Centro de Atenção Psicossocial Luiz Cerqueira. Tais serviços nascem da proposta de mudança no cuidado em saúde mental oferecido até então. O cuidado passa de uma lógica de contenção física e química, de exclusão da sociedade do considerado louco, para um cuidado centrado na produção de novas formas de se relacionar com a loucura. A nova proposta de cuidado coloca em xeque todos os tipos de tratamento direcionados as pessoas em sofrimento psíquico até o momento e traz como alternativa um cuidado territorializado, singularizado, integralizado, e voltado para resgate da cidadania e dos direitos das pessoas em sofrimento psíquico. A aposta de cuidado passou a ser embasada pelo que se denominou desinstitucionalização, ou seja, de questionar certas instituições produzidas no trato com a loucura, ultrapassá-las e produzir novas instituições, novas lógicas, novas relações. A desinstitucionalização “é sobretudo um trabalho terapêutico, voltado para a reconstituição das pessoas, enquanto pessoas que sofrem, como sujeitos” (Rotelli; Leonardis; Mauri, 2001, p. 33).

Agora não se tratava mais de pensar equipamentos para o tratamento da doença mental, mas sim em criar equipamentos de cuidado em saúde mental! Os serviços de saúde exclusivos para a saúde mental foram inicialmente denominados Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS). Entretanto, atualmente estes são denominados tal como a primeira nomenclatura e com algumas especificidades: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS infantil, CAPS Álcool e outras drogas e CAPS AD III. São classificados de acordo com o público a abranger e o horário de funcionamento, conforme a Portaria nº 336 de 19 Fevereiro de 2002, e mais recentemente, a Portaria nº 3088 de 23 de dezembro de 2011, em seu artigo 7º e parágrafo 4º. Segue o quadro para melhor entendimento:

Quadro 1: Modalidades de CAPS, conforme a Portaria 3088/2011.

Portaria 3088/11						
	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPS i II	CAPS ad II	CAPS ad III
População	Municípios acima de 20.000 e 70.000	Municípios acima de 70.000 e 200.000	Municípios ou Regiões acima de 200.000	Municípios ou Regiões acima de 150.000	Municípios ou Regiões acima de 70.000	Municípios ou Regiões acima de 200.000
Horário	8:00 às 18:00	8:00 às 18:00	24 horas	8:00 às 18:00	8:00 às 18:00	24horas
Dias	Seg. à Sex.	Seg. à Sex.	Todos	Seg. à Sex.	Seg. à Sex.	Todos

Fonte: Própria do Autor.

Estes serviços passaram a ser responsáveis pelo atendimento das pessoas em sofrimento psíquico, tendo também como alternativa e apoio para momentos de crise destes alguns leitos em hospitais gerais e hospitais-dia. Além destes, ao longo do processo outros equipamentos foram surgindo como suporte para uma aposta de cuidado no território, ou seja, substitutivos ao manicômio: Centros de Convivência, Cooperativas de trabalho, entre outros. Hoje temos a nossa extensa Rede de Atenção Psicossocial - a RAPS - e que é composta por equipamentos da: atenção básica de saúde, atenção psicossocial especializada (os CAPS), atenção de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização (ex. Serviços Residenciais Terapêuticos) e reabilitação psicossocial (ex. geração de renda).

Vale destacar que os Serviços Residenciais Terapêuticos são um dos serviços que sustentam a Reforma Psiquiátrica enquanto um processo de desinstitucionalização. Podemos dizer que tais equipamentos são moradias para egressos dos hospitais psiquiátricos inseridas na comunidade. De acordo com a Portaria 106 de 11 de fevereiro de 2000:

Parágrafo único. Entende-se como Serviços Residenciais Terapêuticos, moradias ou casas inseridas, preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares e, que viabilizem sua inserção social (Brasil, 2000).

Apesar de todas estas conquistas, encontramos no cenário atual fortes investidas, marcadas pelas lógicas neoliberais, em um modelo de cuidado que enfraquece os serviços de base territorial do SUS e resgata os espaços “atualizados” dos hospitais psiquiátricos para “tratamento” em saúde mental. Apesar de todo o percurso de lutas e conquistas

antimanicomiais, o cenário que se configura a partir de 2016 é caracterizado por um retrocesso no trabalho e cuidado em saúde mental – um momento chamado por alguns de contrarreforma psiquiátrica (Cruz; Gonçalves; Delgado, 2020). Os autores sinalizam a partir de análise documental de normativas, portarias, entre outros, as fortes investidas no resgate de serviços e lógicas de cuidado manicomial por parte de gestores e governos atuais. No contexto atual, não podemos deixar de destacar a configuração de CAPS AD IV e das apostas controversas em Comunidades Terapêuticas² para o tratamento de pessoas que fazem uso de drogas. Em 2016, a partir da Portaria nº 1482 do MS, começa a haver a Admissão das Comunidades Terapêuticas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. No ano seguinte temos a Resolução nº 32 da Comissão Intergestores Tripartite que insere hospitais psiquiátricos na RAPS, bem como apresenta o novo serviço denominado CAPS AD IV cuja apresentação se aproxima dos outros CAPS por um lado, e por outro diverte claramente - por exemplo, tendo enfoque em urgência e emergência, podendo ter até 30 leitos e ser localizado em cenas de uso de drogas (Passarinho, 2022).

Diante das sombras que se aproximaram, dos retrocessos que se configuraram e das propostas de desmantelamento de tudo que foi conquistado até aqui, cabe-nos pensar que a Reforma Psiquiátrica mais do que nunca não está dada. Ela é um delicado processo, que não se resume a uma reforma meramente administrativa e técnica (Amarante, 2003). É uma reforma que implica e exige transformações da sociedade, das relações de poder que permeiam o cuidado e o trabalho em saúde e em saúde mental, da maneira como nos relacionamos com as diferenças em geral.

A Reforma Psiquiátrica pode ser entendida como um processo que possui diversas dimensões. Dentre elas destacamos quatro: a dimensão Teórico-conceitual: corresponde à mudanças no campo epistemológico, de construção e desconstrução de saberes e conceitos (tais como tratamento moral, loucura, normalidade, cura); a dimensão Técnico-assistencial, que foi a aposta em um modelo assistencial no território e mudanças nas práticas de cuidado; a dimensão Jurídico-política, que diz respeito a construção da legislação que garante a reforma, a cidadania e os direitos dos usuários da Rede de Saúde Mental, enfim, é a dimensão que garante a produção de sujeitos de direitos e a discussão acerca do que é cidadania, direitos humanos e

²Em 2011 são introduzidas na RAPS as Comunidades Terapêuticas. Estas, diferentes da proposta nascente em outros países no pós segunda guerra, são frutos de um conservadorismo claro e combinado com interesses privados, políticos e religiosos. Uma proposta na contramão do modelo de atenção psicossocial. Com o mesmo cuidado devemos analisar o surgimento dos CAPS AD IV, que de dentro dos modelos CAPS é potencial para internações numa perspectiva biomédica e moralizante.

sociais no campo da saúde mental; por fim, a dimensão Sociocultural, que é o maior desafio da reforma - transformar as relações entre sociedade e loucura e o seu lugar social (Amarante, 2013).

Freire (2012) contribui expondo que a Reforma Psiquiátrica no Brasil pode ser analisada a partir de três períodos. O 1º Período (1978 – 1987), marcado pela Ditadura Militar e luta pela redemocratização, foi quando novos personagens entraram em cena na busca por transformações no modelo de tratamento das pessoas “com transtornos psiquiátricos” e nas formas de se trabalhar, tão precárias à época – composição do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental e início da crise da DINSAM. Neste período, ainda não havia inicialmente uma crítica sobre os pressupostos do asilo e da psiquiatria, apenas aos excessos e desvios deste modelo. Foi um período marcado pela privatização da saúde e aumento significativos de internações psiquiátricas e hospitais psiquiátricos privados, que ficou conhecido por “Indústria da Loucura”. O modelo assistencial era essencialmente hospitalocêntrico. Foi neste período que houve a passagem do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental para o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial.

O 2º Período (1987 – 2001) - o período da instituição inventada - caracterizou-se pelas primeiras experiências com novos modos de cuidado em saúde mental (Freire, 2012). Foi neste momento a inauguração do primeiro Centro de Atenção Psicossocial, em São Paulo, que tinha como objetivo inicial ser um equipamento intermediário entre o cuidado asilar e o cuidado em comunidade. Em seguida, a aposta na superação do hospital psiquiátrico tomou força e Santos foi palco “dos primeiros movimentos radicais de construção de rede substitutiva em saúde mental no país” (Freire, 2012, p.100). Outro equipamento que surgiu foi o NAPS (Núcleo de Atenção Psicossocial), com o seu funcionamento 24 horas, com o fito de atender melhor os usuários na crise. Além destes, outros equipamentos foram inventados ao longo dos anos e passaram a compor a rede substitutiva brasileira: Centro de Convivência, Pronto Socorro Psiquiátrico, Unidade de Reabilitação Psicossocial, entre outros. Campinas também foi um local de experiências importantes para a construção da atual rede substitutiva, como a residência extra-hospitalar. Após estas experiências exitosas surgiram as primeiras portarias de regulamentação da rede substitutiva ao manicômio no SUS:

A década de 90 se voltou para a configuração de uma rede substitutiva, exigindo dos trabalhadores, gestores, familiares, usuários, muita inspiração tanto na invenção de novos modos de operar o cuidado, quanto na forma de reinserção social dessas pessoas com transtorno mental. Assim, não só serviços de assistência terapêutica eram

construídos, mas também novas formas de apoio social, reinserção social foram sendo projetadas (Freire, 2012, p.101).

Várias experiências se sustentaram inicialmente através de políticas de saúde locais e posterior política nacional de desinstitucionalização do Ministério da Saúde. O 3º. Período desse processo, a partir de 2001, foi marcado pela institucionalização da política pública de saúde mental, e assim, pela aposta em uma rede substitutiva. Foi nele que conquistamos a lei 10.216, conhecida como a lei da Reforma Psiquiátrica. A lei foi fruto de um projeto de lei- PL 3.657 de 1989 do deputado Paulo Delgado - que passou por 12 anos de tramitação, sendo aprovada apenas em 2001 e com várias mudanças no texto original, inclusive na parte que previa a extinção dos manicômios (Freire, 2012). Apesar disso, podemos dizer que a lei foi uma conquista importante para o processo de reforma.

Com a aprovação da lei, a política pública para a rede substitutiva em saúde mental ganha força e começa a haver formas de financiamento pelo Ministério da saúde, segundo a autora. É um período marcado pela ampliação do número de CAPS, diminuição dos leitos psiquiátricos, consolidação da rede substitutiva e do novo modo de trabalhar em saúde mental.

Tivemos muitos ganhos no processo de reforma psiquiátrica e precisamos lutar por outros, isto é fato. Pode-se dizer que a reforma é um processo social complexo, que nos traz o desafio de consolidar o paradigma biopsicossocial de cuidado em saúde mental e modos de pensar a produção de vida das pessoas em sofrimento psíquico. Todavia, como já mencionado, o que se apresenta hoje como cenário, para além dos desafios de novas conquistas do campo está a luta pela conservação e fortalecimento do que existe e contra os retrocessos que já nos sondam. Podemos arriscar a dizer que desde 2016 vivemos uma outra etapa na política de saúde mental (Cruz, Gonçalves; Delgado, 2020): o período das forças contrarreformistas.

Estamos em momento de desmonte da Política de Saúde Mental, o que nos convoca a repensar as estratégias de luta para este período que já se anunciou. O contexto atual pede mobilização e pressão das forças antimanicomiais. Desde o final de 2020 tem havido mobilizações potenciais dos movimentos sociais que circundam a temática da saúde mental. Foi formada, por exemplo, a Frente Ampliada em Defesa da Saúde Mental, da Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial. A Frente constitui-se a partir do anúncio de mudanças estruturais na RAPS e na condução do cuidado em saúde mental, bem como da revogação das portarias que sustentam a Reforma Psiquiátrica brasileira, pelo Ministério da Saúde em uma reunião do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Desde então, a Frente

organizou reuniões, gerais e em grupos temáticos, construindo documentos e tensionando de diversas maneiras as tentativas de institucionalização deste grande desmonte.

Apesar do termo reforma ser usado, a reforma psiquiátrica no Brasil, assim como a reforma na Itália, propõe-se a muito mais do que a reestruturação do modelo assistencial psiquiátrico. Ela corresponde a mudanças na forma de fazer (clínica) no cuidado em saúde mental. Propõe-se a promover processos de desinstitucionalização, sobretudo a transformar e desconstruir as lógicas de saberes e poderes construídos sobre a loucura ao longo da história. Rotelli (2001) expõe que a instituição que colocamos em questão não é o manicômio (estrutura física) e sim a loucura. Desta forma, a instituição a ser negada é o “conjunto dos aparatos científicos, legislativos, administrativos, de códigos de referência cultural e de relações de poder estruturados em torno de um objeto bem preciso: ‘a doença’...” (p.90). Isto não significa negar a existência da doença mental enquanto experiência de sofrimento. A proposta de colocar a “doença” entre parênteses se dá neste sentido, para que o sujeito da experiência consiga emergir, ou seja, “para favorecer a manifestação da real existência da pessoa” (Rotelli, 2001, p. 92). Amarante (2003), por sua vez, aborda sobre a importância da desconstrução do conceito tradicional de clínica (psiquiátrica, no caso), que vem do grego *Klinos* - inclinar-se sobre o leito - e se restringia ao tratamento moral, ao isolamento social do paciente e a uma relação científica-naturalista com a doença (isolar, observar, descrever, classificar), e não com o sujeito que experiencia a doença. Para o autor, - assim como Basaglia (2005) havia dito sobre colocar a “doença” entre parênteses para que o sujeito da experiência pudesse aparecer para além de qualquer definição de doença - a “clínica” também deve ser posta entre parênteses, a fim de que o sujeito da experiência da loucura possa aparecer e ter novas possibilidades na sua existência.

A clínica que Amarante (2003) propõe tem um compromisso ético-estético, de resgate da cidadania e da sociabilidade destes sujeitos e de construção de novas subjetividades e sujeitos; uma clínica que parte de uma visão ampliada, que considera a complexidade do seu campo de atuação e a experiência do sujeito de sua intervenção. Segundo Rotelli, Leonardis e Mauri (2001, p. 29), na perspectiva da desinstitucionalização, transformam-se as maneiras nas quais as pessoas são tratadas (ou não) “para transformar o seu sofrimento”, já que a terapia passa a ser entendida como um conjunto complexo e cotidiano de estratégias e não mais a busca pela solução-cura. E ainda, “a ênfase não é mais colocada no processo de “cura” mas no projeto de ‘invenção de saúde’ e de ‘reprodução social do paciente’”, (p. 30). Neste sentido, pode-se dizer que o(a) atual trabalhador(a) de saúde mental possui um compromisso ético-político de

contribuir na produção de vida, de sentido e de sociabilidade das pessoas em sofrimento psíquico, contribuir ainda na transformação das relações de poder entre as instituições e os sujeitos. Tarefa ainda mais desafiadora no contexto de congelamento de gastos públicos com políticas sociais e de batalhas perdidas para o avanço de lógicas manicomiais e privatizantes.

3 TRABALHO E CUIDADO EM SAÚDE E EM SAÚDE MENTAL

3.1. TRABALHO EM SAÚDE NO SUS

Para introduzirmos uma discussão acerca do trabalho em saúde enquanto cuidado é preciso contextualizarmos o que hoje se entende por trabalho em saúde no nosso país. O trabalho em saúde hoje é um trabalho embasado nos preceitos do SUS e por isso visa a universalidade, a equidade e a integralidade no acesso aos cuidados em saúde. É ainda um trabalho pensado em rede³, com transversalidade dos saberes, co-responsabilidade e co-gestão do processo de trabalho entre os diversos atores e setores envolvidos.

O trabalho em saúde é alvo de pesquisa e grande investimento de muitos autores do campo da saúde coletiva. Barros e Barros (2009) trazem uma discussão sobre dor e prazer no trabalho e assinala que toda escolha é política, envolve interesses, desejos, necessidades, poderes, saberes, etc. Estes, “constituem modos de ver o mundo e modos de nele existir” (p. 32). Ressaltam que quando falamos em trabalho em saúde (no Brasil), outro vetor está em jogo no debate acerca da gestão do trabalho – o diálogo com as políticas públicas. Este vetor engloba o entendimento do conceito de saúde, do que é o Sistema Único de Saúde brasileiro, de como se constitui a gestão do trabalho em saúde, entre outros.

Diante disso, as autoras expõem que discutir a gestão do trabalho em saúde é também problematizar as escolhas que são feitas ao longo do processo para lidar com o que chamam de vetores-dobras que a constituem. São eles: “sujeitos (desejos, necessidades, interesses), processos de trabalho (saberes), poder (modo de estabelecer relações) e políticas públicas (coletivização dessas relações)” (Barros e Barros, 2009, p.62). Propõem a tese de que a “gestão não é apenas organização do processo de trabalho, mas é o que passa entre os vetores-dobras que o constituem” (p. 62). Diante disso, as relações estabelecidas entre tais vetores são de intercessão, no sentido Deleuziano, que diz respeito à relações marcadas por ações de interferência, de compor um com o outro e fazer parte do mesmo movimento. São ainda

³ “Um conjunto de serviços complementares uns aos outros, que devem conformar um sistema, exigindo ordenação, normatização, racionalização. A rede confunde-se com a própria idéia de “sistema” ou de “estrutura” e expressa tanto o caráter de “fazer circular” quanto o de “controlar” a partir da articulação dos diferentes serviços situados nos estratos do sistema. Não se trata apenas de *ter* uma rede, mas de funcionar *em* rede, de modo articulado, tendo em vista um viés topológico-espacial”, e “orientada com base em noções de hierarquização e regionalização e expressa na figura da pirâmide” (Zambenedetti; Silva, 2008, p. 138).

relações de inseparabilidade e co-extensão, em que os vetores são como dobras de um mesmo plano de produção, as quais o dentro e o fora se confundem, misturam-se.

Sinalizam ainda, assim como Borges (2006), que o trabalho produz saberes, exige planejamento, decisões, avaliações e a execução de uma tarefa, de tal modo que a atividade e a gestão da atividade sejam inseparáveis. O conceito de atividade aqui é tomado de empréstimo de Schwartz (2004) “A atividade se opõe à inércia, é o conjunto dos fenômenos que caracterizam o ser vivo, expressão da resistência a toda situação de heterodeterminação das normas industriais” (p.64). Neste processo da atividade e da gestão da atividade, há também a produção de sujeitos, que desejam, possuem necessidades, interesses, e inventam mundos ao passo que se inventam.

A discussão que Barros e Barros (2009) trazem é relevante para o debate sobre o trabalho e cuidado em saúde, uma vez que parte do entendimento de que “pensar a gestão em saúde é pensar modos de produção comprometidos com a vida” (p. 65). Uma das suas apostas acerca da problemática “Da dor ao prazer no trabalho” aponta para o que denominam como ampliação da gestão. Neste ínterim, é preciso ampliar a gestão do trabalho, e esta ampliação se promove através da inseparabilidade entre os vetores-dobras: saberes, sujeitos e poderes. A gestão é ampliada também a partir do ato de:

Aumentar o grau de democracia interna nas organizações, problematizar a relação entre a atividade da gestão e a gestão da atividade, instalar dispositivos que permitam a circulação da palavra e tomadas de decisão mais participativas (Barros e Barros 2009, p.69).

Pensamos assim, que o caminho se dá no sentido da ampliação da autonomia do(a) trabalhador(a) na gestão do seu trabalho e na ampliação do grau de abertura para a criação e renormatização no trabalho. Situamos o adoecimento do(a) trabalhador(a), nesta discussão, como a perda da sua capacidade normativa, que leva ao “engessamento” do trabalho.

A partir destas discussões retomamos o princípio de que o mundo do trabalho é criação e uso de si, luta e resistência. E, através da compreensão da inseparabilidade dos vetores-dobras, a gestão do trabalho não pode ser concebida de forma externa a esta relação intercessora (de mútua produção e interferência) entre saberes, poderes, sujeitos e a própria gestão.

A discussão que Santos-Filho (2009) traz sobre a Política Nacional de Humanização (PNH) nos ajuda a pensar a gestão do trabalho no SUS. De acordo com o autor, a PNH é também conhecida como Humanizaus e propõe a reorganização e transformação dos processos de

trabalho em saúde a partir de alguns conceitos e dispositivos. Para isso - a PNH - parte de duas vertentes que se interligam: na prestação de serviços à população, que está presente no eixo atenção, e nas relações entre trabalhadores(as) e gestores(as), presentes no eixo gestão. Acredita-se na indissociabilidade entre atenção e gestão e se aposta na criação de instâncias participativas e horizontalizadas, valorizando o trabalho em equipe e buscando a co-responsabilização dos atores envolvidos (gestores(as), usuários(as) e trabalhadores (as)).

Pode-se dizer que os conceitos centrais do SUS são utilizados e reforçados pelo Humanismus. Dentre eles: “transversalidade”, “rede”, “grupalidade” e acessibilidade e integralidade na atenção. Já os valores norteadores da PNH são: “a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a co-responsabilidade entre os atores, o estabelecimento de vínculos solidários, a construção de redes de cooperação e a participação coletiva no processo de gestão” (Santos-Filho, 2009, p. 80).

O trabalho em saúde no SUS, apesar de ser resultante da luta popular e de estar na Constituição de 1988, tem sofrido com a grande precarização nos últimos anos, (Barros e Barros, 2009; Santos-Filho, 2009). A precarização das condições de trabalho no SUS, seja por falta de insumos, falta de estrutura, vínculo empregatício precário, “contínua perda dos direitos de proteção ao trabalhador(a), pelas instáveis formas de contratação” (Barros e Barros, 2009, p. 61), alta rotatividade dos profissionais, falta de investimento em formação dos profissionais, “dificuldades no âmbito da organização e relações sociais de trabalho em contextos de gestão ainda tradicional” (Santos-Filho, 2009, p. 73), etc., faz com que o produto final - o cuidado em saúde - não seja satisfatório, nem para os profissionais, tampouco para os usuários dos equipamentos de saúde. O trabalho em saúde tem sido alvo de atenção pela grande precarização que vem sofrendo “no que se refere às condições de emprego e trabalho e repercussões na qualidade de vida e saúde dos trabalhadores” (Santos-Filho, 2009, p. 73). Por tudo isso, não podemos perder de vista todas estas variáveis quando nos propomos a pensar e intervir no trabalho/cuidado em saúde mental.

3.2. O TRABALHO EM SAÚDE COMO PRODUÇÃO DE CUIDADO

Quando falamos de trabalho em saúde também estamos nos referindo ao cuidado em saúde, uma vez que este tipo de trabalho produz automaticamente um tipo de cuidado, seja ele

baseado em qualquer tecnologia (de equipamentos, saberes e relacionais) como veremos adiante.

De acordo com Franco e Merhy (2013a) e Merhy (2013a), o trabalho em saúde tem um grande diferencial: ao contrário do trabalho que é desempenhado nas grandes empresas e indústrias, o produto final do trabalho em saúde se dá em ato, ou seja, no momento mesmo da produção da ação. Os autores apontam que, o trabalho em uma fábrica de sapatos, por exemplo, é realizado longe do seu consumidor final, ou seja, diferente do trabalho em saúde, o produto quando consumido já está cristalizado como trabalho morto (todo produto resultado de um trabalho humano anterior) e não é fruto da relação entre produtor e consumidor - o consumidor está fora do processo de produção. Já o trabalho e o cuidado em saúde são produzidos na relação, no contato com usuário do serviço de saúde e em ato - o produto é consumido imediatamente na produção da ação. Desta forma, acreditam que o trabalho em saúde seja centrado no trabalho vivo em ato.

Podemos classificar o processo de trabalho em saúde como trabalho vivo e trabalho morto, (Merhy, 2013a): o primeiro é o trabalho criador, inventivo, que produz forças instituintes e não está dado, está em processo, em produção; já o segundo diz respeito aos produtos-meio que envolvem o processo de trabalho, as ferramentas ou a matéria-prima de um artesão, por exemplo; é aquilo que já foi alvo de investimento do trabalho vivo, mas que no momento é visto como uma “cristalização” deste trabalho, uma vez que já está instituído. Podemos exemplificar o trabalho morto a partir de uma cadeira pronta para ser vendida. Tal objeto já foi alvo de investimento do trabalho vivo, entretanto, em seu estado descrito, é a materialização e cristalização deste trabalho, sendo assim um exemplo de trabalho morto. Já o trabalho vivo pode ser exemplificado como a ação de acolher um usuário em um serviço de saúde. Esta ação não está dada, ela se dá no momento do encontro entre trabalhador(a) e usuário; é uma ação que exige basicamente a tecnologia relacional.

Importa dizer que o trabalho vivo em ato não se descola completamente do trabalho morto. No entanto, por meio de questionamentos sobre o sentido de cada um, ferramentas comprometidas com o sujeito da ação e a sensibilidade aos ruídos/ analisadores do cotidiano do trabalho, os(as) trabalhadores(as) conseguem comandá-los e produzir transformações no processo de trabalho (Franco e Merhy, 2013a).

É sabido que o atual modelo técnico-assistencial reforça várias lógicas de cuidado em saúde e que está comprometido com muitos tipos de interesses. Como vimos até aqui, vários

pensadores e militantes do campo da saúde coletiva vêm há muito apostando na superação do modelo biomédico de trabalho e cuidado (Merhy, 2013a).

Uma questão importante diz respeito ao peso que a construção coletiva de um novo modo de produzir saúde tem. Para Merhy:

Nestes muitos anos de militância e de acumulação de experiências vivenciadas na busca da mudança do modo de se produzir saúde no Brasil, aprendemos que: ou esta é uma tarefa coletiva do conjunto dos trabalhadores de saúde, no sentido de modificar o cotidiano do seu modo de operar o trabalho no interior dos serviços de saúde, ou os enormes esforços de reformas macroestruturais e organizacionais, nas quais nos temos metido, não servirão para quase nada (Merhy, 1997, p.2).

Com isso, o autor enfatiza que as transformações no modo de cuidar, nas práticas tecnológicas instituídas e nos modelos de produção de saúde estão sob responsabilidade, especialmente, dos profissionais de saúde. Não é o suficiente ser uma proposta macropolítica, macroestrutural, as transformações devem estar no nível micropolítico, microestrutural e devem ser feitas de forma coletiva. Aqui pode-se fazer um link com trabalho prescrito e trabalho real e o polo da gestão da atividade trazido por Schwartz; Duc; Durrive, 2010b. Podemos pontuar esta questão como o grande desafio atual para quem acredita em tais modificações do modo de pensar e cuidar em saúde: a produção de coletivos, seja de trabalhadores(as), seja de usuários dos serviços de saúde.

O trabalho vivo contempla o que entendemos como autogestão, que é a capacidade de gerir suas próprias demandas e de ser protagonista dos seus próprios interesses; é a capacidade de se auto-organizar para tomar decisões e resolver seus problemas, (Baremlitt, 2002). Partindo deste conceito, podemos dizer que há uma certa liberdade no processo de trabalho em saúde. E é partir deste fato e da força que os(as) trabalhadores(as) possuem através da dimensão autogestiva, que Franco e Merhy (2013a) acreditam e apostam em mudanças efetivas do modelo tecnoassistencial da saúde. Como já apontado, tais mudanças devem acontecer principalmente no nível micropolítico que se dá nos encontros em atos de produção de saúde, sem estas as mudanças macroestruturais não atingirão seus objetivos.

Ayres (2004; 2009) contribui apontando que o trabalho enquanto cuidado em saúde não prescinde da técnica, porém seu potencial e sucesso está no fato deste contribuir para a possível efetivação do projeto de vida e felicidade das pessoas. A técnica se apresenta então como secundária, estando a relação entre as pessoas e a cumplicidade para que tal plano se efetive em primeiro lugar. O cuidado é entendido aqui como uma interação entre sujeitos, uma ação

terapêutica, que visa o alívio de um sofrimento ou ainda a produção ou alcance de bem-estar, mediada por saberes necessários à situação. Arriscamos ressaltar aqui a importância dos saberes de todos os sujeitos envolvidos na ação de cuidado, sejam os saberes acadêmicos e instituídos ou saberes investidos nas situações de vida e trabalho. O cuidado é então um movimento dialógico, entre as práticas assistenciais e a vida, que deve se dar num genuíno encontro intersubjetivo.

A partir de tal autor, podemos pensar a situação de cuidado como algo que implica movimento e plasticidade, interação entre identidades e alteridades, um potencial criador, projetivo, e um encontro desejanste. Envolve ainda uma temporalidade, responsabilidade e uma íntima composição que transcende a relação de causa e efeito, em que cada parte só faz sentido no todo. Nesta ótica, uma composição de ações de cuidado não se dá de maneira óbvia, e assim também não poderá ser abordada. Ela se dá contextualizada, em situação, num complexo emaranhado de normas, valores, sujeitos, decisões, possibilidades e impossibilidades.

Merhy e Franco (2013a) apostam na produção mútua entre trabalhadores(as) e usuários no dia-a-dia do processo de trabalho, no encontro, em ato, que é mediado pelas tecnologias do trabalho em saúde. Tais tecnologias são referentes aos equipamentos tecnológicos, mas também a um certo saber fazer e um ir fazendo. Elas podem ser classificadas como tecnologias de cuidado leve, leve-dura e dura (Merhy, 2013a). A tecnologia leve se dá pela relação, ela não pressupõe nenhum conhecimento técnico-científico e por isso entende-se que qualquer profissional está apto a usá-la. A tecnologia leve-dura pode ser entendida como aquela que pressupõe o uso de um saber técnico, um instrumento de trabalho como um questionário, exames, mas está diretamente ligada a interação profissional-usuário do serviço. Ou mesmo um saber estruturado das profissões, como por exemplo, o saber da psicologia. Já a tecnologia dura é aquela que independe da relação profissional-usuário, é aquela realizada por “tecnologia de ponta”, por máquinas de exames, leis, portarias, etc. Ela se dá por um saber estruturado, é um instrumento acabado, advindo do trabalho morto.

Merhy (1999) enfatiza a dimensão do trabalho vivo em ato e a dimensão cuidadora que se encontra neste. Ressalta que qualquer trabalhador(a) de saúde, seja um médico ou um porteiro, tem potencial cuidador:

Qualquer abordagem assistencial de um trabalhador de saúde junto a um usuário-paciente, produz-se através de um trabalho vivo em ato, em um processo de relações, isto é, há um encontro entre duas “pessoas”, que atuam uma sobre a outra, e no qual

opera um jogo de expectativas e produções, criando-se inter-subjetivamente alguns momentos interessantes, como os seguintes: momentos de falas, escutas e interpretações, no qual há a produção de uma acolhida ou não das intenções que estas pessoas colocam neste encontro; momentos de cumplicidades, nos quais há a produção de uma responsabilização em torno do problema que vai ser enfrentado; momentos de confiabilidade e esperança, nos quais se produzem relações de vínculo e aceitação (Merhy, 1999, p.3).

O momento do cuidado em saúde é um momento de encontro (entre usuário e trabalhador(a) ou trabalhadores(as)) e de (inter)ferências, de produção mútua. Neste encontro, tanto o(a) trabalhador(a) de saúde quanto o usuário do serviço são afetados. Este encontro está permeado por valores de ambos, valores sobre o que é saúde e o que é doença, o que são direitos e o que são deveres (dos(as) trabalhadores(as) e usuários), o que é um bom ou ruim atendimento. Estes valores são muitas vezes carregados de preconceitos que não passam despercebidos no encontro entre os profissionais e entre estes e os usuários:

Tanto os produtores como os consumidores são instituintes de necessidades e atuam como forças no espaço intercessor produção/consumo, expondo distintamente suas intencionalidades, “desejos”, processos de “capturas” que estejam sofrendo, etc. (Merhy, 2013a, p. 41)

No encontro entre trabalhador (a) da saúde (ou trabalhadores(as)) e um usuário de seu serviço (ou usuários), um deles está ali como um portador de necessidade de saúde e o outro está como supostamente portador “de um certo saber-fazer tecnológico, produtor de cuidado em saúde para o outro” (Merhy, 2013b, p.173). Diante disso, o(a) trabalhador(a) está no lugar de quem possui um conjunto de saberes e técnicas e irá cuidar e cessar com a demanda do outro e o usuário está no lugar de quem será objeto da ação do outro para que com isso resgate “seu modo de caminhar na vida” . Isto não quer dizer que o usuário está nesta relação de modo passivo, sem suas intencionalidades, conhecimentos e representações. Conforme o autor acima, em cada um destes atores em situação de cuidado, está presente as linhas de forças particulares e gerais - e também as bem específicas - garantidoras de que, no encontro, a expressão “faz diferença quem está se encontrando”, faça todo sentido.

Na produção de cuidado em saúde, o(a) trabalhador(a) pode fazer uso de três tipos de valises: as da mão, que correspondem aos instrumentos que podem ser usados como caneta, ficha de atendimentos e estetoscópio e são consideradas “tecnologias duras”; as da cabeça, que dizem respeito aos conhecimentos estruturados como a clínica e a pedagogia e que se encaixam na classificação de “tecnologias leve-duras”; por fim, as que estão presentes no espaço

relacional trabalhador-usuário, que se encontram na classificação das “tecnologias leves”- as tecnologias relacionais e que se dão em ato. Apesar da importância das outras valises, é no uso da valise relacional que o encontro entre trabalhador-usuário tem “um dos momentos mais singulares do processo de trabalho em saúde enquanto produtor de cuidado” (Merhy, 2013b, p. 178).

Infelizmente o que vemos hoje no campo do trabalho em saúde e no atual modelo médico hegemônico é a perda da dimensão cuidadora dos profissionais, que limitam cada vez mais as suas práticas no uso de tecnologias duras, e assim, no trabalho morto. Tal situação se dá por uma complexidade que é trabalhar em saúde e por uma combinação de fatores. Diante disso, devemos lutar por um modelo de práticas em saúde que seja comprometido com a vida, e que saiba “explorar positivamente as relações entre as diferentes dimensões tecnológicas que comporta o conjunto das ações de saúde” (Merhy 1999, p.4).

O mundo do trabalho em saúde é um mundo que contempla diversos interesses: individuais, coletivos, públicos e privados, etc., e quando alguém se propõe a pensá-lo não pode deixar de considerar tais questões. “A micropolítica dos modos de produção do cuidado é o campo de grandes disputas pela modelagem dos serviços, as práticas de cuidado, que têm como centro o trabalho” (Franco, 2013, p.13). E o espaço intercessor (no sentido Deleuziano) que se constitui na relação entre profissional e usuário revela em certa medida este campo de distintas forças.

Podemos dizer que o trabalho em saúde não deve ter como objeto a cura do paciente, e sim a produção de cuidado. É através da produção de cuidado que a cura, a promoção e a proteção em saúde devem ser pensadas e almejadas - o cuidado como primeiro plano. Cuidado este que se constitui na disposição ao encontro com outro, individualmente ou em equipe. “Poder explorar esta tensão própria da produção de atos de saúde, a de ser atos cuidadores, mas não obrigatoriamente curadores e promotores da saúde, é uma problemática da gestão dos processos produtivos em saúde” (Merhy, 1999, p.1).

Diante disso, ao abordarmos o trabalho/cuidado em saúde mental, faz-se necessário resgatar questões como as colocadas por Merhy e Franco (2013a): como é o trabalho no dia-a-dia? O que lhe é próprio? Quem trabalha e como faz? Para quê? Porquê? A quem e como serve? Entre outras. Entendemos assim o cuidado em saúde como um:

Território de relação no qual, em alguma medida, os efeitos produzidos afetam todos os que nele estão envolvidos: trabalhadores, gestores, usuários, o serviço, a rua, a rede etc. Na medida em que todos se afetam pelos efeitos desse espaço de relação, as ações de cuidado acontecem com o outro, em uma relação horizontal de colaboração. O cuidado produzido por meio do trabalho em saúde ocorre em uma co-produção, ou seja, produção com (Rach; Macerata; Louzada, 2014, p.88).

Por fim, cabe dizer que no trabalho e cuidado em saúde, um dá sentido à existência do outro, e a gestão do processo de trabalho, exercida por cada um no nível micro, se ocupará de co-ordenar o caminho a ser percorrido nesta produção. O registro de um profissional em prontuário, por exemplo, é um ato de gestão que está diretamente relacionado ao processo de cuidado com o usuário. Podemos dizer, que há uma dimensão de cuidado em toda prática de gestão, e uma dimensão de gestão em toda prática de cuidado (Rach; Macerata; Louzada, 2014).

3.3. TRABALHO EM EQUIPE NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

O trabalho em equipe multiprofissional é a forma elementar de se trabalhar em saúde desde a constituição do SUS. Esta aposta se dá a partir do momento em que o processo saúde-doença passa a ser pensado como algo complexo e que está muito além das questões biológicas. Segundo Vasconcelos (2010), desde a década de 70 o trabalho em equipe multiprofissional passou a ser prioridade no campo da saúde brasileira. A partir de 1988 ficou instituído na Constituição que o conceito de saúde engloba aspectos como moradia, alimentação, educação, trabalho, entre outros. Partindo deste princípio, a atuação em saúde deve contar com a visão e atuação de múltiplos saberes (psicologia, biologia, nutrição, sociologia, história, epidemiologia, etc.).

Juntamente com a predominância do trabalho em equipe surgiram vários desafios e várias possibilidades de atuação:

É preciso considerar que as mudanças atualmente desejadas e impressas nos processos de trabalho em saúde qualificam a organização e a prestação de serviços, por outro lado trazem novas exigências para os trabalhadores, na medida em que abalam as formas tradicionais de exercício de funções, papéis, responsabilidades, desempenho, e principalmente a forma de interação com seus pares e com os usuários (Santos-Filho, 2009, p. 74).

Esta maneira de trabalhar pode acrescentar nas possibilidades terapêuticas de um lado, e por outro corre-se o risco de produzir fragmentação nas ações de saúde, o que impõe a necessidade do trabalho verdadeiramente interdisciplinar (Vasconcelos, 2010)

Neste momento, portanto, daremos ênfase ao trabalho em equipe voltado para a atuação nos serviços em saúde mental, e dentro das propostas da Reforma Psiquiátrica. Podemos dizer que o trabalho em saúde mental atualmente é um trabalho que se dá na interdisciplinaridade. Isto significa que é um trabalho que conta com uma relação recíproca e mútua entre vários saberes; uma relação na qual as disciplinas se afetam e se modificam mutuamente. Este tipo de atuação supera a lógica fragmentária de pensar o ser humano (Sampaio, 2007). Atuar de forma interdisciplinar no campo da saúde mental - mais especificamente nos CAPS - tornou-se imprescindível na ótica da Reforma Psiquiátrica, já que o objetivo principal foi (e é) o de resgatar a complexidade da vida das pessoas em sofrimento psíquico, deslocando o olhar e a atuação da explicação biológica e fragmentária da psiquiatria tradicional para uma visão mais ampliada da experiência do sujeito usuário dos serviços de saúde mental. Este aspecto do trabalho em equipe é uma potencialidade e ao mesmo tempo um desafio para os profissionais. Conforme Oliveira-Filho (2003), autores como Silva e Tavares:

Ressaltam que as experiências de ação interdisciplinar são enfrentadas como um desafio, tendo em vista a gama de especialidades profissionais que estão envolvidas na prática psicossocial. Para os autores, as possibilidades de integração profissional permitem o exercício do pensamento complexo, que corresponde ao pilar de sustentação epistemológica do paradigma da atenção psicossocial, (Silva; Tavares, 2003, apud Silva; Oliveira-Filho, 2013, p.610-611).

O trabalho com equipe multiprofissional na saúde mental deve apontar, acima de tudo, para a reinserção social e resgate da cidadania dos sujeitos em sofrimento psíquico e a atuação precisa contemplar os vários aspectos da vida humana, já que o foco agora não é mais a doença (Amarante, 2003). É um trabalho que exige da equipe o conhecimento técnico, a disponibilidade de encontro com um outro (diferente de você), numa relação entre profissionais-profissionais, profissionais-usuários e profissionais-gestores, e um trabalho que exige certa militância.

O trabalho em equipe nos CAPS foi pensado no sentido de promover ações em saúde mental de forma que o manicômio não fosse mais cogitado. O equipamento CAPS foi criado para ser substitutivo ao modelo manicomial e para que a partir dele fossem produzidos novos modelos de assistência, (Abuhab *et al.*, 2005).

Uma das ferramentas utilizadas para o bom desempenho do trabalho pela equipe dentro das propostas da Reforma Psiquiátrica é o Projeto Terapêutico Singular (PTS). Ele é uma ferramenta estratégica para se pensar um plano de cuidado com a amplitude e complexidade necessária, contendo o envolvimento de vários saberes e setores (saúde, educação, trabalho,

assistência social, cultura, etc.), inclusive a visão do próprio usuário dos serviços em questão. A elaboração, problematização e execução do PTS contribui de maneira elementar para a superação do modelo de cuidado pautado no paradigma biomédico, que é um modelo que pensa o processo de saúde-doença de maneira linear, fragmentada, centrado no saber médico e em procedimentos profissionais especializados, bem como não leva em conta outros aspectos que escapam ao biológico. Outra aposta para ultrapassar o modelo biomédico se dá no cotidiano do processo de trabalho das equipes e na forma com que apreendem as suas ações de cuidado (Mângia e Barros, 2009).

O Projeto Terapêutico Singular “é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com Apoio Matricial se necessário” (Brasil, 2009, p. 39). O PTS pode contemplar, de acordo com cada usuário ou coletivo em questão, atividades para a reabilitação psicossocial, resgate de cidadania, geração de trabalho e renda, constituição de redes sociais de suporte, ações para o reconhecimento e exercício dos direitos sociais, entre outros (Mângia e Barros, 2009). Para sua concretude é preciso que haja um planejamento da equipe do serviço, desta com o usuário e ainda com outros pontos da rede de saúde, da rede socioassistencial, entre outros. Ou seja, é preciso uma atuação em intersectorialidade uma vez que o “objeto” de intervenção se tornou mais complexo no sentido de mais abrangente, mais amplo. Desta forma, o trabalho pode se dar por diversas entradas e saídas. De acordo com o que Abuhab *et al.* (2005) apontou sobre o trabalho no CAPS:

O modelo tem como filosofia rever as relações internas de poder, a inclusão social do usuário, utilizar recursos da comunidade, envolver familiares no tratamento, trabalhando para a autonomia do sujeito. Assim, no contexto de um CAPS, o papel dos profissionais e sua ação diária preveem mudança de postura e adaptação contínua às diferentes demandas e situações, (Abuhab *et al.*, 2005, p.370).

Cabe ainda dizer que o conceito de integralidade, assim como os outros preceitos do SUS não estão descolados dos objetivos da atuação das equipes em saúde mental. De acordo com Costa-Rosa, Luzio e Yasui (2001), práticas permeadas pelo conceito de integralidade implicam em mudanças nas ações dos(as) trabalhadores(as) que são a base para um trabalho coerente com o compromisso de singularização proposto a partir da reforma. Um dispositivo fundamental para a atuação da equipe em sua interdisciplinaridade é a reunião de equipe: espaço em que os profissionais discutem o trabalho em suas questões organizacionais e as ações de

cuidado propostas em cada projeto terapêutico. Segundo Vasconcelos (2010) a reunião é uma instância formal de coordenação do trabalho e que pode propiciar discussões e arranjos organizacionais para a realização das atividades. A reunião pode ser vista ainda como um espaço para a difusão da própria Reforma Psiquiátrica.

Conforme Ramminger (2009) “Cada Caps é um Caps”, entretanto, é possível dizermos que os CAPS são compostos por equipe multiprofissional e oferecem acolhimento e cuidado às pessoas em sofrimento psíquico. Eles desenvolvem ações tais como: oficinas terapêuticas, atendimentos individuais e em grupos, assembleias com usuários e familiares, articulação em rede para ações que extrapolam a sua alçada, dentre outras.

Infelizmente não podemos dizer que com a Reforma Psiquiátrica todas as lógicas manicomial e fragmentadas de pensar o trabalho e o cuidado com pessoas em sofrimento psíquico foram extintas. Conforme Nardi e Ramminger (2007) trabalhar na saúde mental é trabalhar em um campo de disputas discursivas: discurso religioso, médico-científico, e o psicossocial ou da Reforma Psiquiátrica. E, lamentavelmente vimos no contexto recente uma forte investida dos gestores das instâncias maiores da Política de Saúde Mental/Ministério da Saúde na desconstrução da Rede de Atenção Psicossocial. É sabido ainda que nos atuais equipamentos de saúde mental persistem modelos de atenção verticalizados, centrados nos médicos e com ações individualizadas e individualizantes em disputa com o novo paradigma - o paradigma psicossocial centrado na desinstitucionalização.

Almeida & Merhy (2020) trazem uma discussão elementar para se pensar os desafios atuais no campo da saúde mental, a partir da micropolítica das relações. Colocam que a reforma na sua dimensão micro, da atividade situada, só acontece em sua plenitude se o que defendemos para a vida dos usuários também seja sustentado na relação entre trabalhadores(as). Neste sentido, a diferença deve ser sustentada em todos os espaços de vida e trabalho! Apontam assim para a necessidade de sermos antimanicomial em todas as relações. Defendem o antimanicomial em ato como uma ética do agir, que deve ser pautada nos mesmos princípios de cuidado com os usuários: “a escuta da diferença, o acolhimento, o vínculo, para tornar o cotidiano de trabalho em saúde mental mais possível, mais alegre” (p.74).

Desta forma, não podemos falar em cuidado em saúde mental sem considerar tudo o que foi colocado até aqui e sem compreender junto com os protagonistas da atividade a complexidade que se apresenta no cotidiano das práticas. Precisamos considerar o atual cenário da política da saúde mental, as investidas do setor privado, bem como a introdução de lógicas

neoliberais e os processos de precarização e sucateamento tão presentes nos nossos espaços de políticas públicas.

Nos últimos anos as políticas públicas, de uma maneira geral, sofreram com o desinvestimento do poder público, especialmente a nível federal. Em contrapartida vimos crescer diversas formas de inserção do setor privado e da lógica neoliberal nas mesmas políticas de garantia de direitos sociais (saúde, educação, assistência social...). Conforme Antunes e Praun (2015), os anos 90 traz ao Brasil um contexto de maior contorno do neoliberalismo e reestruturação produtiva, em meio a condições de exploração herdeiras do fordismo, articuladas a novos mecanismos de acumulação flexível. A exemplo temos os programas de qualidade total, os sistemas just-in-time e kaban, os ganhos salariais por participação nos lucros e produtividade. Estes, atravessados pelas lógicas neoliberais, trouxeram "como consequências a flexibilização, a informalidade e a profunda precarização das condições de trabalho e vida da classe trabalhadora brasileira" (p.409). Dentre os efeitos deste processo estão o trabalho terceirizado (como vemos largamente no atual contexto do trabalho em saúde), a alta incidência de acidentes de trabalho e adoecimentos como lesões osteomusculares e transtornos mentais, com nexo laboral.

O trabalho em saúde mental, por sua vez, está atravessado por tais lógicas, que direta e/ou indiretamente impactam nos modos de promover, conduzir e renormatizar as práticas de cuidado e na qualidade das relações e vínculos de trabalho. Diante deste cenário, assim como nós, outros autores também colocam o olhar para as relações saúde-trabalho, bem como para questões da satisfação/insatisfação, sobrecarga, prazer e sofrimento, precarização, entre outros, no cenário da política de saúde mental.

Passos (2015) nos ajuda nesta complexa tarefa ao abordar o trabalho em saúde mental e a luta antimanicomial no contexto capitalista. Parte das contribuições de Marx e Lukács sobre o trabalho e o analisa a partir da compreensão de uma dupla alienação do homem, constituída nas relações capital-trabalho que se colocam: alienação de si mesmo enquanto espécie, e de sua própria atividade, enquanto algo que é transformado em mercadoria a partir de um processo de expropriação do(a) trabalhador(a) dos meios de produção e de extração da mais-valia pelo proprietário de capital. Nesta lógica, o trabalho é transformado em "meio de vida" ao invés de ação da vida, e ao ter que trabalhar para um outro, a atividade numa condição de imposição pode, ao invés de gerar prazer, ser fonte de sofrimento. A consciência em si, tão importante para processos emancipatórios e de luta, desenvolve-se a partir de crise ideológica advinda de

uma opressão e da busca individual, e sem sucesso, do seu enfrentamento. Deste processo, faz-se potente a emergência do que chama de consciência revolucionária, imprescindível na luta coletiva e derivada da combinação da consciência em si e consciência enquanto classe trabalhadora (consciência para si). A consciência revolucionária, concretiza-se nas lutas coletivas dos movimentos sociais, como os movimentos conformados pelas reformas sanitária e psiquiátrica; podemos dizer, na busca de bens comuns e societários.

Ainda conforme a autora, a Reforma Psiquiátrica, por sua vez, carrega uma contradição em buscar romper com uma lógica de se relacionar, intervir e pensar a loucura, enxergando o indivíduo que passa por essa experiência como sujeito de direitos, todavia busca o enquadrar na lógica social hegemônica (trabalho, família, lazer, potencial de consumo). Desta forma, faz-se imprescindível também a emancipação política desse sujeito. Partindo dessas reflexões, a autora aponta para a problemática atual da fragmentação das lutas sociais, o que dificulta a emergência da consciência revolucionária, cuja luta unificada traria como pauta única a busca pela emancipação humana. Diante disso, no contexto da luta antimanicomial e na luta pela desconstrução das lógicas e práticas manicomiais, permanecem ainda as diferenças e opressões de classe. Sinaliza então a necessária instrumentalização e educação política a todos os atores envolvidos (usuários, familiares, profissionais, etc.) para superarmos estes impasses, avançarmos em outros e combatermos as investidas neoliberais e seus processos de sucateamento e precarização do trabalho e do cuidado na RAPS.

Conforme Araújo e Torrenté (2023), do ponto de vista das estatísticas de demandas em saúde mental, como em casos de depressão e ansiedade, o Brasil é um país que ocupa lugar de destaque, o que mais uma vez reforça a importância de também cuidar deste trabalho e dos(as) trabalhadores(as) nestas atividades.

Em pesquisa realizada em Campina Grande – Paraíba, sobre satisfação e sobrecarga dos(as) trabalhadores(as) dos CAPS, Clementino et al. (2018) constatou a sobrecarga dos(as) trabalhadores(as) dos CAPS, associada às condições de trabalho inadequadas (dimensionamento pessoal insuficiente, falta de material) e também à organização do trabalho. Tais fatores somam-se ainda ao contato diário com pessoas em sofrimento psíquico e ao acúmulo de funções, que acaba acontecendo em função de equipe reduzida nos serviços, o que fragiliza a construção de vínculos entre trabalhadores(as) e usuários. Os(as) trabalhadores(as) apontaram os baixos salários, a jornada de trabalho e a necessidade de terem dois vínculos como fatores de sobrecarga.

Trevisan e Castro (2016) realizaram revisão bibliográfica com o objetivo de analisar a produção intelectual, nacional e internacional, sobre fatores psicossociais⁴ envolvidos na saúde do(a) trabalhador(a) de saúde mental. A revisão é realizada a partir do ponto de vista da satisfação e impacto com o trabalho em saúde; da qualidade de vida e o sofrimento mental do profissional e estresse em profissionais da saúde mental. Neste estudo apontaram as condições de trabalho e salário como principais fontes de insatisfação, bem como as relações e vínculos com os usuários como fontes de satisfação. Foi exposto o quanto os profissionais da saúde mental vivenciam impasses e conflitos entre querer promover um cuidado pautado nos princípios e diretrizes da reforma psiquiátrica e ao mesmo tempo não terem recursos para tal, o que lhes traz a angústia de não conseguir fazer o trabalho de acordo com o que acreditam ser o melhor.

Conforme pesquisa sobre análise da satisfação de profissionais de um CAPS AD (SOARES; OLIVEIRA; DOMANICO, 2020), o nível de satisfação dos profissionais é componente fundamental para a qualidade do trabalho/cuidado ofertado. O estudo aponta que uma gestão unilateral no estabelecimento de metas não contribui para a satisfação dos(as) trabalhadores(as). Foi exposto que metas construídas desta forma trazem como consequência certo esgotamento, desconforto e angústia diante da pressão para o cumprimento das mesmas. O trabalho torna-se mais burocrático e “para dentro” dos serviços. Os(as) trabalhadores(as) sentem ainda que possuem pouca autonomia. Por outro lado, dentre fatores que contribuem para maior satisfação no trabalho está a dinamicidade do trabalho e o fato de ser em equipe multidisciplinar, bem como em ser uma prática clínica com diferentes possibilidades de manejos e arranjos. Outro aspecto é o de poder visualizar os efeitos do seu trabalho na vida dos usuários. Tal fator também estimula e motiva para a permanência dos(as) trabalhadores(as) no serviço e na atividade em questão.

Em outro estudo sobre a relação entre carga de trabalho em saúde mental, satisfação profissional, qualidade de vida e presença de sintomas psiquiátricos menores em profissionais de saúde mental, constatou-se que, do ponto de vista da satisfação, sentem-se mais satisfeitos

⁴De acordo com a Organização Internacional do Trabalho (OIT), em citação das autoras (p.190), esses fatores são aqueles referentes “à interação entre e no meio ambiente de trabalho, conteúdo do trabalho, condições organizacionais e habilidades do trabalhador, necessidades, cultura, causas extratrabalho pessoais e que podem, por meio de percepções e experiência, influenciar a saúde, o desempenho no trabalho e a satisfação no trabalho”.

pelo trabalho em equipe e pela qualidade do mesmo. Em contraponto, as condições de trabalho são vistas como fatores de menor satisfação (Marco *et al.*, 2008).

Diante do exposto, pensar as relações saúde-trabalho com os profissionais da saúde mental exige termos em nossa caixa de ferramentas todas estas questões e as normas antecedentes à atividade apresentadas. Cabe-nos pensar desde já o lugar que foi reservado à saúde dos(as) trabalhadores(as) da Política de Saúde Mental, as suas condições de vida e trabalho, as relações trabalhistas e de cuidado de si para o bom desempenho do cuidado com o outro. Será a saúde do(a) trabalhador(a) da saúde mental uma questão impensada, ou que se perdeu, ao longo do processo de Reforma Psiquiátrica?

4 DA SAÚDE DO TRABALHADOR AO TRABALHO ENQUANTO ATIVIDADE HUMANA

É no contexto da redemocratização do país, sobretudo na década de 80, no bojo da Reforma Sanitária Brasileira e afinado com as suas pautas e compreensão do processo saúde-doença, que vimos surgir também o que hoje denominamos campo da Saúde do Trabalhador. Dentre os principais antecedentes e influências na gênese social deste campo, Minayo-Gomez (2011) cita: avanços em setores da medicina social e preventiva e da saúde pública, atravessados pelas contribuições e compreensão sobre o processo saúde-doença da medicina social latino-americana; o movimento da Reforma Sanitária; o fortalecimento do movimento dos trabalhadores, suas demandas e conquistas; a I Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores e suas resoluções; a criação dos Programas de Saúde do Trabalhador, dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador e suas configurações de participação e controle social.

Do ponto de vista acadêmico, político e institucional, o discurso da saúde do trabalhador se configura na saúde coletiva, em contraposição às concepções teórico-práticas da Medicina do Trabalho (MT) e da Saúde Ocupacional (SO) a respeito das relações saúde-trabalho. A saúde do trabalhador busca agregar, além das contribuições da medicina e da engenharia de segurança, uma gama de outras disciplinas e ciências, e não se restringe a dimensão contratual entre as empresas e seus trabalhadores (Minayo-Gomez, 2011). Ela parte do pressuposto da saúde como um direito de todos.

Hoje, falar de ST é falar de um campo dinâmico, aberto e em constante construção. Como campo de intervenções e práticas, localiza-se na saúde pública e está orientado pelos princípios e diretrizes do SUS. Na visão da ST, os(as) trabalhadores(as) são compreendidos como “sujeitos políticos coletivos, depositários de um saber emanado da experiência e agentes essenciais de ações transformadoras” (Minayo-Gomez, 2011, p. 27). Conforme Mendes e Dias (1991), a ST busca superar concepções hegemônicas reducionistas sobre o processo saúde-doença e sobre as relações saúde-trabalho, que não compreendem a complexidade da determinação social presente nestes, considerando também a dimensão subjetiva:

A Saúde do trabalhador busca a explicação sobre o adoecer e o morrer das pessoas, dos trabalhadores em particular, através do estudo dos processos de trabalho, de forma articulada com o conjunto de valores, crenças e ideias, as representações sociais, e a

possibilidade de consumo de bens e serviços, na 'moderna' civilização urbano-industrial (MENDES; DIAS, p.347).

Pensar o trabalho em saúde mental, na ótica da ST, nos convoca a situá-lo no contexto mais geral da discussão sobre o trabalho na contemporaneidade. Conforme Franco, Druck e Seligmann- Silva (2010), o trabalho contemporâneo é permeado por uma combinação de precarização social, adoecimento dos indivíduos e destruição ambiental. Sendo o trabalho em saúde mental uma atividade de cuidado, estas questões o atravessam direta e indiretamente, uma vez que os profissionais sentem tais impactos na própria vida e ainda prestam cuidado à outras vidas que também sofrem com a precarização do mundo do trabalho. De acordo com tais autores "a precarização passou a ser um atributo central do trabalho contemporâneo e das novas relações de trabalho, apresentando múltiplas faces e dimensões" (p. 230). E com isso, alinhamos que o trabalho em saúde mental, mesmo no contexto de um sistema de saúde gerido pelo poder público enquanto direito do povo e dever do Estado, não está isento às lógicas perversas e atualizadas do conflito capital/trabalho.

O mundo do trabalho de uma forma geral teve suas estruturas estremecidas pela flexibilização das relações trabalhistas, através das formas de terceirização e da desregulamentação social. Nas contribuições de Antunes e Praun (2015), a flexibilização ou flexibilidade é constituída atualmente por múltiplos fatores e traz impactos nas relações de trabalho que se expressam drasticamente na diminuição das fronteiras entre atividade laboral e espaço da vida privada, nas variadas formas de contratação da força de trabalho, no desemprego estrutural e no desmonte da legislação trabalhista. Os autores discorrem ainda sobre trabalho e adoecimento no contexto da acumulação flexível, sobre a flexibilização como base do adoecimento, a individualização e a solidão no trabalho produzidas neste contexto, bem como a gestão por metas, o assédio no trabalho como estratégia de gestão e a terceirização como porta aberta para acidentes e mortes no trabalho.

Ainda conforme Franco, Druck e Seligmann-Silva (2010), os processos de dominação advindos da precarização do trabalho mesclam insegurança, incerteza, sujeição, competição, proliferação da desconfiança e do individualismo, o que é fatal para o que se espera de um trabalho tal como preconizado no SUS e na RAPS. Destacam algumas dimensões deste processo de precarização como: os vínculos de trabalho e relações contratuais marcadas pelas perdas de direitos, benefícios e salariais; a organização e as condições de trabalho, marcadas por metas inalcançáveis e a intensificação do trabalho (ritmo intenso, competitividade, pressão

e controle, entre outros); a precarização da saúde dos(as) trabalhadores(as), especialmente no âmbito da saúde mental; a fragilização do reconhecimento social, da valorização simbólica e do processo de construção das identidades individual e coletiva; fragilização dos agentes sociais de organização e representação coletiva (como os sindicatos).

Tais questões se colocam como desafios a serem considerados em qualquer reflexão e/ou intervenção no âmbito da ST. Configurando o campo da ST no SUS, hoje temos a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast), criada em 2002, que tem como principal componente o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST). A Renast foi criada como estratégia principal para a promoção da atenção integral à saúde dos trabalhadores no SUS (Santos; Lacaz, 2011). De acordo com o próprio site do Ministério da Saúde:

A Renast compreende uma rede de serviços de assistência e vigilância em saúde do trabalhador no âmbito do SUS e tem por objetivos ampliar o acesso e executar ações de promoção, proteção, prevenção e de vigilância em saúde, bem como na assistência especializada em saúde do trabalhador; estimular a articulação e a integração com as demais Redes do SUS, qualificando as ações de saúde do trabalhador nos territórios (Brasil, 2023).

Os CERESTs, por sua vez, foram pensados como unidades especializadas, polos irradiadores da compreensão da relação saúde-trabalho, tendo como principal função o suporte técnico e científico às ações no âmbito da saúde do trabalhador (Santos; Lacaz, 2011).

Compondo com o campo da ST e a RENAST, temos ferramentas teórico-metodológicas que buscam compreender o trabalho humano em toda sua complexidade e enquanto atividade. Dentre elas, podemos mencionar a Ergonomia da Atividade (francófona), a Ergologia, a Clínica da Atividade e a Psicodinâmica do Trabalho. Estas são abordagens teórico-metodológicas, de pesquisa e intervenção em situações de trabalho e com o envolvimento ativo dos(as) trabalhadores(as). Todas nascentes na França, porém emaranhadas das contribuições de diversos outros estudos e teóricos. Esse conjunto de abordagens vem sendo denominada de Clínicas do Trabalho.

É a partir das contribuições das Clínicas do Trabalho e do olhar ampliado do campo da ST que compreendemos que o trabalho humano é muito mais do que emprego; ele diz respeito à toda atividade humana. Considerar o trabalho como atividade humana implica resgatar a complexidade da mesma, que não se resume à mera execução de uma tarefa. Nesta concepção, pensar o trabalho não se limita à relação produção-consumo, mas se define como a maneira

como os humanos se mobilizam para cumprir determinadas ações em um determinado tempo-espaço, com os recursos que tem à disposição e com a realidade que lhe é apresentada.

A Ergonomia da Atividade traz uma contribuição fundamental como ponto de partida para esta reflexão. Ela surge por volta de 1955 na França, com o médico Alan Wisner. A sua preocupação primordial foi com a saúde dos trabalhadores e com as possibilidades de melhorar as situações de trabalho (Clot, 2010b). Suas contribuições lançam luz para a existência de duas dimensões do trabalho: o trabalho prescrito e o trabalho real. O primeiro corresponde ao que está nos manuais, as normas, o modo como se deve ser realizada a tarefa para que o trabalho final seja atingido. O segundo, mais complexo que o primeiro, traz à tona que desenvolver uma tarefa nunca é mera execução de uma prescrição. O(a) trabalhador(a) nunca estará passivo diante das prescrições para cumpri-las tal como normatizado. A realidade de trabalho exige uma mobilização deste trabalhador(a) para que o trabalho aconteça. O trabalho prescrito envolve um conjunto de condições e exigências a partir das quais o trabalho deverá ser realizado. Ele inclui também as condições como ambiente físico, matéria-prima, condições socioeconômicas. Já o trabalho real, abrange a todo processo percorrido até que o trabalho final seja feito. Ele é infinitamente mais complexo que o trabalho prescrito (Guerín et al, 2001). Para Wisner, o trabalho real é a vida, e nesta linha, saúde e atividade são sinônimos (Clot, 2010b).

A Ergonomia traz então a contribuição deste olhar positivo sobre o trabalho, enquanto criação, atividade, saúde e vida, apesar das adversidades encontradas pelos(as) trabalhadores(as). E este olhar vai influenciar e subsidiar o desenvolvimento da Ergologia, da Clínica da Atividade e também da Psicodinâmica do Trabalho.

Considerar a diferença entre o trabalho prescrito e o trabalho real é levar em conta que o meio de trabalho é infiel (nunca será o mesmo) e que é a partir da capacidade renormativa (de produzir novas normas) do(a) trabalhador(a) que a atividade acontece.

Para compreendermos as normas e valores que permeiam a atividade em Saúde Mental partimos então das contribuições da perspectiva ergológica (Schwartz; Duc; Durrive, 2010a; Schwartz; Duc; Durrive, 2010b; Venner; Schwartz, 2015), do que esta compreende por atividade humana e suas reverberações nos movimentos da história da sociedade (de direito e de mercado).

Essa perspectiva surge no sul da França e vem sendo desenvolvida desde os anos 1980. Ela pode ser entendida como uma postura – démarche – diante da atividade (Athayde; Zambroni-De-Souza; Brito, 2014). Tal perspectiva tem como característica a valorização das

experiências e vivências dos(as) trabalhadores(as) e pensam o trabalho (ou a atividade) como constitutivo de subjetividade e promotor de saúde. As Clínicas do Trabalho, de uma maneira geral, são originárias de pesquisas e ações voltadas para a produção de protagonismo dos(as) trabalhadores(as) e a transformação do trabalho (Brito *et al.*, 2012).

Por sua vez, a ergologia, busca compreender o que está em jogo no trabalho humano enquanto atividade, quais são os valores e as normas presentes e em debate. E ainda, quais são as decisões tomadas e as não tomadas pelas pessoas, quais são os usos de si promovidos nas atividades e de que forma tudo isso influencia no curso da história da sociedade. A ergologia é “inicialmente uma tentativa de compreender o que vai e vem do microscópico da atividade ao macroscópico da vida social” (Schwartz; Duc; Durrive, 2010b, p. 262).

Ela se constitui a partir de várias disciplinas e é fundamentalmente influenciada pelas contribuições de G. Canguilhem (normatividade vital, concepção vitalista), Ivar Oddone (do Movimento Operário Italiano - MOI) e Alain Wisner (da Ergonomia da Atividade). A sua compreensão sobre a atividade humana é importante para nós, assim como o modo de análise da atividade (BRITO, 2011).

O conceito de uso de si nos ajuda a compreender a mobilização que o ser humano (o corpo-si) faz de si em sua completude (aspectos físicos, sociais, biológicos, psicológicos, culturais, etc.), para então gerir a atividade, tomando decisões e realizando as renormatizações que julgar necessárias, conforme podemos ver em Venner e Schwartz (2015).

A partir da perspectiva ergológica, podemos dizer que a sociedade (mercantil e de direito) está envolvida em debates de normas e valores e experimenta crises permanentes entre o econômico, o político, o jurídico e o mundo do trabalho (Schwartz; Duc; Durrive, 2010b). Diante disso, é a partir do debate de normas e valores e da gestão destes em situação que se dá a força motriz da história da sociedade – a atividade humana.

A atividade humana move então a história, ela é matriz da história (Venner e Schwartz, 2015). A partir do que se denominou esquema tripolar a ergologia busca compreender melhor tais questões. Schwartz, Duc e Durrive (2010b), explicam a sociedade atual (de direito e de mercado) e os valores que compõem cada um dos polos que a constitui. Fazem então a divisão entre o polo orientado pelos valores mercantis (valores dimensionados) – como o tempo, o custo das coisas – e o polo do político, orientado pelos valores do bem comum (valores não dimensionados) – como o acesso da população aos cuidados em saúde, ao bem-estar, ao desenvolvimento da cultura, ao bem viver, etc. O polo dos valores políticos geralmente é

representado pela atuação do Estado na sociedade (de direito). Os dois polos são permeados por lógicas de meios de vida que diferem entre si e que resultam em relações problemáticas e em certa compatibilidade. A mediação entre os valores destes dois polos fica a cargo de um outro polo – o polo da gestão, das “dramáticas do uso de si” - da atividade humana propriamente.

O polo da gestão é o responsável por acionar as trocas possíveis e fazer funcionar as tensões entre os dois outros polos. Ele se situa no nível micro das atividades humanas e é neste micro que os conflitos entre os polos do mercado e do político são geridos e vividos cotidianamente. É a partir deste nível micro (da atividade humana) que conseguimos compreender os movimentos da história sem termos que despersonalizá-la, descontextualizá-la, ou colocá-la a cargo de forças extraordinárias.

Podemos dizer então que a história, em seus níveis micro e macro, desenvolve-se no espaço entre uma lógica mercantil (dos valores dimensionáveis) e uma lógica do bem comum, do bem viver (dos valores não-dimensionáveis). Conforme Schwartz, Duc e Durrive (2010b, p. 249), no polo dos valores não dimensionáveis reencontramos questões como: “o que é saúde? Como viver bem juntos? Como preparar um planeta vivível para todos nas gerações futuras? O que é cultura?”. Todavia, cabe assinalar que para que tais valores se tornem efetivos, reais, é necessário que lhes seja atribuído uma dimensão e dispensação de recursos (como os de responsabilidade do Estado, por exemplo).

Cada polo ainda possui uma temporalidade diferente. O polo do mercado é marcado por uma temporalidade cada vez mais volátil, muito em função das novas tecnologias digitais e comunicacionais. Já o polo do político e o da gestão possuem suas respectivas temporalidades. Os tempos de comparação dos valores que mediam as ações em cada polo se opõem profundamente, são tempos-valor diferentes entre si. No entanto, no polo da gestão, o que está em jogo é o tempo dos ajustes de um polo ao outro e de acúmulo de competências (Schwartz; Duc; Durrive 2010b). Nele vigora o tempo necessário para produzir “as entidades coletivas relativamente pertinentes” (ECRP), que correspondem à dimensão coletiva da atividade, considerando o uso singular (as renormatizações) das normas antecedentes no retrabalho que é próprio de qualquer atividade e os valores em interação (Venner; Schwartz, 2015). Uma ECRP é definida por Schwartz (2021) com dinâmica, um lugar de trânsito entre o polo dos debates e dos valores, bem como o polo em que tais valores são processados e reprocessados (território das atividades de trabalho). As ECRP são fontes de eficácia no trabalho, são composições que se configuram a partir das situações de trabalho, e nesse sentido, desenham e são desenhadas

pela história e reprocessam valores que estão em jogo, local e globalmente. Nelas está em questão algo sobre o “viver juntos” e/ou da promoção de “bens comuns”. São distintas do que está previsto em organogramas de trabalho, e não se assentam num coletivo predefinido. Constituem-se em um dado momento, em atividade, e suas fronteiras são invisíveis e variáveis. Em sua composição transitam informações e a sua dinâmica é relativamente pertinente para a compreensão de como as coisas andam.

Schwartz (2009), vai expor que toda atividade humana implica uma gestão problemática do que pode ser antecipado (nível da desaderência) e do que não pode ser antecipado (nível da aderência). Neste sentido, entre as normas antecedentes à atividade, os valores em circulação e as variabilidades colocadas em cada situação de atividade. Coloca ainda que:

Para os indivíduos e para os agrupamentos humanos, viver na aderência é sempre mais um constrangimento a escolher e a agir segundo um misto de aceitação (apropriação) e retrabalho variável das normas antecedentes, e esse tratamento do misto, em si, é o que chamamos de renormalização (Schwartz, 2009, p. 267).

A ergologia aposta na potência humana de compreender ↔ transformar a vida e o trabalho, (re)inventando, criando novas condições e um novo meio pertinente. Na sua perspectiva, a atividade humana deve ser compreendida sempre de maneira situada, localizada e contextualizada. Com base em seus apontamentos, podemos dizer que toda atividade está atravessada por um conjunto de normas (produzidas pelos polos do mercado e político). E as escolhas, as decisões, o modo como a atividade é conduzida, são da ordem dos debates de valores que ali se presentificam. Para Schwartz, Duc e Durrive (2010b, p. 263), inspirados nas contribuições de Canguilhem, “viver é experimentar todo o tempo, fazer prevalecer a testagem de novas normas”. Cabe dizer que as normas se constituem no meio de vida humano (social e histórico) e estão enraizadas em um mundo de valores. Elas sofrem transformações constantes por estarem diretamente ligadas na história dos grupos e populações humanas. Dito de outra forma, a vida precede as normas, e sem normas passíveis de renormatizações (a partir das subversões), não há possibilidade do viver em conjunto para os humanos. O debate de normas (regras, prescrições) e de valores, intrínseco à atividade humana, aparece justamente a partir do hiato existente entre o que é da ordem do geral, previsível e normatizado (prescrito) e o que é da ordem do singular, do real da atividade, da experiência do aqui e agora (Venner; Schwartz, 2015). Este hiato exige que as variabilidades do meio em que a atividade acontece (no mundo do trabalho ou “na vida”, de modo geral) sejam geridas pelo ator da atividade.

A vida humana é repleta desse vaivém entre o que se pode antecipar de uma situação e o que é histórico, singular, tendo em vista que nenhum momento da vida é igual ao outro. O ator destes movimentos na atividade, por sua vez, é o ser humano ou o ser denominado por Schwartz de “corpo-si”. Este corresponde à entidade que administra as infidelidades do meio a partir do que tem à sua disposição – sua organização e capacidade física, biológica, psicológica; seus atravessamentos sociais, culturais, institucionais, etc. – e que promove renormatizações, produção de novas normas neste percurso. Esse vaivém se refere ao fazer história que é próprio da vida, das renormatizações que ela passa, tendo em vista que o meio é sempre infiel e exige adaptações para torná-lo vivível. Deste modo, “é impossível e invivível que a atividade humana se reproduza de modo idêntico” (Venner; Schwartz, 2015, p. 59).

As infidelidades do meio de trabalho são então geridas pelos(as) trabalhadores(as) através dos usos que cada um faz de si. Como já dito, o trabalho real é muito mais complexo que a sua prescrição, isto acontece porque no cotidiano do trabalho muitas variáveis, muitos constrangimentos estão em jogo, e por isso, dizemos que o meio é infiel. Fazer uso de si para gerir as infidelidades do meio significa dizer que o(a) trabalhador(a) se vê no desafio de ter que fazer escolhas, ajustes, avaliações para que o trabalho seja realizado, ou seja, ele cria novas normas para o trabalho o tempo inteiro e recorre a recursos diversos - faz “uso de si”. Estas considerações se colocam como imprescindíveis quando queremos falar de trabalho em saúde/cuidado em saúde, que é um trabalho que produz um cuidado e que exige tanto investimento do(a) trabalhador(a) na relação que ele estabelece com o usuário do seu cuidado/trabalho.

Vale dizer que a história da humanidade, em sua perspectiva ontológica e antropológica, nos mostra a capacidade do ser humano criar diante das condições que se apresentam no seu meio. Por isso pensar as implicações no trabalho é levar em conta as variabilidades diversas. O ser humano é por si só inventivo, desejante e normativo. Ele é gestor de si e do trabalho, e produz um saber que é próprio da sua experiência.

Falar da relação saúde-trabalho, a partir do que exposto até aqui, é falar de meios que proporcionem ao trabalhador(a) produzir sentido para a sua atividade. É lhes dar a possibilidade de exercer a sua capacidade normativa, de invenção e reinvenção de suas normas, em debates com os valores que se colocam em circulação nas situações. Quando falamos de saúde, trazemos as contribuições de Canguilhem para a cena. A saúde é considerada aqui como a capacidade de produzir variações diante do meio, produção de novas normas, podendo o vivente até mesmo

passar por experiências de sentimento de vida contrariada ou de normatividade restrita (doenças), mas tendo a capacidade de reinvenção, renormatização a partir daí (Brito, 2017).

A Clínica da Atividade também traz contribuições importantes que nos ajudam a refletir sobre a complexidade e defasagem entre o trabalho real e o trabalho prescrito. Esta abordagem surge na França e pode ser situada na intersecção da ergonomia francófona e da psicopatologia do trabalho (Lhuillier, 2021), tendo também como referências orientadoras as obras de Vygotsky, Bakhtin, Wallon e também Canguilhem. Conforme o próprio Clot (2010b), a Clínica da Atividade é uma espécie de ruminância das contribuições que a atravessam.

Yves Clot (2021, p. 81) vai partir do Canguilhem para dizer que “o trabalho real é o campo por excelência do sentimento de vida contrariada”, e por isso ele nos move, nos mobiliza, nos provoca a transformar as situações. Ele faz uma distinção fundamental entre atividade realizada e o real da atividade. O real da atividade é muito mais vasto que a atividade realizada, ele implica:

Também o que não se faz, aquilo que não se pode fazer, o que se tenta fazer sem conseguir – os fracassos – aquilo que se desejaria ou poderia fazer, aquilo que não se faz mais, aquilo que se pensa ou sonha poder fazer em outro momento. É necessário acrescentar aqui – um paradoxo frequente – atividade é aquilo que se faz para não fazer o que tem que ser feito, ou ainda, o que se faz sem desejar fazer. Sem contar o que deve ser refeito. Em matéria de atividade, o realizado não possui o monopólio do real. A fadiga, o desgaste psíquico, se compreende tanto por aquilo que os trabalhadores não podem fazer, quanto por aquilo que eles fazem (Clot, 2001, p.50.).

E é justamente na potencialidade e necessidade em criar um contexto para viver; é nesta condição inventiva de novas normas, novos modos de andar/fazer a vida acontecer, que Clot (2021) vai dizer que atividade e saúde são sinônimas. É neste processo de possibilidades de criação e atuação que se configura o poder de agir, sobre si e sobre o mundo. Nesta ótica, uma das formas de configurar o sofrimento ou o adoecimento no e pelo trabalho acontece a partir da atividade impedida, de um desenvolvimento impedido, da amputação do poder de agir dos trabalhadores em sua atividade (Lhuillier,2021).

O conceito de gênero do trabalho, trazido pela Clínica da Atividade, nos é interessante para pensarmos que a mobilização subjetiva que envolve a atividade não é direcionada apenas aos pares e aos chefes, mas também a este supradestinatário que é uma instância ou memória transpessoal do ofício. O gênero do trabalho é então uma espécie de fiador coletivo da atividade pessoal. Ele compõe com outras dimensões do ofício, sendo estas: pessoal, interpessoal,

impessoal e transpessoal. Diante disso, a Clínica da Atividade se propõe a reconhecer os conflitos de destino na atividade coletiva e individual, e almeja “preservar a possibilidade de transformar a tarefa e a organização para desenvolver o poder de agir dos profissionais na arquitetura global de seu ofício” (Clot, 2021, p. 83).

Com a Clínica da Atividade, Clot (2010b) vai se dedicar a cuidar/transformar o trabalho. Sua aposta é a de que “é a qualidade do trabalho bem feito que é uma fonte de saúde” (p.222). Cabe dizer que, assim como as outras Clínicas do trabalho, e em convergência com as apostas do campo da ST, a Clínica da Atividade vai valorizar o protagonismo dos(as) trabalhadores(as) na condução das reflexões, análises e transformações dos processos de trabalho, considerando-os (as) sujeitos ativos das - e nas – situações. Tal forma de conduzir vai remeter especialmente às contribuições de Ivar Oddone no MOI, nos anos 60 na Itália.

A Clínica da Atividade vai dar especial atenção aos diálogos internos que os(as) trabalhadores(as) vivenciam em situação de trabalho, especialmente quando são observados. Diálogos estes, frutos da atividade de observação de si mesmo em atividade, que são conversas consigo, em diálogo também com as outras dimensões internalizadas do ofício, e que contribuem para a transformação da própria atividade. Para Clot (2010b), a subjetividade é compreendida como esta atividade sobre a atividade. Neste sentido, atividade e subjetividade não são excludentes, pelo contrário, a subjetividade é entendida como uma relação entre atividades. É a partir das múltiplas possibilidades advindas da discussão/transformação do real do trabalho, dos diálogos consigo mesmo e com os outros, que Clot aposta no desenvolvimento da atividade e na ampliação do poder de agir dos(as) trabalhadores(as).

Por fim, não podemos deixar de situar a Psicodinâmica do Trabalho como ferramenta teórica para compreensão da atividade e dos processos que a compõem e mobilizam homens e mulheres numa relação dinâmica de produção de saúde e ampliação de sua subjetividade. A psicodinâmica se diferenciou da psicopatologia do trabalho e pode ser compreendida como uma disciplina clínica e teórica, que busca conhecer as relações entre trabalho e saúde mental e que se esforça para inscrever os seus achados clínicos numa teoria do sujeito, englobando ao mesmo tempo contribuições da psicanálise e da teoria social (Dejours, 2004).

Segundo Dejours e Gernet (2021, p.70) “O trabalho é a atividade coordenada executada por homens e mulheres que trabalham para prover o que não está previsto na organização do trabalho”. Trabalho humano implica o fato de trabalhar, e nisto estão os gestos, o saber-fazer, a mobilização e engajamento corporal e da inteligência prática, a inventividade, entre outras

questões (Dejours, 2004). Neste sentido, trabalhar implica defrontar-se com as prescrições, procedimentos, instrumentos e/ou materiais, bem como com pessoas – confrontar-se com o real do trabalho. Implica colaborar e interagir com os colegas e as hierarquias, a fim de que atinjam um objetivo de produção em comum, seja ele um bem ou serviço. Mais que isso, o trabalho é também uma relação social e está para além da produção, sendo ainda um viver junto; pressupõe invenção e apropriação de um saber-fazer coletivo (Dejours; Gernet, 2021). Nesta mesma linha, o trabalho real jamais pode ser apreendido como algo separado daquele (s) que o realiza, pois, trabalhar é preencher a lacuna entre o que está prescrito e o real que se lhe impõe a transformar (Dejours, 2004).

A psicodinâmica do trabalho nos ajuda a pensar que a engenhosidade de um(a) trabalhador(a) frente ao real do trabalho e aos imprevistos que este lhe coloca é fruto de uma inteligência do corpo, desenvolvida a partir da prática, da intimidade com a própria atividade e da mobilização que ela exige. Temos aí uma afetividade experimentada no e pelo corpo.

Ela nos ajuda a compreender o papel do reconhecimento do trabalho na realização do “eu” no campo social: “O reconhecimento pelo outro é indispensável para a validação de uma descoberta exitosa na sua confrontação com o real” (Dejours; Gernet, 2021, p. 73). Assim, o reconhecimento se dá a partir de duas formas de julgamento: o julgamento ou apreciação relativa à utilidade técnica, social ou econômica, que advém das hierarquias, funcionários da organização ou também dos clientes; o julgamento ou apreciação quanto à beleza, a qualidade do trabalho, que é endereçada por aqueles que também vivenciam, conhecem o real daquela atividade - os pares de trabalho. O reconhecimento do trabalho pelos outros contribui significativamente para a construção do sentido do trabalho, dando uma significação social ao sofrimento que é inerente a toda atividade, permitindo inclusive que este sofrimento seja transformado em prazer. O reconhecimento pelos pares, especialmente, confere ao trabalhador(a) o pertencimento a um coletivo, a uma equipe, ou ainda a um ofício. Dejours e Gernet (2021) colocam que é graças ao reconhecimento do trabalho que o trabalhar transcende a mera produção de bens e serviços e contribui para a transformação de si mesmo.

A Psicodinâmica parte da ideia de que o sofrimento e o fracasso sempre existirão no ato de trabalhar, frente às frustrações colocadas pelo real. Eles fazem parte do processo e mobilizam o desenvolvimento da inteligência da prática. O sofrimento, por sua vez, pode ampliar a subjetividade ou diminuí-la (Dejours, 2004).

O sofrimento mobiliza/amplia a subjetividade por algumas vias, tais como: ressonância simbólica; desenvolvimento da inteligência da prática; dinâmica do reconhecimento/contribuição-retribuição; discussões coletivas do trabalho, sobre seus impasses, sofrimentos e possibilidades (Dejours, 2015).

Por outro lado, o sofrimento pode diminuir a subjetividade por meio da falta da dinâmica de reconhecimento e ressonância simbólica; falta de possibilidades de ampliar a inteligência da prática; das estratégias solitárias de mecanismos de defesa e das ideologias defensivas, que “mascaram” de maneira precária o sofrimento, não legitimando-o (Dejours, 2015). Desta forma, de maneira geral, a Psicodinâmica está preocupada com o trabalhar - a atividade - e as estratégias subjetivas que o trabalhar exige.

Por fim, diante dessa dinâmica instável entre a saúde e o adoecimento pelo trabalho, os(as) trabalhadores(as) podem desenvolver mecanismos de defesa, que podem ser coletivos e contribuir para uma certa permanência “saudável” no trabalho, e podem ser individuais e solitárias, o que muitas vezes configuram experiências de adoecimento (Dejours, 2015).

As Clínicas do Trabalho possuem muitas aproximações e distanciamentos entre si. E, de modo geral, trazem contribuições importantes para o campo da ST. Dentre algumas contribuições podemos destacar a valorização do saber e protagonismo dos(as) trabalhadores(as), o olhar para o trabalho sobre o ponto de vista da atividade e para além da relação contratual, as metodologias de intervenção, compreensão, transformação e formação, o interesse na ação e ampliação das potencialidades e possibilidades de agir dos(as) trabalhadores(as).

5 PERCURSOS METODOLÓGICOS E CAIXA DE FERRAMENTAS

Esta pesquisa-intervenção foi realizada na perspectiva qualitativa. É importante ressaltar o caráter histórico do conhecimento produzido e sua limitação no que diz respeito ao acesso da “totalidade” do objeto e incompletude, dada a riqueza da “realidade”. Destacamos a não-neutralidade na construção de conhecimento e intervenção no campo pesquisado (Deslandes, 2001). Partimos do entendimento de que sujeito e objeto não ocupam posições opostas e num sentido unilateral, em que de um lado temos o sujeito do conhecimento que se inclina para conhecer determinado objeto de pesquisa e de outro temos o objeto, que está no campo à sua espera. A relação de pesquisa se dá entre sujeitos; sujeitos que se interferem mutuamente numa relação de troca, construção e ampliação de saberes.

Apostamos no percurso teórico-metodológico que será apresentado como uma maneira de compreendermos as relações saúde-trabalho na atividade em saúde mental, no contexto do SUS. Uma aposta de construção de conhecimento COM profissionais deste campo de atuação.

5.1. O DISPOSITIVO DINÂMICO DE TRÊS POLOS E OS ENCONTROS SOBRE O TRABALHO.

A pesquisa teve como pano de fundo metodologias participativas inspiradas no Dispositivo Dinâmico de Três Polos (DD3P) da Ergologia. Esta perspectiva aposta na produção e no desenvolvimento de saberes a partir do encontro e da dupla confrontação entre os saberes acadêmico-científicos-tecnológicos – saberes das disciplinas - e os saberes híbridos e complexos - saberes investidos na atividade (dos protagonistas da atividade) (Athayde; Zambroni-De-Souza; Brito, 2014; Schwartz; Duc; Durrive, 2010b). O encontro entre estes dois polos se dá em um espaço promovido pela lógica do (DD3P), em que um terceiro polo, por sua vez, sustenta a mediação e a fluência do diálogo entre os outros dois, correspondendo ao polo ético-epistêmico, pautado na postura ergológica de humildade epistemológica.

A perspectiva ergológica não apresenta um protocolo específico de ação, mas uma postura (démarche) – um modo de encaminhar as coisas que é dado pela lógica de produção de conhecimento e desenvolvimento dos saberes no DD3P (ATHAYDE, Zambroni-De-Souza, Brito, 2014; Durrive, Jacques, 2010). Diante disso, apostamos nos “Encontros sobre o Trabalho”, com base no DD3P, para a promoção dos espaços grupais de discussão sobre a

atividade de trabalho em saúde mental, o que buscou o estabelecimento de uma sinergia entre os diferentes saberes e o cruzamento de patrimônios diferentes, em uma aposta de ampliação do olhar de cada participante. A proposta foi de promoção de um vaivém entre conhecimento e experiência, em que nenhum participante adota a postura de ignorante que vai buscar aprender com um sábio, “cada um, ao se confrontar com a noção de atividade, se reconhece e reconhece os outros como produtores de saberes” (Durrive, 2010, p. 310).

Diante disso, a palavra atividade buscou aparecer nos “Encontros sobre o Trabalho” como traço de união entre os diferentes temas abordados, sendo o objetivo principal dos encontros a promoção de espaços de debate sobre a mesma. Buscou-se identificar nas circunstâncias de atividade os seus núcleos de renormatização, produção de novas normas (Durrive, 2010) – núcleos de inventividade no e pelo trabalho, e assim, de ampliação de possibilidades de agir, de produção de sentido, vida e saúde a partir da atividade de trabalho. De acordo com o autor, a tomada de consciência da renormatização promovida em atividade pelos seus respectivos autores pode produzir consequências decisivas, em que cada um fica melhor posicionado, por exemplo, para fazer negociações do seu lugar num trabalho coletivo, para aprender com a experiência e para ampliar sua capacidade de antecipar problemas.

Vale dizer que, o percurso dos Encontros não se propôs linear, esteve pautado numa progressão em três fases: “favorecer a tomada de consciência de sua própria atividade; problematizar a atividade; convocar os saberes formais e estabelecer a confrontação” (Durrive, 2010, p. 312). Mais adiante abordaremos melhor como foi a nossa experiência nesta pesquisa. Cabe aqui expor a perspectiva que nos norteia de um ponto de vista mais “conceitual”.

5.2. A CLÍNICA DA ATIVIDADE E OS PROCESSOS DE AUTOCONFRONTAÇÃO

Além da ergologia, em sua aposta formativa com o DD3P, lançamos mão das contribuições da Clínica da Atividade, que nos ajudou com seu investimento em fazer disparar e tornar público o diálogo interno que se coloca em atividade. Ela se debruça em metodologias/dispositivos como a autoconfrontação simples e cruzada, que nos permite tanto a construção de dados em pesquisa quanto contribuir para a transformação das atividades de trabalho. Sobre a autoconfrontação, importa dizer que:

Inseridos no movimento de análise do trabalho pela revalorização da atividade, o linguista Daniel Faïta propõe a *autoconfrontação cruzada* (1997^a, 1997b), e o psicólogo Yves Clot, o *método do sócia* (1997). Ambos desenvolveram um procedimento fundado nas instruções ao sócia de Oddone, que avança na compreensão da complexidade do encontro entre atividade e discurso. À dimensão filosófica proposta por Schwartz, retomando a mirada clínica de Canguilhem (1947), de ver a autoconfrontação como um debate e normas em busca de uma renormalização, Daniel Faïta vai acrescentar, retomando Bakhtin, o papel do dialogismo constitutivo da linguagem, e os psicólogos Yves Clot e Livia Scheller, deslocando Vygotsky, a importância de dirigir o processo visando ao desenvolvimento global da situação”. (Vieira, 2004, p. 219).

Esta contribuição não se dá sem a parceria dos(as) trabalhadores(as) e seu protagonismo na análise das próprias situações de trabalho. São, portanto, metodologias que convocam os sujeitos da ação a refletirem sobre o próprio trabalho para transformá-lo. Influenciado por Bakhtin, Yves Clot vai dizer que a atividade é endereçada tanto ao seu objeto quanto à atividade de outros sujeitos. E, sob influência de Vygotsky, vai propor uma forma de analisar e intervir na atividade humana de maneira que contribua para o desenvolvimento e ampliação do poder de agir dos sujeitos sobre si e no mundo. Uma contribuição a partir da colaboração do desenvolvimento com os sujeitos de outros possíveis para sua ação (Machado; Clot 2005; Clot, 2010a).

Nesta ótica, buscamos contribuir na compreensão ↔ transformação do trabalho e ampliação do poder de agir dos profissionais. Usamos dispositivos indiretos para a promoção de processos de autoconfrontação com o fito de compreendermos a complexidade da atividade em saúde mental e as relações saúde-trabalho. Conforme a aposta da Clínica da Atividade - a partir de leituras de Bakhtin e Vygotsky - estes dispositivos contribuiriam para a promoção de processos dialógicos (Vieira, 2004) entre o profissional consigo mesmo (que por si só já é um diálogo plural), o profissional com os pesquisadores, e entre o profissional e os outros participantes. Neste movimento, são disparados processos de desenvolvimento, ampliação dos saberes em circulação e consequente ampliação do poder de agir em situação de atividade – ampliação da construção de outros possíveis para a ação. Com isso, ampliação de possibilidades de produção de saúde no e pelo trabalho.

O processo de autoconfrontação é ainda interessante diante da possibilidade de fazer emergir no discurso do(a) trabalhador (a) o diálogo entre diferentes gêneros que se presentificam a partir da atividade de falar sobre o trabalho representado na situação de análise. Além disso, a situação de trabalho analisada não manifesta apenas uma relação com o objeto imediato da ação, mas ainda a relação do sujeito com a atividade do analista do trabalho. Clot

(2006) destaca que a autoconfrontação em si é uma atividade e que a análise da atividade se modifica na medida em que há a mudança de destinatário. O acesso aos diferentes aspectos do real da atividade é possibilitado conforme o movimento de mudança de destinatário.

A Clínica da Atividade compreende a verbalização em análise do trabalho como um processo interpsicológico e social, e por isso, quando falamos em análise da atividade podemos entendê-la sempre como uma co-análise. Ao partir da escolha de uma representação da atividade (filmagem ou fotografia, por exemplo) e da verbalização desta situação de trabalho ao pesquisador-analista (autoconfrontação simples) e a um par ou pares de trabalho (autoconfrontação cruzada), “estabelece-se um ciclo entre aquilo que os(as) trabalhadores(as) fazem, aquilo que eles dizem daquilo que eles fazem e, por fim, aquilo que eles fazem daquilo que eles dizem” (Clot, 2006, p. 136) – a atividade dirigida “em si” torna-se uma atividade dirigida “para si”.

5.3. FERRAMENTAS E DISPOSITIVOS E UMA BREVE REFLEXÃO SOBRE O PROCESSO DE PESQUISA

Orientadas pelo o que foi exposto acima, lançamos mão de entrevistas individuais, diários reflexivos, encontros grupais (os Encontros sobre o Trabalho) e oficina de fotos e cartas com trabalhadores(as) de saúde mental. Contamos com tais ferramentas e dispositivos para que em articulação pudessem contribuir na co-análise e compreensão ↔ transformação da atividade. Segue breve descrição de cada ferramenta e sua contribuição para o objetivo da pesquisa:

1) Entrevistas individuais associadas a diários reflexivos com profissionais que atuam no campo da saúde mental dentro do Sistema Único de Saúde brasileiro. Utilizamos a plataforma digital *Google Meet* para as entrevistas, tendo em vista o então cenário sanitário do país e também por nos facilitar o contato com profissionais de lugares distintos em um curto espaço de tempo e baixo custo.

Tivemos a participação de dezenove profissionais, que foram escolhidos pela técnica “bola de neve” (Vinuto, 2014). O início do processo se deu a partir de conhecimento prévio de profissionais de saúde mental por parte da pesquisadora e sua orientadora. Os mesmos foram

contactados por telefone e/ou e-mail para o convite de participação na pesquisa. Buscamos realizar entrevistas com profissionais de diversas regiões e cidades do país, garantindo a pluralidade das inserções institucionais e realidades regionais, bem como de experiências e saberes.

As entrevistas contatam com roteiro básico (Anexo I), apenas para balizar a discussão, permitindo liberdade ao trabalhador(a) para expressar suas dramáticas e usos de si, bem como os valores e debates que se colocaram em circulação ao falar sobre a atividade e as relações saúde-trabalho.

Como forma de registro e estímulo para o início de um processo dialógico consigo mesmo e, posteriormente, com as pesquisadoras e os colegas participantes da pesquisa, foi proposto a cada participante a construção de um diário reflexivo (Oliveira *et al.*, 2013) em que alimentaram com elementos (fotos, relatos, música, poesia, “objetos”, desenhos, sentimentos) que durante a pesquisa julgassem importantes na abordagem sobre a relação saúde-trabalho em sua prática profissional. O material deste diário foi compartilhado de acordo com o desejo do profissional, nos encontros em grupo. Apostamos que já iniciassem com o diário um processo de autoanálise da atividade em saúde mental, bem como de construção de uma memória reflexiva sobre o seu trabalho, de construção de saberes ou de reconhecimento destes. Um momento de diálogo interno que pôde se externalizar a partir dos registros e conversas posteriores com os participantes do grupo que foi composto – em certo sentido, a ideia foi de que aqui já tivéssemos o início do processo de confrontação com sua atividade (Clot, 2006).

2) Encontros sobre o Trabalho com os profissionais, a partir da temática “Saúde e Trabalho”, à luz da proposta do DD3P (DURRIVE; JACQUES, 2010). Foram utilizados dispositivos grupais de acordo com as possibilidades, tais como, oficina de fotos e cartas, como possibilidades de confrontação e autoconfrontação dos(as) trabalhadores(as), à luz da Clínica da Atividade. Os encontros grupais tiveram duração aproximada de uma hora e trinta minutos. Todos os entrevistados (as) foram convidados (as) para todas as discussões, todavia tivemos a seguinte composição:

Quadro 2: Encontros grupais/número de participantes.

Encontro 1	6 trabalhadores e 2 pesquisadoras
Encontro 2	5 trabalhadores e 2 pesquisadoras
Encontro 3	3 trabalhadores e 1 pesquisadora

Fonte: Própria do Autor.

Os encontros e as entrevistas foram gravados e transcritos para a análise do material empírico, o que foi exposto aos trabalhadores(as) e consentido por todos(as). Assim como as entrevistas, os grupos também ocorreram via plataforma digital.

O material produzido foi organizado e analisado a partir de categorias-movimentos levantadas nas discussões com os profissionais, tanto nas entrevistas quanto nos grupos e à luz do referencial teórico-metodológico adotado. Nosso referencial contribuiu diretamente para pensarmos as categorias-movimentos a partir da nossa compreensão de processos como de saúde, prazer e/ou sofrimento no ou pelo trabalho; dinâmica de contribuição e retribuição; processos renormativos; debates de normas e valores, entre outros que seguirão na apresentação dos resultados. Cabe mencionar que a pesquisadora também construiu seu diário de campo e teve reuniões periódicas de supervisão e análise de cada fase do percurso da pesquisa com sua orientadora.

Tão importante quanto apresentar os resultados de uma pesquisa e sua análise é o processo de repensar e analisar a trajetória metodológica adotada. A presente pesquisa partiu da aposta de promover diferentes movimentos e espaços de reflexão sobre o trabalho em saúde mental e as relações com a saúde de quem o realiza. Para isso contou com diferentes categorias profissionais (enfermeiros (as), psicólogos (as), terapeutas ocupacionais, profissionais de educação física; supervisores(as) clínico-institucionais; fonoaudiólogos (as) e assistentes sociais) de variadas cidades e regiões do Brasil. Cabe dizer que não tivemos a pretensão de abarcar todas as cidades e regiões do país. Nossa escolha pela técnica “bola de neve” se deu no sentido de contarmos com a indicação de outros participantes pelos próprios profissionais, inicialmente contatados e entrevistados em função de contato profissional já existente com a pesquisadora e sua orientadora.

Como já citado, a maior parte da fase de campo se deu no ambiente virtual, de forma on-line. No entanto, as apostas metodológicas buscaram extrapolar este espaço propondo

exercícios tais como diário reflexivo, discussão em equipe dos infográficos produzidos a partir dos encontros grupais (apresentados na discussão dos resultados), e construção de cartas endereçadas a profissionais iniciantes no campo da saúde mental. Falaremos desses movimentos de forma mais detalhada adiante.

Conforme planejado, iniciamos do trabalho de campo com as entrevistas individuais, construindo um movimento dialógico com os(as) trabalhadores(as) que foram surgindo do processo bola de neve. Este momento foi instrumentalizado pelo uso do roteiro em anexo (já mencionado) mas não nos limitamos a ele. Junto com os(as) trabalhadores(as) nos debruçamos sobre questões que envolvem o prazer e o sofrimento no trabalho, o que mais gostam e o que menos gostam de realizar, as relações em equipe, em rede e com as hierarquias, as questões sobre a dinâmica contribuição-retribuição e reconhecimento no trabalho, autonomia, entre outras. Um momento de iniciar com esses trabalhadores(as) uma análise sobre a sua atividade e as relações desta com os processos saúde-doença. De modo geral todos se envolveram bastante nesta tarefa, o que se comprova na duração de mais de uma hora de entrevista com quase todos os dezenove profissionais entrevistados.

Ao final de cada entrevista foi pedido aos participantes indicações de profissionais para a continuidade destas. Neste momento, também foi perguntado o que acharam da entrevista e sugestões sobre temas que poderiam ser englobados nas discussões. O objetivo foi de nos certificarmos que abordaríamos o que consideravam fundamental sobre a temática das relações saúde-trabalho, partindo do princípio de que o protagonista da atividade é quem melhor pode falar da sua saúde e do seu trabalho. Uma aposta de convocá-los e implicá-los ainda mais no processo e na reflexão. Finalizamos as entrevistas sempre com a proposta da construção dos diários reflexivos por cada um.

Após a fase de entrevistas individuais aplicamos um questionário virtual simples para levantarmos a disponibilidade de cada participante e aproveitamos para fazer perguntas mais diretas, sobre idade, carga horária semanal de trabalho, faixa salarial, entre outras, incluindo a relação de algum processo associado ao trabalho. Este questionário foi respondido por 9 participantes e nos instrumentalizou apenas para o início da fase grupal.

Em seguida, planejamos e iniciamos os momentos de conversa em grupo, a partir do material construído nas entrevistas. Os encontros buscaram trazer para a discussão coletiva os movimentos reflexivos disparados nas entrevistas individuais. Foram momentos de atividades com reflexões e debates de trechos das falas nas entrevistas, de palavras/sentimentos sobre o

trabalho, de oficina de fotos e de cartas. Todos os recursos foram pensados como movimentos de autoconfrontação simples e cruzada, bem como em maneiras de fazer circular e coletivizar os discursos, as normas, valores e gêneros que permeiam a atividade; de ampliar e extrapolar as possibilidades dialógicas e de transformação efetiva do trabalho, inspirados no que é proposto pela Clínica da Atividade e também pela Ergologia.

Tomando como exemplo o uso das fotografias, os movimentos de autocronfrontação foram conduzidos da seguinte forma: 1) Solicitamos ao profissional que escolhesse ou produzisse uma foto sobre o seu trabalho, que relacionasse de alguma forma com a temática saúde-trabalho; 2) No momento do grupo, o mesmo buscou discorrer sobre a foto/representação direcionando a apresentação para as pesquisadoras e os outros participantes. Estas duas etapas por si só já produzem análises sobre a própria atividade de trabalho. O profissional já inicia um processo reflexivo e dialógico consigo no momento mesmo em que escolhe ou produz a foto para apresentação posterior no grupo; 3) Em seguida, as fotos foram colocadas em debate e em direção aos outros colegas também (autoconfrontação cruzada) para que pudessem contribuir um com o outro, tornando a discussão mais ampliada, produzindo uma atividade de análise sobre a atividade fotografada e o desenvolvimento dos saberes sobre a mesma, a partir do encontro dos diversos gêneros, estilos e pontos de vista em circulação. Os profissionais apresentaram as fotos dizendo porque as fizeram ou escolheram daquela forma. Este percurso foi inspirado na experiência de Osório (2010), pautada na Clínica da Atividade.

Acreditamos que a condução metodológica atendeu às necessidades da pesquisa, levando em consideração as possibilidades diante do contexto pandêmico. As ferramentas virtuais facilitaram a reunião de pessoas de diversos territórios, enriquecendo o material construído e trazendo um nível de troca que em outras condições não seria viável. Por outro lado, cabe dizer que a condução de um dispositivo grupal em meio virtual foi um desafio, levando em conta a necessidade de engajar e animar os participantes no aprofundamento das discussões, principalmente por se tratar de um assunto que em condições “normais” já é tão difícil de ampliar e aprofundar, como é o da atividade na perspectiva que adotamos.

Realizamos levantamento e leitura bibliográfica a partir da base de dados Periódicos CAPES com o fito apenas de conhecer a produção acadêmica correspondente à problemática, as principais discussões, desafios e possibilidades que envolvem a temática. Tais leituras foram ainda portas de entrada para outras bibliografias.

5.4. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A pesquisa foi apresentada ao Comitê de Ética da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) e está referenciada pelas resoluções nº 466/2012. Todos os participantes realizaram o Registro de Consentimento Livre e Esclarecido (RCLE) de forma oral e gravada em áudio e vídeo, no momento do primeiro contato virtual, mediante a leitura do mesmo pela pesquisadora. Ressalta-se que o RCLE foi enviado anteriormente aos participantes para leitura prévia. A participação foi voluntária e puderam desistir da pesquisa-intervenção a qualquer momento, sem qualquer prejuízo ou sanção. Os riscos de participação no estudo se referiram a um possível desconforto e frustração devido às questões abordadas e aos temas tratados nas entrevistas e nos Encontros com os profissionais de saúde mental.

Os benefícios aos participantes incluíram a oportunidade de discutir sobre as adversidades do trabalho bem como sobre as estratégias inventivas de enfrentamento e de promoção da saúde construídas pelos(as) trabalhadores(as). Além disso, os profissionais participaram de Encontros de Discussão os quais se colocaram como uma atividade de apoio aos trabalhadores(as), além de trabalharem em conjunto com os pesquisadores sobre possíveis ações voltadas à saúde dos profissionais da saúde mental.

É imprescindível dizer que foram tomados todos os cuidados para assegurar a confidencialidade e a privacidade das informações obtidas através da entrevista e dos grupos, com o uso de códigos de identificação e pseudônimos para assegurar o anonimato dos profissionais. Somente terão acesso aos conteúdos destes materiais as pessoas que se comprometeram com o dever de sigilo e confidencialidade e não farão uso destas informações para outros fins. Todo material será mantido em um banco de dados da pesquisa, com acesso restrito, sob a responsabilidade da proponente da mesma.

Cabe dizer que o material das entrevistas e grupos foi transcrito de forma literal, porém em sua organização e apresentação fizemos pequenos ajustes de maneira a não comprometer o conteúdo das falas, por exemplo, retirando os vícios de linguagem.

5.5. BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO DO PARTICIPANTES

“Não consigo nem imaginar a minha vida fora da saúde mental”. (AS – CAPS AD II).

Primeiramente, segue o quadro com as principais características dos participantes. Não identificaremos cada profissional com suas respectivas cidades de atuação, apenas a Unidade Federativa, para garantirmos o sigilo. A identificação abaixo dos profissionais (AS; E1, E2, etc.) servirá de referência para as falas das entrevistas e grupos expostos no decorrer dos nossos resultados e discussão.

Quadro 3: Informações sobre os participantes e codificação para apresentação das falas.

Nº	CATEGORIA PROFISSIONAL E CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO NAS FALAS	FUNÇÃO ATUAL E/OU SERVIÇO	VÍNCULO	UF
1	Assistente Social (AS CAPS AD II)	Assistente Social CAPS AD	Contratada/CLT e concurada	RJ
2	Enfermeiro 1 (E1 CAPS III)	Enfermeiro CAPS III e gestor de risco em hospital	Concurado/Estatutário	RJ
3	Enfermeiro 2 (E2 CAPS AD IV)	Enfermeiro CAPS AD IV	Concurado	MG
4	Enfermeiro 3 (E3 CAPS AD IV)	Enfermeiro CAPS AD IV	Contratado	MG
5	Educadora Física (EF GESTORA)	Gestão hospital geral federal e gestão SMS	Concurada/Estatutária	Rio Grande do Norte
6	Fonoaudióloga (F Coordenadora CAPS I)	Coordenadora CAPS I	Concurada	RJ - interior
7	Psicólogo 1 (P1 Supervisor)	Psicólogo/Supervisor clínico-institucional	Contratado	RJ e MG
8	Psicólogo 2 (P2 Coordenação MSM)	Coordenação Municipal de Saúde Mental	Concurado	SP- interior
9	Psicólogo 3 (P3 Emergência Psi)	Psicólogo Emergência Psiquiátrica	Concurado	RJ
10	Psicólogo 4 (P4 Coordenador MS)	Coordenador Municipal de Saúde Mental	Concurado	RJ -interior
11	Psicóloga 5 (P5 CAPSII/AMB)	Psicóloga CAPS II/ambulatório	Concurada	RJ -interior

12	Psicóloga 6 (P6 CAPS AD/ CAPS I)	Psicóloga CAPS AD/ CAPS I	Concursada	RJ - interior
13	Psicóloga 7 (P7 CAPS Infantojuvenil)	Psicóloga CAPS Infantojuvenil	Concursada	Rio Grande do Norte
14	Psicóloga 8 (P8 Profª. e supervisora)	Professora universitária e supervisora clínica- institucional na Saúde mental	Concursada na Universidade	RJ e SP
15	Psicóloga 9 (P9 Profª. e supervisora)	Professora universitária e supervisora clínica- institucional na Saúde mental	Contratada	MG e RJ
16	Psicóloga 10 (P10 Emergência Psi)	Psicóloga – Emergência Psiquiátrica e Sanitarista	Concursada município e estado	RJ
17	Terapeuta Ocupacional 1 (TO1 CAPS II/ CAPS AD)	CAPS II e CAPS AD	Concursado	RJ - interior
18	Terapeuta Ocupacional 2 (TO2 CAPS AD)	CAPS AD	Contratada	MG
19	Terapeuta Ocupacional 3 (TO3 Coordenadora CAPS II)	Coordenadora de CAPS II	Contratada CLT	SP - interior

Fonte: Própria do Autor.

Como podemos ver, a pesquisa contou com a participação de profissionais de cidades, regiões, serviços e funções diferentes. Boa parte destes profissionais já atuou ao longo de sua trajetória (ou ainda atua) em mais de um dispositivo da RAPS, bem como em diferentes cidades ao mesmo tempo e também em funções de gestão. Outra característica marcante é que são predominantemente profissionais com pelo menos um curso de pós-graduação. Boa parte com mestrado ou doutorado na área ou afins. Cabe mencionar que todos circularam, em alguma medida (na graduação ou pós-graduação), pelas nossas Universidades Públicas e versaram como momentos importantes de construção de conhecimento e formação, inclusive alguns fizeram questão de destacar a importância das políticas afirmativas e da Universidade Pública enquanto um lugar de diversidade e de possibilidades para a classe trabalhadora.

Podemos dizer que uma parte significativa dos participantes conhece a realidade prática e a diferença de cuidado entre a perspectiva manicomial, dos hospitais psiquiátricos, e a perspectiva psicossocial, da Reforma Psiquiátrica, em função de estágios, visitas, vínculos empregatícios anteriores ou participação em intervenções nos espaços e formatos manicomiais. Diante disso, dentre nossos participantes tivemos profissionais declaradamente militantes da Reforma Psiquiátrica, participantes dos atos e movimentos sociais e com histórico de muita atuação em espaços de luta e diálogos sobre o SUS e as reformas que o compõem. Profissionais estes que trazem como uma marca de sua trajetória a busca por espaços e serviços mais democráticos e participativos, uma trajetória engajada na ampliação do controle social no SUS e na potência e reafirmação do mesmo em suas andanças e atuações.

É interessante observarmos o quanto falar da trajetória profissional para os participantes é constituir uma história de vida, de investimentos afetivos, de valores. É algo que vai se construindo em consonância com a história pessoal numa busca de construção de sentido pautado em valores e visões de mundo, de cuidado, de saúde, de direitos, deveres, entre outros. Isso se faz presente em relatos como os seguintes:

***F coordenadora de CAPS I:** A minha trajetória na saúde mental eu amo poder contar, porque eu falo também que, a saúde mental que veio ao meu encontro, né? Depois eu acabei revivendo memórias da minha época de infância, porque eu sou mineira, com muito orgulho porque esse Estado é lindo (risos) [...] E, eu sempre também, durante a minha vida, não só profissional, mas assim, eu sempre tive um... Eu digo que é um imã, sabe? Pra pessoas com deficiência. É algo que eu gosto muito assim.*

P8 Prof^a. e supervisora:** Então foram movimentos que eu fui fazendo na minha vida muito importante, e eu sempre fui marcada com isso, de forte articulação da prática, do mundo do trabalho que te interessa, com a produção de conhecimento. Eu não consigo até hoje estar num processo reflexivo e crítico que não seja alinhado ali na experiência. [...] **Aquilo que hoje em dia se chama RAPS, tinha um outro nome. Então isso foi muito determinante na minha vida. Eu não posso falar da minha vida hoje sem falar desses pontos todos. Eles estão muito conectados. Se você me fizesse uma pergunta assim: O que foi mais importante? Não vou saber dizer, não vou saber dizer, não tenho a menor, não sei dizer.

Diante da importância das tecituras e interconexões das histórias de vida-trabalho, saúde-trabalho, trabalho-militância, nas linhas que seguiremos situar o leitor, mesmo que de forma sucinta, na trajetória de cada um dos participantes desta pesquisa. Partimos da compreensão de que cada trabalhador(a) traz em seus relatos endereçamentos discursivos e dramáticos que estão diretamente conectados com suas andanças e atravessamentos pessoais, individuais, coletivos e profissionais.

A Assistente Social traz um lugar de fala enquanto trabalhadora, mulher, com vínculos distintos em dois espaços e municípios diferentes. Nestes, atua em realidades bem distintas - de município pequeno e o outro grande. Sua inserção na saúde mental aconteceu em 2010. Seu primeiro contato com a saúde mental foi de um lugar de bastante estranheza por não conhecer. Como colocou, após passar no primeiro concurso/processo seletivo “caiu de paraquedas”: “Eu não sabia do que se tratava, era novidade, porque assim, na Secretaria de Saúde é nomeado como, é, Centro de Reabilitação de Adictos. Então, naquele momento não sabia nem o que era adicto”. No âmbito da RAPS, tem experiência em CAPS AD, lugar que batalhou para estar quando foi convocada pelo concurso público:

AS CAPS AD II: Fui falar com a secretária de saúde que eu tinha experiência, nesse período eu tava fazendo uma pós-graduação na [universidade estadual], em Serviço Social e Saúde e, aí eu achava um desperdício eu tá terminando aquela, aquela pós-graduação e ser lotada na Assistência Social que era um lugar que eu não conhecia, não tinha muita, assim, não tinha muita experiência né?.

Uma vez na saúde mental, identificou-se com o trabalho e “se apaixonou”, buscou adquirir saberes instituídos e investidos na atividade e não quis mais sair.

O **enfermeiro 1** é formado em enfermagem desde 1995 e na sequência se pós-graduou em Saúde Pública em universidade pública estadual. Fez residência com especialização em saúde mental em universidade pública federal. Dentre suas experiências profissionais no campo da saúde mental estão uma passagem por um Instituto de Psiquiatria: “*Fiquei pouco tempo no [Instituto de Psiquiatria] que tem um, que é hospitalocêntrico, por mais que você queira entender que participava de uma reforma, mas era internação, não era o que eu queria*”. Também passou por experiências em mais de um CAPS II e atualmente, no âmbito da RAPS, trabalha em um CAPS III, tanto em dias de semana quanto finais de semana. É um enfermeiro

que, conforme expôs, faz questão de circular pelos diferentes espaços de práticas dentro do CAPS, como oficinas, passeios, etc., para além do que é restrito a sua profissão.

O **enfermeiro 2** tem o início da sua trajetória na saúde mental traçada desde a graduação, com o movimento estudantil e na busca por uma formação mais politizada e atualizada do ponto de vista das práticas no contexto da reforma psiquiátrica:

E2 CAPS AD IV: Era uma formação muito manicomial. Então na época a gente já tinha uma articulação, participávamos do 18 de Maio. Aí a gente se propôs a fazer um curso, um curso interdisciplinar, multiprofissional, pros estudantes né; com a perspectiva, que parte da perspectiva da reforma, da luta antimanicomial.

Também é um profissional com pós-graduação e mestrado em Saúde Pública, por instituição pública federal. Seu mestrado, por sua vez, teve ênfase na subárea da saúde do trabalhador(a). Tem experiência em urgência e emergência em psiquiatria e em CAPS AD. Passou também pela assessoria da Coordenação Municipal de Saúde mental e atualmente atua como enfermeiro em CAPS AD IV, tanto em período diurno quanto noturno, podendo ser estes em dias de semana ou plantões no final de semana:

*E2 CAPS AD IV: Faço 28 horas durante o dia e faço um plantão domingo à noite. De vez em quando faço alguns extras, tanto no final de semana quanto à noite. A minha trajetória é essa, assim. A saúde mental hoje em dia, olhando de forma retrospectiva, é o campo assistencial que eu me encontrei. **Meu lugar no mundo é a saúde mental.***

O **enfermeiro 3** é um profissional cujo interesse em trabalhar na saúde mental surgiu ainda na graduação. Foi também atuante no movimento estudantil e buscou construir junto com seus colegas uma formação mais crítica e na proposta antimanicomial:

E3 CAPS AD VI: E a minha formação acadêmica não tinha, não passava muito pela rede. Passava mais pelos hospitais psiquiátricos. Eu juntei no movimento estudantil, junto com outros colegas de outras áreas além da minha, pra gente propor uma formação à parte assim, como se fosse um curso de extensão dentro da universidade com a rede substitutiva. Isso foi nos anos aí de 2005.

Formado em 2009, logo compôs com a equipe de Consultório na rua do seu município por um período e na sequência fez residência profissional, numa perspectiva completamente substitutiva nos CAPS. Em seguida participou da equipe do CAPS AD III e da emergência psiquiátrica. Também passou por uma experiência interessante em um hospital psiquiátrico: “A direção lá dentro era a favor da luta antimanicomial e ela fazia com que os internos ficassem o menor tempo possível. Então era uma proposta de chegar para dar uma movimentada na enfermagem”. E foi integrante do seu conselho regional de classe, o COREN. Atualmente está cursando mestrado profissional na área de saúde mental em uma de nossas universidades públicas federais e compõe a equipe de CAPS AD IV do seu município: “Que é de dia e de noite porta aberta. Minha carga horária é de dia e de noite. Eu sou 40 horas, divido minha carga horária 24h na assistência dia, 12h na assistência noite, e 4h pra preceptoría da residência do hospital”.

A **participante profissional de educação física e gestora** tem sua trajetória na saúde mental iniciada ainda na graduação, quando passou em concurso público e conseguiu adiantar sua formação para assumir o trabalho em um CAPS III:

***EF GESTORA:** Minha formação não teve nada voltado pra saúde pública especificamente [...] E, e foi assim, um choque pra mim no início. Faz 12 anos mais ou menos né, que eu fui, que eu já comecei no CAPS. Fui muito bem acolhida [...] Então eu fui, nesse contexto do CAPS, extremamente acolhida não só pela diretora mas por todos os colegas, pela equipe multidisciplinar. E fui aprendendo, né, fui estudando, fui junto com eles me atualizando.*

Na ocasião do mestrado, pediu para ficar em atividades de gestão e assim permaneceu neste vínculo de trabalho que é municipal – atualmente na função de gestão de planejamento, na atenção especializada em saúde. Esta profissional também possui outro vínculo a nível estadual, em que passou por uma experiência de transformar, no contexto caótico da pandemia, um hospital psiquiátrico em hospital geral: “Foi um período, assim, de grande aprendizado, de grande sofrimento também; que foi esse período que eu passei na direção geral do hospital. E de grande satisfação porque a gente conseguiu mudar de instituição psiquiátrica pra um hospital geral”.

A **fonoaudióloga e coordenadora de CAPS I** é uma profissional muito identificada com o trabalho que realiza na saúde mental: “a minha trajetória na saúde mental eu amo poder

contar né, porque eu falo também que, a saúde mental que veio ao meu encontro”. Ela iniciou sua trajetória profissional sem nenhuma vinculação com o campo, porém diante de uma experiência profissional com pessoas com deficiências e com diagnóstico de autismo buscou informações sobre um CAPS II que estava inaugurando, à época (2009), na cidade em que mora:

***F Coordenadora CAPS I:** E aí, é, eu começo simplesmente a me apaixonar. Eu vi que aquilo ali era algo que eu gostava muito de fazer. Gosto muito de trabalhar com o paciente realmente, que é o perfil mesmo que é o do CAPS né, que é o paciente com transtorno mental grave e persistente.*

Participou então da inauguração do mesmo e permaneceu por anos na condição de autônoma/RPA até ser convidada para compor com a equipe de um CAPS I de outro município de sua região, e neste conseguiu se inserir posteriormente na condição de concursada e atualmente coordenadora do serviço (desde 2018). Com o tempo percebeu que sua grande identificação com a saúde mental tem completa conexão com sua história pessoal e familiar e buscou se aprofundar em conhecimentos acadêmicos que julgou necessários. Hoje também é pós-graduada em saúde mental:

***F Coordenadora CAPS I:** Então eu acabei assim, sendo realmente agraciada de ir pra saúde mental e tive essa oportunidade de fazer o curso de atualização pela [Universidade Federal] que foi algo marcante na minha vida, porque eu pude entender o que era Reforma Psiquiátrica, de onde que saia tudo isso, o porquê daquele espaço de onde eu tava trabalhando, porque, até então, não sabia de onde que tinha surgido aquilo.*

O psicólogo 1 possui mais de dezesseis anos de atuação no campo da saúde mental. Sua inserção aconteceu por um CAPS AD, como técnico, e após um ano assumiu como coordenador. Também é pós-graduado, já passou por experiências como matriciador em saúde mental, álcool e outras drogas, bem como supervisor clínico-institucional em vários municípios do estado do Rio de Janeiro e outros. Até 2015 sua atuação esteve muito voltada para a questão do álcool e outras drogas, quando então começou a se debruçar mais na atuação em desinstitucionalização: “Eu fui diretor interventor de um Hospital Psiquiátrico lá no município

[...] Essa intervenção, foi uma intervenção bastante breve, ela durou nove meses, mas, foi o suficiente para me manter até hoje nesse campo da desins., tanto que o meu mestrado também é dentro dessa da área da desins.”.

Outra virada significativa em sua vida aconteceu na pandemia, em que contraiu o coronavírus e com sua saúde fragilizada sentiu que era hora de retornar a sua cidade natal. Atualmente é supervisor de um CAPS, um Centro de Convivência e um ambulatório de saúde mental na mesma.

O psicólogo 2 tem sua formação também atravessada por universidade pública e se sente bastante privilegiado pela trajetória que tem feito na saúde mental. Ainda na graduação fez estágio em hospital psiquiátrico. Após formado fez aprimoramento também no hospital, trabalhou em ambulatório de saúde mental e em hospital-dia de psiquiatria. Após aprovação em concurso público passou pela experiência em CAPS III, como técnico e posteriormente coordenador no mesmo, e atualmente encontra-se na na função de coordenação da saúde mental do respectivo município. Sua trajetória corresponde há mais de 15 anos de atuação no campo da saúde mental: “Então, não sei, eu brinco que não sei fazer outra coisa, né, porque, na verdade, eu só trabalhei com saúde mental mesmo”.

O psicólogo 3 tem sua formação em universidade pública e faz questão de frisar que foi da primeira turma de cotas raciais, em 2003, da respectiva instituição: “Eu gosto de falar isso porque de fato é uma afirmação, de política afirmativa né, mas porque isso de certa forma atravessa minha formação”. É militante da reforma psiquiátrica e sempre foi muito ativo em vários outros processos e espaços, como o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde, o Movimento da Luta Antimanicomial, fóruns em saúde, etc. Na graduação, dentre os estágios esteve o em saúde mental. O estágio no CAPS lhe possibilitou ampliar seus conhecimentos sobre políticas públicas e reforma sanitária e psiquiátrica, o que lhe produziu muito sentido. Fez residência em Saúde Coletiva, o que lhe aproximou da Educação Popular em Saúde:

P3 Emergência Psi: *Comecei a me formar enquanto sanitarista, de fato né. Aí foi uma expansão muito importante pra mim como profissional, como psicólogo [...] Na residência eu comecei a rodar por vários campos da saúde pública. Fui trabalhar com planejamento, fui trabalhar no nível central da prefeitura, com a Estratégia Saúde da Família [...] Acompanhei o começo de algumas experiências aqui, acompanhei a primeira equipe de Consultório na Rua da cidade.*

Hoje tem mestrado e doutorado na área da saúde coletiva, é concursado como psicólogo na prefeitura de sua cidade e passou por vários dispositivos, dentre eles o CAPS que estagiou, hospital, passou pela Superintendência de Saúde Mental, foi apoiador em saúde mental, passou por um CAPS III como psicólogo e depois coordenador e, no momento da pesquisa estava em emergência psiquiátrica, com possibilidades de transição de serviço. Acompanhou e sofreu com processos de privatização da sua rede no decorrer desta longa trajetória.

O **psicólogo 4** é concursado com duas matrículas pela prefeitura do município em que reside. Logo quando entrou pelo concurso passou pelo ambulatório de saúde mental e sentiu necessidade de estudar mais e compreender melhor a atuação da psicologia no campo da saúde mental e saúde pública. Fez aperfeiçoamentos, passou em outros concursos também, e foi eleito coordenador do mencionado ambulatório de saúde mental. Tem especialização em gestão de saúde pública e mestrado em atenção psicossocial, realizados em universidades públicas: “Tanto a especialização quanto o mestrado, meu trabalho de conclusão de curso foi uma proposta pra aperfeiçoamento do trabalho, do ambulatório né. Então, eu dediquei os dois cursos de especialização ao ambulatório”. Atualmente coordena o Programa Municipal de Saúde Mental.

A **psicóloga 5** é formada em universidade pública e também teve sua aproximação com a saúde mental na graduação, com estágios, projetos de pesquisa e extensão. Quando formada realizou concurso para a cidade em que reside e foi convocada para atuar no CAPS II que fez estágio. No início da pesquisa estava de licença maternidade e pós retorno ao trabalho conseguiu transferência para o ambulatório de saúde mental, conforme pediu, para adequar melhor a sua nova rotina.

A **psicóloga 6** trabalha na saúde mental desde 2007 e já atuou em vários municípios. Atualmente tem vínculo como estatutária em dois municípios do interior do Rio de Janeiro. Dentre os serviços que tem experiência podemos citar o CAPS I, CAPS II e CAPS AD. Sua trajetória é marcada em boa parte por dois vínculos empregatícios em municípios diferentes, condição em que está atualmente. Paralelo a estes trabalhos, assim como outros participantes da pesquisa, também atuou como docente. Tem mestrado profissional em atenção psicossocial, pela universidade pública. Já passou pela experiência de coordenação de um dos CAPS que atua hoje e é muito ativa em fóruns, congressos de CAPS e movimento social de resistência aos recentes desmontes da política de saúde mental.

A **psicóloga 7** tem longa experiência na saúde mental infantojuvenil, é concursada e especialista em atenção psicossocial com formação em universidade pública. Sua trajetória profissional é marcada pelo encantamento com o movimento da luta antimanicomial e o início da Reforma Psiquiátrica, em especial no Nordeste. Tem uma atuação que busca conectar ao máximo com a área da educação, a partir da compreensão ampliada do que é o trabalho do CAPS e do que é saúde mental e atenção psicossocial. Traz em suas falas um certo desgaste e desencantamento, ou ainda um certo luto por tudo que já viveu na saúde mental com outros colegas numa época de efervescência da reforma em seu Estado e cidade. No início de sua atuação profissional chegou a fazer um trabalho de oficina de música em um, à época, NAPS para adultos: “Então eu ia pra lá uma vez na semana, passar uma tarde lá com o coordenador que era. O nome da oficina era uma oficina de lazer, e nesse lazer eu ia com o violão e ia tocar e cantar com os pacientes do NAPS. Isso voluntariamente, aí alguns meses depois eu fui chamada pra o concurso”.

Antes de trabalhar no CAPS como uma profissional efetivada pelo concurso também atuou na em uma unidade de saúde mista, conforme chamou, que era composta por pronto socorro e pronto atendimento e funcionava em três turnos.

A **psicóloga 8** atualmente é professora universitária e desenvolve projetos e supervisão clínico-institucional na rede de atenção psicossocial. É uma profissional com vasta experiência do ponto de vista da diversidade de inserções no campo da saúde mental quanto dos municípios e territórios de atuação. Seu encontro com o SUS, ainda em construção à época, deu-se ao final da graduação em uma de nossas universidades públicas:

***P8 Profª. e supervisora:** Assim, não era nem o SUS, era aquilo que tava se gestando como SUS, e eu fiquei completamente encantada. Eu preciso dizer isso porque o meu encontro com o campo da saúde ele foi no final, ele foi no final da formação. E eu acho que isso foi tão marcante que eu voltei e fico o tempo inteiro tentando formar profissionais da saúde por conta dessa minha experiência.*

Com um ano de formada foi chamada por um concurso público para uma cidade do litoral do estado do Rio de Janeiro. Ao se inserir neste contexto engajou ainda mais na construção de políticas públicas, especialmente na área da saúde. Dentre as várias experiências chegou a ser coordenadora dos programas de saúde deste município. Seu mestrado em Saúde

Coletiva resultou em uma dissertação conectada com experiência de implantação da emergência psiquiátrica em um hospital geral. Em resumo, é uma profissional com doutorado e pós doutorado também na área, professora, supervisora de vários CAPS, que contribuiu e militou para a efetivação do que hoje é a RAPS nos territórios que atuou; participou ativamente de sensos de hospitais psiquiátricos, atuou no cargo de Coordenação Estadual de Saúde Mental do seu estado de atuação por um período, esteve como coordenadora de uma Residência Multiprofissional em Saúde Mental, bem como atua em processos de Educação Permanente em Saúde.

A **psicóloga 9** também é professora universitária e supervisora clínico-institucional. Formada desde 2000, sempre esteve envolvida com o campo da saúde mental no SUS, especialmente com ações de desinstitucionalização. Tem mestrado e doutorado e tem experiência em CAPS II e III, como psicóloga, como coordenadora e também como supervisora. Passou muitos anos de sua carreira em função de gestão, em trabalho de apoio institucional de mais de uma Secretaria Estadual de Saúde, de regiões diferentes do país (Sul e Sudeste). Tem experiências com vários municípios e estados.

A **psicóloga 10** também se formou em universidade pública estadual. Na ocasião, em 1989, chegou a fazer estágio em hospital psiquiátrico: “Trabalhei num desses pavilhões e aí fiquei, aí que começou, né, meu interesse pela reforma psiquiátrica.... que aquilo tinha que acabar, sabe? Fiquei muito motivada”. Fez residência multiprofissional em Saúde Pública, porém com maior interesse e foco na saúde mental, assim como no mestrado em Saúde pública. Começou a atuar como sanitarista concursada do Estado e logo também passou em concurso do seu município como psicóloga. Foi convocada a atuar em CAPS, porém com foco em um projeto de desinstitucionalização. Ao longo de sua trajetória passou também pela enfermagem de um outro hospital psiquiátrico, bem como CAPS AD. Atualmente estava em sua atuação como sanitarista e como psicóloga de uma emergência psiquiátrica. No entanto, em processo de realocação para outro serviço dentro do município uma vez que o Pronto Atendimento Médico de sua lotação estava em processo de terceirização da gestão.

O **terapeuta ocupacional 1** também tem mais de vinte anos de formado e também é um militante da Reforma Psiquiátrica: “E aí esses vinte anos de formado irrestritamente foram trabalhando em CAPS”. Trabalhou em vários CAPS II e CAPS AD e em municípios diferentes. É concursado e em um dos municípios que atua foi Coordenador Municipal de Saúde mental

por quatro anos. No momento da pesquisa estava para assumir um outro concurso na Região dos Lagos do Estado do Rio de Janeiro:

TO1 CAPS III/ CAPS AD: *A minha trajetória formativa, como eu disse, eu sou terapeuta ocupacional e sempre me interessou muito conhecer qual a relação que a arte, não enquanto terapia, mas a arte enquanto função criadora, ela exerce dentro da perspectiva humana. E, vi que havia uma possibilidade importante dentro dos dispositivos assistenciais extra hospitalares para utilização das diversas formas de manifestação da arte.*

É especialista em arteterapia, em Saúde Mental (em duas instituições), e em atuação em Consultório na Rua. Estava também em processo de mestrado e buscando fazer uma discussão que envolvia a temática da redução de danos com a do Teatro do Oprimido.

A **terapeuta ocupacional 2** trabalha em dois CAPS AD, é formada em universidade pública e especialista em Saúde Mental, pela Associação Brasileira de Terapia Ocupacional. Na graduação seu interesse inicial era desenvolvimento infantil, especificamente com inclusão escolar: “*Mas ainda na faculdade, no sétimo período, quando teve a disciplina de saúde mental que eu fui me interessar pela área. E aí desde então minha trajetória foi toda pra saúde mental, assim, estágio extracurricular, direcionamento com relação a trabalho*”. Formada desde 2010 já teve experiência em CAPS I e em CAPS AD, em mais de um município de Minas Gerais. Atualmente seu vínculo é por contrato em dois CAPS AD.

A **terapeuta ocupacional 3** é formada em universidade pública, desde 2011. Fez aperfeiçoamento em Saúde Mental, chegou a iniciar um aperfeiçoamento em Terapia Ocupacional em Psiquiatria, porém saiu por não se identificar com a abordagem. Seu primeiro emprego foi na Atenção Básica e buscava trazer uma compreensão e atuação em saúde mental neste nível de cuidado em saúde. Tem também experiência em CAPS III, como TO e como gestora, e atualmente coordena um CAPS II. Seu vínculo atual é por contrato conforme a CLT. É também docente de uma pós-graduação em saúde mental. Cursou mestrado profissionalizante cujo projeto se desdobrou em oficinas planejadas por ela e os usuários de CAPS e executadas na atenção básica do território em que atuava enquanto CAPS:

TO3 Coordenadora CAPS II: *E aí, o meu público-alvo foram os agentes comunitários. Eu acho que foi uma experiência muito legal porque a gente, eu convidei os usuários do CAPS pra*

*participarem junto comigo e aí a gente criou 8 oficinas junto com os agentes comunitários. Então eles eram oficinairos comigo, vamos dizer assim – os usuários- e aí era uma questão assim: eu tinha, vamos dizer, a teoria. As oficinas eram muito abertas, assim, tinham uma proposta inicial, mas a ideia era elas irem se moldando no dia mesmo. **Eu tinha a teoria e os usuários a vivência da prática, da internação, da psicose, da...a experiência da vida né.***

Por fim, nas linhas que seguem apresentaremos os detalhes desse processo, primeiro com o foco no que foram os movimentos construídos nas entrevistas individuais, e na sequência os movimentos realizados a partir dos encontros grupais que fizemos de forma on-line a partir do convite feito a todos os(as) trabalhadores(as) que participaram das entrevistas.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 PRINCIPAIS PROCESSOS OU FONTES DE DESPRAZER, SOFRIMENTO E/OU ADOECIMENTO NO OU PELO TRABALHO

“O SUS infelizmente vai me perder, porque não valoriza o seu servidor...”(EF GESTORA).

Conforme já colocamos, sabemos que o trabalho é algo central na vida das pessoas e na nossa sociedade. Teóricos como Dejours, Yves Schwartz, Ives Clot e outros trazem elementos para pensarmos o quanto o trabalho é um estruturante psíquico, ou um fator elementar na constituição da subjetividade, ou ainda, na configuração de um *corpo si* (Venner; Schwartz, 2015). A partir das contribuições de cada um destes autores, com suas especificidades e ferramentas teórico-práticas, podemos dizer que o trabalho, em um sentido amplo e complexo, pode ser fonte de prazer, de produção de sentido individual e coletivo, de ampliação de potência de vida, mas também fonte de desprazer, de sofrimento e ainda de adoecimento. Diante disso, queremos expor nas páginas que seguem alguns “achados” sobre esses processos no contexto do trabalho em saúde mental na RAPS, no SUS. Trazendo estas considerações iniciais, queremos explicitar que não consideramos aqui que todo sofrimento no trabalho é necessariamente fonte de adoecimento. Ao contrário disso, apesar de não termos um olhar romântico sobre as atuais condições de trabalho em saúde mental no Brasil, fazemos coro com Dejours (2004; 2015) quando tece sobre as possibilidades do sofrimento que advém dos confrontos com o real do trabalho, com as adversidades que se impõem ao trabalho no conflito entre o mundo das prescrições e toda a diversidade do real do trabalho – um sofrimento que através da inventividade humana pode tornar-se potência transformadora e fonte de ampliação subjetiva.

Numa tentativa de melhor expor ao leitor os nossos achados, tivemos a missão de organizar estes processos/movimentos tão complexos em alguns subtítulos apenas para nortear o foco do nosso olhar e discussão em cada parte do que lhes será apresentado. No entanto, estamos certas de que todos os “subtítulos/processos/movimentos” se entrelaçam nas situações reais de trabalho e vida, de saúde e sofrimento.

6.1.1 Precarização do e no trabalho, sobrecarga, desvalorização e exploração

Ao longo da construção conjunta que foi esta pesquisa, entre pesquisadoras e trabalhadores(as), um dos assuntos que permeou fortemente os diálogos individuais e coletivos foi a precarização das condições de trabalho, das relações e vínculos, a sobrecarga que vem diretamente conectada a estes processos, o sentimento de desvalorização e a escassez de recursos para desenvolverem o trabalho, muito em concordância com a análise feita por Franco, Druck e Seligmann-Silva (2010) sobre as novas relações de trabalho, o desgaste mental do trabalhador(a) e os transtornos mentais no trabalho precarizado. Se por um lado temos trabalhadores(as) apaixonados(as) pelo trabalho na atenção psicossocial e a proposta que foi conquistada no processo de Reforma Psiquiátrica e luta antimanicomial, do mesmo lado temos ainda pessoas cansadas, sobrecarregadas, desgastadas como uma vela gigante que foi derretendo sua cera.

***P3 Emergência Psi:** Coisas que a gente vai sustentando, sustentando, muito porque a gente acredita que de fato aquilo é o trabalho. De fato é, deveria. É o trabalho, mas a gente deveria ter condições de fazer. Que acho que vai esvaziando, tanto que hoje [...] muitas das pessoas que eram meus parceiros de militância, inclusive de coletivos, os que não eram servidores, não tá quase mais ninguém. Ou a galera adoeceu, saiu, foi mandada embora, ou desistiu e desencantou e tal.*

Dentre as principais formas de precarização do e no trabalho está a carga horária extensa e a carga de trabalho intensa, comparadas ao salário e a demanda que atendem, de maneira que apenas alguns participantes disseram ter remuneração correspondente/satisfatória – em geral os que estavam em algum cargo de gestão. Os profissionais sentem que a demanda em saúde mental cresce cada vez mais em quantidade e complexidade, e as equipes dos serviços continuam incompletas ou completas na ótica de portarias (336, por exemplo) e normativas que precisam ser atualizadas para a realidade atual. Tais fatores afetam diretamente a saúde dos(as) trabalhadores(as), conforme os próprios:

***TO2 CAPS AD:** Do meu ponto de vista hoje o que mais impacta do ponto de vista do trabalhador é a demanda de trabalho. É a quantidade de casos que chega, a gravidade dos*

casos e as demandas que a gente precisa dar conta numa carga horária que continua restrita. A minha carga horária é 20 horas semanais, em cada serviço. Em 20 horas tem plantão, tem ambulatório, tem oficina, tem reunião de equipe. Então eu acho que a demanda aumentou e a carga horária continua a mesma, assim. Eu acho que a demanda de trabalho impacta mais na saúde, na nossa saúde, na saúde do trabalhador, do que o processo de trabalho em si, sabe, de ter autonomia ou não. É claro que influencia, mas eu acho que a carga de trabalho é que mais impacta.

Além da incompatibilidade sentida entre as horas trabalhadas, as tarefas que precisam cumprir, e o valor recebido pelo seu trabalho, não é incomum os municípios, por exemplo, não ofertarem aos seus profissionais planos de carreira, o que significa que boa parte dos(as) trabalhadores(as), mesmo tendo um currículo vasto de experiência e formações, não recebem retribuições financeiras sobre tais investimentos:

TO1 CAPS II/ CAPS AD: Eu observo em algumas das minhas experiências, alguns colegas referindo uma intensificação no sofrimento na relação com o trabalho. É por não se sentirem valorizados, por acharem que ganham pouco, por não ter os recursos que considerem mínimos para poderem trabalhar. Então muitas pessoas indicam isso dentro da nossa trajetória. Eu vejo que isso é muito pouco valorizado dentro, se compreende isso como um certo capricho, sabe?

Somados às questões colocadas, temos muitos vínculos de trabalho terceirizados, com gestões divergentes entre organizações contratadas e gestão local da política de saúde, falta de recursos/insumos básicos para o trabalho, atrasos de salário, cobrança de metas quantitativas em detrimento da qualidade do trabalho/cuidado. Além de terceirizados, temos os vínculos por contrato temporário e aqueles formatos ainda mais precários, como o chamado Recibo de Pagamento Autônomo (RPA), que é aquele trabalhador(a) que teoricamente não tem vínculo com ninguém, é “autônomo” e não tem férias, FGTS, nem qualquer outro direito trabalhista, mas que em muitas realidades trabalha nos serviços públicos por longos anos nessa situação irregular:

PI Supervisor: Nem todo mundo é concursado, né, então, quem não é concursado, está como

contratado RPA e essas pessoas elas não têm direito a nada. Elas não têm FGTS, elas não têm 13°. Isso é uma coisa que me preocupa muito dentro do serviço público. Me preocupa, porque é um modo de fazer contratação mais barato, do que fazer concurso público. Então, eu fico pensando assim, que os gestores, eles não estão muito interessados nisso, eles querem cabide de emprego. E cabide de emprego, a gente sabe que para você sair dessa, dessa questão de cabide de emprego, você tem que demonstrar muito trabalho, muito trabalho mesmo, não tem esse envolvimento político.

A condição de contratado, terceirizado ou RPA traz impasses e desafios tanto para estes quanto para os profissionais concursados. Diante das discordâncias entre equipe e gestão e/ou políticos partidários, assim como diante das precariedades das outras condições de trabalho, aqueles se veem reféns e muitas vezes em relações de assédio com os gestores. Os concursados, por sua vez, veem-se na condição de muitas vezes “esbravejarem” - por si e pelo outro - aquilo que todos acham inadequado ou injusto nas variadas situações de trabalho:

*E1 CAPS III: Eu falo com a coordenadora, porque eu vou falar, **lamentavelmente a maioria dos funcionários lá não são estatutários, são contratados.** E, ela inclusive é contratada de uma OS, não vou dizer o nome da OS, contratada de uma OS e o que que acontece, **fica parecendo que quem criticar é contra e vai colocar o seu emprego, é, sobre risco. Então muitos têm críticas e não apresentam essa crítica, muitos falam de forma contida.** “Olha, eu tô falando isso, mas não conta pra ninguém, não. Aconteceu isso, aconteceu aquilo.*

Somados a diversidade de formas de contratação, de estar e ser trabalhador(a) da saúde mental no SUS, temos também variados salários, direitos e cargas horárias, para a mesma função, coexistindo muitas vezes na mesma equipe de trabalho. Tais diferenças são demarcadas pelos diferentes vínculos existentes em um mesmo coletivo de trabalhadores, o que não deixa de repercutir nas relações saúde-trabalho:

*E3 CAPS AD IV: Eu sou contratado. Um contrato administrativo da prefeitura. **Então assim, o salário é muito baixo, ao contrário, por exemplo, o [nome do colega] é um concursado [...]** E isso gera mais desgaste em mim ainda. Sabendo que eu tenho um colega que faz a mesma*

função que eu e ganha mais do que eu. De certa forma eu fico mais desgastado. E aí eu acabo pegando mais plantões, para ganhar o mesmo tanto que ele.

Além disso, as terceirizações e vínculos temporários trazem uma perda enorme para os coletivos de trabalho, seus conhecimentos e ao gênero de trabalho como concebido por Clot (2010a). Os coletivos ficam sempre enfraquecidos, especialmente em função da grande rotatividade de profissionais. Como colocado pelos entrevistados, perde-se em qualidade, perde-se em crítica. Fica ainda a sensação de que você é só mais uma pessoa que está de passagem. A instabilidade faz com que as pessoas trabalhem com medo de perder o emprego, e quando saem, levam consigo o conhecimento ali construído. Para os que ficam, uma nova caminhada deve ser construída com os que chegam. Importa reforçar, de acordo com Gonçalves et al. (2016), que os(as) trabalhadores(as) de saúde mental tendem a ter suas práticas e atitudes mais afinadas com o modelo de abordagem psicossocial conforme sua experiência cresce neste campo de atuação.

Não podemos deixar de enfatizar que as transições de OS, ou de trabalhadores(as) que tem seus contratos vencidos, realizam-se em muitos casos de forma abrupta e até mesmo violenta em um sentido simbólico. O sofrimento se instala de forma generalizada entre usuários, que tem vínculos estabelecidos com a equipe, e trabalhadores(as), que perdem sua forma de subsistência como quem tem que sair de casa em um dia de tempestade. Para os que são servidores concursados, muitas vezes “bater em retirada” é uma estratégia para saírem desses processos de precarização e adoecimento. Os que podem se aposentam ou pedem transferência de um serviço de gestão indireta ou mista para os que ainda estão com a gestão direta das secretarias de saúde, e os que ficam sentem de dentro que estão vivendo um processo violento de desmonte do seu trabalho e do SUS:

P3 Emergência Psi: *Mas hoje a leitura que eu faço é que de fato, assim, houve um desmonte muito grande, de fato foi um processo muito violento, que a gente passou nesse CAPS. Para você ter ideia quando eu cheguei lá o CAPS tinha, sei lá, 25 pessoas na equipe. Era um CAPS II. Dois anos depois, quando eu estava na coordenação, inclusive, a equipe tinha 7 pessoas, 9 incluindo eu e a diretora. Então nós éramos, o serviço ficou reduzido em 2/3, e com uma demanda cada vez maior. E com aquilo tudo as pessoas começaram a adoecer, os profissionais, enfim, ficou inviável de fato o trabalho. E aí aconteceu isso, chegou um*

momento que foi baixado uma ordem “gente, o CAPS vai virar OS e vai mudar de lugar”. De fato foi o que aconteceu. E aí muitos servidores saíram, quem podia aposentar aposentou, quem conseguiu transferência conseguiu se movimentar...

O trabalho em saúde mental é complexo, e conforme observamos, produz nos seus trabalhadores(as) uma constante necessidade de buscar por conhecimentos, aprimoramentos, formações. Todavia, muitos ou não conseguem ou precisam conciliar os estudos à carga horária de trabalho (sem qualquer redução) e ainda aos gastos que tais escolhas exigem. A falta de incentivos efetivos para a qualificação dos profissionais diz também de uma falta de reconhecimento sobre tal importância, e os que se aventuram pelos caminhos formativos “pagam o preço” dessa conciliação, muitas vezes em processos de sofrimento e sobrecarga:

TOI CAPS II/ CAPS AD: É. Talvez, o que eu sinto falta. Eu acho que isso, eu preciso falar, né? Isso me produz sofrimento sim [...] A grande dificuldade é isso. Como a gente concilia a formação ao nosso trabalho, porque vejo que muitos profissionais de saúde mental param de estudar porque não tem tempo de estudar e a gente não consegue conciliar. Então, para fazer mestrado, por exemplo, que é a minha terceira vez, né? Mas agora eu vou concluir. É uma habilidade imensa, é uma série de combinações que a gente tem que fazer e aí, tem que trabalhar no sábado, tem que trabalhar no domingo. Talvez isso eu quisesse trocar, né? Porque eu vejo flexibilidade em algumas outras áreas fora da saúde mental para você conciliar o estudo e incorporar ele a carga horária de trabalho. Aqui a gente não consegue. Então talvez é isso assim. Eu não trocaria nem o meu lugar nem a minha profissão, mas, talvez eu trocaria as condições, né? Mas eu acho que isso é uma utopia.

Em geral, os usuários dos serviços de saúde mental apresentam quadros graves de sofrimento psíquico, o que demanda do(a) trabalhador(a) um investimento de todo o seu *corpo-si* (Venner; Schwartz, 2015). Muitos profissionais, diante da falta de recursos, da demanda desproporcional para a composição da equipe, da dificuldade de articulação da rede, entre outros, e do seu grande envolvimento no trabalho, usam os próprios meios (dinheiro, carro, articulações, etc.) para fazer as coisas acontecerem. Alguns trabalhadores, justamente por não conseguirem fazer de outra forma e se “envolverem menos” nos impasses colocados nas situações vividas nos CAPS, por exemplo, buscaram atuar em serviços que são mais “pontuais”,

como as emergências ou ambulatórios. O que colocaram é que nestes serviços você “depende menos” de outros fatores, da rede, da equipe, ou ainda, de questões complexas do acompanhamento longitudinal vividas cotidianamente nos CAPS. Conforme colocaram, na emergência por exemplo, sentem que trabalham muito, mas quando chegam em casa não tem preocupações com os usuários e o trabalho. Nos CAPS, parece que o trabalho não acaba e demanda um compromisso muito maior, um investimento maior, e que não vêm acompanhados de reconhecimento salarial e simbólico (Dejours; Gernet, 2021) dos gestores.

P10 Emergência Psi: *Eu acho que não é só AD não, porque assim, eu acho que é uma coisa que é minha, de me responsabilizar demais, aquela história de tomar responsabilidade? Eu acho que eu peguei aquilo muito (risos). E assim, e os pacientes, eu me responsabilizo mesmo, eu cuido mesmo, tipo assim, entendeu? O paciente eu vou é... vou acompanhar mesmo e, eu tenho uma visão assim, de que cada CAPS, aí qualquer CAPS. Eu não tenho diferença de CAPS, de transtorno, né, só tenho experiência de CAPS AD [...] Tipo assim, eu vou além do meu horário, se precisar: “não tem carro”, muitas coisas na época, né, eu era recém-chegada lá, fazia [...] Então assim, eu acho que é um excesso meu, mas, hoje em dia, eu acho que não é só o CAPS AD que tem uma demanda absurda de necessidades, de saúde mental, de cuidado assim, para a população. E tem poucos profissionais, então fica, eu brinco que é uma matemática que não fecha. Paciente chegando, tem pouco profissional para dar...Eu acho que é muito estressante por isso assim. E o CAPS, são casos muito graves.*

O trabalho nos CAPS é um dos mais dinâmicos e intensos dentro da RAPS, com muitas variabilidades e pouca “rotina” no sentido de algo previsível todos os dias. Como Ramminger (2009) já apontou, “cada CAPS é um CAPS”. Esse fator tem sua potência, porém é motivo para alguns profissionais, já desgastados com a precariedade do serviço e da rede, buscarem algo com “maiores contornos”. O imprevisível proporciona uma margem grande de inventividade e renormatizações, porém exige bastante de trabalhadores(as) que já estão em pequeno número, sem muitos recursos individuais e coletivos:

P5 CAPSII/AMB: *Mas eu vou tentar me transferir para o ambulatório. E se eu puder...ou para, não sei se tem algum outro, algum outro lugar que esteja disponível sem ser a saúde mental nível de complexidade CAPS [...] Eu gostaria muito de ter alguma experiência mais*

estruturada, assim, que tivesse minimamente um contorno, que diga “olha, você faz o seu trabalho do seu jeito, mas você tem isso, isso e isso que a gente faz todo dia. E isso outro aqui a gente faz de vez em quando...” E que não ficasse pipocando tanta emergência, porque emergência precisa ter uma rede para dar conta também. E, a nossa rede, até as minhas últimas experiências, estava um pouco furada mesmo.

P6 CAPS AD/ CAPS I: *Muitas pessoas saíram do CAPS, foram para o ambulatório, e quem foi convocado agora que foi chamado para o CAPS. A equipe do CAPS ficou com alguns, mas saiu muita gente. Tenho ouvido de colegas em um dos municípios que tem feito isso, pedido para ir para ambulatório, porque não aguenta mais esses problemas do CAPS e tal. Não é uma coisa que penso no momento, sabe, não passou pela minha cabeça essa vontade. Mas, não tem sido fácil, assim.*

Em função do desgaste provocado pelos impasses vivenciados nas situações de trabalho em saúde mental e também pelas condições de trabalho no SUS, alguns colocaram que já pensaram em mudar de profissão, de área de atuação e/ou setor (público x privado), outros disseram que naquele momento de suas vidas estavam em processo de buscar essa saída.

O desgaste e sobrecarga dos profissionais em boa parte estão vinculados ao cenário de precarização do trabalho em saúde, já mencionado. Esta composição é vista por eles como associada, dentre outras questões, a desvalorização que existe ainda mais pelo campo da saúde mental. A pandemia foi um fator que veio intensificar tais situações, e o olhar para a saúde dos profissionais, apesar de alguma visibilidade (passageira), continuou superficial.

P2 Coordenação MSM: *Quer dizer, por exemplo agora, que a gente está num momento muito delicado aqui da pandemia. A gente está lhe dando de novo com uma sobrecarga, com uma redução no número de profissionais e daí os profissionais que permanecem tem que trabalhar mais e daí começa a adoecer fisicamente e mentalmente. Então, acho que falta muito esse olhar, muito essa coisa da, é, de falar da importância do cuidado, da saúde de quem trabalha na saúde.*

Alguns reforçaram em suas falas o quanto são apaixonados pela saúde mental e o quanto querem que esse campo seja valorizado, assim como os seus profissionais. Sentem-se fadigados

por buscar esse reconhecimento e sentirem que as coisas não mudam. Estar com um repertório limitado, empobrecido e engessado de atuação traz ao trabalhador(a) dificuldades em sua “potência de criação”, conforme disseram:

P2 Coordenação MSM: Às vezes, fica até cansativo, né? Mas assim: “Gente. Oh, precisa olhar pra saúde mental. Precisa investir na saúde mental. Precisa dar mais importância pra saúde mental”. É isso que a gente quer, né? É isso que a gente busca. Então, às vezes, eu falo que parece que eu tô sempre falando a mesma coisa. Mas daí você vai lá e mostra números: “Pô, olha, é, o número de suicídios aumentou trinta por cento. Olha, dez por cento dos afastamentos é por problemas de saúde mental? Você começa a mostrar números para falar: “Oh, vocês não tão olhando pra algo que é fundamental”. Então, aí é muito isso.

O trabalho em saúde mental exige muito do(a) trabalhador(a) por estar no campo de cuidado em saúde (RACH; MACERATA, LOUZADA, 2014; MERHY, FRANCO, 2013a) – algo que não é simples. Os profissionais trabalham muito e se desgastam com as especificidades de um trabalho que para “dar certo” depende de muitos outros fatores: precisa ser em equipe, em rede, intersetorial, produzir autonomia, contribuir na garantia de outros direitos, etc. Além da complexidade, a pandemia foi um divisor de águas que intensificou ainda mais as demandas de um trabalho já precarizado. Além da carga horária grande para um salário baixo e muitas vezes sofrendo atrasos, somados a falta de recursos, houve a intensificação do uso indiscriminado das tecnologias como aplicativos de mensagens e videoconferência. O uso de tais ferramentas borrou os limites de tempo no trabalho, trazendo à cena horas trabalhadas sem qualquer remuneração. Isso tudo somados contribuem para a configuração de um adoecimento físico, mas também do desejo dos(as) trabalhadores(as), conforme uma das entrevistadas – da ordem do desencantamento:

P9 Profª. e supervisora: As pessoas trabalham muito e se esgotam muito. Eu fico pensando um pouco, e eu estou falando de mim, óbvio, que às vezes eu percebo o trabalhador de saúde mental como uma vela que queima dos dois lados, entendeu? Nas duas pontas. Porque se consome muito. Então, é isso. E eu acho que produz adoecimento. E eu não falo tanto o adoecimento do ponto de vista orgânico mesmo, físico, não é? Como também é psíquico, como um adoecimento, eu vou usar uma licença poética, do desejo, que é um pouco pensando

no Antônio Simas, que o oposto da vida não é a morte, é o desencantamento. Então, eu acho que tem algo da ordem do desencantamento, que as equipes de saúde mental são muito capturadas por isso. Nós também temos, dentro desse processo de desencantamento, eu acho que tem as questões salariais, da precarização do trabalho. E por isso que eu até brinquei com você sobre esse divisor de águas do antes ou durante a pandemia, porque eu acho que se trabalha muito mais, porque tem um outro uso das tecnologias, o WhatsApp toma, muitas vezes, as equipes sem um limite e isso não é remunerado. Isso não entra como hora extra, enfim.

As situações salariais e de carga horária não são as mesmas em todo o território nacional, nem mesmo são iguais em todos os serviços da RAPS. Em Serviço Residencial Terapêutico, por exemplo, os responsáveis muitas vezes precisam estar “sob aviso” nos períodos em que não estão em situação de trabalho. Isso não significa, a depender do município e Estado de atuação, que estarão recebendo por isso:

P9 Prof^a. e supervisora: *Em alguns territórios, você não tem folga, porque o telefone toca toda hora; são 24 horas. E você tem uma remuneração que não é condizente com essas responsabilidades, com essa atividade. E você tem outras redes. Eu falei de São Paulo. Então, às vezes, as pessoas suportam isso, sustentam isso, para daqui a um tempo, meio que fazer o percurso, fazer o currículo, ter experiência, para poder pensar numa outra inserção, num outro local.*

Estas diferenças de carga horária, responsabilidades e remuneração fazem muitos profissionais migrarem de um Estado ao outro, por exemplo, do Rio de Janeiro para São Paulo, atrás de melhores condições de vida e trabalho. Tal fato demonstra que os(as) trabalhadores(as), muitas vezes numa saída individual, vão buscando os outros possíveis (Machado; Clot 2005) para a sua atividade de cuidado em saúde mental, em um sentido amplo:

P9 Prof^a. e supervisora: *E eu acho que essa baixa remuneração, nós temos um dado de muitos colegas do Rio de Janeiro, por exemplo, que viveu um período de muita inconstância de pagamento salarial, devido à mudança de [parte incompreensível - 00:31:33], devido a cortes salariais, devido à gestão da prefeitura, enfim, a gestão passada. Então, foram vários*

atravessamentos. E muitos trabalhadores migraram para São Paulo, porque você tem ali um salário que é o dobro, às vezes até um pouco mais, com uma responsabilidade de trabalho, uma estrutura menor. Assim, no sentido menor, que eu digo daquilo que você precisa dar conta.

O tema das diferentes formas de exploração e desvalorização econômica dos(as) trabalhadores(as) da saúde mental, foi exposto como fundamental para pensarmos os seus processos saúde-doença. Refletiu-se sobre as formas de exploração e também as modulações contemporâneas das formas de alienação. Esta é uma discussão que, segundo os próprios profissionais, acaba não entrando em cena em nome de outras demandas, e os mesmos muitas vezes não se dão conta ou não se debruçam efetivamente sobre o tema, o que vai de encontro à discussão colocada por Passos (2015). Para citar um exemplo de exploração contemporânea, podemos resgatar o uso indiscriminado (e sem remuneração, ajuda de custo...) do celular e aplicativos com fins de trabalho. Ou ainda, questões estruturais que atravessam, como a divisão sexual do trabalho. Em serviços como as Residências Terapêuticas, por exemplo, temos em grande parte cuidadoras mulheres, negras e periféricas.

P9 Profª. e supervisora: *Eu fico pensando inclusive no trabalho, por exemplo, das cuidadoras/cuidadores. E aí eu acho que tem ali um atravessamento que, normalmente, não à toa, são mulheres periféricas, negras. Isso diz ali desse mote da exploração. E, ao mesmo tempo, o quanto essa discussão fica muito invisibilizada. E aí isso produz adoecimento. Isso produz tanto do ponto de vista físico, como do ponto de vista psíquico também. Porque aí bate em vários elementos, inclusive neste elemento que você me perguntou, que é o elemento reconhecimento/valor.*

Além dos CAPS como um dos serviços que demandam um complexo e intenso investimento, também sobressaiu na fala dos nossos participantes o trabalho nas Residências Terapêuticas, que são serviços pensados no âmbito da RAPS para os egressos dos hospitais psiquiátricos e que não tem condições ou perderam qualquer contato com sua família. É uma residência, mas que para os profissionais é um serviço e local de trabalho. Trabalho este em que muitos não conseguem permanecer por muito tempo, conforme relatos:

P3 Emergência Psi: Os serviços residenciais terapêuticos da cidade, por exemplo, têm um tempo de vida, ninguém consegue ficar mais de um ano. A coisa é adoecedora, as pessoas saem esgotadas. Tem uma formação muito boa e muito intensa, mas as pessoas saem, rapidamente são colocadas numa dor de carne, sabe, é um pouco a impressão que eu tenho.

Quando o assunto é sobrecarga não podemos deixar de destacar a função da enfermagem. A visão entre eles e os próprios colegas de equipe é que os mesmos têm um número maior de tarefas e funções a cumprir, além de serem os principais responsáveis pela carga horária noturna nos serviços que possuem essa abrangência de funcionamento. Além das funções específicas do cuidado no âmbito da enfermagem, muitas vezes são responsáveis pelos técnicos de nível médio da mesma área, são preceptores de estagiários e residentes, e ainda são demandados a contribuir no nível de gestão do serviço:

E2 CAPS AD IV: Então, para o enfermeiro no meu trabalho a sobrecarga é maior. Porque você além da intervenção técnica, você tem cuidar dos técnicos de enfermagem. Até aí beleza, mas você ainda tem que ajudar a gestão a pensar nas coisas. E aí não é pensar de uma forma democrática. Dependendo do que você coloca lá, elas não aceitam – que no meu são duas diferentes. Elas acham ruim. Se for uma coisa que for contra o que ela quer, elas querem meio que. A gente faz um papel de pensar algumas coisas, dar boas ideias, mas desde que sejam coisas que elas queiram. Não tem muito esse espaço para a diversidade[interferência]. Então isso me cansa um pouco. E aí até, ultimamente nas minhas questões [interferência] eu tenho tentando um pouco isso, centrar mais as minhas forças, a minha energia mesmo, mais na questão da assistência, da clínica, e nem tanto ficar me debruçando e ficar ali pensando, porque isso é por conta da gestão [...] Acho que é o que me incomoda mais, me cansa demais. Não quero gastar minha cabeça com isso não, meus pensamentos com isso não.

Os processos de prazer e sofrimento no e pelo trabalho são dinâmicos e não podem ser explicados por uma relação simplista de causa e efeito. Por isso, falar no que gostam e do que não gostam no trabalho, do que faz ou não sentido é uma tarefa minuciosa e delicada. Apesar disso, algumas considerações que são construídas no processo de falar e analisar a própria atividade nos apontam caminhos. Sem dúvida, um dos caminhos apontados para o pesar do trabalho em saúde mental está na elevada carga de trabalho dos profissionais com destaque,

como colocado acima, para algumas categorias como a enfermagem. As equipes têm trabalho em um número reduzido comparado às demandas crescentes, isso exige um trabalho intenso, mais acelerado, com pouco espaço para a reflexão, planejamento, trocas, um acolhimento tranquilo ao usuário.

E3 CAPS AD IV: Dissociar o meu trabalho hoje do que eu gosto e do que eu não gosto, o que me faz melhor no serviço é muito difícil. Hoje o que mais me faz, não é não gostar, mas sentir peso pelo trabalho, sentir a carga do trabalho, é o dimensionamento. Porque eu acho que o dimensionamento nosso é muito pequeno [...] então, nesse sentido, o que mais faz falta para mim hoje é ter um tempo maior para pensar no processo de trabalho, pensar melhor na clínica que eu faço. Porque na conformação do serviço de hoje o dimensionamento ele é muito pequeno. Eu teria que ter, por exemplo, mais colegas enfermeiros, mais uns 15 técnicos de enfermagem, mais 1 profissional de cada categoria além da enfermagem. E a gente não tem.

Diante de tantas questões, situações e experiências, temos aqueles que adoecem e apresentam inclusive diagnósticos específicos, no sentido biomédico do termo. Um exemplo que está diretamente relacionado ao trabalho é o *Burnout*, e não deixou de aparecer nos nossos achados. Cabe expor que a Síndrome de *Burnout*, também é conhecida como Síndrome do Esgotamento Emocional e é caracterizada por exaustão emocional, despersonalização e redução do sentimento de realização pessoal, e geralmente se dá como uma resposta a estressores interpessoais crônicos no trabalho, muito presente entre os profissionais de saúde (PERNICIOTTI ET AL; 2020):

F Coordenadora CAPS I: Tanto que assim, por exemplo, eu estava vendo a equipe muito adoecida. Infelizmente, nós tivemos um caso dentro da equipe de burnout. Ela largou assim, hoje ela não. E era uma pessoa que amava saúde mental. Hoje assim, não peça para ela para entrar dentro do CAPS, porque ela não entra, entendeu? Ela está nos dando um suporte porque ela é psicóloga né. Ela está nos dando um suporte num distrito [...] Então assim, ela está lá, mas assim, a última vez que nós nos encontramos que eu dei uma blusa para ela da conferência que nós fizemos, ela não usou [...] E aí quando ela adoeceu, assim, foi, eu percebi que foi muito difícil para toda a equipe. Porque era uma pessoa muito querida, uma pessoa

assim, que gostava muito do que fazia. E aí esse adoecimento dela realmente foi, foi bem complexo assim.

Uma das participantes expôs de maneira bem enfática e sentida que, depois de tantos anos de trabalho e contribuição em diferentes serviços e funções, percebe que “às vezes **para o gestor o profissional bom é aquele que vai trabalhar mesmo doente. Essa é uma realidade que ela é cruel**” (**EF GESTORA**). Coloca que muitas vezes o profissional adoce fisicamente, fica obeso por exemplo, e quando o adoecimento se configura no âmbito da saúde mental a situação já está alarmante e o mesmo costuma ainda ser visto com um fraco: “**E quando o profissional adoce de saúde mental ele é diminuído, ele é fraco**”.

Alguns participantes expuseram possibilidades que visualizam para superarmos questões que contribuem para a sobrecarga, a desvalorização e precarização dos serviços e do trabalho em saúde mental. Uma das saídas é vislumbrada na atualização das atuais portarias/normatizações que constituem a RAPS, especialmente no que tange a abrangência dos tipos de CAPS e a composição mínima da equipe, como a Portaria 336. Um olhar especial também é necessário para o resguardo da carga horária, os direitos trabalhistas e a adequação salarial dos profissionais, que muitas vezes trabalham em mais de um serviço e/ou município para terem uma renda melhor:

P6 CAPS AD/ CAPS I: eu acho que alguma coisa precisa ser um pouco mais concretizada em documentos, em portarias, sabe? [...] Eu acho que tudo ficar muito concreto é ruim, mas a saúde mental precisa concretizar alguma coisa, porque para evitar a exploração do trabalho, para evitar a precarização do trabalho [...] É, o quanto que as vezes é difícil não ter nada muito concreto, porque aí quem é explorado é o trabalhador né [...] Se você for procurar as normatizações elas são muito frágeis, então, um município coloca lá 40 horas um trabalhador num CAPS. E aí se você vai lutar por uma redução de carga horária, porque realmente é pesado você trabalhar 40 horas num CAPS, isso não é visto com bons olhos pelos gestores, pelo RH da prefeitura [...] Você passa as vezes até a ser perseguido quando você começa a lutar, aí te transferem de setor ou as vezes não chega a esse ponto mas você fica sendo vista com maus olhos.

Garantir boas condições de vida, formação e trabalho, em si, já é pensar na saúde dos(as) trabalhadores(as), que precisam cuidar de si para terem possibilidades de cuidar do outro. Muitos profissionais não são oportunizados em processos de cuidado de si na própria vida pessoal, e com isso não podemos deixar de mencionar os determinantes e/ou condicionantes sociais e culturais na discussão sobre o processo saúde-doença. Nossos(as) trabalhadores(as) em boa parte vivenciam as vulnerabilidades sociais, moram em periferias, possuem renda baixa, são mulheres, negras:

***P8 Profª. e supervisora:** Também tem isso. Assim, as pessoas vão cuidar do outro sem pouquíssimo espaço de cuidado e às vezes, não deveria ser. Porque o cuidado no serviço, no processo de trabalho, deveria ser de uma dimensão, só que às vezes essas pessoas vêm sem total, total, olhar de reconhecimento, de cuidado, na vida! E aí é um buraco gigantão. Então isso também joga um peso muito importante na discussão sobre o trabalho, nos processos de trabalho.*

Neste sentido, muitos falaram da importância de tais preocupações com a atividade de trabalho em saúde mental e a saúde dos(as) trabalhadores(as) estarem concretizadas e efetivadas em direitos trabalhistas, condições e recursos de trabalho, ações, espaços de cuidado e de escuta dos(as) trabalhadores(as) nas respectivas políticas públicas:

***P7 CAPS Infantojuvenil:** Precisa, as políticas públicas precisam dar um lugar de respeito a nós trabalhadores de saúde mental, para a gente poder zelar melhor, cuidar melhor da saúde mental dos outros. E outra coisa que a gente precisa pensar também é em remuneração. A gente fala em qualificação, fala tudo isso, mas como é que você é pago para trabalhar e fazer isso aí que tem que ser feito?*

6.1.2 Violências, medos e acidentes em situação de trabalho

O tema da violência esteve presente no relato de muitos dos nossos entrevistados (as) como algo cotidiano no trabalho em saúde mental – violência entre usuários e profissionais, violência entre gestores e profissionais e violência nas relações entre os próprios pares de trabalho. Estamos falando de violências do ponto de vista físico e concreto, mas muito mais do

ponto de vista simbólico e de anulação subjetiva do outro, de imposição de poder. Como exemplo de agressão física por parte de usuários com os profissionais, um enfermeiro concursado expôs o quanto se torna desgastante para ele ter que abordar tais questões diante de uma equipe com vínculos predominantemente por contrato e que se calam para não colocarem seus empregos em risco:

***E1 CAPS III:** Uma coisa que muito me desagrada é que, é agressão aos funcionários. [...] Então assim, são muitas batalhas que a gente fica lutando ali e eu me vejo numa situação de representar quem não pode falar, e aí, eu volto naquela coisa que eu falei, só para falar, eu virei o chato da história [...] Então eu vou para a reunião, coloco, mas eu já estou percebendo que eu fico que nem andorinha, fazendo verão sozinho, que muitos apanham, muitos se calam, muitos se revoltam, mas poucos falam.*

Alguns profissionais apontaram que quando o assunto é a agressão ou outro tipo de violência de um usuário para um trabalhador(a), em geral estes últimos são responsabilizados e pouco se olha para a saúde desse trabalhador(a), para os processos que ocasionaram tal problema e para a organização:

***E2 CAPS AD IV:** Vira e mexe tem algum problema, ou agressão, ou até abuso né – não no meu serviço - já teve abuso sexual...Enfim, as pessoas colocam muito a culpa no trabalhador. Então essa questão da culpabilização do trabalhador, esse eixo que pra saúde do trabalhador é bem trabalhado. A saúde mental eu acho que não entendeu. Eu acho que vira e mexe quando alguma coisa dá errado a culpa é do trabalhador, sabe, do trabalhador...O quê que o trabalhador fez?...Fez errado, o manejo não foi legal, não escutou direito, não medicou direito. Sempre o problema está nisso daí, né? Não está nos processos, não ou está na organização do trabalho.*

Outro coloca situações de violência verbal que acontecem no cotidiano do serviço e os dilemas vividos em equipe, entre aqueles que consideram tais situações vindas dos usuários como um desacato ao trabalhador(a), e outros que compreendem que em se tratando de pessoas em sofrimento mental, também atravessadas pelo racismo, machismo, a equipe deve manejar de outra forma:

E3 CAPS AD IV: *E porque os palavrões que eles [os usuários] falam, os mais chulos possíveis né. Muitas vezes os nossos colegas eles não estão preparados para isso. E eles recebem essa informação como uma violência pura e simples. E uma violência intencional, que muitas vezes não é, e faz parte do transtorno do paciente [...] eu tenho que entender que são pontos diferentes da unidade. Na UPA, com um neurótico, isso é um desacato ao trabalhador. No CAPS eu não posso considerar isso como um desacato. Então esse tema é importante [...] E isso é uma violência. Não estou desconsiderando a violência, mas essa violência, eu não considero ela como um desacato ao trabalhador público.*

Acompanhado às situações de violência, também devemos considerar o medo sentido pelos trabalhadores em algumas situações de trabalho, como nas de atenção à crise, e o quanto que esse sentimento fragiliza o (a) trabalhador (a), conforme relatos:

E3 CAPS AD IV: *O medo é um tema importante pra gente lidar com a saúde mental e entender que, ter muito medo do paciente psiquiátrico coloca minha saúde no trabalho mais fragilizada. Eu me sinto mais fragilizado de dar um plantão sozinho, na Atenção Primária, atender um paciente sozinho, se eu tiver muito medo. Então o medo também é um tema importante para a gente discutir.*

A violência, o assédio e a “anulação” das diferenças nas relações entre os profissionais, os pares de trabalho e as hierarquias mais próximas, talvez sejam as mais presentes e preocupantes do ponto de vista da saúde no e pelo trabalho; as que mais despotencializam, desencantam e produzem sofrimento, conforme podemos ler nos relatos. A explicação sobre o assunto nunca será simples, pois vem compor com um emaranhado de fatores: pouco espaço e condições para o cuidado de si, processos solitários no trabalho, precarização e sobrecarga.

P8 Profª. e supervisora: *Você tem equipes aonde há muito assédio, há muita violência! Eu te diria assim, está aí, talvez, talvez, uma coisa mais frequente seja a violência, a violência das relações [...] sabe assim, eu tenho visto a forma violenta como as equipes se relacionam, e as vezes isso não é percebido por elas. Violência mesmo que eu estou falando no acolhimento, na narrativa, com as pessoas né, com a diferença. Eu acho que isso é muito fonte de sofrimento. Então tem um conjunto de dificuldades que eu botaria aí. E eu acho, acho não,*

tenho certeza, que um outro conjunto de...Porque eu acho que não tem uma explicação só, são muitos fatores agregados e que fazem arranjos. E um conjunto de outros fatores que está ligado com a precariedade do serviço [...] Eu acho que esse conjunto, da violência das relações, da pouca possibilidade de espaço reflexivo, crítico, das diferenças, das dificuldades, e essa precarização do trabalho, eu acho que é uma...É um remédio mortal, sabe, porque vai produzindo né. Eu vi isso, vai produzindo desencantamento.

Nos cenários em que temos equipe reduzida e sobrecarregada, somada a grandes demandas e fluxo de trabalho, há também possibilidades aumentadas de acidentes de trabalho. Estes são vistos pelos(as) trabalhadores(as) como efeitos destes fatores associados a pouco tempo e espaço coletivo de discussão e planejamento do trabalho. É no decorrer das urgências e correria nas diversas tarefas a serem cumpridas por poucos profissionais que o acidente de trabalho se configura, e nesse sentido, no que um dos participantes coloca como pouco dimensionamento do trabalho. Cabe aqui resgatar Clementino et al. (2018), que traz o pouco dimensionamento e equipes reduzidas, bem como o acúmulo de funções, a falta de materiais e estrutura precarizada dos CAPS, os baixos salários e outros como fatores expostos pelos(as) trabalhadores(as) como promotores de insatisfação e sobrecarga.

6.1.3 Discordâncias entre profissionais e gestões/hierarquias/políticas na condução do trabalho

Uma outra grande fonte de inquietação, insatisfação e muitas vezes sofrimento e adoecimento é a relação entre profissionais dos serviços territoriais e as gestões locais da política de saúde, bem como dos políticos (partidários) que interferem no cotidiano da condução da política pública e do cuidado em saúde mental, assim como no gerenciamento e logística dos cargos e funções de acordo com seus interesses. Tais usos ficam ainda mais exacerbados diante da precarização dos vínculos trabalhistas, o que coloca o (a) trabalhador (a) em situação delicada e reduz o seu poder de agir. Essas inquietações e angústias vão de encontro ao exposto em Severe; L'Abbate; Onocko (2014), em pesquisa realizada a partir de uma experiência de supervisão clínico institucional em um município do Nordeste, e ainda o que é exposto em Barros e Barros (2009) sobre a importância da inseparabilidade dos vetores-dobras que compõem o trabalho em saúde:

EF GESTORA: *Os jogos políticos que também são desgastantes. A gente tem a cada 2 eleições, seja municipal ou estadual, então é uma dança de cadeiras. Para quem é estatutário fica vendo de fora assim. Hoje eu tenho uma chefe que tem 18 anos. Vinte e dois anos era a antiga (risos). Não que ela não possa desenvolver um bom trabalho, ok. Vai desenvolver, é desenrolada, enfim. Mas é, é... entender de saúde pública né? Não tem instrumento, vamos dizer assim, de conhecimento [...] então, isso a gente fica, de uma certa forma, adoece porque você quer desenvolver um trabalho que dê resposta, só que você se esbarra nessa fragilidade. Eu tenho diretores que não querem fazer enfrentamento para não perder o cargo, para não se indispor. E você acaba tendo que fazer, você mesmo, os contornos da vida para proteger-se também. Para não viver só de frustração e frustração e frustração.*

Quando perguntados o que gostariam de mudar em seu trabalho, caso pudessem, muitos falaram de maneiras variadas que mudariam a gestão, a condução da política de saúde e saúde mental em seu município, a interferência político-partidária e a visão aviltante que muitos gestores têm da área da saúde mental:

TOI CAPS II/ CAPS AD: *Assim, o que é difícil dentro do meu trabalho que eu talvez eu escolhesse diferente, escolheria gestores diferentes. Isso eu escolheria, sabe? Pessoas que conseguissem compreender que se nós não tivermos saúde mental, a gente não faz rigorosamente nada bem, né? Eu acho que a grande dificuldade talvez seja, de nós não termos, na minha experiência, a reforma psiquiátrica implantada na sua completude, né? De nós não termos todos os dispositivos substitutivos previstos pela RAPS, né? Por toda a legislação e por nossa sensibilidade também. [...] Uma outra parte também que eu não gosto do meu trabalho é uma certa percepção de que a saúde mental, eu acho que isso é em relação também com a forma como a gente lida, né, com problemas do cotidiano. Então, como a saúde mental, ela é concebida, no que diz respeito às políticas públicas. Sempre relegada a segundo plano, uma ausência de recursos, uma certa desqualificação, sabe? Da experiência de sofrimento das pessoas que a gente atende, uma falta de priorização com relação a esse campo. Isso é muito desgastante, tem que convencer o tempo inteiro sobre o óbvio.*

Em função das preferências e interesses político-partidários das variadas realidades que pudemos conhecer, muitos profissionais convivem ou já conviveram com gestores diretos e indiretos com nenhum ou menos conhecimento da política pública e cuidado em saúde mental que os seus pares e/ou subordinados, o que traz muitas insatisfações e conflitos:

TOI CAPS II/ CAPS AD: *A hierarquia, a relação era muito difícil lá. Primeiro, porque todos os coordenadores de CAPS, eles são sempre alguém de fora, alguém que não tem muita, que não estudou no campo da Saúde Mental. Vai se capacitando à medida em que está ali, conversando com as equipes. Isso é uma experiência difícil que interfere decisivamente na saúde dos colegas. Eu vejo muitas pessoas falando isso. Eu estou adoecendo, eu não suporto mais. [...] É tanto que ao longo desses dezessete anos de trabalho, só temos duas pessoas lá no CAPS. Dezessete anos sou eu e uma psicóloga. Todos os demais que compuseram em momentos diferentes a equipe, foram para outros lugares, continuam na rede, mas foram para outros lugares. Porque não suportaram justamente pela relação difícil que se tem com a hierarquia, em que essa condição de sofrimento, ela fica muito clara.*

Diante dos impasses que são colocados entre os interesses, as normas e valores de muitas gestões e os dos trabalhadores(as) dos serviços, estes se sentem em alguns momentos numa via de mão única e sem possibilidades de contraponto. No entanto, ao vivenciar tais dramáticas (SCHWARTZ; DUC; DURRIVE, 2010b) são convocados a construir caminhos possíveis que sejam mais harmônicos com suas perspectivas:

PI Supervisor: *Falar para você de algo que eu não gostava muito, dentro dessa lida. Eu acho que eu posso falar das articulações, não eram nem das articulações, mas de me embrenhar no campo político, porque eu sempre fui muito técnico, mas, às vezes, a gente ouvia coisas do campo político e, que eu não tinha como contrapor, né? Então aquilo descia seco e a gente sempre tentava dar um jeitinho depois para que a coisa ficasse confortável para mim, ficasse confortável para a minha equipe de trabalho, para que, aquelas, aquelas ordens, né? Elas não se sobrepusessem ao nosso desejo de estar ali naquele local para poder efetivar de fato o nosso trabalho no campo da atenção psicossocial.*

Estar em uma via de mão única e sem possibilidades de contraponto é algo que desgasta e despotencializam os profissionais em sua atividade. Um deles nos expôs em detalhes uma situação em que, mesmo diante de uma articulação e embasamento da equipe do CAPS sobre um determinado caso, os interesses político-partidários e valores de mercado foram impostos de uma forma violenta:

P3 Emergência Psi: *Uma das questões que pegou muito para mim, que para mim começou a ficar bastante difícil ficar nesse lugar, foi que numa dessas coisas assim das remoções tinha uma localidade em um dos bairros de [nome da cidade], que construíram o caminho do BRT lá e tal. E aí desapropriaram as pessoas desse local. E aí teve uma situação, num desses lugares, que tinha uma senhora, que era acumuladora e tal, vivia sozinha na casa dela. Parecia aquela coisa de filme. E aí ela não quis sair [...] E aí começou essa pressão “Não, mas então, tem que sair, vai construir e não sei o quê[...] Foi um momento que, por exemplo, chegava o prefeito lá de [nome da cidade] me ligando: “E aí [nome do profissional], ela vai ser internada ou não vai?” Aí eu sei que, eu, o CAPS lá da região, a gente fez uma avaliação muito aprofundada do caso [...] Resumindo a gente fez um laudo super técnico, super embasado falando que ela não precisava de internação e nem de CAPS na verdade [...] Eu sei que três dias depois ela foi retirada a força pela Assistência, não é Assistência Social não, tinha uma secretaria de ordem pública que existia.*

Não é somente o (a) trabalhador (a) do serviço que se vê diante de impasses e discordâncias inquietantes com as hierarquias. Também foi possível ouvir questões parecidas de quem ocupa cargos como o de coordenador municipal da política de saúde mental. Muitas vezes os mesmos se veem em dramáticas (Schwartz; Duc; Durrive, 2010b) entre fazer o que acham correto e de acordo com a política nacional, e obedecer às decisões de seus superiores. Isso não se dá sem incômodos e por vezes sofrimento:

P2 Coordenação MSM: *Então, é, as pessoas costumam me ouvir (risos). A maioria das vezes, mas a decisão não é minha. Não sou eu que tomo a decisão. É, então isso, por isso que eu digo que é uma autonomia relativa. Isso, às vezes, incomoda, porque é de alguma maneira, muitas vezes, você se vê num lugar de ter que executar coisas que você não participou da tomada de decisão. E isso é ruim porque, muitas vezes, são coisas que você não concorda,*

mas que você tem que executar. Mesmo que você não concorde. Então, é, realmente são situações delicadas.

Os profissionais pontuaram o cansaço e desgaste que é buscar contribuir para que as coisas avancem, os processos caminhem, os serviços funcionem, e não conseguirem visualizar que seus esforços foram compensados. Muitos pontuaram o quanto se dedicaram, o quanto se abnegaram sem nenhuma retribuição (DEJOURS, 2015).

EF GESTORA: *Cansa contribuir com esse espaço, e muitas vezes, aqueles pontos que eu falei: vem cargos políticos e a gente não consegue desenvolver, por falta de entendimento da pessoa, por falta de conhecimento, não é nem entendimento, sabe? Porque não quer se desgastar. Então as vezes você... Eu me frustro porque a gente não consegue andar para frente, sabe? A gente empanca em muitas coisas. E aí isso gera frustração, gera estresse. Fora as outras coisas, assim, têm assédios, assédio moral, sabe? Que a gente enfrenta...E aí você acaba minando assim, o brilho nos olhos, sabe?*

Além do desgaste e cansaço, fica a sensação de não conseguir avançar no trabalho, de atividade impedida (Lhuilier,2021), e de perda do brilho nos olhos, e nesta talvez a perda do sentido do trabalho.

6.1.4 Burocracias e modos “endurecidos/encapsulados/ biomédicos” de ofertar o cuidado em saúde mental

Os profissionais reconhecem a função e importância de algumas “burocracias” presentes no cotidiano do trabalho, como fazer ofícios, manter relatórios e prontuários atualizados, não sem incômodos e descontentamentos em ter que dedicar um tempo a estas tarefas que julgam de alguma forma um desperdício de tempo. No entanto, uma das burocracias que mais produzem a sensação de impedimentos no trabalho e sofrimento está relacionada ao “adiamento” do contato e cuidado com um paciente em sofrimento psíquico, por exemplo, com a construção de agendas de atendimento. Este sofrimento, que vem de uma atividade adiada ou impedida (Machado; Clot 2005; Clot, 2010a), ou ainda de normas e valores (Schwartz; Duc; Durrive, 2010b) que conflitam com os valores priorizados pelo(a) trabalhador(a), muitas vezes

o mobiliza a criar estratégias renormativas diante das prescrições convencionadas. Tais estratégias contribuem assim para que a atividade faça sentido para aquele(s) trabalhador(es), o que de alguma forma os protege de processos de esvaziamento e adoecimento relacionado ao trabalho:

TO1 CAPS III/ CAPS AD:** Foi uma experiência dos últimos três anos e que piorou muito durante a pandemia. Nós temos uma equipe muito pequena, né? Isso é verdade. Cinco profissionais de nível superior [...] **E aí se criou isso, esse mecanismo de atender uma pessoa, como é que chama? “Vamos agendar”.** Então tinha agendamento para CAPS para 3 meses. **Aquilo era um absurdo para mim.** Chegava uma pessoa lá com uma história, sei lá, uma tentativa de suicídio, a gente só vai ouvir aquilo em 3 meses. **Então, eu não admitia isso. Então, a criação deriva de onde? Deriva dos pequenos combinados, sabe? De uma certa micropolítica do trabalho que se produz [...] porque a gente consegue criar determinadas fissuras dentro dessa estrutura mais dura, entendeu? Então, assim, eu tô o tempo inteiro tentando inventar uma maneira de escapar dessa lógica que para mim, produz sofrimento, porque se eu for funcionar desse jeito, sabe? Uma lógica prescritiva, dual, ortopédica. Aí, isso vai ser ruim. Então, a criação e a autonomia têm relação com a minha saúde por conta disso. Eu consegui escapar um pouco dessas fissuras porque eu não suporto ver alguém sofrendo, e entendendo que eu posso contribuir de alguma maneira para que aquele sofrimento, ele se apazígue, se amenize, entendeu?

Uma das coisas que não faz muito sentido para os(as) trabalhadores(as) em saúde mental, que conhecem e aderiram a perspectiva da atenção psicossocial, é a condução do trabalho de uma forma apenas multiprofissional, em que cada um deve executar suas tarefas dentro do que é esperado para a sua profissão, apenas. Ou ainda, em uma lógica endurecida, em que a gestão dita o que é certo ou errado na condução do cuidado com os usuários. O trabalho no CAPS, na ótica da Reforma Psiquiátrica, exige de um enfermeiro, por exemplo, muito mais do que administrar uma medicação e checar seus sinais vitais. Estar em um serviço de saúde mental, especialmente um CAPS, implica sair de suas “caixas formativas”, implica uma transdisciplinaridade (Passos; Barros, 2000). E para quem já compreendeu essa lógica, ter que trabalhar numa perspectiva disciplinar os coloca em situações de impedimentos da atividade e sofrimento.

E1 – CAPS III: *Eu detesto fazer verificação de sinais vitais de cliente basal. Você vê uma pessoa que tem 25 anos que não tem hipertensão, que não tem diabetes, não tem, e você fica ali verificando sinais vitais periodicamente, pacientes deambulando, boa interação com a equipe, aceitou dieta. Eu detesto isso e, eu faço isso porque parece que é uma rotina, registros, prontuários, folha de evolução. E assim, para mim, não é muito produtivo, para o paciente, parece que eu me anulo, eu me sinto anulado porque eu gostaria de estar pegando instrumentos musicais, eu gostaria de estar fazendo [...] Então assim, eu gostaria de estar trabalhando com essas questões, com os pacientes e não ir para o CAPS reproduzir uma, um tratamento clínico assistencial baseado numa visão hospitalar. Isso não tem, não traz nenhum benefício nem para mim nem para o paciente, eu não cresço [...]*

Um trabalho muito burocratizado, tarefairo e formatado dentro das especialidades profissionais é visto pelos(as) trabalhadores(as) como algo que vai no sentido contrário as possibilidades criativas:

E1 – CAPS III: *É tudo tarefa, tarefa, tarefa, tarefa, e, eu detesto tarefa. [...]Então assim, você tenta, hoje em dia eu tento fazer meio termo, né, entre essa coisa criativa que não pode ser perdida nunca, e aí você tem que ficar combatendo diuturnamente a burocracia, e essa coisa de gestão que se manifesta de forma, parece que o CAPS tem dono.*

As formas engessadas, muito instrumentalizadas e pouco reflexivas de desenvolver o trabalho é algo sentido como quase insuportável para alguns:

P8 Prof^a. e supervisora: *Eu vou te dizer o que para mim é quase insuportável. É quando eu vejo qualquer frente muito capturada por uma instrumentalização do trabalho, pela burocratização das práticas, com pouquíssimo espaço de abertura para reflexão sobre o que se faz. Isso para mim é muito difícil. Eu não diria...É muito desconfortável.*

Os profissionais compreendem que autonomia e reconhecimento andam juntos, e que a falta destes pode ser adoecedor: **P10 Emergência Psi:** *“A autonomia e o reconhecimento também acho que andam um pouco juntos. Te reconhecem, te dão mais autonomia. Quando eu*

não tinha os dois, era bem adoecedor, assim. Vivia muito estressada, muito, vivia mal assim, sabe? Muito estressada mesmo”.

Ter que pedir autorização para realizar trabalhos com a rede intersetorial e aguardar o tempo da resposta é algo sentido como aviltante para os profissionais que compreendem que o trabalho em saúde mental nos preceitos da reforma psiquiátrica só é possível se pensado em consonância com os territórios, com os diversos setores e instituições:

P7 CAPS Infantojuvenil: *O que eu não gostava é que, para eu poder fazer isso, sair do CAPS, dos muros do CAPS, atravessar a cidade...(suspiro profundo). Eu tinha que orientar para emissão de ofício, esperar a resposta, sabe...diretor me autorizar, me liberar para fazer um trabalho que é minha obrigação fazer, e que em tese eu não precisaria do aval do meu chefe imediato, para atender uma demanda de uma escola no município de (nome da cidade). Já que nós somos um serviço de saúde do município e a escola era municipal, você entende? [...]* *“Não, não pode ser agora. A gente está precisando de você aqui porque vai haver tal coisa.”* *Mas aí eu dizia “Mas a necessidade da escola é agora !”.* *“Não, mas em primeiro lugar é a demanda interna. O lugar onde você trabalha!”.* *Sabe, não tinha uma visão interinstitucional, a coisa da intersetorialidade.*

Os impasses e sofrimento com a burocracia também são vivenciados com os gestores intermediários, como os coordenadores de saúde mental, que atuam na intersecção entre os profissionais dos serviços e os secretários e prefeitos, por exemplo:

P4 Coordenador MS: *Acho que a parte que eu não gosto. Assim, talvez a parte mais chata que eu acho é lidar com a parte da...Ah, que é os atributos da gestão, a governança né, que é conhecer ali as normativas e tentar encaminhar aquilo dentro da previsão normativa, legal. Isso é trabalhoso [...] E aí apresento isso tudo na fundamentação da solicitação da despesa e aquilo vai e volta, parece uma amarração danada e não nos atendem [...] Então essa talvez seja a parte que eu menos goste, que é mais frustrante.*

Como podemos ver, estes, muitas vezes veem a sua atividade contrariada em meio a tantas normativas, procedimentos, encaminhamentos e também pela falta de sensibilização com

a área da saúde mental, o que traz frustração. Percorrem todo um trajeto emaranhado de burocracias e ao final não visualizam os efeitos dos seus esforços por variadas questões.

6.1.5 Falta de espaços de diálogo, formação e trocas

Uma das fontes de sofrimento em situações de trabalho é quando os(as) trabalhadores(as) se sentem sozinhos, solitários, sem apoio dos pares, sem parcerias, sem diálogo e troca de conhecimentos e pontos de vista sobre o trabalho e suas conduções. Nestas situações, mesmo diante das necessidades concretas da vida, como precisar aumentar a sua renda, alguns optam pela preservação da saúde. Diante disso, podemos refletir o quanto o trabalho solitário em saúde mental pode ser um fator de sofrimento e/ou adoecimento dos(as) trabalhadores(as), mas também o quanto que o contrário – o trabalho em equipe - pode ser fonte de produção de sentido e saúde para os mesmos.

TOI CAPS II/ CAPS AD: E aí, o pedido do coordenador na época foi o seguinte: “eu quero que você entre lá e que você produza algo diferente daquilo que habitualmente se produz, porque ali só tem uma televisão, os profissionais de enfermagem e um profissional médico.” A emergência de crise é assim. Há um ócio. As pessoas ficam ali, tal. E aí, era um exercício, foi um trabalho solitário, eu precisava muito trabalhar ali porque eu precisava ganhar um pouco mais. Eu estava com alguns objetivos, mas eu não suportei ficar ali, porque eu não tinha com quem dialogar. Então assim, eu vi ali que eu não sirvo para trabalhar daquela maneira, sem dialogar, sem conversar com ninguém, uma reunião de equipe para eu poder compartilhar as minhas visões, pedir ajuda, de eu ajudar também. Então, eu acho que se eu não trabalhasse, da forma como eu trabalho, no lugar que eu trabalho. Eu certamente sucumbiria, como eu, eu vejo muitos colegas.

Alguns operadores que foram elaborados para um bom fluxo do trabalho e cuidado em saúde mental, quando colocados sob uma lógica de responsabilização individualista podem gerar sobrecarga no(a) respectivo(a) trabalhador(a). Um exemplo é o chamado “técnico de referência”, que foi pensando para ser o responsável por dinamizar o caso no trabalho da equipe e na rede:

P9 Prof^a. e supervisora: *Eu acho que tem um operador, que eu acho que é central, esse dispositivo que foi criado dentro dos CAPS, essa ideia do técnico de referência e o quanto isso é um operador que foi construído para facilitar determinados processos, mas o quanto isso dificulta também, no sentido de uma sobrecarga, no sentido de que muitas vezes se toma isso como uma razão instrumental e é quase como se o paciente fosse só da responsabilidade daquela pessoa, só aquela pessoa pode dizer coisas. Eu acho que as equipes compartilham muito pouco e isso acaba produzindo uma sobrecarga.*

Estar em um contexto de trabalho que não produz compartilhamentos, processos de formação e coletivos, além de afetar a questão da autonomia em um sentido amplo, contribui também para um certo esvaziamento, insatisfação e cansaço: **P9 Prof^a. e supervisora:** *“Você vai operando ali no mínimo, mas não necessariamente se produz satisfação, alegria”.*

Os(as) trabalhadores(as) da saúde mental sentem que em nome da luta pela Reforma Psiquiátrica sustentam ou já sustentaram muitas coisas sozinhos e/ou com suas equipes *in loco*, e com o tempo vem o desgaste, o sofrimento e o adoecimento, o que vai de encontro as colocações de Druck e Seligmann (2010) sobre os processos de precarização do trabalho. Apontam que precisam olhar para o histórico de lutas e conquistas do campo para repensar algumas coisas que ficaram quase de fora desse processo, como o olhar para a saúde do(a) trabalhador(a) da saúde mental e para a relação capital x trabalho que também atravessa os serviços públicos, muitas vezes em condições mais perversas, em autoritarismos travestidos de democracia.

E2 CAPS AD IV: *Por mais que é um setor público tem muito a lógica dessa questão capital-trabalho. Isso não foge muito assim, e algumas lógicas até mais perversas, no sentido de assédio. Até mais do que empresas privadas. Muitas vezes a gente vai aceitando alguns tipos de assédio porque é isso, tem alguma garantia de direito. Então para não perder aquilo né . E as pessoas vão aceitando e vão se adoecendo né [...] E a parte que eu acho que é muito ruim, que me dá um desgaste muito grande é muitas vezes as condições precárias de trabalho que a gente tem, sobrecarga, de insegurança, de em alguma medida um certo autoritarismo. Um autoritarismo transvestido de uma certa democracia que não é democracia. Eu falo isso porque é isso, [nome da cidade] e às vezes parece que tem muita união de trabalhadores, de*

usuários e gestores, mas não é bem assim. Eu acho que tem, depende. Quando os interesses ficam claros, qual que é o interesse do trabalhador, e se entram em choque, aí às vezes eles perseguem mesmo assim, assediam né.

Como nos disse uma das entrevistadas “*É na produção do comum que se dá o igual*” e essa construção de alguma forma protege a saúde dos(as) trabalhadores(as), e traz os vários possíveis à cena, os outros possíveis, as variações, as diferenças e caminhos para o desenrolar da atividade e do trabalho em equipe. A possibilidade do trabalho colaborativo tem um peso importante na dinâmica saúde-trabalho:

P8 Profª. e supervisora: Quando a equipe consegue produzir um trabalho colaborativo, no serviço e no território, isso muda de figura. Então as pessoas às vezes vão ficando cada vez mais solitárias, isoladas...É no comum, é na produção do comum que dá o igual. Para você produzir comum você precisa trazer a diferença. Essa possibilidade de você estar com o outro na sua diferença e no que é possível para o outro, que também produz saída. Eu vejo muita dificuldade, as pessoas vão se isolando.

A construção desse comum, dos espaços colaborativos, esbarra direta e indiretamente na questão da formação, da compreensão e sensibilidade despertada para tal. Ambos são vistos como essenciais para pensar as relações saúde-trabalho. No entanto, vimos que as equipes nem sempre são oportunizadas nas situações de trabalho, tampouco possuem supervisões clínico-institucionais para contribuir. Esse assunto traz à tona algo ainda mais delicado que é o acesso desigual à formação continuada e permanente, as duplas e triplas jornadas vividas pelas mulheres, mães “solo”, por exemplo:

E3 CAPS AD IV: A maioria das nossas colegas são mulheres, mães. São mães solteiras e tem duplas, triplas jornadas de trabalho e não tem como estudar como eu estudo. Eu não estudo muito não, mas na média do meu serviço eu estudo mais assim. Agora, eu acho que isso dificulta um pouco, sabe. Eu acho que a prefeitura investe pouco nos profissionais, tem pouca formação. Não tem capacitação para os profissionais. Então, depende muito da vontade própria, sabe. E a vontade própria tem outras nuances. Tem o filho para cuidar, tem a mamadeira para fazer, tem o sono perdido de um filho no hospital. Então a gente não pode

exigir a mesma coisa para as mulheres do que para os homens né [...] Eu acho que o trabalhador mais bem formado, ele trabalha mais sua cabeça, ele trabalha menos com o corpo e ele sofre menos e adocece menos. E isso tem a ver com salário, tem a ver com autonomia, tem a ver com o reconhecimento. Mas, acaba que a pessoa não estuda porque não pode, porque tem um vínculo só e tem que ter dois vínculos. E tem que cuidar do filho. Aí não estuda muito. Se não estuda muito ele não dá conta da clínica. Se não dá conta muito da clínica ela não é muito reconhecida. Se não é reconhecida a saúde mental dele vai para o saco também né.

É importante dizer que os(as) trabalhadores(as) vivenciam de dentro todo esse processo de sucateamento do trabalho com o desejo de fazer as coisas acontecerem, mas com a clareza de que suas atividades são contrariadas (MACHADO; CLOT 2005; CLOT, 2010a) cotidianamente para não darem certo. Eles trazem em suas falas a consciência de que a Política de Saúde Mental (e as sociais como um todo) tem sido gerida muitas vezes para não dar certo, do âmbito Federal ao Municipal, para que lógicas e práticas repudiadas pela Reforma Psiquiátrica e que atendem a interesses econômicos, religiosos e empresariais sejam justificadas e cada vez mais introjetadas na RAPS.

6.2. PRINCIPAIS PROCESSOS OU FONTES DE PRAZER, PRODUÇÃO DE SENTIDO E SAÚDE RELACIONADOS AO TRABALHO

“Não é à toa que eu sinto tanto prazer de estar ali, junto com os meus colegas...” (TOI CAPS II/ CAPS AD).

Teóricos como Dejours, Clot e Schwartz já nos apontaram que os(as) trabalhadores(as) não são passivos diante dos desafios, variabilidades e impasses das situações de trabalho, tampouco quando falamos da preservação ou promoção da sua saúde. Todos, de alguma forma, buscam por reconhecimento e retribuição financeiros, por exemplo, entretanto este fator parece ficar em segundo plano quando o que está em jogo é a preservação de uma certa autonomia e liberdade de atuar; de uma certa preservação da atividade coerente com normas e valores que se identificam. Em nossa pesquisa tivemos profissionais que, por impasses de jogadas políticas em seu município, preferiram ocupar cargos de gestão sem a gratificação financeira para

conseguirem preservar ao seu coletivo de trabalho e usuários do serviço o direito de escolherem seus coordenadores. Em troca, garantiram para si a gratificação em poder contribuir, o reconhecimento dos pares de trabalho e a construção de um sentido para si em uma função de gestão, dando assim um sentido (CLOT, 2010a) para o seu trabalho:

P4 Coordenador MSM: *Porque a gente passou um tempo, foi retirado de nós o direito de indicar o coordenador de saúde mental [...] E aí nós ficamos 4 anos com um coordenador de saúde mental indicado pelo gestor. Foi muito ruim. Não havia diálogo, foi muito ruim. A gente trabalhou sob uma ameaça constante de remanejamento de pessoal, de remanejamento de dispositivo para endereços distantes. Uma coisa assim que não, não era saudável. E aí quando esse governo que está agora entrou, nos foi dada a ...**Nos foi restituído o direito de indicar o coordenador, mas com o custo de ser sem gratificação.** Ficou assim: “ah, depois a gente vai ver como é que é a gratificação e tal”. Aí para a gente poder entrar e conseguir eu falei “tudo bem, eu topo entrar. Até onde você me disser que é por um tempo, eu topo e tal” [...] **Mas eu extraio daqui benefícios, ganhos psicológicos que é estar fazendo o que eu gosto e ter o reconhecimento das pessoas que eu faço de um jeito que é bom, ter a flexibilidade de horário porque eu posso fazer a minha clínica também. Então eu posso não só ficar nessa parte burocrática gerencial, mas eu posso também ir lá e fazer um acolhimento e tal. Então eu fui para mim entendendo que já era um benefício.***

Estar imerso no trabalho coletivo pode ser considerado um fator a favor da saúde, uma vez que o coletivo parece proteger a identidade do(a) trabalhador(a), e neste conjunto o mesmo se sente menos exposto e mais fortalecido, com as responsabilidades compartilhadas:

E3 CAPS AD IV: *Na verdade eu acho que, quem faz muito se expõe mais e sofre mais também. Eu me sinto mais desgastado no meu trabalho por eu me expor mais. Eu me exponho muito mais que os outros colegas. Mas eu acho que essa exposição é fruto da minha história. É fruto do que eu construí da minha vida de trabalhador, do que eu entendo, da minha intencionalidade política no trabalho. Eu acho que é isso. E eu me expondo menos, eu tentando me expor menos, talvez eu tenha uma saúde mental um pouco melhor [...] Então, eu acredito Gilmara, que é **melhor a gente errar coletivamente do que acertar sozinho, porque a carga que tem em cima de quem acerta sozinho é muito grande. Eu acho que eu prefiro errar coletivamente** “Ah errou. Não deu certo. A gente fez um cálculo errado”. Mas todo mundo errou coletivamente.*

6.2.1 Inventividade, espaço para criar

Como já dizia Canguilhem (2001) e outros inspirados nele, como Brito (2017), viver com saúde implica poder construir e reconstruir normas, formas de atuar favoráveis à vida, implica poder recentrar o meio conforme as necessidades e possibilidades do vivente a cada

momento. Isso não é diferente no contexto do trabalho. Um ambiente favorável à saúde do(a) trabalhador(a) é um ambiente que possibilita e legitima os processos inventivos deste e do coletivo. É um ambiente que comporta os diferentes modos de andar à vida no mesmo processo que engloba o fazer coletivo e a construção de um comum. Tais questões vão ao encontro do que também foi colocado por Soares; Oliveira e Domanico (2020), cuja pesquisa aponta que um dos principais fatores de satisfação no trabalho está numa prática clínica com diferentes possibilidades de manejos e arranjos:

TOI CAPS II/ CAPS AD: Então, o que eu mais gosto dentro do campo da saúde mental é a possibilidade de dentro da, do meu lugar de atuação, é o espaço para criação. Eu tenho muita autonomia, para produzir o cuidado, para produzir relações entre aquilo que eu estudo e pesquisa, com aquilo que eu faço também. Assim, essa autonomia, ela é muito apaixonante, né? E, eu sempre vivi isso. Eu jamais tive, felizmente, uma relação opressiva dentro das relações de trabalho, né? Eu trabalho sempre com muito prazer, tenho muita alegria em trabalhar onde eu trabalho, fazer tudo que eu faço.

Os participantes da pesquisa destacaram o quanto que para eles o trabalho efetivo e prazeroso em saúde mental envolve as atividades grupais, os trabalhos com o território, os outros serviços e setores, assim como o trabalho que envolva toda a sua equipe. O contrário também é verdade, ou seja, o quanto que é angustiante e sofrido um trabalho solitário.

TOI CAPS III/ CAPS AD: Então para atuação com esse público que eu trabalho, que é o público AD e, também psiquiátrico. Então, são sempre dessa maneira, eu ocupo a metade da minha carga horária com participações em grupo. Um terço da minha carga horária, eu ocupo com as ações que são territoriais e que eu gosto muito de fazer, as ações de matriciamento, nos meus dois trabalhos. Sou muito identificado com isso, e uma eu mandei para o trabalho burocrático que é o que eu não gosto de fazer [...] Então, é isso, eu gosto muito de trabalhar com o grupo, eu gosto de estar na rua, fazer abordagem para pessoas principalmente no CAPS AD, de pessoas que não tem vínculos familiares e nem comunitários que sejam muito evidentes e, eu gosto dessa atuação. Uma atuação intersetorial e no território também, eu gosto de trabalhar com arte, como eu falei.

O trabalho em equipe, o encontro com os colegas e a partilha em reuniões é algo que traz conforto, segurança e prazer para os profissionais diante de um trabalho tão delicado e intenso como o da saúde mental. Estes lidam com histórias de vida de muito sofrimento, adoecimento, violações e vulnerabilidades. As reuniões semanais de equipe, por exemplo, são momentos vistos como potentes e que ampliam o conhecimento e o poder de ação de cada um e do coletivo (Machado; Clot 2005; Clot, 2010a; Clot, 2021). É o momento do pensar e planejar juntos, do compartilhar as dificuldades e angústias e de sentir que fazem parte de um coletivo. A forma de condução, companheirismo e cumplicidade na equipe também são elementos estruturantes nessa relação saúde-trabalho. Tais constatações vão de encontro aos achados de Soares, Oliveira e Domanico (2020) e de Marco *et al.* (2008) em seus estudos sobre satisfação no trabalho com profissionais de saúde mental:

TOI CAPS II/ CAPS AD: É algo que eu valorizo muito, eu, até respondendo a sua pergunta anterior, eu acho que é o que me dá mais prazer no CAPS, é justamente às quartas-feiras na parte da tarde, que eu consigo encontrar com todos os meus colegas. Alguns dos quais, eu só encontro ali, e que eu consigo ouvir, consigo aprender, consigo falar também, divirjo muito. Então assim, eu penso que é absolutamente fundamental, eu valorizo demais [...] É o trabalho em equipe é um, eu acho que é um importante vetor de apaziguamento, dessa experiência de sofrimento, de atuar dentro do CAPS, de ouvir tantas histórias difíceis ali. Não só ouvir, mas intervir também.

Desta forma, um dos sentidos do e no trabalho em saúde mental está no fazer juntos, no que um dos entrevistados trouxe como uma clínica de proximidade, no sentido físico mesmo desta geografia. Uma clínica do corpo a corpo, da presença física, da relação. Em consonância com essa afirmação, muitos disseram que o que mais gostam no trabalho é estar diretamente com os usuários e os colegas, em trabalhos coletivos diversos, territoriais, com música, teatro, esportes, passeios, militâncias, etc., e ver o seu trabalho trazer repercussões boas na vida dos usuários e suas famílias. Até mesmo os que estão atualmente em função de gestão, buscam configurar práticas de atuação que os possibilitem essa proximidade com as equipes e os usuários dos serviços. Tais questões estão diretamente conectadas a um sentimento de utilidade, de estarem contribuindo com algo maior:

P2 Coordenação MSM: *Então, de alguma maneira, eu tento equilibrar esse trabalho burocrático com algumas coisas da prática, do cotidiano ali do serviço é, até para minha própria saúde mental, porque você ficar o dia inteiro sentado numa mesa. É, às vezes, eu até brinco, que às vezes, eu nem sei se choveu, se fez sol, porque você fica ali numa mesa, numa sala, com ar-condicionado, lâmpada fluorescente e uma janela mínima ali que você quase não vê o mundo lá fora. Então, eu acho que a gente precisa sair. Até porque, senão acho que você começa, não sei... Acho que você fica meio que, é... restrito. Você não tem esse olhar para fora. Então, eu tento equilibrar esses dois, esses dois momentos.*

Apesar de todas as dificuldades enfrentadas no cotidiano do trabalho em saúde mental, muitos dos entrevistados disseram amar o que fazem e que não trocariam hoje de área, talvez de serviço no contexto da RAPS ou função, mas não sairiam da saúde mental. Veem o trabalho no campo da saúde mental como um lugar de identificação e localização pessoal e profissional:

P2 Coordenação MSM: *Ah, eu não trocaria não. Não tenho intenção nenhuma de sair da saúde mental, mas imagino que o meu cargo de coordenador tem prazo de validade. Mas nesse momento não. Até porque estou no momento bem, é, bem interessante [...] Mas fico sonhando aqui que talvez daqui há uns três, quatro anos assim. Já pensei na área acadêmica. Talvez, dar aula numa universidade, enfim. É, me dedicar a outros projetos, porque eu acho que se eu ficar muito tempo, vai chegar uma hora que vai começar a me fazer mal. É, então, eu tenho essa ideia. E, não sei, acho que tem me ajudado, a me manter ativo, é que eu sempre estou mudando. Comecei lá no Hospital Dia, depois fui para o CAPS, depois fui para a coordenação do CAPS. Acho que essa coisa de mudar, é, eu acho que ajuda bastante. Não acho saudável ficar muito tempo numa mesma função.*

Aqueles que já estão desgastados, mas certos que cumprem o seu papel todos os dias, veem na docência - e nesse sentido na formação de novos profissionais para a área - uma solução para continuarem contribuindo com a profissão e o campo da saúde e saúde mental:

P3 Emergência Psi: *Hoje em dia eu tenho um objetivo de fazer uma migração aí, para essa coisa da docência, para essa coisa da formação; que são áreas que hoje em dia estão fazendo muito mais sentido para mim [...] Então de fato, hoje em dia o meu projeto é dar aula, é*

trabalhar com educação profissional, a própria questão da educação popular, que já é meu outro campo de atuação.

Há aqueles que sustentam a alegria no trabalho como uma forma também de resistência, militância, ou ainda como estratégia contra o adoecimento:

P9 Profª. e supervisora: Eu sou uma pessoa empolgada. Eu trabalho com muita alegria, por isso que eu também trago alguns elementos balizadores. Isso do desencantamento, porque, não que em algum momento não tenha me desencantado, mas assim, essa manutenção da alegria no mundo do trabalho é fundamental, inclusive como luta mesmo, como enfrentamento do adoecimento, enfim.

O nível de satisfação, alegria ou produção de sentido no e pelo trabalho é algo compreendido como uma contínua construção, reconstrução e recomposição, que precisa de espaços de pausa, de reflexão e formação no e pelo trabalho, para serem produzidos e alimentados. Esta discussão também está conectada aos propósitos e efeitos clínicos, políticos e sociais do trabalho e dos valores que cada um cultiva e consegue praticar e defender na micropolítica da sua atividade. Existe ainda um grande prazer em ver o processo de construção terapêutica dos usuários, poder fazer parte do mesmo e ver bons resultados, vê-los retomando suas vidas, o que vai de encontro ao que exposto sobre o cuidado em saúde em Ayres (2004;2009).

O fato do campo da saúde mental ser amplo, dinâmico e sem muitas prescrições tão restritas como os protocolos fechados é fator de angústia para alguns e de imenso prazer para outros. Uns sentem a necessidade de serem mais direcionados, outros já enxergam esta questão como a “cereja do bolo” da saúde mental e veem nessa “ausência de normas” a possibilidade de criação, de maior estilização e personalização da atividade diante da singularidade da história de cada sujeito atendido:

E2 CAPS AD IV: Na saúde mental às vezes a gente fica muito perdido assim [interferência]. Mas eu acho ao mesmo tempo legal na saúde mental que é uma coisa, um campo muito aberto. Assim, não é aquela coisa tão protocolar. Tipo, chega um paciente, cada um com uma história diferente, cada um com um uso diferente. Muitas vezes uma mesma substância, mas

o papel que aquela substância exerce na vida daquela pessoa é diferente, as repercussões daquele uso vão ser diferentes. As possibilidades de condução vão ser diferente. Então não tem muito receita de bolo. Tem algumas diretrizes, algumas coisas que vão ajudar na clínica ali, mas a construção do projeto mesmo é uma coisa muito mais ampla.

O reconhecimento dos usuários e o vínculo construído com eles, bem como vê-los atuantes e participando de processos decisórios, por exemplo, foi colocado como algo que traz muito sentido para o trabalho. Tal fato corrobora com os estudos de Trevisan e Castro (2016), que apontam as relações com os usuários como uma das principais fontes de satisfação no trabalho pelos profissionais de saúde mental:

F Coordenadora CAPS I: *Assim, eu sempre gostei realmente de trabalhar com o transtorno mental grave. É assim, é prazeroso para mim, sabe? Quando você consegue fazer aquela pessoa se estabilizar. Uma coisa que eu sou apaixonada é com o poder que o vínculo tem, o vínculo com usuário é assim algo que transforma a vida dele. Acho que a nossa também, porque você saber que você pode transformar a vida de alguém, por um laço, é algo realmente incrível.*

Uma das estratégias de preservação da saúde, lançada mão em meio a tantos desafios e precariedade de trabalho nos municípios atravessados pelas terceirizações e pelas OS, é justamente buscar por serviços em que esta lógica ainda não chegou. Ou seja, alguns profissionais relataram que uma de suas estratégias sempre foi buscar trabalhar em serviços em que a equipe fosse de concursados e de gestão direta do município. Esta questão foi colocada como fator de proteção à sua saúde, à vulnerabilidades em situação de trabalho, e por compor com seus valores sobre o que é um serviço público e o SUS, por exemplo:

P3 Emergência Psi: *É um CAPS...E era um CAPS que foi um dos motivos de eu ter escolhido. Era um CAPS que na época não era um CAPS OS. E era um CAPS que a equipe era 95% era formada por servidores. Que eu comecei a ver, que essa lógica da privatização, da terceirização, de fato ela cria uma vulnerabilidade muito grande para os trabalhadores. Se você não fizer você perde o seu emprego, não tem muita conversa, sabe? Se você não produzir indicador, se você não, enfim. Pode ser uma coisa que você não concorde muito, mas se você*

não fizer você vai estar fora. E a gente como servidores, como estatutários, de certa forma consegue produzir algumas coisas. Que foi o que aconteceu nesse CAPS, por exemplo. A gente tinha uma equipe muito boa, uma equipe muito aguerrida. Foi até um CAPS que na época foi considerado um dos melhores CAPS da cidade, enfim.

Muitos disseram que já sustentaram várias situações de precariedade no trabalho pelo motivo maior que era garantir os princípios, diretrizes e valores da Reforma Psiquiátrica e do SUS. No entanto, com o desgaste do tempo e o olhar crítico aprimorado nesta caminhada, como estratégia de proteção à saúde e ao desencantamento no trabalho, precisaram de alguma forma se distanciar um pouco afetivamente de sua atividade para justamente continuarem a trabalhar:

P3 Emergência Psi: *Mas eu acho que a gente acaba sendo capturado, para sustentar determinados processos, que hoje em dia eu já não acho que a gente tem que sustentar, muito a partir do nosso desejo sabe. Eu acho isso muito perverso. Então por exemplo, N situações, eu já vi, tanto eu quanto colegas, sustentarem situações de trabalho porque “não, é isso aí, é militância também” [...] Não dá, tem coisa que é insustentável. E a gente acaba sustentando pelo nosso desejo, muito desse mandato de “cara, tamo fazendo a Reforma”. É muito o nosso corpo, é muito o nosso afeto e tem consequências também. Então por exemplo, hoje eu tenho uma relação muito mais distanciada do trabalho, e muito menos afetada como eu tinha antes. E hoje eu acho que foi um mecanismo mesmo que eu consegui criar para conseguir continuar trabalhando.*

Quando falamos em movimentos construídos pelos mesmos pensando a sua saúde e da sua equipe, alguns colocaram experiências como momentos de descontração com os colegas de equipe, mas fora do horário e local de trabalho, assim como momentos em situação de trabalho de compartilhamento dos impasses vividos e de supervisão clínico institucional, momentos de planejamento, educação permanente, colegiados, seminários internos nos serviços e momentos de pausa para uma conversa e um café durante a rotina de trabalho. São momentos que produzem uma sensação de “oxigenação”:

F Coordenadora CAPS I: *E como que, se a gente não cuida da gente, a gente vai cuidar do outro? Hoje na gestão eu vejo o quanto o técnico não estar bem consigo mesmo vai afetar no*

trabalho. Não tem jeito, sabe, por mais que seja assim um bom trabalhador, que gosta do que faz. [...] Por exemplo, eu agora há pouco tempo. Eu acho que meio do ano passado. Eu falei isso para a equipe. Eu falei “gente, me ajuda a pensar, porque assim, eu estou vendo que a gente precisa de um cuidado e a gente precisa fazer esse cuidado com o que a gente tem de possibilidades”. Porque às vezes é isso né. A gente quer muito fazer uma terapia, mas nem todo mundo tem essa possibilidade. E aí eu falei “Me ajuda a pensar o que a gente pode fazer”. E aí uma das coisas que a gente tirou é que - a nossa reunião de equipe é na quarta à tarde – que a primeira quarta do mês a gente terminaria um pouco mais cedo a reunião e a gente ia para algum lugar, para bater papo. Para quem gosta, beber uma cerveja...E aí assim, para tentar ser um espaço para esse cuidado.

Um fato curioso encontrado nas falas dos participantes é que, por um lado o que mais gostam e sentem prazer é do trabalho coletivo e em equipe, por outro muitos em algum momento preferem estar nos ambulatórios ou nas emergências psiquiátricas. O argumento para esta última situação é que no ambulatório dependem menos dos outros e nas emergências trabalham pesado mas o trabalho acaba ao findar do horário de trabalho. Fica aí a reflexão. Seriam estas estratégias (individuais) para a “manutenção” da saúde diante dos desafios do trabalho em equipe?

P6 CAPS AD/ CAPS I: É...aí vem, nesse momento eu não penso em sair do CAPS, mas eu vejo pessoas, que o movimento que as pessoas tem feito é de pedir para ir para o ambulatório. E aí a fala é “no ambulatório você só lida com seu paciente. Você só lida ali com o caso que você atende. Você não tem que lidar com coordenação, você não tem que lidar com outro profissional”. Teoricamente, né? É o raciocínio que as pessoas acabam tendo, que eu acho que até no ambulatório você pode fazer um trabalho interdisciplinar. Mas a maioria dos lugares não fazem, então o ambulatório é um trabalho individualizado, muitas vezes. E a saída para muita gente tem sido essa, pedir transferência para ambulatório.

Talvez a fala de uma de nossas participantes nos ajude a compreender pelo menos um dos ângulos da questão paradoxal colocada acima. Ela expõe, inspirada em Spinoza, o quanto que os encontros podem nos potencializar ou contribuir para um desencantamento. E neste sentido traz como reflexão para a saúde no trabalho a qualidade das relações, dos encontros:

P8 Profª. e supervisora: *Então ele [Spinoza] fala: “existem encontros que potencializam a vida, as nossas capacidades de pensar, sentir e agir”. Ele usa esses três verbos. **Eu acho que tem tudo a ver com essa questão do trabalho em equipe, para o bem e para o mal, porque, você vê ali, quando você consegue uma equipe que consiga ter o mínimo de alegria, de prazer no seu encontro com o outro, seja o paciente, seja... Isso cuida, isso cura, isso traz alívio na alma. Quando você tem uma equipe ali que está sob forte pressão, trabalhando por produção, que não tem espaço de escuta. É isso, vai diminuindo, vai dando um desencantamento, e isso desmantela [...]** Quando você consegue, ampliar mesmo esses encontros, essas relações, elas são acolhedoras, elas são respeitosas... E quando eu falo acolhedores, respeitosas [...] É aquela que consegue suportar a diferença, trazer as diferenças do outro, tentar fazer alguma mediação nessa diferença. Isso é difícil! Não se faz isso à lá, tempos modernos de Charles Chaplin, nesse mundo. Porque é assim que algumas equipes trabalham: automatismo, automatismo, automatismo. Não para!*

Ter experiência e confiança na atividade que desenvolve parece favorecer para um sentimento de autonomia, satisfação e prazer no trabalho. Além disso, poder colocar seus pontos de vista e propor transformações contribui na construção de sentido e identificação com o trabalho. Temos aqueles que vão além da prática cotidiana nos serviços, que buscam suas respostas também nos estudos e que ainda buscam contribuir com o seu saber-fazer pela via da escrita científica de suas experiências, bem como na preceptoria de novos profissionais.

E3 CAPS AD IV: *Então eu gosto muito do que faço, eu estudo o que eu faço, eu escrevo. Eu escrevi agora, que eu falei. Eu escrevi um artigo pra um capítulo do livro. Um capítulo de livro sobre contenção. Eu sou preceptor da residência e eu não saio da assistência né. Não tenho desejo de sair da assistência. Então é isso. E eu acho que eu sou respeitado na clínica, pelo que eu faço. Tanto pelos colegas de nível superior, quanto pelos colegas de nível médio [...] E hoje eu estou querendo ser, **me propor a fazer o mestrado porque tem alguma coisa me incomodando aqui no meu serviço...Eu preciso de sistematizar esse incômodo meu, sabe. Então eu acho que vai dar certo. É, futuramente eu acho que eu não vou dar conta de ficar trabalhando na emergência sempre. O meu corpo vai dar um sinal de vida. Aí eu devo mudar***

de lugar, mas, trabalhando com a saúde mental, mas não na emergência mais. Quem sabe numa docência.

6.3. IMPACTOS DA PANDEMIA

“Trabalhar no COVID não foi fácil. Colocar os nossos corpos ali não foi uma coisa simples” (E2 CAPS AD IV).

Conforme os relatos, um dos impactos da pandemia para os serviços que trabalhavam com agendamentos foi o agravamento das filas de espera, o que trouxe sofrimento para os profissionais em equipes muitas vezes reduzidas e que não concordavam com a lógica de agendamento tendo em vista o perfil das demandas recebidas nos serviços de saúde mental:

TO1 CAPS II/ CAPS AD: Em (nome do município) se criou e aquilo me trouxe sofrimento, sabe, Gilmara. Foi uma experiência dos últimos três anos e que piorou muito durante a pandemia [...] E aí se criou isso, esse mecanismo de atender uma pessoa, como é que chama? “Vamos agendar”. Então tinha agendamento para o CAPS para 3 meses. Aquilo era um absurdo para mim.

A pandemia atravessou a vida e o trabalho das pessoas de diversas formas. Em nossa pesquisa tivemos casos de profissionais que contraíram o vírus em situação de trabalho, sendo que uns desenvolveram a síndrome de forma branda e outros quase perderam a vida. Tal condição sanitária veio, de um lado, somar com uma série de questões já vivenciadas pelos(as) trabalhadores(as) como precarização das condições, vínculos e relações de trabalho, terceirização, mudanças arbitrárias de serviços, ataques institucionais à configuração da RAPS, entre outros, e por outro lado justificar perdas como congelamento de salários, reajustes e benefícios:

P3 Emergência Psi: Essa situação da emergência também gera muito estresse. Ano passado já foi um ano difícil da pandemia, então também, isso teve impactos na minha saúde. Eu tive que começar a me cuidar, de algumas formas. Mas só para dizer que está tudo muito vinculado, as condições de trabalho, os vínculos de trabalho. Isso tem impacto muito grande

na nossa saúde enquanto trabalhadores, e na saúde da população que fica desassistida, que tem uma assistência de menor qualidade, enfim, que acaba sofrendo também.

As consequências pós-covid também foram variadas. Tivemos exemplos de profissionais que viviam no Estado do Rio e retornaram ao Estado de Minas Gerais e sua cidade de origem em função da pandemia e de ter sua saúde debilitada pelo vírus. Com a mudança de vida vieram as novas oportunidades de inserção na saúde mental em outra rede e contexto, o que também colocou novos desafios e dificuldades:

***P1 Supervisor:** E quando foi no ano passado que eu voltei para cá, né, voltei por um motivo de COVID. Tive uma COVID muito complicada assim, fiquei entubado, quase fui para outro lado mesmo [...] Eu estava trabalhando, né? Eu não tive a oportunidade de ficar fazendo remoto da minha casa, tive que trabalhar, então assim, eu acredito que sim, foi aí na circulação diária de trabalho. Eu peguei e aí, a situação, ela se complicou demais, o meu pós COVID foi muito complicado e eu fiquei temeroso de voltar para o Rio de Janeiro sozinho, porque eu não tinha condições mesmo. E aí, eu acabei sendo convocado pela Saúde Mental de (cidade natal) para trabalhar aqui. Então, a minha história de vinda para cá é essa. E aí sim, eu começo a me, a estreitar essa relação com a saúde mental daqui e vejo o quão diferente é. E o quanto está sendo difícil trabalhar numa lógica que não é, que não me é conhecida, né. Eu estou conhecendo agora, tentando trazer novos artifícios aí, novos modos de ver a saúde mental e o quanto que isso tem sido complicado.*

O debate de normas em atividade trouxe como pauta de discussão em equipe a infecção pelo vírus como acidente de trabalho, bem como as dramáticas (Schwartz; Duc; DURRIVE, 2010b) entre cumprir protocolos e se proteger da forma em que julgavam mais seguro:

***E2 CAPS AD IV:** Nesse momento mesmo, eu estou em casa aqui porque eu estou com COVID nesse momento, entendeu? Essa semana eu fiz o teste e aí foi uma merda porque assim, olhando pelo olhar da saúde do trabalhador, isso para mim é um acidente de trabalho né, assim. A galera tem muita dificuldade em ver isso enquanto acidente de trabalho né. Sexta-feira passada tinha uma profissional, uma técnica de enfermagem que estava com sinais gripais e ela fez o exame rápido de antígeno, deu negativo. Eu falei: “Não gente. Ela não pode ficar*

aqui, vocês têm que afastar ela”. Aí o pessoal falou: “Ah, não, porque o protocolo da prefeitura fala que deu negativo pode voltar a trabalhar”. Aí eu falei: “Não gente, mas ela tá com sintomas gripais. Ou ela faz um PCR ou então afasta, pra ela fazer né...” Aí falou: “Ah não, tá pra sair uma nova Portaria”.

Uma realidade problemática, que foi vivenciada nos serviços de saúde em geral e também na saúde mental, foi a falta de equipamentos apropriados de proteção contra o vírus. A falta, segundo os relatos, não se deu apenas pela inexistência em um estoque geral ou material em almoxarifado, mas também pelos gargalos existentes entre ter em estoque e chegar de fato aos serviços e as equipes de saúde. Uma das estratégias encontradas por alguns foi comprar a sua própria máscara, por exemplo, para se sentir protegido:

***E1 – CAPSIII:** No meu penúltimo plantão faltou máscara N95. Eu fiquei de plantão vinte e quatro horas no domingo, é claro que eu levo a minha, eu levo sempre uma reserva, não é? [...] E o que que acontece, começou o plantão tinha funcionário lá no meio dessa pandemia, a Ômicron é altamente transmissível, não tinha máscara N95 para o profissional. E falta máscara? Não falta, falta estar disponível porque a gente não tem acesso ao almoxarifado [...] Como você vai deixar um funcionário lá, paciente positivado, outros funcionários positivados. Você vai, na volta do trabalho, o trajeto faz parte, se você não usa uma máscara decente, você vai contaminar no trajeto. E vai fazer falta, esse funcionário vai fazer falta para o serviço, você minimiza essa questão dessa saída por licença médica, são vários indos ao mesmo tempo de licença. Você deixa o CAPS descoberto.*

Em consonância com o destacado acima, foi ressaltado como as equipes já estavam reduzidas comparadas a demanda e o território atendidos, o que agravou com os afastamentos em função da COVID e sobrecarregou os que ficaram, com destaque para a categoria da enfermagem:

***E1 – CAPS III:** A gestão, e aí eu vou falar de administração, coordenador, vice, enfim, ela, ela faz chefia clínica, supervisão clínica, eles não entendem a enfermagem como algo que tem que trabalhar com vinte por cento, trinta por cento, quarenta por cento a mais porque é um povo que você tem que treinar, você vai ter que substituir, a pessoa vai entrar de férias. E aí*

quando acontece uma situação dessas, por exemplo, coronavírus, prefeitura colocou que vinte por cento, o Estado colocou trinta por cento dos profissionais afastados. Hoje, eu vi no zap de duas funcionárias. Uma musicoterapeuta, uma psicóloga, se afastaram, COVID. A enfermagem tem várias pessoas afastadas, cadê a reposição? Não tem, não tem.

Ainda tiveram os casos em que houve a disponibilização de materiais de testagem para a COVID, porém a equipe não recebeu treinamento para o uso adequado:

E1 CAPS III: Nós temos kits de testagem de COVID. Foram colocados lá, mal foi divulgado, não teve treinamento. Tudo bem. E aí, teve um plantão, eu vi aqueles kits, o enfermeiro falou: “olha, uma caixa lá com 20 kits”. “Tá, ok”. Eu não sou contabilista, esse material deveria estar na farmácia, mas não, como tudo mais é jogado para a enfermagem.

Não dá para falarmos de impactos da pandemia sem mencionarmos que a mesma alterou completamente a rotina dos serviços de saúde. Com ela vieram equipamentos de proteção obrigatórios, novos protocolos, novas formas de fazer o trabalho acontecer, novas concepções de espaço de trabalho. A rotina de trabalho nos serviços de saúde mental não ficou isenta de tais atravessamentos. Não é difícil imaginar que tantas variabilidades no meio de trabalho tenham exigido grande mobilização dos(as) trabalhadores(as) para que o trabalho acontecesse. Os serviços de saúde mental em geral partem de apostas em trabalhos grupais, coletivos, e então passaram pela pandemia com a necessidade de suspensão e/ou “reinvenção” de muitos desses dispositivos. Tornar o trabalho nos CAPS mais individualizado foi uma das saídas encontradas, o que gerou uma morosidade em outros processos e desgaste nos profissionais:

AS – CAPS AD II: Quando veio a pandemia e a gente ficou só restrito a atendimentos individuais, porque a gente não deixou de trabalhar. Pelo menos o CAPS não fechou um dia. E aí, só que a gente não podia aglomerar, né? Fazer encontros coletivos, então, os encontros individuais foram, foram bem desgastantes, sabe? Porque era muito maçante, todo dia, não tinha muito, não tinha aquela dinâmica de antes, né?

Retomar o trabalho coletivo é visto como necessário e no momento atual muitos já estão nesse processo. Fazer esse resgate tem sido avaliado como muito positivo e para alguns é como uma “injeção de ânimo” vivenciar novamente a dinâmica das oficinas e grupos:

***AS – CAPS AD II:** A gente está conseguindo retomar alguns grupos, eu já consegui fazer uns 4 ou 5 encontros mais ou menos, e assim, tem sido bem legal, porque aqueles pacientes que chegaram nesse período da pandemia, eles estão descobrindo, né? Porque eles não conheciam esse trabalho de troca interação. E aí está sendo muito positivo novamente. Então assim, está sendo muito positivo novamente. Está voltando aquele ânimo.*

A atividade de supervisão, por sua vez, é tida como um grande suporte nessa retomada do trabalho presencial e grupal nos serviços de saúde mental. Ela é vista como algo que contribui para a retomada da lógica e dos processos coletivos:

***P6 CAPS AD/ CAPS I:** Mas a pandemia também deu uma travada, sabe, no trabalho, porque, como a gente precisou ficar mais nos atendimentos individuais isso tomou muito mais tempo. Você ter que atender um a um toma muito mais tempo do que o que a gente fazia antes com os grupos. A gente ter que ligar para os pacientes, a gente ter que fazer algumas visitas porque a pessoa não pode sair de casa, é grupo de risco e tal. E isso acaba sendo mais difícil de manter na nossa rotina porque a gente vai fazendo no caso a caso. E aí a nossa carga horária realmente fica mais tomada com as ações individualizadas. Agora que os CAPS que eu estou estão voltando com algumas oficinas menores, com alguns grupos menores, mas bem recente mesmo [...] E aí eu acho que a supervisão vai ajudar é nisso. A retomada desse trabalho coletivo. Para alguns é uma retomada e para outros é o início mesmo, porque não tiveram essa experiência mesmo.*

Algumas ferramentas de cuidado precisaram ser suspensas, como as oficinas, e outra já utilizadas puderam ter ainda mais protagonismo na pandemia, fortalecendo a sua importância e potência, como as visitas domiciliares. Além de possibilitar o contato com os usuários de maneira menos exposta, principalmente nos casos considerados grupo de risco, possibilitou uma melhor articulação das equipes e conhecimento dos respectivos contextos e territórios:

TO2 CAPS AD: *Por um período a gente teve que suspender por causa da pandemia, então ficou muito difícil, sem atividade coletiva, porque é um espaço muito importante num serviço de urgência, para a circulação da palavra, para que o usuário consiga se reconhecer de outra forma né, que não seja só usuário de drogas, só o problema da família, como muitos são vistos. Então assim, eu acho que fez falta na pandemia. E aí dentro do ambulatório, que eu esqueci de falar, tem as visitas domiciliares. Foi um instrumento que a gente acabou usando muito assim na pandemia. É, não que não fosse usado antes, mas eu acho que a gente acabou potencializando mais assim, de tentar conhecer o sujeito no território, de tentar articular com a unidade básica quando possível, o atendimento.*

Vários foram os atravessamentos, e alguns profissionais puderam trazer em suas falas os desafios e as mobilizações na vida e no cotidiano do trabalho:

P9 Prof^a. e supervisora: *Pré-pandemia ou em pandemia? Porque, eu acho que isso é um divisor de águas, quando você fala da rotina. Então, hoje a minha rotina de trabalho, por exemplo, em (nome do município), foi retomado o trabalho presencial. Então, a minha rotina, eu estou lá às segundas feiras, então, eu faço a supervisão clínico-institucional com a equipe das residências terapêuticas, que fazem parte do CAPS. Eu participo à tarde da reunião de equipe e uma vez por mês, justamente na primeira segunda feira do mês, nós temos uma reunião de rede, que anteriormente, era feita de uma forma itinerante. Então, a partir de um caso, nós circulamos pelos serviços. Então, nas unidades básicas, nas policlínicas, em outro CAPS, enfim, no centro convivência, no território, nos equipamentos ali do território. Com a pandemia, nós retomamos isso presencialmente, mas isso tem sido feito em um auditório de uma policlínica, que é um auditório mais amplo.*

A mudança de rotina veio para muitos acompanhada da introdução de novas tecnologias, da intensificação do trabalho e da sobrecarga. Seria o tempo de trabalho o mesmo? Acho que temos motivos para achar que não. Uma de nossas entrevistadas traz as questões impostas pela pandemia na composição do que chamou de um processo de desencantamento, que está associado a fatores como precarização do trabalho, questões salariais e sobrecarga das equipes:

P9 Profª. e supervisora: *Nós também temos, dentro desse processo de desencantamento, eu acho que tem as questões salariais, da precarização do trabalho. E por isso que eu até brinquei com você sobre esse divisor de águas do antes ou durante a pandemia, porque eu acho que se trabalha muito mais, porque tem um outro uso das tecnologias, o WhatsApp toma, muitas vezes, as equipes sem um limite e isso não é remunerado. Isso não entra como hora extra, enfim.*

A pandemia também trouxe fatores desafiadores para os processos de educação permanente, momentos de cuidado de si entre os(as) trabalhadores(as), bem como análise e supervisão clínico-institucional, o que demandou dos profissionais da atividade de supervisão uma inventividade e investimento ainda maiores em algo que já era delicado para muitos profissionais (olhar, questionar e analisar o próprio processo de trabalho). Desafio também relatado por coordenadores de serviços que procuravam manter momentos de reflexão e cuidado em equipe:

P9 Profª. e supervisora: *Então eu tenho um determinado serviço que nós conseguimos agora... porque tem toda uma peculiaridade e porque é um serviço que com a questão da pandemia, o ritmo dele foi diminuído, o ritmo de trabalho e tal. E aí, avaliar esse trabalho tem sido muito difícil para essa equipe. E aí se utiliza essa coisa: “porque ainda estamos numa pandemia”.*

Os trabalhos de articulação com a rede tais como matriciamento, reuniões e discussões de caso, entre outros, também sofreram impactos diante da emergência sanitária. A opção do *on-line* parece não ter demonstrado a mesma potência que as ações presenciais e os(as) trabalhadores(as) expuseram que muitas precisam ou estão em fase de retomada. Essa é a mesma percepção quando falam das articulações dos movimentos de trabalhadores(as) e movimentos sociais que compõem a luta antimanicomial. O *on-line* foi uma saída necessária e momentânea, mas que já aponta para uma fase de esgotamento quando o parâmetro de análise é a potência de mobilização a longo prazo, a potência transformadora de realidade concreta dos desmontes da RAPS.

P6 CAPS AD/ CAPS I: *Eu acho que a gente vai precisar sair das reuniões on-line. A pandemia focou um pouco mais nesse trabalho on-line, mas acho que a gente precisa se organizar para*

passar disso porque o on-line já se tornou um pouco mais cansativo. As pessoas não estão querendo tanto mais participar porque se cansaram mesmo. Até eu confesso que está cansativo sim, ficar só em trabalhos on-line.

O contexto pandêmico agravou situações sociais, de saúde e outras existentes no cenário brasileiro, ainda mais agravadas pelo desinvestimento do Estado em políticas sociais nos últimos anos. Este agravamento ampliou a busca por atendimentos no SUS, colocando assim desafios no bom desenvolvimento do trabalho e cuidado em saúde. Os profissionais perceberam essa ampliação acompanhada de uma complexificação das demandas (uso de substâncias, tentativas de suicídio, entre outros), sem compensação em número de colegas na equipe:

TO2 CAPS AD: A gente percebe com a pandemia uma intensificação do uso [de substâncias psicoativas] né, as pessoas mais desorganizadas, no uso mais intenso; a situação social muito grave. Então assim, pessoas que não tinham trajetória de rua começando a ficar em situação de rua, pessoas que não acessavam o SUS antes, acessando, os serviços públicos, com dificuldade de se organizar ao tratamento na rede particular. Então eu acho que a demanda tem aumentado, os casos tem ficado mais graves e a equipe não tem acompanhado isso, no sentido quantitativo, ou aumento de carga de trabalho, assim, nesse sentido [...] A gente precisa até fazer um estudo depois sobre isso, assim. Coincidiu, de com a pandemia piorar né, muitos, chegar muitos casos graves, por questões sociais, por questões clínicas, por questões subjetivas. Isso, com certeza impactou, teve uma alteração. E também com a evolução, assim, do atual governo também, que não investe em políticas públicas, que deixa as pessoas sem assistência, que não tem intervenção no território, que não proporciona atividades né, assim de lazer, de cultura, de socialização. Então assim, tem a ver com tudo, está tudo interligado, assim, um pouco.

Dentre os participantes da pesquisa tivemos uma profissional que atuava no hospital psiquiátrico em processo de transformação para hospital geral no período da pandemia. Não bastasse a complexidade da transformação do trabalho de um perfil especializado e manicomial para um generalista, ainda passou pelos desafios e demandas da pandemia, o que não ocorreu sem repercussões em sua saúde:

EF GESTORA: *Então passei seis meses nesse período de pandemia assim, de instalação de leitos COVID e foi bem tenso. Foi um período, assim, de grande aprendizado, de grande sofrimento também; que foi esse período que eu passei na direção geral do hospital. E de grande satisfação porque a gente conseguiu mudar de instituição psiquiátrica para um hospital geral [...] Então a gente precisava de, vamos dizer assim, se comportar diferentemente abrindo caixinhas diferentes no mesmo contexto, vamos dizer assim. Então isso foi desafiador, gerou estresse. Tanto que eu repenso se eu quero voltar para esse contexto de direção, sabe? Ontem mesmo eu fui convidada para ser diretora administrativa desse hospital e já de cara eu disse “não, eu não quero”. Não sei se eu tô cansada, sabe? Porque foi tão intenso, tão intenso. Eu não sei explicar assim o nível de estresse que eu vivi nesse período da pandemia. Mas eu acho que foi para todo mundo né. Mas o contexto do hospital foi muito, muito, muito, muito intenso.*

Ao que nos parece, do ponto de vista dos reflexos da pandemia nos processos de trabalho, a “palavra-resumo” é diversidade, o que pode nos apontar para um momento em que mais do que nunca os protocolos não deram conta do real da atividade, momentos de vazios de normas e tentativas de construções, invenções e renormatização diante de um cenário completamente novo. Algumas saídas puderam produzir redes colaborativas e de cuidado entre os próprios trabalhadores(as):

P8 Prof^a. e supervisora: *Quando começou, no primeiro momento da pandemia... Isso eu vou falar para você de maneira muito livre, sem nenhum juízo de valor, com muito respeito. As equipes reagiram de formas muito diferentes. Tiveram equipes que fecharam tudo, fecharam tudo! E aí não tinha trabalho de alguém para falar “vamos lá pessoal, vamos problematizar”. E outras que falaram “Bom, não dá pra fazer aqui então vamos pro território, vamos pra vida”. E descobriram outras coisas. Então tem isso também. Essas que foram para a vida, é porque conseguiam fazer arranjos cuidadores e mais colaborativos entre si.*

Cabe ainda destacar que alguns profissionais tiveram falas esperançosas sobre o fato da pandemia ter dado mais visibilidade às problemáticas da saúde mental. Outros puderam já destacar que a demanda por novos acolhimentos em seus serviços aumentou cerca de 60%. Entretanto, com tantos desafios, outras possibilidades de fazer o trabalho acontecer foram

construídas, assim como conseguiram perceber situações em que as pessoas prescindiam de alguns cuidados que muitas vezes produziam mais tutela que independência e autonomia para os usuários. Foi então um momento desafiador que proporcionou repensarem e reinventarem modos de atuação e de cuidar: **TO3 Coordenadora CAPS II:** *Então, a ideia hoje é conseguir pensar como que a gente cuida das pessoas que conseguiram viver fora do CAPS. É... fora do CAPS!*

6.4. ROTINA E OUTROS ASPECTOS DO TRABALHO: AUTONOMIA E/OU FALTA DELA, ARTICULAÇÃO TERRITORIAL E EM REDE

“O mundo do trabalho é uma escola...” (P8 Profª. e supervisora:)

6.4.1 Questões cotidianas do trabalho em saúde mental

O CAPS tem dono? Essa pergunta se faz necessária para pensarmos a rotina dos serviços de saúde mental. Também porque esteve presente na fala de alguns dos nossos participantes. Quem seria o dono do CAPS? Seriam os coordenadores e gestores? Seriam os profissionais? Ou os usuários? O dono do CAPS é o SUS, e no sentido mais embrionário, o dono do CAPS é o povo, que em sua diversidade e militância o fez existir. Neste sentido quando um serviço de saúde pública está com “a cara” de alguém precisamos nos interrogar o quão plural é essa “cara”. Sabemos que todo serviço precisa de certa organização do processo de trabalho para funcionar harmonicamente, fluxos básicos e ferramentas organizativas para a melhor condução possível, porém organização (e qualidade) nesse caso não é o mesmo que “cada um no seu quadrado”, ou ainda, protocolos engessados, pelo contrário. Os serviços de saúde mental, na perspectiva da atenção psicossocial, exigem um trabalho de circulação, um trabalho de interação e de “transbordamento”, no sentido de ultrapassar as suas margens e transitar por outros espaços e territórios. E quando as margens são submersas, novos contornos surgem na interação e diversidade de contatos entre as disciplinas, os saberes, as políticas, as instituições, as pessoas e suas histórias, e seus estilos, normas e valores, entre outros. Com tudo isso, os profissionais buscam um caminho que lhes possibilitem circular entre a criação, a burocracia e as imposições do meio: **E1 – CAPS III:** *“Hoje em dia eu tento fazer meio termo, entre essa coisa criativa que não pode ser perdida nunca, e aí você tem que ficar combatendo*

diuturnamente a burocracia, e essa coisa de gestão que se manifesta de forma, parece que o CAPS tem dono”.

Pra que servem realmente os CAPS? Essa pergunta também esteve presente em algumas reflexões e em suas respostas estiveram a necessidade de repensar a composição das suas equipes e a atualização de suas normativas e parâmetros de funcionamento, a supervisão clínico-institucional como um recurso para que a correria do cotidiano do serviço não deixe perder seus trilhos, as mudanças de demandas que chegam e perfil dos usuários, entre outra.

No que tange a supervisão, alguns disseram que vivenciam em suas realidades algo parecido com uma “assessoria de casos difíceis”, o que consideram importante porém insuficiente para confrontarem suas atividades de cuidado, repensarem e a transformarem de forma cogestiva e coletiva. Os profissionais sentem, por exemplo, que “gastam” muito tempo com “falsos problemas” uma vez que a resposta para a pergunta colocada não está clara para todos que atuam na área, tampouco para os outros serviços de saúde e intersetoriais. Uma das estratégias utilizadas, e que nos foi relatada, é a supervisão coletiva custeada com os próprios recursos financeiros – uma forma de pagar um valor possível e ao mesmo tempo compartilhar com os colegas da equipe as discussões e aprendizados.

P5 CAPSII/AMB:Tipo, é consultoria provisória de um caso que a equipe está achando difícil. Mas assim, eu gostaria de ter uma supervisão frequente, uma supervisão que estivesse toda semana ali na reunião de equipe para ajudar numa mediação, por exemplo. Ou que estivesse disposta a discutir o caso há tanto tempo, discutir o cotidiano do serviço. Porque eu acho que, a supervisão ela dá uma contornada também nessa insistência em cumprir o “para o que o CAPS realmente serve, quais são os propósitos. Para o que que esse negócio aqui foi criado mesmo?”. Que a coordenação, muitas vezes, eu sinto assim, que não dá conta assim, de cumprir essa função de mediar, porque fica muito pesado, né.

Trabalhar no mesmo serviço por muito tempo é algo que exige constante análise da atividade, confrontação e autoconfrontação. Os profissionais sentem que com o tempo velhos problemas parecem se cristalizar e a capacidade renormativa e de enxergar outros possíveis, ainda mais sem supervisão, parece ficar reduzida.

Existem vários cenários do campo de práticas de cuidado em saúde mental no Brasil, e neste sentido os profissionais falaram de várias “saúdes mentais”. A diversidade destas se dá

em conformidade com cada território, com as possibilidades de articulações intersetoriais, a composição das equipes e também de gestores, a cultura local e Estadual, entre outros. Profissionais que trabalharam em diferentes Estados e municípios versaram sobre essas diferentes lógicas, em que sentiam lugares com práticas mais enrijecidas e outros com lógicas mais versáteis. Por exemplo, CAPS com funcionamento muito ambulatorizado em alguns municípios e em outros com uma valorização maior de espaços de convivência e oficinas coletivas.

P1 Supervisor:: *Então, na minha experiência de trabalho em CAPS [nomes dos municípios] sujeito chegou, bateu na porta e falou: “eu preciso de atendimento aqui no CAPS.” É feito uma avaliação desse sujeito para ver se ele tem perfil para estar ali no CAPS. Seja CAPS II, seja CAPS AD, não importa. Se ele tem o perfil, ele vai ser enfiado ali dentro, no dia seguinte ou no mesmo dia para grupo de acolhimento. E, ele já está inserido dentro do CAPS. Aqui em [nome da cidade] o indivíduo chegou no CAPS, “aí eu quero ser paciente aqui do CAPS, quero ser usuário aqui do CAPS”. E aí, a fala é: “olha, você precisa de um encaminhamento da Unidade Básica de Saúde do seu bairro. Por favor, volte lá, marque consulta lá pra ver se eles encaminham você pra cá ou não. Só com encaminhamento que a gente pode te receber.” Então assim, isso para mim é bem estranho, né?*

Não podemos pensar então que existe uma única forma de conduzir o trabalho nos serviços de saúde mental. Conforme pudemos saber, o cenário é muito heterogêneo, com equipes muito atuantes e envolvidas nos processos, “muito desejosas” e outras muito desgastadas, cansadas. E isso parece sofrer influências do estilo de gestão e organização do trabalho local:

P8 Profª. e supervisora: *Então, se você tem um serviço onde você tem uma gestão que é mais horizontalizada, o trabalhador se sente ali fazendo parte daquela instituição, daquele serviço. Você tem ali uma participação. É um trabalho, mas que não é um trabalho empresarial, por exemplo.*

Do que pudemos conhecer, os municípios possuem formas de organização e gestão territorial diferentes uns dos outros, o que traz possibilidades de atuação singulares a depender

de sua rede. O Rio de Janeiro, por exemplo, é dividido no que chamam de “áreas programáticas” e cada uma delas tem suas características, populações e serviços distintos, demandas e necessidades diferentes.

Os serviços de emergência psiquiátrica, conforme os relatos, funcionam muito na lógica médico centrada, o que vai de encontro ao que é exposto em Oliveira *et al.* (2020). De maneira geral as emergências que foram relatadas funcionam de “porta aberta”, em esquemas de plantão para os profissionais e em articulação direta com profissionais do SAMU, e após mínima “estabilização” com os CAPS, NASF, Clínicas de Saúde da Família, para um cuidado o mais territorializado possível:

P3 Emergência Psi: *Muito nessa questão de tentar fazer um acolhimento para pessoas que estavam em um estado de sofrimento muito grande, muito agudo e tal. E a partir desse acolhimento tentar fazer um direcionamento para a rede de saúde mental. Então eu trabalho muito em diálogo com os CAPS, com as Clínicas da Família, com os NASFs.*

Cada vez mais tem chegado aos serviços novos perfis de usuários, dentre os quais estão as pessoas que antes faziam uso de serviços privados de planos de saúde e que no contexto atual não conseguem mais arcar com tais despesas. Isto implica em novas exigências de trabalho, novas demandas e variabilidades ainda não vividas.

P8 Profª. e supervisora: *Então o que nós temos visto bater muito hoje nos CAPS é justamente uma galera – nos CAPS e nos ambulatórios – é uma galera que migrou de plano de saúde. Não teve mais condição de pagar, perdeu o emprego e tal. E vai procurar lá o SUS. Há quem diga que SUS é medicina para pobre. Eu acho que essa “discursividade” ela não aparece, não à toa.*

As equipes buscam trabalhar de forma que cada “setor” dentro do CAPS tenha um ou mais responsáveis no dia - os responsáveis pelo plantão, pelas oficinas, pelo atendimento ambulatorial, dentre outros. No entanto, alguns relataram que de acordo com os acontecimentos do dia, as variabilidades postas diante do que precisam realizar, outras composições e rearranjos de trabalho podem surgir e ECRP (Venner; Schwartz, 2015) são formadas em conformidade com tais situações. Um exemplo é quando pacientes entram em conflito, em crise ou estão com

grande agitação psicomotora e os profissionais responsáveis por outras tarefas se mobilizam em prol de atender a esta demanda momentânea, dando lugar ao princípio norteador do trabalho no SUS, que é o da equidade.

Apesar das diferentes funções na composição das equipes dos serviços de saúde mental, existem aquelas atividades que são comuns e aquelas específicas de cada profissão. Nos CAPS por exemplo, de maneira geral, pontuaram que todos participam de plantões, atendimentos ambulatoriais e oficinas e são técnicos de referência de alguns casos. No caso da enfermagem, dentre as atividades específicas estão as de supervisão e treinamento dos técnicos de enfermagem, fazer escala, dentre outras. Desta forma, apesar das especificidades de cada profissão, os técnicos de nível superior dos CAPS por exemplo, possuem tarefas em comum. Alguns disseram ter uma sensação de que as especificidades se dissolvem, sendo possível as observar apenas nas sutilezas da escuta, das intervenções, direcionamentos e modos de conduzir cada caso e projeto terapêutico:

TO2 CAPS AD: Então a sensação é que as especificidades se dissolvem né, todos os profissionais são técnicos em saúde, fazem o trabalho de técnico de referência, tem o plantão, tem o ambulatório, atividades coletivas – como as oficinas terapêuticas - mas a função acaba sendo a mesma, de todos os profissionais da saúde. Eu acho que o que muda um pouco em relação a minha especificidade da terapia ocupacional eu acho que é a escuta, a intervenção, um pouco o direcionamento do serviço de cada paciente, na construção do projeto terapêutico, assim, levando mais para o viés da terapia ocupacional, das atividades diárias, da inserção social, do trabalho, do lazer, que é um pouco da tríade da terapia ocupacional mesmo.

Algumas equipes tem o costume de fazer “reuniões de passagem” de um turno para o outro no CAPS, por exemplo. Nestas, discutem o funcionamento do serviço, problemáticas administrativas e institucionais do dia, manejo clínico, entre outras questões para a equipe do outro turno. Elas são vistas como um espaço potente para o cotidiano de trabalho, porém conforme exposto estão se resumindo à apresentação rápida de vários acolhimentos do dia.

P7 CAPS Infantojuvenil: Isso. Tem dias que a gente escuta 5 acolhimentos...Aí eu me pergunto, o que é que a gente escuta em 5 acolhimentos? Eu acho muito! Se a gente entende

*que um acolhimento ele não se esgota só naquele primeiro momento, como é que você em 60 minutos consegue **ouvir 5 dinâmicas diferentes de problemáticas de adoecimento**, entende? Isso me assusta, eu fico com medo disso tão grande, sabe? Então é muito complicado trabalhar hoje.*

Todas as atividades são vistas como importantes pelos profissionais (as oficinas, o plantão, as atividades externas, as visitas domiciliares, etc.), entretanto de acordo com o fluxo da demanda e a composição da equipe, mesmo esta estando completa diante das normativas, em alguns momentos acabam priorizando certas atividades internas em detrimento das externas.

Uma questão também norteadora do trabalho em saúde mental é a produção de protagonismo dos usuários dos serviços, o que não é simples se pensarmos o deslocamento do lugar de saber que se faz necessário aos profissionais, assim como a posição de saber algo sobre o seu adoecimento, no caso dos usuários. Tivemos relatos exitosos de oficinas organizadas entre profissionais e usuários de CAPS com os agentes comunitários de saúde, em que o conhecimento teórico e o da experiência de sofrimento puderam compor algo singular.

TO3 Coordenadora CAPS II: *As oficinas eram muito abertas, assim, tinham uma proposta inicial, mas a ideia era elas irem se moldando no dia mesmo. **Eu tinha a teoria e os usuários a vivência da prática, da internação, da psicose, da...a experiência da vida né. Eu tinha o estudo.** Então a gente juntou essas duas coisas e fomos ajudando os agentes comunitários a entenderem o que que seria importante para as pessoas que fazem acompanhamento em CAPS, ou que tenha algum transtorno mental, o quê que elas vivenciam e tal.*

As assembleias e conselhos gestores são vistos como espaços muito potentes e até mesmo recursos terapêuticos na condução do trabalho/cuidado. Contribuem na aproximação com os usuários, na construção da autonomia e independência, numa relação mais horizontalizada com os terapeutas e também para se abrirem, falarem de si. Estes são espaços que de uma maneira geral fazem muito sentido para os profissionais, apesar de nem todos os serviços conseguirem manter uma frequência de encontros.

TO3 Coordenadora CAPS II: *Então eu vou tentando me organizar para às vezes estar livre, assim. Fico lá, gosto dessa proximidade com os usuários. A gente tem as assembleias que a*

gente está voltando né, a fazer, que é outro espaço que eu acredito muito quanto um instrumento da unidade, mas quanto também um recurso terapêutico. Para mim acho que faz muito sentido no CAPS, sabe, a gente usar. Se a ideia é ter um espaço que as pessoas consigam ser mais independentes, ter mais autonomia, poderem falar por si. Eu acho que a assembleia ajuda a elas entenderem que ali estão numa relação horizontal.

Como já colocado, existem várias configurações de CAPS, que variam conforme horários de atendimento, composição mínima da equipe, território de abrangência, etc. Os CAPS nas modalidades III e IV, por exemplo, podem receber usuários para acolhimento noturno, o que traz algumas dramáticas (Schwartz; Duc; Durrive, 2010b) para os seus profissionais. Como colocado por alguns, uma prática que ocorre e que em alguns momentos os colocam em situação de discordâncias com as hierarquias são os acolhimentos que duram mais tempo que o determinado, muitas vezes prolongando para meses, o que faz com que o trabalho do CAPS seja contraditório a sua própria proposta e cumpra a função de outros dispositivos da RAPS ou até mesmo da Assistência Social, como residências terapêuticas, acolhimento institucional, entre outros. Ou ainda, presentifique no CAPS uma lógica manicomial e dos hospitais psiquiátricos que tanto o Movimento da Reforma Psiquiátrica e o Movimento da Luta Antimanicomial busca transcender.

EI – CAPS III: Os CAPS III, eles têm acolhimento e aí você parece que desloca um pouco essa questão da internação disfarçado de acolhimento. É, eu sou muito crítico em relação a isso, acolhimento é acolhimento, internação é internação. Se a gente perde o nosso referencial, né, legal e a gente começa a entender que acolhimento pode levar um ano. Não, não pode, né?

Uma das marcas do trabalho em saúde mental é a sua dinamicidade. Por mais que um fluxo básico seja traçado, o cuidado em saúde mental se vê atravessado por uma série de imprevistos, variabilidades. Isso se dá pela sua própria “natureza”, ou seja, as questões existenciais, subjetivas, os processos dinâmicos de produção de saúde e adoecimento “mental”, as histórias singulares de vidas, de exclusão, de vulnerabilidades, e também de reinvenção. Por exemplo, em um dia de programação de oficinas rotineiras no CAPS vários usuários podem comparecer em “crise”, vários acolhimentos de primeira vez podem surgir, vários ofícios judiciais podem chegar, etc. Diante disso, há quem se sinta muito realizado em trabalhar numa

lógica “pouco protocolar” e que exija esse fluxo constante de renormatizações e inventividades, e há aqueles que sentem a necessidade de buscar por normativas, protocolos, leis, numa lógica de melhor balizar o seu trabalho e como uma forma de se sentir “mais respaldado”.

Se por um lado temos a dinamicidade de circular por acolhimentos, plantões, oficinas, rodas de conversa e atendimentos ambulatoriais, que traz inúmeras possibilidades de ação aos profissionais e ao mesmo tempo produz uma sensação de não ter uma “fórmula” (prescrição) ou “rotina específica” para trabalhar - o que em alguns casos produz uma sensação de “trabalho solto”, “sem muita direção”. Por outro, temos as demandas burocráticas que são estruturadas, com prazos, produção de documentos, formulários, e que são sentidas como algo que “engessa” muitas vezes o processo de trabalho e cuidado. Somados a isso temos também as urgências que chegam a qualquer hora e as demandas que precisam ser endereçadas de forma qualificada e orientada para outros serviços, uma vez que não são específicas para os respectivos serviços.

Os procedimentos burocráticos muitas vezes dão a impressão de produção de um cuidado serializado para os(as) trabalhadores(as). Numa oficina, por exemplo, em que quinze usuários participem, ao final é necessário que haja o registro no prontuário de cada um. Diante desta tarefa e de tantas outras por fazer, muitos se veem registrando frases “padronizadas” como “participou da oficina de experimentação corporal” em todos os prontuários, o que não acontece muitas vezes sem incômodo e reflexões sobre tal conduta e as possibilidades de ultrapassá-la.

P5 CAPSII/AMB: Nas três semanas seguidas eu escrevi três vezes em quinze prontuários. Quer dizer, eu escrevi quarenta e cinco vezes “participou da oficina de experimentação corporal”. E porra, não move nada né! E daí, participar é o quê? É sentar e olhar? E, de repente a pessoa levantar e sair dançando? É só a pessoa está ali caminhando pela sala enquanto a oficina acontece? ...É, a pessoa de fato fazer as atividades propostas e depois dar um retorno? Aí eu comecei a tentar escrever melhor. Tipo, a tentar observar cada pessoa e dar um retorno.

De uma maneira geral, as oficinas que acontecem nos serviços de saúde mental podem ser coordenadas por qualquer profissional da equipe multidisciplinar, e há quem defenda que os próprios usuários possam propor e coordenar tais atividades. No entanto, algumas especialidades como a enfermagem e a medicina, ainda circulam pouco por tais tarefas, o que

nem sempre acontece por falta de interesse dos mesmos, mas por serem demandados a realizarem as tarefas estritamente de suas profissões em quase toda a carga horária de trabalho. Isto diz de lógicas que ainda precisam ser superadas, de poderes e disciplinares por exemplo, e também de certa falta de flexibilização e às vezes até mesmo de autonomia de algumas especialidades para fazer diferente:

E1 CAPS III: Então, se você tem uma equipe multidisciplinar, essa equipe multidisciplinar, ela tem que agir no meu entender de forma interdisciplinar, não adianta você ter enfermeiro, médico, assistente social musicoterapeuta se em algum momento, algum não pode, eu não posso entrar numa sala que esteja sendo feita musicoterapia porque eu sou enfermeiro.

Quando falamos da complexidade do trabalho em saúde mental estamos falando especialmente da diversidade e muitas vezes gravidade das demandas que chegam até os (as) trabalhadores (as) dos serviços. Temos aquelas demandas exclusivas do trabalho, de pacientes em crise, uso de drogas, extremo sofrimento, necessidades de cuidados longitudinais, etc., e das demandas que necessitam de articulação intersetorial e em rede e que muitas vezes são endereçadas como responsabilidade da saúde mental. Os usuários destes serviços, em geral, apresentam uma série de questões, porém por terem especificidades de saúde mental costumam ser “mutilados” como se todos os outros aspectos se resolvessem com as intervenções da respectiva área. E os (as) trabalhadores (as) se veem em constante diálogo e manejo entre lógicas, discursos e modelos coexistentes e diferentes de conceber o cuidado (biomédico/manicomial/psicossocial), conforme também podemos ver em Nardi e Ramminger (2007).

E2 CAPS AD IV: Então assim, o paciente nosso de saúde mental ele tem problemas clínicos, tem tuberculose, tem COVID. O pessoal não quer saber não, o pessoal quer mandar para a gente. Se é doído eles não querem...né?(risos). Se tem problema ortopédico, se não tem quem cuidar? Quer mandar pra saúde mental. Então a gente tem que tomar muito cuidado para não entrar naquele local que o manicômio já cumpriu em outros momentos, né? Então é isso, a demanda vai só aumentando. Então, assim, eu acho que essa coisa precisa ser mudada. Se eu pudesse mudar eu mudaria, porque isso tem impacto na assistência. Fica um trabalho muito

mais pesado, muito mais complexo, de coisas que não necessariamente a gente foi organizado para fazer. Teria que ter outra organização, né?

Os profissionais que ocupam cargo de chefia expuseram que apesar de terem uma carga horária formal de trabalho acabam sentindo que trabalham vinte e quatro horas por dia, todos os dias da semana, uma vez que quando surge qualquer intercorrência, mesmo aos finais de semana e feriados, são acionados para resolverem. Além disso, possuem um trabalho em grande parte burocrático. Porém, apesar de tudo referente à saúde mental passar por eles no fluxo cotidiano de trabalho, sentem que sua autonomia para planejar, decidir e executar é sempre relativa tendo em vista que tais atividades precisam da autorização final de seus diretores, secretários e outras hierarquias. De modo geral as decisões não são suas, fica a seu cargo ser o subsídio técnico e teórico para as tomadas de decisões por outros:

***P2 Coordenação MSM:** Como você está em um cargo de chefia, um cargo de gestão, final de semana, feriado, o WhatsApp está sempre ali apitando, né! É... e é um trabalho que tem uma carga burocrática muito grande. Então eu passo grande parte do meu horário de trabalho atrás do computador, é... em reuniões, fazendo relatórios, é... respondendo demandas judiciais. É... fazendo, levantando, levantando e monitorando indicadores, fazendo planejamento.*

Colocaram ainda o quanto que percebem que a saúde mental é preterida mesmo entre os gestores, e o quanto reconhecem que o próprio trabalho trouxe uma sensibilização maior no município em que atuam e hoje enxergam maior espaço e visibilidade, especialmente após a pandemia: ***P2 Coordenação MSM:** Talvez a minha principal função é dar visibilidade para saúde mental [...] E acho que a pandemia também trouxe muito isso. Acho que as pessoas estão olhando mais, estão dando mais importância, estão dando mais valor e acho que saúde mental tem tido uma visibilidade maior.*

Algo muito presente na rotina dos profissionais é a falta de veículo e recursos para fazerem visitas domiciliares e reuniões de rede, discussões de caso em rede. Para fazer o trabalho acontecer, muitas vezes usam seus próprios recursos sem qualquer ajuda de custo ou reembolso.

De acordo com o nível populacional temos redes robustas, cheias dos variados serviços de saúde e saúde mental, tais como CAPS I, II, III, IV, AD e/ou infantojuvenil, ambulatórios de saúde mental, Residências Terapêuticas, Centro de Convivência, Unidades de Acolhimento, etc., no entanto os cenários de RAPS e os parâmetros populacionais para a formalização dos serviços no Ministério da Saúde parecem estar em defasagem em relação as realidades e demandas que pudemos conhecer. Todos os profissionais colocaram o quanto a demanda recebida em seus serviços é maior do que conseguem administrar um cuidado psicossocial com qualidade.

É comum e recomendável que as equipes dos serviços façam reunião pelo menos uma vez por semana, o que sabemos que nem sempre acontece, a depender algumas vezes da forma de condução do processo de trabalho do coordenador. A reunião é um espaço rico de trocas de saberes, de planejamento do trabalho, de discussão de casos, de educação permanente e até mesmo de cuidado da própria equipe. Ela tem uma função estrutural que é a comunicação entre pares e de gestão para os profissionais, no entanto, nem sempre essa última via de comunicação acontece, o que faz com que as equipes se sintam longe dos processos decisórios e fiquem de alguma forma cada vez mais “passivas” nestes processos decisórios mais amplos, mesmo quando convidadas a participar.

***P2 Coordenação MSM:** Então, a gente teve situações assim, da gente convidar as equipes para participarem e ver as equipes, é num processo de uma certa passividade mesmo, né? Então, é, eu acho que é um grande desafio, porque a gente tenta. E daí, tem a questão da comunicação, né? Então, por exemplo, eu faço reuniões periódicas com os coordenadores dos CAPS. E daí, a ideia é que eu passo para eles nas reuniões, eles passem para as equipes, mas nem sempre isso acontece. Os CAPS, todos os CAPS tem reunião de equipe semanal. Todos os CAPS têm reunião semanal de equipe. É, mas, não sei o quanto essas reuniões são, é, operativas. Às vezes, a gente percebe que tem falhas na comunicação. A comunicação, ela não chega até o profissional que está na linha de frente.*

O fato das equipes serem compostas por profissionais de várias áreas e formações (terapia ocupacional, enfermagem e técnicos, medicina, psicologia, serviço social, etc), e

buscarem trabalhar na lógica da multi, inter e/ou transdisciplinaridade⁵ (SAMPAIO, 2007; PASSOS, BARROS, 2000) foi colocado como algo que contribui para a criatividade no trabalho e para a resolutividade dos projetos terapêuticos – ferramenta vista como norteadora do trabalho e que deve transcender às questões de queixa-conduta uma vez que esta não finda nunca, sempre se transforma em outras queixas e demandas. Tais questões corroboram com o que é exposto em Mângia e Barros (2009), sobre as potencialidades e desafios do trabalho e cuidado a partir da construção de PTS:

TO3 Coordenadora CAPS II: É uma equipe bem, assim, de multidisciplinaridade, transdisciplinaridade. É uma equipe bem robusta assim, tem profissionais de diversas categorias. Então isso ajuda a gente a ser mais criativo. A gente vai pensando diversas maneiras em conjunto. A gente tem um instrumento que é norteador, que é o projeto terapêutico - projeto terapêutico singular – que é um desafio. A gente está hoje num momento que é muito de falar que a gente tem que seguir um instrumento, um instrumento não só de queixa-conduta, porque eu acho que, acho que tem uma grande questão no CAPS, que é um risco [...] Então, hoje a gente está num momento de tentar olhar para os projetos terapêuticos, para os PTS, para fora assim, do CAPS.

Existem municípios que possuem espaços operativos de participação, controle social e tomada de decisão coletiva como os Comitês Gestores, e ainda Fóruns de saúde mental. Entretanto, essa ainda é uma realidade longe de ser hegemônica quando olhamos para o contexto geral da RAPS e do SUS. De modo geral estes dispositivos iniciam de forma engajada, mas se desarticulam com o tempo, o que traz para a gente o desafio de repensar formas de fortalecimento e mobilização dos mesmos.

As ações de educação permanente, cursos e capacitações são reconhecidas por todos como fundamentais, porém escassas. As equipes organizam-se como podem para realizarem atividades de educação permanente diante da falta de recursos destinada as estas. A supervisão clínico-institucional também é algo escasso e desenhado por todos. Quando ela está presente

⁵ Passos e Barros (2000) discutem o conceito de transdisciplinaridade apoiando-se em contribuições como as da filosofia de Gilles Deleuze e a biologia da autopoiese de Humberto Maturana e Francisco Varela. Expõem que uma clínica transdisciplinar é aquela que borra suas fronteiras disciplinares e as relações sujeito/objeto: “A noção de transdisciplinaridade subverte o eixo de sustentação dos campos epistemológicos, graças ao efeito de desestabilização tanto da dicotomia sujeito/objeto quanto da unidade das disciplinas e dos especialismos” (p.76).

geralmente acontece durante as reuniões de equipe e até mesmo de rede e itinerante pelos serviços para discussões de casos, por exemplo. A pandemia alterou bastante essa rotina, tendo em vista a impossibilidade dos encontros coletivos presenciais, porém é algo que já tem sido retomado. É importante mencionar aqui que estes espaços de reflexão e discussão do trabalho permitem uma certa ventilação nas práticas e modos de conduzir o cuidado em saúde mental e não tê-los coloca as equipes no perigo de produzir com a sua própria atividade aquilo que é um dos motivos da sua existência – combater lógicas e práticas adoecedoras, violadoras, tutelares e manicomializantes. Conforme podemos dialogar com Leitão e Avellar (2020), a supervisão clínica-institucional é vista como um espaço que ajuda a sustentar e potencializar as discussões sobre o trabalho, bem como um espaço que dá visibilidade e escuta para elementos da clínica e também para as angústias dos (as) trabalhadores (as).

O vínculo com os usuários é uma das principais ferramentas de trabalho, ele possibilita importantes manejos terapêuticos, principalmente porque geralmente o acompanhamento em saúde mental é um acompanhamento longitudinal, de vida. Dentre os relatos nos foi exposto o quanto que percebem que até aqueles usuários mais “independentes” muitas vezes vão ao CAPS todos os dias, por exemplo, apenas por terem uma referência, um ponto de apoio e de vínculo.

Alguns disseram que às vezes chegam a acordos e conclusões sobre problemas do trabalho, porém no fluxo cotidiano não são colocados em prática. Ficam com a impressão de que a equipe em si acaba fazendo os combinados, mas não “compra a ideia” e/ou investe por estarem todos muito cansados:

***P10 Emergência Psi:** Sabe? Então, eu acho que o problema não é nem propor, o problema é a equipe comprar aquela ideia e investir. A impressão que dá é que às vezes está todo mundo meio cansado e aí não vê aquilo que está errado, que já foi discutido, quer fazer alguma e olha e não faz, sabe?*

Trabalhar na saúde mental implica lidar cotidianamente com questões como a “guerra às drogas” e as diversas formas de preconceitos e discriminações. Para os profissionais comprometidos com o processo e conquistas da Reforma Psiquiátrica, implica fazer frente com o próprio trabalho às investidas de modelos manicomializantes, buscando não construir brechas para o fortalecimento da existência destes serviços através do SUS. Em consonância com isso, é

sempre um trabalho militante também, e este muitas vezes contribui na construção de sentido do trabalho técnico.

A atenção à crise impõe as equipes a reestruturação imediata do trabalho, o que traz inúmeros desafios. Foi-nos colocado, por exemplo, as dramáticas (Schwartz; Duc; Durrive, 2010b) que as equipes de CAPS II (que não tem leitos) enfrentam. Diante da crise, precisam reorganizar as atividades cotidianas como oficinas, articular a possibilidade de acolhimento em leito na UPA, em urgências e emergências ou em outro CAPS, bem como manter uma rotina de visitas e acompanhamento para que a processualidade do cuidado e do trabalho desenvolvido com o usuário não se perca.

TO3 Coordenadora CAPS II: Então, se a gente tem alguém que acabou indo para UPA por exemplo, nós tentamos estar lá todos os dias. Se está num CAPS, num outro CAPS, a gente tenta estar em contato com a outra equipe todo dia e tentar estar o máximo possível com o usuário lá. Porque, para não ser um rompimento. Quando a pessoa está em crise ser um rompimento do cuidado, sabe? E é isso. Exigindo toda uma dinâmica da equipe né, de reestruturar, porque não é uma coisa que está posta. É diferente de um grupo, que tem toda quarta-feira, a gente pode ter 5 crises no dia. Então, é preciso se organizar para sair correndo, para ir para a casa da pessoa, para ir para a UPA, enfim.

Na crise ou nas urgências e emergências, os profissionais se veem diante de debates de normas e decisões a serem tomadas rapidamente, que trarão efeitos em todo processo de cuidado da pessoa em questão. Precisam decidir se vão conter e como conter, se vão medicar e como farão isso, como proteger o usuário, os profissionais e o patrimônio público, como não expor a pessoa se ela estiver muito violenta ou nua.

E3 CAPS AD IV: Sabe que é um serviço de emergência que pode ter uma agitação com paciente algemado que chega. Ou um paciente que chega quebrando tudo. A gente deixa o que está fazendo para proteger o paciente, e proteger os funcionários e proteger o patrimônio. É uma tríade difícil porque eu também não posso deixar o paciente depredar o patrimônio, porque eu preciso do patrimônio para trabalhar. Eu não posso deixar o paciente bater no técnico de enfermagem, porque eu preciso da enfermagem para trabalhar. E eu não posso

deixar o paciente quebrar tudo e bater nos outros porque isso depois ela vai ficar mal com isso também. O paciente ele vai lembrar disso depois e vai ficar mais chateado e vai se expor.

A atenção à crise está em crise! Esse é um grande nó cotidiano do trabalho em saúde mental. Percebemos que nem mesmo os profissionais dos serviços de emergência psiquiátrica versam tranquilos sobre o assunto. Ao contrário, apontam o quanto ainda precisamos ultrapassar lógicas que originaram a reforma psiquiátrica, hospitalar, com foco na remissão de sintomas. Como exposto em Oliveira *et al.* (2020), a emergência em saúde precisa avançar nos processos de formação e educação permanente para que possamos de fato ter uma atenção à crise mais humanizada, menos médico centrada, mecanicista e coercitiva, especialmente quando falamos da emergência em saúde mental em serviços como o SAMU:

P3 Emergência Psi: *Mas pô, quando eu cheguei na emergência eu vi o quanto essa questão da atenção à crise está em um modelo muito hospitalar. Tipo, os próprios CAPS estão reproduzindo uma lógica às vezes até manicomial. A gente fala tanto né “ah, antimanicomial e tal”. Cara, o que a gente está fazendo?! O que é a crise? A crise é apartar sintoma? Claro, não vou deixar o cara se machucar, machucar as pessoas e tal. Mas a crise é isso? Sabe, o que é a crise hoje? Quem não está em crise, o país está em crise! Se a gente não ampliar essa dimensão, sabe, sair do individual, vai afundar. Vai afundar adoecendo enquanto trabalhador, vai afundar porque vai perder o que tem de mais caro nessa proposta da reforma psiquiátrica, da reforma sanitária, que é justamente essa dimensão da coletivização, de criar, de romper com certos paradigmas. E eu realmente acho que a gente está num momento perigoso, sabe, que tudo isso está muito perdido no meio dessa lógica de tudo isso que a gente está vendo e vivendo.*

Os municípios pequenos, com população inferior a 15 mil habitantes, só podem formalizar os CAPS I, conforme a portaria 336. Diante dessa situação, as equipes que atuam nestes dispositivos são demandadas a trabalharem com todos os públicos que necessitam de atenção em saúde mental (crianças, jovens, adultos, idosos, pessoas em uso problemático de substâncias). Este é o verdadeiro “CAPS tudo!”, conforme uma de nossas entrevistadas. Sua equipe, na medida do possível, busca se subdividir em miniequipes “temáticas” para que consigam dar melhor qualidade ao trabalho e cuidado ofertado. Estas subdivisões também

buscam, na medida do possível, atender as preferências e afinidades de cada profissional com os respectivos públicos atendidos, como uma forma de garantir algum “conforto” e melhor uso do seu corpo-si e inteligência prática. Infelizmente quando isso não é possível a percepção dos (as) trabalhadores (as) é que o trabalho fica na dimensão do senso comum, com pouca destreza e manejo técnico.

Dentre os participantes da pesquisa, tivemos o privilégio de conhecer a experiência de um deles de compor com a gestão de transição de um hospital psiquiátrico para hospital geral, no contexto da pandemia. Em seu relato estiveram os desafios de fazer uma transição responsável, chegar em uma equipe com o trabalho completamente especializado em saúde mental e promover transformações para um trabalho mais clínico geral, em plena situação de emergência sanitária. O desgaste, estresse e sofrimento com tal transição parece ter tomado sentido diante da visualização das mudanças.

EF GESTORA: *E uma equipe extremamente especializada, muita gente manicomial, e você vem e “agora não vai ser mais hospital especializado não. Vai ser hospital geral”. Então assim, foi um rompimento de paradigma, que foi difícil, desafiador, mas isso me mobilizou no sentido de que: a gente consegue! A gente consegue. Entendeu?*

O trabalho nos CAPS i é voltado para a infância e a juventude, o que implica a construção de um cuidado atravessado por várias questões e intervenção de outros serviços e setores específicos como conselho tutelar, escola, instituições de acolhimento, uso de substâncias psicoativas, a lida com os responsáveis, a necessidade de um trabalho mais lúdico. Diante de toda complexidade, os profissionais demarcaram a importância de uma atividade embasada em saberes práticos e acadêmicos, bem como na troca entre os mesmos para não pautarem suas práticas nos saberes e crenças do senso comum (ex: todo louco é perigoso e precisa ser contido; todo “drogado” é vagabundo). Além disso, apontaram que existem manejos diferentes de acordo com cada caso, tipo de sofrimento, subjetividade, usuário e seu contexto, o que se coloca como infinitas e singulares possibilidades de intervenção.

P7 CAPS Infantojuvenil: *E aí tentar entender esses processos de adoecimentos, sabendo que tem manejo clínico específico para cada natureza de adoecimento. E intervir pautada nessa direção, de que há um manejo clínico para você atuar num grupo de adolescentes que tem*

transtorno, grupo de adolescentes com problemáticas com a lei, com o uso de substâncias psicoativas. Então são outras, são outras possibilidades de intervenções, e, opostas. Porque no que você precisa permitir dar vazão à palavra, a deixar esse outro.... como é que digo, sair da situação de isolamento, como os autistas, por exemplo, as psicoses precoces. Mas, no que um você tem que expandir para o convívio, no outro você tem que fazer algumas restrições, e saber como fazer, porque a problemática com a lei remete a um outro entendimento, também a uma outra forma específica de intervir. E pode atender... a todos - o serviço -mas tem que ter essa compreensão.

O cotidiano dos serviços, em muitos casos, é de precariedade, escassez ou falta de recursos materiais para o desenvolvimento do trabalho. Este é um fato que traz sofrimento por um lado e por outro acaba produzindo certa naturalização nos profissionais. Em alguns casos, mesmo tendo profissionais qualificados e supervisão, o trabalho fica restrito em suas possibilidades, decisões e recriações. Os profissionais se veem diante de dramáticas e debates de normas (SCHWARTZ; DUC; DURRIVE, 2010b) entre ofertar o que tem, ou não ofertar e confrontar a maquinaria política-institucional que produz tais situações, para assim se posicionar contra a mesma.

P8 Profª. e supervisora: Minhas últimas supervisões eu falava isso “Pessoal, vocês podem ser maravilhosos, mas o serviço está detonando”. Teve um dia que não tinha...um CAPS AD 24h, que não tinha toalha para tomar banho. Eu falei “Vocês não fecharam o serviço? Que isso!” A equipe começa a banalizar o horror. Não é só dentro do hospício. Uma certa naturalização da precariedade. Isso é muito violento também. Isso causa muito sofrimento. E eu vejo que algumas pessoas percebem, e outras, também porque estão muito implicadas, entendendo que ali se salva vida, que você dar acesso à uma pessoa faz toda diferença na vida...É muito difícil, isso é muito...não sabe né. Como é que faz? Fecha? Não fecha? Como é que se posiciona?

Os momentos de supervisão clínico-institucional e de educação permanente são momentos de buscar produzir sentido, de construir um trabalho mais colaborativo, de “dar uma parada na loucura”, e de certa forma, de produzir um alívio – um alívio na loucura. Também são momentos que proporcionam olhar para si, para a vida, para a própria produção de saúde e vida, o que não é confortável e simples.

P8 Profª. e supervisora: *Então, quando é que a gente discute isso? Quando é que a gente tem, quantos momentos são, que a gente tem de dar uma parada e dar um pouso? Eu acho que o espaço de educação permanente é um espaço de dar um, como diria Clarice Lispector, uma parada na loucura. “para aí, para!...” Vamos dar um alívio na loucura, né... para pensar, para cuidar...E aí produz cuidado. Mas às vezes...Mas às vezes, parar para pensar faz você fazer o quê; tudo aquilo que você está saindo correndo. Olhar o que está acontecendo com a sua vida.*

Apesar das metas por produtividade e das exigências burocráticas de registros do trabalho realizado, um dos grandes desafios dos serviços de saúde mental é o acesso à equipamentos e tecnologias da informação. E ainda, quando o acesso é existente há a dificuldade com a manutenção dos equipamentos, bem como a capacitação dos profissionais para a efetivação correta dos registros.

P4 Coordenador MSM: *Eu procuro é... trazer os recursos de TI para os serviços, através também de solicitação de despesas. É, então eu procuro cuidar pra que os serviços tenham equipamentos de TI[...] Isso parece óbvio, mas dentro da rotina do trabalho muitos serviços ainda não tem nem impressora. Isso é uma coisa, assim, fundamental. Então, parece que assim, era óbvio já ter, mas não tem [...] Internet até que a gente tem nos serviços, mas impressora não. Computador é aquela choradeira. O computador dá defeito, fica parada um tempão porque não consegue consertar.*

O técnico de referência é uma figura importante para dinamizar o projeto terapêutico dos usuários (Mângia, Barros, 2009; Brasil, 2009). Este pode ser um membro da equipe de qualquer especialidade (enfermagem, TO, psicólogo, Assistente Social, etc.). Ele acompanha e contribui mais ativamente na logística dos projetos e é responsável por otimizar essa logística no que compete a atuação e articulação de rede dos CAPS. Infelizmente em muitos momentos estes se veem solitários nestas articulações. Um dos enfermeiros entrevistados versou que até o momento, em um único CAPS, ele era referência de 32 casos:

E3 CAPS AD IV: *Muita coisa né? Então. A minha rotina é o seguinte, eu sou diarista, trabalho todos os dias no serviço, de segunda a sexta. Então eu divido essas 24 horas de segunda a sexta [...] Então hoje eu até renovei a minha planilha de casos e eu tô com 32 casos. Acompanhando 32 casos no dia a dia do meu serviço.*

Diante da sobrecarga que também percebem na Atenção Primária à Saúde, alguns profissionais reconheceram que buscam manter os usuários por mais tempo no serviço para que consigam em algum momento “serem entregues para vida”, na compreensão de que o CAPS sempre será um suporte a recorrer.

E3 CAPS AD IV: *Então, eu acabo mantendo os pacientes em ambulatório até um pouco mais para entregar eles para vida. Assim: “Se você piorar, tiver um reencontro com a droga, prejudicial, você volta”. Mas eu não encaminho para ele continuar sendo medicado na atenção primária e tal. Inclusive eu prefiro tirar as medicações. Quando o paciente está melhor, eu...Claro, isso é um ato médico. Eu não tiro medicação, mas em consenso com o paciente e com a médica de referência a gente acaba retirando as medicações, ou mesmo dando um prazo pra ele, se ele precisar.*

6.4.2 Autonomia

A discussão sobre a autonomia não deve ser compreendida de maneira simplista. Os profissionais a vivenciam de uma maneira relativa – sentem que ela existe no nível micro da atividade e no nível de um certo fazer clínico, porém em questões mais amplas do trabalho em equipe, institucionais e em rede sentem-se em alguns momentos até mesmo tolhidos. A autonomia foi discursada como algo que muitas vezes é sustentada, conquistada e validada pelo histórico da sua experiência, especialmente quando falamos das questões institucionais, em que temos uma amplitude maior das ações e articulações e setores mais elevados da hierarquia.

P1 Supervisor: *Então, eu acredito que quanto mais tempo de trabalho você tem nesse lugar, mais autonomia também você consegue, porque você já é reconhecido, as pessoas já confiam no seu trabalho, né, entendem que você tem condições de poder tocar algumas direções de trabalho.*

Alguns disseram sobre a autonomia que sentem para criar, modificar e transformar suas próprias práticas. E ainda do quanto visualizam processos inventivos, sensíveis e potentes de cuidado que escapam às normatizações/institucionalizações e até mesmo a publicização em congressos, exposições, fóruns. Falaram de uma certa beleza que é produzida em atividade e que às vezes se perde na intensidade dos fluxos de trabalho, e que poderiam ter mais espaços para serem descritas, apreciadas, discutidas, elaboradas e, de certa forma, reconhecidas e validadas pelo coletivo. Essa autonomia para inventividade engloba articulações com a rede, trabalhos com teatro do Oprimido, inclusive com temáticas críticas sobre o próprio cuidado que ofertam.

A percepção de falta de autonomia parece estar relacionada a situações de trabalho em que se valoriza ideias de certo ou errado nas práticas de cuidado, ou seja, uma lógica em que as prescrições são sobrevalorizadas em detrimento do saber prático e das inventividades existentes e necessárias diante das variabilidades e imprevisibilidades cotidianas.

***P10 Emergência Psi:** É, eu tive um lugar que não tinha nada de autonomia, era assim, a sensação e, é uma coisa interessante que isso parte da direção, né, e tinha uma coisa do certo ou errado. Então você perde autonomia porque você vai fazer uma coisa, tem sempre alguém para dizer: “está errado”. Não pode fazer assim, não. Tem que fazer assado, qualquer coisa que você faz, você tem que perguntar.*

A autonomia muitas vezes é vista como algo que é conquistado e muitas vezes sustentada, seja pela trajetória, pela “teimosia”, experiência e reconhecimento, seja pelas renormatizações e outros possíveis que os (as) trabalhadores (as) vão encontrando ou construindo no micro da atividade. Podemos dizer que por vezes a autonomia se configura pela via da afirmação de um saber – um saber clínico, um saber da prática.

***E2 CAPS AD IV:** Então assim, é um negócio que tem alguma autonomia e não tem, né? [...] Mas, sempre tem um espaço para renormatizações, para a gente dar o nosso jeitinho, levar do nosso jeito, e é isso que eu acho que me mantém, que eu acho que quanto mais esse trabalho for ficar sufocante...[interferência] cumprir todas as ordens dela eu não daria conta. A sorte que é isso. Eu acho que a equipe eu acho bem madura, e aí consegue escutar*

isso dela um pouco de... Interpretar isso um pouco de uma forma e colocar as coisas. Então eu acho que isso, assim, eu acho que tem alguma autonomia muito dentro de um saber do trabalhador mesmo, pelo que as pessoas têm da prática, da vivência. É muito nesse sentido. Ela, se pudesse ela controlaria tudo, mas ela não consegue e sofre um pouco por isso [...] Eu acho que, eu me considero com, dentre os meus colegas, o que tem mais autonomia no trabalho. Porque também eu enfrento, eu enfrento a minha autonomia né. Eu pontuo ela, eu não deixo a chefia do serviço simplesmente achar que tem que fazer isso, sendo que eu que estou ali na clínica. A chefe ela é chefe administrativa, chefe política, mas eu estou no plantão, a decisão clínica é minha.

Alguns falaram também de uma autonomia existente por desconhecimento da hierarquia, do que se pode e deve, ou não, fazer. Uma autonomia que remete novamente à conquista da inteligência prática – ou ainda, às sutilezas e destreza de um *corpo-si* em toda a sua potência de agir.

EF GESTORA: *A autonomia, pronto. É autonomia eu a gente tem. E eu acho que a gente tem, Gilmara, até porque muitas vezes quem está acima da gente não sabe nem o quê que a gente pode fazer (risos). Então é uma autonomia porque o outro não sabe, entendeu? Então a gente tem até certo ponto que não impacte, vamos dizer, na...que não incomode, que não gere ruídos na condução daquele cargo, sabe?*

Dentre as questões que atravessaram a discussão da autonomia estiveram a lógica gerencialista que tomou forte contorno em cenários com serviços administrados de forma indireta, como por Organizações Sociais, por exemplo. A lógica de controle, produtividade e resultados quantitativos foi colocada como algo que não só “engessou” os processos de trabalho como também a criatividade e inventividade dos (as) trabalhadores (as):

P3 Emergência Psi: *Se antes eu tinha liberdade, por exemplo, de propor uma oficina, de fazer alguma atividade externa e tal. A partir do momento em que o CAPS vira OS, por exemplo, isso fica mais restrito. Tem uma questão, por exemplo, de produtividade mesmo, quantos acolhimentos está fazendo. A coisa fica muito quantificável. Isso acaba de fato impactando na autonomia dos trabalhadores. A gente ficou muito mais cerceados em termos de tempo, em termos de disponibilidades, em termos de uma série de coisas para poder propor coisas novas.*

Conforme relatos, a lógica gerencialista acabou por se enraizar até mesmo nos processos e movimentos de militância da Reforma Psiquiátrica, que muitas vezes se viram buscando produzir números para de alguma forma validar seus feitos e se perdendo nos mesmos. Estes, somam-se ainda aos vínculos cada vez mais precários, instáveis e temporários, o que coloca os profissionais muitas vezes em situações vulneráveis para sustentar os embates necessários em cenários como o de desmonte das políticas públicas. Tais questões nos fazem resgatar a compreensão da ergologia sobre a atividade humana, sempre atravessada e numa constante dramática dialógica entre valores do bem comum e não dimensionáveis, do polo político, e valores dimensionáveis, do polo do mercado (Schwartz; Duc; Durrive 2010b).

P3 Emergência Psi: Mas quando eu olho para a reforma psiquiátrica como um todo, eu acho que a gente foi muito capturado também nessa lógica. É até numa coisa assim de se auto-justificar “Não, a gente tem que produzir dados para mostrar que a gente está fazendo”. E eu acho que a gente acabou caindo muito nessa armadilha mesmo [...] Eu percebo sim uma reforma muito mais engessada hoje, muito menos potente nesse sentido da dimensão do instituinte, de tencionar a institucionalidade, de criar, de reivindicar, de se politizar. No sentido de pensar, enfim, que a saúde está num contexto maior de vida, e que é necessário politizar esses espaços também. Enfim, eu vejo um esvaziamento disso tudo ao longo desses anos. E isso vai impactar também na autonomia dos trabalhadores, sem dúvida.

O cumprimento de metas e produção de resultados numéricos não foi colocado como um problema em si, mas sim a forma de condução dos processos que os geram. O que mais afeta os (as) trabalhadores (as) é o fato de tais parâmetros não serem pensados, construídos e validados de forma coletiva e participativa, para que faça sentido também para eles. As possibilidades de obtenção de tais resultados também são inúmeras, do ponto de vista do(a) trabalhador(a), porém muitas vezes as formas de cobrança os colocam modos restritos de conduzir sua atividade de cuidado:

P3 Emergência Psi: Não sei porque não são construídas juntos... O trabalhador ele de certa forma é apartado dos processos decisórios, sobre o seu trabalho. Então vira um trabalho alienado muitas vezes. O cara está ali fazendo aquela coisa...Por que eu tenho que fazer 40

atendimentos dia? Claro, tem um monte de gente para atender na vida, mas será que se eu não fizer uma oficina isso não vai impactar na vida daquele sujeito de uma forma outra? Será que se eu pensar numa meta, por exemplo, de fazer uma horta medicinal ... Minha meta pode ser construir uma horta comunitária medicinal, envolver um monte de gente, articular com a saúde da família, com CREAS, com quem queira...

A autonomia também foi exposta como uma combinação entre governabilidade e a potencialidade para fazer laços, redes colaborativas. Neste sentido autonomia é diferente de independência, ou melhor, a autonomia é entendida como conexão – quanto mais redes, mais conexões, maior a autonomia uma vez que estas ampliam suas possibilidades e seu poder de agir (Machado; Clot 2005; Clot, 2010a; Clot, 2021).

P8 Profª. e supervisora:** O que que quer dizer autonomia para mim? Onde ela vai ser conformar? [...] **Ela se junta muito com governabilidade** [...] Eu estou trazendo outra faceta da autonomia que é o grau de governabilidade que eu posso, que eu tenha autorização para ter, e mais o que eu vou fazer com ele. **E a outra, eu gosto do Tikanori. Eu uso isso até nas minhas aulas com o pessoal da fono, sobre autonomia. Ele fala “autonomia não é independência”. A autonomia é laço, então eu acho que a gente, e aí volta para aquilo que eu falei com você anteriormente, do trabalho colaborativo. Pensando nas redes, de trabalho, nas redes de aprendizagens, nas redes de produção do cuidado [...] Se você consegue estar ali em colaboração, com laços, com mais redes de trabalho, afetivas, eu acho que você consegue enfrentar melhor, reduzir o dano, nesses espaços aonde o trabalhador tem pouca autonomia.

A necessidade de politizar (ou repolitizar criticamente) os serviços, os espaços de assembleias, colegiados e ampliar a participação da população e o controle social foi colocado como urgente para uma tentativa de resgatar processos de inventividade, de resgate e fortalecimento dos valores e práticas das reformas psiquiátrica e sanitária, bem como a garantia dos direitos e autonomia, tanto dos usuários quanto dos(as) próprios (as) trabalhadores(as). Ao que parece, são questões e lutas que não podem se dissociar – qualidade do cuidado em saúde caminha junto com a qualidade de vida e trabalho dos profissionais que cuidam. Como cuidar sem ser cuidado? Como construir algo democrático e ao mesmo tempo ter metas que não foram dialogadas? Como produzir/resgatar cidadania, participação social e protagonismo do usuário

sem que isso seja vivenciado pelos(as) próprios(as) trabalhadores(as) em suas práticas? Os trabalhadores, sem dúvida desejam essa participação, esse protagonismo, essa construção coletiva do trabalho e do cuidado, mas muitas vezes lhes faltam chão firme para caminhar neste sentido. Algumas equipes conseguem sustentar tais processos muito pelo desejo, pelo esforço coletivo micro e local.

Alguns colocaram que sentem mais autonomia quando estão como técnicos de referência de um caso em questão. Nestas situações, apesar das trocas em equipe a última palavra tende a ser da referência do caso, por ter maior compreensão e intimidade com a dinâmica daquele usuário.

AS – CAPS AD II: Sim. É, no [nome do serviço], eu tenho, eu percebo que eu tenho total autonomia, A gente trabalha numa proposta de trabalho em equipe, né? Então a equipe que cuida daquele caso geralmente assim, conversa. Conversa e dialoga muito, faz bastante trocas e vamos, tipo assim, eu tenho mais autonomia quando eu sou um técnico de referência do usuário. Aí a palavra final é sempre a minha, mas, quando eu sou só integrante daquela equipe. A gente conversa e a palavra final é do técnico de referência. Eu percebo que eu não tenho entraves em relação a isso, vamos supor, se eu precisar implantar algum projeto, for viável, se tiver estrutura, tiver possibilidade, dificilmente, sabe?

Alguns entrevistados versaram sobre o quanto que os aspectos macropolíticos atravessam e impactam o micro do cotidiano de trabalho, o que vai ao encontro ao que Schwartz e colaboradores abordam sobre a atividade humana. O Brasil viveu um contexto de grandes retrocessos nas políticas públicas, bem como em valores, direitos, acompanhados de uma onda bastante conservadora com a gestão do último presidente da república. Tal fato reverberou no micro da atividade de forma que alguns profissionais sentiram uma diminuição da autonomia, do poder de agir, do poder de expressar sua opinião livremente, de posicionar-se, sem que para isso não sentissem receio de sofrerem consequências negativas no trabalho. Com tais constrangimentos, coisas simples e orientações aos usuários, como buscar ouvidorias, Ministério Público – fazer valer os seus direitos, de maneira geral - precisaram tomar novos formatos para que conseguissem continuar trabalhando. Mesmo os concursados se sentiram assim.

P6 CAPS AD/ CAPS I: *Como tudo tem a ver com a questão macro política mesmo. Eu estava pensando nisso esses dias assim. É mesmo um divisor de águas assim, o que a gente vivenciava como trabalhador antes do golpe e depois do golpe. Eu sinto isso, não tenho uma explicação teórica muito grande formalizada, mas eu sinto isso na minha experiência. Porque, mesmo como contratada em outros lugares que eu trabalhei eu sentia muita autonomia [...] E quanto que hoje em dia é difícil. É porquê...você tem que ter cuidado porque se falar mal do governo, se você falar mal do secretário, se você...sabe? [...] E o quanto que tem sido difícil, tanto para eu dizer como profissional, quanto que tenho tido que ter tato, coisa que. Eu sempre fui muito sem filtro para falar, o meu jeito é um pouco assim [...] Eu estou tendo que criar estratégias para falar coisas que são comuns de se falar; as coisas do serviço, do trabalho...questões que as vezes ultrapassam o trabalho do CAPS.*

Os profissionais que tem experiências em realidades diferentes como municípios pequenos e municípios de porte médio ou grande, colocaram o quanto sentem maior interferência no trabalho por parte dos gestores a nível de secretária de saúde e prefeitura no contexto dos primeiros. Tal interferência na maioria das vezes não é sentida como uma proximidade de apoio, ou pensar junto dialógico e horizontal. Conforme os relatos, ela é sentida muitas vezes no sentido hierárquico de controle e imposição de certas conduções e práticas. As equipes, entretanto, quando se sentem fortalecidas coletivamente confrontam as discordâncias para atuarem da forma que avaliam ser mais adequada.

AS – CAPS AD II: *Eu percebo que em [nome do município] por ser um município pequeno, onde as pessoas se conhecem. Agora diminuiu um pouco, mas assim, acho que ainda é um pouco presente, né? A coordenadora de saúde mental intervém em alguns casos, mas, a equipe sempre foi muito forte, né? Na posição do CAPS de sustentar: “olha aqui a equipe decidiu isso”.*

Uma das principais formas de mensurar a produtividade dos serviços como os CAPS são os Registros de Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS). Mesmo diante destes e dos direcionamentos a nível ministerial e municipal, alguns profissionais disseram que se sentem autônomos, ou com possibilidades de manejo e negociação para estruturar, pensar e alinhar o

trabalho. Apesar das metas, é possível fazerem escolhas de eixos norteadores do trabalho que darão prioridade para o ano, por exemplo, reabilitação psicossocial, promoção contratualidade no território, entre outros – uma gestão contínua entre os níveis de aderência e desaderência que permeiam a atividade (Schwartz, 2009).

***TO3 Coordenadora CAPS II:** Olha. Eu acho que estruturar e pensar, alinhar o trabalho, eu tenho muita **autonomia**. Assim, é muita liberdade para. É claro que tem um direcionamento né. Esse ano ainda não apareceu, provavelmente vai aparecer, mas a prefeitura vai pedindo para a gente apresentar, as metas, as metas anuais. Então, a gente que estabelece muito de acordo com a RAAS. A gente tem a RAAS que é a nossa produtividade. Como a gente lança a produtividade. E lá tem alguns, alguns direcionamentos [...] Então vem uma coisa do Ministério da Saúde já pronta, do quê que é esse tema e tal. Mas a ideia é a gente tentar se adaptar a isso, o que está muito alinhado.*

6.4.3 Articulação territorial e em rede

O coordenador/gerente/diretor de um CAPS é visto como aquele que deve direcionar o trabalho de toda a equipe, assim como organizar as questões administrativas e burocráticas. Sendo assim, atua em pelo menos dois sentidos: para dentro do serviço e com um olhar clínico e burocrático da condução e direcionamento do cuidado, e para fora deste numa perspectiva política e institucional, também de articulação de rede.

***PI Supervisor:** Então assim, enquanto diretor, né? Além dessa direção de trabalho, eu tinha também a missão de poder organizar aí, as questões burocráticas e administrativas e que diziam respeito à estrutura municipal, né? Já que a gente está falando da RAPS, trabalhava na Prefeitura do Município. Então, é no âmbito dentro do CAPS, uma atuação mais clínica mesmo, voltada para as direções de trabalho, mas, no âmbito externo essa articulação que era também, uma articulação política e também institucional.*

A atenção à crise ainda é vista como um desafio e um nó crítico do trabalho. Ainda temos uma cobertura muito baixa de CAPS com acolhimento noturno, por exemplo, e diante de algumas dramáticas impostas pela situação de crise muitas equipes não conseguem prescindir

da lógica hospitalocêntrica. A atenção à crise exige muita energia dos profissionais envolvidos, além de muitas vezes se sentirem inseguros no manejo e até mesmo sentirem medo de acidentes de trabalho, dependendo dos casos, da agitação psicomotora, dos delírios e alucinações presentes no respectivo usuário. Outros “nós” colocados pelos profissionais são o trabalho em rede e o acolhimento qualificado, que muitas vezes são postos em segundo plano diante das urgências do dia a dia do trabalho ou até mesmo por falta de espaços para refletirem a sua relevância, como os de educação permanente. Além disso, foi ressaltado a importância que precisa ser dada para a compreensão ampla do conceito de saúde e dos processos saúde-doença, bem como de produção de vida:

P9 Profª. e supervisora: Tem um outro ponto que eu acho que é crucial, que é pensar o dispositivo do acolhimento. Então, eu acho que o acolhimento é um dispositivo que dá um ritmo ao serviço e que é de uma tecnologia também muito fina. E acho que muitas vezes, talvez por uma falta de educação permanente ou de pensarmos em outros processos educacionais, entendeu? [...] Eu acho que um outro nó crítico é o trabalho em rede, justamente porque eu acho que é uma consequência, um desdobramento dessa ideia do compartilhamento. Há uma dificuldade de se compartilhar os casos, o cuidado entre a equipe, interinstitucionalmente, vamos colocar dessa forma, se exercita isso muito pouco e mais ainda para fora, com os outros trabalhadores da rede. Então, eu acho que isso também é uma dificuldade. Eu acho que um outro ponto também importante é qual é a concepção de saúde, doença? Qual é a concepção de produção de vida? Se isso entra?

A articulação territorial e em rede ao mesmo tempo que é reconhecida como algo muito necessário e potente foi exposta como algo complexo e que precisa ser fortalecido. Dentre as dificuldades destacadas está a falta de compreensão de que os casos são de todos e que na tecitura dos cuidados um serviço compõe com o outro, e não se sobrepõe ou transfere sua responsabilidade ao outro. Outra questão colocada é a percepção de que estão todos sobrecarregados, assoberbados, em situações e relações precarizadas de trabalho, o que também envolve rotatividade e perda nos acordos e saberes constituídos coletivamente. A sensação dos profissionais é, muitas vezes, de um eterno recomeço.

As articulações entre serviços, mesmo dentro da RAPS, alguns colocaram o quanto que muitas vezes funciona mais numa lógica das relações pessoais e de proximidade do que por

fluxos instituídos. No olhar da Ergologia (Venner; Schwartz, 2015), podemos dizer que são articulações que acontecem via ECRP que se formam a partir das situações de trabalho e dos desafios colocados pelas mesmas. São composições que emergem coletivamente de um uso singular e no retrabalho das normas, protocolos e fluxos formalizados:

P5 CAPSII/AMB: Acaba que, eu sinto que, as vezes é bom no sentido de um cuidado próximo, assim, a gente fazer uma rede bem quente, né. Eu sei, que se eu quero falar com o CAPS AD eu tenho que ligar especificamente para o psicólogo do CAPS AD que é meu amigo, que já tem um encontro comigo e tal . Aí , rola isso, por exemplo, as vezes ninguém conseguia falar e uma cuidadora lá do serviço conseguia falar porque ela era mais antiga no serviço e aí ela tinha já amigos nos outros serviços.

Existem muitas diferenças no cotidiano do trabalho e na condução do cuidado comparando municípios de pequeno, médio e grande porte. Dentre as diferenças está a composição da rede de serviços setoriais, intersetoriais e instituições em geral, o que possibilita aos trabalhadores(as) diferentes modos de agir e reservas de alternativas possíveis. No caso de usuários em situação de rua, por exemplo, se o município for pequeno e não tiver uma variedade de serviços socioassistenciais a equipe e os usuários ficam “descobertos” em determinadas demandas, como de abrigo noturno e outras. Muitas vezes os profissionais precisam pensar em arranjos possíveis, como leitos noturnos em hospitais ou emergências, para não desassistirem estas pessoas.

Outras questões que atravessam o cotidiano dos(as) trabalhadores(as) e que muitas vezes não conseguem lidar ou ter sensibilidade às mesmas, por dificuldades pessoais, de senso comum, e especialmente por falta de formação e atualização, estão relacionadas às desigualdades, vulnerabilidades e especificidades de gênero, sexualidade, raça, álcool e outras drogas. Alguns colocaram o quanto que percebem lógicas moralizantes ainda atravessarem as práticas de cuidado, principalmente nos casos de álcool e outras drogas, e o quanto que isso em alguma medida contribui para um cansaço e desgaste do(a) trabalhador(a). Não podemos deixar de dizer que existem muitas diferenças na lida com estas e outras questões, e práticas, a depender do porte do município, da composição da sua rede e do seu processo sócio-histórico e político, bem como do nível de privatização e forma de gestão dos serviços públicos em questão.

Alguns fizeram questão de enfatizar o quanto que o campo da saúde mental precisa aprender ainda com o campo da saúde do(a) trabalhador(a), pois muitas vezes, apesar de ser um campo de cuidado em saúde, não consegue estar sensível à saúde do seu(sua) próprio(a) trabalhador(a). Além disso, precisa ter um olhar crítico sobre a sociedade e o lugar do trabalho nos processos saúde-doença.

Nas questões infantojuvenis, pensando na interlocução com a rede, uma das coisas que mais angustia os profissionais são as demandas por diagnósticos. Os profissionais se sentem pressionados a fechar diagnósticos, o que não concordam que seja a questão principal na atenção a esta fase do desenvolvimento humano:

***F Coordenadora CAPS I:** Porque a infância, dentro da saúde mental. Em geral, mas eu acho que na saúde mental é ainda mais desafiador. Porque assim, a rede quer que você dê um diagnóstico para um sujeito que nem está formado direito ainda (risos). E aí isso é sempre um desafio. Eu vou para a reunião de rede e é o tempo todo “[nome da entrevistada], mas, e o diagnóstico?”. “Gente, olha só, a gente tem aqui um sujeito. Vamos pensar como é que a gente vai cuidar dele como sujeito. O diagnóstico vai vir? Vai vir! Vai nos ajudar a ter um melhor direcionamento? Com certeza, mas é para além disso. A gente precisa pensar o quê que dá para fazer para ele, no cuidado dele!*

Dentre os desafios do trabalho em rede ainda temos o da falta de conhecimento do papel e função dos CAPS, por exemplo. Isso se agrava diante da alta rotatividade de profissionais que vemos em todos os serviços de uma maneira geral. A supervisão clínico-institucional é vista como um dos caminhos que contribui para alinhar os trabalhos entre coordenações e equipes dos serviços.

***P6 CAPS AD/ CAPS I:** E na rede, nos outros serviços na rede eu acho que as coisas se repetem. Tem coordenações que tem pouca experiência, que estão há pouco tempo...Equipes também que acabaram de entrar, que as vezes estão em estágio probatório, que ficam com medo, que não tem muita experiência. Às vezes a gente recebe alguns encaminhamentos que pelo próprio texto do encaminhamento, pelo contexto, a gente vê que alguns setores da rede não conhecem o CAPS, vê o CAPS como um lugar de psicoterapia também. [...] Esse trabalho com a rede, esse trabalho de discutir caso, de discutir processos de trabalho. Esse trabalho de supervisão*

iria ajudar nisso, na retomada desse processo, coletivo, entre coordenação, entre equipe e gestão, porque as coisas, não só pela pandemia, eu acho que pela troca de profissionais, inclusive de gestores, acabou levando a isso.

Os(as) trabalhadores(as) buscam estratégias frente aos constrangimentos cotidianos de trabalho e da mesma forma buscam construir estratégias a nível macro. Dentre estas últimas, como exemplo podemos citar a Frente Estamira, que nasceu de um Congresso Estadual de CAPS, já no contexto dos retrocessos em 2019. Mobilizações coletivas deste tipo sofreram impactos de esvaziamento em função da pandemia, sendo sua rearticulação o desafio colocado ao momento atual. Não somente a rearticulação como o envolvimento e fortalecimento da participação dos usuários – num movimento visto como de trabalhadores(as) e usuários. Não podemos deixar de mencionar a Frente Ampliada de Saúde Mental, que também surgiu como mobilização diante do cenário de ameaças contra as portarias da Reforma Psiquiátrica.

***P6 CAPS AD/ CAPS I:** E assim, a Frente Estamira saiu desse Congresso, como uma saída para essa questão política de 2019. A gente já estava no governo Bolsonaro. A gente já estava com alguns retrocessos acontecendo, dentro dos decretos que o governo já estava colocando, algumas portarias que o Ministério da Saúde já tinha lançado. Então **a Frente Estamira ela nasceu como um movimento de resistência né. Como uma saída coletiva para esses desmontes que estavam acontecendo e que a gente poderia...o quê que a gente poderia fazer, né?** Então, essa foi a criação da Frente Estamira.*

O matriciamento é uma das ferramentas mais usadas para a aproximação e articulação em rede. É uma forma de alinhar o trabalho, construir parcerias para os projetos terapêuticos, bem como de apoio, discussão de casos, atendimentos em conjunto, educação permanente, entre outros. Dependendo do número de serviços presentes em determinado território, por exemplo de Unidades Básicas de Saúde, as equipes dos serviços de saúde mental como os CAPS se dividem em miniequipes para conseguirem realizar o matriciamento em todos eles. Uma de nossas entrevistadas expôs estratégias criadas a partir das imposições do meio colocadas pela pandemia – a estratégia “o CAPS no território”.

TO3 Coordenadora CAPS II: *A gente criou uma estratégia no ano passado, que agora acho que vai conseguir caminhar mais rápido, que foi o CAPS no território. Que a ideia... Que é isso, na pandemia a gente ficou sem grupo então deu para criar mais coisas né. A ideia é a gente tesá no território mesmo [...] Que a ideia é a gente está, dois profissionais, que passam o dia na UBS. Assim, tem os dias que eles fazem as visitas domiciliares, independente desse dia, junto com a equipe da UBS. A gente está pontuando uma coisa bastante firme que é não fazer visita domiciliar sem a UBS; não fazer sozinho [...] Isso é uma coisa que a gente definiu entre equipe porque se é um Projeto Terapêutico Compartilhado, e sempre é com a Atenção Básica, não faz sentido a gente estar sozinho no cuidado. Então a ideia é sempre ir tensionando mesmo [...] E aí o “CAPS no território” vem com uma proposta de dizer: olha, a atenção básica não dá conta desse caso. Tudo bem, então a gente está aí com vocês”.*

A parceria com a rede, por mais que existam orientações/prescrições instituídas, elas são construídas muitas vezes na singularidade do caso a caso, do cotidiano do trabalho e dos possíveis disponíveis para a ação. Em muitos momentos o profissional se vê diante de uma demanda que a rede não consegue corresponder em oferta de serviços, por exemplo em territórios com muita população em situação de rua e que não tem albergues, ou questões de uso abusivo de drogas e que não tem CAPS AD. Nestas situações os profissionais constroem a condução do cuidado com os arranjos possíveis e renormatizações necessárias, como deixar um usuário por algum período em leito para não ficar em situação rua. São dramáticas cujas saídas são construídas pautadas principalmente em valores do bem comum e que evidenciam o que a Ergologia nos aponta como debates de normas e valores na atividade (Schwartz; Duc; Durrive, 2010b). Os próprios usuários, especialmente os em situação de rua, por exemplo, acabam recorrendo aos serviços em que sabem que não ficarão sem algum tipo de acolhimento por parte da equipe.

Cabe dizer que todos os profissionais ressaltaram de alguma forma a importância e potência da RAPS, especialmente dos CAPS, mas reconheceram que os mesmos muitas vezes não funcionam em toda a sua potência por questões de falta de suporte de serviços (inexistentes) da rede, e nesta mesma linha, de falta de compreensão, falta de investimento ou até mesmo manejo e usos políticos dos serviços pelos gestores: **AS – CAPS AD II:** *Então, fica muito, muito complicado dizer que o CAPS não funciona, que o CAPS é para manter essa situação, mas, e a retaguarda que a gente deveria ter e não tem, né?*

6.5 RELAÇÕES EM EQUIPE E COM AS HIERARQUIAS E OS GESTORES

6.5.1 Em equipe

O trabalho em equipe, numa perspectiva interdisciplinar (SAMPAIO, 2007) ou ainda, numa compreensão transdisciplinar (PASSOS; BARROS, 2000), é considerado um dos pilares para o cuidado em saúde mental, conforme os princípios e diretrizes da Reforma Psiquiátrica e também na ótica de seus (suas) trabalhadores(as). No cuidado em saúde mental nós temos uma figura central para a dinamização de cada caso, que é o técnico de referência. Este técnico em alguns contextos acaba ficando muito solitário na resolução e encaminhamentos dos usuários de sua referência. No entanto, foi possível identificar algumas estratégias inventivas que são adotadas em alguns serviços e municípios para superar este impasse. Uma delas, e que é vista como positiva pelos(as) trabalhadores(as) é a referência em dupla, ou seja, dois profissionais como referência de um caso. Essa estratégia foi colocada como interessante para o compartilhar e a diminuição da solidão no trabalho. Um dos participantes pontuou o quanto que a clínica em saúde mental implica uma clínica do envolvimento, e nesse sentido, da cumplicidade da equipe.

TOI CAPS II/ CAPS AD: O trabalho em equipe, ele é fundamental dentro da minha, do meu entendimento, dentro da minha prática também. Então, todos os casos que nós acompanhamos, são sempre em dupla, né? Eu acho que isso é uma, é uma forma de valorização do trabalho em equipe mesmo, né? Porque eu já trabalhei em três outros CAPS, cujo exercício da referência de acompanhamento dos casos era uma experiência muito solitária, muito individual que a gente levava para as reuniões de equipe, ou para as supervisões alguns impasses que a gente observava ali dentro da prática clínica. E aqui em [nome da cidade] não. Aqui se impõe a necessidade de nós compartilharmos o caso sempre com um outro colega. Há a participação em equipe. Eu acho que isso também é uma outra, uma outra forma de se compreender a importância da equipe.

Uma das supervisoras entrevistadas colocou o quanto tem observado a forma violenta em que as equipes têm se relacionado. Fala da violência física e também em um sentido simbólico, de anulação, exclusão, insuportabilidade de coexistir com as diferenças, que se concretizam muitas vezes em suas narrativas, na falta de acolhimento, de compartilhamento do

trabalho. Falou da oferta de uma escuta oca que muitas vezes existe entre as equipes e que extrapola para o cuidado dos usuários do serviço.

P8 Profª. e supervisora: Sabe assim, eu tenho visto a forma violenta como as equipes de relacionam, e as vezes isso não é percebido por elas. Violência mesmo que eu tô falando no acolhimento, na narrativa, com as pessoas né, com a diferença [...] Como é que você vai exercer essa possibilidade de incluir a diferença, os diversos pontos de vista, o sofrimento, o relato do sujeito, se você não pára, nem para ouvir? Você fica com o que você acha que foi o que o sujeito falou. Você nem inclui, eu estou falando do próprio paciente, muitas vezes isso acontece. Isso é um acúmulo né, que produz sofrimento, que produz desencantamento, que produz marcas físicas, subjetivas, de sofrimento no processo do trabalho [...] Deleuze fala isso e eu acho lindo: dar língua aos afetos. A gente não dá. Aí morre de palavra sufocada. Morre de palavra sufocada não, não morre, fica doente. Fica doente, você tem um monte de piripaque. Engole tudo, engole tudo. Ou então quando sai, quando dá língua para os afetos é quase matando o outro né, destituindo [...] Como é que você vai cuidar do outro se você quase assassina, destitui o seu colega, o saber do seu colega?

Trabalhar em equipe e de forma interdisciplinar (SAMPAIO, 2007) ou transdisciplinar (PASSOS; BARROS, 2000) não é uma tarefa fácil, implica sairmos das zonas de conforto disciplinares para construirmos algo novo e em conjunto. Ou ainda, promovermos processos de diferenciações e interferências/intervenções que desestabilizam os contornos estabelecidos nas disciplinas e saberes. É um desafio inclusive formativo, tendo em vista que os próprios cursos de graduação ainda se veem em lógicas muito enquadradas nas respectivas disciplinas. Diante dos desafios que se impõem na prática surgem também os conflitos, que apesar de raras exceções, nem sempre conseguem ser resolvidos no espaço protegido da equipe. Temos vivido uma realidade de crescente processos e lógicas de judicialização da vida, em que terceiros são colocados em cena para solucionar o que no micro das relações já não conseguimos ou não nos dispomos manejar. Isso acaba por também fazer parte da realidade de algumas equipes, em que problemas de condução e conflitos de trabalho são remetidos aos Conselhos de Ética profissionais, por exemplo, para que os mesmos avaliem situações que poderiam ser discutidas, analisadas e resolvidas nos cenários de trabalho.

A atividade de supervisão clínico-institucional é sempre muito bem vista pelos profissionais. Ela proporciona momentos de pensar o processo de trabalho, pensar o encaminhamento de casos, as relações e também são vistas como momentos de formação e até mesmo de momentos de cuidado da equipe. Para os supervisores entrevistados, há uma grande preocupação em ocuparem um lugar supervalorizado e de “suposto saber”, no entanto, reconhecem a potência dos seus trabalhos. Por outro lado, utilizam-se do bom acolhimento para compor com a equipe na construção de conhecimentos coletivos e compartilhados. Neste sentido, uma boa relação com a supervisão é vista pelos próprios como aquela que promove protagonismo e inventividades na equipe, e não dependência e certa subserviência.

***PI Supervisor:** Então assim, da minha parte com a equipe, eu posso dizer que eu fui muito bem acolhido por essa equipe. O que me dá um pouco de medo assim, desse acolhimento tão lindo e maravilhoso é justamente do lugar que essas pessoas me colocam dentro dessa estrutura. E que eu, às vezes, penso que ela tem a ver com o imaginário de que a minha função de supervisor, ela possa de certa forma se sobrepor a hierarquia imediata delas para que coisas possam acontecer dentro daquele dispositivo. Então, assim, eu tomo muito cuidado com isso, eu tomo muito cuidado para não tirar essa autoridade, dessa hierarquia imediata deles, e tento, também tomo muito cuidado para não ficar nesse lugar de sujeito suposto saber. Aquele que sabe tudo, porque o supervisor clínico institucional, ele não está ali para ficar dando resposta. Eu sempre tento, né? Diante desse acolhimento, dessas equipes. Esse acolhimento, ele acaba me favorecendo a proposta de uma construção coletiva, a partir do saber que eu tenho, a partir do saber que o outro tem, nós vamos juntar um pouquinho do meu e vamos fazer um outro saber.*

Em relação a divisão de tarefas entre os componentes da equipe, para algumas áreas profissionais, como a enfermagem, a prática interdisciplinar e transdisciplinar (Sampaio, 2007; Passos, Barros, 2000) parece colocar ainda mais desafios, tendo em vista que são profissões ainda muito conectadas ao fazer biomédico. Estes profissionais, mesmo quando inclinados a clínica psicossocial, muitas vezes são convocados pelas chefias e pelos colegas de equipe às tarefas tradicionais disciplinares.

E1 – CAPS III: Você já tira a dispensação da medicação da enfermagem, bota só para administrar e eu falei [...] “O dia em que vocês entrarem na minha cabecinha vocês vão me detestar”, porque eles já estão na onda, na vibe do atendimento hospitalocêntrico, eles adoram verificar pressãozinha, temperatura, TPRTA, pulso, respiração, eles adoram, eles adoram isso. É fácil, fez aquilo, fez a tarefinha e fica parado, começa a falar do Big Brother. Não, não é para isso, não. É para ficar lá...aí fecha o posto de enfermagem. Não. O posto de enfermagem só tem que ser aberto na hora da medicação, pega a medicação e fecha aquilo e vai fazer atividade.

Conforme nos foi colocado, o fato do serviço ser administrado de forma direta ou via Organização Social parece afetar diretamente nas formas como as pessoas se relacionam e contribuem em equipe. Conforme os relatos, os profissionais geridos e vinculados por terceirizadas ou OS, em geral, apresentam posturas mais “passivas” diante dos empasses e problemáticas enfrentados nos processos de trabalho:

E1 CAPS III: As equipes, lá, vinte anos atrás, era briga toda semana na reunião clínica, mas aí você vê que a briga era para o troço funcionar direito. Hoje com as OS você não tem. Fica às vezes a reunião clínica online, quando a coordenadora termina de falar alguma coisa fica um silêncio sepulcral. Eu fico envergonhado e aí eu vou lá e falo alguma coisa, eu acabo sendo o que mais falo porque todo mundo fica com medo de se colocar e colocar em risco as suas ideias, não pode proferir, não pode falar, dizer o que pensa. Que vai comprometer, então as pessoas preferem ficar no silêncio. Aonde que isso leva o CAPS aonde?

Muitos falaram da importância do trabalho interdisciplinar, e do quanto veem sentido neste formato para o cuidado em saúde mental. Expuseram o quanto que as linhas disciplinares necessitam, inclusive, borrar e os profissionais transitar por outros campos e disciplinas.

E1 CAPS III: Então, se você tem uma equipe multidisciplinar, essa equipe multidisciplinar, ela tem que agir no meu entender de forma interdisciplinar, não adianta você ter enfermeiro, médico, assistente social, musicoterapeuta se em algum momento, algum não pode, eu não posso entrar numa sala que esteja sendo feita musicoterapia porque eu sou enfermeiro. Não, eu posso pegar um violão e tocar, já fiz isso diversas vezes. Da mesma forma,

no momento que você tem que dar uma medicação para o paciente, o paciente não quer, um funcionário que, por exemplo, uma psicóloga ou uma assistente social pode pegar aquela medicação e tentar convencer de tomar.

Mesmo na proposta do trabalho multiprofissional e inter ou transdisciplinar, como já citados, alguns trouxeram as diferenças e marcas socioassistenciais existentes e sentidas em algumas profissões. A exemplo, a enfermagem:

***E1 CAPS III:** Isso é uma forma interdisciplinar dentro de uma equipe multi, só que a falta dessa crítica que eu já te coloquei na questão anterior, essa crítica que é necessária e que falta a enfermagem, faz com que ela tenha uma posição. Como é que eu posso dizer, inferior as outras. Ela parece que é a mão de obra, é o braçal da equipe, né? E, não é, e não deveria ser, eu acho que a enfermagem tem um protagonismo muito grande à medida que fica noite, é um CAPS III, fica noite e a equipe multi não está à noite, fica final de semana e a equipe multi não está no final de semana, fica feriado e a equipe multi não está no feriado.*

O cansaço e o desgaste parecem ser ainda mais intensos nos profissionais com vínculos temporários, ou terceirizados. Estes geralmente têm uma remuneração (e direitos trabalhistas) inferior a dos profissionais concursados, o que os fazem procurar por mais de um vínculo empregatício, horas extras e outras fontes de trabalho e renda. Conforme exposto, a sobrecarga que é acarretada desse processo faz com que não consigam descansar o suficiente e sentem-se mais irritados no trabalho, e por vezes esse estado de humor interfere na relação com os colegas de trabalho.

E3 CAPS AD IV:** E aí eu fico mais desgastando, fico mais cansado, mais ... E por ficar mais cansado fico mais irritado, dependendo do que está acontecendo. E eu costumo descontar minha irritação nos técnicos de enfermagem. E nos médicos, nos colegas psicólogos, nos TOs e Assistentes Sociais. **Difícilmente eu desconto nos pacientes.** Eu tento ao máximo não, não, não... despejar a minha raiva neles, ou a minha irritabilidade, ou a minha falta de sono, ou o meu cansaço. **Mas nos coleguinhas eu costumo ser bem grosso assim.

As repostas as demandas judiciais são tarefas muito presentes e que perpassam todos os níveis, desde os gestores aos profissionais dos serviços de saúde mental. Tais solicitações em muitos casos são complexas, burocráticas, e afetam o ritmo, a rotina e qualidade do cuidado diante de um crescente de pedidos e equipes incompletas ou mínimas.

Ficou claro entre os relatos que o trabalho compartilhado entre a equipe contribui favoravelmente para a relação saúde-trabalho. O ato de fazer junto, no coletivo, ameniza o fardo até mesmo das experiências mais desafiadoras, e nesse sentido pode ser considerado um fator protetivo da saúde do(a) trabalhador(a).

P10 Emergência Psi: Sim. Todas às vezes que a gente tinha casos graves assim, tipo assim, crise, alguma coisa muito difícil acontecendo, que quando a equipe se juntou para lidar com aquela situação, a gente até comentava isso, parecia que o dia não tinha sido tão pesado, se fossem em outro, assim, passar por aquela situação sozinho, sem a equipe ter se organizado daquele jeito, como acontece algumas vezes, você sai de lá exausto. E quando a equipe se junta para fazer o trabalho, é, fica muito mais fácil, todo mundo sai melhor. Isso era até uma coisa que a gente conversava. Uma vez alguém falou: “nossa, era pra eu ter saído daqui exausto hoje e eu tô bem”. Porque a gente, a gente ficou bem, a gente, eu acho que a equipe faz muita diferença.

Conforme colocaram, as relações de trabalho muitas vezes se transformam em relações de amizade, o que pode contribuir para um melhor clima e parceria nas situações de trabalho. Neste sentido, falaram que uma equipe mais integrada tende a se respeitar e ser mais parceira entre si.

TO2 CAPS AD: É, nos dois serviços eu percebo a equipe bem parceira, porque, é, já é um serviço muito difícil né. A urgência em saúde mental é muito difícil, é muito trabalhoso, a gente recebe casos muito graves. Então assim, a equipe tem que estar muito em sintonia e acaba que, é, acaba se tornando relações. Não é que a gente tem que ser amigo de todo mundo, mas se formam relações de amizade, extra muros, extra trabalho. E isso acaba fortalecendo as relações dentro do trabalho também. A gente fica muito tempo no trabalho, mais tempo no trabalho do que em casa, com a nossa família. Então, acaba que isso é

importante para fortalecer as relações. Acho que eu digo de uma equipe integrada, que respeita, que é parceira junto, na condução dos casos. É importante.

Como o trabalho no CAPS é muito dinâmico, e é porta aberta, ou seja, o usuário pode chegar para buscar por orientações ou atendimentos a qualquer momento, as equipes, por mais que estruturam uma lógica cotidiana de funcionamento, são atravessadas por estas variabilidades que as convocam a decidir, tomar outros caminhos e renormatizar constantemente. Uma das entrevistadas fala sobre a importância da divisão de tarefas e do conhecimento e intimidade de cada um com seus colegas de trabalho para as demandas serem distribuídas da melhor forma e com equidade. Isso nos faz pensar no impacto das terceirizações e rotatividade, que muitas vezes não permite a construção dessa intimidade e modo de fazer no coletivo, desse gênero fortalecido conforme Clot (2010a).

***P10 Emergência Psi:** É, assim, no CAPS, a equipe do dia, a equipe que eu trabalho não tem equipe grande. Então, a gente vai decidindo, chega, chega uma recepção, se tem. “Ah, chegou uma recepção”. “Eu estou com não sei quantos pacientes me esperando”. Então, tá, então a gente vai vendo quem vai fazendo as coisas. Aí quando tem algum problema, vai todo mundo junto, né, quer dizer, tem os mais disponíveis. Agora, eu acho que é uma ou outra pessoa que não são disponíveis, mas a maioria é disponível. A gente divide as atividades, a gente consegue dividir e tem uma coisa que eu acho muito legal no trabalho em equipe que é saber até onde eu posso ir com a pessoa. O que aquela pessoa faz bem. Acho que o conhecimento, né, depois de um tempo. Você sabe o que você pode pedir para cada um.*

O fato de considerar estar em uma equipe boa, coesa e parceira é motivo para que os profissionais queiram permanecer em seus serviços, mesmo diante de coordenações que consideram ruins. Neste sentido, podemos refletir sobre as implicações existentes na qualidade das relações com os pares:

***E2 CAPS AD IV:** Dependendo das modificações que tiver da equipe aí talvez eu toparia sair, porque também vai muito disso, né. O local é muito legal porque...As relações, quem é que você está ali no espaço, como é que os processos estão funcionando...? Então em alguma medida os processos funcionam, com as dificuldades que tem, mas, as coisas funcionam. Agora,*

a partir do momento que essa equipe deixar de sair, os profissionais forem mudando, talvez eu não toparia ficar não.

Mesmo as equipes consideradas com um “bom funcionamento” não escapam de uma certa relação hierárquica entre os seus diversos membros e suas respectivas formações e funções, por exemplo entre os profissionais de nível médio e técnico e os de nível superior. Essa relação, de acordo com os entrevistados, também toma contornos mais evidentes ou mais brandos, conforme o perfil do gestor local. Nos contextos em que o saber biomédico é supervalorizado em relação aos outros, por exemplo, os médicos e enfermeiros são colocados em uma relação hierárquica de superioridade. Esta é uma questão que os próprios enfermeiros colocaram como ruim e prejudicial ao trabalho em equipe, colocando-os muitas vezes em situação de sobrecarga, inclusive:

E2 CAPS AD IV: Tem uma certa hierarquia. Isso é muito ruim. Eu já sinalizei isso várias vezes. Eu acho isso uma coisa contraproducente. Eu já coloquei. Eu acho que agora que elas estão se tocando e está começando a sinalizar um pouco, de esvaziar um pouco de...De poder mesmo, desse profissional enfermeiro, que eu acho que não é bom esse modelo dessa forma como é que está. Eu acho que o legal da saúde mental é isso, essa coisa um pouco mais horizontal.

O trabalho em CAPS i, que é o principal responsável pelo cuidado em saúde mental para crianças e adolescentes, convoca os profissionais a fazerem articulações com setores como a educação, principalmente para um trabalho de clínica ampliada, que busque intervir de forma preventiva, protetiva e de reabilitação biopsicossocial. No entanto, no relato que conseguimos da experiência de trabalho nesta ceara, pudemos ouvir em certo tom de lamento sobre a falta de parceria entre sua equipe em trabalhos de articulações intersetoriais, por exemplo, com a escola. São vários os pontos possíveis de análise, desde a falta de compreensão e formação para um olhar ampliado sobre a clínica que devem desenvolver, até mesmo a falta de planejamento, a burocratização e hierarquização dos fluxos de articulação de trabalho em rede, e ainda, a alta demanda que chega aos serviços para uma pequena equipe que não consegue extrapolar os próprios muros.

P7 CAPS Infantojuvenil: Então, mas nunca ninguém me acompanhou. Eu fazia sozinha assim. Sozinha entre aspas, porque eu chegava lá, fazia questão de ir em nome da minha instituição, do CAPS i. Então, psicóloga do CAPS i! Era assim, então, tinha todo um cuidado de quando falava, falava sempre na terceira pessoa e tudo para que as pessoas percebessem que eu conversava com a minha equipe de trabalho. Mas assim, não tinha esse privilégio de ter um colega de equipe junto comigo.

Trabalhar na saúde mental é também, por vezes, deparar-se com os seus próprios impasses, tabus, traumas. Trabalhar nesta área e no contexto do SUS é ir de encontro às questões de álcool e outras drogas, sexualidade, vulnerabilidades socioambientais, violências e riscos, etc. Por isso a importância de espaços de análise do trabalho e supervisão, de educação permanente – espaços de encontros e trocas coletivas relacionadas ao trabalho. Caso contrário, podemos cair na armadilha violenta de impor a nossa lógica individual de vida, normas e valores àqueles que mais necessitam do nosso olhar cuidadoso:

F Coordenadora CAPS I: A gente vai pegar sujeitos que de alguma forma, por exemplo, esse, o cara alcoólatra. Ele mexia com algo comigo que eu precisei, entender, trabalhar isso dentro de mim, para não cair no senso comum. Para não achar “ah, ele está de sacanagem. Bebe porque quer”. Então assim, a gente precisa ter muito cuidado. E infelizmente a gente tem alguns colegas de trabalho que, eles não conseguem entender isso. Olhar para o sujeito como o sujeito é e tentar ajudá-lo, no que nós podemos. É, quase que quer assim, moldar o sujeito do seu, do seu jeito. Sabe, então assim, é bem complexo. É bem desafiador mesmo.

Trabalhar e refletir sobre o seu trabalho, ainda mais de forma coletiva, é também construir conhecimentos. Nossos participantes, por sua vez, mencionaram o quanto que muitas vezes não conseguem sentar com suas equipes para sistematizarem o que fazem e o quanto gostariam e acham importante tais momentos. São momentos que de alguma forma trazem uma concretude ao trabalho “imaterial” que é o cuidado. Estes momentos também são entendidos como “momentos-espelho” para o que estão realizando, para a forma com que estão atuando e conduzindo suas intervenções, e para vislumbrarem o horizonte que almejam enquanto coletivo de trabalho. Mobilizar para que estes momentos existam foi colocado, inclusive, como desejo

de transformação no trabalho por alguns.

6.5.2 Com gestores

Gerenciar pessoas não é algo simples como gerenciar recursos materiais. Este desafio implica gerir histórias, desejos, potencialidades, entre outras questões. Implica compreender que os(as) trabalhadores(as) não são passivos(as) diante das prescrições e das situações de trabalho. E assim, implica saber que ao gerenciar pessoas gere-se gestões, numa espécie de gestão das gestões que cada um faz de sua atividade, conforme discussão já feita por (Borges, 2006). Dentre os desafios do trabalho em saúde mental e das coisas que os(as) trabalhadores(as) gostariam de mudar, caso possível, estão os próprios gestores, cuja falta de compreensão do trabalho cotidiano contribui para uma maior imposição de constrangimentos da atividade, bem como engessa processos de fortalecimento e/ou efetivação dos dispositivos da Reforma Psiquiátrica e do cuidado em saúde mental na perspectiva psicossocial. Alguns participantes destacaram em suas falas o quanto que a Reforma, em sua potência, não foi efetivada em todo território nacional, e o quanto que hoje sua normatização/legislação precisa ser atualizada para se aproximar da realidade vivida nas situações de trabalho. Neste sentido, precisamos tanto de profissionais quanto de gestores comprometidos e conhecedores da proposta, o que não vem acontecendo nos últimos anos.

TOI CAPS III/ CAPS AD: Assim, o que é difícil dentro do meu trabalho que eu talvez eu escolhesse diferente, escolheria gestores diferentes. Isso eu escolheria, sabe? Pessoas que conseguissem compreender que se nós não tivermos saúde mental, a gente não faz rigorosamente nada bem. Eu acho que a grande dificuldade talvez seja, de nós não termos na minha experiência. A reforma psiquiátrica implantada na sua completude. De nós não termos todos os dispositivos substitutivos previstos pela RAPS, né? Por toda a legislação e por nossa sensibilidade também. Acho que a legislação, ela também não tem o alcance da vida prática, mas a gente não tem.

A relação entre gestores diretos (como coordenadores) e as equipes parece ser de mais proximidade, cordialidade e cumplicidade, especialmente em cidades pequenas, em que os laços de convivência são ainda mais estreitos. Esse diferencial traz efeitos também para as

práticas e a qualidade das relações entre todos. Além disso, tivemos situações de municípios que tem como prática a eleição democrática dos seus coordenadores de serviços, com a participação dos profissionais e usuários.

Uma situação muito presente é a interferência de interesses políticos na composição das equipes dos serviços. Não é incomum que pessoas sejam transferidas de serviço, ou ainda outras sejam inseridas sem qualificação e formação para atuar nos serviços. Isso nos convoca a pensar nos valores que circulam e dramáticas (SCHWARTZ; DUC; DURRIVE, 2010b) cotidianas vivenciadas. No caso do trabalho em saúde mental essa questão é ainda mais alarmante, por se tratar de atividades de cuidar, relacionais, e de pessoas muitas vezes fragilizadas, em crise, com violações de direitos.

***PI Supervisor:** É, um exemplo muito interessante que acontecia era quando, por exemplo, chegavam funcionários encaminhados pelos vereadores. E aí assim, a gente não tinha, a gente olhava para pessoa e via que aquela pessoa não tinha perfil nenhum para o trabalho em CAPS AD, né? E que inclusive a pessoa, que eu já passei por situações em que a pessoa levou um susto quando chegou no CAPS. Falou assim: “É aqui que eu vou trabalhar”? Falei: “Oh, é pra cá que ele te encaminhou. É aqui mesmo que você vai trabalhar”. E assim, ao invés de brigar, ao invés de bater o pé, né? Eu sempre tive essa visão: “bom, vamos lapidar”. Vamos lapidar e vamos ver o que vai ser possível.*

Uma grande dificuldade e conflito se instalam quando a equipe se vê coordenada por pessoas que não vivenciaram o processo de Reforma Psiquiátrica. Faz parte da realidade de alguns cenários o “aproveitamento” de profissionais egressos de processos de trabalho manicomial. A grande questão não está neste fato, mas sim na escassez de educação permanente, supervisão clínico-institucional e formação de uma maneira geral para estas pessoas.

Alguns entrevistados trouxeram exemplos do impacto dessa falta de compreensão do cuidado em saúde mental por parte dos gestores e de como precisam se posicionar diante de tais equívocos:

***EI CAPS III:** É...eu estava recém-chegado, foi na primeira reunião, eu escutei dela e da gestão, da gestora, da coordenadora que os homens da enfermagem, que não eram muitos,*

tenham que ser divididos, distribuídos para ter um homem em cada plantão. E aí eu perguntei: “por quê”? “Não, porque a figura do homem, não é? Traz uma respeitabilidade, o paciente respeita”. Eu falei: “não, perai está errado, como é que vocês estão trabalhando a figura masculina, essa masculinidade? Eu acho que vocês estão trabalhando, isso aí é, quer dizer que eu tenho que usar a minha masculinidade para intimidar o paciente? Para ele ficar quietinho? Para ele respeitar? Se eu estou usando a minha masculinidade, intimidação é uma forma de agressão e é crime”.

Algumas experiências demonstraram a existência do controle social nos processos de decisão e construção da política de saúde mental nos níveis municipais. Entretanto, não sem apontarem que temos muito a avançar, tendo em vista que em muitos momentos o poder popular e do controle social ainda está longe de ser soberano na condução das nossas políticas públicas:

P2 Coordenação MSM: O Plano Municipal de Saúde para dois mil e vinte dois, dois mil e vinte três, dois mil e vinte e quatro e dois mil e vinte e cinco. É, a parte de saúde mental, a gente construiu com a participação do Fórum de Saúde Mental, com a participação do comitê gestor, então a gente fez uma discussão bem coletiva desse plano municipal de saúde mental, né? Então foi bem legal a maneira como isso foi construído... Mas também na hora que chegou lá no gabinete da secretaria da saúde, algumas coisas eles mudaram (risos). É, mudaram pouca coisa, a maioria se manteve, mas tiveram coisas que eles mudaram. “Não, isso não vai rolar. Ah, isso vai”. Então, é, enfim. É uma coisa muito maluca, né? Porque assim, é você tenta fazer, mas tem uma estrutura que ainda é muito hierárquica, é muito centralizada. Então, essa questão aí ainda patina muito.

O trabalho dos gestores a nível de coordenação municipal dos serviços de saúde mental é bastante burocrático. Dentre várias atividades estão presentes: monitorar e orientar sobre os fluxos de documentos e de trabalho, encaminhar e receber ofícios, relatórios, participar de reuniões em diversos níveis de discussão e decisões, articular a rede a nível de gestão, acompanhar os indicadores do processo saúde-doença, especialmente os relacionados diretamente com a saúde mental, como o de suicídio.

P2 Coordenação MSM: Então, lá na secretaria da saúde, eu trabalho com mais duas pessoas.

Então, tem uma funcionária administrativa, que ela me ajuda na parte burocrática, né? Então, fazer ata de reunião, ofício, relatório, é, resposta judicial. A gente tem uma demanda muito grande de pedidos judiciais. Então, as respostas que a gente tem que fazer para o juiz e tal, organizar agenda, organizar as reuniões. Então, tem uma funcionária administrativa que me ajuda nisso, que me ajuda muito. E tem uma assistente social que me ajuda com algumas questões de articulação com a rede. A gente faz um trabalho de monitorar as notificações de tentativa de suicídio. Então, ela ajuda em algumas coisas nesta linha. É, mas é uma equipe muito pequena, né? É, mas já é um ganho enorme que eu tive, porque quando eu comecei era só eu. Então isso foi, foram coisas que fui ganhando ali com o tempo. É, agora eu trabalho muito próximo com os supervisores dos CAPS.

Alguns gestores entrevistados pontuaram o quanto buscam em meio as burocracias cotidianas estarem perto das equipes, dos coordenadores de serviços e até mesmo dos usuários. Reconheceram a importância das trocas e contribuições dos(as) trabalhadores(as). No entanto, cabe dizer que, apesar de existir a aposta de trabalho em equipe de forma horizontal e cogestiva, não podemos deixar de mencionar o quanto o saber e o poder biomédico ainda se impõem em muitos cenários. Não é raro que as equipes, por exemplo, façam suas reuniões de discussão de casos e de processos de trabalho sem a participação dos respectivos. Até mesmo os gestores puderam apontar os desafios que ainda encontram nessas relações:

P2 Coordenação MSM: *Mas aí, eu trabalho muito próximo dos coordenadores dos serviços e também tem o comitê gestor. Então, tem esse contato próximo. Também tem algumas dificuldades. Por exemplo, o meu contato com os psiquiatras costuma ser muito difícil. É, porque eu já tive, já teve, inclusive, **alguns movimentos ali de psiquiatras que não concordavam com o fato de eu estar na coordenação, por eu não ser médico.** Então, assim, meu contato com os psiquiatras é mais difícil. Mas eu tenho alguns psiquiatras com quem eu tenho um diálogo muito bom. Inclusive, tem uma psiquiatra que me ajuda em projetos. É... Matrciamento, a gente começou a fazer uma equipe de intervenção à crise no domicílio, é... no modelo lá do diálogo aberto. Ela me ajudou.*

Alguns relatos expuseram experiências bacanas de parceria com a gestão, e o quanto foi gratificante e até mesmo de reconhecimento do(a) trabalhador(a). Poder sentar nas mesas

decisórias, ser ouvido e ter seu discurso em alguma medida validado.

P9 Profª. e supervisora: *Então, por exemplo, lá no Rio Grande do Sul, eu fui trabalhar em uma gestão maravilhosa, do ponto de vista da gestão, eu nunca vivenciei isso, de você sentar com o secretário, a área técnica, eu não tinha nenhum cargo de hierarquia, era a área técnica sentar com o seu secretário, a sua secretária e dizer, "olha, nós estamos com essa situação e precisamos disso, disso e disso. Temos isso, isso e isso e estamos propondo isso, isso e isso, e precisamos disso de dinheiro", e ponto. E nós íamos discutir.*

Esteve em cena a discussão sobre a militância coletiva, e o quanto que hoje ela está esvaziada; sobre o retrocesso que sofremos, e a necessidade de resgatarmos e repensarmos as formas de articulação e luta.

P8 Profª. e supervisora: *É, e você consegue fazer o trabalho fino da clínica, no cotidiano, da convivência, das circulações na cidade, porque você tem um corpo mais liberado para cuidar disso. Então, eu acho que já falei muito, são coisas que permeiam, mais um ponto, eu acho que tem uma geração, hoje, que é muito pouco militante, no sentido de pensar o campo da saúde mental, assim como o Sistema Único de Saúde, como movimento, como uma militância também, como algo que não está dado. Tanto não está dado, que sofremos um retrocesso. Então, eu acho que é isso, e eu penso que esse caráter mais de uma certa ética, de um certo ethos militante, de uma certa ética militante está muito esvaziado. Ou isso aparece quando é no sentido da manutenção do emprego, porque eu acho que está tudo tão precarizada, que a discussão é em torno disso.*

Na fala abaixo, uma das supervisoras entrevistadas coloca o quanto visualiza que para algumas situações no micro da atividade as equipes são protagonistas nas tomadas de decisões, e da mesma forma, em outras situações não se autorizam, como diante da atenção à crise. A mesma expõe seu olhar sobre a problemática, e um dos fatores, além da dificuldade real com o manejo da crise, está o pouco compartilhamento do cuidado e a sobrecarga que percebe nos(as) trabalhadores(as):

P8 Profª. e supervisora: *Olha, eu acho que tem alguma coisa dos trabalhadores que é*

ambivalente. Por exemplo, eu tenho muitas vezes as equipes, formalmente, elas ficam muito à mercê de serem mandadas, vamos dizer assim, de serem dirigidas. Isso é uma coisa. Só que também tem uma outra coisa, por isso que eu estou dizendo que é ambivalente, elas também operam em um outro plano. Em um plano de que elas vão fazer aquilo que elas entendem. Então, que é uma forma de lidar com as dificuldades, como o clássico: paciente em crise, quebrando tudo, está lá a referência na cena, com o usuário, chama o SAMU e o restante da equipe está lá em cima, atendendo ou evoluindo. É o clássico. Então, assim, o que eu quero dizer um pouco com essa imagem, mesmo entendendo que o gestor do serviço entende que uma das funções do CAPS é a atenção à crise, é um dos pilares, e ele determina isso, por outro lado, a equipe, por ter dificuldades, opera de um outro jeito. É a micropolítica. Vai operar de um outro jeito. Por isso que eu estou dizendo de um ponto de vista formal, é muito difícil, por exemplo, você ter uma equipe que com certo amadurecimento, lá no cotidiano, por exemplo, está lá. E, vamos supor, que eu tenha duas ou três situações de crise muito intensas, é muito difícil você ter uma equipe que decida, em uma mini reunião, "olha, nós vamos dispensar. Nós tínhamos, sei lá, três oficinas, um atendimento, que vamos deixar de fazer hoje para cuidar, vamos fazer uma avaliação de risco aqui e agora, em ato, e vamos ver o que fazer". É muito difícil. E isso produz, tem a ver com compartilhamento, tem a ver com a sobrecarga dos trabalhadores, entendeu?

Foi colocado o quanto que temos CAPS funcionando de formas variadas, uns com mais articulação territorial, outros mais ambulatoriais e como o gestor ou coordenador da equipe interfere nesse estilo, tendo em vista ser o responsável pela condução geral do processo de trabalho. Isso nos faz refletir da importância de termos líderes de equipe conhecedores e comprometidos com os princípios e diretrizes da Reforma Psiquiátrica. O coordenador é de alguma forma o fio condutor do trabalho em nível de equipe e articulação externa, “ele dá o tom”, conforme foi colocado.

P8 Profª. e supervisora: Eu acho que outro ponto também – eu falei um pouco da gestão – é da direção clínico/política do trabalho. Então você pode ter serviços – pensando no Brasil – você pode pensar serviços que terão uma prática muito mais voltada para o território, para a cidadania, para a produção social, de outro real social. E isso dá muito trabalho. E outras direções, que é uma redução ou uma estabilização de sintomas e sinais. Então muitas vezes,

serviços de saúde mental que operam um pouco, talvez, numa versão mais melhorada dos ambulatórios lá dos anos 80, por exemplo. Ou ainda, dos hospitais dias, que nós pensamos, historicamente falando.

Não podemos deixar de dizer que o trabalho dos serviços territoriais, como os CAPS, terá uma certa estilização (Clot, 2010a) conforme a dinâmica de cada território inserido. Dentre as ferramentas para o cuidado em saúde mental estão as articulações possíveis com outros serviços e setores. Sendo assim, são infinitas as possibilidades de configurar um PTS (Mângia; Barros, 2009; Brasil, 2009), por exemplo, levando em consideração a configuração das equipes, que também podem ser variadas, e dos dispositivos à disposição.

Uma questão importante colocada por uma das supervisoras clínico-institucionais é sobre as demandas recebidas – na maioria das vezes pelos gestores – e a intervenção que será ofertada após a análise dessa demanda. Ela traz nas entrelinhas da sua fala como um ponto crucial a importância das normas e valores que sempre estarão em jogo nessas negociações e o quanto que o supervisor precisa alinhar o seu trabalho de forma coerente e ao mesmo tempo transitando entre as demandas das equipes e dos gestores, numa constante dramática de usos de si por si e pelos outros e espiral entre os níveis micro e macro das atividades em jogo. E assim, construir a sua própria atividade como uma composição de todos, balizada pelos seus princípios e valores éticos, estéticos, técnicos e políticos. Nas palavras da entrevistada, o trabalho do analista institucional “*é de tentar produzir no outro o seu protagonismo*”, e neste sentido sua atividade é um veículo para repensar, fortalecer e contribuir na transformação das atividades de outros. O supervisor disponibiliza seu corpo, sua inteligência prática, seus modos de andar e renormatizar para construir junto com os outros novas formas e poderes de agir.

P8 Profª. e supervisora: *Eu trabalho em territórios muito diversos. Em redes muito diversas. E assim, eu acho que tem uma coisa clara: não dá para o supervisor institucional trabalhar numa parceria – eu vou chamar uma parceria crítica – com o coordenador e o gestor daquele serviço se não tem ali um alinhamento, isso vai estar fadado ao fracasso. Eu acho que isso bate também no meu percurso formativo. Então pensando aí no meu percurso formativo, não é possível, por exemplo, você fazer um trabalho que seja de produzir alguma coisa, atender à encomenda exclusiva de um gestor. Isso não é possível. A depender da encomenda então, é impossível mesmo. Então, na análise institucional nós trabalhamos com uma coisa chamada:*

*encomenda e demanda. Então, as pessoas que nos procuram vão trazer uma encomenda. Normalmente quem nos procura é o gestor e identificou esse e esse problema e tal. Eu tenho uma encomenda. Mas quando você vai lá para o território, para o mundo do trabalho, para a micropolítica dos encontros, você vai ver que são outras demandas ali. E aí, muitas vezes, a demanda da equipe é outra. A demanda dos usuários é outra. A demanda e a formulação do que é cuidado é outra. E aí o que se faz? **Então muitas vezes o operar a mudança é operar nas equipes, mas é também operar num certo modo de gerir. E aí você vai construindo isso com muita delicadeza. E aí eu acho que têm elementos transferenciais que contam mesmo também, de confiança [...] Então cada trabalhador é protagonista da sua própria atividade. E você como protagonista, enquanto supervisora, promove, constrói junto este protagonista. De alguma forma, você é afetada e afeta a produção de protagonismo.***

Uma gestão/chefia centralizadora é vista pelos profissionais como dificultadora do trabalho e das relações entre a equipe. De modo geral o perfil da hierarquia é algo que contribui fortemente para o grau de envolvimento dos(as) trabalhadores(as) em equipe, conforme pudemos observar. Uma gestão muito hierarquizada e centralizadora de alguma forma inibe o movimento de querer contribuir e participar dos profissionais. Em algumas situações, quando possível, é motivo de pedidos para transferências de serviços.

P10 Emergência Psi: Já tive um lugar que eu trabalhei que era, aliás, mais de um lugar que eu trabalhei que a hierarquia assim, as chefias eram muito difíceis. Eram muito centralizadoras, pouco clínicas. Então, isso era bem difícil assim, isso dificultou até, num lugar, dificultou até a relação entre a equipe, porque parecia que com alguns profissionais, os profissionais mais antigos não eram bem vistos pela direção que eu acho que tinha problemas. Era uma pessoa meio grosseira, meio. E outro assim, então, eu acho que as pessoas acabavam umas brigando, assim entre as pessoas, ficou meio que a equipe antiga e a equipe nova.

A relação gerente/coordenador e equipe foi destacada como uma relação de poder, que demarca o conflito capital x trabalho, mesmo nas relações de mais parceria entre ambos. Alguns expuseram que já ocuparam o lugar de gestão e optaram por sair diante das dramáticas da atividade (Schwartz; Duc; Durrive, 2010b) e do lugar que ocupa um gestor, mesmo o de saúde

pública.

E2 CAPS AD IV: Eu fui do movimento estudantil, tenho uma atuação política...Então sempre pensei em outro...né, nessa perspectiva capital e trabalho. Eu não consigo não visualizar, colocar que aquilo ali aparece. Aquilo ali em alguns momentos, principalmente de conflitos, isso aparece claro né. E aí, quanto a uma posição política e ética, eu me posiciono enquanto trabalhador, sabe? E eu comento isso com todo mundo. Eu falo assim, que [...] Aí quando a pessoa vira gerente, a pessoa vira gerente! Ele vira o patrão, é o patrão, galera! Pode ter o nome gerente, pode achar que por estar no serviço público é diferente, mas não. Assim, tem relações ali de trabalho muito duras e as pessoas topam isso.

Mesmo diante de gestões centralizadoras, em alguma medida, os profissionais buscam dar o seu próprio “tom” ao trabalho. Como sabemos, é impossível e *inviável* (SCHWARTZ, 2010) estar em uma situação de completa reprodução das normas e prescrições. Os profissionais estão a todo momento avaliando, tomando decisões e percorrendo caminhos possíveis diante das variabilidades e infidelidades do meio, bem como das normas e valores presentes em cada situação:

E2 CAPS AD IV: No meu trabalho tem 4 enfermeiros, alguns enfermeiros com mais de 10 anos de formação, sendo que, eu sou o mais novo enfermeiro na saúde mental...A maioria deles tem quase 10 anos de saúde mental [interferência] tem mais de 20 anos de formação e de saúde mental. É um pessoal que tem muita, assim, sabe do que faz, assim. São bons profissionais, reconhecidos pela rede, não só no serviço. Então muitas vezes é isso assim, ela pede algumas coisas, algumas coisas a gente faz, algumas a gente não faz. Outras a gente vai fazendo dentro do que a gente acha que é o correto a fazer, dentro da leitura que a gente faz também porque é isso né. Ela...tem gente que tem mais de 20 anos que está na assistência, entendeu? Às vezes ela quer interferir em algumas coisas da assistência que não diz muito a ela e é de uma forma muito equivocada.

Alguns entrevistados versaram sobre situações delicadas e até mesmo de desqualificação e assédio que vivenciaram nesta relação equipe e gestores. Situações em que diante dos desafios do cuidado em saúde mental foram silenciados e chamados de incompetentes, por exemplo, o que foi relatado em tom de ressentimento tendo em vista que

muitas vezes as dificuldades da equipe estavam relacionadas às próprias condições de trabalho e falta de profissionais suficientes para os encaminhamentos adequados.

P5 CAPSII/AMB: Eu já vi a nossa equipe também, assim, ser chamada de incompetente pela gestão, porque “ah, vocês não estão sabendo lidar com esse caso”. Principalmente em relação aos casos judicializados, assim. Então, em relação à determinados casos, era uma imposição, assim, de cima. Principalmente esses casos que tem complicação ou que envolviam internação ou justiça, né, alguma complicação desse tipo, ou em relação a ouvidoria.

Tivemos relatos que expuseram estratégias inventivas para a produção de cuidado compartilhado quando os espaços normatizados e oficiais não funcionavam, como as reuniões de equipe e de discussão de casos – dispositivos de trabalho em que muitos médicos, por exemplo, não costumam comparecer:

P5 CAPSII/AMB: Na minha experiência, não funcionou nos espaços oficiais. Todas as vezes que eu quis discutir, por exemplo, um caso com o médico, não rola. O médico não vai na reunião de equipe...é, se combinar também de discutir, chega atrasado...ou caga mesmo. Agora...eu tive muitas experiências, de tipo assim, o médico estar lá atendendo e acabou de atender uma pessoa e eu entrei no consultório e falei “Doutor, olha só, eu preciso de um atendimento, porque eu preciso...” Assim, zoando mesmo. “Oh, eu também preciso de um atendimento porque eu preciso discutir, fulano não tá legal. Acho que pode ser medicação...E está apresentando esse e esse sintoma...O que a gente pode fazer?” E, no miudinho a gente foi conseguindo estabelecer isso, mas, muito atravessado.

Muitas vezes é na extraoficialidade que a riqueza da parceria, do acolhimento entre os pares diante da dureza da rotina e os combinados que sustentam o trabalho cotidiano em equipe acontecem. É na construção diária dos possíveis e da articulação das ECRP.

P5 CAPSII/AMB: Entre a gente, eu senti que funcionava muito assim. É, o trabalho era em equipe porque se eu atendesse uma pessoa que ficasse desesperada, que ficasse me sentindo muito mal, eu ia tomar um café na cozinha, conversar com a galera que estava lá tomando um café...Ou ia sentar lá na sala dos profissionais e eu ia, sei lá, comer alguma coisa, beber

uma água, conversar...Em equipe a gente funcionava muito bem nessa extraoficialidade, mas nos espaços determinados dificilmente. Principalmente quando envolvia a gestão participar.

Em consonância com o exemplo acima, tivemos relatos em que o contexto dos grandes eventos esportivos no Brasil foi motivo para desapropriações em grandes cidades, e com isso situações em que mesmo diante de explicações técnicas e de saúde por parte da equipe de CAPS pessoas foram retiradas violentamente de suas casas. Uma situação em que os valores de mercado são colocados como prioridade, mesmo que isso afete a saúde e vida de uma população. Situação ainda que impactou os profissionais envolvidos, que tiveram seus saberes e práticas “atropelados” por diversas forças, poderes e interesses na contramão do que estavam priorizando em suas atividades.

P3 Emergência Psi: *Resumindo a gente fez um laudo super técnico, super embasado falando que ela não precisava de internação, e nem de CAPS, na verdade. Que podia estar lá sendo assistida e tal, mas que não era uma indicação. Eu sei que 3 dias depois ela foi retirada a força pela Assistência, não é Assistência Social não, tinha uma secretaria de ordem pública que existia. Acho que voltou agora com essa gestão.*

Esse modelo hierarquizado, endurecido e pautado pelo capital é visto pelos profissionais como algo que dificulta o trabalho em saúde mental, na lógica das políticas públicas, da garantia de direitos, e é até mesmo contraditório à perspectiva de cuidado almejada pelas reformas sanitária e psiquiátrica. Os retrocessos vividos nos últimos anos são reflexos dessa lógica e impactam diretamente nos modos de trabalhar, nas dramáticas do uso de si por si e pelos outros vividas pelos profissionais (Schwartz; Duc; Durrive, 2010b), e assim, na relação saúde-trabalho:

P3 Emergência Psi: *Mas isso não é dialogado. As coisas chegam de uma forma muito vertical, que tem a ver com essa lógica de sociedade que a gente está. De um modelo de gestão que é hierarquizado, que é endurecido, que é muito atravessado pela lógica do capital, da individualidade. Então acho que isso é um dilema pro campo da saúde mental, é um dilema pro SUS, é um dilema...A gente está vivendo um monte que, cara, é muita porrada, é muito desmonte, contrarreformas, contrarreforma da saúde mental e tal.*

Uma gestão muito hierarquizada, muito verticalizada, acaba por tirar a autonomia e a iniciativa das equipes para a resolução de situações corriqueiras. Conforme os relatos, nos cenários em que a gestão tem esse perfil os profissionais muitas vezes aguardam as ordens “de cima” para agir em conformidade e não criarem indisposições. Isso acaba acontecendo, inclusive, em situações de participação em eventos da área ou mobilizações militantes pela área. Os profissionais acabam não se autorizando a participarem ou falarem do próprio trabalho, pedindo assim permissão/autorização aos seus gestores e coordenadores, ou em alguma medida, apresentando isso como justificativa tanto para a participação quanto para a não participação. Na condução dos casos, muitas vezes os profissionais acabam buscando também essa aprovação nas tomadas de decisões, tanto da hierarquia quanto dos pares, como forma de legitimar suas ações.

P6 CAPS AD/ CAPS I: Como eu te falei que as coordenações estão muito hierarquizadas, as pessoas as vezes acabam tendo um movimento como se elas trabalhassem numa empresa. Então elas estão ali, esperando a ordem do coordenador, do que ele tem que fazer. E às vezes é por um básico, tipo, eu fiz um acolhimento, o que que eu vou fazer com esse caso? Ele vai ficar no CAPS? Eu vou encaminhar para algum lugar? Tem pessoas que tem dificuldade até nisso, assim, que ficam esperando a fala do coordenador, do que que ele tem que fazer, do que que ele pode, do que que ele não pode. Aí leva para a reunião, aí discute em reunião, aí às vezes ali consegue sair alguma coisa, mas a palavra do coordenador tem um peso muito grande, por quê? Pelas questões de hierarquia né...

Dentre as coisas que mudariam para melhorar o trabalho está justamente a forma hierarquizada que em muitos lugares ele acontece, transformando-a em mais horizontalizada. Os profissionais expuseram o quanto isso dificulta o trabalho. Reconhecem a importância de ter alguém à frente, especialmente da burocracia e para pensar os orçamentos e planejamentos mais gerais, entretanto o que está em análise em seus relatos é o modo, a maneira como muitas vezes as coisas são conduzidas e realizadas.

Uma de nossas participantes versou sobre a capacidade que todos os profissionais têm de gerir, mesmo no nível micro da atividade, e a importância da construção de um caminho do meio (possível), crítico, reflexivo e construído na interferência entre os saberes e valores dos

diferentes atores envolvidos no cuidado em saúde mental. Fala da importância da construção de espaços em que essa diversidade de discursos, saberes, valores e práticas possam circular.

P7 CAPS Infantojuvenil: Quando eu digo a capacidade de gerir é exatamente dessas pessoas poderem ir administrando, fazendo circular palavra, saberes, construções, transformações, invenções, criações, reinvenções. Dizer e redizer sempre sobre o que faz, como faz, e tentar disso articular com o que vem de lá do nível central como demanda, exigência mesmo de cumprir metas, de produção de trabalho, de atendimento. Mas nada impede de a gente poder ver de uma forma crítica, reflexiva, o que a gestão central nos coloca como paradigma, modelo de intervenção, modelo de trabalho. Eu acho que com o saber que a gente tem a gente pode questionar, a gente pode interrogar, mas pra que dali possa sair um novo dizer. Tanto de mim quando eu questiono, como lá do meu gestor maior quando ele tá me colocando, me convocando a trabalhar naquela direção. Mas que se possa criar espaços aonde esses dois discursos possam circular, mas num movimento de construção de um saber, de um saber-fazer. E sem perder de vista qual é o nosso objeto de intervenção, que são pessoas que sofrem.

Dentre as falas dos coordenadores entrevistados estiveram os desafios das relações e da gestão de pessoas. Estes colocaram o quanto acham difícil manter as equipes unidas e motivadas, principalmente diante de situações precarizadas de trabalho, de poucos recursos e disponibilidades orçamentárias. Expuseram algumas estratégias que lançam mão para tornam a comunicação melhor e o trabalho mais coeso. Podemos citar a participação em reuniões de equipe, colegiados, conselhos e assembleias dos serviços, conversas individuais e coletivas de *feedback* sobre o trabalho da equipe e da atuação do próprio coordenador, seminários internos e momentos de cuidado do cuidador.

TO3 Coordenadora CAPS II: Acho que o coletivo é importante pra desenhar o que a gente pensa da unidade, mas o individual também me ajuda a dar uma lapidada, sabe assim, de...deixa eu entender se você tá entendendo. É...o que você não tá entendendo às vezes as pessoas não conseguem colocar no coletivo também [...] No individual eu consigo pescar isso melhor, assim, vamos dizer [...] A gente usa um instrumento que até a própria OS, até a própria OS pede, que são os *feedbacks* individuais, e eu sempre fiz, que pra mim faz bastante sentido. Eu acho que me aproxima mais das equipes, sabe?

Um dos coordenadores municipais de saúde mental expôs o quanto enxerga o seu trabalho como de “meio de campo” – um lugar de mediação entre os desejos, necessidades e interesses do secretário de saúde e outros gestores e os(as) trabalhadores(as) dos serviços da RAPS local. Expressou o quanto busca ser porta-voz das equipes **P4 Coordenador MSM: Então é essa, é esse meio de campo aí. O lugar de mediador das necessidades de uns e de outros.**

Apesar da marcante rotatividade de profissionais nos serviços de saúde mental, o mesmo não acontece com as funções de coordenador em alguns municípios em Minas Gerais, por exemplo. Conforme relatos, temos realidades em que esta função é ocupada pela mesma pessoa há mais de uma década, o que não é bem avaliado pelos profissionais que atuam nos serviços, tendo em vista lógicas que se institucionalizam na condução e modo de ofertar cuidado em saúde mental, bem como na relação que aquela pessoa que a ocupa tal função estabelece entre seu trabalho e sua vida como um todo.

E3 CAPS AD IV: Então, a minha chefe ela é gestora. Há mais ou menos 12 anos que ela é gestora [...] E ela, por incrível que pareça, é a única gestora que troca de CAPS. Os outros permanecem nos seus CAPS. Um CAPS mais próximo de nós ele ficou por 17 anos com o mesmo gestor. O outro CAPS mais próximo de nós, que é da mesma regional, ele está há 19/20 anos com o mesmo gestor. Isso é péssimo do ponto de vista da importância clínica, importância até profissional mesmo do serviço. O serviço se torna uma extensão da moradia do gestor.

As hierarquias são vistas e respeitadas muito mais de forma administrativa do que clínica. Muitos profissionais mencionaram que a relação especialmente com a hierarquia direta, como os coordenadores de serviço, se dá de forma respeitosa e colaborativa. No que tange às intervenções clínicas da condução do processo terapêutico a experiência de cada profissional impõe o tom e os mesmos buscam expor mais suas opiniões e conduzir da forma que acham mais pertinente em cada situação, justificando com o seu saber-fazer as condutas adotadas. Neste sentido, parece prevalecer nestes casos o poder ético e político do saber-fazer, do *corpo-si* e sua inteligência.

E3 CAPS AD IV:: Então, eu não tenho problema com hierarquia, assim. Eu obedeco. Administrativamente eu obedeco, clinicamente eu não obedeco. Quando o meu chefe vem me

questionar uma conduta clínica, eu simplesmente falo assim “Oh, eu acho que tinha que ser assim e pronto”. É uma decisão clínica, não é uma decisão administrativa.

A questão da baixa remuneração, comparada a quantidade ou ao excesso de trabalho também atinge as funções de coordenadores. Os CAPS, por exemplo, possuem várias modalidades, conforme seu público-alvo, sua capacidade de atendimento, etc. Conforme sua especificidade há também a equipe mínima, e nesse sentido o número mínimo de profissionais sob a gestão de um mesmo coordenador. No entanto, o que observamos é que, em algumas realidades, tendo uma equipe de oitenta ou de cento e oitenta profissionais sob sua responsabilidade o coordenador de ambos os serviços recebem a mesma remuneração.

Na avaliação de alguns trabalhadores(as), a forma centralizadora e hierarquizada de um coordenador conduzir o trabalho muitas vezes se dá pela insegurança e medo de perder o controle e a conduta. Por isso, preferem cercear o trabalho coletivo, “colorido” e mais autêntico dos profissionais, o que traz peso para a experiência destes, a ponto de alguns pedirem para sair dos serviços: ***E3 CAPS AD IV: “Eu acho que o serviço ele seria bem mais autêntico e bem mais leve se tivesse menos intervenção da gestão. Mas, eu acho que é conjuntural também. Eu acho que isso vai passar. Entretanto, os bons profissionais estão pedindo para sair”.***

O espaço semanal de reunião de equipe é de grande importância para a condução de casos, planejamento e decisões sobre o trabalho da equipe. De modo geral, tivemos relatos que apontaram para uma necessidade de resgate da legitimidade desse momento e tivemos outros que apontaram o quanto valorizam o mesmo e o quanto em suas experiências ele é potente, democrático e participativo. É um espaço geralmente muito demandado pelas equipes, e que contribui para a construção de práticas co-gestivas e colaborativas.

AS – CAPS AD II: A diretora, ela está há um ano lá, ela não tinha experiência nenhuma, a diretora do CAPS, não da coordenação de saúde mental. Então ela, não tinha experiência nenhuma da Saúde mental mas, ela a gente construiu com ela, né? Essa ideia de decisão da equipe de não ser a decisão de um, né? Então ela entrou nesse, nessa forma de gerir, de enxergar. Então, ela também é super assim, parceira também. Tudo é discutido na reunião de equipe, decidida na reunião de equipe e assim, dificuldades tem, né? Com aquelas pessoas que se recusam a participar da reunião de equipe, que aí não participa das discussões e depois faz algumas, algumas manobras fora daquilo...

Os profissionais relataram ser colaborativos com o trabalho em equipe. No entanto, sentem-se incomodados quando percebem que o trabalho não está distribuído de forma equânime e quando percebem que suas sugestões não são ouvidas. Nestes casos costumam se afastar e evitam contribuir além do que julgam essencial: ***E3 CAPS AD IV: Então, aquele colega que já começou há muito tempo, que já me perguntou e eu fiz um cálculo para ele diferente do que ele tomou a decisão, e ele continuou tomando a decisão errada e dando resultado errado, aí eu não me intrometo mais não.***

6.6. RECONHECIMENTO NO E PELO TRABALHO

“A autonomia e o reconhecimento também acho que andam um pouco juntos. Te reconhecem, te dão mais autonomia. Quando eu não tinha os dois, era bem adoecedor” (P10 Emergência Psi).

O reconhecimento é algo importante na dinâmica sofrimento e prazer no trabalho, contribuição/retribuição. É algo que contribui na produção de sentido e na transformação do sofrimento criativo. Ele pode se dar de várias formas, entretanto cabe dizer que aqui não estamos falando de um elogio à pessoa trabalhadora, por exemplo. Conforme teóricos como Dejourn e Gernet (2021) o reconhecimento de utilidade e beleza do trabalho realizado, para além do reconhecimento financeiro, estão dentre as formas mais importantes na dinâmica contribuição e retribuição do trabalho. Diante disso, nas linhas que seguem apresentaremos as questões pertinentes ao reconhecimento no trabalho em saúde mental, a partir dos(as) trabalhadores(as) participantes da nossa pesquisa.

Diante das falas, foi possível compreender que para os profissionais a autonomia e o reconhecimento caminham juntos. Sentir-se autônomo nas decisões e processos da sua atividade e no trabalho com sua equipe remete também à uma percepção de ter algum nível de reconhecimento. No entanto, cabe colocar que autonomia não significa aqui um vazio de normas e direcionamentos. Em nosso entendimento implica sobretudo poder se colocar, expressar, renormatizar e atuar pautado nos valores e normas coerentes com a Reforma Psiquiátrica. Implica ter poder de agir e transformar no coletivo e em rede, e coexistir em suas diferenças.

6.6.1 Pelos gestores e hierarquias

A maioria dos profissionais disse não se sentir reconhecido pelos gestores e hierarquias, tanto do ponto de vista simbólico, afetivo, quanto do ponto de vista financeiro, concreto e objetivo. Sentem que muitas vezes o reconhecimento chega mais de pessoas de fora dos municípios, do que de dentro. Muitos se sentem, inclusive, subutilizados, diante do conhecimento e experiência que possuem e da pouca valorização e reconhecimento do seu saber-fazer, da sua inteligência prática. Alguns acreditam que essa falta de reconhecimento pelos gestores pode vir em algum sentido da falta de conhecimento e compreensão do trabalho e suas respectivas responsabilidades.

TO1 CAPS II/ CAPS AD: Então, é sim e não, né? Do ponto de vista assim, macropolítico, não. Eu acho que eu ganho muito menos do que a minha responsabilidade me convoca. E eu acho que isso resulta disso, não é? Do não entendimento por parte de gestores em relação também [...] Eu vejo muita gente fazendo coisa bacana. Então, acho que como a gente escreve pouco, fala pouco disso, isso é pouco conhecido. Então, eu acho que a consequência natural disso é que os gestores não valorizem tanto.

Outros apontaram que o(a) trabalhador(a) ser mal remunerado e ter suas condições de trabalho precarizadas já diz de uma ausência de reconhecimento e valorização, e como certas formas de gestão não se preocupam com o cuidado e a qualidade de vida, saúde e relações dos seus funcionários:

P8 Profª. e supervisora: Eu vou fazer certa licença poética aqui: reconhecimento como valor. Então realmente, você tem redes na rede, onde o trabalhador é extremamente explorado. Esse reconhecimento/valor é inexistente. Inclusive se opera muito numa certa “descartabilidade”. Às vezes o trabalho é tão precarizado, o trabalhador fica ali num certo lugar, que ele é descartável. Inclusive é uma fala muito comum, de muitos gestores: “você não quer? Tem um monte que quer.” Então não interessa se o indivíduo fez um bom trabalho. Não interessa o reconhecimento ali, por parte dos usuários. Não interessa [...] Quando os trabalhadores são silenciados, quando são assediados, quando tem pouco espaço de discussão. Eu acho que

são formas de não reconhecimento e de desvalorização. Uma que passa pela remuneração, outra que passa por essa relação – vou chamar – mais democrática nos processos de trabalho.

A falta de reconhecimento pelos gestores é sentida de diversas formas, dentre elas está a baixa remuneração, as condições precárias dos contextos de trabalho, vínculos precarizados, a falta de autonomia e relações muito verticalizadas, o assédio moral, a culpabilização do(a) trabalhador(a), a desvalorização dos saberes e práticas dos(as) trabalhadores(as).

E2 CAPS AD IV: *Então, por exemplo, eu estava dormindo, eu trabalho à noite. Eu dormi praticamente 2 anos no chão. A gente estava dormindo no chão, assim, no final já estava tendo barata. Então [interferência], num lugar com luminosidade, com muito barulho, sabe? Poxa, já trabalho no sistema de vigília porque a qualquer hora pode chegar o SAMU, ainda deitado no chão, [interferência], com poeira, barata. Então assim, eu acho que isso é uma falta de reconhecimento, assim, de entender que trabalho é aquele, que condição é essa que eu estou ofertando, né?*

As formas de desvalorização geralmente estão combinadas. A financeira, por exemplo, traz “de carona” lógicas de privatização, terceirização, subutilização do(a) trabalhador(a), ausência de planos de carreira, cargos e salários. Os profissionais pontuaram o quanto o trabalho em saúde mental exige de investimento afetivo, corporal, subjetivo e também de formação, e o quanto não sentem que o retorno destes investimentos vem das gestões. Cabe mencionar que, conforme Trevisan e Castro (2016), as condições de trabalho e salário estão entre as principais fontes de insatisfação do(a) trabalhador(a) da saúde mental, sendo este crescente a medida em que o grau de escolaridade aumenta. Esta questão corrobora com o que é colocado por Gonçalves et al. (2016), somado ao fato de que estes profissionais também estão mais propensos ao desgaste, conforme o nível de escolaridade aumenta.

P3 Emergência Psi: *Olhando para o que eu fiz, para a minha trajetória, e olhando para o que eu ganho hoje, por exemplo, trabalhando na prefeitura, depois de 10 anos. Eu “Cara, tipo, não dá né!”. Acho que eu estou em um momento da vida que eu preciso construir algumas outras coisas. Não vou ficar mais 20 anos, até eu aposentar, nessas condições, ganhando isso. Então outras coisas começam também a ter outro peso. Eu acho que é um sentimento de*

desvalorização muito grande depois de todo esse tempo no SUS. Isso é ruim. Tipo, depois de tanto investimento “putz, não tem o mínimo de reconhecimento. Estou passando de novo por um desmonte de serviço. Se eu continuar aqui quantas vezes eu vou viver isso ainda?!”. E acho que tem uma coisa, e aí falando muito enquanto servidor estatutário também, é de que nessa lógica toda da terceirização, privatização, qual o nome que a gente dá, a gente vai sentido que os servidores vão ficando cada vez com menos lugar, cada vez sem lugar na rede.

Do ponto de vista dos gestores intermediários (os coordenadores de serviços, por exemplo), estes colocaram que, apesar de acharem que deveriam ser melhor remunerados esta não era uma situação tão alarmante quanto para as equipes em geral. Sobre o reconhecimento de uma forma global expuseram que este geralmente vem das equipes e dos usuários e familiares. Ter uma equipe em sintonia e motivada para o trabalho é um dos aspectos que os sinalizam de um trabalho bem feito por eles. Ter usuários e familiares participando de espaços coletivos de decisão, discussão, etc., também. Outra questão interessante, e que de uma maneira geral os participantes colocaram, é sobre como se sentem reconhecidos “de fora”, quando por exemplo alguém conhece o seu trabalho e lhe convida a participar de eventos, palestras, pesquisas, e neste sentido sentem e possuem um reconhecimento social.

Apesar de desejarem mais reconhecimento financeiro, os relatos aparentam quase uma resignação diante da conformação do SUS. Os(as) trabalhadores(as) reconhecem a falta de planos de cargos e salários no SUS e lógicas (privatizantes) muito presentes que fragilizam ainda mais o vínculo entre eles. Alguns colocaram que até sentem constrangimento e evitam falar sobre o seu salário:

E3 CAPS AD IV: Então é isso. E eu acho que eu sou respeitado na clínica, pelo que eu faço. Tanto pelos colegas de nível superior, quanto pelos colegas de nível médio [...] Tá. Então, reconhecimento financeiro não tenho né. Igual eu falei, sou contratado e eu me sinto prejudicado no meu salário, assim, meu salário é muito baixo. Eu tenho até vergonha de falar quanto eu ganho. Quando as pessoas perguntam quanto eu ganho eu falo assim “oh gente, eu não falo quanto eu ganho não. Eu ganho o mínimo pra não passar fome”. Eu falo assim.

6.6.2 Pelos pares

Dentre as principais formas de reconhecimento (Dejours; Gernet, 2021) sentido pelos profissionais de saúde mental está o que vem dos pares de trabalho. Esta percepção parece ser ainda maior entre aqueles que têm mais experiência.

TOI CAPS II/ CAPS AD: Agora com relação aos meus colegas sim, eu acho que essa percepção, eu não sei baseada em quê, mas eu acho que as pessoas me respeitam sim. E os usuários também, os usuários pela relação de proximidade que se institui, pelas muitas criações que eu te falei, que eu me vejo convocado a fazer.

Quando perguntados se viam relação entre ter ou não reconhecimento e os processos saúde-doença no e pelo trabalho colocam que sim, que ele contribui para fazer circular bons afetos, vínculos, tão necessários para o cuidado e o trabalho em saúde mental, e ainda, para encaminhar o processo de trabalho:

*TOI CAPS II/ CAPS AD: Ah, eu acho que sem dúvida. Sem dúvida, deixa eu pensar aqui. É, eu acho que sim, porque, não sei. **Eu acho que a gente vive uma clínica dos afetos, os corpos precisam de outros corpos para se comporem. Na medida em que eu não visibilizo isso, eu acho sim que é muito necessário o reconhecimento para a gente encaminhar os nossos processos de trabalho. Ainda mais assim, no campo que a gente atua, que é muito difícil, né? Produzir qualquer tipo de prognóstico.***

Há aqueles que, mesmo não sentindo o reconhecimento financeiro, sentem-se reconhecidos pelo estilo de trabalho que possuem e que se identificam. Podemos assim pensar que o reconhecimento (Dejours; Gernet, 2021) de alguma forma atravessa e compõe com a subjetividade do(a) trabalhador(a); a sua presença norteia, “baliza” e reforça (ou não) características e estilizações dos(as) trabalhadores(as).

*PI Supervisor: Eu vou usar uma frase que, assim, quase todo mundo usa comigo. “A forma leve como eu levo o serviço”. Então assim, eu me sinto reconhecido nisso, eu posso não ser reconhecido financeiramente, mas, **eu sou reconhecido pela leveza que eu vou levando a***

direção de um serviço, a coordenação de um serviço. É interessante, né, que eu estou tendo essa experiência aqui agora em [nome da cidade] e as pessoas daqui também falam a mesma coisa e elas não conhecem as pessoas do Rio com as quais eu trabalhei nos últimos 16 anos.

Tivemos aqueles que falaram de um certo autorreconhecimento, do trabalho bem feito (Clot, 2010a), que condiz com o que acreditam e por isso é fonte de certo orgulho e sensação de estar fazendo o correto, em consonância com seus valores e normas apreendidos:

E1 CAPS III: Eu me sinto primeiramente reconhecido pela minha consciência. Nosso cérebro, você é psicóloga, você sabe muito bem que ele é um analista de realidade, ele interpreta a realidade, te bota na frente, você está vendo. Então assim, se eu quero mudar o que eu julgo estar errado, eu tenho um objetivo interno, eu quero mudar para melhor, eu tenho um pouco de vaidade, todo mundo tem, vaidade é natural, não é? Eu tenho um nome a zelar, eu já, meu nome é conhecido na saúde mental, as pessoas antigas, que trabalharam comigo, me reconhecem como enfermeiro, que lá atrás já fazia reforma psiquiátrica, porque tem enfermeiro lá atrás que adorava amarrar e medicar. Eu não era essa pessoa, não é? Então assim, o primeiro reconhecimento é meu mesmo de querer.

Há aqueles que se sentem reconhecidos por terem visibilidade no trabalho, por conhecerem muitas pessoas e serem conhecidos, por estarem muitas vezes em lugares e funções de representatividade. E assim, de certa forma, terem um reconhecimento social, o que também é uma via de mão dupla entre ser reconhecido e exposto positivamente e/ou negativamente. De maneira bem interessante também falaram do quanto ser conhecido/reconhecido pelo trabalho que se faz traz um certo poder ao profissional, que nomeou de poder das relações – um reconhecimento também carregado de responsabilização.

P2 Coordenação MSM: É, não consigo dar uma resposta fácil. Eu acho que oscila muito. Porque é, eu acho que estou num cargo que tem muita visibilidade. Então, é, eu apareço muito. Então, assim, ah, é, dar entrevista em jornal, dar palestra, de alguma maneira, tem sempre essa visibilidade. Tanto para o bom quanto para o ruim. Então, algumas vezes, de uma maneira positiva. Outras vezes, de uma maneira negativa. Então, quando se critica a saúde mental é a minha cara que aparece. Então, é, tem esses dois lados. Então, é, por isso até que eu falo que

acho que, é, tem um prazo de validade, porque é muito legal você ter essa visibilidade. Quer dizer, as pessoas te conhecerem. Você tem um poder, vamos dizer assim, que é esse poder das relações. Não é um poder hierárquico, né? É um poder das relações. Você conhece muita gente. Você conversa com muita gente. Você tem muito contato. Então, é legal ter isso. Ter essa representatividade. Mas você também é o primeiro a tomar pancada. Então, é um reconhecimento relativo. Você paga o preço por ter essa visibilidade.

Uma reflexão importante colocada sobre o reconhecimento entre pares foi sobre como as relações no cotidiano de trabalho de alguma forma ditam essa dinâmica. Ou seja, o reconhecimento não se dá simplesmente pelo fato do seu par saber que você sabe e é bom no que faz, mas também pela forma como você compartilha o seu saber-fazer e se relaciona com o coletivo:

P8 Profª e supervisora: Então, se são equipes que trabalham muito nas suas caixinhas, equipes numa certa lógica de funcionamento muito especializada. Eu acho que há um baixo reconhecimento dos pares. Ou muito circunstancial. Talvez, baseado mais num reconhecimento, não seria da atividade ou do trabalho, mas de reconhecer no outro que esse outro tem aquisição de uma tecnologia leve/dura, por exemplo. O que eu quero dizer com isso? De um saber. Então, por exemplo, o médico – isso é muito comum – você ter ali o reconhecimento, mas é a partir de um lugar de saber, de uma ferramenta, de uma tecnologia e tal. E não de você compartilhar um trabalho, de você se sentir apoiado no trabalho. Então eu acho que depende muito também da conformação das equipes também. Dessa direção de trabalho, o que se produz ali. Qual é a direção clínico/política, prática daquele serviço, por exemplo?

Os(as) trabalhadores(as) se sentem reconhecidos quando convocados pelos colegas a contribuir com o seu trabalho. É no compartilhar e contribuir com o trabalho do outro que o reconhecimento entre pares parece se instalar de forma mais evidente e satisfatória. Quando falamos de reconhecimento não estamos falando de elogios à pessoa, mas à atividade da mesma, à sua inteligência prática. Neste sentido, o reconhecimento que vem dos pares é um reconhecimento de quem conhece bem a atividade e as dramáticas vivenciadas no seu desenrolar, é um reconhecimento estético do trabalho e que tem um valor importante na

economia da saúde e subjetiva (Dejours; Gernet, 2021).

Em geral, os(as) trabalhadores(as) sentem-se muito reconhecidos pelos seus pares. As formas mais comuns são os elogios ao bom vínculo com os usuários e familiares, ao estilo de trabalhar, as intervenções bem-sucedidas e ao valor da sua experiência: **TO2 CAPS AD:** *“Reconhecimento dos colegas eu acho que é muito importante. Eu acho que a equipe só consegue caminhar quando um dá o suporte para o outro, assim, de intervir junto, de caminhar junto mesmo. De um fortalecer o trabalho do outro”*.

6.6.3 Pelas famílias, usuários e outros

Todos os participantes colocaram de alguma forma que se sentem reconhecidos pelos usuários e familiares, sendo esta fonte de muita satisfação. No entanto, foi destacado o quanto que nestas relações também há atravessamentos de lugares e poderes bem distintos em jogo. Por outro lado, ainda nestas relações há formas de reconhecimento muito desconectadas de um lugar de fala sustentado pela cidadania e pelo direito à saúde e conectado com uma lógica de gratidão por um cuidado quase não garantido como direito e “filantrópico”:

P8 Profª. e supervisora: *Então eu acho que isso é uma coisa importante. E aí, por exemplo, reconhecimento dos familiares e dos usuários. Quando a equipe de fato opera nesse registro da reinserção social, do apoio, do acolhimento, da produção da vida. Ainda que nós tenhamos embates com os familiares e com os usuários, eles reconhecem. Mas também reconhecem de um lugar que remete a uma relação de poder também. Eu acho que também tem alguma coisa que nós ainda trabalhamos – principalmente na saúde mental – é muito comum as pessoas: “nossa... é um trabalho muito bonito.” É quase como uma filantropia. E você tem isso também por parte dos usuários e dos trabalhadores. Então muitas vezes é um reconhecimento, mas é um reconhecimento a partir de certo lugar também, não como cidadania. É outra coisa.*

Podemos então dizer, que as formas de reconhecimento mais presentes para os profissionais estão entre os pares de trabalho, assim como entre os usuários, familiares e outras pessoas e profissionais em geral - os de “fora”, como alguns disseram. São formas de reconhecimento que remetem à qualidade do trabalho que realizam, ao estilo e a utilidade social

do mesmo, que produzem no(a) trabalhador(a) o sentimento de estarem contribuindo com algo maior que a sua atividade cotidiana no nível micro – algo que de alguma forma valoriza e dá mais sentido a sua trajetória de vida e profissional.

6.7. MOVIMENTOS EM GRUPO: MOMENTOS DE REFLEXÃO, CONFRONTAÇÃO E AUTOCONFRONTAÇÃO

“Estar na saúde mental é um trabalho que não se sustenta só” (TO coordenadora CAPS II).

No decorrer de três encontros grupais com os participantes que se colocaram à disposição, pudemos resgatar alguns pontos que sobressaíram nas entrevistas individuais e a partir destes compartilhar e construir outros pontos de vista sobre as atividades nos serviços de saúde mental. Buscamos promover movimentos de diálogo e partilha, de deslocamentos e construção de outros pontos de vista, e também de formação e produção de outros saberes.

Ao falar um pouco de suas singularidades, para além dos aspectos profissionais, tivemos gostos e *hobbies* variados – gostar de futebol, cozinhar, dormir, arrumar a casa, música, estudar, praia, mergulhar, artes, etc. Neste microprocesso, entre falar da rotina pesada, dos cursos, etc., a falta de momentos de lazer foi algo evidenciado por muitos. Todas as mulheres participantes - metade dos presentes - são também atravessadas pela atividade de ser mãe e fizeram questão de mencionar.

Falar de si para além do profissional foi um movimento interessante em que alguns expuseram o quão difícil se tornara tal tarefa, já que muitas vezes se foca tanto no trabalho que as outras esferas da vida tornam-se “secundárias” em nossos relatos. Ao se apresentarem com este olhar ampliado foi possível evidenciarmos o quanto que nossas outras atividades muitas vezes sustentam um certo cuidado de si. Uma das participantes colocou o quanto que a arte a ajuda como produção de cuidado e saúde para si, principalmente diante dos desafios que foram colocados pela pandemia, além de ser fonte de renda complementar. Falou ainda da especialização em arteterapia que resolveu fazer porque sempre gostou de trabalhar com artes e com grupos e o quanto queria retornar este trabalho que a pandemia não permitiu. Sua fala é interessante para pensarmos o quanto que movimentos de cuidado de si podem ser atravessados também por processos outros como de produção de renda, de cuidado do outro, de formação.

AS CAPS AD II: É... e assim, essa vida de Saúde Mental, né? Acabou me levando sempre para ter uma alternativa de vida, já fiz curso de fotografia. Já fiz vários outros cursos para poder aguentar o peso que a saúde mental e hoje em dia eu faço assim uma arte, né?! Para poder ter renda extra (risos) e além do mais, ainda comecei uma pós-graduação em arteterapia esse ano, porque na pandemia o trabalho do CAPS ficou muito pesado e aí, aquele monte de atendimento individual e tal, aí agora que acabou a pandemia praticamente, né? Aí a gente voltou com as oficinas, eu senti a vontade de retomar o grupo de artes que eu fazia antes e aí veio de novo aquele interesse pelas Artes.

Tais relatos ampliam a discussão do que seria a saúde do(a) trabalhador(a) e ainda a importância da singularidade e história da pessoa neste processo. Falar de saúde é falar de algo que passa pela história pessoal, pelos desejos. O que traz o desafio de pensar espaços/dispositivos coletivos de cuidado, uma vez que para uns pode ser via arte, para outros via horas de descanso, para outros ainda a possibilidade de discutir em grupo suas angústias e/ou contribuições para o trabalho. No entanto, algo que me parece comum é a imprescindível possibilidade de fazer existir a sua diferença, a sua singularidade e possibilidades de invenção e reinvenção.

Outro movimento interessante se deu quando pedimos para começarmos a reflexão sobre o trabalho a partir de três palavras que vinham à mente, logo tivemos: cansaço, dificuldades, superação; acolhimento, sofrimento e superação; desvalorização, cuidado e cansaço; entrega, intensidade, elasticidade; desejo, partilha e luta; buraco, remendo e costura. Como podemos observar, cansaço e superação tiveram lugar de destaque entre as palavras expostas por eles.

*E1 CAPS III: quando eu falo da última palavra **superação**, é que apesar de toda a dificuldade, de todo o **cansaço**, a gente consegue fazer um bom trabalho, por incrível que pareça, né? Tem tudo para não ser um bom trabalho, mas no final das contas **quando você sai do plantão ou você reflete sobre aquilo, sobre as ações que você fez durante a semana durante aquele mês, isso é gratificante de certa forma. Quando você vê um paciente bem cuidado, alguém que saiu de uma crise, as conversas que você tem individualmente, em grupo... E com toda dificuldade que tem, você ainda assim, consegue superar. Então esse é o alimento, né? A gente não trabalha só com dinheiro, senão ele não tava aqui, não tava estudando, não tava querendo***

crescer. Então, tem um outro ganho aí, secundário ou primário né? Que é você conseguir atingir os seus objetivos... e eu tenho conseguido, com muita dificuldade.

Diante de tudo isso, um destaque está para o sentido do trabalho que é construído, apesar das dificuldades e cansaço/desgaste, a partir do sentimento de um trabalho bem feito dentro das possibilidades, a partir de um usuário que sai de uma crise e consegue seguir com a vida, que reconhece o quanto a intervenção do profissional fez diferença para ele, ou ainda quando sentem-se parte de um processo de transformação maior, como o da Reforma Psiquiátrica, em ações de militância por exemplo. Tais questões vão ao encontro do que é exposto em Soares, Oliveira e Domanico (2020), ao abordarem os principais fatores favoráveis e desfavoráveis à satisfação de trabalhadores de CAPS.

O trabalho em saúde mental é sentido como uma “caixinha de surpresas”, em que você geralmente não consegue ter uma previsão de como será o dia e “tudo pode acontecer”. Além disso, foi colocado como extremamente cansativo, como ter a sensação de no final do dia ter “puxado uma carroça o dia inteiro”. Além do cansaço do trabalho no serviço de saúde mental, foi destacado o quanto que muitos precisam ter jornada dupla ou tripla, em outros serviços e fontes de renda para conseguir sobreviver. No meio destas variabilidades e infidelidades, este mesmo trabalho é sentido como viciante, algo que traz um certo prazer e retribuição, que vem muito mais dos pares, usuários e familiares, do que de gestores.

AS CAPS AD II: As minhas palavras foram bem parecidas, né? Acolhimento, sofrimento e superação. E é bem nessa linha aí do que o [EI CAPS III] está tratando mesmo, porque quando a gente chega no CAPS é uma caixinha de surpresa. Tudo pode acontecer naquele dia e aí eu chego em casa como se eu tivesse carregado uma carroça assim nas costas... É, mas quando o paciente chega no final, né? Depois de um ciclo, depois de vários encontros e fala: “Nossa, aquela palavra que você falou, eu tô seguindo aquela estratégia que você deu e minha vida mudou e tal...” Então assim, essa é a grande recompensa, né? Porque a Saúde Mental é cansativa, mas é meio que viciante né? (risos).

Apesar da paixão evidente que todos demonstraram pelo trabalho, outra marca que ressoou em todos é a do sentimento de desvalorização enquanto profissional (no sentido da retribuição financeira por todo esforço e dedicação, e também no sentido da precarização das condições de trabalho). Em certa medida, havia um “grito contido” na fala de alguns: Eu só

quero poder trabalhar bem! Nesse “bem” parecia estar presente as condições físicas e seguras do ambiente de trabalho, como também a possibilidade de boas relações, vínculos empregatícios seguros e salários que lhes possibilitem viver de um único emprego (vínculo ou matrícula). Parece estar contido uma dimensão ética de poder fazer um trabalho bem feito.

P3 Emergência Psi: *Minhas palavras são desvalorização, cuidado e cansaço [...] Então, acho que a gente tem algumas coisas em comuns assim, né? E a questão da desvalorização passa por isso assim... Eu estava até ouvindo vocês e estava lembrando aqui, essa semana está fazendo 10 anos que eu sou servidor, foi dia 17 ou 16 que eu assumi e tal. **E depois desses 10 anos como psicólogo do Município, eu me sinto extremamente desvalorizado, extremamente desvalorizado, no nível assim quase que do desrespeito, assim [...]** Não tem incentivo nenhum para formação e não tem nenhum retorno também em relação a isso. A gente na pandemia perdeu nosso triênio [...] A gente não tem reajuste há três, quatro anos [...] Fora as condições de trabalho, que estão cada vez mais degradadas [...] A gente vê que tem quase uma estratégia assim extinção mesmo do servidor, essa é a sensação que eu tenho, e que tenho compartilhado com alguns colegas.*

Foi colocado o quanto que o trabalho exige um investimento de “corpo e alma”, de presença, desejo e intensidade, bem como de muita criatividade, especialmente diante da falta de recursos. E também de elasticidade, no sentido de ir aos poucos, “esticando” e tensionando o que é possível, e sem desistir, buscando não “arrebentar”. Nesta mesma linha, ver vidas transformadas pelo seu trabalho ou sua contribuição é muito satisfatório, no entanto, diante de cenários de vida tão vulneráveis e desafiadores como os de muitos usuários, a ânsia e as expectativas de transformações - por parte dos(as) trabalhadores(as) - foi colocado como algo que também pode ser frustrante e adoecedor para os mesmos.

TOI CAPS II/ CAPS AD: *Eu fiquei refletindo que talvez as minhas palavras tenham a ver com justamente com essa semana no dia 18, da luta antimanicomial. Ontem a gente estava na Paulista, foi muito legal [...] A gente ter levado uma galera, foi um respiro [...] Então as minhas palavras que foram, estão muito ainda conectadas a essa semana [...] Eu acho que **entrega** é porque eu acho que estar na saúde mental e no CAPS principalmente, é um espaço muito de entrega, assim, é difícil você estar ali né? [...] Pelo menos lá no CAPS onde a gente está hoje.*

*Hoje a gente passou o dia com acho que umas três crises [...] Acho que entrega está muito ligado à **intensidade**, que foi outra palavra que eu coloquei [...] Então, às vezes a gente se pega ali querendo salvar vidas literalmente, sabe? De falar “gente, vamos segurar a nossa expectativa que é de fato a vivência, o contexto do outro é bem desafiador”. **Criatividade** porque eu acho que a gente tem que ser criativo todos os dias para pensar no nosso trabalho, nem sempre a gente tem recursos, então é preciso ser muito criativo, mas eu coloquei, acho que **eu substituiria por elasticidade** porque é isso [...] Você vai, estica, estica, estica, quase estoura, e aí no dia seguinte você volta lá, “não, vamos de novo gente, faz muito sentido, vamos lá, vamos tentar”. E aí quando você está quase ali rompendo, você dá uma resistida.*

O ato de partilhar é algo que logo vem à memória quando o assunto é o trabalho. Partilha no sentido de um aprender e crescer com o outro, mas também vista como pré-requisito para a luta por melhores condições de vida e trabalho. Em suma, falaram de um trabalho que exige do profissional remendar e costurar buracos, alinhar, unir:

P CAPS II/AMB:** A rede que eu trabalho atualmente, é uma rede cheia de buraco assim, é uma rede muito muito precária, eu ouvi essa realidade dita por outros colegas também, eu me identifico muito, mas é, a gente vai fazendo os remendos, são essas coisas temporárias que fazem, alterar da forma possível, que nem sempre é a mais correta, né? [...] **E eu penso em costura por isso, porque o desejo de estar nesse trabalho, é um desejo de estar o tempo todo costurando assim, de estar em processo de construir amarrações, de fazer bordados, de fazer links com outros, com outros processos para ver por onde a gente consegue fazer com que essa rede flua, porque às vezes é muito árido, às vezes é muito quebradiço também, muito fácil de arrebentar os fios dessa rede assim, desde aqui de onde eu estou vendo e nas políticas nacionais também.

Na mesma linha os(as) trabalhadores(as) hoje analisam a trajetória da Reforma Psiquiátrica e o quanto que sustentaram processos e transformações com o próprio corpo, o próprio desejo, valores, ética e militância. Analisam o quanto que hoje olhar para trás é repensar as necessárias bases de sustentação deste trabalho, que é potente, apaixonante, mas que é árduo e que deve ser sustentado como garantia de direitos para os usuários e também para os profissionais. Bases que parecem ter ficado de fora ou foram negligenciadas no calor da

militância. Bases talvez mais institucionalizadas e legais, que pudessem de alguma forma evitar tanto desmonte da política pública e precarização dos processos e vínculos de trabalho.

P3 Emergência Psi: *Em nome dessa, desse compromisso, dessa ética de trabalho, desse compromisso com outro, a gente acaba sustentando situações que são violentas com a gente, trabalhadores, mas são violentas também com usuários, são violentas com todo mundo que está envolvido nessa situação assim [...] Acho que, tipo, a gente sustentou muito a partir do nosso corpo, do nosso corpo e do nosso desejo, né? E as consequências disso a gente está vendo hoje. Tipo, muitos já não estão mais, né? A gente tem uma rede que a gente não consegue fazer os enfrentamentos e organização, mobilização coletiva necessária porque as relações estão muito precarizadas.*

Ficou claro o quanto é importante para o(a) trabalhador(a) ter a percepção de um trabalho bem feito. E o quanto que a construção do sentido do trabalho e do prazer no e pelo trabalho esbarra nessa questão. Por outro lado, o quanto que ofertar um cuidado aquém de suas capacidades lhes produz um sofrimento que passa pelos valores e ética que almejam praticar.

E1 CAPS III: *Eu não gosto de ser precário [...] Eu não gosto dessa sensação de estagnação. De “ah não, tá tudo bem. Vamos estar precário, mas a gente usa a criatividade, vai levando”. Não, espera aí, não é assim. Vamos preparar, vamos formar melhor, vamos estudar mais, vamos dividir, compartilhar melhor os processos, entender os processos. É isso, né? Isso é ser mais profissional, né? Sai um pouco do amadorismo.*

Pudemos abordar um pouco sobre as defasagens entre o trabalho prescrito e o trabalho real, do quanto que em muitos momentos os profissionais são convocados a atuar para além das fronteiras das próprias disciplinas e especialidades. Esta questão fica ainda mais evidente quando falamos da atuação da enfermagem, que é demandada de diversas formas e muitas vezes em uma linha tênue entre o que lhe compete e o que é da alçada do médico ou do farmacêutico, por exemplo.

O conhecimento que é construído no dia a dia do trabalho foi colocado como algo que está para além de qualquer formação tradicional. Nesta mesma linha, a supervisão é compreendida como um momento de cuidado da equipe e de oportunizar a mesma a se olhar e

construir um trabalho de qualidade – algo que não tem sido muito valorizado e concretizado, conforme colocaram.

A presença de vários formatos de vínculo empregatício no mesmo serviço entre profissionais da mesma função é uma realidade colocada como muito desgastante para o profissional e que prejudica todo o processo de trabalho. Na maioria das vezes, além da diferença de vínculos existem as diferenças salariais para a mesma atividade: **E3 CAPS AD IV:** *“É muito ruim assim, porque você não consegue manter o mínimo de estabilidade entre os próprios funcionários. Isso desgasta muito, eu vejo que desgasta”*.

A motivação muitas vezes vem do retorno que recebem das relações entre os pares, a equipe de trabalho, e dos usuários. Vem ainda de um engajamento, identificação com a proposta maior da Reforma Psiquiátrica - de transformação das práticas de cuidado e de transformação social - e assim, de militância pela mesma. Algo que muitas vezes é visto como uma utopia pelos próprios profissionais, mas que de alguma forma contribui para ainda estarem ali:

TO coordenadora de CAPS II: *O desafio de ser gestor no SUS, é que você tem que trabalhar pela motivação assim, você não tem, você não consegue pagar o cara porque ele atingiu uma meta, você tem que está o tempo todo pensando em como que você vai motivar o cara, como você vai manter ali a galera, então é exaustivo mesmo, é cansativo, né? Porque ao mesmo tempo você fala meu, não tem como, não tem de onde tirar motivação e aí a motivação as vezes você vê pelo próprio trabalhador que vem da resposta do usuário, vem da resposta de um colega, né? E aí a gente vai se acostumando com isso, né? De se alimentar dessas relações que eu acho que faz a gente às vezes sobreviver, né? Porque muita das vezes é isso, não é, não é pelas condições de trabalho, não é pelo salário, não é necessariamente por isso né? Até você cansar (risos), se reinventar, resistir.*

Um movimento importante realizado já no primeiro encontro grupal foi o de pensar de que saúde estávamos falando de modo geral, e de modo específico, do que cada um compreendia por saúde do(a) trabalhador(a), por espaços de cuidado de si e sobre as relações saúde e trabalho. Logo percebemos o quão ampla é a discussão, e o quanto ainda precisamos falar sobre o assunto para avançarmos, já que parece haver uma certa naturalização da precariedade do trabalho e distanciamento do(a) próprio(a) trabalhador(a) sobre pensar que o cuidado de si também faz parte do pensar o trabalho de cuidar dos outros. Diante dos relatos,

esta parece ter sido uma pauta que ficou para trás no meio de tantas lutas e demandas do campo da saúde mental no SUS. No atual contexto de completa imersão das lógicas neoliberais no próprio contexto das políticas públicas, pensar em saúde no e pelo trabalho parece soar absurdo ou utópico!

E3 CAPS AD IV: Eu acho tem uma certa descrença, sabe? Com relação a ter saúde no trabalho[...] Então, eu acho que até pensar sobre o que é Saúde Trabalhador, eu acho que a maioria dos meus colegas nem consegue pensar o que é isso. Eles não conseguem nem ter dimensão do que é isso, né? E inclusive, a gente começa a se digladiar entre nós mesmos. Costuma quando um colega sai da Prefeitura e vai para EBSERH, por exemplo, a gente fica “nossa, mas na EBSERH é muito bom, você tem muitos benefícios, tem muitas condições de trabalho”. Mas não é isso, o ideal é que todo mundo tivesse condição de trabalho, né? O ideal seria isso, para a gente poder estudar melhor e até estudar mais e pensar sobre o objeto do trabalho. Você poder cuidar melhor das pessoas, né? [...] A gente acaba tendo saídas individuais para os problemas que são coletivos.

Na composição do que podemos englobar como saúde do(a) trabalhador(a) estiveram fatores como remuneração, valorização e reconhecimento do(a) trabalhador(a), processos de reflexão, supervisão e educação permanente, condições para o “fazer bem feito”:

E3 CAPS AD IV: Então assim, não dá para definir um só, um fator que traria essa saúde, precisaria de um contexto, só que a gente está vivenciando um contexto completamente perverso, de contra tudo aquilo que, tudo aquilo que a gente pensa que seria bom, né, para um contexto de luta. Tudo aquilo que foi conquistado nas décadas anteriores está sendo perdido por conta do governo, né?

Segue o infográfico do primeiro encontro grupal, que foi lido e resgatado no início do segundo encontro:

Figura 1: Infográfico encontro grupal 1.



Fonte: Própria do Autor.

O segundo encontro buscou promover ainda mais o diálogo e coletivizar questões pertinentes a todos os presentes - reflexões sobre a relação saúde-trabalho vivenciadas por cada um no seu cotidiano, a partir de recursos como fotografias, músicas, vídeos ou relatos escritos no diário reflexivo. Buscamos conversar sobre os processos de sofrimento e prazer no trabalho em saúde mental, na RAPS - *as dores e as delícias*. Assim como conversar sobre as estratégias que lançam mão no trabalho para que ele aconteça, da melhor forma possível, apesar dos impedimentos do dia a dia do trabalho, os desafios. As estratégias também, individuais ou coletivas, de promoção ou preservação da própria saúde, da saúde da equipe. E ainda, movimentos de pensar juntos formas de ampliar, multiplicar e fortalecer tais debates.

Buscamos promover movimentos de reflexão individuais e coletivas sobre o trabalho a partir de fotos, vídeos, relatos escolhidos pelos(as) próprios(as) trabalhadores(as). Individuais pois no ato de escolher já se produz uma reflexão interna e micro escolhas sobre o que falar, o que expor, o que não expor, numa verdadeira atividade de refletir sobre a própria atividade. Coletiva no sentido de compartilhar suas experiências entre pares e neste ato convocar seus diálogos internos para torná-los movimentos de autoconfrontação e confrontação com os diferentes pontos de vista dos pares ali presentes (confrontação simples e cruzada).

A partir da proposta acima, pudemos construir diálogos sobre o micro e macro dos processos de militância e Reforma Psiquiátrica e do quanto que no decorrer dos anos os profissionais passaram a uma visão ainda mais crítica e ao entendimento de que algumas questões são indissociáveis, como trabalho, militância, ocupação das ruas, e arrisco a dizer, cuidado e saúde do(a) trabalhador(a) e dos usuários.

***P3 Emergência Psi:** Eu acho que hoje eu faço, talvez, uma... Tem um olhar mais crítico sobre isso, mas acho que nesse momento aqui, eu associo muito esse trabalho com essa militância, do campo da luta antimanicomial, do campo por uma luta por uma outra sociedade, por algum outro tipo de cuidado e outro tipo de assistência a saúde. Então para mim nesse momento está tudo muito junto aqui, a ocupação da rua, movimento social, né?! E vejo isso como parte do trabalho em saúde mental também.*

Os diálogos transitaram também sobre o “entre” que muitos se encontravam, na posição de trabalhadores(as), militantes e estudantes deste processo que é a Reforma Psiquiátrica e o cuidado em saúde mental. Um “entre” que parece, em alguma medida, ser um alinhado para a

construção de sentido do e para o trabalho. Arriscamos aqui a dizer sobre a indissociabilidade entre trabalho e militância no campo da saúde mental, na perspectiva da atenção psicossocial. Indissociabilidade esta que convoca a convergência entre os valores e a história do(a) trabalhador(a) com os princípios e diretrizes dessa forma de apostar no cuidado e em um modelo de sociedade. Indissociabilidade ainda que traz grandes desafios, dramáticas e, como pudemos ver, desgastes para os(as) trabalhadores(as) que vivem um momento de abalo nas estruturas que sustentam a Reforma Psiquiátrica; momento de militância coletiva enfraquecida, restando muitas vezes as saídas precárias e individuais de sustentar sua saúde e atividade:

***TO coordenadora de CAPS II:** Acho que a gente tem talvez propósitos de vida e propósitos relacionados ao trabalho. Nossos próprios valores, como a gente entende a nossa dinâmica de vida e entre elas existe uma parte que fala do nosso trabalho. É difícil não misturar as coisas, né? Assim, eu brinco no caso que as pessoas falam: Ah, eu não misturo minhas relações pessoais. Eu falo: Ah, então você é o quê? Um robô, né? Ah, não é pessoal. É pessoal sim, né?*

Ao trazer representações e relatos sobre o trabalho, os profissionais expuseram muito mais de uma época que precisam resgatar do que da atualidade dos serviços, muito mais de um passado do que presente. Ao mesmo tempo que em tom de nostalgia de uma época em que faziam as coisas acontecerem com brilho nos olhos, trazem em seus relatos as marcas e as críticas dessa militância sustentada pelo desejo, pelo próprio corpo e saúde.

***TO coordenadora de CAPS II:** Então eu escolhi essas duas fotos, e essa porque eu acho que representa isso também. Acho que a coisa que a gente está falando da dor e da delícia é um tanto disso. Esse dia a gente, esse dia a gente deu uma re-vida entre todo mundo para dizer que a gente estava cansada, esgotada, para dizer que assim faz sentido o que a gente está fazendo também para além do, tem o trabalho, mas muita coisa faz sentido para cada um relacionado aos nossos valores, né?*

No entrecruzamento dialógico das falas dos profissionais, no emaranhado de dores, surgiram os relatos sobre as delícias deste mesmo trabalho. Estas inclusive foram destacadas como possibilidades colocadas e sustentadas a partir das militâncias. Nos movimentos dialógicos e transformadores entre o macro e micro da atividade foram destacados a

indissociabilidade e os efeitos das atividades de uns (militância no nível macro, por exemplo) nas atividades de outros (oficinas de artes nos CAPS – nível micro), em um sentido mais amplo de trabalho coletivo. Dentre as delícias estiveram novamente e especialmente as relações e vínculos construídos com os usuários e com os pares na equipe de trabalho.

AS – CAPS AD II: Então, assim, essas imagens traduzem um pouco do resultado, né, da militância, porque é isso que permitiu a gente chegar nesse momento, né? [...] É o retorno das oficinas no CAPS. Porque nesse momento de pandemia ficou tão voltado para atendimento individual, um atendimento tão individualizado, que esse encontro coletivo, assim, trouxe uma alegria muito grande de poder estar ali compartilhando histórias, junto com outras, com outros técnicos, com outros, outros pacientes, foi um momento... A gente está retomando, né?

Dentre as dores e as delícias temos uma imensidão de dramáticas vividas e usos de si por si e pelo outro (Schwartz; Duc; Durrive, 2010b). Dramáticas sobre como conduzir o cuidado, sobre como articular com a rede, como atuar com os instrumentos e materiais disponíveis, dramáticas ainda sobre como acolher e analisar as demandas diversas que chegam nos serviços. Nos CAPS, por exemplo, uma das dramáticas relatadas corresponde ao aumento das demandas, muitas vezes assistenciais - no sentido dos riscos e vulnerabilidades sociais objetos da política de Assistência Social – e que por diversos motivos não conseguem ser filtradas pelo serviço ou cogerida/corresponsabilizada em rede. Nesta linha, temos exemplos de casos de idosos com saúde comprometida e sem familiares, que passam meses em acolhimento no CAPS; pessoas em situação de rua que buscam o CAPS para banho e alimentação, etc. Estas situações trazem conflitos (individuais e em equipe) de normas e valores entre o cuidar do público-alvo e desassistir pessoas que precisam de suporte, seguir as regras instituídas dos fluxos de trabalho e deixar pessoas na rua.

E1 CAPS III: Eu gostaria que a assistência social da prefeitura se envolvesse no cuidado dessa cidadã e não houve. Não é? Então assim, é... E eu fico lutando também contra uma, uma coisa que é a precarização né? A gente está falando daqui de precarização, muito de precarização. E não é só precarização, é uma questão das nossas insuficiências, deficiências, perdão. É porque não tem um local melhor, fica no CAPS? Porque não tem vaga no CAPS AD, fica em qualquer lugar? Fica na rua?

A luta antimanicomial e as transformações para uma sociedade antimanicomial foram expostas como processos que precisam acontecer essencialmente no micro das atividades cotidianas, das relações, para que então consigamos atingir a proporção macrosocial: **EI CAPS III**: “*A luta antimanicomial tem que começar dentro da gente. Depois, tem que começar na nossa volta e depois a gente vai para fora dos muros, né? Não adianta fazer luta antimanicomial, é... chegar no grupo lá, e aí, tudo bem? Não. Tem de começar dentro da gente*”.

A experiência, a inteligência prática, a intimidade do *corpo si* com sua atividade e relação com os outros nos traz saberes investidos que jamais estarão decifrados nos livros. Diante disso, nas reflexões sobre o que a experiência trouxe e que poderiam compartilhar com iniciantes no campo da saúde mental tivemos ensinamentos como: 1) Conheça o SUS, as normativas, princípios, diretrizes, as leis correspondentes e formas de gestão. Em caso de dúvidas, busque ajuda; 2) Saiba que você nunca estará sozinho (a); 3) Conheça a história da saúde mental, organize-se enquanto trabalhador(a) e idealize menos; 4) Escute mais, dê menos conduta e construa em conjunto.

Figura 3: Infográfico encontro grupal 2.



O último encontro em grupo mais uma vez foi planejamento para a promoção de múltiplos encontros dialógicos, do(a) trabalhador(a) consigo mesmo, com os pesquisadores, com os pares presentes e em um movimento de endereçar falas, reflexões e “dicas” para profissionais iniciantes no campo da saúde mental. Foi um encontro em que cada trabalhador(a) se colocou na atividade de construir cartas sobre o trabalho para outras pessoas e expôs as mesmas. Uma atividade interessante que os fez pensar aquilo que gostariam de ouvir/saber quando entraram no campo, quando iniciaram a carreira na área.

Dos movimentos promovidos pelas cartas, como podemos ver na íntegra abaixo, tivemos diálogos de acolhimento aos novos e ao mesmo tempo em “tom” de despedida, de partida de um campo desbravado por alguns sem a ajuda que agora oferecem. É destacada a importância do conhecimento normatizado e também do adquirido na experiência, especialmente aquele que é construído com a ajuda dos mais íntimos da atividade. É mencionado o quanto que tal atividade passa a ser parte da vida do(a) trabalhador(a) e da importância de conseguir equilibrar o cuidado de si com o cuidado dos outros.

Dentre os recursos necessários para o trabalho, citam coragem, persistência e um fazer coletivo. E dentre o que esperar do trabalho está a dinamicidade da rotina e os desafios. Nas principais recompensas do trabalho estão a retribuição dos usuários e o prazer de ver suas intervenções fazerem sentido na vida dos mesmos. No conjunto dos desejos e esperanças, estão o conseguir fazer um trabalho mais coletivo e em rede, bem como forças para militarem contra os retrocessos.

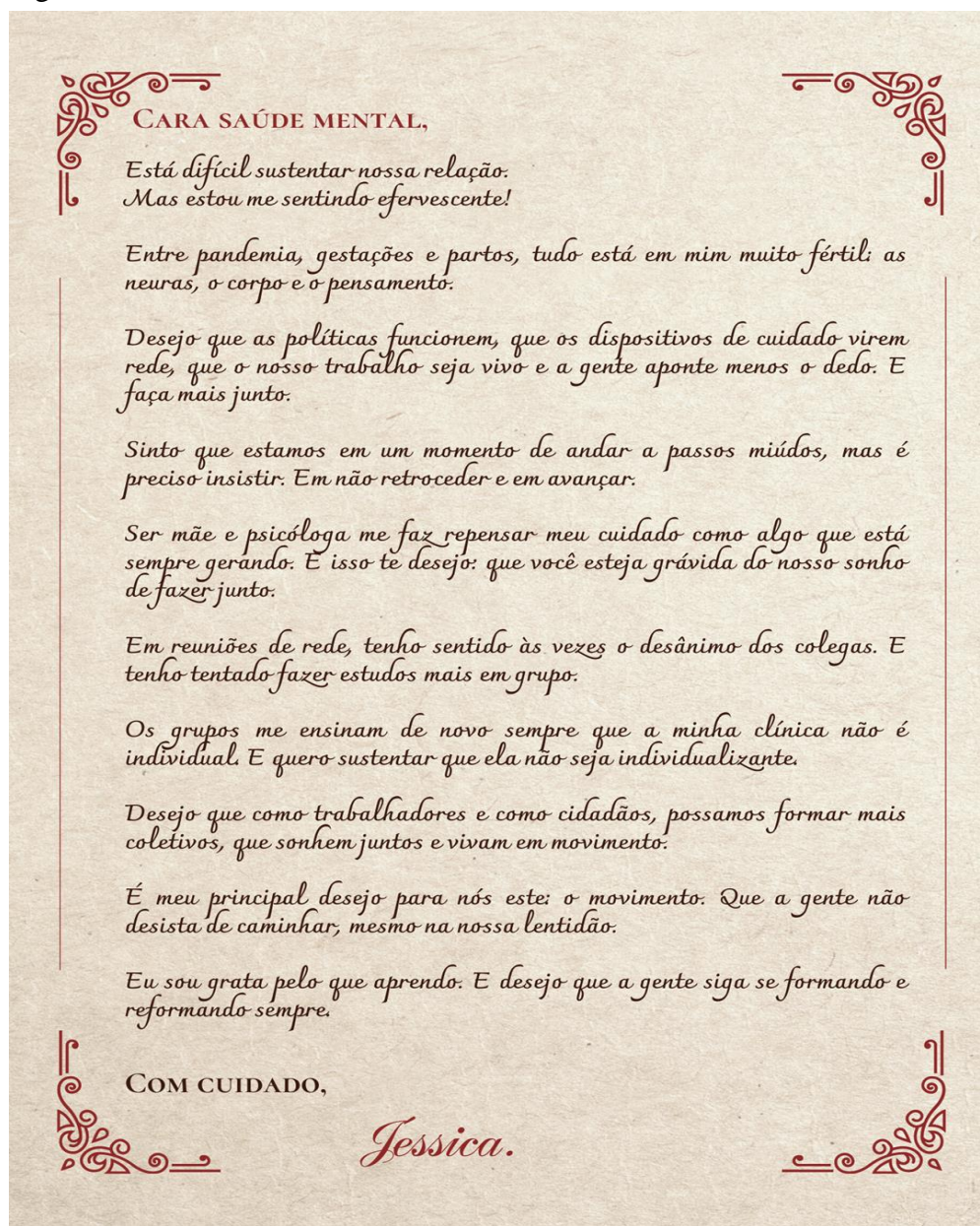
Na dinâmica das cartas os profissionais puderam falar dos efeitos que tal proposta produziu em cada um. Uns logo pensaram em pessoas reais conhecidas e que estão entrando no campo, outros ficaram com certo incômodo e sem saber exatamente o que escrever até conseguir expressar algo no papel. Outros ainda escreveram no calor do compartilhar dos colegas, em ato.

De modo geral, todos de alguma forma destacaram o quanto que o trabalho em saúde mental necessita ser algo a muitas mãos e corpos, um trabalho coletivo. Está no fazer juntos uma das possibilidades de tornar este trabalho tão complexo mais leve. E está no olhar de forma ampliada e na escuta ativa e sensível à história de cada usuário a possibilidade de fazer transformações efetivas. Diante de tais considerações, podemos dizer que as Clínicas do Trabalho, cada uma a seu modo, nos permite estar sensíveis à compreensão da complexidade da atividade humana no campo do trabalho/cuidado em saúde mental. Suas contribuições nos

possibilitam lançar luz aos movimentos e microgestões necessários para o trabalho acontecer, aos debates de normas e dramáticas, aos valores em jogo nas situações de trabalho, às estratégias individuais e coletivas utilizadas pelos(as) trabalhadores(as) para fazer o que precisa ser feito (ou não), aos diálogos postos em cena em atividade e aos *usos de si* por si e pelos outros.

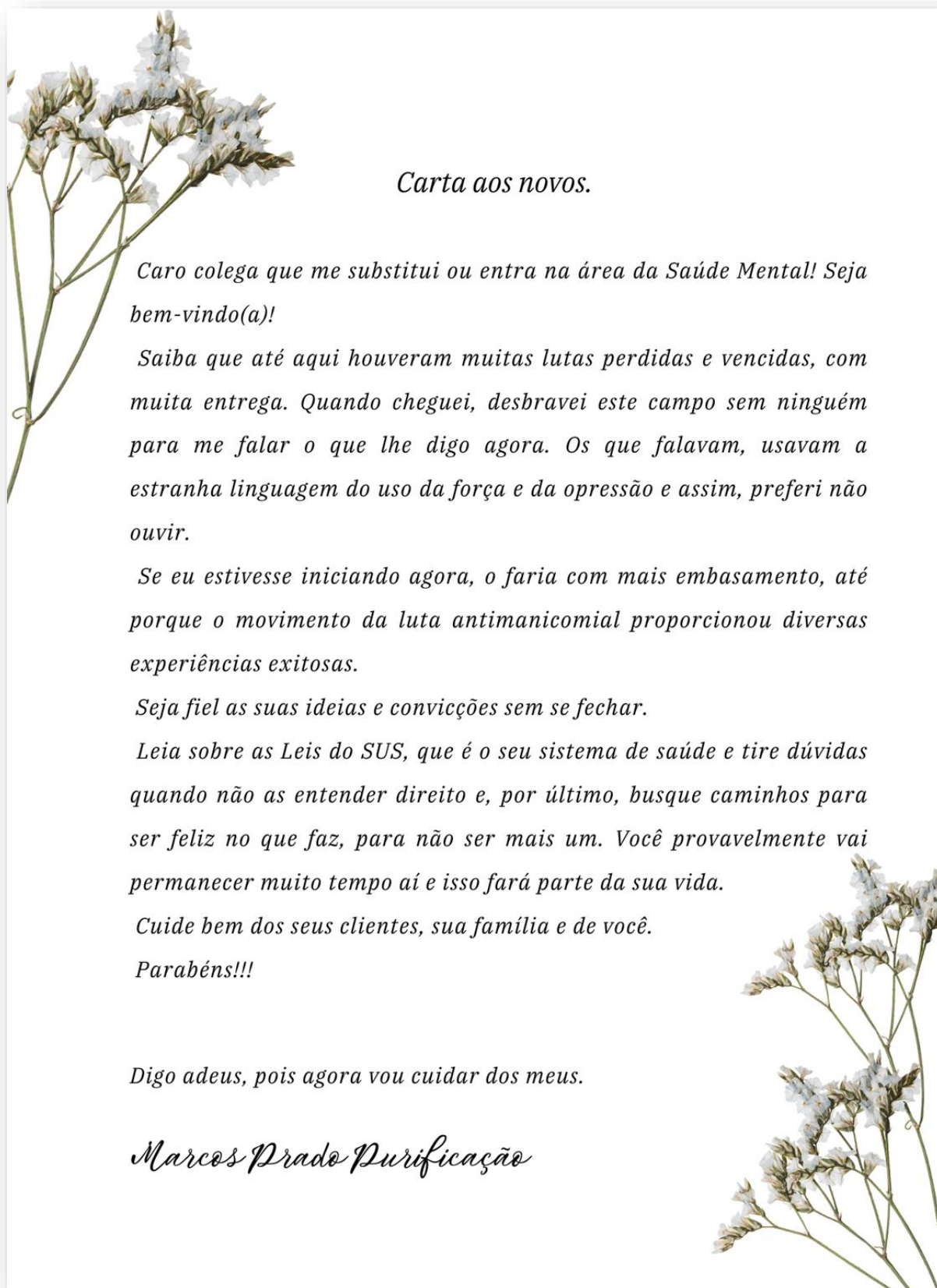
Finalizamos a apresentação dos resultados apresentados às cartas na íntegra, seguindo o sentido trajeto metodológico. Nossa atividade de pesquisar foi costurada a partir de entrevistas individuais com a certeza de que qualquer trabalhador, ao falar sobre a sua atividade, fala de si e do seu coletivo, endereçando o seu diálogo também de forma plural e polifônica. As falas nas entrevistas individuais nos auxiliaram de forma estruturante para a construção dos momentos grupais, sendo possível assim, produzirmos deslocamentos discursivos, formativos e de ampliação do poder. Destacamos que as falas individuais e em grupo são diferentes, porém igualmente potentes e produtoras de movimentos de confrontação e autoconfrontação da própria atividade. No coletivo, por sua vez, ficou evidente o quanto que a fala de um afeta a fala de outros participantes ampliando as formas de compreender o trabalho, seus desafios e potencialidades. O modo e condução da fala sobre o seu próprio trabalho foi (e é sempre) atravessado e mediado pelo coletivo, e neste sentido, o NÓS fica mais presente.

Figura 5: Carta 1.



Fonte: Própria do Autor.

Figura 7: Carta 2.



Fonte: Própria do Autor.

Figura 9: Carta 3

São Paulo, 14 de julho de 2022

Olá, que bom que você chegou...

Estar na saúde mental é um trabalho que não se sustenta só

É um trabalho que permite errar, mas principalmente aprender com o erro. E digo mais, compartilhe seu erro e sua aprendizagem sempre.

A saúde mental é coletiva, é comunitária.

Saúde Mental não é só saúde mental, é lazer, é família, é social, é garantia de direitos, é comida na mesa, é moradia digna, é acesso à educação...é um ato político!

É coletiva, ao mesmo tempo que muito singular. É comunitária e não deve ser solitária.

Compartilhar deixa tudo mais leve...

Saúde Mental é ser também resiliente, é lidar com mudanças todos os dias, é superar obstáculos com o outro, JUNTO COM O OUTRO.

É entender que as vezes é preciso esperar o mínimo, valorizar as pequenas superações e saber devolvê-las ao outro como grandes conquistas. Fique sempre muito atento a isso.

Se prepara, saúde mental é trabalhar muitas vezes sem rotina, é imprevisível e provocativo também.

É saber entender que seus valores e julgamentos morais muitas vezes (talvez na maioria das vezes) não estarão à frente do cuidado que é DO OUTRO. É sobre a vida do outro e não sobre os seus desejos e expectativas. Mantenha seu alerta sobre isso.

Siga, troque, compartilhe suas conquistas, suas dores e angústias. Aprenda com as suas experiências, com experiências dos outros e principalmente com as histórias de quem você cuida.

Mantenha sua escuta ativa. Seja a escuta vinda do doutor, do colega, do chefe ou do usuário. Escute com os mesmos ouvidos e atenções. Esse talvez seja o nosso "diferencial".

Na dúvida, pergunte. Como você gostaria de ser cuidado? O que você não te faz bem? Quem é você hoje? O que você gostaria de mudar em sua vida? Quem você gostaria de ser daqui 05 anos?

Todo indivíduo é um indivíduo de habilidades e potências, talvez sejamos nós quem irá ajudá-los a localizar estes caminhos, talvez. E está tudo bem ir aos poucos, degrau por degrau, só não se perca nos objetivos. Faz junto!

Não minimize ninguém a sintomas e doenças. A sociedade lá fora já fez e faz isso o suficiente. Escute o outro como alguém em que ainda lhe restam sonhos, desejos e um livro de experiências. O adoecimento é uma parte de alguém, não pode ser visto como um todo.

Ah! E não se esqueça de cuidar de você, das suas dores, suas dúvidas, suas angústias, da SUA saúde mental. Não se esqueça de você. Como você se acolheria neste processo que esta por vir? Qual seria o seu projeto de vida?

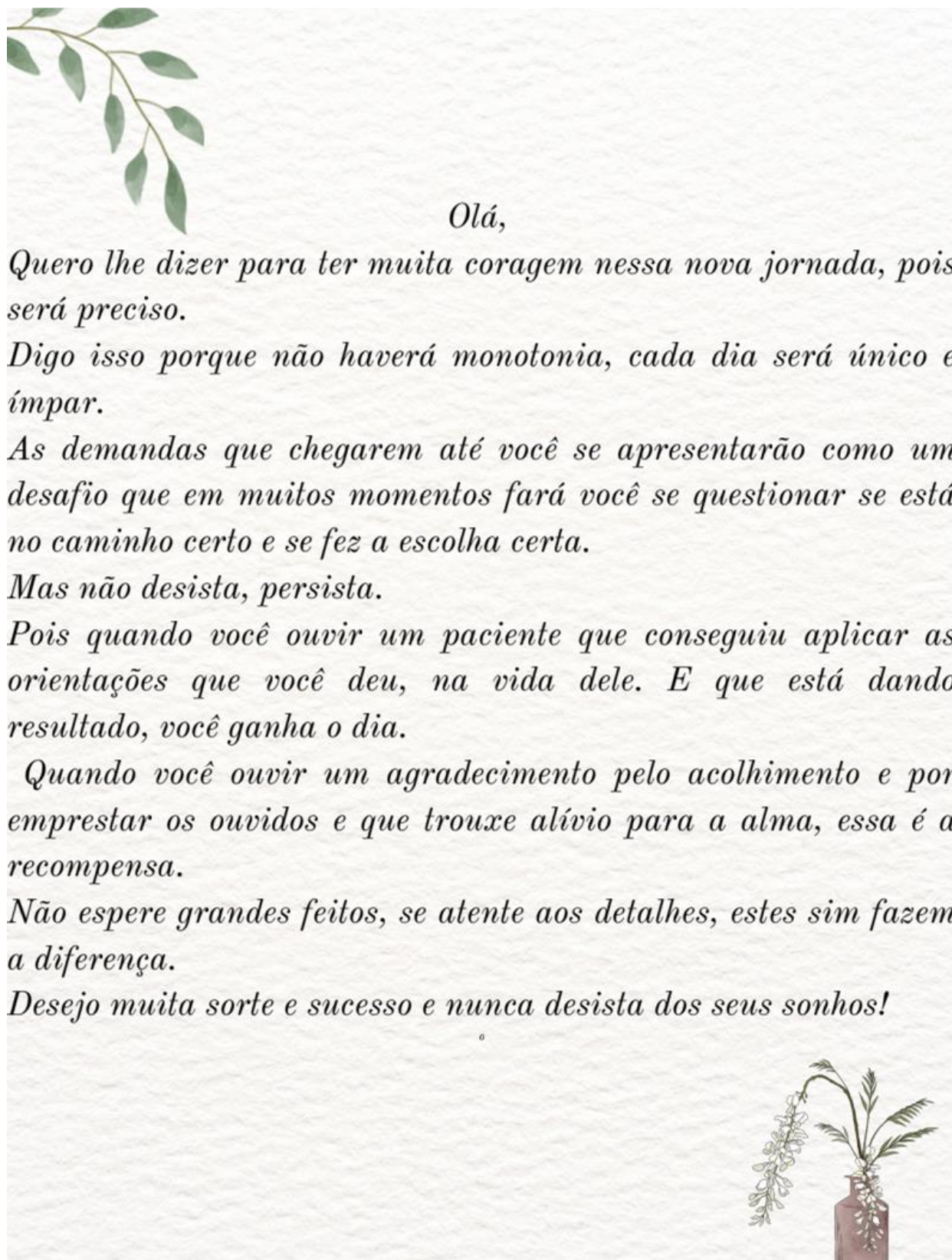
São dias e dias, respira e não se perca de vista.

(Re)crie, (re)signifique e compartilhe. E não se esqueça, Saúde Mental é ser coletivo.

Se eu puder, conte comigo...

Com carinho,
 Priscilla Cardino.

Figura 11: Carta 4.



Fonte: Própria do Autor.

7. À GUISA DE CONCLUSÕES

Embasadas no percurso que fizemos até aqui, longe de traçarmos conclusões, cabe agora resgatar algumas considerações. Vimos que as relações saúde-trabalho são dinâmicas, complexas e multifatoriais. Esbarram na compreensão dos(as) trabalhadores(as) sobre o que é a reforma psiquiátrica, o que é saúde e cuidado em saúde mental no SUS, e ainda qual é o seu papel dentro de uma equipe multiprofissional, de um trabalho em rede, entre outras inúmeras questões. Implica ainda perceber a sua atuação como parte de um todo que é coletivo e de um contexto maior de transformação da vida das pessoas e do social.

Diante da dinamicidade dos processos de prazer e sofrimento no e pelo trabalho não podemos explicá-los a partir de uma relação de causa e efeito. Pudemos ver, por exemplo, que falar do que gostam e do que não gostam no trabalho, do que faz ou não sentido é uma tarefa minuciosa e delicada. Apesar disso, arriscamos identificar algumas linhas deste emaranhado na aposta de contribuir de alguma forma para o avanço destas discussões e problemáticas.

Podemos arriscar a dizer que pensar na saúde do(a) trabalhador(a) da saúde mental pode ser garantir as condições e possibilidades para o desenvolvimento de um trabalho bem feito, e isso implica vínculos empregatícios seguros, remunerações que possibilitem uma vida aos trabalhadores(as) com a garantia de poder gozar dos seus próprios direitos (saúde, educação, cultura, lazer, entre outros). Implica ainda em relações de trabalho horizontalizadas e de trocas cotidianas de saberes e modos de fazer, bem como em momentos de reflexão entre pares e supervisão clínico-institucional, e em processos de reconhecimento do trabalho desenvolvido e de sua complexidade.

Não existe uma fórmula mágica ou uma fala motivacional mágica para que gozem de relações saudáveis no trabalho. O que existem são seres humanos que buscam dar sentido as suas vidas, e como parte desse processo, o trabalho e a possibilidade do trabalho bem feito, vem como um elemento estruturante. Os(as) trabalhadores(as) querem concretude para essas possibilidades, de vida e de trabalho, sem que para isso precisem arrancar de si aquilo que não possuem, concretamente e simbolicamente.

Foi possível compreender, à luz da experiência dos profissionais, alguns impactos da pandemia no trabalho em saúde mental. Dentre eles identificamos uma intensificação do trabalho em decorrência do aumento da demanda por cuidados em saúde mental e também do aumento da complexidade destas demandas. Os trabalhadores(as) analisam tais questões a partir do agravamento da situação socioeconômica do momento, e assim o aumento da procura por

cuidados no setor público de parcela da população que antes acessava apenas serviços da rede privada. Por outro lado, o aumento e agravamento, das experiências de sofrimento diante do cenário pandêmico.

Ainda em relação aos inúmeros impactos da pandemia, podemos resgatar: o aumento das demandas e intensificação do trabalho com o uso de tecnologias digitais, e com a defasagem nas equipes diante dos afastamentos de colegas; o agravamento das filas de espera para atendimentos; as situações de adoecimento dos(as) próprios(as) trabalhadores(as), que em alguns casos mudou completamente a organização de vida e do trabalho; as perdas ou congelamento de salários, reajustes e benefícios com a justificativa da situação sanitária e econômica; a falta de equipamentos apropriados de proteção contra o vírus disponíveis para as equipes; a alteração da rotina dos serviços e a adoção de novos protocolos, novas formas de fazer o trabalho acontecer; a suspensão de algumas ferramentas de cuidado, como as oficinas, e o protagonismo de outras já utilizadas, como as visitas domiciliares; mudanças e rearranjos na articulação com a rede.

Após o momento crítico da pandemia ainda vivenciaram o processo de retomada e resgate de muitas ações. Como expusemos em outro momento, do ponto de vista dos reflexos da pandemia nos processos de trabalho, as “palavras-resumo” que parecem mais adequadas é “diversidade” e “criação”.

De modo geral, conhecemos realidades de trabalho diversas, porém todas marcadas de alguma forma pelas lógicas de precarização do trabalho, emaranhadas de conflitos, angústias, inseguranças, sofrimentos, e em algumas situações assédio, violências e adoecimentos.

Dentre os principais processos ou fontes de sofrimento e/ou adoecimento no trabalho estiveram: a precarização do e no trabalho; a sobrecarga muitas vezes sentida pelo aumento das demandas e intensificação do trabalho diante de equipes reduzidas ou incompletas; a desvalorização da atividade e salarial; as violências presentes nas relações em situação de trabalho; os medos e acidentes em situação de trabalho; discordâncias entre profissionais e gestões/hierarquias/políticas na condução do trabalho; burocracias e modos considerados “endurecidos/encapsulados/ biomédicos” de ofertar o cuidado; falta de espaços de diálogo, formação e trocas.

O tema da violência esteve presente nos relatos como algo cotidiano no trabalho – violência entre usuários e profissionais, entre gestores e profissionais e violência nas relações entre os próprios pares de trabalho. Violências do ponto de vista físico e concreto, mas muito

mais do ponto de vista simbólico e de imposição de poder. A relação com as hierarquias e políticos, especialmente com os que não compreendem o trabalho em saúde mental, foi destacado como uma fonte de muito sofrimento e, por vezes, adoecimento dos(as) trabalhadores(as), em função dos atravessamentos que tais situações impõem ao cotidiano da atividade.

Já dentre os principais processos ou fontes de prazer e produção de sentido no e pelo trabalho estiveram: o trabalho em equipe; as possibilidades e espaços para criar em situação de trabalho; os efeitos do trabalho na vida dos usuários dos serviços e as possibilidades de contribuir para transformações mais amplas com a sua atividade.

Garantir boas condições de vida, formação e trabalho, em si, já é pensar na saúde dos(as) trabalhadores(as), que precisam cuidar de si para terem possibilidades de cuidar do outro. Estar imerso no trabalho coletivo, em equipe, de modo geral, foi colocado como um fator a favor da saúde. Os profissionais se sentem de alguma forma protegidos, confortados e fortalecidos, bem como com as responsabilidades e dificuldades compartilhadas. Da mesma forma, destacaram o quanto que para eles o trabalho efetivo e prazeroso em saúde mental envolve as atividades grupais, os trabalhos com o território, os outros serviços e setores.

Podemos dizer que, o nível de satisfação, alegria ou produção de sentido no e pelo trabalho configura-se a partir de processos de contínua construção, reconstrução e recomposição, que precisam de espaços de pausa, reflexão, formação no e pelo trabalho e compartilhamentos, para serem produzidos e alimentados.

Do ponto de vista das estratégias e ações consideradas promotoras de cuidado de si e dos pares em equipe, vimos experiências como momentos de descontração com os colegas fora do horário e local de trabalho, momentos também de compartilhamento dos impasses vividos em situação de trabalho e de supervisão clínico institucional, de planejamento, educação permanente, colegiados, seminários internos nos serviços. E ainda, os momentos de pausa para uma conversa e um café durante a rotina de trabalho - momentos que produzem uma sensação de “oxigenação”.

Vimos que, se por um lado temos profissionais apaixonados pelo trabalho na atenção psicossocial e pelas conquistas da luta antimanicomial, estes também encontram-se muitas vezes cansados, sobrecarregados, desgastados diante do atual cenário de trabalho. Em boa parte, têm uma carga horária extensa e carga de trabalho intensa, sem correspondência ao salário, à demanda que atendem, às atividades e responsabilidades nas situações de trabalho, aos riscos

que se expõem, aos medos, aos investimentos que fazem, bem como à qualidade do vínculo empregatício.

A discussão sobre autonomia e reconhecimento andaram juntos em nossos movimentos de análise da atividade. Estes, por sua vez, também estiveram alinhados com o tempo de experiência e atuação profissional. Como pudemos ver, ter experiência e autoconfiança na atividade desenvolvida parece favorecer para um sentimento de autonomia, satisfação e prazer no trabalho. Parece ainda ser um dos fatores de admiração e reconhecimento pelos outros. A autonomia é sentida como ampliada justamente quando o reconhecimento da experiência é endereçado pelas hierarquias aos trabalhadores(as).

Foi possível identificar que os(as) trabalhadores(as) se sentem muito mais valorizados e reconhecidos pelos usuários e familiares, e pelos pares que conhecem a qualidade do trabalho desempenhado, do que pelas hierarquias. O reconhecimento dos usuários e o vínculo construído com eles, bem como vê-los atuantes e participando de processos decisórios, por exemplo, foi colocado como algo que traz muito sentido para o trabalho.

Foi possível também conhecer algumas estratégias inventivas dos(as) trabalhadores(as) frente ao real do trabalho, como reuniões de passagem, referência dupla de casos ao invés de um único técnico de referência; o estabelecimento da visita domiciliar em conjunto com a atenção básica para qualificar melhor o trabalho e a fazer a co-gestão do cuidado.

Constatou-se a necessidade de atualizações dos parâmetros - normativas e portarias, por exemplo – para a composição das equipes dos serviços, e para a organização dos territórios de abrangência, uma vez que o cenário de complexidade mudou e as demandas aumentaram. Neste ínterim, é claro para nós que processos tão revolucionários e importantes como os da reforma sanitária e psiquiátrica precisam alinhar suas pautas e conquistas a partir da indissociabilidade entre a busca pela melhoria da atenção à saúde e a garantia das boas condições para o trabalho/cuidado acontecer. Com isso queremos dizer que pensar no cuidado em saúde deve estar numa relação inseparável do pensar/transformar/cuidar da atividade/trabalho em saúde. Não é possível pensarmos em cuidar “bem” do outro às custas da saúde dos(as) trabalhadores(as). O cuidar do trabalho em saúde deve ser pensado como condição necessária para a plena efetivação do cuidado dos outros. E neste sentido, garantir o direito à saúde da população implica garantir às necessárias condições de trabalho aos representantes cotidianos deste direito fundamental – os(as) trabalhadores(a) da saúde.

Contudo, importa também colocar que nossa pesquisa não esteve isenta de limitações. Dentre elas, cabe citarmos que não conseguimos nos debruçar sobre as questões de gênero e raça, por exemplo, para aprofundarmos tal discussão relacionando-a às relações saúde trabalho aqui expostas. Não foi possível também aprofundarmos teoricamente nas minúcias atuais dos retrocessos da política de saúde mental. Fizemos apenas um breve resgate e trouxemos o que nos foi exposto em diálogo com os(as) trabalhadores(as).

No entanto, foi possível ampliarmos nossa compreensão sobre a experiência dos trabalhadores e trabalhadoras de saúde mental do SUS, seus anseios e engajamentos, para assim apontarmos perspectivas em direção ao cuidado desses homens e mulheres que dedicam suas vidas a cuidarem de outrem.

REFERÊNCIAS

- ABUHAB, D.; SANTOS, A. B. A. P.; MESSEMBERG, C. B.; FONSECA, R. M. G. S.; ARANHA E SILVA, A. L. **O trabalho em equipe multiprofissional no CAPS III: um desafio.** Rev. Gaúcha Enferm. Porto Alegre (RS). v. 26. n. 3. 2005. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/rgenf/article/download/4567/2494/0>. Acesso em: 01 jun. 2023.
- ALMEIDA, S. A.; MERHY, E. **Micropolítica do trabalho vivo em saúde mental:** Composição por uma ética antimanicomial em ato. Psicologia Política. vol. 20. n.47. 2020. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpp/v20n47/v20n47a06.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2023.
- AMARANTE, P. **Loucos Pela Vida:** A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2ª ed., Rio de Janeiro: FIO CRUZ. 136 fls. 2013.
- AMARANTE, P. **A (clínica) e a reforma psiquiátrica.** Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro: Editora NAU. 2003.
- ANTUNES, R.; PRAUN, L. **A sociedade dos adoecimentos no trabalho.** Serv. Soc. Soc. São Paulo. n. 123. 21 fls. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ssoc/a/cbc3JDzDvxTqK6SDTQzJJLP/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 01 jun. 2023.
- ARAÚJO, T. M.; TORRENTÉ, M. O. N. **Saúde Mental no Brasil:** Desafios para a construção de políticas de atenção e de monitoramento de seus determinantes. Epidemiologia e Serviços de Saúde. Brasília. 7 fls. 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/sHG86NSQNYMdlY5CxdBc3gN/?format=pdf>. Acesso em: 01 jun. 2023.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. Conselho Federal de Medicina; Associação Médica Brasileira; Federação Nacional dos Médicos; Associação Brasileira de Impulsividade e Patologia Dual; Associação Brasileira de Neuropsicologia. **Diretrizes para um modelo de Atenção Integral em Saúde mental no Brasil, 2020.** Disponível em: <https://www.abp.org.br/diretrizes>. Acesso em: 01 jun. 2023.
- ATHAYDE, M.; ZAMBRONI-DE-SOUZA, P. C.; BRITO, J. C. **Intervenção e pesquisa em psicologia:** uma postura ergológica. In: Métodos de Pesquisa intervenção em Psicologia da Trabalho. BENDASSOLLI, P. F.; SOBOLL, L. A. P. São Paulo: Editora Atlas. 248 fls. 2014.
- AYRES, J. R. C. M. **Cuidado e reconstrução das práticas de saúde.** Interface - Comunic. Saúde. Educ. v. 8. n. 14. 20 fls. 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/jNFBpg8J6MzRcBGt5F6B5tn/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 01 jun. 2023.

AYRES, J. R. C. M. **Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde.** In: Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde. Coleção Clássicos para Integralidade em Saúde. Editora responsável: Roseni Pinheiro. 143 fls. 2009. Disponível em: <https://www.cepesc.org.br/wp-content/uploads/2013/08/miolo-livro-ricardo.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2023.

BAREMBLITT, G. F. **Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática.** Belo Horizonte: Instituto Felix Guattari. 5 ed. 26 fls. 2002. Disponível em: <https://praticasautogestionarias.files.wordpress.com/2013/11/textos-selecionados-analise-institucional-e-autogestc3a3o.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2023.

BARROS, R. B.; BARROS, M. E. B. **Da Dor ao Prazer no Trabalho.** In: **Trabalhador da Saúde Muito Prazer!**. Ed. Injuí. 2009.

BASAGLIA, F. **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica.** Rio de Janeiro: Garamond. 331 fls. 2005.

BORGES, M. E. S. **O RH está nu: tramas e urdiduras por uma gestão coletiva do trabalho.** Tese de Doutorado em Psicologia. Programa de Pós-graduação em Psicologia Social da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. 284fls. 2006. Disponível em: <https://praticasautogestionarias.files.wordpress.com/2013/11/textos-selecionados-analise-institucional-e-autogestc3a3o.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2023.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil 1988.** Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 01 jun. 2023.

BRASIL. **Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990.** Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 01 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 106 de 11 de fevereiro de 2000.** Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizasConsolidacao/comum/4437.html>. Acesso em: 01 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 336 de 19 de fevereiro de 2002.** Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html. Acesso em: 01 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 3088 de dezembro de 2011.** Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 01 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Clínica Ampliada e Compartilhada.** Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília-DF. 68 fls. 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf. Acesso: 01 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rede Nacional de Atenção Integrada à Saúde do Trabalhador**. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/saude-do-trabalhador/renast#:~:text=A%20Renast%20compreende%20uma%20rede,estimular%20a%20articula%C3%A7%C3%A3o%20e%20a>. Acesso em: 01 jun. 2023.

BRITO, J. **Saúde**: uma relação com o meio e os modos de vida. Laboreal. 7 fls. 2017. Disponível em: <https://journals.openedition.org/laboreal/pdf/2018>. Acesso em: 01 jun. 2023.

BRITO, J. **A Ergologia como perspectiva de análise**: a saúde do trabalhador e o trabalho em saúde. In C. M.; J. M. H. Machado, & P. G. L. Pena (Orgs.). Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 17 fls. 2011. Disponível em: https://www.jstor.org/stable/pdf/10.7476/9788575413654.26.pdf?refreqid=fastly-default%3A5f76f91bd3084106848c226583115ee8&ab_segments=&origin=&initiator=&acctTC=1. Acesso em: 01 jun. 2023.

BRITO, J. C.; NEVES, M. Y.; OLIVEIRA, S. S.; ROTENBERG, L. **Saúde, subjetividade e trabalho**: o enfoque clínico e de gênero. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional. São Paulo. vol. 37. n. 126. 14 fls. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbso/a/dnhgHQ9Djk9KJSZQFS9ksBR/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 01 jun. 2023.

CANGUILHEM, G. **Meio e normas do homem no trabalho**. Pro-posições. v 12. 13 fls. 2001. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/proposic/article/view/8643999/11448>. Acesso em: 01 jun. 2023.

CLEMENTINO, F. S.; MIRANDA, F. A. N.; MARTINIANO, C. S.; MARCOLINO, E. C.; JÚNIOR, J. M. P.; FERNANDES, N. M. S. **Avaliação da satisfação e sobrecarga de trabalho dos trabalhadores dos Centros de Atenção Psicossocial**. Universidade Federal do Rio De Janeiro. Escola de Enfermagem Alfredo Pinto. 153 fls. 2018. Disponível em: https://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6013/pdf_1. Acesso em: 01 jun. 2023.

CLEMENTINO, F. S. MIRANDA, F. A. N. MARTINIANO, C. S. et al. **O normal e o patológico**. Traduzido por Mana Thereza Redig de Carvalho Barrocas. 6a edição. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

CLOT, Y. **Trabalho e poder de agir**. Belo Horizonte: Fabrefactum. 3 fls. 2010a. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbso/a/fxLxGkBNCqhQ8bCHgfPpQCg/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 01 jun. 2023.

CLOT, Y. **A Psicologia do Trabalho na França e a perspectiva da Clínica da Atividade Fractal**. Revista de Psicologia. v. 2. 30 fls. 2010b. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/fractal/a/9pTnMd8M6mKNwnXKpFGSNNf/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 01 jun. 2023.

CLOT, Y. Métodos. In: **A função psicológica do trabalho**. Rio de Janeiro. Petrópolis: Vozes. 224 fls. 2006. Disponível em: <https://www.studocu.com/pt-br/document/universidade-federal-da-paraiba/psicologia-do-trabalho/a-funcao-psicologica-do-trabalho-yves-clot-2007-index/44632217>. Acesso em: 01 jun. 2023.

CLOT, Y. Clinique du travail, clinique du réel. **Le Journal des Psychologues**, n. 185. 4 fls. 2001. Disponível em: <https://journals.openedition.org/osp/pdf/2959>. Acesso em: 01 jun. 2023.

CRUZ, N. F. O.; GONÇALVES, R. W.; DELGADO, P. G. G. Retrocesso da Reforma Psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. **Trabalho, Educação e Saúde**. v 18. n 3. 20 fls. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/j6rLVysBzMQYyFxFxZ6hgQqBH/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 01 jun. 2023.

COSTA-ROSA, A. Luzio, C. A. Yasui, S. As Conferências Nacionais de Saúde Mental e as premissas do Modo Psicossocial. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 12-25, maio/ago. 2001.

DEJOURS, C. Subjetividade, Trabalho e Ação. **Revista Produção**. v 14. n 3. 8 fls. 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/prod/a/V76xtc8NmkqdWHd6sh7Jsmq/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 01 jun. 2023.

DEJOURS, C. **Entre o desespero e a esperança**: como reencantar o trabalho? Revista Cult. 5 fls. 2015. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2649446/mod_resource/content/1/Revista%20Cult%20C2%BB%20Entre%20o%20desespero%20e%20a%20esperan%C3%A7a%20como%20reencantar%20o%20trabalho.pdf. Acesso em: 01 jun. 2023

DEJOURS, C.; GERNET, I. **Avaliação do trabalho e reconhecimento**. In: Clínicas do Trabalho. BENDASSOLLI, P. F.; SOBOLL, L. A. P. Belo Horizonte: Artesã. 2021.

DESLANDES, S. F. **A construção do projeto de pesquisa**. In: Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. MINAYO, M. C. S. 18ª ed. Petrópolis: Vozes. 2001.

DURRIVE, L. **Pistas para o ergoformador animar os encontros sobre o trabalho**. Niterói: EDUFF. 2010.

DURRIVE, L.; JACQUES, A. M. **O formador ergológico ou “Ergoformador”**: uma introdução à ergoformação. In: SCHWARTZ, Y.; DURRIVE, L. Trabalho & Ergologia: conversas sobre a atividade humana. Niterói: EDUFF. 19 fls. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cebape/a/vf6KV9HSD3y4bmQyY6hVSvN/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 01 jun. 2023.

FALLEIROS, I.; LIMA, J. C. F. **Saúde como direito de todos e dever do estado.** Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história. PONTE, C. F.; FALLEIROS, I. Rio de Janeiro: Fiocruz. 336 fls. 2010. Disponível em:
<https://observatoriohistoria.coc.fiocruz.br/local/File/livro-na-corda-bamba-de-sombrinha.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2023.

FÉLIX-SILVA, A. V.; NASCIMENTO, M. V. N.; ALBUQUERQUE, M. M. R.; CUNHA, M. S. G.; GADELHA, M. J. A. **A tenda do conto como prática integrativa de cuidado na atenção básica.** Natal: Edunp. 80 fls. 2014. Disponível em:
https://www.redehumanizausus.net/sites/default/files/itens-do-acervo/files/a_tenda_do_conto_como_pratica_integrativa_de_cuidado_na_atencao_basica.pdf. Acesso em: 01 jun. 2023.

FEUERWERKER, L. C. M. **Micropolítica e Saúde:** produção do cuidado, gestão e formação. Coleção Micropolítica do Trabalho e do Cuidado em Saúde. Porto Alegre: Editora REDE UNIDA. 1 ed. 176 fls. 2014. Disponível em:
https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/6407202/mod_resource/content/1/Micropol%C3%AAdtica%20e%20sa%C3%BAde.pdf. Acesso em: 01 jun. 2023.

FRANCO, T. **O uso do fluxograma descritor e projetos terapêuticos para análise de serviços de saúde, em apoio ao planejamento:** o caso de Luz-MG. São Paulo: HUCITEC. 30 fls. 2013. Disponível em:
https://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/fluxograma_descritor_e_Projetos_Terapeuticos_-_Prof_Dr_Tulio_Franco.pdf. Acesso em: 01 jun. 2023.

FRANCO, T. MERHY, E. **O uso de ferramentas analisadoras para o apoio ao planejamento dos serviços de saúde:** o caso do Serviço Social do Hospital das Clínicas da Unicamp (Campinas-SP). São Paulo: HUCITEC. 23 fls. 2013a. Disponível em:
<https://www.professores.uff.br/tuliofranco/wp-content/uploads/sites/151/2017/10/12ferramentas-analisadoras-fluxograma-rede-peticao.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2023.

FRANCO, T.; MERHY, E. **Mapas analíticos:** um olhar sobre a organização e seus processos de trabalho. São Paulo: HUCITEC. 22 fls. 2013b. Disponível em:
https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/7712402/mod_resource/content/1/Mapas%20anal%C3%ADticos_%20um%20olhar%20sobre%20a%20organiza%C3%A7%C3%A3o%20e%20seus%20processos%20de%20trabalho..pdf. Acesso em: 01 jun. 2023.

FRANCO, T; DRUCK, G.; SELIGMANN-SILVA, E. **As novas relações de trabalho, o desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais no trabalho precarizado.** Rev. bras. Saúde ocup. São Paulo. 22 fls. 2010. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/rbso/a/TsQSX3zBC8wDt99FryT9nnj/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 01 jun. 2023.

- FREIRE, F. H. M. A. **Cartografia do financiamento em saúde mental: modelagens na Rede de atenção psicossocial na relação do cuidado à loucura.** Tese de Doutorado em Ciências da Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. FIOCRUZ. Rio de Janeiro. 225 fls. 2012. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/14451/ve_Flavia_Freire_ENSP_2012.pdf?sequence=3&isAllowed=y. Acesso em: 01 jun. 2023.
- GONÇALVES, A. M.; VILELA, S. C.; TERRA, F. S.; NOGUEIRA, D. A. **Atitudes e o prazer/sofrimento no trabalho em saúde mental.** Revista Brasileira Enfermagem. 9 fls. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/ygHfx8vGKDwStvkd3StJZG/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 01 jun. 2023.
- GUÉRIN, F.; KERGUELEN, A.; LAVILLE, A.; DANIELLOU, F.; DURRAFOURG, J. **Compreender o trabalho para transformá-lo: a prática da Ergonomia.** Blucher. 1 ed. 224 fls. 2001.
- LEITÃO, I. B. AVELLAR, L. Z. **10 anos de um CAPSi: percepções dos profissionais acerca do trabalho em saúde mental infantojuvenil.** Estilos da Clínica. V. 25, nº 1, p. 165-183. 2020.
- LHUILIER, D. **Filiações teóricas das Clínicas do Trabalho.** 37 fls. 2021. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/7868911/mod_resource/content/1/Filiacoes%20teoricas%20das%20clinicas%20do%20trabalho%20Lhuilier.pdf. Acesso em: 01 jun. 2023.
- MACHADO, A. R.; CLOT, Y. **Entrevista com Ives Clot.** São Paulo. 6 fls. 2005. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/mosaico/article/view/6241/3833>. Acesso em: 01 jun. 2023.
- MÂNGIA, E. F; BARROS, J. L. **Projetos Terapêuticos e serviços de saúde mental: caminhos para a construção de novas tecnologias de cuidado.** Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo. v 20. n 2. 7 fls. 2009. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rto/article/download/14061/15879/17039>. Acesso em: 01 jun. 2023.
- MARCO, P. F.; CÍTERO, V. A.; MORAES, E.; NOGUEIRA-MARTINS, L. A. **O impacto do trabalho em saúde mental: transtornos psiquiátricos menores, qualidade de vida e satisfação profissional.** J Bras Psiquiatr. 6 fls. 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/QpJC9KfwVtMkNcFQkvxxJDp/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 01 jun. 2023.
- MATTA, G. C. **Princípios e diretrizes do sistema único de saúde. Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história.** 20 fls. 2010. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/39223/Pol%c3%adticas%20de%20Sa%c3%bade%20-%20Princ%c3%adpios%20e%20Diretrizes%20do%20Sistema%20%c3%9anico%20de%20Sa%c3%bade.pdf?sequence=2&isAllowed=y>. Acesso em: 01 jun. 2023.

MENDES, R.; DIAS, E. C. **Da Medicina do Trabalho à Saúde do Trabalhador**. Revista de Saúde Pública. São Paulo. v 25. n 5. 9 fls. 1991. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2977.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2023.

MERHY, E. **Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato, em saúde**. Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde. São Paulo: HUCITEC. 2013a. Disponível em: https://digitalrepository.unm.edu/context/lasm_en/article/1144/type/native/viewcontent. Acesso em: 01 jun. 2023.

MERHY, E. **O cuidado é um acontecimento e não um ato**. Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos. Organizadores: FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. São Paulo: HUCITEC. 308 fls. 2013b. Disponível em: https://mega.nz/#!lpJ1RKpI!6RPEdZZGqHqs-_U38HNgnqCx5JG6LCtsFMRWQkx0iME. Acesso em: 01 jun. 2023.

MERHY, E. **Educação Permanente em Movimento**: uma política de reconhecimento e cooperação, ativando os encontros do cotidiano no mundo do trabalho em saúde, questões para gestores, trabalhadores e quem mais quiser se ver nisso. Saúde em Redes. v 1. n 1. 8 fls. 2015. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/309/15>. Acesso em: 01 jun. 2023.

MERHY, E. **O ato de cuidar**: a alma dos serviços de saúde? Campinas. 8 fls. 1999. Disponível em: <https://www.pucsp.br/prosaude/downloads/territorio/o-ato-de-cuidar.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2023.

MERHY, E. ONOCKO, R. **Agir em saúde um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec. 1997. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-03.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2023.

MINAYO-GOMEZ, C. **Campo da saúde do trabalhador: trajetória, configuração e transformações**. Rio de Janeiro. Editora: FIOCRUZ. 13 fls. 2011. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/qq8zp/pdf/minayo-9788575413654-02.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2023.

NARDI, H. C.; RAMMINGER, T. **Modos de Subjetivação dos Trabalhadores de Saúde Mental em Tempos de Reforma Psiquiátrica**. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva. Rio de Janeiro. 23 fls. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/5fzmZtK6MLGw9FMW9phbXRn/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 01 jun. 2023.

OLIVEIRA, F. G. V. C.; Carvalho, M. A. P.; Garcia, M. R. G.; Oliveira, S. S. **A experiência dos diários reflexivos no processo formativo de uma Residência Multiprofissional em Saúde da Família**. Comunicação, Saúde, Educação. v 17. n 44. 9 fls. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/rVFvDKySnHZWGS6xNND8NdF/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 01 jun. 2023.

OLIVEIRA, L. C.; MENEZES, H. F.; OLIVEIRA, R. L.; LIMA, D. M.; FERNANDES, S. F.; SILVA, R. A. R. **Atendimento móvel às urgências e emergências psiquiátricas:** percepção de trabalhadores de enfermagem. Rev Bras Enferm. 10 fls. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/vvQpyJz53Nk5p4LzGpwRGQN/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 01 jun. 2023.

OSÓRIO, C. **Experimentando a fotografia como ferramenta de análise da atividade de trabalho.** Informática na educação: teoria & prática. Porto Alegre. v 13. n 1. 9 fls. 2010. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/InfEducTeoriaPratica/article/view/13793/12044>. Acesso em: 01 jun. 2023.

PASSARINHO, J. G. N. **Retrocessos na política nacional de saúde mental:** consequências para o paradigma psicossocial. Revista EM PAUTA. Rio de Janeiro. n 49. v 20. 16 fls. 2022. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/revistaempauta/article/view/63451/40994>. Acesso em: 01 jun. 2023.

PASSOS, E; BARROS. **A Construção do Plano da Clínica e o Conceito de Transdisciplinaridade.** Psicologia: Teoria e Pesquisa. Brasília. v 16. n 1. 9 fls. 2000. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ptp/a/L7rpp3DHD4n8xsRdLVQkjTF/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 01 jun. 2023.

PERNICIOTTI, P.; SERRANO JÚNIOR, C. V.; GUARITA, R. V.; MORALES, R. J.; ROMANO, B. W. **Síndrome de Burnout nos profissionais de saúde:** atualização sobre definições, fatores de risco e estratégias de prevenção. Revista: SBPH. 18 fls. 2020. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v23n1/05.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2023.

PINHO, E. S.; SOUZA, A. C. S.; ESPERIDIÃO, E. **Processos de trabalho dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial:** revisão integrativa. Ciência & Saúde Coletiva. 12 fls. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/qrcT4cQb3qrPZSpHBwCq6Gj/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 01 jun. 2023.

POUPART, J. **A entrevista de tipo qualitativo: considerações epistemológicas, teóricas e metodológicas.** Rio de Janeiro. Petrópolis: Vozes. 21 fls. 2012. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/1464185/mod_folder/content/0/POUPART%2C%20J.%20A.%20entrevista%20de%20tipo%20qualitativo%20-%20considera%C3%A7%C3%B5es%20epistemol%C3%B3gicas%2C%20te%C3%B3ricas%20e%20metodol%C3%B3gicas.PDF?forcedownload=1. Acesso em: 01 jun. 2023.

RACH, E.; MARCERATA, I.; LOUZADA, L. **Gestão do Processo de Trabalho.** Rio de Janeiro: EAD/ENSP. 2014.

SCHWARTZ, Y. R. **Produzir saberes entre aderência e desaderência.** Educação Unisinos. v 13. n 3. 10 fls. 2009. Disponível em: <https://revistas.unisinos.br/index.php/educacao/article/view/4959/2205>. Acesso em: 01 jun. 2023.

PASSOS, R. G. **Caminhos da consciência para si no movimento de reforma psiquiátrica brasileira**: notas iniciais à luz de Marx e Lukács. Trab. Educ. Saúde. Rio de Janeiro. v 13. 12 fls. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/XtFXCjZNtHYPf3MZWdXBk/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 01 jun. 2023.

RAMMINGER, T. **Trabalhadores de saúde mental**: reforma psiquiátrica, saúde do trabalhador e modos de subjetivação nos serviços de saúde mental. Dissertação de mestre em Psicologia Social e Institucional. Instituto de Psicologia da UFRG. Porto Alegre. 118 fls. 2005. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/5675/000518369.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 01 jun. 2023.

RAMMINGER, T. **“Cada Caps é um Caps”**: a importância dos saberes investidos na atividade para o desenvolvimento do trabalho em saúde mental. Tese de doutorado em Ciências da Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Centro de Estudos em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. 11 fls. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/YHk38mTzb83XhgvZmGWRqht/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 01 jun. 2023.

RAMMINGER, T. **Modos de trabalhar em saúde mental**: pensando os desafios das reformas sanitária e psiquiátrica para o cuidado de pessoas que usam drogas. Mais substâncias para o trabalho em saúde com usuários de drogas. Rede Unida: Porto Alegre. 128 fls. 2014. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/172371/slides1pdf.pdf?sequence=3&isAllowed=y>. Acesso em: 01 jun. 2023.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, D. O.; MAURI, D. **Desinstitucionalização, uma outra via**. Org. Fernanda Nicácio. Desinstitucionalização. 2 ed. São Paulo: HUCITEC. 2001.

ROTELLI, F. **A instituição inventada**. Org. Fernanda Nicácio. Desinstitucionalização. 2 ed. São Paulo: HUCITEC. 6 fls. 2001. Disponível em: <https://saudeecosol.files.wordpress.com/2012/10/a-instituic3a7c3a3o-inventada-franco-rotelli1.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2023.

SAMPAIO, C. C. **Interdisciplinaridade em questão**: análise de uma política de saúde voltada à mulher. In: SÁ, J. L. M. Serviço Social e Interdisciplinaridade: dos fundamentos filosóficos à prática interdisciplinar no ensino, pesquisa e extensão. 6 ed. São Paulo: Cortez. 2007.

SANTOS-FILHO, S. B. **Um Olhar sobre o Trabalho em Saúde nos Marcos Teórico-políticos da Saúde do Trabalhador e do Humaniza SUS**: o contexto do trabalho no cotidiano dos serviços de saúde. Trabalhador da Saúde Muito Prazer. Ijuí: Ed. Inijuí. 14 fls. 2009. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/olhar_sobre_trabalho.pdf. Acesso em: 01 jun. 2023.

SANTOS, A. P. L.; LACAZ, F. A. C. **Saúde do Trabalhador no SUS**. In: Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea. Organizadores: Carlos Minayo Gomez, Jorge Mesquita Huet Machado e Paulo Gilvane Lopes Pena. Rio de Janeiro. Editora: FIOCRUZ. 2011.

SCHWARTZ, Y. **A comunidade científica ampliada e o regime de produção de saberes**. Trabalho & Educação. Minas Gerais. 9 fls. 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/trabedu/article/view/9202/6622>. Acesso em 01 jun. 2023.

SCHWARTZ, Y. **Trabalho e uso de si**. in Revista Pro-posições. Faculdade de Educação, Unicamp. n 32. São Paulo. 17 fls. 2000. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/proposic/article/view/8644041/11485>. Acesso em: 01 jun. 2023.

SCHWARTZ, Y. **A dimensão coletiva do trabalho e as Entidades Coletivas Relativamente Pertinentes (ECRP)**. Trabalho & Ergologia: conversas sobre a atividade humana. 3 ed. Revista e ampliada. Niterói: EDUFF. 2021.

SCHWARTZ, Y.; DUC, M.; DURRIVE, L. **O trabalho e a ergologia**. Trabalho & Ergologia: conversas sobre a atividade humana. Niterói: EDUFF. 2010a.

SCHWARTZ, Y.; DUC, M.; DURRIVE, L. **O Homem, o mercado e a cidade**. Trabalho e Ergologia: conversas sobre a atividade humana. Niterói: Editora da UFF. 2010b.

SEVERO, A. C. S.; FREIRE, F. H. M. A.; AMORIM, A. K. M. A.; **Saúde mental dos trabalhadores do SUS: desafios na produção do comum e na afirmação das vidas no contexto da COVID-19**. 14 fls. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/YBpntN37gNHHW9CHMJ8zGhb/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 01 jun. 2023.

SEVERO, A. K. S.; L'ABBATE, S.; CAMPOS, R. T. O. **A supervisão clínico-institucional como dispositivo de mudanças na gestão do trabalho em saúde mental**. Interface: Comunicação, Saúde, Educação. 12 fls. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/pHvhJ8w959mBptryNqcy4w/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 01 jun. 2023.

SOARES, R. H.; OLIVEIRA, M. A. F.; DOMANICO, A. **Análise da satisfação da equipe de profissionais de um serviço de atenção psicossocial especializado em álcool e outras drogas**. Revista Interação em Psicologia. v 24. n 2. 2020.

SOUZA, A. C. S.; RIBEIRO, M. C. **A interdisciplinaridade em um CAPS: a visão dos trabalhadores**. Caderno de Terapia Ocupacional. São Carlos: UFSCar. v 21. n 1. 8 fls. 2013. Disponível em: <https://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/734/419>. Acesso em: 08 de Mai de 2023.

SILVA, J. C. B.; OLIVEIRA-FILHO, P. **Produções discursivas sobre o trabalho em equipe no contexto da reforma psiquiátrica: um estudo com trabalhadores de Centros de Atenção**

Psicossocial. Estudos de Psicologia. Campinas. v 30. n 4. 10 fls. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/estpsi/a/kCYFgGs4v3HvVswmfmxs9JH/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 01 jun. 2023.

TREVISAN, E. R.; CASTRO, S. S. **Aspectos psicossociais do trabalho em Saúde Mental: uma revisão integrativa**. SMAD. Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. 10 fls. 2016. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/smad/article/view/120791/117860>. Disponível em: 22 nov. 2023.

VASCONCELLOS, V. C. **Trabalho em equipe na saúde mental: o desafio interdisciplinar em um caps**. Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas. v 6. n 1. 16 fls. 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v6n1/15.pdf>. Acesso em: 08 mai. 2016.

VENNER, B.; SCHWARTZ, Y. **Debates de normas, “mundo de valores” e engajamento transformador**. In: Trabalho e ergologia II: diálogos sobre a atividade humana. Organizador por: Yves Schwartz e Louis Durrive, tradução de Marlene Machado Zica Vianna- Belo Horizonte: FABREFACTUM. 2015.

BRITO, M. J.; ALVAREZ, D. **Labirintos do Trabalho**. Interrogações e olhares sobre o trabalho vivo. Rio de Janeiro: DP&A. 2004.

VINUTO, J. **A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto**. Campinas. 18 fls. 2014. Disponível em: <https://econtents.bc.unicamp.br/inpec/index.php/tematicas/article/view/10977/6250>. Acesso em: 01 jun. 2023.

ZAMBENEDETTI, G.; SILVA, R. A. N. **A noção de rede nas reformas sanitária e psiquiátrica no Brasil**. Psicologia em Revista. Belo Horizonte. v 14. n 1. 20 fls. 2008. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v14n1/v14n1a08.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2023.

ANEXO A - ROTEIRO PARA A ENTREVISTA

- Fale um pouco da sua trajetória no campo da saúde mental. Qual seu tipo de vínculo, sua função?
- Descreva, por favor, aspectos da sua rotina de trabalho, o que mais gosta de fazer e o que menos gosta e porquê.
- Sente que tem autonomia para tomar decisões no trabalho e desenvolvê-lo como planeja e/ou deseja?
- Se pudesse escolher agora, trocaria de serviço, área de trabalho ou profissão? Pode nos falar um pouco mais sobre sua resposta?
- Você se sente reconhecido pelo trabalho que faz? Como?
- Como é o trabalho em equipe no serviço em que atua? E em rede?
- Se pudesse mudar alguma coisa ou aspecto do seu trabalho, o que mudaria? Você acha que teria autonomia para propor uma transformação no trabalho?
- Como é a sua relação e a relação da sua equipe com as hierarquias?

ANEXO B - REGISTRO DO CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) participante,

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “**AS RELAÇÕES SAÚDE-TRABALHO EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE MENTAL**”, desenvolvida pela doutoranda Gilmara da Costa Silva, vinculada à Pós-Graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação da Pesquisadora Dr^a. **Simone Santos Oliveira**.

O objetivo central dessa pesquisa é compreender as relações saúde-trabalho dos profissionais que atuam na RAPS em diversas regiões e cidades do Brasil. Para isso, realizaremos entrevistas individuais e encontros grupais *on-line* por meio da plataforma virtual Google Meet, Zoom ou WhatsApp, conforme as necessidades e possibilidades do momento. Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Ao longo de toda a pesquisa irão ser tomados alguns cuidados para assegurar a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas. Garantimos que apenas os pesquisadores do projeto, que se comprometeram com o dever de sigilo e confidencialidade terão acesso a seus dados e não farão uso destas informações para outras finalidades. No entanto, por se tratar de entrevistas individuais e encontros grupais com profissionais de saúde mental, a confidencialidade e privacidade da discussão não são totalmente garantidas e como medida para minimizar tal risco, proporemos no primeiro encontro grupal o acordo entre os participantes para que as informações compartilhadas não sejam divulgadas para terceiros sem o consentimento do grupo. De qualquer forma, caso desejar que seu nome ou de sua instituição conste no trabalho final você poderá expressar isso nos grupos ou em qualquer momento da pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste documento. Lembramos, também, que a qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa. É importante destacar que você poderá desistir da pesquisa a qualquer momento, sem qualquer prejuízo ou sanção. E ainda, que tem direito a recorrer indenização por dano decorrente da pesquisa, caso os acordos aqui expostos sejam descumpridos.

As informações das entrevistas individuais e dos encontros grupais serão colhidas por meio da *observação direta, do registro escrito e gravação em áudio e vídeo* (pelos aplicativos e gravador de áudio externo). Os encontros grupais virtuais serão compostas por aproximadamente oito ou dez profissionais. Serão realizadas entre 4 ou 5 encontros virtuais, com a duração de aproximadamente uma hora e trinta minutos, a acontecer em data e local acordados com os participantes. Poderão ser utilizados os recursos de *vídeo e fotografia*, caso acordado em grupo, como ferramentas disparadoras para as discussões. Os grupos serão realizados a partir de assuntos que envolvam a temática das relações saúde-trabalho em saúde mental no Brasil, numa perspectiva de compartilhamento de saberes e ampliação das possibilidades de ação dos participantes. Os áudios e vídeos dos grupos serão transcritos e armazenados, em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas pessoas que se comprometeram com o dever de sigilo e confidencialidade desta pesquisa. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo por cinco anos em um banco de dados da pesquisa, com acesso restrito, sob a responsabilidade do pesquisador coordenador, e no caso de utilização em pesquisas futuras, será necessário um novo contato para que você forneça seu consentimento específico para a nova pesquisa.

Reconhecemos que toda pesquisa possui riscos potenciais. Esses vão variar de acordo com o objeto de pesquisa, seus objetivos e a metodologia escolhida. Os riscos de participação na pesquisa em questão se referem a um possível desconforto e frustração devido às questões abordadas e aos temas tratados nas entrevistas e nos Encontros com os profissionais de saúde mental. Dessa forma, a pesquisadora e sua orientadora estarão atentas para o caso de interromper ou alterar o curso do debate, respeitando a singularidade de cada participante e de cada situação. A participação nas entrevistas e grupos deverá ser voluntária e com a garantia de anonimato no uso do material produzido e utilizado na redação dos resultados da pesquisa.

Os benefícios aos participantes incluem a oportunidade de discutir sobre as adversidades do trabalho bem como sobre as estratégias inventivas de enfrentamento e de promoção da saúde construídas pelos

trabalhadores. Além disso, os profissionais irão participar de Encontros de Discussão em grupo que podem atuar como uma atividade de apoio aos trabalhadores, além de trabalhar em conjunto com os pesquisadores sobre possíveis ações voltadas para a saúde dos profissionais da saúde mental.

Os resultados serão apresentados aos participantes em um seminário/encontro final a ser agendado após o término dos grupos. Por fim, esta pesquisa está pautada na resolução CNS nº 466/2012, que aborda pesquisas com seres humanos.

Observações Finais:

_____ de _____ de 2023.

Nome do pesquisador do campo: Gilmara da Costa Silva

Assinatura da Pesquisadora: _____

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa intitulada: “**AS RELAÇÕES SAÚDE-TRABALHO EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE MENTAL**” e concordo em participar:

- 1) Da entrevista individual e dos encontros grupais;
- 2) Apenas da entrevista individual;
- 3) Apenas dos encontros Grupais.

OBS: o participante dirá seu **nome completo** para registro e **responderá oralmente** o seu nível de participação nas atividades da pesquisa e a sua autorização sobre as formas de registro acima. A participação nos encontros grupais só será possível caso haja a concordância com a gravação em áudio e/ou vídeo. Já as entrevistas individuais só serão gravadas com o consentimento.