

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
FACULDADE DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

ANÁLISE PSICODINÂMICA DO TRABALHO EM UM
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO AMAZONAS

STEPHANE CAROLINE DE PAULA DA CUNHA

MANAUS - AM

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
FACULDADE DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

STEPHANE CAROLINE DE PAULA DA CUNHA

ANÁLISE PSICODINÂMICA DO TRABALHO EM UM CENTRO DE
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO AMAZONAS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Amazonas, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia, na Linha de Processos Psicológicos e Saúde.

Orientadora: Profª Dra. Rosângela Dutra de Moraes.

MANAUS - AM

2014

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo ou pesquisa, desde que citada a fonte.

Ficha catalográfica

Folha de aprovação

Aos meus pais, Miguel Cunha e Raquel Maia,
querenunciaram a sua juventude,
para educar a mim e aos meus irmãos,
ensinando-nos as mais importantes lições de nossas vidas.

Agradecimentos

Agradeço em primeiro lugar a Deus, Autor da vida, socorro bem presente na hora de angústia, que tem cuidado de mim e me abençoado em todas as áreas da minha vida.

À minha família, que é meu porto seguro: meus pais, Miguel Cunha e Raquel Maia, meus irmãos, Calebe Cunha e Camila Cunha, minhas avós, Hulda Maia e Tacilde Cunha, mulheres de temente a Deus e meus exemplo em tudo, meus tios e tias que torceram e oraram por mim, meus primos, que são os melhores amigos que tenho, em especial, minha prima Aline Cunha, que tantas vezes cuidou do meu filho para que eu pudesse me dedicar a este trabalho, meus sogros e minha cunhada, que sempre se alegram com minhas vitórias.

Ao meu esposo, Anderson Queiroz, que tantas noites foi dormir sozinho, enquanto eu madrugava estudando, que sempre tinha palavras para me encorajar nos momentos de desânimo.

Ao meu filho, João da Cunha Queiroz, que veio ao mundo no fim do primeiro ano de mestrado, e que me apresentou uma forma de amar maravilhosa e que mudou minha vida para sempre, tornando-se uma enorme fonte de ânimo para vencer este desafio.

Aos meus colegas de mestrado, que me proporcionaram vivências de amizade e companheirismo que vou levar para toda vida.

Aos meus professores do mestrado, com quem tive um crescimento profissional e intelectual enorme e que são minha inspiração como psicóloga.

À minha orientadora, Dra. Rosângela Dutra de Moraes, pela sua paciência, dedicação e por sempre acreditar que eu era capaz, sempre me orientando e corrigindo com uma elegância invejável.

Às doutoras Soraya Martins e Cláudia Sampaio, que estiveram em minha banca de qualificação e deram contribuições de extrema relevância para a construção deste trabalho.

Aos colegas do Lapsic, que desde a graduação têm contribuído para a minha formação, através das discussões, debates e aprendizado proporcionado pelas demais pesquisas realizadas.

À secretaria do mestrado, por todo apoio dado quanto às questões burocráticas.

A todos os trabalhadores do CAPS que participaram da pesquisa, pela confiança e por compartilharem suas vivências.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela bolsa de estudos concedida durante o mestrado.

A todos, muito obrigada!

RESUMO

CUNHA, Stephane Caroline de Paula. *Análise Psicodinâmica em um Centro de Atenção Psicossocial no Amazonas.*(Dissertação de Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Federal do Amazonas. Manaus, 2014.

A presente pesquisa tem como objetivo desenvolver a análise psicodinâmica das situações de trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial, buscando caracterizar a organização de trabalho e suas repercussões sobre as vivências de prazer e sofrimento, e o processo de mobilização subjetiva desses trabalhadores. A realização desta pesquisa foi motivada pela demanda apresentada ao Centro de Referência em Saúde do Trabalhador- CEREST, na qual os trabalhadores traziam queixas sobre a existência de sobrecarga e sofrimento relacionado ao trabalho. Tal demanda foi encaminhada ao Laboratório de Psicodinâmica do Trabalho - LAPSIC, da Universidade Federal do Amazonas. A psicodinâmica do trabalho, de origem francesa, fundada por Christophe Dejours, contempla uma abordagem teórica e possui uma metodologia própria, a clínica do trabalho, que foi escolhida para a pesquisa por estar relacionada às vivências subjetivas dos trabalhadores; traz embasamento teórico para compreendermos as relações entre o trabalho e a saúde psíquica e privilegia a fala, possibilitando acesso a essas vivências e dando suporte para sua interpretação. Os resultados obtidos demonstram que as condições de trabalho aparecem de diversas formas como um dos agravantes de sofrimento vivenciados pelos trabalhadores: a falta de remédios, de estrutura física adequada e de materiais para realização de oficinas, bem como o número crescente de usuários, são algumas das condições citadas. Apesar do sofrimento vivenciado, os trabalhadores mobilizam-se a fim de criar estratégias de enfrentamento que possibilitem que o trabalho seja realizado mesmo diante de todas as situações que se lhe opõem. Dentre essas estratégias podemos citar: a utilização recursos pessoais para a realização das atividades no CAPS, muitas vezes empregando recursos financeiros pessoais para viabilizá-las; o encaminhamento de ofícios comunicando os superiores hierárquicos a respeito das necessidades a serem sanadas e a articulação entre as diferentes práticas que envolvem o projeto terapêutico do paciente, a fim de alcançar melhores resultados. Os trabalhadores vêem no CAPS uma instituição chave dentro da reforma psiquiátrica; e o fato de sentirem que seu trabalho contribui para o aumento da qualidade de vida das pessoas que sofrem de algum adoecimento psíquico, traz satisfação e prazer no trabalho, dando a esse trabalho um sentido de relevância social, importância, uma posição de missão a ser cumprida. Esses trabalhadores também sentem que o convívio com os usuários lhes confere um crescimento pessoal, um aprendizado humano bastante relevante.

Palavras-chave: reforma psiquiátrica, CAPS, psicodinâmica do trabalho, clínica do trabalho.

ABSTRACT

CUNHA, Stephanede PaulaCaroline. Psychodynamicanalysison aPsychosocial Care Centerin Amazonas.(Master Paper). GraduateProgramin Psychology.FederalUniversity of Amazonas.Manauas, 2014.

The present work aims to develop a psychodynamic analysis of work situations on a Psychosocial Care Center, seeking to characterize the organization of work and its impact on the experiences of pleasure and pain, and the process of mobilizing these workers subjectively. This research was motivated by the demand presented to the Reference Center on the worker-CEREST Health, where workers brought complaints about the existence of overload and work-related sufferings such demand was sent to the Laboratory of psychodynamics of work-LAPSIC, the Federal University of Amazonas. The theoretical approach of the psychodynamics of work and the methodology of clinical work, of French origin, founded by Christophe Dejours were chosen to support the research because they relate to the subjective experiences of workers, bringing theoretical basis for understanding the relationships between work and the mental health worker and by privileging the speech, enabling access to these livings and giving support to their interpretation. The results show that working conditions appear in various forms as one of aggravating the suffering experienced by workers: lack of medicines, proper physical structure of materials for workshops, the increasing number of users are some of the conditions above. Despite the suffering experienced, workers are mobilizing to create coping strategies that enable the work to be performed even before all the situations that oppose. Such strategies include: use own material to perform their activities, often using their own financial resources to make the activities, crafts forward, seek to articulate the different practices involving the treatment plan of the patient in order to achieve better results, articulated day-to-day to meet demand, even if it means overload. Workers see the CAPS a key institution within the psychiatric reform and the fact they feel that their work contributes to improving the quality of life people who suffer from some mental illness brings satisfaction, pleasure to work, giving the work a sense of relevance, importance, position the mission to be accomplished. These workers also feel that living with users gives them a personal growth, learning as quite relevant human.

Keywords: Psychiatric Reform, CAPS, psychodynamic of work, clinical work.

LISTA DE SIGLAS

CAPS – Centro de Atendimento Psicossocial

CEREST – Centro de Referencial em Saúde do Trabalhador

LAPSIC – Laboratório de Psicodinâmica do Trabalho

MS – Ministério da Saúde

NASF - Núcleo de Atenção a Saúde da Família

OT – Organização do Trabalho

PDT- Psicodinâmica do Trabalho

RP – Reforma Psiquiátrica

TR – Terapeuta de referencia

UFAM – Universidade Federal do Amazonas

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
CAPÍTULO 1 – REFERENCIAL TEÓRICO	18
1.1 A reforma psiquiátrica brasileira e criação do CAPS	18
1.2 A Psicodinâmica do Trabalho	26
1.2.1 A organização do trabalho	26
1.2.2 A dinâmica do sofrimento e prazer no trabalho	30
1.2.3 Mobilização subjetiva e inteligência do trabalhador	33
CAPÍTULO 2 – PERCURSO METODOLÓGICO	38
2.1 A escolha da abordagem	38
2.2 A clínica do trabalho: método <i>strictu sensu</i> da psicodinâmica	39
2.3 O percurso da pesquisa	40
2.3.1 Participantes	41
2.3.2 Instrumentos	41
2.3.3 Procedimentos	43
2.3.4 Análise, interpretação e validação dos dados	44
CAPÍTULO 3 – RESULTADOS E DISCUSSÃO	46
3.1 EIXO I – Organização do trabalho	46
3.1.1 Conteúdo das tarefas	47
3.1.2 Normas e controles	51
3.1.3 Sobrecarga	55

3.1.4 Dinâmica das relações	57
3.2 EIXO II – Mobilização subjetiva	61
3.3.1 Inteligência prática	61
3.3.2 Cooperação	69
3.3.3 Reconhecimento	72
3.3 EIXO III – Sofrimento, defesas e patologias	76
3.2.1 Agravantes de sofrimento	76
A. Condições de trabalho	77
B. Manejo da alta dos pacientes	83
C. Número de atendimentos x acompanhamento individual	85
D. Preconceito da sociedade em relação ao adoecimento psíquico	88
3.2.2 Defesas	89
3.2.3 Adoecimento	92
CONSIDERAÇÕES FINAIS	94
REFERÊNCIAS	

INTRODUÇÃO

Durante centenas de anos o tratamento de doentes mentais no Brasil, inclusive no Amazonas, foi marcado por exclusão social do doente e violações aos direitos humanos. Por volta de 1978 intensificou-se a luta contra o modelo exclusivamente hospitalocêntrico e asilar que marginalizava o doente mental, excluindo-o da convivência com a família e com a sociedade. Tal movimento foi concebido e posto em prática por trabalhadores das instituições ligadas à saúde mental, que passaram a se mobilizar para viabilizar mudanças diante do quadro de violência institucional e exclusão das pessoas portadoras de sofrimento psíquico; esse movimento desencadeou a reforma psiquiátrica brasileira, marcada por uma luta antimanicomial (AMARANTES, 2008).

A partir da mobilização dos trabalhadores nasceu o Movimento de Trabalhadores da Saúde Mental - MTSM, que passou a promover encontros, congressos e debates que contribuiriam no processo de construção de propostas, a fim de desenvolver práticas inovadoras em prol de um serviço humanizado em saúde mental. Tais práticas tinham por ideia central a não exclusão do doente mental do convívio com sua família e sociedade, acreditando ser ele capaz de produzir e trabalhar; o uso de terapias ocupacionais e de tratamentos psicológicos que oferecessem acompanhamento psiquiátrico adequado com o uso de medicamentos na dose e no período apropriado a cada doente; um atendimento multidisciplinar que oferecesse orientação nutricional; atividade física, apoio e orientação à família. Em um ambiente livre de preconceitos contra as pessoas portadoras de doenças mentais graves e persistentes, que conseguisse integrar, neste processo, outras instituições da sociedade como igrejas, associações, UBS, dentre outros.

No entanto, para que a reforma psiquiátrica brasileira acontecesse de fato, seria necessário romper com o antigo modelo e implantar as mudanças anteriormente mencionadas.

O movimento pela reforma psiquiátrica no Brasil foi ganhando força e, em 1987, na cidade de Santos, foi inaugurado o primeiro Centro de Atenção Psicossocial – CAPS – do Brasil, o que significou um marco neste processo de reforma da saúde mental. O CAPS, uma instituição estratégica dentro da reforma psiquiátrica brasileira, surge como um substitutivo aos hospitais psiquiátricos, oferecendo aos portadores de doenças mentais um atendimento clínico, bem como todo um acompanhamento terapêutico, agregando atividades voltadas à reinserção social desses usuários, tornando-se um promotor não apenas de saúde mental, mas como também de cidadania (IDEM).

No ano 2001, foi aprovada a Lei 10.216/2001, de autoria do deputado Paulo Delgado, que regulamentava a reforma psiquiátrica no Brasil, e, desde então, vem se intensificando o processo de substituição dos modelos de hospitais psiquiátricos e colônias para doentes mentais pelas novas instituições e práticas em saúde mental, dentre estes o CAPS.

A partir do momento que passam a ser fechados os hospitais psiquiátricos e instalados os CAPS, os trabalhadores, usuários e familiares passam em vivenciar uma nova realidade, permeada de expectativas positivas; mas também completamente nova.

Estudo realizado por Lopes (2011) aponta que os usuários do CAPS relatam receber um acolhimento atencioso, educado, prestativo, diferente do atendimento que era oferecido no hospital psiquiátrico. O mesmo estudo traz as impressões dos trabalhadores do CAPS que relatam perceber uma mudança do atendimento

realizado no CAPS em relação ao modelo manicomial, principalmente sob a perspectiva do cuidado e do respeito ao usuário. No entanto, também evidencia as dificuldades e desafios vivenciados, como a dificuldade de articular ações com as demais instituições de saúde da rede e com a equipe multidisciplinar do CAPS.

Esta nova proposta de tratamento e assistência aos doentes mentais traz também aos trabalhadores a necessidade de novas práticas neste processo de implantação da reforma psiquiátrica. E, uma vez que mudamos a organização de trabalho, provocamos não apenas uma mudança de prescrições, mas uma série de novas circunstâncias que têm influência sobre a subjetividade dos trabalhadores.

Apesar das ideias da reforma psiquiátrica terem ganhado força no Brasil há quase 30 anos, a implantação de fato do CAPS ainda não completou sua primeira década no Amazonas. Sendo assim, este ainda se configura como um modelo novo para usuários, familiares e trabalhadores envolvidos nas suas atividades.

Essa dissertação é produto de uma análise da dimensão subjetiva do trabalhar, sob a perspectiva da psicodinâmica do trabalho, focalizando o processo de construção dessa nova proposta de atendimento, feita a partir da realização da clínica do trabalho.

Este trabalho teve como objetivo geral desenvolver a análise psicodinâmica das situações de trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial, buscando caracterizar a organização de trabalho, analisar como o trabalhador se depara com o real e quais são as repercussões desse confronto sobre as vivências de prazer e sofrimento; bem como investigar o processo de mobilização subjetiva e o investimento para transformar o sofrimento em prazer.

Os objetivos específicos pretenderam:

- ✓ Caracterizar a organização do trabalho da equipe multiprofissional do Centro de Atenção Psicossocial;
- ✓ Identificar os desencadeadores de sofrimento, as estratégias defensivas e os sinais de adoecimento relacionados ao trabalho;
- ✓ Compreender quais os mobilizadores de prazer; o processo de mobilização subjetiva e o uso da inteligência prática, que favoreçam a busca da transformação do sofrimento em prazer.

A realização da clínica do trabalho foi motivada pela demanda dos trabalhadores, apresentada ao Centro de Referência em Saúde do Trabalhador-CEREST, que foi encaminhada ao Laboratório de Psicodinâmica do Trabalho-LAPSIC, da Universidade Federal do Amazonas. A demanda apresentada trazia em seu conteúdo queixas sobre a existência de sobrecarga e sofrimento relacionado ao trabalho.

A equipe de trabalhadores, participantes da clínica, foi formada por profissionais de nível médio e superior com diversas áreas de formação que buscam desenvolver um trabalho multidisciplinar desenvolvendo projetos terapêuticos personalizados para cada usuário e acompanhando-os enquanto durar seu tratamento.

A dissertação está organizada em três capítulos. O primeiro capítulo traz a fundamentação teórica da pesquisa, que contempla a história da reforma psiquiátrica brasileira e os principais norteadores desse movimento, além das bases da teoria psicodinâmica do trabalho, desenvolvida por Christophe Dejours. O segundo capítulo traz o percurso metodológico trilhado para a concretização desta dissertação. Descreve-se a metodologia dejouriana, chamada de clínica do trabalho,

e como se deu sua aplicação no caso concreto aqui apresentado. No terceiro e último capítulo, apresenta-se a análise e a discussão dos resultados, com base na teoria psicodinâmica do trabalho.

As considerações finais trazem uma reflexão geral a respeito dos resultados obtidos, destacando possíveis caminhos sinalizados pelos trabalhadores para a resolução dos impasses vivenciados nas situações de trabalho e as possíveis contribuições que a clínica do trabalho pode oferecer aos participantes.

CAPÍTULO I

REFERENCIAL TEÓRICO

A pesquisa aqui apresentada tem como pressupostos básicos o trabalho e a loucura, temas que estão presentes na história da humanidade há milhares de séculos.

Para compreendermos os processos subjetivos que envolvem as atividades de trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial – CAPS precisamos refletir sobre a loucura e a forma como esta é vista e tratada pela sociedade, além de compreender a reforma psiquiátrica brasileira e sua proposta de mudança no modo como se vê e trata do doente mental. Ademais, é preciso refletir sobre o trabalho, e como este influencia a subjetividade dos trabalhadores. Para isso, este capítulo traz dois sub-tópicos: o primeiro consiste em uma revisão da literatura a respeito da reforma psiquiátrica brasileira, a criação dos CAPS e o atual contexto da reforma psiquiátrica no Amazonas; o segundo apresenta a Psicodinâmica do Trabalho e seus conceitos principais.

1.1 A reforma psiquiátrica brasileira, criação e instalação dos CAPS

O CAPS é uma instituição que foi criada como consequência do engajamento de vários setores da sociedade envolvidos com o tratamento de doentes mentais, movimento que ficou conhecido como Reforma Psiquiátrica. A fim de compreender melhor o local onde esta pesquisa foi realizada, torna-se necessário conhecer como nasceu, cresceu e se desenvolveu esse movimento.

A reforma psiquiátrica consiste em uma série mudanças que buscam estabelecer uma nova perspectiva de se compreender e se relacionar com as pessoas portadoras de doenças mentais; e manejar o tratamento de suas doenças. Consiste em um processo que envolve transformações em diversos níveis da sociedade, conforme conceitua o Ministério da Saúde (2005, p.6):

[...] processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos [...] um conjunto de transformações práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais.

A reforma psiquiátrica brasileira começa a se estruturar de fato a partir de 1978, quando um grupo de trabalhadores da Divisão Nacional de Saúde Mental, órgão ligado ao Ministério da Saúde, deflagrou uma greve denunciando as condições precárias de trabalho, o descaso com o bem estar de trabalhadores e de pacientes, a falta de medicamentos, de leitos, de profissionais e as precárias condições de manutenção e higiene dos hospitais psiquiátricos e ambulatórios (AMARANTES, 2008).

Esse movimento foi fortalecido pelo apoio de diversos trabalhadores em saúde mental, dando origem ao MTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, que pretendia, segundo Amarantes:

[...] 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. (2008, p. 52)

As discussões sobre a saúde mental, seus trabalhadores e a forma como o serviço está organizado se aprofundaram durante os diversos eventos, como

congressos, encontros e conferências de profissionais e coordenadores em saúde mental, realizados no ano de 1978 e no início da década de 80, com a participação ativa dos Movimentos dos Trabalhadores em Saúde Mental - MTSM. Esse Movimento protagonizou diversas ações que contribuíram para que a reforma psiquiátrica avançasse:

É sobretudo este Movimento, através de variados campos de luta, que passa a protagonizar e a construir a partir deste período a denúncia da violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais. (MINISTERIO DA SAÚDE, 2005)

Segundo Amarantes (2008), em 1985 o MTSM já ocupava diversos postos de chefia em programas estaduais e municipais de saúde mental e “... ao longo do tempo, encarregam-se de elaborar novas propostas, produzir e reproduzir novas ideias, formar novos militantes” (p. 69). A partir desse movimento, então, vai surgindo um campo teórico-conceitual do MTSM, com o lema ‘por uma sociedade sem manicômios’.

Em 1987 foi inaugurado, em São Paulo, o primeiro CAPS do Brasil, que passou a ser referencial para o restante do país. Tinha como objetivo:

[...] criar mais um filtro de atendimento entre o hospital e a comunidade com vistas a construção de uma rede de prestação de serviços preferencialmente comunitária; (...) se pretende garantir tratamento de intensidade máxima no que diz respeito ao tempo reservado ao acolhimento de pessoas com graves dificuldades de relacionamento e inserção social, através de programas de atividades psicoterápicas, socioterápicas de artes e terapia ocupacional, em regime de funcionamento de oito horas, em cinco dias da semana, sujeito a expansões, caso se mostre necessário. (SÃO PAULO. SES, 1986:02 apud AMARANTES, 2008).

A luta antimanicomial se fortaleceu no estado de São Paulo, inclusive com o fechamento de hospitais psiquiátricos e a criação de um sistema substitutivo aos

manicômios, concretizado a partir da criação dos Núcleos de Atenção Psicossocial - NAPS, na cidade de Santos, que eram:

[...] regionalizados, funcionando 24h/dia e 7 dias/semana, devendo responder a demanda de saúde mental da área de referencia. (...) Diferentemente de ambulatórios, dirigidos aos sintomas, a prática terapêutica do NAPS coloca a centralidade da atenção na necessidade dos sujeitos e, por isso, tem múltiplas valências terapêuticas: garantia do direito de asilo, hospitalidade noturna, espaço de convivência, de atenção a crise, lugar de ações de reabilitação psicossocial, de agenciar espaços de transformação cultural. O NAPS se orienta criando diversidade de redes de relações que se estendem para além de suas fronteiras, ao território. (NICÁCIO, 1994:82-91 apud AMARANTES, 2008)

Segundo Amarantes (2008), essas conquistas obtidas na cidade de Santos, foram as mais importantes da psiquiatria pública nacional e representavam um marco dentro da reforma psiquiátrica.

Contudo, a criação de CAPS, NAPS e a extinção de manicômios não avançaram pelo Brasil, pois não havia financiamento para a criação dessas instituições (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

No âmbito político, em 1989, o deputado Paulo Delgado, apresenta o projeto de lei 3657/89 que regulamentava os direitos do doente mental e preconizava a progressiva extinção dos manicômios e sua substituição por outros recursos terapêuticos. Essa iniciativa desencadeia a criação de diversos outros projetos de lei semelhantes em vários estados do Brasil (AMARANTES, 1998).

No entanto, tal projeto de Lei sofreu diversas e importantes modificações em seu texto original, transformando-se na Lei 10.216, sancionada em 06 de abril de 2001. O referido diploma legal garantiu a proteção aos direitos do doente mental e redirecionou o modelo assistencial em saúde mental a fim de colocar a prática da internação como última alternativa de tratamento. A partir de então, o Ministério da saúde passou a criar linhas de financiamento para criação dos CAPS e NAPS, o que

contribuiu para que o início da expansão deste serviço (MINISTERIO DA SAÚDE, 2005).

Três conceitos são apresentados pelo Ministério da Saúde como importantes para a implantação efetiva desta nova proposta de assistência em saúde mental: rede, território e autonomia. A rede se constitui da articulação de diversos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, que vai além de instituições de saúde, abrangendo centros sociais, esportivos, etc. O território é um conceito de abrangência de uma área geográfica, alcançando pessoas e instituições. E a autonomia deve ser concedida aos profissionais de saúde para que possam regular a rede e a atuação no território, de forma que o CAPS possa coordenar as ações relacionadas à saúde mental (IDEM).

O processo de redução de leitos psiquiátricos e desinstitucionalização gradativa dos portadores de sofrimento psíquico foi posto em prática através do programa “Voltando para Casa” e da criação de residências terapêuticas e dos CAPS. De acordo, com o Ministério da Saúde, os CAPS são os dispositivos mais importantes dentro desse processo de reforma psiquiátrica, pois são substitutivos aos manicômios (2005).

Segundo o Manual do CAPS, este deve assumir o papel de regulador da rede de assistência em saúde mental:

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) deverão assumir seu papel estratégico na articulação e no tecimento dessas redes, tanto cumprindo suas funções na assistência direta e na regulação da rede de serviços de saúde, trabalhando em conjunto com as equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, quanto na promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários, articulando os recursos existentes em outras redes: sócio-sanitárias, jurídicas, cooperativas de trabalho, escolas, empresas etc.. (MINISTERIO DA SAUDE, 2004).

Os CAPS se diferenciam pelo porte, capacidade e clientela específica.

Existem cinco tipos de CAPS:

- 1) CAPS I: para municípios com população entre 20.000 e 70.000 pessoas, funcionando de 8h as 18h, de segunda a sexta.
- 2) CAPS II: para municípios com população entre 70.000 e 200.000 pessoas, funcionando de 8h as 18h (podendo alongar-se até as 21h), de segunda a sexta.
- 3) CAPS III: para municípios com população acima de 200.000, funcionando 24h, em todos os dias da semana inclusive feriados.
- 4) CAPSi: para municípios com população acima de 200.000 pessoas, funcionando de 8h as 18h, de segunda a sexta.
- 5) CAPSad: para municípios com população entre 20.000 e 70.000 pessoas, funcionando de 8h as 18h, de segunda a sexta.

No entanto, tal perfil populacional é apenas orientador, devendo os gestores locais definir o que melhor atende as demandas do município (MINISTERIO DA SAÚDE, 2005).

No Amazonas, até o ano de 2005, não havia em funcionamento nenhum CAPS, sendo o Hospital Psiquiátrico Eduardo Ribeiro o único lugar para assistência de doentes mentais no estado. (IDEM)

De acordo com Lopes (2011), a partir de 2006 começam a funcionar alguns serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico e de fato inicia-se a reforma no Amazonas. Em 2006, foi inaugurado o Centro de Atenção Psicossocial Silvério Tundis, em Manaus, CAPS de tipo III, localizado na zona Norte da cidade. No mesmo ano, foi inaugurado, em Parintins, o CAPS tipo II Adolfo Lourido, e, em 2007, o CAPS Lidia Rodrigues Barros, em Tefé. Nos anos de 2009 e 2010, foram inaugurados CAPS em Iranduba, Rio Preto da Eva e Manacapuru, além de um CAPS tipo II em Manaus, na zona Sul da cidade.

Segundo dados do ministério da Saúde, o Amazonas conta com a média de 0,12 CAPS/100000 habitantes, o que é considerado insuficiente para o atendimento da demanda segundo dados do próprio ministério (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Tais dados evidenciam que a reforma psiquiátrica brasileira, e particularmente a amazonense, apesar de vir se desenvolvendo desde 1978 e ter obtido avanços significativos, ainda enfrenta muitos desafios para a total substituição do modelo manicomial.

O processo de desinstitucionalização, que é uma das principais mudanças defendidas pela reforma psiquiátrica, não se concretiza apenas com a mudança de do local de atendimento (de manicômio para CAPS), ou com a mudança da quantidade de horas de que paciente fica na unidade (se mora ou se apenas passa o dia). A desinstitucionalização é uma ruptura mais profunda, complexa; é necessário romper com práticas e formas de pensar manicomiais, que podem perpetuar-se em diferentes instituições e práticas profissionais, mesmo as que se dizem pertencer ao novo modelo antimanicomial.

O manicômio, como define Goffman (2003), é uma instituição total na qual as pessoas vivem de maneira reclusa e sob a imposição de atividades obrigatórias e

regras que buscam moldar o indivíduo aos objetivos da instituição. Todas as atividades são realizadas no mesmo local, sob mesma supervisão e sob a companhia do mesmo grupo. Tal característica fragiliza a individualidade do interno, além de fazer com que os internos sejam submetidos a um espaço social e cultural diferenciado daquele que a sociedade vive fora da instituição, causando uma distância social considerável entre esses. Sob esse o contexto social, a doença mental originalmente apresentada sofre a sobreposição de outros sintomas advindos da condição de asilamento, que são interpretados como pertencentes à doença originária.

Desta forma, a institucionalização provoca efeitos sobre aqueles que estão adoecidos e dos ditos “normais”, inclusive sobre aqueles que trabalham nessas instituições. Ao conjunto desses sintomas advindos da institucionalização dá-se o nome de neurose institucional.

1.2 A Psicodinâmica do Trabalho

Nos anos 50 se fortaleceu, na Europa, a disciplina psicopatologia do trabalho que, através de seus estudos postulava que o trabalho poderia interferir na saúde mental dos trabalhadores, provocando distúrbios psicopatológicos. Entre os principais autores desta disciplina destacaram-se L. Le Guillant, C. Veil, P. Sivadon e A. Fernandez-Zoila (Dejours, 2011a). Foi a partir desses estudos, sob a perspectiva da Psicopatologia do Trabalho, que Christophe Dejours iniciou pesquisas sobre as doenças mentais que poderiam ter sua origem no trabalho. Nesta abordagem, a doença mental ocupava um lugar central.

Em 1980, Dejours publicou *Travail: usure mentale*, que, em português recebeu o título “A Loucura do Trabalho”. Nesta obra, que tinha como proposta ser um ensaio de psicopatologia do trabalho, o autor agregou conceitos bastante inovadores: organização do trabalho, que desloca o foco de análise do indivíduo para a organização; e as estratégias de defesa, individuais e coletivas, que explicam o predomínio da normalidade em contextos de trabalho deletérios. O autor também discute o modo de produzir que o taylorismo impõe aos trabalhadores, apresentando a divisão do trabalho, o ritmo, o isolamento e a segmentação da produção como fatores que geram sofrimento mental (DEJOURS, 2002).

As condições existentes no ambiente de trabalho, como a ventilação, as condições sanitárias, a duração do trabalho, os perigos biológicos e químicos têm interferência sobre a saúde do corpo; por outro lado, a organização do trabalho (que inclui as formas de gerenciamento, as exigências, a qualidade das relações interpessoais, a flexibilidade e a liberdade para o trabalhador na realização de suas atividades) tem influência direta sobre a subjetividade do trabalhador (Dejours, 2002).

Segundo Dejours (2011a), a rigidez da organização do trabalho gera sofrimento no trabalhador, que se defende desta estrutura por meio da elaboração de defesas individuais e coletivas. As pressões do trabalho não levariam, irremediavelmente, a doenças mentais, mas sim a criação de defesas.

Convém observar que, desde essa primeira fase da pesquisa sobre o desenvolvimento da psicopatologia do trabalho, preferi não mais focalizar as doenças mentais, voltando a atenção para o sofrimento e as defesas contra o sofrimento, portanto para aquém da doença mental descompensada. (DEJOURS, 2011a, p.62)

No entanto, apesar de se identificar que a organização do trabalho infligia sofrimento, na medida em que as pesquisas avançavam, percebeu-se que a maioria dos trabalhadores não apresentava descompensações. A partir dessa constatação, a pergunta deixou de ser o porquê da doença e passou a ser o porquê da normalidade. Dejours (2002) passou, portanto, a construir uma nova teoria chamada Psicodinâmica do Trabalho.

A Psicodinâmica do Trabalho nasce com o objetivo de analisar e compreender como o trabalhador se mantém dentro dos padrões de normalidade, mesmo diante de fatores intensificadores de sofrimento; como utiliza a mobilização subjetiva para transformar o sofrimento em prazer. Dejours (2011a) escolheu o termo normalidade, como oposto à doença, ao invés do conceito de saúde, por julgar que o conceito de saúde, construído pela Organização Mundial de Saúde (um bem-estar em todas as áreas), é demasiadamente amplo e abrangente, situado como um referencial, um ideal.

Sendo assim, a Psicodinâmica vai para além das ideias que vinculam trabalho ao adoecimento, buscando compreender a relação entre o trabalho e a subjetividade do trabalhador.

1.2.1– A organização do trabalho

A organização do trabalho é a maneira como se dividem homens e tarefa durante a jornada. Envolve fatores como as formas de gerenciamento, as exigências, a qualidade das relações interpessoais, a flexibilidade e a liberdade para o trabalhador na realização de suas atividades, além das diversas orientações a respeito de como a instituição requer que as atividades sejam desenvolvidas pelo que trabalha (ANJOS, 2013).

No entanto, por mais que as prescrições que formam a OT sejam detalhadas, claras e bem concebidas, sempre são insuficientes para a realização de um trabalho com qualidade. As situações de trabalho estão permeadas de acontecimentos inesperados, imprevistos. O trabalhador se depara com o real; o real é a resistência que se opõe ao que trabalha, desafiando o saber-fazer, o prescrito e as habilidades técnicas. Trata-se daquilo que não pode ser previsto.

Quando todo o meu saber se choca contra a resistência do mundo, estou no real. E o que eu considerava como verdadeiro aparece, de repente, como falso. O real é a verdade que se revela por sua negativa. Ele se deixa conhecer por aquele que trabalha sobre a forma de fracasso, como experiência desagradável, dolorosa, ou como sentimento de impotência ou angústia, até mesmo de irritação, raiva ou decepção, de desânimo. É sempre afetivamente que o real do mundo inicia sua manifestação para o sujeito. (DEJOURS, 2011d)

A organização não dá conta de prescrever de forma perfeita as ações a serem tomadas para que o trabalho seja realizado. Dessa maneira, ao tentar cumprir a prescrição, o trabalhador confronta-se com as variabilidades, que são uma série de fatores não previstos pela prescrição e que, assim, impossibilitam que ela seja eficaz. É impossível prever todas as situações não planejadas que interferem no trabalho, tanto as advindas da produção, quanto às variabilidades humanas. Sendo assim, a psicodinâmica compreende que o trabalho prescrito é diferente do real, ou seja, aquele trabalho prescrito pela organização é, na verdade, diferente daquilo que o trabalhador realmente faz (DEJOURS, 2011d).

Para a Psicodinâmica do Trabalho, trabalhar é o modo específico de engajamento da personalidade diante das situações inesperadas, é preencher o hiato entre o prescrito e o efetivo (real), é aquilo que o trabalhador acrescenta de si (DEJOURS, 2012a)

Sendo assim, o sofrimento é inevitável, uma vez que não se pode evitar o real. No entanto, se há espaço para subverter essa prescrição, regulando-a, pode-se assim realizar o trabalho e criar a possibilidade de transformação do sofrimento em prazer (DEJOURS,2012a) .

1.2.2 A dinâmica do sofrimento e prazer no trabalho

Segundo a Psicodinâmica do trabalho, a normalidade psíquica do trabalhador se mantém não pela ausência de sofrimento, mas através da possibilidade de defender-se desse sofrimento e, mais que apenas defender-se, transformá-lo em prazer.

Se o sofrimento não se faz acompanhar de descompensação psicopatológica (ou seja, de uma ruptura do equilíbrio psíquico que se manifesta pela eclosão de uma doença mental), é porque contra ele o sujeito emprega defesas que lhe permitem controlá-lo. (DEJOURS, 2011d).

O sofrimento é visto como uma espécie de drama, que mobiliza o sujeito no mundo e no trabalho em busca de condições de saúde. Nessa perspectiva, intervir na organização do trabalho é a contribuição para o processo de saúde, que permite aos sujeitos subverter o sofrimento, transformando-o em sentido, em inteligibilidade e em ação, o que não significa anular o sentimento, mas transformá-lo em prazer da reapropriação do vivido pela ação. (MENDES, 2007, p. 41).

Para lutar contra esse sofrimento, os trabalhadores começam a desenvolver defesas individuais e coletivas. Assim, os trabalhadores não estão completamente passivos dentro deste processo, mas se defendem e, por isso, permanecem no plano da normalidade.

As estratégias defensivas são definidas como um mecanismo pelo qual o trabalhador busca modificar, transformar e minimizar sua percepção da realidade que o faz sofrer. Esse processo é estritamente mental, já que ele na modifica a realidade de pressão patogênica imposta pela organização do trabalho. (MENDES, 2007, p 22).

As defesas têm uma natureza dupla. Por um lado, permitem ao trabalhador permanecer na normalidade mesmo diante da mais perversa forma de organização; funcionam como uma espécie de anestesia contra o sofrimento causado pelo trabalho. No entanto, por outro lado, quando utilizadas de forma exacerbada, podem desencadear um forte processo de alienação. Implicam negação, ao ponto do sujeito não mais ter a capacidade de pensar e agir contra as arbitrariedades no ambiente de trabalho. Quando isso acontece inicia-se um processo de banalização do mal e esse processo passa a desencadear doenças, como menciona Dejours (2011a, p. 32):

A análise detalhada do funcionamento dessas estratégias mostra igualmente que elas podem contribuir para tornar aceitável aquilo que não deveria sê-lo. Por isso, as estratégias de defensivas cumprem papel paradoxal [...]

Além das estratégias defensivas, que são utilizadas para conter os prejuízos gerados pelo sofrimento, os trabalhadores também têm a capacidade de transformar o sofrimento em prazer.

O sofrimento não é apenas um mal do qual o trabalhador se defende, mas pode ser o propulsor para que a subjetividade do trabalhador faça uso da inteligência em busca de meios para subverter o real e superar as resistências que se apresentam frente ao trabalho. O sofrimento pode ser o ponto de partida para a mobilização subjetiva, que possibilita transformar o mundo e sua própria subjetividade (DEJOURS, 2012b).

Contudo, nem sempre é possível transformar o sofrimento ou defender-se dele. Muitas vezes a organização do trabalho é rígida, não permitindo que o trabalhador exercite sua sabedoria prática uso de sua inteligência e criatividade.

[...] O sujeito quer fazer, trabalhar, e, muitas vezes, a organização do trabalho retira dele esse espaço de ser, de se constituir – momento crítico que pode levar ao sofrimento patogênico. (Mendes e Araujo, 2011, p. 36)

Sendo assim, resta ao trabalhador apenas a possibilidade de fazer uso das estratégias defensivas para manter-se no âmbito da normalidade. No entanto, as estratégias defensivas não são inesgotáveis, podendo tornar-se insuficientes para protegerem a saúde do trabalhador diante do acirramento das situações agravantes de sofrimento. Quando isso acontece, chamamos a esse sofrimento de sofrimento patogênico, que conduz ao adoecimento (Moraes, 2013).

As patologias relacionadas ao trabalho podem se manifestar de formas diversas. Dejours (2007c) as classifica em: patologias pós-traumática, de assédio, de sobrecarga, depressões e suicídios.

As diversas doenças desencadeadas pelo trabalho podem se manifestar fisicamente, como no caso das LER e DORTS, ou psiquicamente, como as depressões, transtornos de ansiedade, etc.

A maior incidência dessas doenças, vem sendo relacionado a mudanças no mundo do trabalho, como o avanço do individualismo, da competição e o acirramento das formas de controle sobre o trabalho (Dejours, 2011b).

1.2.3 Mobilização Subjetiva e a inteligência do trabalhador

A mobilização subjetiva diferencia-se das estratégias de defesas individuais e coletivas porque não nega ou minimiza o sofrimento, mas, sim, possibilita ao trabalhador a transformação das situações dando um novo destino ao sofrimento.

A mobilização subjetiva é o processo por meio do qual o trabalhador se engaja no trabalho, lança mão da sua subjetividade, da sua inteligência prática e do coletivo de trabalho para transformar as situações causadoras de sofrimento. (MENDES, 2007, p.42).

Essa mobilização também desencadeia nos trabalhadores o uso de sua sabedoria e inteligência prática, que foram identificadas enquanto se pesquisava a dinâmica de prazer e sofrimento no trabalho e que consistem em um saber fazer que o trabalhador possui e que não foi ensinado e é produzido concomitantemente ao trabalho, segundo afirma Dejours:

É produzida no exercício mesmo do trabalho, da função. Assim, é o trabalho que produz a inteligência e não a inteligência que produz o trabalho. (DEJOURS, 2011e, p 326.)

Nas pesquisas, geralmente o sofrimento está ligado às dificuldades que a organização coloca para a livre ação do trabalhador sobre o seu trabalho, bem como ao não reconhecimento dos esforços desses trabalhadores. Por outro lado, o prazer é vivenciado quando o trabalhador possui autonomia para fazer uso de sua inteligência prática, criando e dando sentido ao seu trabalho, assim como quando do reconhecimento desse investimento do trabalhador.

Essa inteligência prática é enraizada no corpo. Segundo Dejours (2012), “o corpo como um todo e não apenas o cérebro, é o fundamento da inteligência e da habilidade no trabalho.” Essa inteligência nasceria então da relação entre o corpo e a tarefa.

Os trabalhadores conseguem perceber ruídos, vibrações, cheiro, quaisquer coisas que fujam da situação normal de seu trabalho e, logo, mobilizam-se para corrigir o funcionamento daquela atividade. Eles percebem a variabilidade e logo constroem um “truque” que possa dar conta daquele fator não planejado (DEJOURS, 2012a).

[...] A habilidade, a dexteridade, o virtuosismo e a sensibilidade técnica passam pelo corpo, capitalizam-se e ficam gravados no corpo. (DEJOURS, 2012a, p.27)

A inteligência prática é também chamada de inteligência astuciosa, pois em seu exercício é mais importante o resultado que a conformidade com as regras. Fazer uso dessa inteligência frequentemente significa burlar o prescrito, fazer diferente das regras, infringir os regulamentos e normas.

A condução do pensamento é um dado capital, mas pouco se interessa pelo rigor. Aqui prepondera a bricolagem, o improviso, a trapaça, a molecagem, a astúcia. (DEJOURS, 2011e, p. 335)

A inteligência astuciosa cria novas estratégias para que o trabalhador possa enfrentar as situações reais que se opõem ao trabalho e está presente em qualquer tipo de atividade, desde a linha de produção ao trabalho de um pesquisador, por exemplo. Manifesta-se quando o trabalhador encontra possibilidades de fazer uso da sua astúcia criadora. É neste momento que o sofrimento pode ser transformado em prazer. Quanto mais flexível a organização do trabalho, mais possível será essa transformação.

A autonomia é um fator que possibilita ao trabalhador fazer uso de sua sabedoria prática sem ter que cometer infrações. Ter autonomia significa não precisar esconder, mentir sobre seu modo de fazer o trabalho, possibilitando que o trabalho possa ser um equilibrante psíquico para o trabalhador (DEJOURS, 2011e).

Outro fator que favorece a mobilização é a construção do coletivo de trabalho. O trabalho possui uma esfera social; quem trabalha se relaciona com outros trabalhadores, e, uma vez que esse coletivo consiga construir entre si sentimentos de cooperação, confiança e solidariedade; além de haver no coletivo uma visibilidade do trabalho individual e um espaço onde os trabalhadores possam falar sobre o trabalho, e ainda deliberar sobre novas formas de vencer o real e assim transformar o sofrimento em prazer (DEJOURS, 2012a).

No entanto, para que este coletivo se constitua é necessário que se construa um trabalho coletivo, por meio da cooperação dos trabalhadores em mobilizar suas inteligências individuais e envolvê-las em uma dinâmica coletiva comum. Para que isso seja possível, é necessário que haja um espaço de deliberação e confiança entre os trabalhadores do coletivo a fim de que consigam tornar visíveis suas práticas individuais de trabalho, fazendo com que os demais compreendam sua forma de trabalhar e criando um espaço onde o coletivo possa discutir os pontos de divergência existentes (DEJOURS, 2012b).

Outro aspecto importante para a formação do coletivo é a arbitragem. Muitas vezes, as divergências que se apresentam entre os trabalhadores trazem polêmicas e podem gerar uma discussão sem fim; por isso, é útil ao coletivo instituir de autoridade um indivíduo para ser o árbitro. Por vezes, esse é o próprio chefe, gerando cooperação vertical (DEJOURS, 2012b).

O reconhecimento desse engajamento do sujeito em sua atividade de trabalho possui grande valor de retribuição simbólica, sendo muito importante para a manutenção da contribuição do trabalhador, por meio da mobilização subjetiva.

[...] essa mobilização subjetiva, por “espontânea”, que seja, não deixar de ser frágil. Ela depende da dinâmica entre contribuição e retribuição. Em contrapartida da contribuição que ele leva a organização do trabalho, o sujeito espera uma retribuição. (DEJOURS, 2012b)

A fim de gerar ganhos positivos para a identidade do trabalhador, o reconhecimento deve ter dois sentidos: o primeiro, de constatação, ou seja, a hierarquia perceber que houve um investimento por parte desse trabalhador; o segundo, de gratidão, como agradecimento por ter ido além da sua prescrição (DEJOURS, 2012b).

A identidade também é construída no campo social e é através do trabalho que isso se torna possível, visto que implica o reconhecimento do outro.

[...] a conquista da identidade faz-se em dois registros: primeiro no amor, como construção da identidade no campo erótico; por outro lado, no trabalho, dando acesso à construção da identidade no campo social. (DEJOURS, 2011a)

Na psicodinâmica do trabalho o trabalhar ocupa um lugar central na vida, sendo capaz de ser um potencializador para o uso da inteligência e de contribuir para a ampliação da subjetividade e para a realização pessoal.

CAPÍTULO II

PERCURSO METOLÓGICO

Neste capítulo apresentaremos o aporte metodológico utilizados para a realização desta pesquisa. Descreveremos a abordagens e o método utilizado, que permitiu a realização deste estudo. Primeiramente iremos expor os motivos pelos quais escolhemos a abordagem qualitativa para nortear este estudo; em seguida apresentaremos a clínica do trabalho como método próprio da psicodinâmica do trabalho; por fim, descreveremos como se deu o processo de realização da pesquisa e análise dos dados.

2.1 A escolha da abordagem

Durante o desenvolvimento desta pesquisa foi utilizada a abordagem qualitativa, que tem como característica a preocupação do pesquisador em investigar, buscando compreender o significado que as pessoas dão aos fenômenos e à sua vida (SILVA, 2001).

A abordagem qualitativa foi escolhida por ser a abordagem que melhor privilegia a fala e a subjetividade dos sujeitos envolvidos na pesquisa, e por estar orientada à produção de ideias, ao desenvolvimento da teoria e à produção do pensamento, e não apenas à análise simples de dados (GONZALEZ-REY, 2002).

Tais características se assemelham ao que propõe a Clínica do Trabalho, referencial metodológico utilizado neste trabalho, de natureza qualitativa.

2.2 A clínica do trabalho: o método *stricto sensu* da psicodinâmica

O método escolhido para desenvolvimento desta pesquisa foi a clínica do trabalho, método próprio da Psicodinâmica do Trabalho, proposto por Christophe Dejours (2011a). Esse método, segundo Mendes (2011), estuda como o trabalhador faz uso de sua inteligência e vontade diante das exigências que o real do trabalho lhe impõe.

Araújo (2013) descreve a clínica do trabalho da seguinte forma:

um espaço em que os sujeitos que executam as rotinas de trabalho em uma organização podem expressar suas impressões, sentimento e percepções relacionadas aos pares, superiores, tarefas realizadas, resultado e sentido do que fazem.

A clínica do trabalho foi desenvolvida e aplicada inicialmente na França, por Christophe Dejours, que foi desenvolvendo os aspectos da teoria psicodinâmica do trabalho ao mesmo tempo em que estruturava os aspectos metodológicos que constituíram a clínica do trabalho (MENDES E ARAUJO, 2011).

Essa proposta metodológica envolve as seguintes etapas: pré-pesquisa, pesquisa, solicitação, material da pesquisa, observação clínica, método de interpretação, validação e refutação dos dados (DEJOURS, 2011a).

A pré-pesquisa constitui-se na etapa em que, a partir de uma demanda formulada por um grupo de trabalhadores, os pesquisadores se preparam para a realização da pesquisa propriamente dita, reunindo informações a respeito do local onde será realizada a pesquisa, do processo de trabalho daquele coletivo e definindo, junto aos trabalhadores, quem fará parte do coletivo de pesquisa. Além disso, é realizada também a análise da demanda apresentada, uma vez que é necessário certificar-se de que participar da pesquisa é um desejo que parte dos trabalhadores e não da organização, por exemplo. Logo após, dá-se início a

pesquisa propriamente dita, que são as sessões junto ao coletivo de trabalhadores, em que se fala das questões relativas à dimensão subjetiva do trabalho. As sessões são sempre realizadas em um ambiente relacionado ao trabalho, não havendo um número pré-estabelecido de encontros. O material produzido pela clínica do trabalho é o resultado de tudo o que foi dito pelos trabalhadores. Além de proceder a análise das falas, os pesquisadores também fazem uma observação clínica durante as sessões, na qual pode observar silêncios, expressões, entonação de voz, posturas que podem contribuir para a compreensão da dinâmica subjetiva daquele coletivo e para o encadeamento das diversas manifestações por parte dos trabalhadores. As interpretações feitas pelo pesquisador são submetidas à validação e à refutação tanto do coletivo de pesquisadores, como ao coletivo de trabalhadores participantes da pesquisa (DEJOURS, 2011a).

No Brasil, esta metodologia vem sendo amplamente utilizada, em especial nas pesquisas realizadas pelos laboratórios de Psicodinâmica do trabalho da Universidade de Brasília, da Universidade do Rio Grande do Sul e da Universidade Federal do Amazonas (Martins et al, 2013 apud Ghizoni e Mendes, 2014).

Observa-se que nas pesquisas brasileiras, segundo o levantamento feito por Ghizoni e Mendes (2014), a metodologia da clínica do trabalho é utilizada com menos frequência que a base teórica da psicodinâmica do trabalho. Nas pesquisas nas quais se utiliza a clínica do trabalho no Brasil, frequentemente são feitas adaptações ao método.

2.3 Procedimentos da pesquisa

Neste sub-tópico descrevemos o caminho para a realização da pesquisa, explicando como se deu o processo de formação do coletivo de participantes da

pesquisa, de que forma se deu a aplicação dos instrumentos, os procedimentos adotados e o caminho trilhado para a análise, interpretação e validação dos resultados.

2.3.1 Participantes

A pesquisa contou com a participação da equipe de trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial do Amazonas, convidados a participar das sessões de clínica do trabalho; aqueles trabalhadores que manifestaram interesse em participar das sessões, passaram a compor o grupo participante da pesquisa. No entanto, nenhum trabalhador, após aceitar participar das sessões de clínica do trabalho ficou obrigatoriamente vinculado, podendo participar das reuniões quando desejasse. O grupo oscilou entre 10 a 19 participantes, que são referidos, nos resultados, a partir de codinomes.

Além do coletivo de trabalhadores, a pesquisa contou também com a participação de um coletivo de pesquisadores, formado por uma pesquisadora principal e uma co-pesquisadora, que conduziram as sessões de clínica do trabalho. A pesquisa foi supervisionada pela orientadora, contando ainda com a interlocução dos pesquisadores membros do Laboratório de Psicodinâmica do Trabalho da UFAM, que contribuíram no processo de interpretação de validação dos dados.

A fim de preservar a identidade dos participantes, estes são identificados durante a análise dos dados, quando da citação de suas falas, por nomes fictícios escolhidos de forma aleatória. Os nomes utilizados foram: Carlos, Maria, Laura, Ana, Carla, Janaina, José, Fernando, Sônia e Natália.

2.3.2 Instrumentos

Na Clínica do trabalho, o principal instrumento de coleta de dados é a fala dos trabalhadores, uma vez que o método dejouriano está centrado na vivência subjetiva dos sujeitos. A fala é o meio pelo qual podemos ter acesso a essa vivência, sem negligenciarmos o significado do silêncio, que também é revelador, podendo indicar a ativação de defesas (DEJOURS,2011a).

Nas sessões de clínica, segundo descreve Mendes (2011), são construídas discussões a respeito das situações de trabalho com o coletivo de trabalhadores que, por meio da fala, expressam e analisam suas vivências relacionadas ao trabalho. Enquanto isso, o pesquisador propõe hipóteses a serem discutidas e constrói interpretações a partir da fala dos trabalhadores, dando espaço para que sejam validadas ou não pelo referido coletivo.

Ao falar sobre a clínica do trabalho, Dejours (2011c) destaca a importância da observação e da interpretação clínica realizada pelo pesquisador. Segundo o autor, a pesquisa em clínica do trabalho obtém como material a fala, os comentários feitos pelos trabalhadores, uma vez que, para a psicodinâmica e clínica do trabalho, o que é realmente relevante é a vivência subjetiva do trabalhador e não propriamente a realidade dos fatos.

Segundo Mendes (2011), a fala acerca dos conteúdos subjetivos, durante as sessões de clínica, possibilita que o trabalhador entre novamente em contato com o que foi vivenciado, podendo então dar novos significados. A clínica possibilita que o trabalhador se aproprie de sua história, se dê conta de defesas, negações e estratégias utilizadas. Na mesma esteira, Mendes (2011) assinala que “a dor do sujeito passa a adquirir outras formas quando acolhida”.

Devido essa importância da fala, o pesquisador deve conduzir a clínica de forma que a palavra circule, possibilitando que os trabalhadores se expressem. A partir das falas, o pesquisador escuta e devolve ao coletivo uma interpretação. Quando essa interpretação é correta o trabalhador a reconhece como legítima e isto proporciona que haja progresso no processo de discussão; quando a interpretação não encontra ressonância na vivência dos trabalhadores, o processo de discussão é inibido (DEJOURS, 2011c).

2.3.3 Etapas

Na Clínica do Trabalho, o ponto de partida da pesquisa se dá na análise da demanda, que constitui a fase de pré-pesquisa. Segundo Dejours (2011), a demanda deve partir do coletivo de trabalhadores. Uma vez que a solicitação de realização da pesquisa chegue aos pesquisadores, essa demanda deve ser analisada a fim de que se possa certificar de que ela parte dos trabalhadores e não de outra fonte, pois, assim, não seria legítima e, portanto, não poderia ser atendida.

Além de um coletivo de trabalhadores, este método exige a existência de um coletivo de pesquisadores que participam da análise dos dados obtidos durante a pesquisa.

Nesta fase da pré-pesquisa também realizam-se visitas ao local de trabalho, a fim de conhecer melhor como se dá o trabalho e, assim, compreender melhor a fala durante as sessões; além disso, também se busca definir os aspectos práticos da realização da pesquisa, tais como o local, o dia da semana e o horário. No Laboratório de Psicodinâmica do Trabalho da Universidade do Amazonas, no início da pesquisa, apresenta-se aos trabalhadores uma previsão inicial do número de

sessões a serem realizadas, que varia de 12 a 16, sendo aberta a alterações, de acordo com a dinâmica do grupo.

A segunda etapa desta metodologia é a pesquisa propriamente dita: a realização das sessões coletivas com os trabalhadores. As sessões da clínica ocorreram uma vez por semana, sempre na sexta-feira, às 8 horas da manhã, com duração de aproximadamente 2 horas, em uma sala de reuniões no próprio local de trabalho, acordado com o grupo. Nesta pesquisa foram realizadas 15 sessões, totalizando 30 horas.

As sessões foram gravadas, transcritas e analisadas com base no referencial teórico da psicodinâmica do trabalho. Semanalmente, era apresentado ao grupo de trabalhadores um memorial, a fim de que os dados fossem validados; após o término da pesquisa, foi apresentado um relatório para a chefia, contendo os dados que os trabalhadores julgaram pertinentes que fossem divulgados. Os resultados gerais da clínica serão apresentados em forma de dissertação de mestrado.

2.3.4 Análise, interpretação e validação dos dados

Na Clínica do trabalho, a análise, interpretação e validação dos dados ocorre concomitantemente às sessões com o coletivo de trabalhadores e com o coletivo de pesquisadores.

Junto aos trabalhadores houve três momentos distintos, nos quais foi realizada a análise, a interpretação e a validação dos dados. O primeiro foi durante as sessões de clínica, quando o pesquisador fazia uma interpretação da fala dos trabalhadores e esses se manifestavam concordando ou não com a referida interpretação. Outro momento foi quando da leitura do memorial. Cada sessão de

clínica foi iniciada com a leitura de um texto construído e lido pelo pesquisador, no qual estava contido um resumo da sessão anterior, incluindo suas interpretações sobre as falas e acontecimentos. Após a leitura do memorial o coletivo de trabalhadores era convidado a se manifestar a respeito do memorial, validando os aspectos que julgavam legítimos e retomando a discussão de aspectos discordantes. No último encontro com o coletivo o pesquisador faz um resumo de todos os memoriais, trazendo uma visão geral daquilo que foi vivenciado na clínica e das interpretações feitas e, novamente, os trabalhadores realizam – ou não – a validação dos dados.

O terceiro momento de interpretação, análise e validação se deu nos encontros semanais com o coletivo de pesquisadores, membros do Laboratório de Psicodinâmica do Trabalho, na UFAM. Nesta reunião fazia-se uso da transcrição e do relato dos acontecimentos da sessão de clínica, a fim de ouvir a interpretação que o coletivo acrescentava, bem como de validar as interpretações já realizadas.

CAPITULO III

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo serão apresentados os resultados da pesquisa, concomitantemente com a discussão. O capítulo está sistematizado de acordo com a proposta de Mendes e Araújo (2011), que organiza os resultados em três eixos temáticos: Eixo I – Organização do trabalho, Eixo II – Mobilização subjetiva e Eixo III – Sofrimento, defesas e patologias. Estes eixos visam a sistematizar os diversos aspectos encontrados durante a pesquisa.

3.1. Eixo I – Organização do trabalho

A organização do trabalho é a divisão de homens e tarefas. Diz respeito à forma como se organizam as atividades, como são realizadas, quais as prescrições que se impõem aos trabalhadores, como são outorgadas as responsabilidades e como se apresenta a hierarquia. Diferentemente das condições de trabalho, que tem relação com os aspectos mais físicos e estruturais que envolvem o trabalho, a organização se relaciona com os aspectos mais subjetivos.

Atentar para a organização do trabalho se torna de extrema importância ao pesquisar um grupo de trabalhadores, pois pesquisas demonstram que a organização do trabalho tem relação com a saúde mental dos trabalhadores, tendo o poder de contribuir para fortalecê-la ou desestabilizá-la (DEJOURS; ABDOUCHELI, 2009).

A análise da organização do trabalho abordará os seguintes sub-tópicos: conteúdo das tarefas, normas e controles, sobrecarga, dinâmica das relações e modos de gestão.

3.1.1 – Conteúdo das tarefas

Muitos aspectos que constituem o conteúdo das tarefas desenvolvidas pelos trabalhadores participantes da clínica aqui apresentada, têm origem na prescrição das atividades contidas no Manual do CAPS (BRASIL, 2004). No caso aqui apresentado, as prescrições são recentes; o modo de trabalhar com saúde mental dentro da reforma psiquiátrica requer um novo olhar, uma nova forma de realizar o trabalho. Este novo traz consigo dúvidas e incertezas, não somente para os trabalhadores, mas também para as pessoas com doenças mentais, seus familiares e para a sociedade como um todo que, há séculos, está acostumada com o modo de ser e de tratar do manicômio.

Uma das tarefas dos trabalhadores do CAPS é avaliar a demanda de usuários que procuram o CAPS a fim de definir se são parte da clientela a ser atendida por eles ou se deve ser encaminhada a outra unidade de saúde. Tal atividade envolve um impasse vivido pelos trabalhadores: Quem é o usuário? O manual do CAPS prevê que o CAPS é destinado ao atendimento de pessoas com problemas mentais graves e persistentes: “...dar um atendimento diuturno às pessoas que sofrem com *transtornos mentais severos e persistentes*, num dado território, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial...” (MINISTÉRIO DA SAÚDE Ministério da Saúde, 2004, p. 12).

Dentro da prescrição de atendimento das pessoas que procuram o CAPS, o primeiro contato do trabalhador com o usuário acontece com o intuito de avaliar se o

caso apresentado encaixa-se na prescrição para atendimento no CAPS ou não; tal ação chama-se acolhimento.

O acolhimento é uma conversa entre o profissional e a pessoa que busca atendimento, que tem o objetivo de ouvir as queixas que o usuário traz e buscar avaliar se a demanda apresenta é própria para atendimento no CAPS, ou não; em caso positivo, o profissional deve dar os encaminhamentos necessários.

Quando a pessoa chega deverá ser acolhida e escutada em seu sofrimento. Esse acolhimento poderá ser de diversas formas, de acordo com a organização do serviço. O objetivo nesse primeiro contato é compreender a situação, de forma mais abrangente possível, da pessoa que procura o serviço e iniciar um vínculo terapêutico e de confiança com os profissionais que lá trabalham (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Contudo, pessoas com diferentes problemas psicológicos buscam o CAPS, sempre trazendo um sofrimento de ordem psíquica; e diante do sofrimento, como julgar o que é grave ou não?

O CAPS deveria ser para problemas graves e persistentes. Então eu venho pra cá com isso na minha cabeça, mas a realidade é mais sofrível. Muitas vezes tenho que lidar com diversos tipos de sofrimento que são relevantes, mas não sei se são graves e persistes. Uma pessoa que tem problemas familiares que vem se arrastando há tempos, causa sofrimento; é persistente, mas será que é grave? Tão grave quanto um esquizofrênico? (CARLOS).

Além disso, há pessoas que apresentam problemas decorrentes do uso de drogas e problemas de ordem neurológica que acabam sendo encaminhados ao CAPS.

Ontem eu atendi aqui uma senhora que há vinte anos foi atendida no Eduardo Ribeiro porque, na época, perdeu o pai e estava em depressão. Hoje ela não tem depressão, está estável, mas está viciada em clonazepam. Eu disse pra ela: hoje a senhora é uma usuária de drogas. Não é caso pra cá, eu gostaria que ela ficasse aqui, mas vai estar ocupando o lugar de um doente crônico, ocupando o atendimento psicológico de alguém que esta instável, daí não dá (MARIA).

O sofrimento é uma vivência pessoal, intransferível; como mensurá-lo? Como avaliar quem está sofrendo mais ou que sofrimento é o mais grave? Como negar atendimento a um sofrimento com o qual já me impliquei por ter ouvido? A esses impasses soma-se a dificuldade em encaminhar as pessoas que não fazem parte da clientela do CAPS, mas precisam de atendimento psicológico, pois os trabalhadores dizem não ter conhecimento dos serviços oferecidos para esses casos mais estáveis e onde funcionam.

Temos a clientela que são os graves, mas passam pelo acolhimento todos aqueles que procuram o CAPS; e tem pessoas que realmente não são pra atendimento aqui, mas que estão sofrendo. É sofrimento leve? Pode ser, mas pra quem está sofrendo, sofrimento é sofrimento. Então entramos em contato com o sofrimento da pessoa e sentimos que devemos fazer alguma coisa, encaminhar, mas como? Onde estão os psicólogos? Que trabalho é oferecido? Pra onde eu encaminho? (LAURA).

Os trabalhadores sentem que deveriam alcançar pessoas que estão tão gravemente acometidas por doenças mentais que não possuem condições de buscar atendimento, bem como pessoas portadoras de sofrimento mental que moram nas ruas, por exemplo; contudo, não há práticas voltadas a esse tipo de atividade.

Eu sei que existe na rua uma idosa, com os cabelos desgrenhados, com um camisolão, certamente acometida de problemas mentais graves, morando na rua; enquanto isso, eu estou sentado no ar-condicionado, ouvindo os conflitos amorosos de outra mulher. (CARLOS).

O acolhimento é sempre realizado por um terapeuta de referência que é um profissional de ensino superior (de especialidades diversas: nutrição, enfermagem, psicologia, enfermagem, etc) e tem como papel desenvolver e acompanhar o projeto terapêutico de cada paciente em tratamento no CAPS.

O Terapeuta de Referência (TR) terá sob sua responsabilidade monitorar junto com o usuário o seu projeto terapêutico, (re)definindo, por exemplo, as atividades e a frequência de participação no serviço. O TR também é responsável pelo contato com a família e pela avaliação periódica das metas traçadas no projeto terapêutico, dialogando com o usuário e com a equipe técnica dos CAPS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Geralmente, as pessoas acolhidas por um terapeuta passam a ser acompanhadas por este mesmo terapeuta até sua alta. Essa atividade é tratada como prioritária pelos trabalhadores.

Dai tem uma escala dos terapeutas de referencia, todo dia pessoas diferentes, naquele dia o acolhimento é a prioridade para aquele profissional. (ANA)

Os TR desenvolvem seu trabalho na sua área de formação: psicologia, farmácia, enfermagem, etc., e acumulam o papel de terapeuta de referência, o que muitas vezes causa conflitos entre as atividades a serem desenvolvidas.

Ela é da farmácia, mas o terapeuta de referencia, ele é o psicólogo, mas é o terapeuta, como eu já falei, então isso ai é até um pouco difícil da gente administrar, eu me sinto um pouco limitada...acho que tem muita coisa para fazer mas ninguém tem muita condição de fazer isso, porque a gente é terapeuta de referencia e a gente tem que tomar conta de um monte de coisa, inclusive até os prontuários, as vezes, entendeu? (NATÁLIA)

Há sobreposição das atividades decorrentes das duas funções a serem exercidas; uma delas finda por ser colocada em segundo plano. O trabalhador não consegue desempenhar todas as atividades com a mesma dedicação.

Durante o desenvolvimento das tarefas, o trabalhador experimenta o confronto com o real, uma vez que as prescrições não são suficientes para dar conta das situações que se apresentam. Dejours (2012a) fala sobre essa experiência que vive o trabalhador ao perceber o hiato entre a realidade e as prescrições; é quando o

trabalhador se confronta com o real do trabalho. Esse real se manifesta levando o trabalhador a vivenciar o fracasso e despertando sentimentos de frustração, a raiva, a impotência, etc. Contudo, é nesse momento que o trabalho, segundo o conceito da Psicodinâmica, realmente acontece. Trabalhar é acrescentar de si, é mobilizar-se além das prescrições, é “um modo específico de engajamento da personalidade para enfrentar uma tarefa definida por constrangimentos (materiais e sociais)” (Dejours, 2012a).

As prescrições são concebidas sob a perspectiva de um mundo ideal, onde a rede de saúde esteja pronta a receber as pessoas com sofrimento psíquico, que não exista preconceito, que todos estejam conscientes das discussões da reforma psiquiátrica sobre desinstitucionalização, protagonismo do usuário, etc. Mas o mundo real, com o qual o trabalhador se confronta é diferente, cheio de imprevistos, panes, falhas, incompreensões.

Cabe ao trabalhador a tarefa de encontrar os caminhos necessários para enfrentar esse real; deve se mobilizar, inventar, descobrir formas de subverter esse real e assim alcançar os objetivos do seu trabalho.

3.1.2 – Normas e controles

As normas e controles são regras impostas aos trabalhadores, através de documentos formais e que impõem obrigações a serem realizadas, tornando a OT mais rígida.

Durante a realização das sessões de clínica, uma regra discutida pelo coletivo de forma especial foi o horário de trabalho e o processo de registro das horas de trabalho. Na segunda sessão de clínica, um dos trabalhadores, expôs diante do

grupo o sofrimento que estava vivenciando para desempenhar uma de suas responsabilidades que era enviar à Secretaria de saúde o livro de ponto com o controle dos horários de trabalho da equipe.

Isso ocorre porque alguns trabalhadores faltavam e atrasavam, sem apresentar justificativa, esperando que essas informações não fossem enviadas para a Secretaria; por isso, muitas vezes esse trabalhador se via diante de um conflito moral: ou fazia seu trabalho de forma honesta ou ficava mal visto pelos companheiros de trabalho. Diante desse impasse, qualquer um dos dois caminhos escolhido causava sofrimento. Tal vivência era tão intensa que, ao relatar os acontecimentos, este trabalhador ficou com voz embargada, chegando até mesmo a chorar.

Na verdade, estou bem angustiada, isso que venho sentido tem tudo a haver com o meu trabalho e a equipe que trabalha aqui no CAPS, pois as vezes tenho que carimbar os atrasos e faltas dos colegas de trabalho, eu queria estar ajudando e não perseguindo pessoas, eu não nasci pra isso (CARLA).

Tal trabalhadora não conseguiu expressar em detalhes aquilo que sentia diante de tal situação; contudo, como outros colegas já eram sabedores dos acontecimentos, serviram de porta-voz, com sua anuência, expressando diante do coletivo presente na sessão de clínica aquilo que ela vinha vivenciando e os possíveis motivos para tais sentimentos:

Ela está como aquela mãe que tem que corrigir o filho e a palmada dói mais na mãe que no filho, ela não tem que sentir que está perseguindo...é a função dela, a função que a Secretaria impõe pra gente (JANAINA).

Analisando ela eu acho que boa parte do problema dela é a frustração, porque ela é formada, mas passou para área administrativa, ela podia desenvolver várias coisas aqui no CAPS, mas como é do administrativo, não pode.. Dai é frustrante. Não dá pra fazer remanejamento no serviço público (MARIA).

Alguns trabalhadores argumentam que sua reação negativa diante dos registros negativos em seu ponto se relaciona com o tratamento diferenciado dado a alguns trabalhadores que, mesmo faltando ou não respeitando seu horário de entrada e saída, não são advertidos e nem tem sua falta registrada.

Algumas pessoas dizem: ah, eu cheguei um dia atrasada e levei uma carimbada, mas o fulano, chega tarde, sai cedo e todo muito releva. Ai fica difícil pra gente ouvir isso (JANAINA).

Acho que tem que acabar com esse “oba-oba”, aquilo que vale pra um precisa valer pra outro, isso realmente ocorre a gente precisa mudar. Uma vez trabalhei com um médico no interior que ficava lá no plantão enrolando, saia para buscar filho na escola, almoçar e o plantão rolando, eu comecei a bater de frente com ele, mas isso me fez sofrer (JOSÉ).

As falas sobre o sofrimento causado por esses conflitos geraram uma sensibilização no coletivo de trabalhadores, que passa a refletir sobre suas condutas e, então, surge a possibilidade de construção de novas práticas para a OT.

É diante o que foi exposto, vai ser muito valido para a gente pensar mais no que tem acontecido e também para a gente retomar as nossas obrigações, nossas responsabilidades no nosso local de trabalho, o respeito mutuo para com o colega, né; e realmente que possa servir de reflexão e não possa apenas ficar na reflexão, mas partir para a prática (FERNANDO).

O horário de trabalho ainda foi o protagonista de outro conflito, desta vez, não com os pares, mas com os superiores hierárquicos.

O CAPS no qual foi realizada a clínica tem o funcionamento de 8 horas diárias, e os trabalhadores se organizavam em duas equipes que trabalhavam 4 horas diárias, apesar de serem concursados com carga horária de 6 horas diárias (exceto os médicos, já concursados para quatro horas). Tal prática se sustentava sob o argumento de que o manual do CAPS prescrevia duas equipes, de 4 horas cada.

Contudo, com a implantação do ponto eletrônico, a carga horária de referência seria a do concurso, 6 horas/dia. Os trabalhadores foram informados pela diretoria do CAPS de que tal mudança ocorreria e que, caso quisessem questionar tal prática, deveriam se organizar para abrir um diálogo com a Secretaria de Saúde, uma vez que a diretoria não poderia fazer isso, por ser representante da gestão da secretaria de saúde do município. Um dos trabalhadores começou a organizar então um documento que foi assinado pelos trabalhadores; contudo, uma vez que este documento estava pronto, passaram a aparecer as dificuldades de comunicação entre os trabalhadores e a gestão.

A diretora informou que não precisava nem levar lá. Assim que foi passado pra gente, que não precisava levar pessoalmente. Poderia mandar o documento. Quando levamos lá a pessoa responsável nem nos atendeu, só mandou a gente entregar lá pra secretaria, não foi nem no protocolo, como um documento mesmo...eu acho que esse documento eu não sei se valeu como documento. Entendeu? Oficialmente por que quando tem um protocolo é mais fácil da gente acompanhar né? Rastrear. Saber por onde anda. (JANAINA).

Os trabalhadores sentem um distanciamento dos superiores. A comunicação não acontece de forma clara e direta, se dá por meio de recados e intermediários, causando insegurança e incerteza nos trabalhadores quanto às suas reivindicações.

Durante o tempo de realização das sessões de clínica do trabalho (3 meses aproximadamente), não houve resposta ao documento entregue pelos trabalhadores; o ponto eletrônico foi instalado e todos tiveram que passar a trabalhar as 6 horas/dia.

Diante de tal situação, alguns trabalhadores passam a se **mostrar** desmobilizados para futuras reivindicações, pois sentem que não são ouvidos pelos superiores; e que alguns superiores nada podem fazer em defesa dos trabalhadores, pois ocupam cargos comissionados.

Hoje eu entendo perfeitamente que existe um cargo profissional e não concursado para uma prefeitura. Por que se fosse um cargo concursado você ia chegar lá dentro: "Ó J, eu quero isso". Ela ia se...ela é servidora pública...Olha, qual é esse protocolo? É esse...esse...esse...Vai ter que passar pro fulano, pro João, pra Maria pra ver se vai dar resposta; mas hoje, como ela tá ali, ela depende daquele serviço puxa saco do prefeito. Ela arquiva ela não compra briga (MARIA).

Essa fala nos remete a questões relacionadas com a interação social dos trabalhadores com seus superiores hierárquicos, ponto que passamos a analisar mais detalhadamente no item a respeito das interações sociais.

O aumento na carga horária tem reflexo sobre as finanças dos trabalhadores, uma vez que, a partir do momento que tem que permanecer duas horas a mais no local de trabalho, precisam almoçar no CAPS e, conseqüentemente, arcar com os custos desta alimentação.

Agora estamos ficando aqui duas horas a mais, dai não tá dando pra almoçar em casa, tem que almoçar aqui e isso representa um gasto a mais. (MARIA).

Além de que uma maior permanência no local de trabalho contribuir para o agravamento da sobrecarga, ponto de analisaremos a seguir.

3.1.3 – Sobrecarga

A questão da sobrecarga está intimamente relacionada com o processo de estruturação da assistência em saúde mental, dentro da reforma psiquiátrica.

A nova política de saúde mental foi concebida para funcionar em rede, diferentemente de como acontecia no modelo manicomial, onde tudo o que se referia à saúde mental era encaminhado ao hospital psiquiátrico. Dentro da reforma

psiquiátrica, a ideia norteadora é a desinstitucionalização, onde não há uma instituição que concentre o tratamento de pessoas em sofrimento psíquico, mas sim uma Rede de Assistência Psicossocial.

Em 23 de dezembro de 2011, o Ministério da Saúde publicou a portaria Nº 3.088, que instituiu a rede de assistência psicossocial:

Fica instituída a Rede de Atenção Psicossocial, cuja finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS, 1º Art)

Tal rede é formada por diversos componentes, desde unidades básicas de saúde, passando por instituições de abrigamento, pronto atendimentos, NASF, centros de convivência, etc. Nessa rede o CAPS é o ponto onde se deveria fazer a articulação com as demais instituições.

No Amazonas, a rede substitutiva ao manicômio ainda esta sendo construída; o numero de CAPS esta longe de ser suficiente e as unidades de saúde que deveriam atender os casos menos graves, acabam por encaminhar ao CAPS os usuários, pois muitos dos trabalhadores dessas unidades não possuem conhecimento das diretrizes da reforma psiquiátrica e ainda possuem uma visão manicomial do atendimento, na qual, local de “doido” é no manicômio, que agora mudou de nome; segundo entendem, é CAPS.

Pesquisa realizada por Santos-Junior (2009), em um CAPS tão demonstra a queixa dos trabalhadores relacionada ao grande número de pessoas a serem atendidas e a dificuldade em trabalhar em rede com os demais serviços de saúde.

Diante de tal quadro, resta ao CAPS e aos seus trabalhadores a sobrecarga de atender uma demanda muito maior que a que foi prevista para essas unidades.

Acho que fatalmente a gente vai repetindo nesses encontros, essa questão da gente se sentir sobrecarregado, porque a gente não tem uma rede de saúde mental funcionando aqui no nosso município, e isso aí é muito angustiante pra todo mundo (NATÁLIA).

Muitas vezes os trabalhadores sentem como se tivessem que fazer uma escolha entre a sobrecarga e o fato de desamparar pessoas que estão em sofrimento psíquico e buscam o CAPS, pois não encontram atendimento em outra unidade de saúde. Diante do impasse, muitas vezes a escolha do trabalhador é pela sobrecarga.

É difícil principalmente, volto a repetir, pra quem está fazendo acolhimento. Porque eu tenho muita dificuldade em colocar na cabeça, assim: “é, não é caso CAPS, então vai”. Eu não me sinto à vontade nisso, porque eu sei que ele está procurando um serviço, eu acho que ninguém vem aqui pra dar um passeio, tipo: Ah, não conheço o CAPS, não é pra isso que as pessoas vêm aqui. E isso é angustiante, sim, pra quem está fazendo acolhimento e pra quem está na recepção também (MARIA).

A fim de não deixar desamparadas as pessoas que buscam atendimento, os trabalhadores acabam por atender um número de usuários maior que a capacidade e, com efeito, os atendimentos médicos, as oficinas terapêuticas e demais atividades ficam com um número maior que o ideal.

Por exemplo, há médicos que atendem 7 pessoas, eu já to na média de 13, que o padrão era só dez. E eu dou conta da parada, pode colocar lá (JOSÉ).

Tendo em vista essa organização de trabalho, o engajamento com o seu fazer conduz à sobrecarga.

3.1.4 – Dinâmica das relações

Trabalhar não é apenas realizar uma tarefa, é também uma vivência de âmbito social, pois envolve se relacionar com o outro, seja este um companheiro de trabalho, um superior hierárquico ou um cliente (Dejours, 2012b). Sendo assim, o trabalhador não enfrenta apenas um real do trabalho que envolve a atividade em si, mas há também resistências a serem vencidas no âmbito das relações sociais.

Desta forma, entende-se que o modo como se dão essas relações entre as diversas pessoas que formam o mundo social no âmbito do CAPS, pode contribuir ou dificultar a realização do trabalho.

Os profissionais que compõem o quadro de servidores do CAPS são oriundos de diversas categorias diferentes: médicos, psicólogos, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, farmacêuticos, educador físico, assistente social, nutricionista, profissionais de nível médio que ocupam cargos administrativos, profissionais de nível fundamental que estão ligados as atividades de limpeza e conservação e estagiários de nível superior que auxiliam em diversas áreas.

Geralmente o convívio entre os trabalhadores demonstra-se harmônico; diferentes categorias profissionais convivendo em mesmo nível, fato que contribui para o bom andamento do trabalho, uma vez que não há uma categoria profissional isolada, elitizada.

Contudo, a demanda de pessoas a serem atendidas, as diversas atividades realizadas e a mudança de pessoas da equipe dificultam a interação entre os pares. Entendendo a necessidade de haver um momento para que o coletivo de trabalhadores possa estar junto para conversar, discutir casos, deliberar assuntos, foi decidido que sexta-feira não haveria atendimento e nem oficinas terapêuticas, a

fim de que todos os trabalhadores pudessem se reunir. Esta prática já tem alguns anos e possui boa adesão dos trabalhadores.

Há profissionais que são lotados para trabalho no CAPS, mas ao chegar ao local de trabalho, têm dificuldades de adaptação no manejo com pessoas portadoras de sofrimento psíquico, e acabam por pedir remoção para outros locais.

Aquela médica que estava aqui, mas não queria ficar no CAPS, ela falava que não gostava de conviver com esses malucos. Ai, pediu para sair. (NATALIA).

Além do preconceito em relação aos doentes mentais e as diversas impressões do imaginário popular que taxam o portador de sofrimento psíquico como alguém perigoso e violento, acrescenta-se o papel terapêutico que o profissional deve desempenhar no CAPS, fazendo os acolhimentos e acompanhando o desenvolvimento dos projetos terapêuticos dos usuários, prática bastante incomum para alguns profissionais como farmacêuticos e nutricionistas, o que acaba gerando resistência por parte desses profissionais.

Aquela profissional da farmácia, ela saiu daqui por causa disso e ela nem chegou a fazer nenhum acolhimento e nem nada porque disse: não, eu sou da farmácia; como eu vou fazer acolhimento? (Maria)

Essas mudanças de membros da equipe dificultam o processo de fortalecimento do coletivo, impossibilitando a construção de estratégias para juntos subverterem as resistências impostas pelo real.

Quanto aos superiores hierárquicos, os trabalhadores relatam que suas solicitações raramente obtêm respostas; e que a comunicação é falha, fazendo com que haja muitas incertezas a respeito de que tipo de providencias estão sendo

tomadas em relação aos CAPS e à assistência em saúde mental como um todo, gerando um sentimento de que o CAPS é ignorado, negligenciado.

A Cristina vive falando que ela vai para as reuniões, mas a sensação que ela tem é que não existe o CAPS. O cara foi falar lá sobre o CAPS ele falou tudo errado, aí ela comentou assim: Ele tá falando tudo errado, não é nada assim, ele pegou o prontuário errado está falando tudo errado. O cara não sabe, ninguém sabe que o CAPS existe. (MARIA).

Os trabalhadores sentem que há uma negligência em relação à saúde mental, e que a reforma psiquiátrica ainda não conseguiu transformar a mentalidade de muitos gestores, o que os leva a um sentimento de abandono em relação aos seus superiores.

Só tá piorando e não tem, não vejo possibilidade. Acho o CAPS a cada dia mais esquecido lá dentro. Ninguém olha pela gente, sabe (CARLOS).

As condições adversas existentes no CAPS também são, constantemente, alvo de investigações feitas pelo MP. O coletivo de trabalhadores muitas vezes põe sua expectativa nessas investigações; esperam que as mesmas desencadeiem ações que obriguem os responsáveis a empregar recursos maiores para melhorar as condições dos serviços de saúde mental. Contudo tais investigações ainda não provocaram nenhuma ação.

Uma outra forma de saída seria o Ministério Público; ele visita aqui, né, frequentemente. Investigando essa queixa sobre falta de medicamento. E o que que fazem? Eles investigaram e daí? A gente também não vê nenhuma ação, nenhum resultado dessas investigações deles. São investigações que eu acho bacanas. (CARLA)

O distanciamento e a comunicação falha também levam o trabalhador a sentir que pode haver más intenções na administração dos recursos destinados ao CAPS.

Estão pegando a nossa verba e estão enfiando em outro lugar, estão manipulando com a nossa vida... Tem muito gestor que não sabe nem o que é CAPS, um cidadão que não sabe o que é CAPS, olha o exemplo disso é onde compraram a casa aqui para a gente, olha a nossa casa é num "buraco pequeno" e é isso que eles acham da gente; que não ia nem ter cliente, eu fico triste (CARLOS).

A precariedade das condições de trabalho oferecidas aos trabalhadores é um dos principais pontos de descontentamento do coletivo de trabalhadores em relação à administração dos seus superiores hierárquicos. No entanto, como este aspecto está intimamente ligado às vivências de sofrimento, analisaremos no ponto a seguir.

3.2 – Eixo II - Mobilização Subjetiva

Aquele que trabalha está sujeito a deparar-se com o real, com sofrimento e com o adoecimento. Contudo, o trabalho também é propulsor de inteligência, fator que pode contribuir para a ampliação da subjetividade, fazendo que o trabalhador desenvolva habilidades que não possuía anteriormente; e que surgem a partir do engajamento de sua inteligência para vencer o real, que se impõe nas situações de trabalho (DEJOURS, 2012a).

Trabalhar é efetivamente buscar uma solução, um caminho, uma forma de fazer que não era conhecida de antemão, e que foi criada pela mobilização da inteligência do trabalhador. Dejours (2012b), ao falar sobre essa inteligência, a relaciona à Métis, deusa da mitologia grega conhecida pela sua habilidade astuciosa, baseada na liberdade; mais preocupada com o alcance dos objetivos do que com o cumprimento das regras; e que foi engolida por Zeus, ficando assim essa inteligência da Métis localizada em seu ventre, exatamente por ser uma inteligência visceral, do corpo, e não baseada na técnica ou na lógica.

Neste eixo analisaremos a presença da mobilização dos trabalhadores do CAPS em relação à manifestação desse tipo de inteligência e os principais fatores e a influenciam. Faremos isso utilizando como referencia os seguintes pontos: a inteligência prática, a cooperação, e por fim, a dinâmica do reconhecimento.

3.3.1 – *Inteligência prática*

Ao deparar-se com o real e a ineficiência das prescrições para vencê-lo, o trabalhador convoca a inteligência não apenas cognitiva, como também a inteligência do corpo (Dejours, 2011a). Tal inteligência nasce do contato do trabalhador com sua atividade de trabalho e das diversas percepções advindas dessa relação. Dejours (2012a) cita o exemplo do psiquiatra que, através do aperto de mão dos pacientes, já tem as primeiras impressões a respeito de seu estado; do trabalhador que percebe as condições das máquinas com as quais trabalha pelo barulho que emitem e pelas pequenas variações durante seu funcionamento.

A inteligência prática é um saber-fazer que se constrói durante a atividade, na medida em que o trabalhador faz tentativas para subverter o fracasso vivenciado pelo confronto com o real.

Os trabalhadores do CAPS se deparam com inúmeras situações do real que se opõem ao trabalho e ao cumprimento dos objetivos; contudo se articulam de forma a prestar com qualidade os serviços oferecidos pelo CAPS. As articulações se dão no sentido de buscar a assistência da Secretaria de Saúde pelas vias formais, como também de suprir as necessidades por conta própria enquanto não obtêm respostas às suas solicitações.

O CAPS tem uma coisa muito boa, um atendimento diferenciado, as pessoas são ouvidas, acolhidas, por mais que sejam grandes as dificuldades, mesmos com todas as mazelas nós conseguimos fazer a diferença. (ANA)

Os médicos, os terapeutas, o como um todo sempre dá um jeito, somos nós mesmo, é a gente. (JANAINA)

A gente sempre faz solicitação daquilo que necessitamos à Secretaria, cobramos, estamos em cima, mas parece que é uma especie de bloqueio, é difícil conseguirmos. (LAURA)

Há escassez de materiais essenciais para as atividades e que não são fornecidos pela secretaria de saúde. São muitas vezes comprados e trazidos para o CAPS pelos próprios trabalhadores que investem seus recursos financeiros pessoais a fim de realizar as oficinas:

As bolas sou eu quem compra, atividades de dança sou eu que trago o aparelho de casa, atividades de karaokê eu que compro os dvds, é tudo assim. (NATÁLIA)

A falta de medicamentos, outro grave problema vivenciado pelos trabalhadores, é amenizada com a dispensação de amostras grátis. Tal prática não é permitida pela secretaria de saúde; contudo, os trabalhadores burlam as regras a fim de que o tratamento dos usuários do CAPS não seja interrompido.

Está faltando a amitriptilina, tem muitas amostras grátis, logo que eu cheguei aqui a orientação que eu recebi foi da gente não dispensar essa amostra grátis. Mas, eu dispenso porque se está em falta na secretaria eu não vou deixar de dar para o paciente porque alguém disse que não pode né? E assim a gente vai se adaptando essas situações. (MARIA)

Durante o acompanhamento do projeto terapêutico individual, alguns trabalhadores percebem a necessidade de trazer a família para participar a fim de contribuir para o tratamento do paciente, e por iniciativa própria chamam a família para reuniões.

Tem alguns casos que a gente tem que chamar o esposo para participar, e acaba descobrindo outras coisas sobre cada um, sobre como é a convivência na família. Por um lado a gente tem que interferir porque isso interfere no tratamento da pessoa e muito, então a gente acaba sendo de educadora física a psicóloga, terapeuta, terapeuta de casal então estamos juntos. (NATÁLIA)

Há também a necessidade do trabalho em conjunto com outras instituições a fim de dar suporte no tratamento dos usuários ou a fim de acolher aqueles que têm algum sofrimento de ordem psíquica, mas não possuem o perfil para serem atendidos no CAPS. Contudo, há uma resistência de outras instituições em receberem esses encaminhamentos, por traços culturais relacionados a exclusão dos doentes mentais em manicômios. Apesar dessa dificuldade, os trabalhadores entendem a importância da construção desta rede e vão buscando possibilidades, construindo articulações com pessoas que já conhecem previamente e com as quais já possuem uma relação; e que são mais acessíveis.

Existem pessoas muito empenhadas na secretaria municipal de desenvolvimento humano, eu tive uma situação a pouco tempo de um paciente, liguei e a pessoa foi super solícita. Depois que acabar a reunião vamos ligar, vamos resolver essa situação. Não estou dizendo que é fácil, mas existem sim, em outros lugares, pessoas empenhadas que se preocupam assim como nós nos preocupamos. (SÔNIA)

Os trabalhadores também se mobilizam a fim de vencer as limitações que a estrutura física do CAPS impõe. As salas são pequenas e em número insuficiente diante da demanda; por isso os trabalhadores se planejam de forma a revezarem a utilização das salas e a frequência de usuários em cada oficina. Buscam evitar a participação de visitantes nas oficinas a fim de assegurar o conforto mínimo para os usuários.

Olha na próxima semana prestem atenção, na seu horário e dia certos para a oficina, senão eu vou ter que pedir para sair da sala, porque ocupa o espaço de alguém, a cadeira de alguém, eu achei super chato, mas eu tive que fazer isso. (LAURA)

Além disso, o CAPS não possui muitas áreas de convivência e os espaços da recepção e espera para as consultas não são muito amplos diante da demanda

atendida; e por vezes fica tomado por usuários que já não possuem nenhuma atividade a ser feita, e se aglomeram falando alto, ou querendo participar de atividades não programadas para eles, nas quais já não há vagas.

Nesses casos, às vezes a simples orientação para que deixem aquele espaço e vão para casa não surte efeito; e assim, para diminuir o fluxo de pessoas, os trabalhadores fazem uso de ameaças relativas aos delírios relacionados a doença mental daqueles pacientes a fim de convencê-los a deixar o espaço.

Aqui não tem espaço para eles ficarem, conversarem, caminharem. Então, fica todo mundo aglomerado, barulho todo mundo super ocupado, aí a gente começa a ameaçar: "Se ficar aqui vai ter injeção, vou chamar o SAMU. Isso não é muito certo, mas é o jeito". (CARLA)

A falta de espaços para convivência e caminhadas não permite que atividades que envolvem caminhadas e esportes, sejam feitas nas dependências do prédio; contudo, os trabalhadores se articulam para promover visitas a parques, praças onde tais atividades possam ser feitas.

Começamos a fazer as atividades externas, o nosso quadro tá fechado e a gente começou, segunda-feira fomos a Ponta Negra, a gente fez caminhada lá. Quarta-feira fomos para Lagoa do Japiim, daí fizemos caminhada e alongamento. (NATÁLIA)

A limpeza do prédio é feita pelos próprios trabalhadores quando da ausência da profissional responsável.

Aí nós fizemos um mutirão de limpeza e fizemos uma cota para contratar uma pessoa para capinar a área que tem plantas lá atrás, na verdade é mato mesmo. (ANA)

A demanda alta de usuários a serem atendidos e acompanhados individualmente requer a presença de um número maior de profissionais; tal

necessidade tem sido atendida e, durante a realização da clínica, quatro novos trabalhadores de ensino superior foram acrescentados aos quadros do CAPS. Contudo, existe a necessidade de que esses trabalhadores sejam capacitados para o trabalho no CAPS. Para esse fim, durante a clínica os trabalhadores foram construindo estratégias para tornar possível a capacitação desses novos colegas.

Falta um programa de integração. Os funcionários do CAPS tem que ter educação continuada, mas a minha proposta é em vez de a gente ser passivo e esperar, nós como equipe podemos fazer isso. Primeiro uma capacitação básica desses conceitos de saúde mental, sintomas das doenças, e podemos chamar outras pessoas para palestrar. (CARLOS)

Eu faço assim, quando eu vou fazer o “bom-dia”, chamo as meninas que chegaram agora para participar ver como é, daí qualquer dia, quando se sentirem seguras elas fazem. Precisa ver o que é, como se passa, se inteirar. (LAURA)

Uma das maiores dificuldade enfrentadas pelos trabalhadores está relacionada ao acolhimento, que é o contato inicial da pessoa que busca atendimento no CAPS com um dos profissionais de nível superior do CAPS. Muitos receios envolvem o acolhimento, pois é um contato pessoal e particular com a pessoa que está em sofrimento e muitas vezes com graves sintomas. Contudo, para ajudar os recém-chegados ao CAPS, os trabalhadores modificam um pouco a prescrição do acolhimento, fazendo em duplas: um trabalhador mais experiente acompanhado de um menos experiente, a fim de que este possa acompanhar, na prática, como se dá o acolhimento e os encaminhamentos seguintes.

Estamos fazendo o acolhimento junto com novos, para que eles possam ver como fazemos e ir se familiarizando com as formas de manejar as pessoas que atendemos. (MARIA)

O CAPS, além de oferecer tratamento medicamentoso e psicoterápico para as pessoas em sofrimento psíquico grave, tem como papel contribuir para que a pessoa em tratamento possa gradualmente assumir o protagonismo de sua vida, estando inserida na sociedade. Tal fator é uma grande inquietação para o coletivo de trabalhadores, pois o fato de apenas mediar o acesso a benefícios sociais os incomodava, pois julgavam que não estavam contribuindo para a autonomia dos usuários e sim reforçando os elos de dependência entre a pessoa em tratamento e o Estado, assim como funcionava no manicômio.

E outra coisa é que a gente precisa mudar a mentalidade desse povo quanto aos benefícios sociais, não podemos ficar alimentando esse vínculo das pessoas com o CAPS de paternalismo, a gente tem que dar tudo, não pode ser assim. (MARIA)

Eles acham que só por que estão tomando remédio não tem capacidade de trabalhar. Às vezes não conseguem emprego porque estão procurando no lugar errado ou então não estão capacitados para isso. Eles têm que estudar, fazer curso, aprender a fazer unha, cabelo. Sempre que assino um vale transporte daquele ou um laudo eu me questiono. Pois se eles estão acomodados eu não posso ficar aqui fazendo ficar ainda mais parasita. (CARLA)

Diante de tal impasse os trabalhadores deliberaram, em uma das sessões de clínica, acerca da necessidade de se criar um grupo, coordenado por um assistente social, que pudesse esclarecer a respeito dos benefícios sociais a que tem direito a pessoas em tratamento psiquiátrico e a necessidade de não depender apenas desta fonte de sustento.

Depois da reunião passada, acertamos de fazer umas reuniões com eles a respeito de benefícios, mas esse é o grupo que nós vamos começar em Setembro, estou feliz que assistente social, está aqui animada para fazermos. (MARIA)

Apesar de todas essas construções que o coletivo realizou a fim de fomentar estratégias para enfrentar as oposições ao trabalho, se mobilizando e usando da sua inteligência prática, os trabalhadores sentem que poderiam avançar ainda mais; contudo, se sentem fragilizados diante de algumas circunstâncias. Tal dificuldade em se articularem para por em prática as soluções construídas foi percebida pelos trabalhadores.

Eu sinto que todo mundo tem ideias grandiosas. Eu sei que tem gente que tem muitas ideias aqui, que se fossem colocadas em prática iriam melhorar essa rede de saúde mental, mas a sensação que eu tenho é que nós estamos engessados; têm coisas simples, coisas que são feitas em vários lugares, tem experiências exitosas nessas áreas e a gente não consegue (CARLOS).

Quanto maior a cooperação dentro de um coletivo de trabalhadores, maiores as chances desse coletivo se fortalecer e contribuir de forma significativa (Dejours, 2012, p. 39). Os entraves à cooperação podem ser um dos fatores que está impedindo que o grupo de trabalhadores do CAPS possa avançar mais ainda em suas conquistas. Analisaremos os fatores relativos a cooperação a seguir.

3.3.2 – *Cooperação*

O trabalhar não é uma atividade solitária, sempre envolve outro sujeito, seja o companheiro, o hierarquicamente superior ou o cliente.

Dejours(2012b) fala do trabalho como uma relação social, que por sua vez também traz consigo as resistências do mundo social. Cada trabalhador possui sua inteligência particular quem tem potencial para grandes conquistas; contudo se essas inteligências individuais não entrarem em cooperação podem causar graves conflitos.

Contudo, a cooperação entre essas diferentes inteligências não é algo simples de ser feito uma vez que cooperar consiste em renunciar de si em prol de um coletivo.

No CAPS os trabalhadores percebem que alguns colegas não estão dispostos a essa renúncia a fim fortalecer o coletivo. Na ocasião em que eles estavam redigindo um documento a ser encaminhado à secretaria de saúde em nome de todos os trabalhadores do CAPS, houve trabalhadores que não estiveram dispostos a renunciar de seu tempo e contribuir com o seu olhar para a construção de tal documento.

Até o próprio documento que nós fizemos da carga horária, para levar na Secretaria, foi uma luta para as pessoas aderirem ao documento, ajudar, pensar como é que a gente poderia elaborar, que argumentos utilizar. Acho que exemplifica bem como estamos (LAURA).

Os trabalhadores percebem que cada profissional que compõe o quadro do CAPS possui uma forma de fazer, de pensar, uma experiência prévia e uma visão singular sobre as necessidades e soluções que podem ser construídas no CAPS, e por isso, o engajamento do coletivo como um todo traria uma contribuição muito importante.

Por exemplo, a colega ali já trabalhou no CAPS em outro estado, e poderia trazer uma grande contribuição pra gente. Na verdade, isso é extremamente relevante que cada um traga a sua contribuição para a gente, para nossa realidade. A troca de experiência enriquece nosso trabalho (CARLOS).

Às vezes tem um colega que conhece alguém com poder pra dizer vá e resolva, então deveríamos compartilhar isso entre nós para que possamos fazer as coisas acontecerem (JANAINA).

Dejours (2012) fala sobre a construção de um trabalho coletivo, que é resultante da coordenação dessas diversas inteligências individuais e que possibilitaria que as habilidades do indivíduo pudessem se transformar em uma contribuição para a sociedade como um todo.

O trabalho coletivo constitui um elo intermediário essencial entre a inteligência, a habilidade e a engenhosidade presentes no estado potencial em cada indivíduo, de um lado, sua atualização em uma contribuição à cultura e à polis, de outro (DEJOURS, 2012B, p.78).

Apesar dos inúmeros ganhos que a cooperação pode trazer ao coletivo, ela não acontece de forma espontânea. Para que este trabalho coletivo aconteça é necessário que as singularidades de cada trabalhador possam, de alguma forma, convergir para funcionarem dentro de uma mesma sintonia.

Um trabalho coletivo só é possível se se obtiver a reunião das inteligências singulares para inscrevê-las em uma dinâmica coletiva comum (DEJOURS, 2012b, p.79).

Tal ideal não é simples de ser alcançado, pois cooperar exige riscos: os trabalhadores têm que se expor, compartilhar as formas que desenvolveram para burlar as prescrições, revelar seus segredos, suas artimanhas. O individualismo é o real que se impõe na esfera social do trabalho.

Para compreendermos os fatores que dificultam que a cooperação se consolide no CAPS é necessário observarmos os fatores que possibilitam a cooperação. Dejours (2012b) descreve quatro condições que tornam a cooperação possível: a visibilidade a respeito do diferente modo de trabalhar de cada trabalhador, a existência de confiança, um espaço para que os trabalhadores se reúnam e possa haver a controvérsia e a deliberação e, por fim, a existência de uma

arbitragem que possa usar de autoridade para resolver impasses que o coletivo não consegue resolver por si só.

Antes que déssemos início a clínica do trabalho no CAPS os trabalhadores já haviam instituído um espaço para deliberações: uma vez por semana, com dia e horário fixo os trabalhadores reuniam-se a fim de conversar sobre os casos em tratamento, sobre as necessidades do CAPS, para definir estratégias e confraternizarem-se. Com o início da clínica, 90% do total de trabalhadores passou a frequentar as sessões, sempre com a fala bem distribuída entre eles. Este espaço de livre fala foi visto com seriedade pela maioria dos trabalhadores, que inclusive se incomodava com a ausência injustificada de alguns e por interrupções desnecessárias feitas durante as sessões.

Não parece ser muito importante a questão de uma assinatura num prontuário. É uma coisa que pode ser feita bem depois; a reunião que é tão prioritária, falamos aqui de coisa tão importantes (CARLOS).

Tal circunstância nos leva a crer que o coletivo possui um espaço para deliberar e que o trabalho realizado pelos diferentes profissionais no CAPS está visível aos demais. Contudo, a confiança e a arbitragem dão sinais de fragilidade neste coletivo.

No contrato que fizemos antes do início da clínica, ficou claro entre os participantes a necessidade ética do sigilo a respeito de tudo aquilo que seria falado durante as sessões. No entanto, durante a sessão de encerramento, os trabalhadores trouxeram as informações de problemas de relacionamento estavam acontecendo entre colegas e com a direção do CAPS, decorrentes do desrespeito ao sigilo por parte de alguns trabalhadores participantes da clínica.

Um dos problemas é que tem alguém que ouve as coisas aqui na clínica e fala para outros que não estão aqui, principalmente para a direção; e o problema é que chega lá distorcido (MARIA).

Tal circunstancia revela um sério problema ético, que tem repercussões negativas não apenas para a clínica ou para o fortalecimento da cooperação, mas também na pratica profissional desses trabalhadores que tem como base de seu trabalho a escuta do sofrimento do outro.

A arbitragem também se apresenta como um ponto de fragilidade que acaba dificultando o surgimento da cooperação no CAPS. Algumas vezes, durante os momentos em que o coletivo esta conversando sobre certo assunto, as discussões se prolongam por haverem controvérsias que os trabalhadores não conseguem resolver; neste momento a arbitragem de alguém com autoridade poderia contribuir para o trabalho coletivo. Quando essa figura não existe, as discussões se tornam estéreis e muitas soluções que poderiam ser postas em prática, ficam presas no campo das ideias.

A gente tem que conversar a respeito desse assunto, tá bom, legal, só que tem assunto que a gente fala, fala, fala e não resolve nunca, parece que ficamos andando em círculos (CARLA).

Na verdade parou mesmo por parar, por desmotivação. Porque o que acontecia, de reunirmos a assembléia, deliberar coisas; mas aí, como gente ficou muito tempo sem direção, não se tinha respostas. Chegava a época de outra assembleia e nada daquilo que foi acordado na anterior tinha sido feito, ai ficava um vazio (ANA).

Desta forma entendemos que a cooperação existe, contudo se encontra fragilizada pela falta de confiança e lealdade entre os trabalhadores e a falta de um árbitro para este coletivo.

3.3.3 – Reconhecimento

Para que possamos entender como a dinâmica de reconhecimento acontece entre os trabalhadores do CAPS, em primeiro lugar é necessário compreender o significado que o reconhecimento possui dentro da análise psicodinâmica.

A partir do momento que o trabalhador percebe que as prescrições não serão suficientes para dar conta do real que se coloca na situação de trabalho, mobiliza-se de forma a fazer uso de sua inteligência prática, contribuir para a formação de um coletivo e para que a cooperação entre os pares aconteça. Esse movimento do trabalhador é uma contribuição que sempre requer uma retribuição, e por sua vez o reconhecimento se constitui nesta retribuição que o trabalhador espera receber. Quando não há equilíbrio nesta dinâmica de contribuição e retribuição o trabalhador tende a desmobilizar-se.

Segundo Dejours, o reconhecimento se apresenta em duas dimensões: a constatação e a gratidão (2012b).

Os trabalhadores do CAPS sentem que seu trabalho passa despercebido, e conseqüentemente, não reconhecido pela Secretaria de Saúde.

As pessoas que vão para reuniões lá na secretaria vivem falando que a sensação que não existe o CAPS (ANA).

Apesar da falta de reconhecimento ser um aspecto comum em diferentes coletivos de trabalhadores, no caso do CAPS, o reconhecimento na dimensão da constatação é dificultado pelo fato de se tratar de uma unidade de saúde nova, cujo papel e a forma de funcionamento não são amplamente conhecidos. Uma vez que não se conhece o que é o CAPS, qual seu papel e como deve funcionar, não há como constatar o trabalho feito e assim reconhecê-lo.

Tem muito medico que não sabe nem o que é CAPS, os cidadãos não sabem o que é CAPS. (CARLOS)

Por outro lado, o coletivo de trabalhadores sente-se reconhecido pelos usuários e também por seus pares, justamente, pessoas que convivem no CAPS, e podem conhecer e observar as qualidades do trabalho realizado.

Os pacientes gostam daqui, agradecem, já teve até um que queria pagar. (CARLA)

Então depois da festa um deles veio falar comigo e disse que aquela tinha sido a melhor festa da vida dele. (NATÁLIA)

A educadora física fez um trabalho excelente com a quadrilha; os usuários fizeram a coreografia muito bem, isso é o tipo de trabalho que dá orgulho do CAPS, porque pensar que pessoas antes marginalizadas pela sociedade, cheias de limitações, sintomas graves, conseguiram fazer aquela dança, que envolve coordenação e ritmo, isso é uma conquista imensa. (LAURA)

O sentido do trabalho realizado no CAPS, também se apresenta de forma a ser uma importante retribuição simbólica aos trabalhadores, uma vez que representa participar de um movimento que visa à melhoria nas condições de tratamento para centenas de pessoas que estão vivenciando um grave sofrimento psíquico.

Podemos sentir que trabalhamos num sentido altruísta, quase religioso. Vir trabalhar com os doentes mentais, no CAPS que é a representação maior da nova política de saúde mental no Brasil, então estamos fazendo uma grande transformação (CARLOS).

Segundo Dejours (1992), o sentido do trabalho é uma construção coletiva dos trabalhadores, uma representação que, quando positiva, contribui para a manutenção da saúde psíquica dos trabalhadores.

A área na qual trabalho é muito importante, pois auxilia os pacientes depois que passam pelo médico e precisam marcar os exames. Tenho um prazer enorme em ajudar, gosto de ajudar (JANAINA).

Os trabalhadores também apontam o crescimento pessoal alcançado pelo contato diário com esta parcela da sociedade que durante tantos anos esteve marginalizada.

Trabalhar no CAPS se resume a crescimento. Crescimento pessoal e profissional absurdo, todos os dias, em cada atendimento individual, atendimentos em grupos, em uma dúvida que você tira (LAURA).

Dejours (2012b), ao falar sobre a mobilização dos trabalhadores ressalta o fato de que o trabalhador pode obter ganhos subjetivos pelo fato de perceber o seu trabalho como bem feito, de qualidade.

Porque a gente vê esse público assim, você pode até imaginar que eles não vão conseguir fazer alguma coisa, mas depois você fica impressionado com a capacidade deles de corresponder àquilo que você faz inclusive as oficinas. Às vezes, a gente até imagina: “ah, será que vai dar certo?”, daí você faz você os vê correspondendo. A capacidade que eles têm é de impressionar, pelo menos na quadra eles fazem tudo. Eu trato eles como pessoas normais, eu trato todos eles como pessoas absolutamente normais. (NATÁLIA)

3.3 – Eixo III – Sofrimento, defesas e patologias

O sofrimento é aspecto inerente ao trabalho. Não importa que tipo de trabalho seja, de que forma se organiza, sempre haverá sofrimento envolvido. Isso acontece devido a diferença irreduzível entre o trabalho prescrito e o trabalho real; o confronto com o real faz emergir o sofrimento (Dejours, 2011a).

Contudo, apesar de raramente conseguir evitar o sofrimento, o trabalhador possui mecanismos para mobilizar-se diante das situações que desencadeiam o sofrimento e transformá-lo em prazer.

O trabalhador pode dar diferentes destinos ao seu sofrimento; quando o destino do sofrimento é a criação de estratégias de enfrentamento, a construção de novos caminhos através do uso da inteligência prática ou ainda a construção regras de ofício através da cooperação entre o coletivo de trabalhadores, chama-se a esse sofrimento de criativo. Quando isso não é possível, o trabalhador mobiliza-se para defender-se e, uma vez falhando as defesas, o trabalhador pode adoecer. Então se trata de sofrimento patogênico.

Neste subtópico, analisaremos o sofrimento sob os seguintes aspectos: agravantes de sofrimento, defesas e adoecimento.

3.2.1 – Agravantes do sofrimento

Durante a clínica, ao relatar os agravantes de sofrimento presentes no trabalho nos CAPS, os trabalhadores mencionaram aspectos relacionados às condições de trabalho, o manejo da alta dos pacientes, o manejo da demanda alta frente à necessidade de acompanhamento terapêutico individual e o preconceito da sociedade em relação ao adoecimento psíquico.

a) Condições de trabalho

Dejours (1992) ao falar sobre as condições de trabalho descreve-as como os aspectos relacionados ao ambiente de trabalho, à temperatura, à ventilação, à exposição a produtos tóxicos; e relata que teriam influencia sobre a saúde física do trabalhador. Enquanto a organização do trabalho, inclui aspectos como a divisão de

trabalho, o conteúdo da tarefa, o sistema hierárquico, as modalidades de comando, as relações de poder, e teriam influência sobre a saúde mental dos trabalhadores.

Contudo, a experiência realizada dentro da clínica no CAPS demonstra que a condição de trabalho adversa intervém na OT, dificultando a realização do trabalho e impedindo que o trabalhador possa ter acesso aos ganhos de identidade provenientes do trabalho. As condições de trabalho aparecem como agravantes de sofrimento sob os seguintes aspectos: espaço físico, escassez de recursos (materiais e humanos) e a ausência de segurança.

Segundo os trabalhadores participantes da pesquisa o prédio onde foi instalado o CAPS não possui infraestrutura necessária para abrigar a proposta do CAPS e, além disso, está sob manutenção precária.

A infraestrutura do CAPS tem me incomodado demais, eu queria mudar desse ambiente, tudo é ruim e inadequado, não tem local pra estacionar, muita demanda que não suporta, salas sujas, banheiros sujos, as pessoas correndo de um lado pro outro pra tentar organizar as atividades no pouco espaço existente (NATALIA).

A questão mais aqui é a infraestrutura, pois todos os dias nós acolhemos pessoas que precisam ser atendidas, fazer atividades, mas como? As salas estão lotadas, não tem mais vaga. E aí, como vamos resolver?(CARLA)

Há um questionamento entre os trabalhadores a respeito dos critérios utilizados para a escolha do prédio onde está instalado o CAPS, pois este não comporta a demanda de atividades, não possui área para caminhada ou atividades ao ar livre, e nem oferece condições para ser um ambiente acolhedor com espaço para a realização de atividades terapêuticas.

Eu fico revoltada. Porque, será que quando foram escolher esse local, ninguém pensou que ia acolher pessoas? Que ia ter funcionário? Que precisariam de uma estrutura mínima? Que ia ter pessoas com deficiência, com cadeiras de rodas que iam precisar entrar aqui? (CARLA)

Também relatam a existência de paredes com mofo, goteiras, áreas de jardinagem sem o cuidado necessário, uma piscina sem uso e isolada de forma precária, além da limpeza do prédio que não está sendo feita com regularidade.

Então é mais grave, porque a gente tá sem a menina da limpeza, né? Tá de férias, realmente. Tem dias que vocês chegavam.... Vocês não sentiam um cheiro no banheiro? Horrível, né? (CARLOS)

E essa semana quase que eu tirei... Eu tirei foto, tava aquela chuva de manhã, começou a cair goteira. O paciente tava assim... A água pingando lá dentro (NATÁLIA).

As paredes estão cheias de mofo... as sete horas eu chego, abro aquela janela lá, pra ver se entra um ar, um sol, né. A janela era toda preta, toda imunda (MARIA).

Há apenas três salas destinadas ao atendimento individual, que ficam lado a lado e são separadas por divisórias sem tratamento acústico, o que dificulta o atendimento simultâneo nas três salas, interferindo na privacidade e sigilo que deve existir nos atendimentos e até mesmo desviando a atenção do médico ou terapeuta de referencia que está realizando o atendimento.

Aqueles consultórios não têm isolamento acústico, às vezes eu tou atendendo e, quando percebo, minha cabeça tá longe, prestando atenção na conversa da sala do lado. Aí, eu me toco e peço pro paciente repetir o que falou (MARIA).

Em 2013, o Ministério da Saúde publicou um manual a fim de tornar claro como devem ser as estruturas físicas dos CAPS e como devem ser organizadas suas dependências. Neste documento o MS ressalta a importância do CAPS possuir a estrutura física adequada:

Considerando os objetivos dos CAPS e as práticas a serem desenvolvidas, o “espaço CAPS” e os espaços do CAPS assumem fundamental relevância: trata-se de projetar serviços públicos de saúde, substitutivos ao modelo asilar, de referência nos territórios, comunitários, de livre acesso, e local de trocas sociais. Em síntese: serviços de atenção psicossocial do SUS, espaços de cuidar e apoiar pessoas com experiências do sofrimento e, ao mesmo tempo, espaço social no sentido de produção de projetos de vida e de exercício de direitos, e de ampliação do poder de contratualidade social. (BRASIL, 2013, p. 5).

Este mesmo manual descreve diversas dependências que deve haver no CAPS e que entram em consonância com as queixas colocadas pelos trabalhadores durante a clínica do trabalho. Percebemos, então, a publicação de tal manual como um avanço para a consolidação do modelo do CAPS, uma vez que a partir dessas diretrizes, ações deveriam ser tomadas pela administração municipal no sentido de atender as orientações do MS.

Segundo o manual, o CAPS deve possuir, no mínimo: uma recepção compreendida como espaço de acolhimento, salas de atendimento individual equipadas com pia e que preservem a privacidade do atendimento, salas de atividades coletivas, espaço de convivência, ao menos dois banheiros com chuveiro adaptados a pessoas com deficiência, sala de medicamentos, posto de enfermagem, quarto coletivo com acomodações individuais e banheiro (suíte), sala para repouso profissional, sala administrativa, sala de reunião, almoxarifado, sala para arquivo, refeitório, copa/cozinha, depósito de materiais, rouparia, abrigo para lixo, área externa para embarque e desembarque de ambulância, área externa para convivência (BRASIL, 2013, p. 19,20).

Além das condições da estrutura física do CAPS, os trabalhadores também enfrentam escassez de medicamentos e materiais médicos e de apoio às oficinas terapêuticas.

Durante a realização da clínica, por varias vezes, os médicos, farmacêuticos e técnicos administrativos ligados a farmácia trouxeram sua preocupação pelo falta de medicamentos.

Uma coisa que eu quero ressaltar que aconteceu assim nessa semana foi a infelicidade porque nós estamos assim sem várias medicações, e eu fico super preocupada com isso porque nós recebemos até um ofício, que não temos nem no almoxarifado geral (NATALIA).

Já atendemos a pessoa em sofrimento, daí eu passo o medicamento, que é para tentar aliviar a situação, mas daí não tem. Ai, fica difícil (MARIA).

A dispensação gratuita de medicamentos se torna um fator importante para adesão dos pacientes ao tratamento, uma vez que muitos estão fora do mercado de trabalho e, em sua maioria, são de famílias de baixo poder aquisitivo.

A gente passa parocsetina, mas aí a gente fala: se der certo é dois anos. Ai o paciente diz: tá bom, mas daí passa o tempo aí a pessoa diz não dá pra mudar? 80 reais todo mês é pesado. Daí eu digo: tá bom, vou para frucsetina; é a única que dá na rede, mas aí as vezes não tem na farmácia, daí a gente diz você tem que tomar agora, mas a pessoa diz: eu não tenho dinheiro, não tenho vale transporte pra ir procurar na policlínica que tenha. (MARIA).

A situação da grande maioria é pouca grana, né? Na verdade, a grande maioria não trabalha, e são poucos os que recebem alguma coisa do INSS (JOSÉ).

Para pacientes psiquiátricos a ausência de medicamentos se torna extremamente angustiante, uma vez que pode significar o surgimento de uma crise, de um agravamento do quadro, da necessidade de internação e, além disso, a violação de um direito, de receber tratamento adequado previsto em lei. Para os trabalhadores esse sofrimento aparece como angústia, impotência e frustração diante de um quadro do qual faz parte de seu trabalho manter o paciente estável, cada vez mais protagonista de sua própria vida; mas ao mesmo tempo sem ter recursos para cumprir com êxito esse trabalho.

E fico assim preocupada...alguns poucos, graças a Deus, se indignam, reclamam...tenho que ouvir, né? Realmente eu não gostaria que tivesse acontecendo. (JANAINA)

E os pacientes estão assim um pouco angustiados com essa situação que já vem procurando em alguns lugares que já vem há dias sem medicação. (NATÁLIA)

Não tem os medicamentos, daí surge a minha angústia, né? Eu fico realmente muito preocupada. (ANA)

Esse sofrimento ainda se intensifica por não haver posicionamento claro da secretaria a respeito do prazo para chegada dos medicamentos, ou comunicação clara a respeito dos motivos que levam à falta.

Não tem uma posição da secretaria, nem sequer alguém de diga: “dia tal vai tá chegando”, “foi um problema na área fiscal”, sei lá, alguma satisfação que a gente possa dar “pro” paciente de uma previsão, porque eu fico sem saber nem o que dizer pra tranquilizar o paciente. (JANAINA)

Dentro deste processo de desinstitucionalização, do qual o CAPS faz parte, a medicação tem papel muito importante, uma vez que proporciona que a pessoa que está em sofrimento psíquico esteja estabilizada e possa então, apesar de seu adoecimento, conviver em sociedade.

Os trabalhadores, apesar de entenderem que é possível que isso seja feito, sentem-se imobilizados diante da ausência de um recurso tão importante como os medicamentos adequados.

Alguns comentam a importância dos psicotrópicos na desinstitucionalização. Existem aqueles que dizem não foram somente os movimentos dos trabalhadores de saúde mental do final dos anos 70 que fizeram essa mudança, mas tem outros que dizem assim: a farmacologia a psicofarmacologia moderna contribuiu muito, foi possível você ter um paciente grave com esquizofrenia, moderadamente equilibrado, pra que a gente pudesse trabalhá-lo a reabilitação, a ressocialização e tal, mas como a gente poderia fazer isso num cenário desse, né? (CARLOS)

Além da falta de medicamentos, o coletivo de trabalhadores sente a ausência de outros recursos materiais como aparelho de pressão, papéis, lápis, tintas para as oficinas terapêuticas, material de recreação para as atividades com o educador físico, como: bolas, redes, etc.

E o aparelho de pressão? Não tem aparelho de pressão! Outro dia, o paciente passando mal, eu comecei a tratar o paciente porque eu pensei assim “se ele tiver com a pressão alta, e eu não tratar, a chance dele ter um AVC é maior do que se ele não tomar, e se tiver com pressão alta o remédio

não vai matar ele. Mas se eu não der, pode matar”. Então eu dei no escuro.
(CARLA)

E as vezes não tem se quer papel...outro dia pra fazer uma oficina e pedi pra alguém vir pegar papel...dai voltaram com um monte de papel usado, rascunho pra usar na oficina. (LAURA)

Esse material de usar na quadra não tem: bola, rede, dvd para o karaokê, nem fazemos mais relaxamento porque não tem colchonete. (NATALIA)

A aquisição de tais recursos materiais é de responsabilidade da Secretaria de Saúde, uma vez que o CAPS não possui autonomia financeira. Durante a clínica os trabalhadores colocaram o fato de já terem informado a SEMSA a respeito das necessidades, no entanto, sem obter sucesso.

A segurança é outro aspecto relativo às condições de trabalho que se apresenta como agravante de sofrimento. Uma pequena parcela de pessoas em sofrimento psíquico apresenta comportamento violento. Contudo, alguns usuários do CAPS, diante de situações de frustração como a escassez de medicamentos ou a demora da concessão de um benefício, ou até mesmo como parte dos sintomas, acabam por fazer ameaças; o que gera receios a respeito da segurança no CAPS, pois não existe nenhum guarda de segurança ou profissional semelhante.

Outra coisa é a segurança. Um dia desses ouvi um paciente que saiu da consulta dizer: tenho ódio desse medico, tive vontade de dar nele. Dai fiquei preocupada. (JANAINA)

Ele tinha ameaçado matar todo mundo. (ANA)

Vamos pensar aqui, se acontece as coisas em lugares que não tratam doentes mentais, imagina aqui...porque geralmente que comete os crimes na sociedade são pessoas que possuem algum desequilíbrio mental.
(CARLA)

As precárias condições de trabalho também são citadas por trabalhadores participantes da pesquisa feita por Lancman e Uchida (2008), levando os trabalhadores até mesmo a duvidar a respeito da viabilidade da proposta do CAPS.

b) Manejo da alta dos pacientes

O CAPS tem como uma de suas missões a reinserção social da pessoa portadora de sofrimento psíquico, diferentemente do manicômio, onde o paciente era isolado e enclausurado dentro da instituição. Inserido dentro do território o CAPS deve ser um lugar de passagem, de cuidado, jamais de permanência indefinida. Contudo, as centenas de anos que passamos excluindo os doentes mentais do convívio com a sociedade e os diversos anos que estes passaram institucionalizados, fazem com que essa ainda seja a perspectiva de tratamento que usuários, familiares, a sociedade e diversos trabalhadores da área da saúde ainda possuem.

Por isso, a alta de um paciente é sempre um assunto delicado e difícil de ser concretizada pelos trabalhadores do CAPS.

Um dia estava falando disso no grupo, que CAPS é uma passagem, e teve uma das pessoas que ficou muito angustiada, e falou: “mas eu vou para onde? Onde vou fazer atividade? Onde vou ser atendida?” (CARLA).

A institucionalização dos portadores de doenças mentais é o real do trabalho que se apresenta diante da tarefa de reinserir socialmente. Uma pessoa institucionalizada está condicionada a que todos os aspectos de sua vida estejam diretamente ligados à instituição. Por isso, muitos ainda têm a expectativa de que o CAPS seja o lugar que eles vão receber atendimento médico, psicológico, mas também iram receber comida, abrigo, ajuda financeira. Isso, sob a perspectiva da

dependência e não de uma ajuda que lhe proporcionara construir o protagonismo da sua vida. A dependência chega ao ponto de usuários apresentarem um agravamento dos sintomas, a partir do momento em que é cogitada sua alta.

E já percebemos quando falamos para um paciente que ele esta melhor, estável e agora elevai vir menos no CAPS, sempre o paciente apresenta logo depois um agravamento dos sintomas... na verdade eles sabem que não tem tratamento pra eles la fora. (CARLOS)

Tem gente que chega aqui descompensado,mas logo quer INSS e passe livre, dai a gente diz: depois de três meses; dai reclama. As vezes ate desconfiamos se a pessoa esta doente mesmo. (LAURA)

Além disso, a expectativa da família em relação ao CAPS é que este possa abrigar o usuário, a fim de que a família possa continuar com suas atividades confiando o membro da família doente à tutela do CAPS.

Tem a mãe de um usuário que vinha deixar ele aqui e ia no centro resolver as coisas dela. Então o usuário tinha 1 ou 2 horas de atividades aqui e o resto do tempo ficava por aqui perambulando até a mãe dele vir buscar. (LAURA)

Além das resistências encontradas nos usuários do CAPS e em suas famílias para que as altas aconteçam, a ausência de articulação com as demais unidades de saúde para que os encaminhamentos sejam feitos de forma exitosa também dificulta esse processo.

Além disso, temos também aqueles pacientes estáveis que já poderiam ser encaminhados para outros lugares, pois o CAPS não é para ser um manicômio melhorado, mas para onde vãoos encaminhar? (CARLA)

Na verdade as pessoas não estão preparadas para lidar com doentes mentais, não quer saber de manejar com doente mental. (LAURA)

c) Manejo da demanda alta frente à necessidade de acompanhamento terapêutico individual

Uma das propostas de atendimento do CAPS é oferecer aos usuários um tratamento individualizado, através da elaboração de um projeto terapêutico singular e que é acompanhado e avaliado por um profissional de saúde de ensino superior que desempenha o papel de terapeuta de referência (BRASIL, 2013, p.8).

A elaboração e o acompanhamento de tal projeto exigem que o trabalhador conheça o usuário, ouça sua história pessoal, suas queixas, tenha conhecimento dos sintomas relacionados ao seu sofrimento e também que seja feito um trabalho constante de acompanhamento dessa pessoa a fim de saber se o projeto feito é adequado e se está provocando os efeitos planejados; se houve adesão ao projeto, às medicações, etc. Todo esse cuidado exige dedicação, tempo a ser dispensado nessas atividades, contudo, há um crescente número de usuários atendidos pelo CAPS, o que, conseqüentemente, aumenta o número de usuários serem acompanhados por cada terapeuta, diminuindo assim a atenção que pode ser dispensada a cada usuário acompanhado.

A impressão que eu tenho é que a gente está perdendo a qualidade por conta dessa atividade; eu era uma que tinha menos usuários porque eu fico um dia apenas no acolhimento, fico mais em atividade com eles e já ganhei vários porque saiu uma pessoa da equipe e vieram alguns, então hoje eu já tenho um monte também, pouco mediante ao das meninas mas eu acho que é um monte, agora mesmo eu vi uma lista e aconteceu sabia de todas, eu lia o nome e já vinha a fisionomia na minha cabeça e agora mesmo eu olhei o nome e olha “quem que é essa?” E a sensação é a perda de qualidade porque a gente não consegue na verdade acompanhá-los como a gente deveria, não consegue, a gente faz de conta que acompanha mas a gente não acompanha como deveria acompanhar (LAURA).

De segunda a quinta a gente tem atividade, inclusive a gente não consegue nem a fazer a “evolução” e a evolução é justamente esse momento de avaliarmos como foi cada um na sua atividade, mas não tem nem condições de fazer isso. O que que a gente faz? Participou disso? Participou da atividade tal? O máximo que a gente consegue fazer é isso, mas cada um tem a sua particularidade naquela atividade. Mas a gente não consegue e isso é muito importante colocar no prontuário, mesmo porque, depois os médicos estão lá eles vão ver, cada um de nós vai ver quando a gente for reavaliar o projeto a gente vai... só que do jeito que está não tem condições mais (NATÁLIA).

Dentro deste quadro se instala um sofrimento ético nos trabalhadores, uma vez que entendem que não estão oferecendo tratamento adequado às pessoas em sofrimento que necessitam de tal atendimento.

Nós temos muitas gavetas ali, é humanamente impossível dar conta, e tem o projeto terapêutico tem uma burocracia danada para fazer é complicado, agente fica assim, meio cansado (JOSÉ).

Além de que o acompanhamento terapêutico fica prejudicado por conta da alta demanda a ser atendida, o preparo de novos terapeutas de referência também é afetado. A função exercida pela terapeuta de referência não é ensinada em nenhuma esfera de formação; desenvolver e acompanhar a execução de projeto terapêuticos singulares para tratamento de pessoas em sofrimento psíquico é uma atividade que nasceu com a reforma psiquiátrica e por isso é algo recente. Sendo assim, quando os profissionais são enviados para trabalhar no CAPS precisam conhecer e se familiarizar com essa atividade a ser exercida, e isso exige tempo e dedicação daqueles que já são terapeutas de referência a fim de ensinar os novos.

Contudo, diante do grande número de acolhimentos, da necessidade da realização de oficinas terapêuticas e do acompanhamento de projetos, muitas vezes, o profissional recém-chegado ao CAPS é colocado para acolher sem nenhum ou pouquíssimo preparo, e que pode causar resistências desse trabalhador em relação ao CAPS e levá-lo a pedir remoção para outro lugar.

Mas será que a gente não perdeu uma profissional porque de repente a gente já colocou assim “faça”? Sem que a pessoa tenha todo aquele preparo? Porque não é uma habilidade que a pessoa tem, há todo um processo envolvido. Ela fez atendimento na primeira semana por conta de toda demanda louca do CAPS. (CARLOS)

Eu acho meio preocupante essa chegada dos novos. Nesse tempo que eu tou aqui, assim, que eu observo as pessoas que chegaram. Eu acho que por conta dessa rotina doida do CAPS, né essa loucura. O atendimento cada vez maior. Talvez por conta disso, eu não sei se só por conta disso eu

sinto que as pessoas ficam muito perdidas quando entram aqui, né? Então a gente tenta conversar né, mas eu acho que fica muito solto. (ANA)

Os trabalhadores relatam um caso concreto, no qual uma assistente social, que estava trabalhando no CAPS há apenas alguns dias é escalada para o acolhimento, e acaba acolhendo uma pessoa com sintomas bem graves e que fez ameaças. Não sabendo como manejar tal circunstancia, ficou bastante assustada e pediu remoção do CAPS.

Então pra mim teve uma situação que ficou bem marcada, uma amiga minha que veio prá cá, ficou uma semana e ela entrou nessa loucura. Eu acho que foi uma época em que tava bem tumultuado mesmo. Tanto é que ela logo entrou no acolhimento, por ela ser assistente social, pensaram assim: "Ah, ela atendia, então vai encarar". Ela parou aqui na diretoria porque não tinha sala nenhuma. Sozinha, recebeu um acolhimento superdifícil. O cara diz que ameaçou ou estava ameaçando, não sei. E ela pela falta do conhecimento, ela sentou lá do outro lado, o cara bem aqui na porta. Ela saiu com muito medo e no horário de onze e pouco, perto de meio dia. Não tinha quase ninguém no CAPS. Ela saiu muito assustada desse acolhimento. E eu acho que ela é uma das pessoas que eu vejo que tinha muito perfil pra trabalhar em CAPS. Muito jeitinho pra estar com as pessoas, pra realizar oficinas. Eu só que eu acho, que ela ficou muito assustada, porque ela acabou sendo colocada, jogada, acho que foi assim (LAURA).

A realização das atividades em grupo também tem sua qualidade afetada pela alta demanda de usuários.

Às vezes lá na sala fica lotado, não dá nem pra se movimentar direito, daí fica aquele barulho, muita gente, mesmo com a ajuda do estagiário fica difícil acompanhar todos, finda não sendo nada terapêutico (ANA).

O grande número de usuários na sala durante as oficinas de arte, por exemplo, dificultam o cumprimento do papel terapêutico que deveriam ter, uma vez que as pessoas ficam acomodadas de forma desconfortável, o barulho é maior e o terapeuta não consegue dispensar atenção a todos.

d) Preconceito da sociedade em relação ao adoecimento psíquico

Um dos objetivos do CAPS é a reintegração das pessoas em sofrimento psíquico à sociedade, cooperando assim para a real desinstitucionalização dessas

peessoas. O Manual do CAPS descreve: “promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura e lazer” (BRASIL, 2004, p. 13).

No entanto, o coletivo de trabalhadores encontra resistências nos diversos setores da sociedade, o que torna mais difícil esse processo de ressocialização dos portadores de sofrimento psíquico. Os trabalhadores, já formados dentro da perspectiva da reforma psiquiátrica, se deparam com uma visão hospitalocêntrica e preconceituosa em outros setores da sociedade com qual devem interagir.

Uma vez a equipe de uma UBS recebeu uma moça surda e muda, e por isso ninguém conseguia compreender o que ela queria, e ai concluíram que ela estava descompensada e resolveram levar ela para o manicômio...eu fiquei arrasada com tanta ignorância, era obvio que ela era surda e não doente mental (JANAINA).

Já aconteceu de encaminhar um paciente estável para ser atendido em uma UBS, mais próximo de casa, mas o encaminhamento volta, as pessoas dizem que lugar de doido é no CAPS (LAURA).

O coletivo de trabalhadores atribui a manutenção desse preconceito à falta de informação, ao medo de lidar com o doente mental e ao receio diante de um quadro desconhecido.

Ai assim, o que acontece é o preconceito. Eu vejo o preconceito, não desse caso relatado, eu vi também muito medo de enfrentar uma situação que ele não se achava competente para fazer, porque muitas coisas eu não enfrento porque eu tenho certeza da minha incompetência. As vezes o profissional não tem condições, mas por que? A própria Universidade não te prepara para o diferente (CARLA).

Tal preconceito também se manifesta por meio da desvalorização da saúde mental, uma vez que a saúde física é tida como algo essencial; no entanto, a saúde mental é colocada em segundo plano, não recebendo os mesmos investimentos e atenção por parte da gestão publica e até mesmo da sociedade em geral.

O que esse diálogo me fez pensar é como a saúde mental ela fica em segundo plano nas políticas de saúde. Assim como todo um sistema de saúde se prepara para assistir uma pessoa com uma doença da clínica médica, porque a pessoa está com dores, com risco de morte, eu entendo a prioridade. No entanto, nós também estamos vivendo casos dos nossos pacientes que estão mortos, mortos pra vida e pra sociedade, crônicos, sofrendo dores que não são visíveis, mas que não são menos importantes (CARLOS).

Desta forma, podemos compreender que apesar dos avanços para a humanização e desinstitucionalização do tratamento de doentes mentais, ainda há muitas resistências a serem vencidas na sociedade como um todo. Tais resistências tornam-se mais um obstáculo a realização da ressocialização a ser conduzida por esses trabalhadores.

3.2.2 – Defesas

Trabalhar exige também defender-se do sofrimento. Isso porque trabalhar significa, muitas vezes, submeter-se a situações deletérias a sua saúde física e mental, e esses riscos decorrentes da atividade de trabalho produzem medo, o que suscita conflitos intrapsíquicos que são combatidos pelas estratégias de defesa construídas pelo trabalhador. Tais estratégias podem ser desenvolvidas de forma individual ou coletiva (Dejours 2011a).

A clínica do trabalho coloca os trabalhadores em contato com muitos aspectos relativos ao trabalho que estavam negados, inconscientes, o que ocasiona que algumas defesas sejam desmontadas, o que pode levar o coletivo a vivenciar o sofrimento de forma mais intensa.

Durante a clínica do trabalho as estratégias de defesa identificadas pelo coletivo de pesquisadores foram a racionalização e a negação.

Alguns trabalhadores fazem uso da racionalização para de defender-se do sofrimento relacionado às más condições de trabalho, alegando que tais condições são frequentes nas demais unidades de saúde e que não seria diferente no CAPS.

Na verdade, é que a saúde está sucateada, os colegas de outras unidades também estão sobrecarregados, é assim mesmo (MARIA).

Nunca vão fazer nada pra melhor isso não, vão ficar enrolando, enrolando assim como fazem com tantos outros aspectos da saúde (CARLA).

Ai, a gente vai vivendo como todo brasileiro passivo, aceitando (FERNANDO).

Também fazem uso da idealização de eventos, como fortes chuvas e desabamentos, que pudessem evidenciar de forma inegável a precariedade do local onde está instalado o CAPS, obrigando assim a administração municipal a tomar as providências necessárias. Tal fantasia, de que a única solução depende de um sinistro, que não pode ser controlado por ninguém (inclusive pelo trabalhador) foi interpretada como sendo uma estratégia a fim de afastar a culpa; do trabalhador pensar que poderia fazer algo que não está sendo feito.

Faltando as coisas básicas, isso vai me angustiando, às vezes queria que desse uma chuva e desabasse aqui; daí iam ter que fazer alguma coisa. Esse é meu sonho (CARLA).

A negação também é utilizada. Os médicos em especial, sabem da importância dos medicamentos para o tratamento, e também são sabedores que é frequente a falta desses medicamentos na farmácia do CAPS e por isso buscam se afastar das informações a respeito da disponibilidade de medicamentos, negando o

fato de que talvez suas intervenções não contribuam para estabilização do paciente por não serem colocadas em prática por falta dos medicamentos.

Eu já, pra me proteger, eu já faço assim, eles me perguntam: “Dra. tem esse remédio?” Então, eu digo: “olha remédio não é comigo, eu sei te tratar, receitar, mas remédio eu não sei se tem, a moça da farmácia não deixa nem eu entrar lá”. É um jeito de eu me proteger, mas que eu posso fazer? (CARLA).

Durante a clínica do trabalho o coletivo entra em contato com algumas das defesas inconscientes que construíram para defender-se do sofrimento, que ao tornarem-se conscientes passam a não terem a mesma eficácia. O que pode desnudar o sofrimento tornando sua vivência mais intensa, de forma tornar-se incomodo ou talvez até mesmo intolerável ao trabalhador. Tal movimento foi observado por um dos participantes.

Eu chego aqui na reunião, falo do que me incomoda, do que eu acho que pode melhorar, do que não melhora, mas aí tem que continuar vivendo. Esse é o meu trabalho; gosto daqui, o pior é isso eu gosto daqui. Eu até dei um tempo, que aqui estava me fazendo mais mal do que bem. Estava me sentindo mais angustiada de vir pra cá. Discutindo o problema, mas continuando com ele, tendo que encarar ele todos os dias, sem solução (CARLA).

Essa semana foi difícil, está um clima complicado, todo mundo insatisfeito com as situações que enfrentamos aqui, parece que depois de tudo que falamos no último encontro ficamos meio desmotivados (LAURA).

Diante de tal risco, Dejours (2011e) observa que, à medida que o sistema defensivo vai sendo revelado, a clínica precisa ser conduzida de forma que o coletivo construa um novo sistema defensivo; ou se mobilize de forma a transformar a realidade.

As formas de mobilização desenvolvidas pelo coletivo de trabalhadores serão apresentadas mais adiante, no entanto, antes apresentaremos os pontos onde o sofrimento desencadeia adoecimento.

3.2.3 – Adoecimento

Diante do sofrimento, o trabalhador se mobiliza pra dar um destino a este, de forma a transformá-lo ou de defender-se de seus efeitos. Contudo, nem sempre é possível transformar o sofrimento ou defender-se. Quando as defesas falham, o trabalhador adocece.

Durante a clínica do trabalho, as percepções da relação entre trabalho e subjetividade se ampliam e assim os trabalhadores passam a se dar conta das influencias que o trabalho tem sobre sua saúde, e assim trazem em suas falas a forma como observam esses desdobramentos sobre a saúde.

Os trabalhadores do CAPS vivenciam o constante contato com o sofrimento dos pacientes, e que tem seu peso agravado diante da falta de recursos para tratamento, que foram apresentadas no ponto relacionado às condições de trabalho.

A pessoa já está sofrendo, daí não pode se tratar porque não tem remédio. E aí, vou e carrego isso pra dentro de mim, essa noite dormi na base de clonazepan, porque tinha dois dias que eu não dormia. (Carla)

Nós passamos o dia ouvindo as angustias das pessoas, daí parece que aquela angustia passa pra gente. (Ana)

A fim de aliviar esses sintomas os trabalhadores alegaram se automedicar com calmantes e antidepressivos, além de sentirem a necessidade de conversar a respeito das situações vivenciadas no ambiente de trabalho.

Só um antidepressivo pra proteger meu cérebro. (CARLOS)

Chego em casa vou querer contar pro marido, dai ele diz: “conta isso pra mim não”. (ANA)

O coletivo de trabalhadores entende que o adoecimento esta de certa forma relacionado com o quanto se está comprometido com o trabalho. Quanto mais envolvido, empenhado maiores as chances de adoecer.

E ai eu podia faltar, ficar em casa, mas ai eu penso, se eu não for, como vou encaixar esses paciente depois? Eles vão ficar sem medicamento, não consigo nem tirar férias, tou viciada nisso, aqui é a minha cocaína. Onde você achar vai dar isso aqui? Eu vou adoecer. (CARLA)

No dia que ela falou “ah eu vou sair”,dai eu pensei, meu Deus do céu, tomara que ela não saia, porque eu sei que muita coisa é resolvida por ela, porque ela dá o braço pela causa, mas também ela se lasca. (ANA)

Durante a clínica não houve relato de licenças médicas devido a adoecimento relacionado ao trabalho, contudo, alguns trabalhadores já sinalizam que isso pode vir a acontecer.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste estudo visou à realização de uma análise psicodinâmica dos aspectos subjetivos relacionados com a atividade de trabalhadores de um centro de atenção psicossocial no Amazonas. A apresentação desta análise foi organizada em três eixos, que reúnem os principais aspectos da teoria Psicodinâmica do Trabalho, tais eixos são: eixo I – organização do trabalho, nos quais explicitamos questões relacionadas ao conteúdo das tarefas, às normas e controle, à sobrecarga, à dinâmica das relações, no eixo II – sofrimento, defesas e patologias, apresentamos os principais agravantes de sofrimento, as estratégias de enfrentamento e as estratégias de defesa utilizadas pelos trabalhadores, e por fim no eixo III – mobilização subjetiva, trouxemos os aspectos relacionados ao uso da inteligência prática pelos trabalhadores, as formas como cooperam entre si, como se dá o reconhecimento e os aspectos que dificultam uma maior mobilização deste coletivo.

Apesar de todos os resultados apresentados e das diversas informações que traz este estudo, entendemos que a realidade vivenciada pelos trabalhadores dos CAPS é muito mais abrangente do que os aspectos aqui apresentados, e que de

nenhuma forma podemos denominar estes resultados com conclusivos; nem pretendemos que comportem uma integral visão dos aspectos subjetivos relacionados a atividade laboral desses trabalhadores. As análises aqui apresentadas, apenas, dizem respeito a uma pequena parcela desta realidade, restando ainda inúmeras possibilidades de investigações para futuras pesquisas.

A realização da clínica do trabalho possibilitou aos trabalhadores a criação de espaço público de fala no qual puderam manifestar-se a respeito dos aspectos subjetivos relacionados ao trabalho, ouvindo também as vivências de seus pares e tendo a possibilidade de construção coletiva de estratégias que para um melhor enfrentamento do real do trabalho. Além disso, a clínica possibilitou uma maior sensibilização dos trabalhadores aos desdobramentos que o trabalho tem sobre a saúde mental.

Os trabalhadores do CAPS estão inseridos em um processo de intensa transformação, que é a reforma psiquiátrica. Transformações que estão acontecendo em nível institucional, mas que também envolvem mudanças culturais, sociais, enfrentamento de preconceitos, quebra de paradigmas, mudança de uma visão consolidada há séculos, de que o doente mental deve ser excluído, de que é perigoso e não pode conviver em sociedade com os “normais”. Participar ativamente desse processo de mudanças é, para esse grupo de trabalhadores, fonte de prazer e sentido para o trabalho, gerando importante contribuição para o fortalecimento da identidade desse trabalhador e colaborando para sua saúde mental. Contudo, ao mesmo tempo, estar inserido em meio a esta reforma exige o enfrentamento de diversas situações que agravam o sofrimento vivenciado.

Essa ambigüidade permite recorrer à metáfora de uma reforma feita por uma família em sua casa própria, o que é fonte de prazer, uma vez que estão

participando de uma melhora significativa de algo com profundo significado para eles, que é a sua casa. Mas que ao mesmo tempo, gera sofrimento, pois a reforma traz incômodos, e sendo assim a família precisa encontrar caminhos para ir convivendo com essa reforma de forma saudável até que ela esteja finalizada. De forma semelhante, se dá a vivência desses trabalhadores com a reforma psiquiátrica, os trabalhadores têm que conviver diariamente com diversas situações ainda inacabadas, inadequadas, em construção e mesmo assim encontrar caminhos para realizar um bom trabalho e manter-se saudável.

O coletivo de trabalhadores participantes da pesquisa lida com prescrições ainda recentes que provocam dúvidas e incertezas. Precisa diariamente manejar o atendimento de uma alta demanda, uma vez, que o número de CAPS ainda está longe de ser o ideal; enfrenta diversas condições de trabalho adversas, e constantemente está em contato com o sofrimento psíquico vivenciado pelos usuários do CAPS, agravando o sofrimento para esses trabalhadores.

Apesar da existência do sofrimento, os trabalhadores mobilizam-se a fim de transformar esse sofrimento em prazer, fazendo uso de sua inteligência prática a fim de criar estratégias para enfrentar as adversidades que se apresentam. Tal mobilização se dá mais frequentemente de forma individual, uma vez que o coletivo ainda apresenta fragilidades.

A falta de confiança entre os pares, evidenciada por episódios de desrespeito ao sigilo acordado na clínica do trabalho, as constantes mudanças nos trabalhadores do CAPS, somados as dificuldades de comunicação com os superiores hierárquicos e a falta da figura de um árbitro para o coletivo são fatores que dificultam que a cooperação ocorra de fato.

O reconhecimento existe por parte do usuário, que observa e evidencia em seu contato com os trabalhadores as melhorias no atendimento, em relação ao manicômio. Contudo, o coletivo não se sente reconhecido por seus superiores hierárquicos.

Quando não é possível transformar o sofrimento, o trabalhador se mobiliza para defender-se usando a negação e racionalização. Apesar de não haver diagnósticos formais de adoecimento de trabalhadores por conta do trabalho, há sinais de que isso pode se configurar. Alguns trabalhadores relatam o uso de automedicação para dormir e uso de antidepressivos; sentem-se desamparados diante desse sofrimento sentido necessidade de apoio psicológico.

Tais evidências demonstram que a reforma psiquiátrica brasileira, que nasceu como resultado da mobilização dos trabalhadores em busca de melhores condições para desenvolver um bom trabalho no atendimento de pessoas em sofrimento psíquico, da mesma forma continua a necessitar da mobilização desses trabalhadores, cooperando entre si, a fim de que a reforma psiquiátrica no Amazonas se consolide, construindo uma rede de atenção psicossocial que funcione.

Algumas ações podem facilitar que esse processo ocorra, tais como: criar e manter espaços públicos de fala, fortalecer a comunicação entre trabalhadores e coordenadores da saúde mental a fim tornar claras para os trabalhadores as providencias que estão sendo tomadas; como está sendo planejada a implantação dos CAPS e demais unidade de atendimento a saúde mental; favorecer o contato dos trabalhadores do CAPS com os demais trabalhadores da área, ligados à saúde mental, lotados em outras unidades de saúde.

REFERENCIAS

AMARANTES, P. (coord.). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

_____. Loucura, cultura e subjetividade: conceitos e estratégias, percursos e atores da Reforma Psiquiátrica Brasileira. In: FLEURY, S. (Org.). *Saúde e Democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p.163-185.

_____. *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

ANJOS, F. B. Organização do trabalho. In: VIEIRA, F. (org). *Dicionário Crítico de Gestão e Psicodinâmica do trabalho*. Curitiba: Juruá, 2013.

ARAUJO, L. K. *Clínica do trabalho*. In: Dicionário Crítico de gestão e Psicodinâmica do trabalho. Curitiba: Juruá, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Mental. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. *Manual de estrutura física dos centros de atenção psicossocial e unidades de acolhimento: Orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de caps e de ua como lugares da atenção psicossocial nos territórios*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/sismob/manual_ambientes_caps_ua.pdf. Acesso em: 10 de março de 2014.

_____. Portaria nº3088, de 23 de dezembro de 2011. Ministério da Saúde. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em 20 de fevereiro de 2014.

DEJOURS, C.; ABDOUCHELLI, E.; JAYET, C. *Psicodinâmica do Trabalho – contribuições da escola Dejouriana à análise de prazer, sofrimento e trabalho*. São Paulo: Atlas, 1994.

_____. *A metodologia em psicodinâmica do trabalho*. In: LANCMAN, Selma & SZNELWAR, Laerte Idal. *Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; Brasília: Paralelo 15, 2011.

_____. *Addendum*. In: LANCMAN, Selma & SZNELWAR, Laerte Idal. *Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; Brasília: Paralelo 15, 2011a.

_____. Para uma clínica da mediação entre psicanálise e política: a psicodinâmica do trabalho (Cap.7). In: LANCMAN, Selma & SZNELWAR, Laerte Idal. *Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; Brasília: Paralelo 15, 2011b.

_____. Alienação e Clínica do trabalho (Cap. 8). In: LANCMAN, Selma & SZNELWAR, Laerteldal. *Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; Brasília: Paralelo 15, 2011c.

_____. Análise psicodinâmica das situações de trabalho e sociologia da linguagem (Cap. 9). In: LANCMAN, Selma & SZNELWAR, Laerte Idal. *Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; Brasília: Paralelo 15, 2011d.

_____. Inteligência prática e sabedoria prática: duas dimensões desconhecidas do trabalho real (Cap.11). In: LANCMAN, Selma & SZNELWAR, Laerte Idal. *Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; Brasília: Paralelo 15, 2011e.

_____. *Trabalho vivo: Trabalho e emancipação*. Tomo II. Tradução de Franck Soudant. Brasília: Paralelo 15, 2012b.

_____. *A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*. São Paulo: Cortez-Oboré, 1992.

_____. *Trabalho vivo: Sexualidade e trabalho*. Tomo I. Tradução de Franck Soudant. Brasília: Paralelo 15, 2012a.

GHIZONI, L. D. MENDES, A. M. *Dispositivos para uma escuta clínica do sofrimento no trabalho dos catadores de materiais recicláveis*. In: Contextos

GONZALEZ-REY, F. L. Alguns pressupostos gerais do desenvolvimento da pesquisa qualitativa em psicologia. In: GONZALEZ-REY, F.L. *Pesquisa qualitativa em psicologia: caminhos e desafios*. São Paulo: Pioneira Thompson Learning, 2002.

GOFFMAN, E. *Manicômios, Prisões e Conventos*. São Paulo: Perspectivas S.A, 2003.

LANCMAN, S. et alii. “Transformação do modelo de atenção pública em saúde mental e seus efeitos no processo de trabalho e na saúde mental dos trabalhadores”. In: Políticas Públicas e processos de trabalho em saúde mental. Lancman et alii – Brasília: Paralelo 15, 2008.

LOPES, L. O. *Análise da prática da atenção psicossocial em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica*. Dissertação (mestrado em psicologia). Faculdade de Psicologia. Manaus: UFAM: 2011.

MENDES, A. M. Da psicodinâmica à psicopatologia do trabalho. In: MENDES, Ana Magnólia (Org.). *Psicodinâmica do trabalho: teoria, método e pesquisa*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

MENDES, A. M. ARAUJO, L. K.R. *Clínica psicodinâmica do trabalho: práticas brasileiras*. Brasília: Ex Libris, 2011.

MORAES, R. D. *Sofrimento criativo e patogênico*. In: Dicionário Crítico de gestão e Psicodinâmica do trabalho. Curitiba: Juruá, 2013.

SANTOS-JUNIOR, A. V. *Prazer e estratégias de mediação do sofrimento no trabalho em saúde mental em um centro de atenção psicossocial do Distrito Federal, 2009, 179p.* Dissertação (Mestrado em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações). Universidade de Brasília, Brasília – DF, 2009.

SILVA, E. L. *Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação.* 3 ed. rev. Atual. Florianópolis: Laboratório de ensino a distância da UFSC, 2001.