

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA

KARINE LIMA VERDE PESSOA

GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL:
Micropolítica dos Processos de Trabalho
no Cotidiano da Atenção Psicossocial

FORTALEZA-CE

2012

KARINE LIMA VERDE PESSOA

GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL:

Micropolítica dos Processos de Trabalho

no Cotidiano da Atenção Psicossocial

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para a obtenção de Título de Mestre em Saúde Pública.

Orientadora:

Professora Doutora Maria Salete Bessa Jorge

FORTALEZA-CE

2012

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Estadual do Ceará
Biblioteca Central Prof. Antônio Martins Filho
Francisco Welton Silva Rios – Bibliotecário Responsável – CRB-3 / 919

P475g Pessoa, Karine Lima Verde
Gestão do cuidado em saúde mental: micropolítica dos processos de trabalho no cotidiano da atenção psicossocial / Karine Lima Verde Pessoa. — 2012.
CD-ROM. 161 f. : il. (algumas color.) ; 4 ¾ pol.

“CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico, acondicionado em caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm)”.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública, Fortaleza, 2012.
Orientação: Profa. Dra. Maria Salete Bessa Jorge.

1. Saúde mental. 2. Gestão em saúde. 3. Micropolítica. 4. Processo de trabalho. Título.

CDD: 362.2

U.E.C.E



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

Programa de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública - PMASP

FOLHA DE AVALIAÇÃO

Título da dissertação: "Gestão do Cuidado em Saúde Mental: micropolítica dos processos de trabalho no cotidiano da atenção psicossocial."

Nome do Mestrando: Karine Lima Verde Pessoa

Nome do Orientador: Profa. Dra. Maria Salete Bessa Jorge

DISSERTAÇÃO APRESENTADA AO PROGRAMA DE MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA/CCS/UECE, COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM SAÚDE PÚBLICA, ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM "POLÍTICAS, GESTÃO E AVALIAÇÃO EM SAÚDE".

BANCA EXAMINADORA:

Maria Salete Bessa Jorge

Profa. Dra. Maria Salete Bessa Jorge
(Orientadora)

Andrea Caprara

Prof. Dr. Andrea Caprara
(1º membro)

Mônica de Oliveira Nunes

Profa. Dra. Mônica de Oliveira Nunes
(2º membro)

Data da defesa: 28/11/2012.

Dedico este trabalho à minha família,
em especial a meus pais, Ayla e Almir,
que sempre apoiaram minhas escolhas,
mesmo quando com elas não concordavam
ou não as entendiam.

À minha irmã e madrinha, Karla,
com quem sempre pude contar
e para quem pude tudo contar, sempre.

À minha irmã Kátia,
quem me proporcionou os primeiros
encontros com a atenção à saúde mental
e a Reforma Psiquiátrica.

A meu filho, Gael,
minha razão de alegria, ainda pequeno,
mas gigante em minha vida.

A meu marido, Adriano,
meu amor e parceiro, que precisou abrir mão
de minha presença em tantos momentos
durante esse trabalho.

DEDICATÓRIA ESPECIAL

Dedico esse trabalho também a algumas pessoas que colaboraram com a execução da pesquisa e a quem a partir de conversas, discussões, indicações de leitura ou mesmo pela presença inspiradora ou apoio amigo contribuíram com a concretização desse projeto:

Ao Colegiado de Saúde Mental de Fortaleza e à equipe de trabalhadores do CAPS da SER IV pela acolhida e confiança que me permitiram desenvolver essa pesquisa;

A meus colegas do Grupo de Pesquisa Saúde Mental, Família, Práticas de Saúde e Enfermagem (GRUPSFE), em especial Mardenia Vasconcelos e Germane Pinto, pela disponibilidade e generosidade em ajudar sempre;

À Mairla, Claudia e Maria, cujo trabalho, organização e carinho facilitaram o meu caminho no decorrer do curso de mestrado e suas exigências cotidianas;

A meus companheiros de trabalho de Maracanaú, que acompanharam meu crescimento profissional durante os últimos oito anos de minha vida e que constituem a motivação e inspiração desse trabalho. Agradeço especialmente a Goreth Albuquerque, Riksberg Cabral e Manuela Coelho, pelo quanto me ensinaram como profissional de saúde e gestora;

A Roberto Pessoa, Edson Evangelista e Riksberg Cabral, que me permitiram desenvolver essa pesquisa ao flexibilizar meu horário de trabalho, assim como à Goreth Albuquerque, Manuela Coelho e Cristiane Oliveira que tornaram essa flexibilização possível ao se fazerem presentes quando eu não pude;

À Goreth Albuquerque, cujas sugestões de leitura durante toda a construção desse trabalho puderam enriquecer meu olhar e meu discurso;

À Lucyla Paes, Mardenia Vasconcelos e Lia Barroso, cujas dissertações de mestrado me ajudaram a trilhar com maior clareza o caminho metodológico dessa pesquisa;

Aos familiares e amigos que de várias formas contribuíram com esse trabalho, em especial os sobrinhos Lara e Daniel, minha irmã Karla e minha amiga Didi;

Aos amigos que aceitaram com muita gentileza e atenção a tarefa de ler esse trabalho finalizado e me presentear com suas impressões e sugestões;

A Lara Pessoa Joventino Coe, minha querida prima, pela revisão do abstract;

A meus amigos e familiares que compreenderam minha ausência durante os últimos dois anos e torceram pelo sucesso desse trabalho.

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Maria Salete Bessa Jorge, pela orientação da pesquisa e dissertação, assim como pelo imenso aprendizado que me proporcionou nos últimos quatro anos em que faço parte de seu grupo de pesquisa;

À Universidade Estadual do Ceará, em particular ao Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública, pela oportunidade de crescimento profissional;

Às Professoras Doutoras Maria da Penha de Lima Coutinho e Edmara Chaves Costa, que compuseram a banca de qualificação desse trabalho ao lado de minha orientadora, pela leitura e contribuições ao trabalho;

Ao Professor Doutor Túlio Batista Franco e à Professora Mestre Cecylia Kátia Limaverde Pessoa, pela leitura, discussão e contribuições ao trabalho;

Aos Professores Doutores Monica de Oliveira Nunes e Andrea Caprara, membros da banca examinadora dessa dissertação ao lado de minha orientadora, pela leitura e contribuições ao trabalho.

*Quando praticado com audácia, isto é, quando há coragem de
levar as questões até seu extremo, aí o pensamento
necessariamente deixa de ser um sonífero da prática para
tornar-se ele mesmo ato político (PELBART, 1990, p. 131).*

RESUMO

As mudanças ocorridas na Política de Atenção à Saúde Mental no Brasil a partir da Reforma Psiquiátrica superam a oferta de novos serviços, exigindo uma complexa transformação dos modos de compreender e agir na produção do cuidado. A mudança nos processos de trabalho, constituídos a partir de tecnologias leves, relacionais, exige transformações subjetivas e não apenas a definição de diretrizes e normas institucionais. Isso se dá a partir de encontros capazes de agenciar mudanças no território existencial dos trabalhadores. Somos constantemente afetados e transformados pela micropolítica dos processos de trabalho, cuja compreensão no cotidiano da atenção psicossocial constitui o objetivo geral deste estudo. Como desdobramentos, o estudo busca: descrever como se organiza o processo de trabalho e a construção dos projetos terapêuticos; identificar o que orienta as práticas dos trabalhadores de saúde mental; e analisar os desafios do trabalho em equipe e da coordenação de um CAPS. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, dentro de uma perspectiva hermenêutica. Os participantes foram 18 sujeitos, trabalhadores e coordenadores em atuação em um CAPS em Fortaleza-CE. Para coleta de dados foram utilizadas a entrevista aberta e a observação sistemática. O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UECE. A análise do material empírico baseou-se na hermenêutica de Paul Ricoeur. Utilizou-se também a Rede de Petições e Compromissos como ferramenta de análise das relações micropolíticas. As narrativas apontam a relação entre a atenção à saúde mental e demais políticas públicas, apresentando dificuldades no fluxo do usuário pela rede de atenção à saúde e demais setores de assistência. Evidenciam-se também os desafios cotidianos enfrentados na construção de projetos terapêuticos singulares, revelando a necessidade de reflexão crítica e flexibilidade na construção de um projeto terapêutico institucional mais coerente com os princípios e diretrizes da Reforma Psiquiátrica. Observam-se também as relações afetivas, subjetivas e disciplinares no cotidiano do trabalho em equipe, versando sobre condições de trabalho; relações interpessoais e interdisciplinares; relações de poder; tradição biomédica e medicalização social. Destacamos a necessidade de avançar na democratização das relações de trabalho a partir do fortalecimento e utilização assertiva dos espaços coletivos de diálogo.

Palavras-chave: Saúde Mental; Micropolítica; Gestão em Saúde; Processo de Trabalho.

ABSTRACT

The changes in Mental Health Care Policy in Brazil since the Psychiatric Reform outweigh the offer of new services, requiring a paradigm shift regarding the complex ways of understanding and acting regarding care production. The changes in work processes, formed out of a light relational technologies, requires a subjective transformation and not just the definition guidelines and institutional rules. This happens from meetings capable of brooking changes within existential workers. We are constantly affected and transformed by the micropolitics of work processes, whose understanding in everyday psychosocial care is the aim of this study. As developments, the study aims to describe how to organize the work process and therapeutic projects construction, identifying what guides the practices of mental health workers and to analyze the challenges of teamwork and coordination of a CAPS. It is a qualitative research within a hermeneutic perspective. Os participantes foram 18 sujeitos, trabalhadores e coordenadores em atuação em um CAPS em Fortaleza-CE. Para coleta de dados foram utilizadas a entrevista aberta e a observação sistemática. Participants were 18 subjects, Fortaleza's CAPS's workers and coordinators. For data collection open interview and systematic observation were used. The study was handle to and approved by the Ethics Committee on Human Research of UECE. The empirical analysis was based on Paul Ricoeur's hermeneutics. There were also used Network Petitions and Appointments as a tool for micro politics relationships analysis. The narratives indicate a relationship between mental health care and other public policies, presenting difficulties in the flow of the user over the network of health care and other sectors of assistance. Remarkable is also the everyday challenges faced by the development of therapeutic projects singular, revealing the need for critical reflection and flexibility in building an institutional therapeutic project more consistent with the principles and guidelines of the Psychiatric Reform. Are also observed affective relationships, and subjective in daily disciplinary teamwork, dealing with working conditions, interpersonal and interdisciplinary; relations of power; biomedical tradition and social medicalization. The need to advance on labor relations's democratization from strengthening and the assertive use of dialogue's collective spaces it is emphasized.

Keywords: Mental Health; Micropolitics; Health Management; Work Process.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Paul Cézanne, pintura, <i>Mont Sainte-Victoire</i> , 1904-1906.	28
Figura 2	As múltiplas dimensões do cuidado em saúde.	36
Figura 3	Mapa do Estado do Ceará por cidades e limites estaduais.	46
Figura 4	Divisão territorial de Fortaleza por bairros e limites municipais.	47
Figura 5	Divisão administrativa de Fortaleza em Secretarias Executivas Regionais.	48
Figura 6	Rede assistencial de saúde mental em Fortaleza.	49
Figura 7	Distribuição das internações psiquiátricas por ano (2005-2011) em Fortaleza.	49
Figura 8	Distribuição da Regional IV de Fortaleza por bairros.	50
Figura 9	Distribuição dos trabalhadores em relação a função que exercem.	51
Figura 10	Distribuição dos trabalhadores em relação ao vínculo contratual.	51
Figura 11	Distribuição da admissão de novos usuários ao longo do ano de 2011 no CAPS geral da SER IV.	53
Figura 12	Representação gráfica das etapas de interpretação de narrativas.	57
Figura 13	Representação Gráfica da Análise das Narrativas a partir da Hermenêutica de Paul Ricoeur.	60
Figura 14	Representação gráfica da Rede de Petições e Compromissos na Atenção Primária em Saúde Mental: a perspectiva dos trabalhadores do Centro de Atenção Psicossocial.	76
Figura 15	Representação gráfica da Rede de Petições e Compromissos na Atenção Psicossocial Intersectorial: a perspectiva dos trabalhadores do Centro de Atenção Psicossocial.	79
Figura 16	Representação gráfica da Rede de Petições e Compromissos na construção de projetos terapêuticos singulares.	92
Figura 17	Representação gráfica da distribuição dos trabalhadores em uma roda de equipe.	104
Figura 18	Salvador Dali, pintura, <i>Gabinete Antropomórfico</i> , 1936.	113
Figura 19	Representação gráfica da Rede de Petições e Compromissos no Trabalho em Equipe no Centro de Atenção Psicossocial.	115
Figura 20	Representação gráfica das dimensões profissional, organizacional e sistêmica e sua correspondência em relação à organização de gestão da Política de Saúde Mental de Fortaleza.	116
Figura 21	Representação gráfica da Rede de Petições e Compromissos na Gestão Profissional e Organizacional no CAPS: em busca da cogestão, participação e democracia.	134
Figura 22	Representação gráfica da Rede de Petições e Compromissos na Gestão Organizacional e Sistêmica na Atenção Psicossocial: em busca da cogestão, participação e democracia.	138

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Atividades desenvolvidas pela equipe.	52
Quadro 2	Descrição dos grupos de representantes para o estudo.	54
Quadro 3	Descrição dos coordenadores e número de sujeitos do Grupo I.	55
Quadro 4	Descrição dos trabalhadores e número de sujeitos do Grupo II.	55
Quadro 5	Objetivos e técnicas de coleta de dados.	57
Quadro 6	Distribuição das Redes de Petições e Compromissos (RPC) por temas e aspectos centrais.	62
Quadro 7	Pedidos dos trabalhadores do CAPS (Grupo I) e da APS (Grupo II) na atenção primária em saúde mental.	75
Quadro 8	Compromissos dos trabalhadores do CAPS (Grupo I) e APS (Grupo II) na atenção primária em saúde mental.	75
Quadro 9	Pedidos dos trabalhadores do CAPS (Grupo I) e de outros setores (Grupo II) na atenção psicossocial intersectorial.	78
Quadro 10	Compromissos dos trabalhadores do CAPS (Grupo I) e de outros setores (Grupo II) na atenção psicossocial intersectorial.	78
Quadro 11	Pedidos dos trabalhadores do CAPS (Grupo I) e dos coordenadores (Grupo II) na construção de projetos terapêuticos singulares.	91
Quadro 12	Compromissos dos trabalhadores do CAPS (Grupo I) e dos coordenadores (Grupo II) na construção de projetos terapêuticos singulares.	91
Quadro 13	Pedidos dos trabalhadores do CAPS (Grupo I) e dos coordenadores (Grupo II) no trabalho em equipe no CAPS.	114
Quadro 14	Compromissos dos trabalhadores do CAPS (Grupo I) e dos coordenadores (Grupo II) no trabalho em equipe no CAPS.	114
Quadro 15	Pedidos dos trabalhadores do CAPS (Grupo I) e da coordenação local (Grupo II) em busca da cogestão, participação e democratização das relações de trabalho.	133
Quadro 16	Compromissos dos trabalhadores do CAPS (Grupo I) e da coordenação local (Grupo II) em busca da cogestão, participação e democratização das relações de trabalho.	134
Quadro 17	Pedidos da coordenação local (Grupo I), coordenação regional (Grupo II) e coordenação municipal (Grupo III) em busca da cogestão, participação e democratização das relações de trabalho.	137
Quadro 18	Compromissos da coordenação local (Grupo I), coordenação regional (Grupo II) e coordenação municipal (Grupo III) em busca da cogestão, participação e democratização das relações de trabalho.	137

LISTA DE SIGLAS

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial.
CAPS ad	Centro de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas.
CAPS i	Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil.
CCS	Centro de Ciências da Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
CNES	Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde.
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico.
CNS	Conferência Nacional de Saúde.
CRAS	Centro de Referência da Assistência Social.
CREAS	Centro de Referência Especializado da Assistência Social.
FUNCAP	Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico.
GRUPSFE	Grupo de Pesquisa Saúde Mental, Família, Práticas de Saúde e Enfermagem.
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
IDGS	Instituto de Desenvolvimento e Apoio em Gestão a Saúde.
IPC	Instituto de Psiquiatria do Ceará.
IPF	Instituto Paulo Freire de Estudos Psicossociais.
MNLA	Movimento Nacional de Luta Antimanicomial.
MTSM	Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental.
MS	Ministério da Saúde.
NUCOM	Núcleo de Psicologia Comunitária.
PMASP	Programa de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública.
PMF	Prefeitura Municipal de Fortaleza.
PL	Projeto de Lei.
PTS	Projeto Terapêutico Singular.
RA	Rede Assistencial.
RPC	Rede de Petições e Compromissos.
RT	Residência Terapêutica.
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.
SER	Secretaria Executiva Regional.
SMS	Secretaria Municipal de Saúde.
SUS	Sistema Único de Saúde.
UBASF	Unidade Básica de Saúde da Família.
UECE	Universidade Estadual do Ceará.
UFC	Universidade Federal do Ceará.

SUMÁRIO

1. INTENCIONALIDADES, RECORTE DO OBJETO E MARCO TEÓRICO	15
1.1. Intencionalidades da Pesquisa	15
1.2. O Objeto e suas Interfaces	18
1.3. Perguntas Norteadoras e Pressupostos	24
2. OBJETIVOS E SEUS DESDOBRAMENTOS	26
2.1. Objetivo geral	26
2.2. Objetivos específicos	26
3. MARCO TEÓRICO-CONCEITUAL	27
3.1. Subjetividade, Processo de Trabalho e Gestão em Saúde Mental	27
3.2. Micropolítica dos Processos de Trabalho: um olhar sobre a gestão do cuidado e as relações de poder no cotidiano da atenção psicossocial	38
4. CAMINHOS DA PESQUISA	45
4.1. Natureza e Tipo de Estudo	45
4.2. Cenário da Pesquisa	46
4.3. Participantes da Pesquisa	54
4.4. Técnicas de Coleta de Dados	55
4.5. Plano de Análise dos Dados	57
4.6. Questões Éticas	62
5. RESULTADOS DA PESQUISA	64
5.1. Saúde Mental e Políticas Públicas no Brasil: da rede de atenção à saúde à intersectorialidade	64
5.1.1. Rede de Petições e Compromissos na Atenção Primária em Saúde Mental: a perspectiva dos trabalhadores do Centro de Atenção Psicossocial	74
5.1.2. Rede de Petições e Compromissos na Atenção Psicossocial Intersetorial: a perspectiva dos trabalhadores do Centro de Atenção Psicossocial	77
5.2. Instituintes e Instituídos: processos de trabalho na construção de projetos terapêuticos singulares	80
5.2.1. Rede de Petições e Compromissos na construção de Projetos Terapêuticos Singulares	91
5.3. Entre Afetos, Subjetividades e Disciplinaridades: desafios enfrentados pelos trabalhadores no cotidiano da atenção psicossocial	93
5.3.1. Rede de Petições e Compromissos no Trabalho em Equipe no Centro de Atenção Psicossocial	113

5.4.O Coordenador e os Desafios da Gestão Organizacional: em busca da democratização das relações de trabalho	116
5.4.1. Rede de Petições e Compromissos na Gestão Profissional e Organizacional no Centro de Atenção Psicossocial: em busca da cogestão, participação e democracia.	133
5.4.2. Rede de Petições e Compromissos na Gestão Organizacional e Sistêmica na Atenção Psicossocial: em busca da cogestão, participação e democracia.	136
6. PONTOS DE REFLEXÃO, LIMITES DA PESQUISA E RECOMENDAÇÕES	140
7. REFERÊNCIAS	144
APÊNDICES	154
Apêndice A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos Coordenadores de Saúde	155
Apêndice B: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos Trabalhadores de Saúde	156
Apêndice C: Roteiro de Entrevista para Coordenadores de Saúde	157
Apêndice D: Roteiro de Entrevista para Trabalhadores de Saúde	158
Apêndice E: Roteiro de Observação no Campo	159
ANEXOS	160
Anexo I: Parecer do Comitê de Ética	161

1. INTENCIONALIDADES, RECORTE DO OBJETO E MARCO TEÓRICO

1.1. Intencionalidades da Pesquisa

A trajetória de minha formação profissional ocorreu no curso de graduação em Psicologia da Universidade Federal do Ceará (UFC), concluído no ano de 2003. Naquela época, a matriz curricular obrigatória não incluía qualquer discussão acerca da atenção à saúde mental no Sistema Único de Saúde (SUS) ou mesmo saúde mental a partir da lógica da integralidade. O debate sobre transtornos mentais severos ficava restrito a poucas aulas nas disciplinas de psicopatologia, enquanto se discutia exaustivamente a prática clínica sobre sofrimentos psíquicos e crises existenciais. Temas como interdisciplinaridade ou intersectorialidade estavam completamente ausentes. A única disciplina que mencionava o termo “Psicologia da Saúde” era a disciplina opcional de Psicologia Hospitalar. Havia, no entanto, um elo com o campo Psicossocial, o Núcleo de Psicologia Comunitária (NUCOM) coordenado na época pelo Professor Dr. Cézar Wagner de Lima Góis. Participei de disciplinas opcionais de Psicologia Social e Comunitária, minicursos, encontros científicos, mas sequer imaginava que esse pudesse vir um dia a compor meu universo de práticas.

Uma recordação curiosa, ao final do curso, por ocasião de uma disciplina opcional denominada “História da Psicologia”, desenvolvemos uma pesquisa sobre a “Reforma Psiquiátrica e os Centros de Atenção Psicossocial”. É curioso reler essa produção que já se utilizava de referenciais pretensiosos como Foucault e Basaglia, mas apresentava pequeno alcance crítico-reflexivo decorrente da ingenuidade dos primeiros anos de formação. Eu estava muito longe de compreender a complexidade das diretrizes e propostas da Reforma Psiquiátrica e dos processos de trabalho em saúde mental, a partir da perspectiva da atenção psicossocial.

A fim de compreender um pouco mais acerca das referências que foram orientando meu olhar e minha prática profissional, vale destacar que, simultaneamente à graduação, durante mais de dois anos, cursei a formação em Psicologia Fenomenológico-Existencial ministrada pelo professor Afonso Henrique Lisboa da Fonseca. Enriquecendo minha compreensão sobre a fenomenologia, participei também de um Grupo de Estudos sobre Merleau-Ponty, orientado pela

Professora Doutora Virginia Moreira. Além disso, e desde criança, trabalho com produção e estudos em Artes, especialmente Artes Plásticas.

Algum tempo depois de formada surgiu um convite, assumir a Coordenação de Saúde Mental de Maracanaú, um município com 200.000 (duzentos mil) habitantes localizado na região metropolitana de Fortaleza, capital do estado do Ceará. Embora houvesse grandes responsabilidades e complexidade no trabalho, aceitei o desafio. Com assessoria do Instituto Paulo Freire de Estudos Psicossociais (IPF), o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de Maracanaú foi implantado.

Os desafios eram inúmeros, incluindo a definição do papel da Coordenação de Saúde Mental, já que sequer a gestão municipal o compreendia. A ideia geral era a de que eu assumiria a implantação e coordenação administrativa de um serviço especializado em Saúde Mental sem qualquer discussão ou interferência na Política de Atenção à Saúde ou linhas de cuidado adotadas no município.

É importante enfatizar que a assessoria do IPF contribuiu de modo essencial para o amadurecimento da primeira equipe de atenção à saúde mental, permitindo compreender que o papel e a responsabilidade por nós assumidos ultrapassavam os muros da instituição, exigindo participação ativa na construção da política municipal de atenção psicossocial.

A cada dia que passava, estudando e vivenciando ao mesmo tempo a gestão em saúde mental, fui amadurecendo minha compreensão e levando a discussão da Atenção Psicossocial às equipes dos Centros de Atenção Psicossocial, à Secretaria de Saúde, às Unidades Básicas de Saúde da Família (UBASF), à comunidade em geral e outros setores. Pouco a pouco fomos ampliando os Serviços (CAPS em 2005, CAPS ad em 2008, CAPS i em 2012), assim como expandindo a permeabilidade das discussões e práticas em Saúde Mental no território.

Os desafios da Gestão eram inúmeros e extremamente complexos. Precisávamos não apenas implantar serviços, mas constituir uma Rede de Atenção à Saúde Mental coerente com as diretrizes da Política Nacional e da Reforma Psiquiátrica. Era necessário conquistar uma coerência referente a princípios filosóficos, éticos e políticos da produção do cuidado em Saúde Mental. Normatizar, no entanto, não era suficiente. Os princípios que regiam o trabalho precisavam fazer parte do que Franco e Merhy (2010) denominam de “território existencial” dos trabalhadores. As questões micropolíticas compunham os principais nós críticos dos

processos de trabalho. Pessoas com diferentes formações, concepções éticas, políticas, interesses, motivações, práticas e atitudes diversas, precisando conviver e atuar de modo coerente e harmônico configuravam grandes desafios e constituíam os principais objetos de trabalho da gestão.

Nesse percurso, tornou-se evidente a necessidade de reconstrução de concepções e práticas em saúde mental, recolocando no cotidiano uma prática formativa e crítica-reflexiva. Essa perspectiva de atuação foi significativamente fortalecida a partir de 2008 com o início da supervisão clínico-institucional. A supervisão em Maracanaú assumiu, desde o princípio, um caráter diferente do que era usualmente praticado em outros municípios do Estado, constituindo-se como uma supervisão da atenção à saúde mental, não restrita a uma única instituição. O objetivo era instituir a Rede de Atenção, provocando os trabalhadores a pensar e agir como parte de uma estratégia de atenção psicossocial e não apenas como serviços de atenção especializada.

Em 2009, o Município foi convidado a constituir-se como campo da pesquisa: “Produção da Atenção à Saúde e suas articulações com as Linhas de Cuidado do SUS e da Rede Assistencial de Saúde Mental”, desenvolvida pelo “Grupo de Pesquisa Saúde Mental, Família, Práticas de Saúde e Enfermagem (GRUPSFE)” e financiada pelo MS/CNPq/FUNCAP. Essa aproximação com a Universidade Estadual do Ceará (UECE) contribuiu significativamente para a qualificação da Atenção à Saúde Mental no município a partir da disponibilização do Grupo de Pesquisa em colaborar com a formação dos trabalhadores por meio da ampliação da compreensão da Atenção Psicossocial e do incremento de tecnologias de trabalho em Saúde Mental.

Nasce, então, o desejo de aprofundar, de modo sistemático e orientado, os estudos e a reflexão acerca do que se constituiu como o grande desafio de minha vida profissional: a gestão do cuidado em saúde mental no cotidiano da atenção psicossocial, em especial os aspectos micropolíticos dos processos de trabalho. Questionei-me acerca das ferramentas e estratégias de gestão capazes de potencializar o cuidado. Pensei acerca dos conflitos de pensamento, advindos do confronto de distintos referenciais teóricos, éticos, políticos, morais e até religiosos que se interpõem e afetam o cotidiano do trabalho. Ponderei sobre a complexa rede de interesses, disputas corporativas e de poder, determinando comportamentos e atitudes por vezes incompatíveis com uma prática interdisciplinar ou intersetorial.

Refleti diante dos afetos subjacentes às relações interpessoais, muitas vezes vivenciados e expressos de modo imaturo, alimentando um clima de hostilidade ou ressentimento no cotidiano das práticas em saúde mental.

Em 2011, fui aprovada no Programa de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da Universidade Estadual do Ceará – PMASP/UECE. Partindo das inquietações descritas anteriormente, propus a presente pesquisa na expectativa de contribuir com o enriquecimento de reflexões e possibilidades de intervenção junto a outros profissionais que atuem, ou venham a aceitar o desafio de atuar, na gestão do cuidado em saúde mental. A disciplina “Micropolítica do Processo de Trabalho, o Cuidado em Saúde e a Produção do Cuidado”, ministrada pela Professora Doutora Maria Salete Bessa Jorge, contando com alguns valiosos convidados como a Professora Doutora Marluce Maria Araújo Assis e o Professor Doutor Túlio Batista Franco, me ajudou a organizar o pensamento e a definir os objetivos da pesquisa.

Durante o mestrado, também tive oportunidade de participar das disciplinas: “Pesquisa em Saúde e Metodologia Qualitativa”, ministrada pela Professora Doutora Maria Salete Bessa Jorge; “Análise de Narrativa em Paul Ricoeur”, ministrada pelo Professor Doutor Andrea Caprara e pela Professora Doutora Maria Salete Bessa Jorge; assim como a “Oficina sobre Narrativas da doença/saúde”, ministrada pelo Professor Doutor Romeu Gomes, as quais me ajudaram a construir o percurso metodológico da pesquisa.

Com apoio da minha orientadora, a Professora Doutora Maria Salete Bessa Jorge, e dos colegas do Grupo de Pesquisa Saúde Mental, Família, Práticas de Saúde e Enfermagem (GRUPSFE), fui progressivamente trilhando o caminho da pesquisa cujos percursos e resultados agora eu apresento.

1.2. O objeto e suas interfaces

A fim de perfazer o caminho histórico da Reforma Psiquiátrica, utilizaremos a perspectiva de Amarante (2008) como referencia central pelo fato de explicitar o protagonismo dos atores sociais envolvidos, nos fazendo ver que a história não é um processo passivo ou linear, mas que resulta do esforço de inúmeros atores citados ou não nos livros e registros históricos. Desse modo, nos fala de João, Maria, José, usuário, familiar, trabalhador, professor universitário, gestor, entre tantos outros que estiveram sentados nos bancos de assembleias, que

foram às ruas, subiram em palcos e palanques, foram presos, perseguidos, demitidos. Seu estudo nos convida a assumir nossa responsabilidade no cenário da Reforma Psiquiátrica Brasileira. “Historiar é um processo de conhecimento que pretende reconstruir os acontecimentos nos tempos, mas que o faz assumindo que qualquer registro inclui os desejos, os interesses, as tendências de quem faz História” (BAREMBLITT, 2002, p. 37).

A Reforma Psiquiátrica começou no Brasil no final da década de 1970, no contexto da redemocratização nacional. Na luta contra a ditadura militar, surgiu uma série de denúncias de maus-tratos, violência e desrespeito à dignidade e aos direitos humanos em hospitais psiquiátricos. As vítimas eram pacientes internados, além de alguns presos políticos da ditadura. Foi deflagrada uma crise com profusão de denúncias, manifestações e demissões de trabalhadores da Saúde que culminou com a criação do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) (AMARANTE, 2008).

No período denominado Nova República, palco da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), foram propostas conferências sobre áreas temáticas específicas, incluindo a saúde mental. A I Conferência Nacional de Saúde Mental foi realizada em 1987, tornando-se palco de articulação de participantes do movimento nacional no campo da saúde mental. Nesse contexto, teve lugar um profundo debate sobre a falência do modelo hospitalocêntrico e a necessidade de criação dos serviços extra-hospitalares (AMARANTE, 2008).

De acordo com Amarante (2008), outro marco importante merece ser mencionado, o II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, realizado em 1987, que introduziu no Brasil o lema “Por uma sociedade sem manicômios” e instituiu o dia 18 de maio como o Dia Nacional da Luta Antimanicomial. Salienta-se nesse evento a ampliação significativa da participação de usuários, familiares e ativistas de movimentos sociais, além de demarcar uma ruptura pela proposição de uma transformação social mais abrangente e não apenas de uma transformação no modelo tecnoassistencial. Em 1993, o MTSM passa a se chamar Movimento Nacional de Luta Antimanicomial (MNLA).

Em 1987, é criado em São Paulo o primeiro serviço de atenção psicossocial no Brasil. O CAPS, como passou a ser chamado, tornou-se referência nas políticas de saúde mental e um campo de formação estratégica dos profissionais para o processo da Reforma Psiquiátrica. No Brasil, a cidade de Santos, no estado

de São Paulo, foi pioneira na desconstrução do manicômio e construção de uma rede de serviços, estratégias e dispositivos que passaram a ser denominados de serviços substitutivos (AMARANTE, 2008).

O impacto e a repercussão da experiência santista forneceram a base para o advento, em 1989, do Projeto de Lei nº 3.657 de autoria do deputado Paulo Delgado, que propunha a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por outros serviços de saúde mental. O projeto ficou em tramitação por quase doze anos, sendo rejeitado no Senado, dando origem, no entanto, a um projeto substitutivo (Lei nº 10.216/2001) que, apesar de não incluir a extinção dos hospitais psiquiátricos, representou um significativo avanço na luta do movimento antimanicomial brasileiro. Em 1989, é promulgada a Portaria nº 189 e, em 1992, a Portaria nº 224, que estabeleceram e regulamentaram novos procedimentos em assistência psiquiátrica e atenção psicossocial. Em 2002, foi promulgada a Portaria nº 336 que estabeleceu uma nova regulamentação dos serviços de atenção psicossocial, denominados Centros de Atenção Psicossocial (AMARANTE, 2008).

No Ceará, o primeiro CAPS foi inaugurado em 1991, na cidade de Iguatu, seguido de Canindé e Quixadá em 1993; Icó, Juazeiro do Norte e Cascavel em 1995; Aracati em 1997 e Fortaleza em 1998 (BRASIL, 2011). Em relação à Política Estadual de Atenção à Saúde Mental, Sampaio e Barroso (2001) destacam a aprovação da Lei Estadual nº 12.151, de 1993, proposta pelo Deputado Mário Mamede, a qual dispõe sobre internações compulsórias e delineia um modelo não hospitalocêntrico de atenção à saúde mental. Outra ênfase se refere à experiência do município de Sobral que, a partir do fechamento do Hospital Psiquiátrico com já 25 anos de existência, monta uma complexa rede de atenção composta por emergência e internação em hospital geral, hospital-dia, residências terapêuticas, ambulatório de pronto-atendimento, CAPS, além de articulação com as equipes do Programa Saúde da Família (hoje Estratégia de Saúde da Família), constituindo-se como uma referência importante para o Estado do Ceará e para o Brasil.

Como evidências do cenário cearense de reconstrução da atenção à saúde mental, Sampaio, Guimarães e Abreu (2010) acrescentam a realização do I Encontro Estadual de CAPS, promovido pela UECE (1998) e a Oficina de Política de Saúde Mental promovida pelo Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde do Ceará (2000). Hoje, o Estado do Ceará conta com 99 CAPS cadastrados dentre os 1620 CAPS no Brasil (BRASIL, 2011).

Partimos da descrição realizada por Amarante (2008) acerca da desconstrução do antigo paradigma manicomial, para discutir a reconstrução dos processos de trabalho em saúde mental:

A noção de desconstrução não diz respeito a uma ideia negativa, de destruição, mas sim de desmontagem da lógica teórico-conceitual e institucional de determinados saberes e práticas, e implica na reconstrução de formas de lidar com o problema (AMARANTE, 2008, p.744).

Esse processo social complexo implica a transformação de várias dimensões simultâneas e interdependentes, sendo elas: epistemológica, técnico-assistencial, jurídico-política e sociocultural. A primeira delas remete à superação de conceitos, em especial os de “alienação mental” e “cura”. A segunda aborda a organização e princípios do cuidado, enfatizando-se a nova ênfase dada ao acolhimento, à escuta, à sociabilidade, permitindo a produção de subjetividade e de vida. A terceira trata da possibilidade legal e social de produção de novos discursos e novos espaços de cidadania na vida coletiva. A quarta, resultante de todas as demais, versa sobre a reflexão e transformação da relação entre sociedade e pessoas identificadas com a loucura (AMARANTE, 2008).

Salientando a dimensão política da Reforma Psiquiátrica, Sampaio, Guimarães e Abreu (2010) afirmam que não temos apenas uma tarefa técnica, mas também política e civilizatória. Precisamos provar que podemos cuidar melhor dos portadores de transtorno mental do que os hospitais psiquiátricos de natureza asilar ou dos hospitais típicos da psiquiatria clínica clássica.

Corroborando com essa perspectiva, Furtado e Onocko Campos (2005) acrescentam que a reestruturação da atenção à saúde mental no Brasil preconizada pela Reforma Psiquiátrica supera a oferta de novos serviços ou a reestruturação de modelos assistenciais, constituindo uma profunda alteração da resposta social à loucura, implicando mudanças de ordem política, ideológica, ética e das concepções de clínica e reabilitação. A clínica aqui mencionada, assim como destaca Onocko Campos (2001), se refere não apenas às práticas médicas, mas de todas as profissões que lidam no dia-a-dia com diagnóstico, tratamento, reabilitação e prevenção secundária.

Nesse sentido, as transformações paradigmáticas referentes à saúde mental no Brasil exigem a transformação dos processos de trabalho e impõem novos desafios à gestão do cuidado. Onocko Campos (2001) acrescenta que o novo modelo tecnoassistencial coloca em evidência as inter-relações entre subjetividade,

processo de trabalho e gestão, ocupando esta última, uma posição de destaque na medida em que a gerência e as formas de gestão nos serviços podem contribuir de maneira significativa na decodificação de diretrizes gerais em práticas alinhadas ética e ideologicamente às premissas da reforma.

Colocando em realce a dimensão subjetiva inerente aos processos de trabalho, Jorge et al (2010) afirmam que um modelo que remete à resolutividade no campo da saúde mental deve dispor de tempo para que os sujeitos possam manifestar suas singularidades. A mudança paradigmática das atitudes manicomiais e institucionalizantes tornam necessária a contínua supervisão de serviços, assim como a abertura de espaços e momentos de diálogo, de modo a permitir a participação social ativa dos sujeitos envolvidos na produção do cuidado.

Concordamos com Barros, Jorge e Pinto (2010) ao evidenciarem a necessidade de reflexão permanente acerca da qualidade das ações de saúde e a fundamentação de tais ações em aspectos ético-humanísticos, entendidos como princípios norteadores da prática dos trabalhadores de saúde. Apoiando essa ideia, Cecílio e Mendes (2004) defendem a construção de modos de se fazer a gestão que se orientem para a construção de um novo pacto ético-político, que tenha como referência e ponto de partida, sempre, o mundo do trabalho e as relações reais que estabelecem seus atores entre si e com os usuários.

A missão da gestão do cuidado em saúde mental constitui-se como um grande desafio na medida em que não são apenas diretrizes e normas que configuram os processos de trabalho. Conforme destaca Cecílio (2007), apesar do desejo de condução de um determinado projeto ético-político, algo transborda e se realiza nos territórios da micropolítica organizacional. Entre os conceitos formulados por intelectuais e gestores e a prática, há outros sujeitos que formulam conceitos e contraconceitos, sujeitos que em sua maioria tomam muito mais suas corporações (além de seus valores e interesses) como referência para suas práticas do que aquilo que a organização define como suas diretrizes.

Desse modo, acreditamos que a matriz das práticas de cuidado em saúde não é uma instituição ou organização com suas normatizações e protocolos, mas o “território existencial” dos trabalhadores, ou seja, sua dimensão subjetiva. Apesar do discurso de defesa da socialização e autonomia dos usuários, assim como das diretrizes e normas da Reforma Psiquiátrica que orientam e regulamentam as práticas em saúde mental no Brasil, práticas contraditórias perpetuam ações

manicomiais no cotidiano dos serviços. A História não constitui, portanto, um processo linear, coexistindo em um mesmo tempo histórico práticas orientadas por ideologias de tempos diversos (BAREMBLITT, 2002, p. 38).

Não basta destruir os manicômios. Também não basta acolher os loucos, nem mesmo relativizar a noção de loucura compreendendo seus determinantes psicossociais, como se a loucura fosse só distúrbio e sintoma social, espécie de ruga que o tecido social, uma vez devidamente esticado através de uma revolucionária plástica sociopolítica, se encarregaria de abolir. Nada disso basta, e essa é a questão central, se ao livrarmos os loucos dos manicômios mantivermos intacto um outro manicômio, mental, em que confinamos a desrazão (PELBART, 1990, p. 134).

Um bom exemplo ilustrativo de nossas contradições nos é dado por Alverga e Dimenstein (2006) ao analisar a fotografia de uma manifestação de usuários e trabalhadores da saúde mental. Na imagem, se destacam dois elementos: a faixa com dizeres de combate ao preconceito e a corda de contenção em volta do grupo. “Afirmamos que essa fotografia pode indicar o cerne da problemática da Reforma Psiquiátrica com apenas duas palavras: confinamento e controle” (p.307). As autoras ressaltam a dificuldade vivenciada pelos trabalhadores na mudança do modelo de atenção à saúde mental, sendo necessário enfrentar ideias profundamente plantadas e alimentadas em nossa subjetividade.

Esse movimento requer rupturas, uma radicalização, e não uma superação que acaba por promover pactos entre o aparentemente novo e as articulações de manutenção de séculos de dominação. [...] Somos constantemente capturados por nossos desejos de controle, fixidez, identidade, normatização, subjugação ou, em outras palavras, nossos desejos de manicômio (ALVERGA; DIMENSTEIN, 2006, p. 314).

Ao lado do “agir manicomial”, enfatizamos a manutenção do modelo biomédico na orientação das práticas cotidianas em saúde mental. Jorge et al (2010) acrescentam que há um “querer-fazer” por parte dos trabalhadores do CAPS, refletido na disposição pessoal e afetiva de cada um, no entanto, são capturados pelo ciclo “médico-medicalização-cronicidade”, impresso pela própria cultura que vê no médico e na medicação a resposta a toda a sua dor e sofrimento.

Os processos de trabalho em saúde são, portanto, extremamente complexos, sendo alimentados por concepções nem sempre conscientes e atravessados constantemente por relações micropolíticas. É exatamente na análise crítica, evidenciação e intervenções referentes às contradições no cotidiano das práticas que se instaura o grande desafio da gestão do cuidado em saúde mental.

Discutindo os processos de trabalho em saúde, Franco e Merhy (2010) reforçam ainda sua dimensão relacional, operando por fluxos de intensidades e

estabelecendo conexões. Esse movimento ao mesmo tempo circular e horizontal, estabelecendo conexões em dimensão micropolítica, constrói um mapa que está sempre aberto, permitindo diversas entradas (rizoma). Ao se romper em determinado ponto, esse rizoma se refaz encontrando novos fluxos que permitem seu crescimento, fazendo novas conexões no processo.

Podemos visualizar o conceito de rizoma a partir de Ceccim (2007) ao retomar o significado literal do termo, uma raiz que se prolonga horizontalmente e se bifurca por todos os lados, estabelecendo um paralelo entre o rizoma e uma árvore frondosa com raízes que se aprofundam verticalmente. Enquanto na árvore a função da raiz é torná-la fixa ou rija, no rizoma ela cobre e recobre superfícies, se espalha. Nesse sentido, o autor defende uma reconciliação com a alteridade, a partir de lugares de encontros e trocas capazes de nos inscrever em conexões de sentido e afeto. “Em lugar do fixo, o fluxo; em lugar da rigidez, a flexibilidade; em lugar da solidez, o alastramento” (p.12).

Os espaços de encontro constituem, portanto, espaços de transformação, de produção de subjetividades. Conforme descreve Rolnik (2006, p.55), “cada um de nós passa pelas mais variadas micropolíticas e, em cada uma delas, muda nossa maneira de pensar, sentir, perceber, agir – muda tudo”. Barembliitt (2002) acrescenta ainda que as grandes mudanças históricas, as macromudanças, são sempre resultado de pequenas micromudanças. Segundo ele, o macro é o lugar da reprodução, o micro da produção.

1.3. Perguntas norteadoras e pressupostos

Referindo-se aos encontros no contexto organizacional da produção do cuidado em saúde, e mais especificamente em saúde mental, Franco (2010) afirma que todo corpo quando encontra outro tem a capacidade de afetar-se mutuamente, entendendo por corpo qualquer objeto que nos afeta, seja outro sujeito, as instituições que regulam a vida em sociedade ou as normas do trabalho. Fazendo referência a Espinosa, o autor destaca que essas conexões podem produzir no sujeito paixões alegres ou tristes, sendo capazes de aumentar ou reduzir a potência de ação dos sujeitos. O desafio do trabalho em saúde é, portanto, produzir bons encontros, ampliando a potência para agir no mundo do cuidado em saúde, que é também um mundo social e afetivo.

É exatamente esse espaço de encontros que propomos aqui investigar, compreender e analisar. Para alimentar e fundamentar a discussão foram definidos dois eixos teóricos. O primeiro se refere à relação entre subjetividade, processos de trabalho e gestão em saúde mental. O segundo, por sua vez, se remete à gestão do cuidado e relações de poder envolvidas na micropolítica dos processos de trabalho na atenção psicossocial.

Considerando, portanto, o contexto da reconstrução do modelo de atenção à saúde mental no Brasil e as consequentes exigências de mudança do modelo tecnoassistencial, assim como, a complexidade das relações intersubjetivas constitutivas da micropolítica dos processos de trabalho, nos propomos a investigar o cotidiano da atenção psicossocial a partir das seguintes perguntas norteadoras: Como se organiza o processo de trabalho dos trabalhadores de saúde mental? Como se dá a construção dos projetos terapêuticos? O que orienta as suas práticas? Quais são os principais desafios do trabalho em equipe e da coordenação de um Centro de Atenção Psicossocial?

- **Primeiro Pressuposto:** Apesar de todo o arcabouço teórico-conceitual da Reforma Psiquiátrica e das orientações da Política Nacional de Atenção Psicossocial, outros elementos interferem e orientam as práticas dos trabalhadores, resultando em processos de trabalho contraditórios em que discursos revolucionários convivem com práticas conservadoras.
- **Segundo Pressuposto:** Apesar das orientações da Política Nacional de Atenção Psicossocial indicar a necessidade de uma gestão participativa e democrática, as relações de poder verticalizadas resistem no cotidiano das práticas, especialmente no que se refere à centralidade do poder médico, gerando linhas de fuga que escapam do alcance da coordenação do serviço e da própria equipe.

2. OBJETIVOS E SEUS DESDOBRAMENTOS

2.1. Objetivo Geral

Compreender a micropolítica dos processos de trabalho no cotidiano da produção do cuidado em saúde mental.

2.2. Objetivos específicos

- Descrever como se organiza o processo de trabalho e a construção dos projetos terapêuticos no cotidiano da atenção psicossocial;
- Identificar o que orienta as práticas dos trabalhadores de saúde mental no contexto da Reforma Psiquiátrica;
- Analisar os desafios do trabalho em equipe e da coordenação de um Centro de Atenção Psicossocial.

3. MARCO TEÓRICO-CONCEITUAL

3.1. Subjetividade, Processo de Trabalho e Gestão em Saúde Mental

Partindo da perspectiva fenomenológico-existencial, adotamos aqui um conceito de subjetividade que se contrapõe à dicotomia entre sujeito e objeto, considerando homem-mundo como indissociáveis. Concebido como fluxo temporal, o eu se dá a partir do entrelaçamento eu-mundo, o “ser-aí” ou “ser-no-mundo” como denomina Heidegger (FEIJOO, 2011).

O princípio da intencionalidade é fundamental para a fenomenologia, na medida em que compreende a consciência sempre como consciência de algo. Consciência e objeto não são entidades separadas na natureza que se relacionam em um segundo momento. A relação entre sujeito e objeto não constitui, portanto, uma relação entre duas realidades independentes, mas sim uma relação entre dois polos correlativos da relação intencional na consciência, são “co-originários”. O homem é sujeito e objeto do conhecimento, vivenciando intencionalmente sua existência e lhe atribuindo sentido e significado (GONÇALVES et al, 2008).

Conforme defende Nietzsche (2011), “É necessário recolocar o agente na ação, depois que o retiraram de uma forma abstrata, tendo sido a ação esvaziada de seu conteúdo; é necessário retomar na ação o objeto da ação, o escopo, a intenção, o fim” (p.394). Nesse sentido, para a fenomenologia, a ideia de consciência não pode se confundir com a consciência reflexiva, a qual constitui apenas uma de suas dimensões. A consciência abrange dimensões reflexivas, sensíveis, afetivas e intuitivas. Ela jamais é plena, está sempre por se realizar na existência (GONÇALVES et al, 2008)

Discutindo o pensamento de Merleau-Ponty, Moreira (2007) enfatiza que a concepção de ser-no-mundo reconhece a existência de uma experiência mundana que instaura o homem no mundo de modo anterior à reflexão. O real interpenetra-se no imaginário, sendo ao mesmo tempo subjetivo e objetivo, interno e externo, individual e social. O homem, entrelaçado ao mundo, constitui e é constituído por ele continuamente. “Visível e móvel, meu corpo conta-se entre as coisas, é uma delas, está preso no tecido do mundo, e sua coesão é a de uma coisa” (MERLEAU-PONTY, 2004, p.17). Imersos na poética de sua fala, citamos ainda:

Um corpo humano está aí quando, entre vidente e visível, entre tocante e tocado, entre um olho e o outro, entre a mão e a mão se produz uma espécie de recruzamento, quando se acende a faísca do senciante-sensível, quando se inflama o que não cessará de queimar, até que um acidente do corpo desfaça o que nenhum acidente teria bastado para fazer [...] (MERLEAU-PONTY, 2004, p.18).

Merleau-Ponty se remete à obra de Cézanne, com seus múltiplos contornos, como uma metáfora de sua perspectiva fenomenológica. Cézanne interliga objetividade e subjetividade, as quais se interpenetram mutuamente, reconhecendo a ambiguidade e rompendo definitivamente com a dicotomia sujeito e objeto (MOREIRA, 2007). O contorno dos objetos, sua delimitação, não pertence para o filósofo ao mundo visível, mas à geometria. Não marcar nenhum contorno retiraria do objeto sua identidade. Marcar um só contorno sacrificaria sua realidade inesgotável. “Eis por que Cézanne acompanhará, numa modulação de cores, a intumescência do objeto e marcará com traços azuis vários contornos” (MERLEAU-PONTY, 2004, p.130).

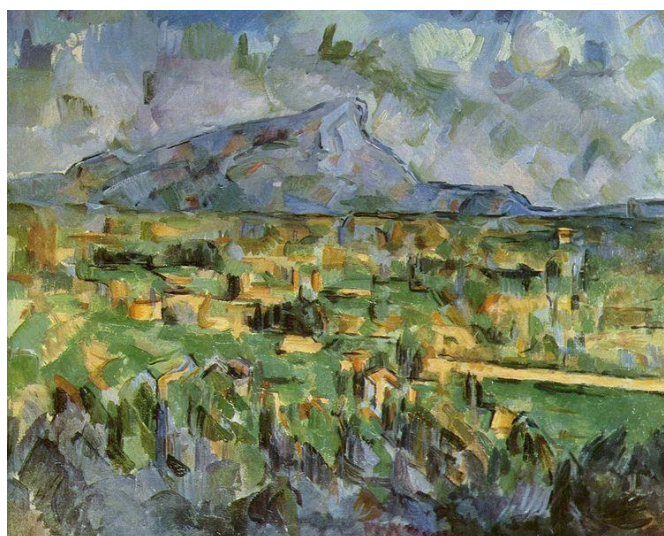


Figura 1: Paul Cézanne, pintura, *Mont Sainte-Victoire*, 1904-1906.

O pintor retoma e converte justamente em objeto visível o que sem ele permanece encerrado na vida separada de cada consciência: a vibração das aparências que é o berço das coisas. Para um pintor como esse, uma única emoção é possível: o sentimento de estranheza, e um único lirismo: a da existência sempre recomeçada (MERLEAU-PONTY, 2004, p.133).

Destacamos também a ideia de Merleau-Ponty acerca da historicidade do sujeito. O corpo, nossa expressão no mundo, é a materialidade de nossas intenções, as quais são moduladas por nossos afetos e nossa percepção. Desse modo, os atos subjetivos se manifestam misturados aos vestígios do mundo natural ou cultural, ou seja, a subjetividade tem um corpo e uma história (GONÇALVES et al, 2008).

Nascer é ao mesmo tempo nascer do mundo e nascer no mundo. O mundo está já constituído, mas também não está nunca completamente constituído. Sob o primeiro aspecto, somos solicitados, sob o segundo somos abertos a uma infinidade de possíveis. Mas esta análise é ainda abstrata, pois existimos sob dois aspectos ao mesmo tempo. Portanto, **nunca há determinismo e nunca há escolha absoluta**, nunca sou coisa e nunca sou consciência nua. Em particular, mesmo nossas iniciativas, mesmo as situações que escolhemos, uma vez assumidas, nos conduzem como por benevolência. A generalidade do “papel” e da situação vêm em auxílio da decisão e, nesta troca entre a situação e aquele que a assume, é impossível delimitar a “parte da situação” e a “parte da liberdade” (MERLEAU-PONTY, 1999, p. 608, *grifo nosso*).

Não havendo para a fenomenologia-existencial consciência ou objeto puros, podemos dizer que ela se ocupa fundamentalmente do “entre”, da relação. Nesse sentido, Martin Buber elege a relação dialógica como ponto de partida de sua filosofia. Para Buber, existem duas atitudes possíveis na relação Eu-Mundo, descritas por duas palavras-princípio: “Eu-Tu” e “Eu-Isso”. À atitude Eu-Tu corresponde à relação ontológica, a qual precede a relação cognitiva, tendo como aspectos fundamentais a presença, a reciprocidade, a fugacidade e a responsabilidade. A atitude Eu-Isso, por sua vez, corresponde à objetivação (unidirecionalidade), trazendo consigo a experimentação, o conhecimento e a utilização. A existência humana é tecida pela alternância das duas atitudes, sendo ambas fundamentais. A atitude Eu-Isso, mais duradoura e estável, oferece ao homem segurança, ordenação e coerência. A atitude Eu-Tu é mais fugaz e rara, consiste na recriação ontológica do ser, em sua atualização, transformação, trazendo em si a possibilidade do novo (VON ZUBEN, 1984).

O movimento básico dialógico consiste no voltar-se-para-o-outro. Aparentemente trata-se de algo que acontece a toda hora, algo banal; quando olhamos para alguém, quando lhe dirigimos a palavra, é com um movimento natural do corpo que a ele nos voltamos; porém, na medida do necessário, quando a ele dirigimos nossa atenção, fazemo-lo também com a alma (BUBER, 2009, p.56).

Chegamos aqui a um ponto fundamental de nossa discussão, o da potência de recriação ontológica do ser a partir da relação dialógica, a capacidade de superar a estagnação, desvencilhar-se do dado e do estabelecido, de criar linhas de fuga, infundindo à existência movimento, plasticidade, devir (FONSECA, 2012).

Corroboramos com Ayres (2001) ao defender uma revisão da concepção de subjetividade em que a ideia de permanência, associada à dimensão identitária, seja substituída pela de contínua reconstrução de identidades. “Pensemos muito mais em intersubjetividade que em subjetividade, considerando, em outras palavras, o caráter imediatamente relacional e irremediavelmente contingente de nossas

identidades e historicidades como indivíduos e grupos” (p. 65). O autor acrescenta ainda que “é a alteridade vivida que nos leva a atribuir a nós mesmos o predicado de indivíduo. ‘In-dividuu’, o que não se pode dividir, o que permanece coeso” (p. 66). A fim de compreender essa perspectiva, podemos nos apoiar também no discurso poético de Clarisse Lispector:

Eu antes tinha querido ser os outros para conhecer o que não era eu. Entendi então que eu já tinha sido os outros e isso era fácil. Minha experiência maior seria ser o âmagô dos outros: e o âmagô dos outros era eu (LISPECTOR, 1999, p. 385).

Compreendendo a subjetividade como intersubjetividade (relação), Ayres (2001) reafirma a centralidade do diálogo. Curar, tratar, controlar, constituem posturas limitadas, na medida em que supõem uma relação estática, objetificadora e individualizante. É necessário manter nas práticas de saúde uma dimensão técnica, mas também ética, estética e afetiva.

Concordamos com Faria e Araújo (2010) ao definirem o encontro como a matéria prima do trabalho em saúde. A produção se executa “entre” trabalhador e usuário. Dessa forma, discutir produção do cuidado em saúde mental é, antes de tudo, discutir modos de agir em saúde.

De acordo com Merhy (1999), quando um trabalhador de saúde realiza uma abordagem assistencial junto a um usuário, ela se produz através de um “trabalho vivo em ato”, em um contexto de relações, um encontro entre duas pessoas que se afetam mutuamente e no qual opera um jogo de expectativas e produções, criando-se intersubjetivamente momentos de falas, escutas e interpretações. Nesse sentido, o mais significativo para a saúde não se refere a suas finalidades (promover e proteger a saúde, assim como curar), mas sim ao modo de fazê-lo, ao modo de cuidar que pode ser ou não curador ou promovedor da saúde.

Encontramos no cotidiano da atenção à saúde processos de trabalho que se constituem de modos bastante distintos. A produção do cuidado pode ser realizada através de uma excessiva carga prescritiva, com relações sumárias e burocráticas, centrado na “produção de procedimentos”, utilizando para sua execução as “tecnologias duras/leveduras”; ou, por outro lado, pode estar centrado em uma abordagem leve do problema de saúde, sobretudo com relações solidárias e conhecimento técnico, executado principalmente através das “tecnologias leves/leveduras” (FRANCO; FRANCO, 2010).

A tecnologia leve-dura descrita por Merhy (1999) é leve ao ser um saber

que as pessoas adquiriram e está inscrito na sua forma de pensar os casos de saúde e na maneira de organizar uma atuação sobre eles, mas é dura na medida em que é um saber-fazer bem estruturado, bem organizado, bem protocolado, normalizável e normalizado.

Quando estamos diante de uma tecnologia do tipo leve (como o acolhimento), a situação é distinta de quando estamos perante uma tecnologia do tipo dura (como realizar uma conduta totalmente normalizada ou mesmo processos incorporadores de máquinas-ferramentas), concluindo que no operar das leves, como a própria clínica ou os processos das tecnologias das relações, o processo operatório é bem mais aberto ao fazer do “trabalho vivo em ato” (MERHY, 1998).

O conceito de trabalho vivo, aplicado ao processo de trabalho em saúde, revela a possibilidade que têm os trabalhadores para operar seu trabalho com liberdade, exercendo um razoável autogoverno sobre sua atividade produtiva (FRANCO; MERHY, 2010).

Definimos aqui, portanto, processo de trabalho em saúde a partir de atos de subjetivação, constituídos por sujeitos, para sujeitos e constitutivos dos próprios sujeitos. As ações de saúde (procedimentos, protocolos, etc) constituem a materialidade observável dos processos de trabalho, ou seja, seu resultado. Nesse cenário, o conceito de “trabalho vivo em ato” é essencial. Conforme descreve Franco (2010), o trabalhador governa sua própria dinâmica de trabalho segundo sua intencionalidade, sua proposta ética e política para o cuidado. Desse modo, a autogestão é intrínseca ao processo de trabalho, mesmo quando entra em conflito com a heterogestão, materializada por diretrizes, normas e protocolos.

[...] Os trabalhadores de saúde são sujeitos do processo histórico das práticas de saúde, sendo os principais agentes de transformação que efetivamente constroem estes espaços no ato produtivo da prática de cuidado em saúde mental, a partir da micropolítica do seu processo de trabalho (BASTOS, 2009).

Muitas vezes, na busca de controle e homogeneização das práticas, gestores optam por definir normas e protocolos. Essa opção é criticada por Franco (2010) quando afirma que tais instrumentos usados para padronizar, ao mesmo tempo capturam o trabalho vivo, aprisionando os atos assistenciais e de cuidado em um padrão previamente concebido. O autor identifica o estabelecimento de uma tensão imanente ao trabalho em saúde mental, onde, de um lado, a liberdade de agir se manifesta, e, de outro, as formas de captura do trabalho vivo. O resultado dessa

tensão é, às vezes, mais criativo, livre, enquanto, outras vezes, corresponde a formas rígidas, controladas e pré-definidas. Como resultado, as práticas de cuidado vão assumindo configurações diferentes em espaços e tempos distintos.

Corroboramos com Merhy (1998) ao enfatizar que mais do que questionar o que ocorre nos serviços a partir de um modelo “a priori” de organização do processo de trabalho em saúde, que dispute com o já dado, o já instituído, devemos desenvolver a capacidade de criar interrogações sobre o que está ocorrendo, abrindo possibilidades do trabalhador coletivo inventar modos novos e singulares de realizar o trabalho em saúde em situações concretas.

A necessidade de reinventar as práticas de atenção à saúde constitui o cotidiano dos trabalhadores especialmente no contexto da Reforma Psiquiátrica. Essa reinvenção torna-se particularmente complexa ao considerarmos que o modelo de atenção psicossocial é muito recente no país e, havendo surgido a partir de uma **reforma** da assistência, pressupõe não apenas a construção, mas a desconstrução de diversos padrões enraizados. O novo modelo convive diariamente com diversos entraves advindos de velhas concepções e práticas obsoletas. Mudança é a palavra de ordem. Pessoas cuja formação e prática foram fundadas no antigo modelo, precisam agora atuar segundo diretrizes radicalmente diferentes.

Para compreender o novo modelo de atenção à saúde mental na perspectiva psicossocial é essencial apreender o conceito de clínica ampliada. Para Campos e Amaral (2007), esta constitui uma clínica do sujeito e não da doença, ou seja, precisa considerar não apenas a doença ou queixa específica, mas também situações que ampliam o risco ou vulnerabilidade das pessoas. Em relação a seus objetivos, além de buscar a produção de saúde, seja ela curativa, preventiva, de reabilitação ou com cuidados paliativos, precisa contribuir ainda para a ampliação da autonomia dos sujeitos, entendida como ampliação da capacidade de lidar com sua própria rede ou sistema de dependências.

A ampliação da clínica exige mudanças no modo de olhar e intervir, lidando com os sujeitos não apenas em sua dimensão biológica, mas igualmente social e subjetiva. Sobre a intervenção, Campos e Amaral (2007) acrescentam que os recursos terapêuticos não podem mais se restringir a fármacos ou cirurgias, sendo necessário utilizar e valorizar o poder terapêutico da escuta, da palavra, da educação em saúde e do apoio psicossocial.

Apoiando essa ideia, Onocko Campos (2001) destaca que o

desenvolvimento desse tipo de clínica questiona a formação do “super-especialista” na medida em que gera tensão nas barreiras disciplinares, estimulando o trabalho em equipe. Percebemos, porém, que o trabalho em equipe, apesar de constituir uma das exigências do novo modelo tecnoassistencial, não acontece de modo espontâneo ou sem resistências. O mais frequente no cotidiano dos serviços é a prática fragmentada, multidisciplinar, mas não interdisciplinar.

A fragmentação do cuidado colabora para a perda de sentido das nossas práticas, como um “véu produzido nas equipes, que imprime sua marca acrítica no dia-a-dia dos trabalhadores de saúde. Esquecemos o valor da pergunta ‘para quê’” (ONOCKO CAMPOS, 2001, p.106). Acrescentamos à pergunta “para que” uma segunda, “como”, as quais, juntas, compõem o cerne do trabalho da gestão do cuidado em saúde mental.

Concordamos com Onocko Campos (2001) ao afirmar que a gerência e as formas de gestão nos serviços podem contribuir de maneira significativa na decodificação de diretrizes gerais em práticas alinhadas ética e ideologicamente às premissas da reforma. O planejamento constitui o momento mais complexo do ponto de vista da constituição da grupalidade, permitindo vir à tona consensos, representações, conflitos e desencontros. O projeto tem permanência, o plano é provisório. Entretanto, frequentemente poucas interrogações são percebidas sobre o sentido das práticas. Criticando esse contexto, a autora ressalta que nos programas clássicos da saúde pública, oferecem-se unicamente “cardápios” fechados, mas, pelo menos, os programas são baseados em critérios de risco. No caso dos serviços de saúde mental, muitas vezes esse “cardápio” se justifica simplesmente pelo gosto do terapeuta em oferecer isto ou aquilo.

Torna-se a cada dia mais evidente a necessidade de assumir, enquanto trabalhadores de saúde mental, um compromisso ético-político em defesa da Reforma Psiquiátrica e do próprio Sistema Único de Saúde, compromisso esse em que o gestor precisa se constituir como um grande maestro.

Precisamos assumir declaradamente a necessidade de ampliação da clínica nos serviços públicos de saúde, se não o fizermos, ainda que involuntariamente ou por omissão, continuaremos trabalhando a favor da proposta hegemônica: a degradação da clínica, a criação de serviços pobres para pobres, e a inviabilidade do Sistema Único de Saúde em termos dos custos crescentes derivados do alto consumo de técnicas diagnósticas e terapêuticas que acabam sendo caras, ineficazes, e, às vezes, até iatrogênicas (ONOCKO CAMPOS, 2001, p.110).

Reportando-se à necessidade de transformação das práticas em saúde,

Oliveira (2010) aponta que a reformulação do processo de trabalho deve produzir novos acontecimentos, provocar mudanças nos sujeitos e contextos, de modo que operem no espaço micropolítico, mantendo dispositivos capazes de gerar mudanças no instituído. Apoiando essa ideia, Franco (2010) defende que a construção de novas práticas só se faz a partir de processos autoanalíticos, em que a velha prática é analisada, podendo ser assim desconstruída, para, em seu lugar, produzirem-se novas possibilidades de cuidar. Campos (2003) acrescenta que “o fazer reflexivo é muitas vezes um modo eficaz para quebrar resistências e inseguranças que o diálogo teórico jamais resolveria.” (p.99). Nesse sentido, incluir no cotidiano da atenção psicossocial espaços de encontro e diálogo constitui uma ferramenta essencial para a reconstrução da produção do cuidado, considerando os trabalhadores como protagonistas de seus processos de trabalho.

Discutindo o processo de transformação subjetiva, Franco e Merhy (2010), apoiados nas ideias de Deleuze, define o desejo como força motriz de construção da sociedade, o qual se forma em nível inconsciente, sendo constitutivo das subjetividades, o que, no plano social, torna os sujeitos protagonistas por excelência de processos de mudança. O desejo é agenciamento, está sempre em atividade, produzindo o “real social” em toda dimensão da vida. Essa produção subjetiva se dá por “fatores de afetivação”, isto é, acontecimentos que impactam no microcosmo, que de alguma forma chegam até o sujeito e afetam sua forma de significar o mundo. Há neste contexto um processo de transformação do meio social e de si mesmo, descrito por Rolnik (2011) como “processos de desterritorialização e reterritorialização”, em se tratando aqui de “territórios existenciais”.

A gestão do trabalho tem necessariamente que considerar que, seu projeto para o cuidado em saúde será viável, se for também um projeto do próprio trabalhador, mas não apenas como saber inscrito no seu lado cognoscente, mas como signos inscritos na sua subjetividade (FRANCO, 2010, p.4).

Discutindo a gestão em saúde no SUS, Heck et al (2008) destacam que pensar a gestão em saúde mental implica em uma ação política com uma metodologia específica que contemple a pluralidade e a interdisciplinaridade, focando as inter-relações entre subjetividade, gestão dos processos de trabalho e clínica. Considerando a complexidade da gestão do cuidado em saúde, Cecílio (2009) define três dimensões que a compõem, representadas por três círculos concêntricos: uma “dimensão profissional”, uma “organizacional” e uma “sistêmica”.

A primeira dimensão, a profissional, apresenta três componentes

essenciais: a postura ética do trabalhador, em especial sua concepção acerca do outro (o paciente); a competência técnico-científica com que o trabalhador opera o seu núcleo de saber; e a capacidade de criação de um bom vínculo profissional-paciente (CECÍLIO, 2009).

A segunda dimensão, a organizacional, é definida como a gestão das múltiplas gestões profissionais, exigindo um grande esforço gerencial de coordenação das práticas, da comunicação e administração de conflitos e tensões entre os vários profissionais na busca pela superação da tendência fragmentária comum em contextos multiprofissionais, principalmente quando esse contexto apresenta distintas remunerações e status de poder e autonomia. A gestão se refere a múltiplos atores, em oposição à dimensão profissional dual (o cuidador e o sujeito objeto do cuidado), emergindo a necessidade de gestão de questões relativas ao registro e uso da informação, à criação de espaços de conversação e troca, ao estabelecimento de fluxos de pacientes, à normalização de processos de trabalho, ao compartilhamento de responsabilidades, entre outros aspectos, configurando a dinâmica de relacionamento da equipe como objeto central da gestão em sua dimensão organizacional (CECÍLIO, 2009).

A terceira é a dimensão sistêmica, referente à gestão de redes de cuidado institucionais de complexidades diferentes e complementares entre si, buscando garantir o acesso do usuário às tecnologias de cuidado que necessita. Nessa complexa rede de relações, os nós são encontros humanos com imenso potencial de energia, criatividade e produção (CECÍLIO, 2009).

Em cada uma dessas dimensões há um ou mais atores que assumem um papel diferenciado: o profissional construindo a relação profissional-paciente, o gerente construindo a equipe que cuida e provendo os insumos para seu trabalho, e o gestor construindo as redes de cuidado.

Posteriormente, o mesmo autor amplia tais dimensões, considerando não mais três, mas seis dimensões da gestão do cuidado: individual, familiar, profissional, organizacional, sistêmica e societária (CECÍLIO, 2011), conforme ilustrado na figura 2. A dimensão individual constituiria o ponto nuclear das múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde, referindo-se à potência de cada um de nós para “cuidar de si”. A familiar se refere ao aspecto do cuidado localizado no “mundo da vida”, tendo como atores as pessoas que mantêm relações com o sujeito: familiares, amigos, vizinhos, entre outros. Por fim, a societária configura a maior

extensão da gestão, sendo referente ao encontro entre a sociedade civil e o Estado, constituindo e operacionalizando as políticas públicas de saúde.

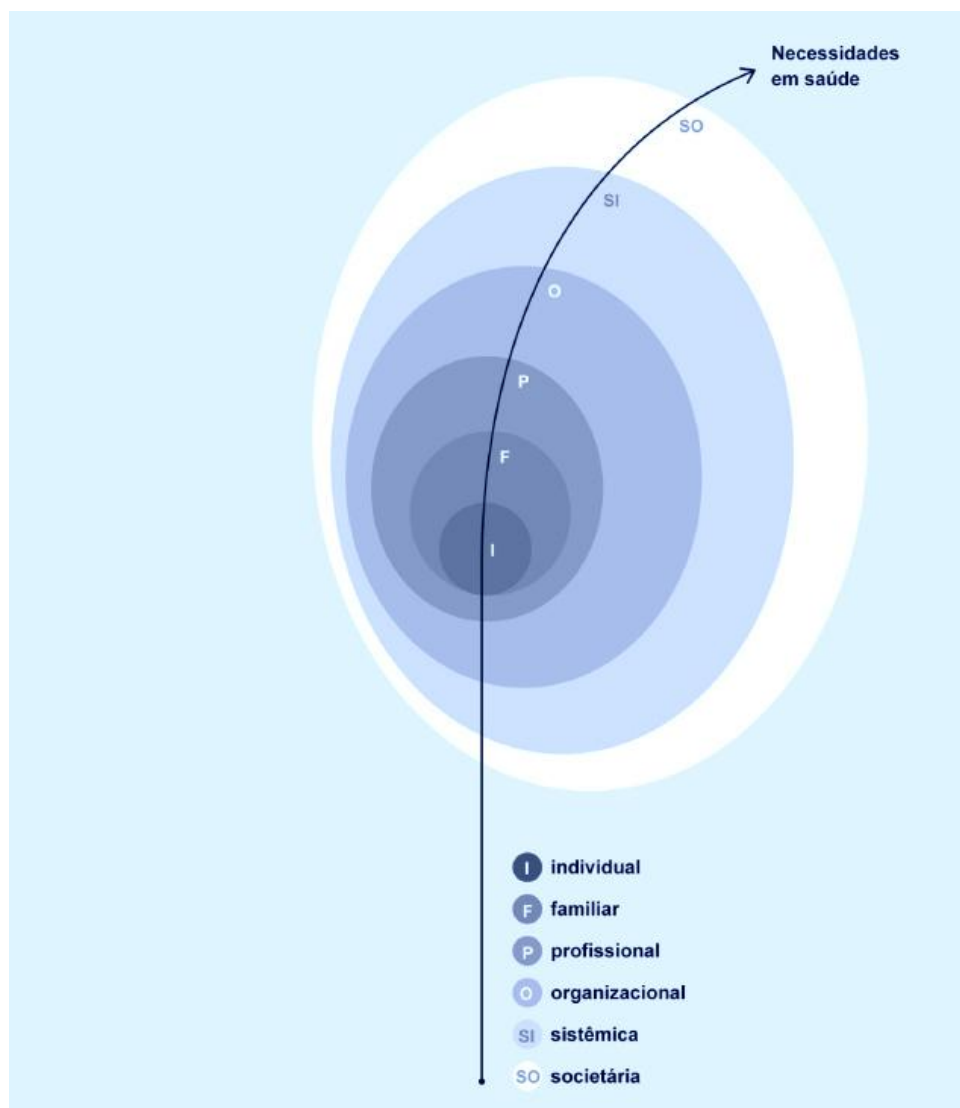


FIGURA 2: As múltiplas dimensões do cuidado em saúde (Fonte: Cecílio, 2011, p. 590).

Em síntese, se falamos em sujeitos que operam tecnologias de cuidado a partir de seus territórios existenciais, devemos concluir que uma mudança nas práticas está diretamente vinculada a transformações no território existencial dos trabalhadores de saúde. Essa, no entanto, não depende apenas do sujeito em questão, pois somos afetados constantemente pelas relações intersubjetivas no campo micropolítico. A grande questão torna-se, então, discutir ferramentas que favoreçam mudanças positivas, ampliando a potência criativa de ação dos sujeitos e potencializem trabalho vivo em ato.

Cecílio (2009) chamou as estratégias de gestão de núcleo-duro da gestão

do cuidado, discutindo as estratégias instrumentais e comunicativas. As primeiras partem da concepção do trabalho em saúde como meio (instrumento) para atingir determinados fins, projetos ou políticas estabelecidos pelo gestor. Aponta a “Gestão de recursos humanos” e, mais recentemente, “gestão de pessoas”, como exemplos dessa forma de pensar o trabalho em saúde. Como os objetivos já se encontram definidos, todo o processo de gestão se concentra em como alcançá-los, atuando através de gerências intermediárias fiéis e capacitadas. A essa estratégia é possível associar uma gestão mais autoritária, heterônoma, mais controladora, permitindo menor autonomia por parte dos trabalhadores.

As estratégias de base comunicativa, por sua vez, partem do princípio de que tanto as finalidades, objetivos e sentidos do trabalho, como os meios para alcançá-los devem ser construídos coletivamente, por meio de intenso, regular e sistemático processo de negociação e conversação entre os vários atores institucionais, lançando-se mão, para isso, de um conjunto de estratégias gerenciais de orientação mais comunicativa, com especial destaque para a ideia de cogestão dos serviços pelos trabalhadores e direção. Ao paradigma comunicativo é possível associar modos mais democráticos e participativos de fazer gestão (CECÍLIO, 2009).

Superando a dualidade aparente, Cecílio (2009) ressalta que tais estratégias – instrumentais e comunicativas – nunca serão encontradas como formas puras. Em condições reais, um componente comunicativo há de existir, mesmo em modos de gestão mais autoritários, assim como nas propostas mais participativas será necessária alguma instrumentalização, considerando que nosso trabalho tem como objeto as necessidades e interesses dos outros, sejam usuários, colegas de trabalho ou dirigentes.

A adoção de uma perspectiva mais dialógica e comunicativa é apontada por Bernardes et al (2007) como um dos caminhos para a modernização gerencial. Cecílio (2009) acrescenta a necessidade de valorização das “linhas de fuga” que escapam ao que está instituído pelos saberes que operam os serviços de saúde, possibilitando uma escuta mais fina das necessidades singulares de cada pessoa. A gestão dialógica propõe a ampliação da autonomia dos trabalhadores, o que implica em novos arranjos de distribuição, desconcentração e capilarização do poder. Debater, portanto, subjetividade, processos de trabalho e gestão em saúde mental, exige discutir, também, as relações de poder na rede de atenção.

3.2. Micropolítica dos Processos de Trabalho: um olhar sobre a gestão do cuidado e as relações de poder no cotidiano da atenção psicossocial

Adotamos como conceito de micropolítica a descrição de Cecílio (2009), segundo a qual a micropolítica nas organizações de saúde se refere ao conjunto de relações que estabelecem entre si os vários atores organizacionais, formando uma rede complexa, móvel, mutante, mas com estabilidade suficiente para constituir uma determinada “realidade organizacional”. Os atores são portadores de valores, projetos e interesses, detendo distintos sentidos para o trabalho, construindo, portanto, um cotidiano marcado por disputas, acordos, composições, coalizões, afetos, atravessado e constituído por relações de poder.

Um dos grandes desafios do trabalho em gestão é apontado por Merhy (1999) referindo-se à atuação em um terreno de políticas e organizações fortemente instituído pela presença de forças políticas hegemônicas muito bem estruturadas histórica e socialmente, como no caso dos modelos médicos e sanitários de intervenção em saúde, mas que mantém uma base tensional que possibilitam a produção de poderes instituintes e a construção de múltiplos projetos tecnoassistenciais.

Antes de continuar nossa discussão, precisamos compreender os conceitos de instituinte e instituído a partir do Movimento Institucionalista. Baremblytt (2002) afirma que “a sociedade é uma rede, um tecido de instituições” (p. 25). As instituições são lógicas, podendo se constituir como leis, normas, hábitos ou regularidades de comportamento, as quais se materializam em dispositivos concretos, as organizações. Em outras palavras, as instituições ganham materialidade, se realizam, por meio das organizações, enquanto as organizações ganham direção e objetivos através das instituições. Uma organização é composta por estabelecimentos, e estes, por fim, são compostos de equipamentos (maquinaria, instalações, aparelhos, arquivos, etc).

Instituição, organização, estabelecimento, equipamento, adquirem dinamismo através dos agentes humanos que protagonizam práticas. As práticas podem ser verbais, não verbais, discursivas ou não, teóricas, técnicas, cotidianas ou inespecíficas (BAREMBLYTT, 2002). Aplicando essa definição à atenção à saúde mental compreendemos que as práticas correspondem aos processos de trabalho em saúde, os agentes aos trabalhadores de saúde, os equipamentos às instalações

e arquivos, os estabelecimentos às unidades de saúde (UBASF, CAPS, Hospitais), a organização ao Ministério da Saúde responsável pela definição de princípios, diretrizes, leis e normas, orientados pela dimensão ideológica, ética e política da Atenção Psicossocial e da Reforma Psiquiátrica, a instituição.

Em uma instituição podem-se distinguir duas vertentes, o instituinte e o instituído. O instituído (resultado) corresponde ao efeito da atividade instituinte (processo). Dito de outro modo, pode-se dizer que há uma função (reprodução) e um funcionamento (produção) (BAREMBLITT, 2002).

Retomando a discussão acerca dos desafios da gestão em saúde, Merhy (1998) acrescenta que há um permanente desafio para todos aqueles que tomam como tarefa organizar novos modos de se gerir os serviços de saúde e de se produzir ações que tenham impacto na criação, manutenção, ou recuperação da saúde: o de dar conta da especificidade do campo de produção no qual atua. A não percepção desta especificidade, ou mesmo a não possibilidade de compreendê-la com clareza, tem levado muitos a se inspirarem nos conhecimentos e técnicas gerados no interior de várias correntes organizacionais de um modo acrítico, e com uma prática meramente copiadora de receitas sobre o como fazer, sem a devida “reconstrução” destes conhecimentos e técnicas para o singular campo da saúde.

Qualquer tentativa de receita para a gestão em saúde terá de enfrentar a tensão constitutiva deste campo nos terrenos da política e do processo de trabalho, que conformam as bases para o conjunto das organizações de saúde, onde se opera cotidianamente a produção dos modelos de atenção, e reconhecer que a saúde é um território de práticas em permanente estruturação, ontologicamente conflitivo, conforme os sujeitos coletivos em cena (MERHY, 1999, p.313).

De acordo com Merhy (1999), as “tensões constitutivas do agir em saúde” centram-se em três campos. O primeiro é o de disputas políticas, desenhado a partir da ação de diferentes sujeitos, com distintos interesses e capacidades de agir, aliando-se ou confrontando-se em prol de uma determinada conformação da saúde enquanto bem social. O segundo é o do trabalho vivo em ato, visando à produção do cuidado. O terceiro, por sua vez, é o de tensão entre o autogoverno dos trabalhadores e as regras e normas instituídas para o controle organizacional. Qualquer perspectiva de mudança está calcada em alta concentração de poder para movimentar um setor instituído de alto teor conservador ou em estratégias que explorem as tensões-potências para gerar novas direcionalidades no agir em saúde, não havendo como ignorar o desafio de intervir, no campo da gestão.

Além disso, Cecílio (1999) acrescenta que modelos de gestão que preconizam substituição da direção hierarquizada e verticalizada das corporações profissionais por formas mais colegiadas de gestão, ao nível das unidades de trabalho, precisam considerar os circuitos de poder e controle, devendo se ocupar do desmonte não apenas das linhas verticais de mando, mas de uma verdadeira trama de relações de poder que se tecem em todas as direções, sem correspondência necessária na hierarquia formal. Estudar a temática do poder nas organizações significa, portanto, desvelar como se estabelecem os mecanismos de controle, que circuitos assumem, em que arranjos e formas de relação concretas eles se revelam na vida organizacional.

Para discutir o poder nas organizações de saúde, Cecílio (2009) estabelece um paralelo entre dois autores: Weber e Foucault. De Weber, traz a teorização sobre a burocracia na sua racionalidade legal-instrumental, baseada no princípio da autoridade. De Foucault, traz a categoria saber-poder, contribuição essencial para a discussão da singular inserção do médico nos serviços de saúde. A partir da matriz teórica weberiana, a temática do poder traria sempre a ideia de consentimento e de obediência, certa vontade ou interesse em obedecer. Foucault, por sua vez, mais do que a ideia de acatamento, prevê a necessidade de contemplar e analisar a resistência aos efeitos do poder, assim como os esforços para decompor essas relações.

Foucault recusa a ideia de que, para alguém ter poder, outro tem que perder poder, não havendo uma oposição entre dominador e dominados. O que existe é a resultante de múltiplas correlações de força que se formam e atuam na sociedade. Nesse sentido, estamos submetidos a um contínuo jogo entre poder e resistência, gerando novas configurações e, por isso, não há aprisionamento por uma forma homogênea de poder (SILVEIRA, 2005).

[O poder] não é algo que se possa dividir entre aqueles que o possuem e o detêm exclusivamente e aqueles que não o possuem e são submetidos. O poder deve ser analisado como algo que circula, ou melhor, como algo que só funciona em cadeia. O poder funciona e se exerce em rede. Nas suas malhas os indivíduos não só circulam, mas estão sempre em posição de exercer este poder e de sofrer sua ação; nunca são o alvo inerte e consentido do poder, são sempre centros de transmissão. Em outros termos, o poder não se aplica aos indivíduos, passa por eles (FOUCAULT, 2006, p. 183).

Discutindo as relações de poder nas instituições hospitalares, Carapinheiro (1998) assegura que, apesar da estrutura administrativa burocrática,

haveria nos hospitais um sistema dual de autoridade, de um lado o poder carismático que os médicos detêm pelo fato de possuírem o saber e a técnica capazes de curar doenças e de salvar vidas e, de outro, a autoridade racional-legal. Os detentores do controle de uma organização são os mesmos que desempenham os papéis mais difíceis e críticos. Os papéis difíceis seriam os que não podem ser protocolados com base em conhecimentos administrativos ou atribuídos a pessoas de baixa qualificação. Os papéis críticos corresponderiam a tarefas sem as quais a organização não poderia funcionar. O poder de controle de cada grupo em uma organização seria resultante e diretamente proporcional às tarefas difíceis e críticas que os grupos desenvolvem, influenciando desse modo a definição de políticas, a tomada de decisões e a determinação dos objetivos operacionais. A autora destaca que as normas e valores profissionais dos médicos afetam mais a estrutura organizacional do que são afetados por ela e que as especializações constituem estratégias centrais do poder médico no hospital.

Abrimos aqui um parêntesis para uma observação. Alguns autores que utilizamos em nossa discussão realizaram seus estudos predominantemente em instituições hospitalares. Apesar de nos referirmos aos Centros de Atenção Psicossocial, aplicamos suas conclusões por considerarmos que ambos os contextos apresentam significativas similaridades em relação às relações interprofissionais na medida em que são compostos por equipes multidisciplinares que mantêm a predominância do modelo médico-centrado.

Retomando a discussão, conforme descreve Cecílio (2009), convivem na organização, dois princípios de autoridade que são a base para a permanente disputa de poder e ocorrência de conflitos. De um lado, a necessidade de controle por parte da administração baseada em objetivos gerais de eficiência; de outro, os médicos, defensores da autorregulação profissional e da autonomia individual de cada um deles. Entretanto, adotar a dicotomia que considera a autoridade administrativa como arbitrária e a autoridade com origem na especialização técnica e no poder profissional como funcionalmente neutra e naturalmente produtora de adesão e consentimentos seria uma simplificação. A relação entre médicos e demais profissionais, quando regulada pela autoridade originada na competência profissional, tem consequências muito semelhantes àquelas resultantes da utilização da autoridade burocrática.

Nessa conjuntura, lidar com conflitos é uma constante no cotidiano dos

gerentes em toda e qualquer organização. A ação (do mesmo modo que o conflito) depende do espaço que o indivíduo ocupa num contexto determinado e que condiciona seu acesso a informações, assim como das disposições mentais, cognitivas e afetivas desse mesmo indivíduo, sendo, em parte, pré-formadas por uma socialização passada. O conflito é, portanto, efeito da posição na estrutura organizacional e das intencionalidades assumidas por um determinado ator. A organização que o gestor vê não é a mesma que o funcionário da recepção ou da equipe técnica vê. Essas diferenças são parte das tensões constitutivas de toda e qualquer organização e explicam, em boa medida, os conflitos que invadem as agendas dos seus gerentes (CECÍLIO, 2005).

Nesse contexto, Cecílio (2005) considera os conflitos como característica intrínseca e inerradicável da vida organizacional. Mesmo situações aparentemente corriqueiras remetem à “espessura”, o conjunto de instituídos, de instituições que atravessam e se enfrentam em uma intrincada rede de poder e de inconciliáveis visões de distintos atores a partir de diferentes lugares que ocupam. Conflito é fenômeno, é comportamento, é ruído, é “superfície”. As tensões constitutivas seriam a “espessura”, a estrutura, os lugares instituídos.

A utilização do conflito como matéria-prima para a gestão depende, fundamentalmente, da capacidade dos coletivos viabilizarem novos arranjos e contraturalidades ou tornar observáveis, visíveis e abertos, os conflitos que ficam encobertos, rechaçados das pautas de decisão, perpetuando o mal-estar da organização. Para construir um espaço autoanalítico nos coletivos dos serviços de saúde, há, no entanto, certas exigências ou cuidados nem sempre levados em consideração. A primeira é a existência de atores implicados na situação conflituosa com suficiente poder e/ou autoridade para enunciar o conflito como problema e conseguir a constituição de um coletivo com motivação para colocá-lo em análise. A segunda exigência diz respeito à capacidade do grupo para desenvolver o processo autoanalítico: saber lidar com conceitos, reconhecer e enunciar elementos que compõem a “espessura”, mas, principalmente, suportar dizer e escutar o que normalmente não se diz e não se escuta nas organizações (CECÍLIO, 2005).

Retomando a discussão acerca dos modelos de gestão, Cecílio (2007) alerta para dois cuidados a ser tomados na perspectiva da gestão em saúde: o desvio funcionalista, enxergando o trabalhador apenas pelas funções que exerce dentro da organização, seguindo uma lógica instrumental que se reflete em termos

como “recursos humanos” ou “gestão de pessoas”; e o desejo por parte do gestor de lidar com o que o autor denomina de “trabalhador moral”, aquele que fará adesão automática aos conceitos e modos de organização propostos. O trabalhador moral estaria “moralmente comprometido” com determinados projetos considerados justos e necessários (avaliação de quem os formula). Uma metáfora possível seria a de uma folha em branco onde os gestores ou gerentes escreveriam o seu texto. Seria um ator que opera nos espaços que os dirigentes definem, sempre dentro de uma moldura determinada pelos objetivos organizacionais.

Contrapondo-se a ideia de trabalhador moral, Cecílio (2007) salienta que o trabalhador não constitui uma “caixa vazia”, trazendo em si ideias, valores e concepções acerca de saúde e dos atos em saúde. Somos sujeitos que sujeitam os outros em certas situações, e somos sujeitos que se sujeitam em outras. Instituídos e instituintes. Agentes da mudança ou conservadores.

Destacamos aqui o alerta feito por Cecílio (2007) e que julgamos essencial para qualquer gestor em saúde: o risco de, em nome de nossos projetos “justos e necessários”, cairmos na tentação de tentar capturar a liberdade do trabalhador, tentar expropriá-lo de seu lugar de agente, ator, para transformá-lo em um “trabalhador moral”. O autor defende a ideia de que ao nos ocupar da gestão em saúde devemos necessariamente assumir a existência de um espaço de liberdade irreduzível dos trabalhadores, produtor de sentidos, mesmo que, muitas vezes, esses trabalhadores representem a reprodução de instituídos que parecem ir a uma direção oposta às propostas que julgamos inovadoras e necessárias.

Concordamos com Cecílio e Mendes (2004) ao destacar que as intenções de se implantar modelos gerenciais mais racionais e coordenados, visando o alinhamento dos trabalhadores aos objetivos da direção, serão sempre “deformadas” ao atravessarem o campo de forças imanentes à micropolítica dos processos de trabalho. Desse modo, a realidade organizacional é constantemente criada e recriada pelos trabalhadores, reafirmando inclusive hierarquias de dominação entre categorias profissionais. Há uma busca de preservação de identidade, defesa de interesses e espaços de autonomia. Nesse contexto, os autores identificam nas organizações de saúde três dimensões de poder. A primeira, autoridade/ordem, se materializa nos organogramas formais sendo reconhecida como legítima pelos dominados. A segunda, disciplinamento/controle, não se expressa de modo tão evidente, mas atravessa toda a organização através da burocratização, registro,

informatização e avaliação de procedimentos técnicos e administrativos, resultando em inúmeras relações que constituem a micropolítica do hospital e que precisam ser consideradas no processo de gestão das organizações hospitalares. A terceira, cooperação/consenso, refere-se mais a um “poder de” do que a um “poder sobre”.

Reiterando a opinião de que as três dimensões de poder estão presentes em todas as organizações, Cecílio e Mendes (2004) salientam que, frequentemente, modelos de gestão de caráter mais democrático privilegiam a dimensão cooperação/consenso e deixam na sombra as outras dimensões de poder resultando em certo mal estar da organização, ou seja, se manifestam na organização como contradições da gestão percebidas pelos trabalhadores. Assim, é possível encontrar também algumas contradições dos colegiados gestores que não garantem por si sós a distribuição de poder e espaços de decisão legitimados por todos os profissionais de saúde. Mesmo os modelos participativos podem ser altamente controladores, seja pela falta de legitimidade das decisões, quando o grupo funciona apenas como referendo, ou pela maior visibilidade que se consegue sobre as práticas dos trabalhadores.

Confirmando essa ideia, Cecílio (2007) aponta como ponto de partida de toda a pretensão de se conduzirem mudanças verdadeiras na forma de se fazer a gestão e de se organizar o cuidado em saúde, a capacidade de aprender a interrogar o mundo do trabalho, antes de propor, aprioristicamente, conceitos e/ou modos prescritivos de ação. É necessário não levar prontas, sistematizadas, encadeadas, categorias incrustadas em modelos ou métodos, mas desconstruir e reconstruir categorias/conceitos/sentidos no encontro dialógico, tenso, com o outro, também produtor de conceitos, de categorias que nem sempre são as nossas ou têm os mesmos sentidos das nossas. O uso, portanto, de “conceitos em movimento”. A interrogação é o método.

4. CAMINHOS DA PESQUISA

4.1. Natureza e tipo de estudo

A pesquisa qualitativa, dentro de uma perspectiva hermenêutica, foi considerada a mais adequada por permitir a compreensão tanto de aspectos objetivos como organogramas, fluxogramas, serviços e práticas em saúde, quanto de aspectos subjetivos como intencionalidade, sentidos e significados subjetivos inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais.

A hermenêutica é a disciplina que se ocupa da arte de compreender textos, aqui entendido como biografia, narrativa, entrevista, documento, entre outras formas de expressão do humano mediadas pela linguagem. Sua unidade temporal é o presente, o momento do encontro entre o passado e o futuro. (MINAYO, 2002).

Discutindo a hermenêutica como método de análise, Minayo (2002) aprofunda a noção do termo “compreender”. O movimento interior e relacional de compreender é imanente ao humano, mas sendo mediado pela linguagem que nem sempre é transparente em si mesma, tanto é possível chegar a um entendimento mais completo como a um “não entendimento”. Nasce, então, a necessidade da tarefa hermenêutica, quando a compreensão passa a exigir um esforço, um debruçar-se sobre o pensamento do outro e um exercício da relação empática.

Discutindo um dos principais autores de referência para a conceituação da hermenêutica, Caprara (1999) acrescenta que, para Paul Ricoeur, o mundo em que vivemos está linguisticamente construído e historicamente dado. Desse modo, ao assumir a construção do mundo vinculado à língua, à linguística, aos significados e aos signos, estamos tratando dos processos de comunicação que diferenciam e unificam os grupos. Este processo se dá pela compreensão de uma linguagem que não se restringe à linguagem verbal, mas inclui a linguagem corporal e gestual.

Nesse sentido, Minayo (2002) acrescenta a importância do componente simbólico no campo da análise hermenêutica, devendo sua compreensão ser entendida como parte da ocorrência, da formulação e do sentido de todo o enunciado. “O ato do entendimento, mais do que um desvendamento da verdade do objeto, é a revelação do que o outro (o tu) coloca como verdade” (p.88).

Em outras palavras, não se intenciona alcançar a verdade de fatos, mas a verdade de sentidos, o que é verdade para o sujeito. Para tanto, é importante diferenciar a compreensão da contemplação.

Discutindo o ato de compreender, Morin (2011) diferenciou a compreensão intelectual da compreensão humana intersubjetiva, afirmando que a comunicação não garante a compreensão. A compreensão intelectual ou objetiva passa pela inteligibilidade e pela explicação, enquanto a compreensão humana intersubjetiva vai além da explicação, incluindo, necessariamente, um processo de empatia, de identificação, de projeção, pedindo abertura, simpatia e generosidade.

Não são apenas vias econômicas, jurídicas, sociais e culturais que facilitarão a compreensão, é preciso recorrer às vias intelectuais e éticas, capazes de desenvolver a dupla compreensão, intelectual e humana. A compreensão não desculpa nem acusa, ela evita a condenação reconhecendo que todos conhecem a fraqueza e o erro. A compreensão do outro requer a consciência da complexidade humana (MORIN, 2011).

4.2. Cenário da pesquisa

A pesquisa foi realizada no município de Fortaleza, capital do estado do Ceará. A fundação da cidade data de 13 de abril de 1726. Sua população é de 2.452.185 segundo dados do Censo IBGE/2010. Sua área é de 313,140 km² e sua densidade demográfica de 7.819 habitantes por km².



FIGURA 3: Mapa do Estado do Ceará por cidades e limites estaduais.

Fonte: http://www.ceara.com.br/cepg/mapa_ceara.htm



FIGURA 4: Divisão territorial do município de Fortaleza por bairros e limites municipais.

Fonte: <http://www.ceara.com.br/fortaleza/mapadefortaleza.htm>

Em termos administrativos, o município está dividido em seis Secretarias Executivas Regionais (SER). Cada SER dispõe de um Distrito de Saúde, Educação, Meio Ambiente, Finanças, Assistência Social e Infraestrutura. Em relação à Saúde, a política municipal é gerenciada pelas SER através de seus Distritos de Saúde, tendo como órgão gestor a Secretaria Municipal de Saúde (FORTALEZA, 2007).

Fortaleza apresenta capacidade instalada para atenção à saúde nos níveis primário, secundário e terciário, sendo referência em âmbito micro e macrorregional. Dos estabelecimentos de saúde cadastrados no CNES, 6,19% são públicos e 93,81% privados. Dentre os públicos, 81,88% são da esfera municipal, 14,77% são da esfera estadual e 3,36% da esfera federal. Dos estabelecimentos públicos, 72,95% são Unidades Básicas/Centro de Saúde (FORTALEZA, 2007).

A organização do sistema municipal de saúde tem se dado em Fortaleza através de Redes Assistenciais (RA), sendo elas: RA da Estratégia Saúde da Família; RA Ambulatorial Especializada; RA da Urgência e Emergência; RA Hospitalar; RA da Saúde Mental. Em relação à última, desde 2005, em consonância com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, adotou-se como eixo norteador a implantação de uma rede de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, incluindo o esforço pelo fechamento de leitos psiquiátricos em hospitais especializados.

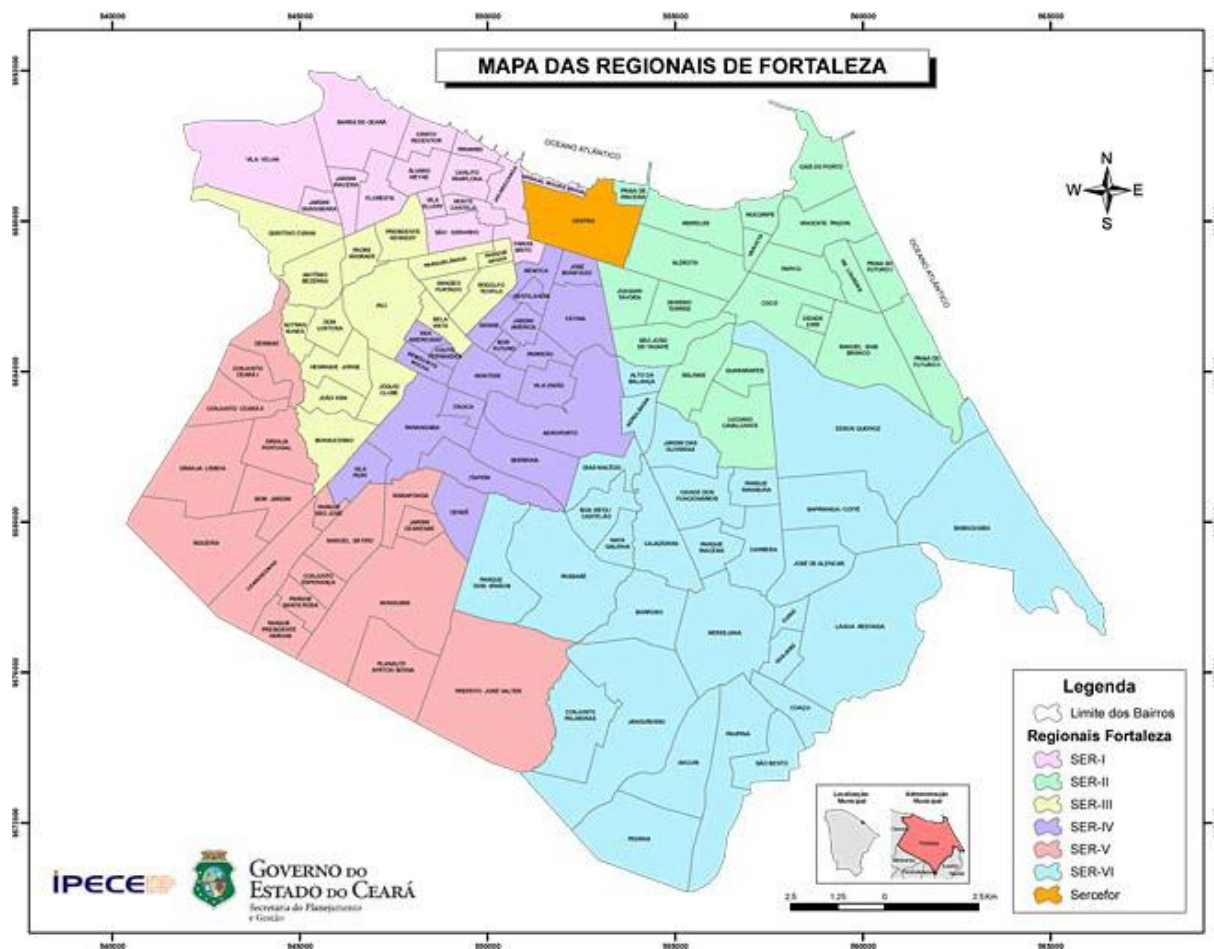


FIGURA 5: Divisão administrativa da cidade de Fortaleza. Secretarias Executivas Regionais (SER)
 Fonte: <http://www2.ipece.ce.gov.br/atlas/capitulo1/11/140x.htm>

A Rede Assistencial à Saúde Mental em Fortaleza está composta hoje pelos seguintes serviços: 6 (seis) Centros de Atenção Psicossocial para usuários com transtornos mentais (CAPS gerais), um dos quais funcionando 24 horas; 6 (seis) Centros de Atenção Psicossocial para usuários com transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas: álcool e outras drogas (CAPS ad), também com um em funcionamento 24 horas; 2 (dois) Centros de Atenção Psicossocial para infância e adolescência (CAPS i); 2 (duas) Residências Terapêuticas; 14 (quatorze) leitos psiquiátricos em hospital geral; 12 (doze) leitos de desintoxicação em hospital geral; 1 (uma) Ambulância do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) específica para saúde mental; 18 (dezoito) equipes de apoio matricial em saúde mental na atenção básica; 3 (três) Ocas de Saúde Comunitária; 1 (um) Consultório de Rua (FORTALEZA, 2010).



FIGURA 6: Rede assistencial em saúde mental de Fortaleza.

Fonte: Fortaleza. Política de Saúde Mental do Município de Fortaleza, 2012.

Em processo de implantação, encontramos hoje: 2 (duas) Residências Terapêuticas; 1 (uma) Unidade de Urgência em Saúde Mental no bairro José Walter; 1 (uma) Unidade de Urgência em Saúde Mental para crianças e adolescentes; 1 (um) Centro Intersectorial de Referência do Crack e outras Drogas; 2 (dois) CAPS ad 24 horas. É importante destacar também o descredenciamento de 173 leitos psiquiátricos em hospitais especializados no ano de 2011(FORTALEZA, 2011).

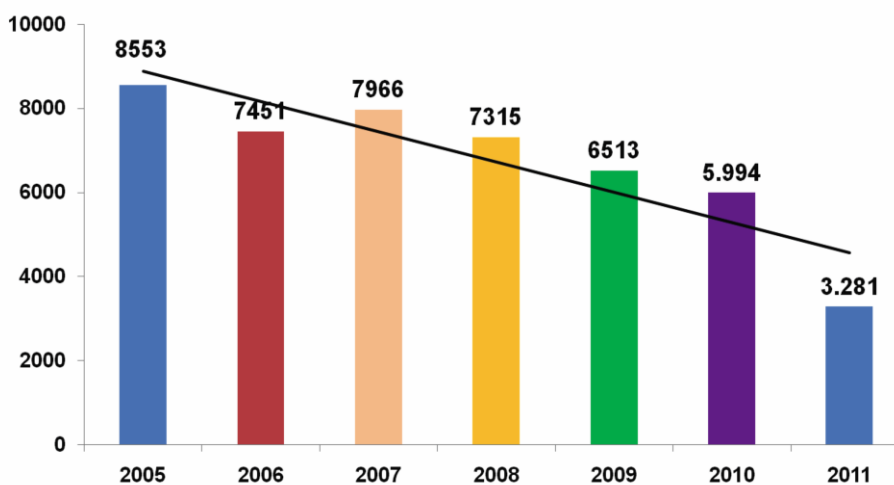


FIGURA 7: Distribuição das internações psiquiátricas por ano (2005-2011) em Fortaleza.

Fonte: DATASUS atualizado em 19 de setembro de 2011.

O Colegiado Gestor de Saúde Mental em Fortaleza é composto hoje por 1 (um) coordenador geral, 6 (seis) coordenadores regionais, 14 (quatorze) coordenadores de Centros de Atenção Psicossocial, 1 (um) coordenador do Serviço Hospitalar de Referência para usuários de álcool e outras drogas e 3 (três) assessores técnicos.

Para fins dessa pesquisa, utilizamos, especificamente, o CAPS geral da SER IV, em funcionamento desde 2001, um dos primeiros CAPS da cidade de Fortaleza. O prédio que sedia o serviço é uma construção histórica, antigo mercado de carne e matadouro do Montese (séc. XIX), que recebia os animais que vinham pelo “Caminho do Gado”, hoje Avenida Gomes de Matos (SAMPAIO; GUIMARÃES; ABREU, 2010).

A regional IV possui área territorial de 34.272 km², abrangendo 19 bairros: São José Bonifácio, Benfica, Fátima, Jardim América, Damas, Parreão, Bom Futuro, Vila União, Montese, Couto Fernandes, Pan Americano, Demócrito Rocha, Itaoca, Parangaba, Serrinha, Aeroporto, Itaperi, Dendê e Vila Pery. Sua população é de aproximadamente 305 mil habitantes, segundo censo do IBGE. A rede de saúde é formada por 12 unidades de atendimento básico, além de três CAPS e um Centro de Atendimento à Criança. A Regional possui ainda a segunda maior emergência do Estado do Ceará, o “Frotinha da Parangaba” (<http://www.fortaleza.ce.gov.br>). No entanto, não há formalização de emergência psiquiátrica nas emergências gerais ou leitos em hospitais gerais. A SER IV é predominantemente homogênea segundo critérios sócio-demográficos, com predomínio da classe média. Em relação à distribuição da população pelo território, existem “corredores” que separam grandes vazios habitacionais (SAMPAIO; GUIMARÃES; ABREU, 2010).



FIGURA 8: Distribuição da Regional IV por bairros (Fonte: <http://www.fortaleza.ce.gov.br>).

O CAPS geral da SER IV conta com 9.756 cadastrados (dado atualizado em 03 de agosto de 2012). A equipe atual é composta, além da coordenadora, por: Auxiliares Administrativos; Auxiliares de Enfermagem; Artistas; Assistentes Sociais; Digitador; Enfermeiras; Farmacêuticos; Guardas Municipais; Médicos; Nutricionista; Terapeutas Ocupacionais; Porteiro; Psicólogas; Vigilantes; Zeladores.

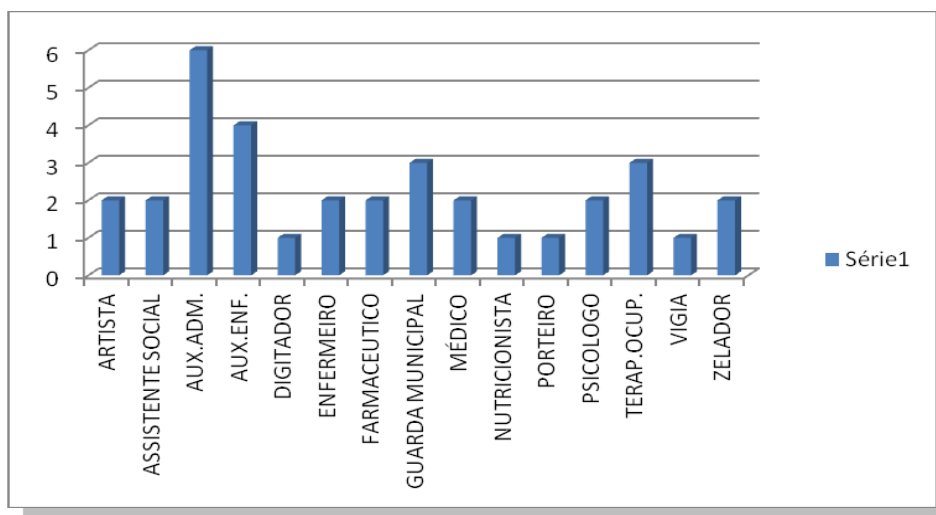


FIGURA 9: Distribuição dos trabalhadores em relação a função que exercem.

Fonte: FORTALEZA. Relatório de Gestão do CAPS Geral da SER IV, 2011.

A equipe é composta por uma maioria significativa de mulheres (74%), enquanto os homens compõem apenas 26% da equipe. Em relação aos vínculos contratuais, é importante enfatizar que a maioria dos trabalhadores (56%) são terceirizados, contratados através do Instituto de Desenvolvimento e Apoio em Gestão a Saúde (IDGS) e 39% são concursados, contratados pela Prefeitura Municipal de Fortaleza (PMF).

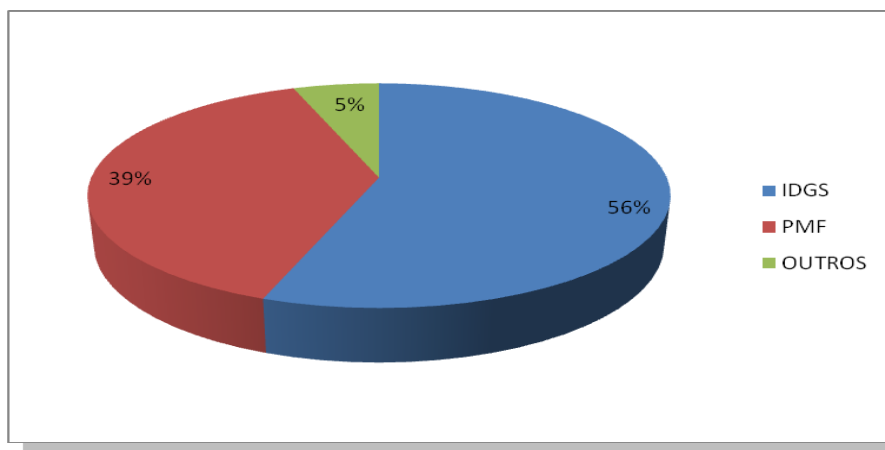


FIGURA 10: Distribuição dos trabalhadores em relação ao vínculo contratual.

Fonte: FORTALEZA. Relatório de Gestão do CAPS Geral da SER IV, 2011.

Em relação às atividades desenvolvidas pela equipe, encontramos:

QUADRO 1: Atividades desenvolvidas pela equipe

Nº	Atividade
01	Planejamento, execução e avaliação das ações-realizadas nas rodas da equipe;
02	Atendimentos grupais e individuais a transtornos mentais moderados e severos e atendimentos conjuntos com atenção básica a transtornos leves ou sofrimento psíquico;
03	Atendimento a familiares de portadores de transtornos mentais orientando-os a participar dos projetos terapêuticos, bem como de acolher o sofrimento familiar e gerar condições de manutenção do cuidado;
04	Visitas domiciliares a pacientes sem condições de saúde para vir ao serviço;
05	Visitas institucionais com objetivos diversos;
06	Dispensação de medicações a usuários do serviço;
07	Mobilização e orientação de comunidades, agentes de saúde ou cidadãos para o cuidado de pacientes com transtornos mentais graves em situação de rua ou sem cuidadores;
08	Articulação interinstitucional para abordagens e atendimentos a casos específicos, bem como para processos de inclusão social;
09	Busca ativa a pacientes em situação de abandono de tratamento;
10	Projetos de desinstitucionalização de pacientes com internações longas, contando com o apoio das Promotorias e Defensorias, elaboração de relatórios e participação em audiências;
11	Apoio matricial às instituições sociais independente da especificidade da política setorial;
12	Monitoramento multi e interdisciplinar na administração de medicações para pacientes em situação de risco ou sem condições de autocuidado;
13	Alimentação para pacientes intensivos ou semi-intensivos durante realização das atividades;
14	Participação em eventos da sociedade civil e política;
15	Emissão de relatórios e laudos necessários às inclusões previdenciárias e assistenciais;
16	Passeios terapêuticos coletivos e individuais;
17	Estudos de caso para construção ou avaliação dos projetos terapêuticos;
18	Consultas de enfermagem e grupo de educação em saúde para promoção da saúde;
19	Apoio e participação nas Assembleias de usuários e conselho local;
20	Participação e colaboração no projeto saúde-escola.

Fonte: FORTALEZA. Relatório de Gestão do CAPS Geral da SER IV, 2011.

Em 2011, o fechamento da Clínica de Saúde Mental Doutor Suliano e a interrupção dos atendimentos do Instituto de Psiquiatria do Ceará (IPC) ampliou a demanda no CAPS que já apontava necessidade de adequação de sua capacidade de atendimento física, material e humana. Foi aberta uma lista de espera para avaliação do perfil para atendimento em CAPS, o que inexistia no serviço há cerca

de quatro anos. Além disso, a saída de profissionais médicos, reduzindo 60 horas de atendimento, prejudicou ainda mais o acesso dos usuários ao serviço. A lista de espera no início de 2012 contava com 264 registros (FORTALEZA, 2011).

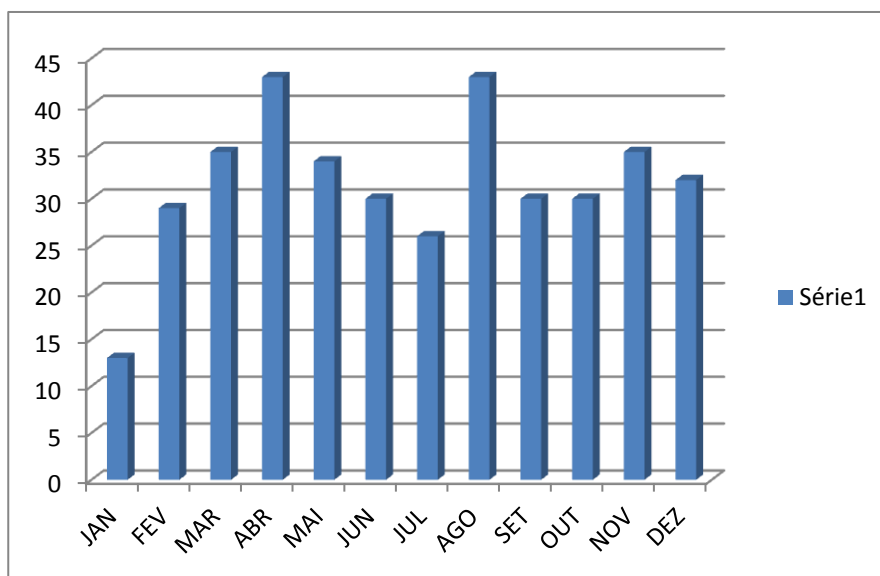


FIGURA 11: Distribuição da admissão de novos usuários ao longo do ano de 2011 no CAPS geral SER IV (Fonte: FORTALEZA. Relatório de Gestão do CAPS Geral da SER IV, 2011).

Sampaio, Guimarães e Abreu (2010) relatam a experiência de supervisão clínico-institucional realizada no CAPS geral da SER IV no período de agosto de 2008 a agosto de 2009, destacando as principais dificuldades relatadas pela equipe: demanda excessiva e desorganizada; amparo precário da atenção primária; formação médica centrada na psicofarmacoterapia; precária organização interna do processo de trabalho; precária articulação do serviço com os demais CAPS, assim como com o Sistema de Saúde e de Assistência Social; insipiente referência de leitos psiquiátricos em hospital geral e falta de apoio psiquiátrico nas urgências/emergências gerais; e limitação no manejo interno das relações interpessoais, intercorporativas e interteóricas.

No Relatório de Gestão do ano de 2011 do CAPS geral da SER IV podemos encontrar ainda outras dificuldades enfrentadas pela equipe: espaço físico inadequado; falta de materiais e insumos necessários à execução do projeto terapêutico institucional; quantidade de profissionais médicos insuficiente em relação à demanda; ausência de direcionamento sólido referente ao apoio matricial; e necessidade de investimento em educação permanente para recursos humanos.

4.3. Participantes da pesquisa

Para compreender a micropolítica dos processos de trabalho no cotidiano da produção do cuidado em saúde mental, optamos pela investigação de apenas um Centro de Atenção Psicossocial. A escolha por apenas uma equipe objetiva aprofundar o estudo, observando, investigando e analisando as relações de trabalho, as quais possuem dimensões técnicas, políticas, subjetivas e afetivas, constituindo uma complexa rede de relações interpessoais.

O CAPS geral da Secretaria Executiva Regional (SER) IV foi definido como objeto de nossa investigação em razão de estar localizado na mesma SER da Universidade Estadual do Ceará (UECE), constituindo-se, inclusive, como campo de estágio desta Universidade.

Foram incluídos na pesquisa 15 trabalhadores de saúde mental componentes da equipe do CAPS geral da SER IV que aceitaram participar da pesquisa por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Além dos trabalhadores, foram incluídos na pesquisa 03 coordenadores, sendo estes: 01 coordenador municipal de saúde mental; 01 coordenador regional de saúde mental (SER IV); e 01 coordenador da unidade (CAPS geral da SER IV).

A composição dos grupos de entrevistados foi organizada como segue (Quadro 2): **Grupo I**, representado por coordenadores em atuação no CAPS geral da SER IV (Quadro 3); **Grupo II**, representado por trabalhadores de saúde mental da equipe do CAPS geral da SER IV (Quadro 4).

O limite máximo de 18 entrevistas com trabalhadores e gestores, se deu por profundidade das questões levantadas, abrangência dos objetivos durante o processo de coleta e análise, denominado saturação teórica, que para Fontanella, Ricas e Turato (2008) é construída através de um processo contínuo de análise de dados, iniciado já no início do processo de coleta. Considerando os objetivos da pesquisa, dá-se um momento em que pouco de substancialmente novo aparece no conjunto dos entrevistados.

QUADRO 2: Descrição dos grupos de representantes para o estudo

Grupo	Representação	Nº de sujeitos
I	Coordenadores	03
II	Trabalhadores de saúde mental	15

QUADRO 3: Descrição dos coordenadores e número de sujeitos do Grupo I

Grupo I	Nº de sujeitos
Coordenação Municipal de Saúde Mental	01
Coordenação Regional de Saúde Mental da SER IV	01
Coordenação do CAPS geral da SER IV	01
Total de sujeitos do Grupo I	03

QUADRO 4: Descrição dos trabalhadores e número de sujeitos do Grupo II

Grupo II	Nº de sujeitos
Médico (Clínico e Psiquiatra)	02
Enfermeiro	01
Auxiliares de Enfermagem	03
Psicólogo	01
Terapeuta Ocupacional	01
Assistente Social	02
Farmacêutico	01
Artista	01
Auxiliar Administrativo	01
Cozinheiro	02
Total de sujeitos do Grupo II	15

4.4. Técnicas e instrumentos de coleta de dados

Para coleta de dados utilizamos a entrevista aberta e a observação sistemática das práticas. A coleta se deu no período de abril a agosto de 2012, incluindo participação quinzenal nas rodas de equipe.

A entrevista é uma técnica que possibilita abordar questões subjetivas como pressupostos teórico-conceituais, preconceitos, significados e sentidos individuais relacionados aos processos de trabalho. Minayo (2005) define a entrevista como uma conversa com finalidade e a entrevista aberta ou em profundidade como um convite ao entrevistado para falar livremente sobre um tema. As perguntas do entrevistador, nesse caso, buscam dar mais profundidade às reflexões. Britten (2009) descreve a entrevista em profundidade como questões abertas, onde se realiza uma pergunta inicial e as perguntas adicionais podem ser baseadas no que a pessoa disse, objetivando esclarecimentos e busca de detalhes.

Apesar de ser aberta, a preparação do roteiro deve obedecer a alguns critérios. Concordamos com Gil (2009) quando define algumas regras gerais referentes à elaboração do roteiro, dentre as quais salientamos o cuidado ao

abordar temas potencialmente capazes de provocar constrangimentos, como condutas reconhecidas socialmente como negativas. O roteiro precisa, ainda, ser capaz de manter o encadeamento lógico das ideias, assim como a manutenção do interesse do entrevistado. Turato (2003) acrescenta que, ao considerar o discurso do sujeito, o pesquisador pode pedir mais detalhes sobre algo que não ficou claro ou que os significados e sentidos não parecem explícitos.

A observação sistemática visou possibilitar o confronto com os dados apreendidos entre a representação (fala/depoimento) e a prática. Sobre as categorias de observação, Gil (2009) destaca que variam de acordo com os objetivos da investigação, mas de um modo geral envolvem duas grandes categorias: a observação do contexto e a observação do comportamento das pessoas. Chizzotti (1995) acrescenta que observação enfoca os eventos no momento concreto da ação e pode relacioná-los a outros atos que interagem na sua ocorrência, permitindo uma percepção mais compreensiva do objeto em estudo.

A análise dos processos produtivos no interior de uma organização tem sido o grande desafio atual para compreender o modo de produção do cuidado, que por si mesmo traz inscrito no seu cerne a ação dos trabalhadores em relação consigo mesmo, com os usuários dos serviços de saúde e com os processos organizacionais. Esses estudos se complexificam na medida em que percebemos que uma organização qualquer não se movimenta apenas pelo comando das leis que tentam reger o seu funcionamento (FRANCO; MERHY, 2007, P.6).

Discutindo sobre o ato de observar, Pope e Mays (2009) salientam que a observação se baseia na atuação do pesquisador como instrumento de pesquisa e na documentação do mundo que ele observa. A qualidade de tais estudos depende diretamente da qualidade do pesquisador, no entanto, os autores reconhecem que é impossível observar ou registrar tudo, mas a tarefa do pesquisador é documentar o mais detalhadamente possível o que aconteceu.

A observação sistemática foi orientada pelo roteiro de observação (Apêndice E), e contou com os registros no diário de campo da pesquisadora. A entrevista aberta (Apêndice C e D) foi pautada em um roteiro orientador que contemplou os aspectos relacionados à organização dos processos de trabalho no cotidiano da instituição e relações interpessoais da equipe multidisciplinar. As entrevistas foram gravadas e transcritas para análise qualitativa dos dados.

Em síntese, a coleta do material empírico manteve os princípios éticos que norteiam o trabalho científico, guardando o anonimato e sigilo quanto à autoria

das respostas dos entrevistados e observados. O Quadro 5 sistematiza as técnicas de coleta de dados relacionados aos objetivos da investigação.

QUADRO 5: Objetivos e técnicas de coleta de dados

Objetivos	Técnicas de coleta de dados
Compreender a micropolítica dos processos de trabalho no cotidiano da produção do cuidado em saúde mental	Entrevista aberta Observação sistemática
Descrever como se organiza o processo de trabalho e a construção dos projetos terapêuticos no cotidiano da atenção psicossocial	Entrevista aberta Observação sistemática
Identificar o que orienta as práticas dos trabalhadores de saúde mental no contexto da Reforma Psiquiátrica	Entrevista aberta Observação sistemática
Analisar os desafios do trabalho em equipe e da coordenação de um Centro de Atenção Psicossocial.	Entrevista aberta Observação sistemática

4.5. Plano de análise dos dados

A análise dos dados foi orientada pela hermenêutica de interpretação de Paul Ricoeur (2002). Utilizamos também a Rede de Petições e Compromissos objetivando ampliar a análise do serviço em sua dimensão micropolítica.

Discutindo o processo interpretativo a partir de Ricoeur, Geanellos (2000) destaca que esse se dá em etapas, sendo a vivência expressa por meio da linguagem, recolhida mediante entrevistas, transformada em textos e interpretada. Para Ricoeur (1978), o texto é o discurso fixado na escrita, no entanto, que quando o discurso se torna texto, torna-se também autônomo em relação à intenção do autor. “O que o texto significa já não coincide com aquilo que o autor quis dizer” (p.118).



Figura 12: Representação gráfica das etapas de interpretação de narrativas.

Fonte: CAPRARA, 2011 (anotações de aula, disciplina Antropologia da Saúde, CMASP/ CCS/ UECE).

O processo interpretativo é constituído por: distanciamento, apropriação, explicação e compreensão. Dessa forma, Geanellos (2000) afirma que o distanciamento, ao fixar a linguagem como texto, produz sua objetivação, permitindo várias interpretações, superando inclusive as intenções do autor. O texto é emancipado de seu contexto de produção, sendo possível interpretá-lo à luz de diferentes tradições sociopolíticas, históricas e culturais. A autora acrescenta que o distanciamento não é uma imposição metodológica, é constitutivo do fenômeno da transposição do discurso para o texto escrito.

Apropriar-se, por sua vez, significa expandir os próprios horizontes, ampliar o olhar, ampliar a si mesmo. A apropriação se dá quando o intérprete transforma o significado do texto em algo familiar, próprio. Juntos, distanciamento e apropriação constituem a dialética da interpretação. A apropriação permite a atualização do significado do texto. O interprete se apropria da palavra do texto e os horizontes interpretativos referentes ao mundo do texto se expandem (GEANELLOS, 2000). Já nos diria Ricoeur (1978, p.123), “o texto é a mediação pela qual nós nos compreendemos a nós mesmos” e acrescenta “compreender é compreender-se diante do texto” (p.124).

Descrevendo a contemplação, Minayo (2001) refere que esta implica em uma autoalienação, enquanto a compreensão exige a aproximação com a realidade histórica. “Os acontecimentos históricos ou da vida cotidiana são governados por uma profunda conjunção interna da qual ninguém é completamente independente, na medida em que todos são por ela penetrados de todos os lados” (p.87).

A hermenêutica exige, portanto, uma polaridade entre familiaridade e estranheza, opiniões prévias que devem ser consideradas e avaliadas para identificar possíveis distorções na compreensão do discurso. Não se considera aqui qualquer possibilidade de neutralidade, pelo contrário, é justamente pela profunda afirmação de que somos afetados pelo outro que precisamos estar atentos a componentes simbólicos capazes de comprometer a compreensão do texto.

A Psicanálise já nos diria acerca dos conteúdos inconscientes do discurso, os quais nem sempre se tornam expressos em uma primeira análise por parte do investigador. Miranda e Onocko Campos (2010) fazem referência à interpretação dos sonhos freudiana como metáfora para compreensão da interpretação hermenêutica de textos. As autoras enfatizam que o conteúdo do sonho causa impacto ao sonhador, mas não costuma lhe fazer sentido. É a partir do

trabalho interpretativo que esse sentido se manifesta através da construção de uma espécie de “enredo do sonho”.

Geanellos (2000) destaca, ainda, a natureza intersubjetiva da pesquisa interpretativa. Miranda e Onocko Campos (2010) acrescentam que a interpretação de uma narrativa requer um trabalho de construção em que o pesquisador se coloca como um interlocutor-narrador. As narrativas nunca estão prontas para ser extraídas, são sempre construções que nascem de uma relação.

Retomando a composição do processo interpretativo, Geanellos (2000) aponta que a explicação e a compreensão de um texto se iniciam por uma primeira leitura que permite a compreensão do todo, para depois passar a uma leitura e compreensão mais profundas de suas partes e da relação das partes com o todo. A primeira leitura permite ao intérprete construir uma expectativa inicial do significado do texto, o que poderá ou não ser confirmado ao longo do processo interpretativo. É a partir de um contínuo movimento entre as partes e o todo que a interpretação se aprofunda, permitindo ir além do que o “texto diz” (explicação) para alcançar sobre o que “texto fala” (compreensão).

Enquanto diálogo intersubjetivo, o significado do texto não se esgota no próprio texto, ou seja, um novo intérprete será capaz de conceder significados diferentes tornando sua potencialidade de significados inesgotável.

Em relação à análise hermenêutica, identificamos inicialmente as unidades de significação: trechos retirados das entrevistas e das observações, ricos de sentidos e significados em sua narrativa.

Os subtemas foram construídos por analogia de unidades de significação. Posteriormente, pelo mesmo processo, construímos os temas: Tema 1: Saúde Mental e Políticas Públicas no Brasil: da rede de atenção à saúde à intersectorialidade; Tema 2: Instituintes e Instituídos: processos de trabalho na construção de projetos terapêuticos singulares; Tema 3: Entre Afetos, Subjetividades e Disciplinaridades: desafios enfrentados pelos trabalhadores no cotidiano da atenção psicossocial; Tema 4: O Coordenador e os Desafios da Gestão Organizacional: em busca da democratização das relações de trabalho.



Figura 13: Representação Gráfica da Análise das Narrativas a partir da Hermenêutica com base em Paul Ricoeur.

A Rede de Petições e Compromissos (RPC) permite perceber a micropolítica do trabalho vivo e morto em ato, operando as tecnologias, a produção e seus resultados, assim como a tensão constitutiva do trabalho em saúde nos campos onde opera: a política, a organização e a produção da saúde (MERHY et al, 2007; FRANCO; MERHY, 2009; FRANCO; MERHY; 2011).

A RPC pode ser organizada em qualquer situação na qual se identifique certo jogo entre forças institucionais bem territorializadas que realizam e cristalizam interesses de distintos tipos e que se organizam como linhas de forças que disputam as várias lógicas que a instituição está expressando, explícita ou implicitamente. De um modo genérico, uma rede para a análise do modelo de gestão do processo de trabalho e do equipamento institucional deve ordenar, para interrogar, uma rede de expectativas entre as unidades produtoras que atuam no interior de um equipamento institucional governando recursos e fins (MERHY, 1998).

A Rede de Petições e Compromissos (RPC) pode ser aplicada tanto individual quanto coletivamente, servindo a objetivos diferentes em cada caso. No primeiro caso, individual, as ferramentas são capazes de identificar as demandas e pactos entre os diversos atores, setores e serviços, identificando ruídos presentes nessas relações intersubjetivas. Nesse caso, as ferramentas cumprem um papel investigativo, produzindo uma espécie de diagnóstico institucional. No segundo caso, coletivo, além do papel investigativo, as ferramentas permitem colocar a equipe em situação autoanalítica, evidenciando e tornando públicas as intencionalidades imanentes aos atos cuidadores, os nós-críticos dos processos de trabalho e seus fundamentos ético-políticos (MERHY et al, 2007).

Considerando que nosso objetivo foi apenas de caráter investigativo, construímos as RPC a partir das entrevistas individuais abertas, perguntando a cada profissional entrevistado sobre a organização do serviço, o cotidiano do trabalho e as relações interpessoais entre trabalhadores e entre trabalhadores e coordenadores.

Observando a complexidade dos resultados, com muitas unidades de sentido importantes para nossa discussão que, se agrupadas em apenas uma RPC se tornariam confusas, optamos por construir não apenas uma, mas seis Redes, seguindo o mesmo padrão de agrupamento da análise hermenêutica das narrativas. As Redes de Petição e Compromissos (RPC) foram apresentadas ao final de cada tema, conforme descrito no quadro 6. Cada tema resultou em, pelo menos, uma Rede, exceto o primeiro e último, sendo construídas duas redes em cada um.

Em relação ao primeiro tema, a razão de construção de duas RPC se deu com o objetivo de manter fidedignidade aos resultados, considerando que a Atenção Primária em Saúde está incluída na Rede de Atenção Psicossocial, enquanto os outros setores se relacionam como parceiros, implicando diferenças fundamentais no que se refere às expectativas dos trabalhadores e dispositivos de ação.

Quanto ao último, ambas poderiam ser apresentadas juntas, entretanto, em decorrência da quantidade de atores envolvidos e elementos significativos a ser incluídos, optamos pela divisão de modo a favorecer a compreensão. Considerando a complementaridade, procuramos integrar na análise as informações apresentadas em ambas as Redes.

Quadro 6: Distribuição das Redes de Petições e Compromissos (RPC) por temas e aspectos centrais.

Temas	Rede de Petições e Compromissos (RPC)	Aspectos Centrais
Saúde Mental e Políticas Públicas no Brasil: da rede de atenção à saúde à intersectorialidade	RPC na atenção primária em saúde mental	Atenção Primária em Saúde Mental
	RPC na atenção psicossocial intersectorial	Atenção Psicossocial Intersetorial
Instituintes e Instituídos: processos de trabalho na construção de projetos terapêuticos singulares	RPC na construção de projetos terapêuticos singulares	Projeto Terapêutico Singular
Entre Afetos, Subjetividades e Disciplinaridades: desafios enfrentados pelos trabalhadores no cotidiano da atenção psicossocial	RPC no trabalho em equipe no CAPS	Trabalho em Equipe
O Coordenador e os Desafios da Gestão Organizacional: em busca da democratização das relações de trabalho	RPC na Gestão Profissional e Organizacional no CAPS	Cogestão, participação e democratização das relações de trabalho
	RPC na Gestão Organizacional e Sistêmica na atenção psicossocial	

4.6. Questões éticas

O projeto foi submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Universidade Estadual do Ceará (UECE) onde foi avaliado e recebeu parecer favorável nº 11581869-3. A pesquisa de campo foi iniciada após sua aprovação. Os sujeitos entrevistados e observados tiveram acesso ao Parecer do CEP e ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A e B), que foi assinado, afirmando assim a disponibilidade do sujeito para participar da pesquisa conforme Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2000). O termo de consentimento foi assinado por todos os sujeitos entrevistados.

Em se tratando dos aspectos éticos em pesquisa envolvendo seres humanos, com base na Resolução 196/96, o pesquisador ficará responsável, caso necessário, por suspender a pesquisa imediatamente se perceber algum risco ou dano à saúde do sujeito participante.

As entrevistas foram gravadas na íntegra quando autorizadas previamente pelos entrevistados. Os entrevistados que não autorizaram a gravação da entrevista, tiveram acesso às anotações do pesquisador, sendo permitido a eles a modificação ou acréscimo de questões referentes a seu depoimento. Após a coleta, os dados contidos no material gravado foram analisados e serão guardados por cinco anos, sob responsabilidade do pesquisador.

As observações foram registradas em diário de campo e, juntamente com os discursos dos sujeitos entrevistados, transformadas em narrativas que constituíram o material de análise.

Em síntese, a coleta do material empírico respeitou os princípios éticos que norteiam o trabalho científico, guardando o anonimato e sigilo quanto à autoria das respostas dos entrevistados e observados.

5. RESULTADOS DA PESQUISA

5.1. Saúde Mental e Políticas Públicas no Brasil: da rede de atenção à saúde à intersetorialidade

Nas narrativas dos trabalhadores de saúde mental, foi possível identificar queixas e olhares pessimistas acerca do sistema de saúde pública brasileiro, a exemplo da atenção primária em saúde. [...] *É o sistema que não funciona direito, tem o sistema primário que não funciona em canto nenhum, você pode procurar um programa de saúde da família que funcione realmente [...].* Nesse contexto, a precarização do trabalho é referida como uma característica generalizada em todo o sistema. [...] *É cansativo como é em todo canto. Não tem nenhum ambiente de trabalho de saúde pública que você não vá ter seus estresses, dificuldades de trabalho, em todos eles você vai ter, então não tem pra onde correr não [...].*

Concordamos com Aguiar (1988), quando afirma que o Sistema Único de Saúde representa uma grande vitória democrática no Brasil, no entanto, sua consolidação ainda constitui uma luta, um processo que continua a exigir medidas que tornem realidade, não só de direito, mas de fato, os pressupostos que o fundamentam, garantindo à população brasileira atenção à saúde efetiva e de qualidade. Nos discursos dos trabalhadores, por exemplo, o próprio acesso ao sistema de saúde se mostra comprometido.

[...] Por isso você vê paciente seis meses aguardando consulta no CAPS e eu acho que aqui demora é pouco. Pegue um paciente desse do PSF e vá arranjar uma vaga no neurologista, passa um ano. Eu já tive paciente aqui que esperou dois anos por uma consulta. Exame especializado, reumatologista, todos eles demoram [...].

Schwartz et al (2010) destacam que a produção de saúde decorre de dois macrocomponentes que se influenciam mutuamente: (1) a organização de políticas públicas que distribuem renda; e (2) a garantia de acesso a serviços e ações integrais de saúde. Nesse sentido, é imperioso pensar o acesso não apenas em termos de garantia de direito prevista em lei, mas identificar o nível de “reconhecimento” dos vários atores que compõem essa sociedade em relação à compreensão e à assimilação dos seus direitos (sociais, civis e políticos), isso afeta as formas e possibilidades de como a cidadania se enraíza nas práticas sociais.

No que se refere à Política Nacional de Atenção Psicossocial, a efetivação da atenção primária em saúde mental constitui peça fundamental nessa sofisticada engrenagem que compõe a atenção integral e humanizada à saúde. Apesar disso, os discursos revelam significativas quebras no fluxo pela Rede de Atenção.

[...] Uma das dificuldades que a gente tem é que a gente encaminha paciente, transfere paciente, mas não tem médico no posto. Ai o que acontece? O paciente vai voltar pro CAPS e não serviu de nada o encaminhamento, o paciente não tem perfil pra CAPS, mas vai voltar ao serviço pra pegar receita ou ter algum acolhimento. Então o sistema tá adoecido também [...].

O Programa Saúde da Família (PSF), hoje denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), foi lançado pelo Ministério da Saúde em 1994. Essa estratégia foi concebida como porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado, visando intervir nos fatores de risco a que a população de um determinado território está exposta, prestando assistência integral, permanente e de qualidade (CASTRO; NÓBREGA-THERRIEN, 2009). Esse modelo de atenção, do mesmo modo que a atenção psicossocial, a partir da reforma sanitária e psiquiátrica, rompe com antigas concepções e práticas em saúde nas quais predominava a atenção individualizada, especializada e pontual, centrada em grandes centros de saúde, distantes do território e com atos de saúde que privilegiavam o sintoma em detrimento do sujeito. Infelizmente, a formação profissional ainda encontra descompasso em relação às exigências do cotidiano a partir desse novo paradigma.

Nesse cenário, a educação permanente surge como uma estratégia fundamental de qualificação do cuidado em qualquer nível de complexidade e área técnica de atuação. No que se refere à atenção primária, visando conectar teoria e prática, surgem os programas de especialização, residências multiprofissionais e residência em medicina de família e comunidade (CASTRO; NÓBREGA-THERRIEN, 2009). Nas narrativas, entretanto, o reconhecimento profissional não corresponde à qualificação e, na prática, a complexidade do cotidiano da atenção primária continua sendo vivenciado por profissionais com apenas a formação de base.

[...] hoje você faz uma residência em saúde da família e você faz o que? Nada, não se diferencia. Você vai fazer a mesma coisa que o recém-formado. É como você fazer uma residência em clínica médica, você não fez nada. Você é o que? Você é clínico. E o cara que saiu da faculdade? Também é clínico. Então você tem que fazer outra subespecialidade [...].

Do mesmo modo, a falta de incentivo financeiro também dificulta o investimento profissional em qualificação.

[...] Você vai ganhar a mesma coisa, não tem um estímulo. Dificilmente vai ter um município que vai dizer 'como você tem residência você vai ganhar mais'. Não tem nenhuma lei que regulamente isso. O Ministério da Saúde talvez até preconize, eu não sei direito, mas não existe nada regulamentado. Então você se desestimula [...].

Esse contexto pode acarretar um pequeno envolvimento por parte dos trabalhadores, sem abraçar o trabalho como um projeto de vida pessoal ou profissional. *[...] Eles vão pro PSF enquanto não vão pra residência, enquanto eles não fazem outra coisa, estão lá de passagem [...].* Esse cenário compromete a efetivação da atenção à saúde mental na atenção primária, na medida em que resulta na indisponibilidade ou incompreensão dos profissionais em relação às demandas em saúde mental.

[...] quando a gente começa a trabalhar com o apoio matricial a gente começa a perceber que as demandas que muitas vezes chegam à atenção básica e muitas vezes nem sequer são percebidas, e outras são percebidas, mas poderiam ser trabalhadas lá e acabam sendo direcionadas, ou psicologizadas ou transformadas em adoecimento, o que na verdade muitas vezes é sofrimento e muitas vezes na verdade nem sofrimento não é [...].

Desse modo, Oliveira (2010) enfatiza a dificuldade enfrentada pelas equipes da atenção primária diante da organização de seu trabalho, tendo que equilibrar atividades de acolhimento e ações planejadas com o cumprimento de tarefas, “programas” e atendimento da “demanda espontânea”. Como resultado, assistimos a um funcionamento burocratizado e ainda centrado no médico.

A reformulação do processo de trabalho deve, portanto, não apenas incrementar ações, mas provocar mudanças nos sujeitos e nos contextos, para o que Oliveira (2010) propõe o projeto terapêutico singular (PTS) como estratégia fundamental de atenção e gestão, na medida em que provoca reflexão e ação nos trabalhadores, permitindo-os repensar seus processos de trabalho, suas práticas e a instituição na qual estão inscritos.

Nesse contexto, o apoio matricial surge como uma estratégia essencial de articulação entre os níveis de atenção na construção de projetos terapêuticos singulares, *[...] porque é no apoio matricial que a gente inverte a lógica do serviço em si [...].* Este constitui um arranjo organizacional que reformula os organogramas dos serviços, de modo que áreas especializadas passam a oferecer apoio técnico às equipes de atenção primária. O matriciamento favorece a instrumentalização das equipes na lógica da clínica ampliada, subvertendo o modelo fragmentado com produção excessiva de encaminhamentos, muitas vezes desnecessários, às

diversas especialidades (FIGUEIREDO; ONOCKO CAMPOS, 2009).

O olhar interdisciplinar possibilitado no apoio matricial favorece a compreensão de que a saúde mental transversaliza todas as dimensões do sujeito, *[...] em todo processo de saúde, a saúde mental tem que estar envolvida também, senão não é processo de saúde [...]*, favorecendo o cuidado territorializado, *[...] a gente precisa que o paciente esteja o mais próximo possível do posto de saúde, de sua comunidade [...]*, e ampliando a corresponsabilização entre os diversos serviços na medida em que compreende o usuário como objeto de atenção de todo o sistema de saúde e não apenas de um serviço, ou seja, que *[...] as pessoas tem que entender que encaminhar não é transferir, não é entregar, é corresponsabilidade [...]*. Além disso, essa aproximação entre as equipes favorece o desenvolvimento de uma linguagem comum, cuja ausência é identificada por Jucá, Nunes e Barreto (2009) como um importante entrave para um trabalho conjunto.

É interessante notar que o apoio matricial constitui uma estratégia formativa importante não apenas para os trabalhadores da atenção primária, mas também para os trabalhadores da atenção especializada. *[...] A gente começa a perceber que o apoio matricial foi muito importante para o amadurecimento da equipe em si e não só para a atenção básica [...]*.

Um dos pontos fundamentais favorecidos em relação aos trabalhadores é a aproximação com o território, com o universo sociocultural do usuário, muitas vezes distante da vivência e, conseqüentemente, da compreensão dos trabalhadores que lhe ofertam cuidados. Atuar de modo territorializado é agir considerando e respeitando a multiculturalidade, evitando julgamentos morais que partem apenas de um olhar “estrangeiro”. Morin (2011) acrescenta que, historicamente, soluções presumivelmente racionais trazidas por peritos convencidos de trabalhar em prol do progresso e de **“não identificar mais que superstições nos costumes e nas crenças das populações**, empobreceram ao enriquecer, destruíram ao criar” (p. 40-41, *grifo nosso*).

A aproximação com o território permite uma mudança de perspectiva sociocultural, deslocando o olhar do trabalhador ao acercar-se do olhar do sujeito, *[...] pra gente elaborar um projeto terapêutico que seja coerente com a realidade do usuário e não com o que a gente muitas vezes sonha para o usuário [...]*. O deslocamento e a aproximação permitem também superar preconceitos e estigmas.

O estigma do sujeito com transtorno mental como alguém potencialmente

perigoso, por exemplo, é referido nas narrativas dos trabalhadores como um dos entraves na efetivação do cuidado em saúde mental na atenção primária, sendo indispensável pensar e agir de modo estratégico, criando condições de aproximação entre usuários e trabalhadores.

[...] Uma vez que a gente precisou levar um paciente pra um posto de saúde, eu disse 'olha a gente vai trazer paciente tal', daí eles dizem 'não traga, você tem que levar direto para o hospital ou pra tal canto'. Dizem sem ter visto sequer o paciente. Aí eu tenho aquela ideia de levar o paciente lá, apresentar, saber que é uma pessoa que dá bom dia, boa tarde, boa noite, que diz 'estou sentindo isso, estou sentindo aquilo', que não é um paciente desorientado, perigoso. Há um risco? Há risco, como existe um risco de uma criança morder seu dedo, mas não aquele risco que se pensa, que se constrói [...]. Eu acho que muitas vezes só se quebra um tabu, só se quebra uma história, quando você fica perto, de frente, como já aconteceu de o médico ficar impressionado de que aquele paciente que ele estava vendo era o mesmo que estava no prontuário [...].

O relato da trabalhadora nos faz recordar um conto de Carlos Drummond de Andrade: “A Doida”. No conto, alguns meninos de uma pequena cidade crescem jogando pedra nas vidraças da casa de uma senhora conhecida na cidade como “a doida”. Para eles, “a loucura parecia antes erro do que miséria”. Suas pedras jogadas “a princípio como justa penalidade. Depois, por prazer. Finalmente, e já havia muito tempo, por hábito. Como a doida respondesse sempre furiosa, criara-se na mente infantil a ideia de um equilíbrio por compensação, que afogava o remorso”. Um dia, sem obter mais gritos furiosos, um dos meninos decide entrar na casa e...

De resto, a doida não deu nenhum sinal de guerra. Apenas levantou as mãos à altura dos olhos, como para protegê-los de uma pedrada. Ele encarava-a, com interesse. Era simplesmente uma velha, jogada no catre preto de solteiro, atrás da barricada de móveis. E que pequeninha! Miúda, escura, desse sujo que o tempo deposita na pele, manchando-a. E parecia ter medo. [...] Fazia tudo naturalmente, e nem se lembrava mais por que entrara ali, nem conservava qualquer espécie de aversão pela doida. A própria ideia de doida desaparecera (ANDRADE, 2008, p. 42-43).

Em relação aos preconceitos e estigmas, os discursos revelam que mesmo os trabalhadores dos serviços especializados mantêm preconceitos que afetam seu modo de compreender e intervir no cotidiano da atenção psicossocial.

[...] Se cria um estigma e a gente paga por isso também. Aí tenho a preocupação de como a gente tá registrando essas coisas no prontuário, como é que a gente tá passando esses casos. Porque às vezes até profissional de saúde mental fica assim 'oh!'. [...] Tem coisas que a própria equipe tem que trabalhar como abrir a boca pra falar que um paciente está agressivo quando ele apenas está irritado ou apenas está agitado. Dizer que um paciente está em crise quando na verdade ele não está em crise, está em sofrimento por algum motivo concreto. Se ele não estivesse sofrendo, aí sim, a gente poderia dizer que ele está em crise, que estava desorganizado ou desorientado dentro do contexto dele [...].

Um bom exemplo referente aos estigmas que se interpõem nos atos de saúde da própria equipe foi relatado por uma trabalhadora em relação à ausência de discussão sobre sexualidade com os usuários. Esta relata que quando esse tema é abordado, o é apenas em relação a doenças sexualmente transmissíveis, não sendo discutida efetivamente a vivência da sexualidade.

[...] Teve uma mãe que chegou falando uma questão que eu acho que é muito adormecida dentro da saúde mental que é a questão da sexualidade. Quando se fala de sexualidade de um portador de transtorno mental se fala de doenças sexualmente transmissíveis, que diabos é isso? Aí eu sempre me questioneei, quando é que se vai trabalhar a sexualidade desse pessoal, porque parece que a gente não consegue ultrapassar o próprio limite [...].

Corroboramos com Alverga e Dimenstein (2006) ao apontarem a dificuldade vivenciada pelos trabalhadores na mudança do modelo de atenção à saúde mental, na medida em que essa transformação coloca em cheque paradigmas há muito enraizados e, muitas vezes, inconscientes, provocando “práticas contraditórias em manicômios invisíveis”.

[...] Eu lembro que quando eu cheguei aqui, veio uma paciente com um discurso de ideação suicida muito forte, aí a gente disse, ‘pronto, vamos fazer um projeto terapêutico para todos os dias o dia todo’, e a paciente disse ‘eu não quero, porque eu tenho uma filha, porque eu tenho um marido, meu marido se compromete a cuidar de mim’. E o marido do lado, reforçando a fala dela. Aí diziam, ‘mas é preciso’, e eu disse ‘gente, na verdade a gente tá despindo esse sujeito de uma vida’. Trabalhando em uma redoma. Talvez, se a gente parar pra pensar, a gente esteja desconstruindo os muros do manicômio e construindo as grades dos CAPS. Mas a gente tá conseguindo, devagarzinho, vai desconstruindo, vencendo algumas resistências, externas e internas também [...].

A ampliação da clínica, favorecida pelo apoio matricial, permite identificar demandas de responsabilidade de diversos pontos da Rede de Atenção à Saúde, mas também amplia essa perspectiva, evidenciando a necessidade do olhar e do cuidado de diversos outros setores de atenção.

[...] Então isso [apoio matricial] foi muito importante para o amadurecimento da minha percepção do que é realmente o sofrimento, ao que é uma questão que poderia ser trabalhada em outro âmbito e não uma questão que deveria ser trabalhada dentro de uma unidade de saúde [...].

Compreender e se responsabilizar por dimensões do cuidado que ultrapassam a saúde, convida os trabalhadores a assumir dimensões éticas e políticas da atenção psicossocial.

[...] É sofrimento gerado pela violência, desassistência, dificuldade de socialização devido à inutilização dos espaços coletivos de lazer que existem na comunidade. São sofrimentos diversos, associados a desemprego, qualidade de vida, subemprego, fragilização dos processos de trabalho, que não tendo onde se manifestar, socialmente se organizar e dar respostas, chegam como problemas de saúde dentro da atenção básica [...].

Conforme afirma Oliveira (2010), as práticas de saúde são práticas sociais operadas por profissionais de saúde. A emergência de uma prática de saúde coincide, portanto, com uma determinada forma de articulação das questões da Saúde na Sociedade. Para além da saúde, Morin (2011) reforça que “todo desenvolvimento verdadeiramente humano significa o desenvolvimento conjunto das autonomias individuais, das participações comunitárias e do sentimento de pertencer à espécie humana” (p.49).

É imperativo pensar em intervenções intersetoriais considerando que a demanda dos usuários, suas dores e necessidades não se esgotam na saúde. Um dos pontos fundamentais identificados pelos trabalhadores nessa atuação intersetorial é a garantia de acesso às políticas públicas.

[...] Na verdade o projeto da Reforma Psiquiátrica é um projeto de inclusão. Se essa inclusão social, o acesso às políticas públicas, ao trânsito pelo seu território, a utilização dos serviços urbanos, se tudo isso tá muito difícil, acaba repercutindo no projeto terapêutico. Isso tem importância, porque nós tivemos casos em que tivemos sucesso em relação à inclusão e que realmente deram uma guinada na questão do usuário estar aqui dentro porque ele se descobriu participante de outras esferas do tratamento, de convivência, de produção [...].

É interessante notar que o exercício do apoio matricial na medida em que vai ampliando nos trabalhadores a compreensão do papel e das possibilidades de intervenção de diversas disciplinas, serviços e setores, vai expandindo também a compreensão dos limites de cada um, gerando discursos menos acusatórios e mais empáticos em relação ao outro.

[...] Isso tudo a gente só pode captar a partir do momento que a gente começa a interagir com a atenção básica, quando começa a trabalhar aquele usuário dentro da atenção básica e vendo como é que aquele trabalhador de saúde vai se colocar diante disso, o que infelizmente muitas vezes é com temor, com insegurança. Por quê? Porque não é ele que vai ter a resposta, a resposta não vai estar lá [...].

Conforme apontam Jucá, Nunes e Barreto (2009), os profissionais da atenção primária se sentem despreparados para manejar situações relacionadas ao sofrimento mental, mas esse sentimento os angustia, não podendo ser confundido com apatia ou desinteresse.

Outro ponto merece destaque nos discursos dos trabalhadores ao discutir a atuação territorializada, a percepção de que, muitas vezes, o olhar e a intervenção precisam se dirigir não apenas a um usuário, mas a um coletivo, seja esse uma família, um grupo, um bairro, uma comunidade.

[...] chega lá não necessariamente com uma queixa que não se sabe exatamente de onde vem e apenas com uma abordagem dialógica é que a gente começa a perceber o que está por trás. Aí a gente entende que o problema não é individual, o adoecimento, o sofrimento muitas vezes é, mas o problema que está se manifestando ali é um problema coletivo [...].

Esta fala confirma o que é assinalado por Oliveira (2010) ao justificar o uso do termo “singular” e não “individual” ao se referir a projetos terapêuticos, onde singular corresponde à singularidade do sujeito, sendo utilizado tanto para indivíduos quanto para coletivos.

Observando os discursos acerca de projetos coletivos, percebemos a necessidade de estímulo e fortalecimento dos espaços coletivos de socialização e luta por direitos, conforme podemos observar no discurso a seguir:

[...] Uma dificuldade de organização social na resolutividade dos problemas, até num momento em que as instituições de participação social estão, a cada dia, mais fragilizadas. Se a gente pega a década de 80 e hoje a gente vê que muitos movimentos que muitas vezes trabalhavam a questão da violência, a questão da falta de acesso à política pública, hoje estão totalmente fragilizadas. Estão institucionalizadas. Isso aí é uma percepção minha, perceber que muitas vezes esses sofrimentos ocasionados pela ausência desse espaço de participação popular, de motivação a essa participação, acabou gerando sofrimento que vai até o posto de saúde [...].

Em relação à atuação intersetorial, surgem no discurso dos trabalhadores alguns entraves referentes, principalmente, a trabalhadores e serviços de outros setores. Poderíamos dividir tais barreiras em dois momentos: um primeiro, em que, do mesmo modo que historicamente aconteceu com a atenção primária em saúde, não se reconhece ainda a saúde mental como objeto de seu trabalho; e um segundo, que, mesmo reconhecendo esse objeto, estando abertos a uma parceria, os trabalhadores não conseguem encontrar estratégias práticas para sua efetivação.

[...] Nessa perspectiva eu escrevi um projeto para trabalhar com os CRAS, para tentar uma mobilização para trabalhar essas questões que realmente são de outra esfera e que merecem resposta e resolutividade, mas que se manifestam não como adoecimento, mas como sofrimento de uma comunidade [...].

A partir do relato acima, a trabalhadora descreve a reação ao projeto como positiva, mas sem continuidade. *[...] Fez essa proposta, foi muito legal, mas infelizmente ela não continuou [...].* E acrescenta, *[...] dois CRAS foram receptivos, mas outros três ficaram reticentes porque acharam que iriam trabalhar com outro objeto que não o de sua política assistencial [...].* Mesmo nos CRAS em que encontrou receptividade, a efetivação do trabalho encontrou barreiras, *[...] em outros CRAS a gente continua tendo essa relação de estar discutindo junto, de estar*

trabalhando junto, mas a gente ainda não chegou a um instrumental e a diretrizes concretas de como esse trabalho pode ser realizado [...].

Retomando a discussão acerca de uma atuação ética e política, [...] *então eu posso ter uma derivação política, política mesmo, não estou falando de política partidária, mas de construção política [...],* as narrativas expressam ainda entraves advindos de contradições entre as diversas políticas públicas, como, por exemplo, contradições entre as Políticas Nacionais de Assistência Social e de Atenção Psicossocial no que se refere a um princípio fundamental: a autonomia. [...] *Infelizmente as políticas são muito contraditórias. A política da previdência é muito contraditória a uma lógica de autonomia. A gente trabalha numa lógica de autonomia e eles trabalham numa lógica de dependência [...].*

Além das incoerências presentes nas próprias políticas, os discursos denunciam o desconhecimento e o despreparo dos que operam tais políticas.

[...] Não se pode só criar instrumentos de inclusão sem se preparar terreno pra essa inclusão. Professores que saibam lidar. Um projeto de habitação que seja coerente com a Reforma Psiquiátrica. Então a nossa dificuldade maior dentro de um projeto de inclusão é assim, as políticas públicas existem, existem leis que asseguram, mas a base dessa política, que é a base humana, de recursos humanos, e a própria base de planejamento, de execução, os princípios estão assegurados, mas as diretrizes estão extremamente falhas. Então a gente trabalha de um ponto de vista ideal e quando você chega ao real, o cotidiano te mostra outra situação [...].

Emerge nas narrativas a importância de discussão acerca de tais contradições, bem como de criação de estratégias de enfrentamento. A aproximação e interferência em outros setores do conhecimento ou da atenção, no entanto, nem sempre são bem recebidas.

[...] A promotora veio, em pessoa, na nossa reunião e a gente colocou a necessidade inclusive da gente estar matriciando os assessores técnicos, os assistentes da promotoria, porque muitas vezes eles colocavam questões de adoecimento, que realmente passavam despercebidas por eles porque não tinham experiência com saúde mental e encaminhavam de forma errada, inclusive com sugestões inadequadas. Aí a promotora ficou um pouquinho reticente de abrir um espaço pra isso, ‘não, mas aí eu tenho que falar com eles’ e acabou não sendo feito [...].

Ainda em relação às contradições das políticas públicas, em especial acerca da distância entre o ideal e o real, precisamos nos reportar ao processo de consolidação da Reforma Psiquiátrica. De acordo com o que está preconizado pelo Ministério da Saúde e que vem orientando atos e legislações em saúde, os hospitais especializados em saúde mental devem ser progressivamente substituídos por uma complexa rede de atenção (Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011) que

inclui: Atenção Básica em Saúde (Unidade Básica de Saúde, Núcleo de Apoio a Saúde da Família, Consultório na Rua, Apoio aos Serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório, Centros de Convivência e Cultura); Atenção Psicossocial Estratégica (Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades); Atenção de Urgência e Emergência (SAMU 192, Sala de Estabilização, UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde); Atenção Residencial de Caráter Transitório (Unidade de Acolhimento, Serviço de Atenção em Regime Residencial); Atenção Hospitalar (Enfermaria especializada em Hospital Geral, Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas); Estratégias de Desinstitucionalização (Serviços Residenciais Terapêuticos, Programa de Volta para Casa); Estratégias de Reabilitação Psicossocial (Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda, Empreendimentos de Economia Solidária e Cooperativas Sociais).

O que vivenciamos, no entanto, é a implantação apenas parcial dessa rede, hoje insuficiente, tanto em termos qualitativos (diante da variedade de serviços disponíveis à população), quanto quantitativos (insuficientes em relação à população de referência). [...] *Da reforma pra cá nós pouco alcançamos alguma coisa. Parece aquela piramidezinha, a gente ainda tá nas necessidades mais básicas [...].*

É importante destacar que a própria Rede de Atenção Psicossocial, mesmo que implantada de modo ideal, ainda necessitaria de outras Redes Intersetoriais como: Assistência Social, Educação, Esporte, Cultura, etc. Como resultado, assistimos em nosso cotidiano o comprometimento da atenção integral a saúde, principalmente no que se refere à atenção preventiva, de promoção da saúde e de reabilitação, nos mantendo focados apenas na atenção de urgência, emergência e tratamento, sendo o último referente prioritariamente a casos graves.

Convivemos cotidianamente com a impossibilidade de oferecer cuidado a sofrimentos psíquicos decorrentes de situações de vida estressoras como desemprego e violência, além de dores existenciais como perdas, lutos e separações. Dores que a depender do tempo e da intensidade em que são vivenciadas podem agravar ou mesmo gerar transtornos mentais. Na impossibilidade de oferecer cuidado, convivemos com o sofrimento dos usuários e o sentimento de impotência dos profissionais.

[...] Quando vem um paciente que está muito angustiado e na verdade não tem perfil pra cá, ele olha na minha cara e diz 'e para onde é que eu vou? O que é que eu faço com essa dor que eu sinto? Que aqui não é o meu lugar eu já entendi, mas onde é que eu vou? Eu procuro quem? Aonde? Como? Quando?' Aí, sentado nessa cadeira em que você está. Aí é que eu coloco que também é uma angustia desse lado da cadeira a gente não poder atender [...].

Nesse cenário, a expectativa dos trabalhadores em relação a mudanças e avanços não é positiva, *[...] lá naquelas rodas, eu pensava, quando é? Daqui a quanto tempo? Que geração é essa que vai usufruir de tudo isso que a gente tanto luta e que parece um sonho tão distante? [...].* Além disso, alguns trabalhadores lamentam a perda aparente do espírito de luta que animou os primeiros anos da Reforma Psiquiátrica no Brasil, afastando os trabalhadores de uma atuação política que, por vezes, se restringe a uma defesa da política partidária. *[...] A gente no Brasil vive um problema, perdeu a nossa identidade política porque quem era de esquerda, quem passou sua vida toda combatendo, brigando, lutando, hoje tá no poder e não se reconhece mais como esse crítico, esse lutador [...].*

Fazendo uma leitura crítica da contemporaneidade, ampliamos nossa discussão percebendo que, talvez, esse cenário não se restrinja ao campo da saúde ou da saúde mental, como descreve Morin (2011), vivenciamos hoje a despolitização da política, que se autodissolve na administração, na técnica, na especialização, na economia e no pensamento quantificante. A política fragmentada perde a compreensão da vida, dos sofrimentos, dos desamparos, da solidão, das necessidades não quantificáveis. “A regeneração democrática supõe a regeneração do civismo, a do civismo supõe a da solidariedade e da responsabilidade, ou seja, o desenvolvimento da antropoética” (p. 99).

5.1.1. Rede de Petições e Compromissos na Atenção Primária em Saúde Mental: a perspectiva dos trabalhadores do Centro de Atenção Psicossocial

Buscamos descrever os pedidos e compromissos que se estabelecem na relação entre os trabalhadores do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e os da Atenção Primária à Saúde (APS), assim como as principais interferências nesse contexto. Ressaltamos que apresentamos aqui apenas a perspectiva dos trabalhadores do CAPS, considerando que foram estes os participantes da presente

pesquisa, não sendo possível inferir que essa perspectiva corresponda à dos trabalhadores da APS ou dos usuários. Esclarecemos ainda que os pontos aqui apresentados constituem um desdobramento da análise das narrativas, cujo detalhamento e os discursos correspondentes foram apresentados no capítulo 5.1, do qual esta Rede de Petições e Compromissos faz parte.

Considerando que nosso foco de investigação é a relação entre trabalhadores, os atores sociais foram representados em dois grupos: Grupo I, representado pelos trabalhadores do CAPS; e Grupo II, representado pelos trabalhadores da APS. Apresentaremos a seguir dois quadros estabelecendo um paralelo entre os pedidos (quadro 7) e compromissos (quadro 8) dos dois grupos.

QUADRO 7: Pedidos dos trabalhadores do CAPS (Grupo I) e da APS (Grupo II) na atenção primária em saúde mental

PEDIDOS	
Grupo I	Grupo II
Atendimento na atenção primária à demanda de casos leves ou estabilizados; corresponsabilização da rede de atenção à saúde; educação permanente; boas condições de trabalho.	Redução da demanda em saúde mental; acompanhamento no CAPS de todas as pessoas com transtornos mentais, inclusive casos leves; educação permanente; boas condições de trabalho.

QUADRO 8: Compromissos dos trabalhadores do CAPS (Grupo I) e APS (Grupo II) na atenção primária em saúde mental

COMPROMISSOS	
Grupo I	Grupo II
Acompanhamento multidisciplinar de pessoas com transtornos mentais graves; apoio matricial em saúde mental.	Acompanhamento odontológico, médico e de enfermagem de pessoas com transtornos mentais leves ou estabilizadas.

Apresentamos a seguir os principais nós-críticos que dificultam a atenção primária em saúde mental conforme descritos pelos trabalhadores do CAPS: funcionamento insatisfatório do sistema de saúde pública; rede de atenção psicossocial incompleta; dificuldade de acesso aos serviços de saúde; carência de suporte a sofrimentos psíquicos e dores existenciais; excesso de demanda; carência de profissionais; distância cultural entre profissionais e usuários; profissionais da atenção primária em saúde “apenas de passagem”; remuneração e reconhecimento incompatíveis com os investimentos pessoais em qualificação para profissionais da

atenção primária; estigmas e preconceitos; temor e insegurança por parte dos profissionais da atenção primária em saúde; precarização do trabalho; formação incompatível com as exigências da clínica ampliada; persistência do paradigma manicomial, especialmente no que se refere à autonomia versus a tutela.



Figura 14: Representação gráfica da Rede de Petições e Compromissos na Atenção Primária em Saúde Mental: a perspectiva dos trabalhadores do Centro de Atenção Psicossocial.

Observando a Rede de Petições e Compromissos, torna-se evidente o imenso desafio que constitui a efetivação da atenção primária em saúde mental, encontrando-se hoje restrita ao acompanhamento clínico (odontológico, médico e de enfermagem) de pessoas com transtornos mentais e sofrimento psíquico, onde tais questões (afetivas e comportamentais) são colocadas como comorbidades secundárias sob-responsabilidade dos serviços especializados.

Inúmeros são os nós-críticos encontrados e nos chama atenção que alguns correspondem à dimensão micropolítica, mas em sua maioria correspondem à macropolítica. Em relação à primeira, a educação permanente e o apoio matricial surgem como dispositivos fundamentais, com potencialidade de produção de subjetividades, desterritorialização e reterritorialização no sentido de superação do paradigma manicomial e aproximação da humanização e integralidade em saúde.

A predominância de aspectos macropolíticos nos permite inferir a necessidade e, talvez, a urgência, da discussão e atuação dos trabalhadores e gestores em relação à dimensão ética e política da Reforma Psiquiátrica e da reforma sanitária, conforme podemos visualizar no discurso a seguir:

[...] É uma das grandes perguntas que eu me faço hoje, por que a rede de saúde mental não potencializou essa ampliação toda da rede? Porque não potencializou, não fortaleceu os movimentos sociais? Pelo contrário, se eu comparo, eu estou em CAPS desde 98, não é só aqui em Fortaleza, o Estado inteiro deu uma apagada. E engraçado, nem aconteceu com os movimentos, nem aconteceu com os conselhos de categoria, o de psicologia fez foi piorar, porque na minha época, 2000, tinha a comissão da reforma no conselho, acabou. A única tese que eu tenho é a de que as pessoas acham que a Reforma Psiquiátrica está dada. Quem não é da nossa geração, quem já encontrou os CAPS, acha que é fácil. Acho que as pessoas avaliam que já está dado e se acomodam. E na verdade não tá dado, está aí o retrocesso acontecendo à revelia de quem é da reforma [...].

As ideias da cogestão, gestão participativa e controle social, que constituem algumas das principais orientações de gestão da Reforma Psiquiátrica, são fundamentadas no reconhecimento da necessidade de participação ativa dos atores sociais envolvidos no cuidado: usuários, trabalhadores e gestores.

Conforme bem afirmou a trabalhadora, a Reforma Psiquiátrica não está dada, encontra-se em processo de efetivação e consolidação e não cabe a nenhum de nós, atores sociais, uma espera passiva de condições macropolíticas ideais. Cobrar sim, mas de modo ativo, com uma atitude positiva, focada no que é possível e não em justificativas do que não é possível. Esclarecemos que não estamos aqui defendendo qualquer tipo de conformismo, o que defendemos é a superação da passividade e da estagnação, assim como da atividade acusatória de responsabilizar apenas quem ou o que está “fora de nosso alcance”, nos tornando mais ativos e menos reativos.

5.1.2. Rede de Petições e Compromissos na Atenção Psicossocial Intersetorial: a perspectiva dos trabalhadores do Centro de Atenção Psicossocial

Buscamos descrever os pedidos e compromissos que se estabelecem na relação entre os trabalhadores do CAPS e os de outros setores de assistência, assim como as principais interferências nesse contexto. Do mesmo modo que a RPC anterior, apresentamos aqui apenas a perspectiva dos trabalhadores do Centro de

Atenção Psicossocial, não sendo possível inferir que essa perspectiva corresponda à dos trabalhadores de outros setores ou dos usuários. Esclarecemos ainda que os pontos aqui apresentados constituem um desdobramento da análise das narrativas no que se refere à relação dos trabalhadores da atenção à saúde mental com outros setores na busca pela efetivação da atenção psicossocial intersetorial. O detalhamento da análise e os discursos correspondentes foram apresentados no capítulo 5.1, do qual esta Rede de Petições e Compromissos faz parte. Considerando que nosso foco de investigação é a relação entre os trabalhadores, os atores sociais foram representados em dois grupos: Grupo I, representado pelos trabalhadores do CAPS; e Grupo II, representado pelos trabalhadores de outros setores. Apresentaremos a seguir dois quadros estabelecendo um paralelo entre os pedidos (quadro 9) e compromissos (quadro 10) dos dois grupos.

QUADRO 9: Pedidos dos trabalhadores do CAPS (Grupo I) e de outros setores (Grupo II) na atenção psicossocial intersetorial

PEDIDOS	
Grupo I	Grupo II
Corresponsabilização por parte de outros setores, com garantia de acesso a ações e programas; garantia e facilidade de acesso aos espaços públicos; boas condições de trabalho para desenvolver ações de educação, cultura e promoção da saúde.	Acompanhamento exclusivo no CAPS de todas as pessoas com transtornos mentais; quando indispensável, a inclusão de usuários do CAPS em programas e serviços de outros setores seja mediada pelo caps.

QUADRO 10: Compromissos dos trabalhadores do CAPS (Grupo I) e de outros setores (Grupo II) na atenção psicossocial intersetorial

COMPROMISSOS	
Grupo I	Grupo II
Apoio matricial em saúde mental não restrito à atenção primária em saúde; mediação da inclusão de usuários em ações e programas de outros setores; ações de educação em saúde com foco no combate ao preconceito e à estigmatização; projetos de socialização e ampliação cultural dos usuários.	Ações e programas de Assistência Social (benefícios; aposentadoria; vale transporte, etc); ações e programas de Educação; ações e programas de Cultura (espaços públicos, ações culturais gratuitas, etc).

Evidenciando os principais nós-críticos que dificultam a atenção intersetorial, apresentamos a seguir as principais interferências apresentadas pelos trabalhadores do CAPS na atenção psicossocial intersetorial: não reconhecimento

da atenção à saúde mental por parte de outros setores como objeto de seu trabalho; estigmas e preconceitos; formação profissional incompatível com as exigências da clínica ampliada; dificuldade de acesso a políticas públicas; carência de locais de ampliação da consciência política e luta por direitos; contradições entre as políticas públicas, por exemplo, autonomia versus tutela; trabalho focado no tratamento, urgência e emergência, em detrimento da prevenção e promoção da saúde; dificuldade de operacionalização de projetos intersetoriais; carência de projetos terapêuticos coletivos, focados nas necessidades de um grupo social ou território.



Figura 15: Representação gráfica da Rede de Petições e Compromissos na Atenção Psicossocial Intersectorial: a perspectiva dos trabalhadores do Centro de Atenção Psicossocial.

Observando a Rede de Petições e Compromissos, podemos perceber que ainda temos um longo caminho a percorrer, principalmente no que se refere ao combate ao preconceito e à estigmatização que compromete, ou mesmo impede o exercício dos direitos de cidadania das pessoas com transtornos mentais.

[...] Fica muito restrito mesmo aos serviços, à saúde, agora é que a gente tá tentando avançar um pouco na intersectorialidade, depois da conferencia intersectorial a gente tem sido chamado para algumas discussões fora da saúde e a gente também tem chamado outros seguimentos. Mas ainda é muito embrionário. O próprio conselho de saúde aqui de fortaleza sempre foi um conselho que não discutiu muito a questão da saúde mental [...].

Esse fato reafirma a necessidade de uma atuação ética e política dos trabalhadores de saúde mental no sentido de não restringir sua prática à dimensão do tratamento e levar à sociedade (profissionais, gestores e comunidade em geral) a discussão dos direitos das pessoas que sofrem com transtornos mentais, principalmente em relação ao exercício da cidadania e da integralidade do sujeito. É necessário superar a ideia comum de que o único cuidado necessário a quem sofre com transtornos mentais é o cuidado em saúde mental e que a única interlocução possível, nesse cenário, é a interlocução com especialistas.

Precisamos atentar também para a instrumentalização necessária aos trabalhadores para executar intervenções e articulações dessa ordem, sendo necessário investir em equipamentos (transporte, material educativo, materiais de oficinas, entre outros), mas também investir na mudança da lógica manicomial que olha o sujeito com transtornos mentais a partir de suas limitações, obscurecendo suas possibilidades. Sob essa lógica, as intervenções se pautam mais no princípio da tutela e menos no fortalecimento da cidadania e autonomia.

Observando as duas Redes de Petição e Compromisso até aqui analisadas, considerando que ambas discutem a relação da equipe multiprofissional do CAPS em relação a outras equipes de trabalho, externas, salientamos que, apesar de todas as discussões e diretrizes da Reforma Psiquiátrica, a lógica manicomial não se encontra apenas “do lado de fora”, sendo perceptível também, e muitas vezes de modo forte, nos trabalhadores da atenção “especializada”. É necessário, portanto, investir em espaços autoanalíticos e na educação permanente, permitindo aos trabalhadores a tomada de consciência acerca de suas contradições entre discurso e prática.

5.2. Instituintes e Instituídos: processos de trabalho na construção de projetos terapêuticos singulares

O projeto terapêutico é compreendido, de um modo geral, como uma estratégia de cuidado multidisciplinar organizada por meio de ações articuladas e definidas a partir da singularidade de um indivíduo ou de um coletivo. Isso significa considerar o contexto sociocultural, os desejos, interesses, visão de mundo e subjetividade do sujeito a quem se destina o cuidado (BOCCARDO et al, 2011).

No contexto da atenção psicossocial, nos referiremos a duas dimensões do projeto terapêutico: o projeto terapêutico singular e o projeto terapêutico institucional. O primeiro trata dos projetos terapêuticos definidos para cada usuário ou coletividade, enquanto o segundo orienta e fundamenta a construção dos primeiros no cotidiano dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Os CAPS são serviços de saúde abertos, de base comunitária, integrantes do SUS, constituindo um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, considerando sua severidade e/ou persistência. Seu objetivo é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. Foi criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2004).

[...] A dinâmica do CAPS é muito ligada à questão de tá prestando um serviço territorial, de forma a atender demandas que, antes dos CAPS, eram encaminhadas apenas aos hospitais psiquiátricos, e que agora passaram aos CAPS, a esse sistema para pessoas que sofrem de transtornos mentais moderados e severos [...].

Seu funcionamento como um serviço substitutivo, conforme preconiza a Reforma Psiquiátrica, é referido como utópico por alguns trabalhadores, na medida em que estes não se mostram capazes de atender a demanda que lhe bate à porta, quantitativa ou qualitativamente, *[...] a gente tenta preencher um vazio que as internações deixaram e tinham que deixar mesmo, esse modelo de internamentos ele realmente não funciona, mas a gente também não dá conta [...]*. Nesse cenário, as limitações profissionais, e não apenas materiais, ganham destaque.

[...] A gente pode pensar que não dá conta pela estrutura física, mas também pela estrutura profissional. A gente tem limitações profissionais, de capacitação, de conhecimento, de disposição, tem uma série de limitações. E muitas vezes quando é um paciente mais grave eu fico me perguntando se realmente a gente tá podendo dar conta desse sujeito, que não tem mais o seu lugar na internação, mas que também não tem o seu lugar garantido aqui, no sentido de dar conta da sua demanda [...].

A demanda de atenção no cotidiano do serviço é mencionada por vários trabalhadores como excessiva, *[...] aqui tem quase 10.000 pacientes, ou seja, tem dois PSF aqui dentro em relação à população [...]*. O “excesso” é identificado como um dos principais pontos responsáveis pela diminuição da qualidade e da resolutividade da atenção, *[...] aquele atendimento de 50 minutos caiu pra meia hora, porque senão eu não consigo atender a fila de pacientes que tem para serem*

atendidos [...] Devemos considerar que a população de referência do CAPS pesquisado (305.000 habitantes) é cerca de 50% superior à preconizada para um CAPS de sua modalidade, tipo II (200.000 habitantes). Esse discurso, no entanto, surge como um eco, descritivo e pouco reflexivo, se referindo à demanda apenas em sua dimensão quantitativa. [...] Parece que foi feito um levantamento, uma estatística, que, desses dez mil, uma parte não tão grande que está na ativa. Então, a gente acha que a demanda é maior, mas não é tanto como a gente imagina [...].

A desconsideração do aspecto qualitativo da demanda pode ser percebida, por exemplo, nos relatos de que o excesso de demanda provoca a ampliação do aprazamento entre as consultas, mas apresenta pequeno ou nenhum impacto sobre os processos de trabalho no cotidiano dos profissionais, *[...] é que se tiver 10 ou 100 pacientes e não mudar a quantidade de atendimentos, ninguém vai notar a diferença. [...] A gente marca retorno pra quatro ou seis meses, então é aí que você percebe a quantidade [...].* Em tal conjuntura, protocolos automatizados de trabalho são referidos, *[...] quando o paciente tá estável, o retorno dele é marcado pra seis meses. Quando eu quero ver o paciente antes, tenho que mandar uma observação pra recepção, se não, ela automaticamente marca pra seis meses [...].*

Compreendemos que a demanda apresenta duas dimensões, uma quantitativa e outra qualitativa, sendo a primeira subordinada à segunda. Nesse sentido, concordamos com Baremblytt (2002) ao questionar a ideia de demanda “espontânea”, afirmando que a mesma não existe, na medida em que, em todas as épocas da história, a noção de necessidade é construída e não natural, a demanda é modulada. Dentro do condicionamento histórico, as comunidades já não sabem mais do que carecem, acreditando no que os “experts” dizem o que elas precisam.

Oliveira (2010) acrescenta que comumente os trabalhadores e usuários confundem os produtos de saúde (atendimentos e procedimentos) com as próprias necessidades de saúde, e salienta que “a oferta de serviços não é sinônimo de produção de saúde” (p.32). Considerar a complexidade e a singularidade dos sujeitos entra em conflito com o “cardápio de ofertas” planejado antecipadamente, na medida em que o segundo (cardápio) consiste em buscar enquadrar, encaixar, o usuário ao serviço, constituindo uma prática prescritiva e autoritária.

Trazemos aqui como proposta dois objetivos centrais do Movimento Institucionalista: autogestão e autoanálise. Conforme aponta Baremblytt (2001), tais objetivos não prescindem dos “experts”, mas exigem uma postura crítica destes para

que se tornem capazes de separar o que neles é produto apenas da reprodução de forças sociais dominantes do que pode ser útil ao empoderamento da comunidade.

A autoanálise e a autogestão são dois processos simultâneos e articulados. A autoanálise corresponde à produção de um saber acerca de seus próprios problemas, de suas condições de vida, necessidades e consequentes demandas, assim como de seus recursos. Essa descoberta tem uma finalidade, a autogestão, tornando possível operar forças destinadas a transformar suas condições de existência e resolver seus problemas (BAREMBLITT, 2002).

Enfatizamos que a autoanálise e a autogestão não são restritivas à equipe e seus processos de trabalho. A partir dessa perspectiva, a comunidade é vista como protagonista de sua história, ou seja, sua participação não deve se limitar à construção dos projetos terapêuticos singulares no interior dos estabelecimentos de saúde, mas também, e principalmente, se estender à criação e fomento de alternativas de cuidado na própria comunidade.

Dessa forma, questionamos a perspectiva da demanda restrita à sua dimensão quantitativa, a partir da qual os trabalhadores de saúde mental referem à saturação de sua capacidade de resposta, na medida em que seu olhar se encontra cercado pelas paredes do serviço, limitado ao preenchimento de ações previamente ofertadas. Considerar a dimensão qualitativa implica um olhar mais profundo para o usuário e para a comunidade, ouvindo-os e apoiando-os, inclusive, na percepção de suas necessidades e potencialidades, para, a partir de então, ofertar cuidado.

Nesse cenário, além da limitação criativa de possibilidades de cuidado, o próprio acesso ao serviço é comprometido.

[...] Antigamente a demanda era espontânea, então todo mundo que chegava a gente tinha que atender, mas isso criava um problema porque se viessem dez? Pode aparecer um, podem aparecer dez, então fica complicado. Agora eles podem ser marcados. Então a gente atende três, quatro no máximo, até porque estamos com problemas de médicos e não podemos estar aceitando pacientes [...].

A limitação do acesso é referida não apenas em relação ao serviço como um todo, mas também a atividades ou profissionais, mostrando que o leque de possibilidades terapêuticas oferecido ao usuário está ficando cada dia mais restrito.

[...] Essa semana bateu na minha porta uma moça que disse que tá há três anos na fila para a psicoterapia. Então o que eu questionei é como é que a gente tá atendendo paciente novo, que chega hoje, e deixando de atender aquele que tá na fila há três, quatro ou cinco anos? Tem um rapazinho que me disse, “doutora o que eu faço pra ser atendido pela senhora? Eu já espero há cinco anos”, eu disse: pega um encaminhamento, ele disse “não doutora, encaminhamento eu já tenho é dez lá em casa” [...].

Essa restrição implica também a limitação da interdisciplinaridade na medida em que um usuário passa a ser acompanhado apenas pelo profissional que disponha de vaga para o atendimento no momento do acesso ao serviço.

[...] por isso eu me coloco contra, na situação que a gente tá, a gente abrir pra fazer avaliação de novos pacientes. Porque se a gente trabalha com interdisciplinaridade, não faz muito sentido continuar trabalhando numa estrutura quebrada. Se a gente tá só absorvendo, mas na verdade esse paciente não vai ter o olhar médico, não vai ter o olhar da T.O., só vai ter um olhar recortado, isso quebra também o nosso tratamento, o nosso trabalho, no sentido de que se o paciente pertence ao serviço de uma forma global, de todos os setores, a gente consegue dar conta desse paciente de uma forma muito melhor [...].

Essa “porta de entrada fechada” provoca uma quebra do fluxo pela Rede de Atenção, negando ao usuário um dos direitos fundamentais preconizados pelo SUS, o acesso, gerando grande angústia e frustração nos trabalhadores.

[...] a gente vai, faz o atendimento, aquilo causa uma grande ansiedade na gente porque você sabe que aquele paciente tá precisando de atendimento, aí vai encaixando na agenda do médico. Daí o que aconteceu? O aprazamento do paciente agora tá pra seis ou sete meses [...].

A ampliação do aprazamento das consultas, chegando a intervalos de sete meses entre uma consulta e outra, surge nos discursos dos trabalhadores como uma solução paliativa à demanda do usuário, capaz de abrandar temporariamente a angústia, na medida em que adia a condição de não ser capaz de dar resposta alguma. Mas logo a angústia retorna como perguntas: será que estamos de fato dando alguma resposta? Será que estamos sendo resolutivos?

[...] esse paciente era difícilimo, era um paciente em que foi acionada a promotoria pra ele, porque ele tava cavando covas para os seus familiares, uma cova para cada familiar. [...] Hoje, ele tá muito bem, muito bem mesmo, mas no começo não tinha história dele ser visto pelo médico de quatro em quatro meses. Eu cansei de atender ele um dia, a irmã no outro, o irmão no outro. Quando ele não conseguia ficar nem 10 minutos eu pedia pra ele voltar com dois dias, três dias, tinha uma facilidade maior. É diferente de hoje eu receber um paciente novo aqui, ele ser absorvido pela psicologia, mas ele ter que fazer os atendimentos clínicos dele lá no Hospital de Messejana [...].

Além do distanciamento entre um atendimento e outro, o fechamento do serviço para novos usuários começa a surgir como uma possibilidade de respeitar a saturação da capacidade da equipe, bem como de melhoria da atenção prestada aos usuários já cadastrados no serviço, [...] *essa ansiedade de atender todo mundo eu acho que não dá, não dá mais pra gente, eu não concordo [...].*

Ressaltamos que a “porta fechada”, metáfora utilizada por vários trabalhadores como imagem ilustrativa da limitação do acesso, muitas vezes, impõe

ao trabalhador a execução de ações contraditórias ao que foi preconizado pela Reforma Psiquiátrica, como, por exemplo, desrespeitar o perfil de usuários definido para acompanhamento nos CAPS, usuários com transtornos mentais moderados e graves, mas [...] *na verdade os moderados acabam sendo também deixados de lado. Pelo déficit de profissionais a gente acaba atendendo só os severos mesmo, essa é nossa realidade [...].* Além disso, os trabalhadores relatam ter que recorrer ao hospital psiquiátrico em função não da demanda do usuário, mas da impossibilidade do serviço de oferecer-lhe cuidado. [...] *A consulta médica é marcada, mas se ele tá precisando, se tá numa crise, a gente fala que ele tem que procurar mesmo, nesse momento, um hospital psiquiátrico pra um atendimento de urgência [...].*

O acompanhamento médico realizado em outro local implica em uma quebra do olhar interdisciplinar na medida em que limita ou mesmo impossibilita o diálogo entre os profissionais que acompanham o usuário.

[...] Tem um paciente aqui que tá fazendo assim [atendimento médico no Hospital de Messejana] e eu não tenho nem como ir lá bater na porta, ele vai pra emergência, e eu não vou ao plantão do Dr. fulano de tal pra dizer, 'Dr., eu vim aqui conversar sobre o seu fulano que é meu paciente lá do CAPS', até porque como é plantão, o médico que está lá pode não ser nem o mesmo médico que viu o paciente [...].

A angústia pela qualidade e resolutividade do cuidado em saúde parece não ser mais conciliável com o acesso universal preconizado pelo SUS, [...] *aí eu penso, a gente sabe que aquele paciente tá precisando de atendimento e encaixa ele na agenda. E a qualidade dos que já estão sendo atendidos? [...].*

Discutir aspectos como qualidade ou resolutividade na produção do cuidado em saúde exige observar de modo mais atento o que orienta o projeto terapêutico institucional. Assim, alguns trabalhadores se referem à construção coletiva dos projetos, respeitando interesses e resistências dos usuários.

[...] Depois de feita a escuta, é montado um projeto terapêutico junto com esse paciente, vendo quais os dias que ele se dispõe, como é a dinâmica dele, que interesses ele tem. Porque se eu atendo um paciente que tem uma resistência enorme a psicoterapia já de cara, então ele vai pra arte-terapia, terapia ocupacional, grupos, para só depois ir para a psicoterapia individual, como tem também os que só querem psicoterapia, daí vão se entrosando e acabam migrando para os grupos [...].

Precisamos recordar os relatos referentes à limitação do acesso às atividades e profissionais na medida em que o respeito aos desejos e resistências dos usuários pode configurar não a abertura à oferta de cuidados mais adequados, criativos e flexíveis, mas a restrição ainda maior ao acesso. [...] *Do mesmo jeito que*

está faltando médico, falta Psicólogo, falta Assistente Social, falta Terapeuta Ocupacional. É só você pegar umas férias pra você ver como falta [...].

Pensar de modo estratégico a atenção à saúde mental implica um olhar mais complexo, que supere a lógica de que o aumento da demanda exige necessariamente o aumento do número de atendimentos. Precisamos pensar no fortalecimento dos aspectos saudáveis, das forças de vida, socialização, afetivação, capazes de reduzir crises e minimizar sofrimentos. Do mesmo modo, precisamos pensar na resolutividade dos atos em saúde, evitando intervenções iatrogênicas ou justaposição de ações coincidentes em objetivos e resultados.

Concordamos com Góis (2008) ao defender a necessidade de superação da cultura do tratamento, encontrando outros modos de oferecer cuidados e outros parceiros nessa oferta. Nessa perspectiva, o autor refere que muitas demandas que chegam às unidades de saúde como problemáticas físicas, crises psicológicas ou mesmo um quadro psicótico, são mais frutos de uma identidade oprimida e explorada, fruto da dominação e da pobreza, do que propriamente enfermidade ou transtorno. Por outro lado, quando o oprimido se exercita como sujeito, “aos poucos descobre que suas mãos são construtoras de si mesmo e de sua comunidade, da sociedade em que vive” (p. 63). Entretanto, o que predomina nos bairros pobres é o fatalismo, a dependência, o uso de álcool e outras drogas, a violência e a crença de que não há saída para os problemas a não com o auxílio de uma autoridade.

As narrativas revelam o desejo de superar essa “cultura do tratamento caracterizada principalmente pela frieza de relações, pelo distanciamento profissional, pela descaracterização do usuário como pessoa e cidadão, pela arrogância profissional e de classe, pela competição entre profissionais, pela ausência de acolhimento, pela falta de recursos e por **um lugar onde o espaço e o tempo muitas vezes desaparecem**” (Góis, 2008, p. 123, *grifo nosso*).

[...] eu comecei a perceber aqui que era como se a gente tivesse desconectado do mundo, sabe, “paciente de CAPS é um paciente tão adoecido que ele tá desconectado”, ele vem pra cá e tem terapia, psicoterapia, terapia ocupacional, mas ele não tem uma conexão com o mundo. Nós não fazemos parte do mundo, como se a gente trabalhasse sempre numa bolha, numa redoma. Aí eu comecei a questionar o que eles faziam quando eles saíam daqui. Que desejos eles tem? Que ambientes eles gostariam de ocupar? Que tipo de coisas eles gostariam de fazer? [...].

No contexto da atenção à saúde, Góis (2008) defende uma prática voltada não apenas para o tratamento, mas principalmente para a promoção da saúde. A redução da demanda constituiria, portanto, uma consequência do

fortalecimento da saúde comunitária e não da ampliação do “atendimento”. Acrescenta ainda a importância e necessidade de estabelecer parcerias com o que denomina de “paraprofissionais de saúde mental”, que seriam os agentes comunitários de saúde (apoio formal) e os cuidadores comunitários (apoio informal).

Apesar das dificuldades, ultrapassar os limites das disciplinas, dos serviços e dos setores constitui uma exigência do cuidado integral de acordo com a lógica da atenção psicossocial, expandindo os limites da clínica tradicional em saúde para uma clínica ampliada em olhares e em práticas. Desse modo, os trabalhadores começam a buscar construir alternativas e estratégias de cuidado que considerem não apenas o sujeito isolado e seus sintomas, mas esse sujeito em seu contexto afetivo, familiar, social, cultural e político.

Uma iniciativa interessante da equipe merece destaque, o “Cine CAPS”, a exibição semanal de filmes aberta a usuários e comunidade, que tem se constituído como um espaço de socialização e favorecido a ampliação da compreensão de familiares e amigos acerca dos transtornos e sofrimentos vivenciados por seus entes, conforme podemos observar no relato a seguir:

[...] tem paciente que traz os filhos, tem paciente que o esposo vem pra buscar, quem é intensivo, e o esposo vem com hora de assistir o cinema. Tem paciente que marca, por exemplo, com um amigo e o amigo vem. Então é o dia que tá aberto, é um momento de lazer. Mas não deixa de ter no final aquele debate de cunho terapêutico. Sempre é um filme que remete às questões, aí é muito legal porque eles falam, eles se colocam [...].

A aproximação e utilização dos espaços públicos disponíveis na cidade têm começado a compor os projetos terapêuticos, expandindo as experiências de lazer, convivência social e ampliação cultural dos usuários.

[...] Já é o segundo mês que a gente tá montando o CAPS cultural, que são eventos culturais externos. Porque eu comecei a perceber que tinha paciente que nunca tinha ido ao Dragão do Mar, um espaço que é nosso, pertence a todos. Um paciente me disse “doutora, eu nunca imaginei que eu pudesse vir aqui”. Aí eu perguntei, por quê? Não tem ônibus que passe? Não tem com quem vir? E ele disse, “sabe, eu achava que esse espaço não era pra mim”. Aí eu pensei, se tem esses espaços, calçadão da beira mar, jardim japonês, museu, biblioteca, então vamos começar a ocupa-los [...].

Projetos como esse favorecem a autoestima positiva e a autonomia dos usuários e permitem aos trabalhadores ampliar sua compreensão sobre os sujeitos e suas potencialidades e, conseqüentemente, possibilidades de intervenção. [...] É interessante porque a gente começa a perceber como é que eles se posicionam fora daqui. Aqueles pacientes que vêm pra cá desarrumados, que estão desorganizados, mas quando saem, a postura é completamente diferente [...]. Nesse sentido, nos

alegramos em compartilhar o sorriso de uma trabalhadora ao relatar a fala de uma usuária que ela ouvira pouco antes de nossa entrevista:

*[...] Essa semana passada foi tão boa pra mim porque eu tava muito triste, eu comecei a semana chorando. Eu não queria ir pro CAPS, eu não queria nada. Aí, quando começaram aqueles ensaios, eu tinha que correr, ensaiar pro bloco [Doido é Tu], ensaiar pro São João, **eu já tava tão alegre que eu já nem lembrava mais que eu tinha que chorar** [...].*

A efetivação de projetos dessa natureza, no entanto, se depara com empecilhos e dificuldades de diversos como, por exemplo, [...] *tem que ser passeios gratuitos, por conta do déficit financeiro que a gente tem [...]*, ou a impossibilidade de deslocamento e trânsito seguro pelo território.

[...] A princípio a gente ia fazer o Cine CAPS junto com a turma da escola aqui em frente, mas uma vez a gente tava indo organizar e teve um assalto no caminho, aí eu me perguntei se realmente valia a pena eu me deslocar com um grupo daqui, a pé, aí eu disse, “quer saber de uma coisa, eu não vou encarar essa não, vou fazer mesmo no espaço do CAPS” [...].

Outro ponto merece ser discutido, apesar do reconhecimento dos trabalhadores acerca das potencialidades da grupalidade nos projetos socioculturais e de serem realizados diversos grupos, foi possível identificar o privilégio dado aos atendimentos individuais, destacando-se aqui a psicologia e a medicina.

No caso do acompanhamento médico esse privilégio é ainda mais radical, sendo o atendimento individual referido como a “única” atenção possível na perspectiva dos trabalhadores. [...] *Porque o atendimento da psicologia você atende individualmente, apesar de que tem os grupos, que eles conseguem fazer grandes progressos nos grupos, mas o médico tem que ser individual [...]*. Nesse contexto, é significativo apontar a resistência de alguns em relação ao trabalho grupal na medida em que não reconhecem sua eficácia e cujos ganhos referidos são exclusivamente quantitativos.

[...] Grupo pra mim é uma resistência enorme, particularmente, porque eu não acredito 100% no trabalho de psicoterapia com grupo não. Faço para dar conta da demanda que tem. Foi a forma que eu encontrei de atender doze pacientes num horário que eu só ia atender dois [...].

Os esforços em manter os atendimentos individuais objetivam garantir a qualidade do trabalho e respeitar necessidades específicas dos usuários.

[...] Eu tento organizar de um jeito para que eles façam uma vez por mês individual, mas do jeito que tá, nem esse individual uma vez por mês não dá. Então, acaba se restringindo a intercorrências, a crises. Eles pedem pelo menos 10 minutinhos para conversar coisas que no grupo não têm coragem de conversar [...].

Outras disciplinas afirmam a necessidade do trabalho grupal, [...] *A gente*

trabalha com grupos e trabalha com a família [...], mas relatam dificuldades para realização de grupos no cotidiano.

[...] ela [demanda] muda, então eu posso ter um grupo agendado pra hoje e de repente não fazer esse grupo, pedir a outro profissional pra assumir, porque apareceu uma situação onde a ação do serviço social se faz importante e eu preciso realmente priorizar aquele outro atendimento, pra poder não ser falho num momento crucial daquele usuário [...].

Concordamos com Barros (1994) quando refere que a noção de subjetividade não pode ser confundida com a de indivíduo. “Uma coisa é a individuação do corpo. Outra é a multiplicidade dos agenciamentos de subjetivação: a subjetividade é essencialmente fabricada e modelada no registro do social” (p. 149). O grupo deixa, portanto, de ser um modo de organização dos indivíduos para se tornar um dispositivo, catalisador existencial que poderá produzir focos mutantes de criação. A noção de dispositivo aponta para algo que faz funcionar, que aciona, produz novos acontecimentos. Tomado como um dispositivo, o grupo aciona a capacidade de transformação, de “desterritorialização”. A partir do encontro com a multiplicidade, permitimos que emirjam novos “devires”, novos “territórios existenciais”.

O estar diante de outros pode disparar movimentos inesperados porque é o desconhecido – não só enquanto experiência, como também enquanto modo de experimentar – que passa a percorrer as superfícies dos encontros. [...] É essa mistura que faz com que os agenciamentos se multipliquem, produzindo singularizações. Sempre haverá linhas de subjetivação disponíveis que flutuam dependendo da composição das forças em jogo (BARROS, 1997, p.188).

Ouvir os outros significa ouvir “outros modos de existencialização, outros contextos de produção de subjetividades, outras línguas para outros afetos, outros modos de experimentar” (BARROS, 1997, p. 189). O trabalho com o dispositivo-grupo se dá de modo cartográfico, seguindo-se as linhas que se traçam, marcando pontos de ruptura e enrijecimento, analisando seus cruzamentos. Desse modo, “Não há sentidos a serem revelados. Mas a serem criados. É da fecunda tensão das linhas que configuram um dispositivo que algo de novo poderá advir” (p. 189).

Essa ideia do grupo como um dispositivo não se restringe aos grupos terapêuticos, apesar de encontrar neles extrema potencialidade. O próprio Centro de Atenção Psicossocial constitui um dispositivo-grupo, cujos atores são trabalhadores, usuários e familiares e entre os quais se constroem inúmeras linhas de relação, com pontos de tensão, ruptura, enrijecimento, onde nos “desterritorializamos” e nos “reterritorializamos” constantemente.

Pensar de modo integral, considerando os diversos saberes e práticas da equipe e da comunidade, visualizando o sujeito integrado a seu contexto sociocultural exige da equipe um esforço constante de reconstrução de seu cotidiano de trabalho. [...] *A gente estabelece uma rotina, mas tem que estar aberto, ser maleável pra não trabalhar com uma programação rígida, porque tem que atender a uma demanda que se apresenta no cotidiano, uma dinâmica que muda [...].*

Acerca da rotina do CAPS, surge a necessidade de flexibilidade dos projetos terapêuticos singulares, principalmente no que se refere aos usuários em regime intensivo de atenção, cujos diagnósticos e projetos variam pouco ou nada durante seu acompanhamento no CAPS, [...] *se percebia a necessidade de serem intensivos e ficavam sempre intensivos [...].* Como estratégia de superação dessa estagnação, assim como meio de incluir os usuários na construção e reconstrução de seus próprios projetos, surge o “grupo dos intensivos”.

[...] Então eu disse, gente, por que é que a gente não faz uma vez por semana uma roda onde a gente possa colocar nossos sentimentos, o que evoluiu, o que regrediu, o que é que tá do mesmo jeito, como é que eu estou e o que eu gostaria. Foi aí que surgiu o grupo dos intensivos [...].

A valorização da voz dos usuários, além do grupo dos intensivos, mantém a realização da assembleia dos usuários como prioridade. [...] *o que é que a gente não abre mão? A assembleia e o conselho dos usuários. Ali fora tem as datas do ano todo, todas as reuniões, porque eu boto. A gente tem eleição, tem tudo [...].* Nesse contexto, a avaliação e o planejamento surgem, então, como dispositivos para ampliação da qualidade e resolutividade do cuidado, valorizando a participação ativa de trabalhadores e usuários.

[...] um serviço ele tem que ter planejamento, tem que ouvir todos os funcionários, ouvir como é que tá cada setor, tem que ser assim. Se a gente não se planejar as coisas não saem ordenadas, não tem objetivo, a gente não pode avaliar depois e aí se perde muito [...].

Essa reconstrução do cotidiano, entretanto, não pode ser absoluta tendo em vista que o mesmo exige uma linha guia de trabalho capaz de orientar tanto o trabalhador quanto o usuário no cotidiano do cuidado em saúde mental.

[...] Eles chegam muito à espera de nós. Então, se a gente não chega com algo pra oferecer pra eles, eles ficam meio perdidos. Mas eu vejo muito da demanda de cada um, se eu trabalhei, eu planejei aquela atividade e ela não pode ser feita da forma como eu planejei, eu vou ver como é que tá o grupo, como é que tá aquele paciente naquele dia [...].

Conforme destacam Scherer, Pires e Schwartz (2009), no contexto contemporâneo, nenhuma atividade humana pode ser totalmente padronizada e

controlada. Os coletivos de trabalho se transformam acompanhando mudanças sociais, culturais, econômica, tecnológicas, atualizando-se permanentemente.

5.2.1. Rede de Petições e Compromissos na construção de Projetos Terapêuticos Singulares

Buscamos descrever os pedidos e compromissos que se estabelecem na relação entre os trabalhadores que compõem a equipe multiprofissional do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e os coordenadores (local, regional e municipal) na construção de projetos terapêuticos singulares, assim como as principais interferências nesse contexto. O detalhamento da análise e os discursos correspondentes foram apresentados no capítulo 5.2, do qual essa RPC faz parte. Os atores sociais foram agrupados da seguinte forma: Grupo I, representado pelos trabalhadores do CAPS, e Grupo II, representado pelos coordenadores. Apresentaremos dois quadros estabelecendo um paralelo entre os pedidos (quadro 11) e compromissos (quadro 12) dos dois grupos.

QUADRO 11: Pedidos dos trabalhadores do CAPS (Grupo I) e dos coordenadores (Grupo II) na construção de projetos terapêuticos singulares

PEDIDOS	
Grupo I	Grupo II
Ampliação da equipe; ampliação da rede de atenção psicossocial; condições materiais (insumos e equipamentos) para realização de projetos; planejamento das atividades.	Atendimento à demanda; acompanhamento de casos moderados e graves; participação ativa dos trabalhadores nas rodas de equipe.

QUADRO 12: Compromissos dos trabalhadores do CAPS (Grupo I) e dos coordenadores (Grupo II) na construção de projetos terapêuticos singulares

COMPROMISSOS	
Grupo I	Grupo II
Acompanhamento multidisciplinar de casos graves; acolhimento, vínculo e responsabilização; projetos de incentivo à socialização, cidadania, autonomia e ampliação cultural; projeto terapêutico singular construído com participação do usuário; assembleia e conselho de usuários.	Realização de rodas de equipe e de gestão para avaliação e planejamento das ações; organização das condições materiais para realização de projetos (insumos e equipamentos); organização da rotina.

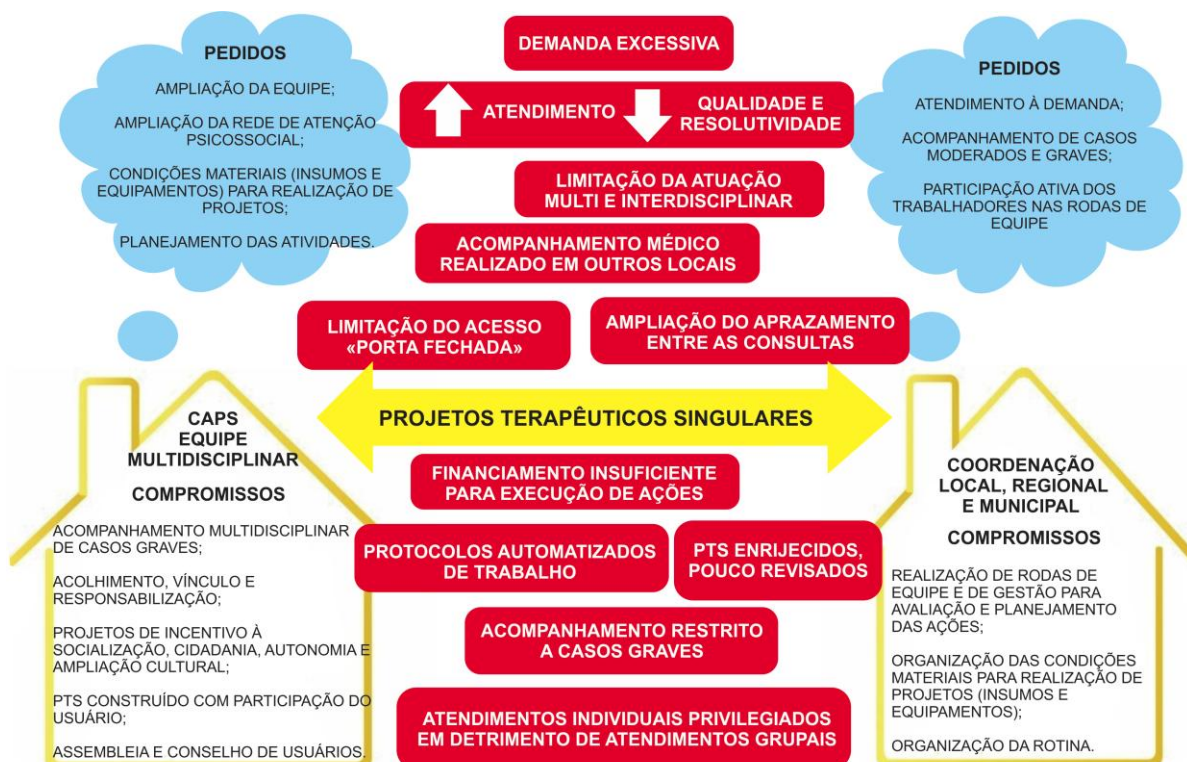


Figura 16: Representação gráfica da Rede de Petições e Compromissos na construção de Projetos Terapêuticos Singulares

Evidenciando os principais nós-críticos que interferem na construção e desenvolvimento de projetos terapêuticos singulares, apresentamos a seguir as principais interferências apresentadas pelos trabalhadores e coordenadores: “demanda excessiva”; aumento da quantidade de atendimentos comprometendo a qualidade do mesmo; limitação da atuação multi e interdisciplinar; acompanhamento médico realizado em outros locais; limitação do acesso; ampliação do aprazamento entre as consultas; financiamento insuficiente para execução de ações; protocolos automatizados de trabalho; projetos terapêuticos singulares enrijecidos, pouco revisados; acompanhamento restrito a casos graves; atendimentos individuais privilegiados em detrimento de atendimentos grupais.

Observamos que um dos pontos fundamentais colocados pelos trabalhadores e coordenadores em relação ao comprometimento da qualidade e resolutividade do cuidado em saúde mental é o excesso da demanda. Essa observação, entretanto, não é acompanhada de um pensamento crítico, autoanalítico, em que se pense de modo estratégico e ativo. A solução apontada é vista apenas fora do alcance da equipe, com a ampliação da equipe e da rede de

atenção na medida em que apenas a dimensão quantitativa da demanda é considerada. Desse modo, as narrativas revelam alguns pontos que merecem ser destacados e questionados, como, por exemplo, protocolos automatizados de trabalho, projetos terapêuticos singulares pouco revisados e o privilégio de atendimentos individuais em detrimento de atendimentos grupais.

Evidencia-se que a “solução” esperada não se encontra apenas “fora” da equipe, sendo necessário sim que aspectos referentes à dimensão macropolítica sejam contemplados, mas aspectos micropolíticos referentes aos processos de trabalho precisam também ser avaliados e transformados.

Nesse cenário, a responsabilização assume um papel fundamental, tanto em relação aos trabalhadores quanto aos coordenadores. Apenas é possível se autoanalisar e se autogerir no sentido de construir e reconstruir novos pactos ético-políticos e técnico-assistenciais quando os atores sociais estão de fato implicados com o cotidiano do trabalho. É necessário pactuar e desenvolver ações.

[...] sempre o que a gente conversa é desdito em outra reunião e isso gera muita canseira nas pessoas, eu acho que isso é um dos motivos pelo que as pessoas se esquivam nas reuniões, porque sempre volta o mesmo assunto, o mesmo problema, e não se resolve. Quando se resolve, às vezes vai ver e não foi resolvido de fato, aí volta a bater na mesma tecla [...].

Não estamos aqui desresponsabilizando os gestores responsáveis pelas decisões e ações macropolíticas, apenas afirmamos que a responsabilidade e a potência de transformação não se restringem a eles. Como assinala Franco (2012, p.1) “O que pode um trabalhador da saúde? Tudo (enquanto potência)”.

5.3. Entre Afetos, Subjetividades e Disciplinaridades: desafios enfrentados pelos trabalhadores no cotidiano da atenção psicossocial

A partir da análise das narrativas, é interessante observar o percurso profissional dos trabalhadores e notar que alguns realizaram um sonho pessoal ao atuar na área disciplinar escolhida ou em saúde mental. *[...] Quando eu era criança ela perguntava o que eu queria ser quando eu crescesse e eu dizia que queria ser enfermeira [...].* Outros assumem essa atuação sem que isso houvesse ocupado outrora um lugar de sonho ou desejo, *[...] eu nem pensava em vir pra saúde mental, nem queria ser médico. Eu queria ser dentista [...].* Nesse caso, o caminho é percorrido sem uma meta predefinida, a partir de encontros e desencontros.

[...] Como eu ficava na emergência só de manhã, de tarde eu ia pra um posto de saúde, aí ele falou comigo, perguntou se eu não queria ir pra lá [CAPS]. Era uma proposta financeira também melhor do que de onde eu estava e eu acabei indo. E nisso eu fiquei um ano e sete meses no CAPS. Eu fui fazendo uma capacitação, daí comecei a gostar, me interessar [...].

A oportunidade de conhecer a saúde mental durante a formação acadêmica, assim como o modo como ela é discutida nesse universo, também se revela como um fator importante para a aproximação ou afastamento dos profissionais em relação a essa área.

[...] Tem a questão da formação também, hoje, quando eu paro pra pensar lá atrás a gente só tinha uma cadeira de psicopatologia geral, não sei como está hoje, mas na minha época só era uma pra ver psicopatologia psicanalítica, fenomenológica e comportamental. Talvez seja por isso que tem 10 vezes mais gente na organizacional e 10 vezes mais gente também na escolar. Talvez exista um déficit, uma lacuna dentro da grade curricular do curso voltada pra saúde mental [...].

Nesse contexto, muitos chegaram sem qualquer experiência prévia ou formação específica, *[...] eu cheguei crua na saúde mental, eu fiz o concurso, mas eu não tinha experiência nenhuma [...].* Alguns revelam, inclusive, haver tido que vencer uma rejeição em relação à área, *[...] eu nem gostava da psiquiatria na faculdade, o que é normal, normal não, comum acontecer. Eu tinha certa aversão à psiquiatria [...].*

Concordamos com Furtado e Onocko Campos (2005) quando destacam a educação permanente dos trabalhadores, ao lado da avaliação sistemática das novas práticas e da inclusão da perspectiva dos usuários na produção do cuidado, como uma via fundamental para a transposição dos princípios da Reforma Psiquiátrica para o plano das práticas.

Já atuando em saúde mental, os trabalhadores relatam que foram aos poucos se sentindo envolvidos, encantados por esse universo eminentemente relacional e afetivo. São relatos de identificação e empatia, que vão fazendo nascer o compromisso com o outro, o desejo de contribuir, de ajudar.

[...] Você pode perceber também que existe um sonho muito grande para os profissionais em saúde mental. [...] Essa dimensão do humano, o desejo de ver no outro o desenvolvimento, o crescimento, a autonomia que ele vai conquistando [...].

O cotidiano da equipe também influencia significativamente o processo de trabalho individual, *[...] eu acho que isso vem da sua história de vida, do que você pensa, mas eu aprendi muito com a equipe. Tem profissional aqui que têm uma disponibilidade tão grande que você aprende, se contagia e quer fazer também [...].*

Tais discursos confirmam o que Franco e Merhy (2009) afirmam em relação ao mundo do trabalho, compreendendo-o como uma micropolítica “na qual somos individual e coletivamente fabricantes e fabricados nos nossos modos de agir e nos nossos processos relacionais” (FRANCO; MERHY; 2009, p. 182-183).

O cuidar em saúde mental, portanto, não comporta apenas uma dimensão técnica, procedimental, engloba dimensões afetivas, éticas, ideológicas e políticas. Concordamos com Góis (2005) ao referir-se à noção de “atividade” como ação consciente, criativa e transformadora, ou seja, ação que permite ao ser humano apropriar-se da natureza, produzir a sociedade e sua existência conforme sua vontade. Morin (2011) destaca ainda a importância do afeto em todas as dimensões do humano, defendendo a ideia de que o século XXI deverá abandonar a visão unilateral que define o ser humano pela racionalidade.

O homem da racionalidade é também o da afetividade, do mito e do delírio. O homem do trabalho é também o homem do jogo. O homem empírico é também o homem imaginário. O homem da economia é também o do consumismo. O homem prosaico é também o da poesia, isto é, do fervor, da participação, do amor, do êxtase (MORIN, 2011, p.52).

A compreensão da demanda que se apresenta no dia a dia exige da equipe, abertura e disponibilidade ao encontro com o outro através da escuta. [...] *Tem colega que diz que não tá aqui pra fazer terapia com ninguém, mas a parte mais importante da saúde mental é a escuta. Porque se você não escutar o paciente você não vai saber, não vai nem ter ideia do que ele precisa [...].* Uma escuta qualificada pode muitas vezes mudar completamente os rumos de um diagnóstico e de um projeto terapêutico.

[...] Se a gente pega uma ficha e vê cinco telefones de contato, aí eu pergunto, “seu telefone é esse?”, a paciente diz, “é não”, e esse?, “é não”. E a paciente dizendo que estava só com insônia, orientada e tal. Eu pergunto, “mas por que você não tava vindo? Por que a gente não consegue falar contigo? Por que tantas mudanças de telefone?” Aí ela diz, “a senhora não sabe, mas pra onde eu vou eles conseguem descobrir meu telefone e ligam pro meu celular. Por isso eu tô todo tempo mudando de telefone, pra eles não conseguirem me localizar”. Perguntei, “e quem é que escuta esses telefonemas, eles só falam com você?” “Só comigo doutora”. “E você nunca gravou, nunca tentou mostrar a ninguém?” “Não doutora, eles só escolhem a hora que eu tô só” [...].

Esta escuta qualificada deve configurar uma “escuta ampliada”, considerando a complexidade da experiência do sofrimento e permitindo a expressão singular do sujeito. As ações em saúde mental devem utilizar a escuta e a palavra como organizadores da vivência do sujeito e facilitadores do acolhimento e vinculação deste ao serviço e ao projeto terapêutico (SILVEIRA; VIEIRA, 2005).

Essa escuta ampliada não pode se restringir ao diálogo verbal. Alguns comportamentos, gestos, expressões ou mesmo dados objetivos podem informar muito acerca de um usuário e expandir as possibilidades de cuidado.

[...] Então a gente vai começando a entender, que, muitas vezes, por trás de um dado de uma ficha, a gente pode perceber algo que o paciente não consegue verbalizar e começa a se aproximar. Então a gente tem uma referência, na verdade, na escuta, e não pode ser só da fala [...].

Uma trabalhadora relatou um caso que ilustra bem a potencialidade de uma escuta qualificada, observando elementos, mesmo que aparentemente insignificantes para o tratamento, a fim de estabelecer uma relação de confiança e diálogo. Evidencia-se, assim, a importância da disponibilidade e abertura ao encontro com o outro, da relação dialógica e empática.

[...] Teve uma paciente que a gente tentou atender e ela sempre com um algodãozinho no ouvido e não fazia queixa nenhuma. Não sei quantos meses e não fazia queixa nenhuma, sempre dizia que tava tudo bem. Um dia, acho que depois do quarto atendimento, eu disse: “me diga uma coisa, e esse algodãozinho no ouvido, só do lado direito, você tá com dor?” “Não” [...] Continuei falando com ela, mas na mesma hora ela olhou pro lado do algodãozinho e disse “viu como não sei o que, não sei o que, a casa que você quer me tomar”. Entendeu? Ela se permitiu isso, falou comigo, eu lá do outro lado, sem ter ninguém aqui. Isso foi depois de quatro tentativas e ela não alucinava, não desorientava, não fazia uma queixa [...].

Até o momento, debatemos o afeto em sua materialidade positiva, porém, concomitantemente, encontramos relatos de condições estressoras enfrentadas no dia a dia, potencialmente capazes de transformar a motivação em desmotivação, a alegria em tristeza, a saúde em adoecimento.

Para Góis (2008), o estresse é provocado por um desequilíbrio entre demandas internas e externas e a capacidade do indivíduo em dar resposta a tais demandas. Esse conflito de forças gera um estado de tensão emocional que, de modo continuado, pode levar a prejudicar seriamente o indivíduo em sua integralidade, passando a causar doenças, problemas psicológicos e sociais.

Nesse contexto, a precarização do trabalho emerge nos discursos dos trabalhadores de saúde mental como um ponto fundamental. A vulnerabilidade dos trabalhadores submetidos a frágeis vínculos contratuais foi um dos elementos centrais identificados, acarretando, por exemplo, grande rotatividade com consequente descontinuidade de projetos terapêuticos e quebra de vínculos.

[...] Infelizmente, essa dinâmica do serviço é afetada pela rotatividade de profissionais e pelo sistema de relações que se coloca pro trabalhador de saúde mental. Quando você tem um profissional que estabelece um vínculo com o paciente durante um ou dois anos e de repente esse vínculo é quebrado pela ausência desse profissional, porque o contrato foi encerrado

ou porque encerra a gestão, ou por uma questão salarial, porque às vezes o profissional procura outra coisa melhor, não há como falar do serviço sem falar também da gestão pública em geral [...].

Este discurso reafirma o mesmo cenário encontrado por Jorge et al (2007) em uma pesquisa realizada em Fortaleza entre janeiro de 2005 e fevereiro de 2006. Diversas formas de contratação no serviço público com vínculo temporário, terceirização, bolsas de trabalho, entre outros, deixam os trabalhadores sem garantia de direitos trabalhistas, ficando desprovidos de proteção social.

A rotatividade de profissionais torna-se ainda mais acentuada em períodos eleitorais, diante de possíveis mudanças partidárias na gestão municipal, o que afeta não apenas usuários, causando também grande ansiedade na equipe e interferindo em seu processo de trabalho. [...] *Com essa saída da gestão, na verdade ninguém sabe mais qual é o nosso destino, qual é o nosso futuro. Estamos aí nesse grupo que pode sair a qualquer momento [...].*

A possibilidade de saída dos trabalhadores terceirizados permanece como uma ameaça constante à que a equipe está exposta, dificultando a construção de vínculos e projetos, conforme podemos observar no discurso a seguir:

[...] Do nível médio só três ou quatro pessoas são concursadas. O restante, todo mundo é terceirizado. Sabe, é como se tivesse um discurso não tão claro de que o terceirizado tá mais fragilizado, como se não fizesse parte do grupo, como se estivesse só temporariamente aqui [...].

Há uma diferença, no entanto, no modo como a fragilidade dos vínculos contratuais é vivenciada pelos trabalhadores com nível médio de escolaridade e àqueles com nível superior, o que pode ser decorrente das possibilidades de cada um no que se refere à empregabilidade. [...] *A diferença é que talvez, na nossa cabeça passe a ideia de que a gente tem uma facilidade maior de conseguir outro emprego e pra um terceirizado que ganha um salário mínimo, isso não funciona tão fácil assim [...].* Essa fragilidade afeta também a possibilidade de atuação política na medida em que questionar ou enfrentar situações em que os trabalhadores estejam em desacordo com os gestores pode acarretar punições ou demissões.

[...] Essa equipe já colocou a prefeitura num processo da promotoria, dentro da saúde pública, eu nem estava nessa época, mas já havia uma organização, uma tradição nesse sentido, não existe muito medo, de “ah, vou perder meu emprego”. E aí é que vem a questão da relação de trabalho. É uma das equipes que tem mais profissionais concursados. Isso dá uma liberdade de posicionamento político, ético, e eu digo que importa sim, não ser ou permanecer terceirizado, porque a gente não pode mexer com a natureza das pessoas, as pessoas têm contas pra pagar, uma família pra levar e é mais do que normal ter medo diante de algumas situações [...].

Entretanto, nos discursos dos trabalhadores, submetidos à fragilidade de vínculos trabalhistas, a lógica do mercado pode ainda ser compreendida de modo positivo ou, talvez, naturalizado. Nessa perspectiva, o medo diante de possíveis punições, dentre as quais a demissão seria a principal delas, o trabalhador ampliaria a produtividade e fortaleceria o compromisso com a resolutividade dos atos de saúde, favorecendo, desse modo, a qualidade da atenção oferecida.

[...] A gente tem muitos profissionais aqui que são concursados, que não são terceirizados, então é um pessoal mais difícil. Apesar de que, pra ter funcionários concursados aqui, eu acho que a equipe trabalha muito, porque em outros lugares eu vejo que o povo é mais lento [...].

Outro aspecto referente à precarização do trabalho ganha destaque nos discursos dos trabalhadores: as más condições de trabalho, principalmente no que se refere à estrutura física e disponibilidade de materiais e equipamentos indispensáveis à execução do projeto terapêutico institucional.

[...] O meu problema com saúde mental é que nós não temos espaço para trabalhar, você já entrou na farmácia? Não tem espaço. Por exemplo, chegou medicamento agora, você tem um espaço que acho que é de 40 cm de um armário pro outro pra você passar, pra colocar caixa. Você não tem um birô pra trabalhar, então eu acho que essa questão física, o espaço físico, me deixa muito aborrecida [...].

A própria integridade física dos trabalhadores é colocada em risco em decorrência da inadequação das instalações do serviço. *[...] Falta estrutura de trabalho. Aqui teve uma vez que o paciente quis me agredir e como é que eu saio? Não saio. Eu fui salva por outro paciente que estava entrando [...].*

As más condições da estrutura física afetam não apenas o bem-estar dos trabalhadores, mas também dos usuários, *[...] me desencanta ter pacientes com sentimentos e delírios persecutórios fortíssimos e quando estão aqui olham pros buracos e dizem “doutora, não vai cair nada dali não? Ele tá me ouvindo é ali” [...].*

Esse discurso confirma os resultados da pesquisa de Jorge et al (2007) que apontam que os trabalhadores da Rede de Atenção Psicossocial de Fortaleza estão submetidos a condições de trabalho insatisfatórias. Nesse cenário, o incômodo é tão intenso que os próprios trabalhadores relatam pagar por reformas e melhorias em seu ambiente de trabalho.

[...] Na primeira semana de janeiro eu tava pagando o pintor, comprando a tinta e pintando a sala. Minha colega disse “eu não acredito que tu vai fazer isso”, e eu disse “vou, é o meu ambiente de trabalho e eu não acho digno receber meu paciente num ambiente tão desestruturado desse jeito” [...].

Do mesmo modo, o subsídio financeiro para execução de ações chega a

sair dos próprios trabalhadores. Esse ato é valorizado por alguns, sendo compreendido de modo positivo, como responsabilização e compromisso com a qualidade do cuidado.

[...] Eu acho que é feito muita coisa ainda. E isso depende do que? Do esforço pessoal de cada um. A equipe ainda tá de parabéns, porque a gente ainda consegue fazer muita coisa, às vezes sem poder, batendo xérox do nosso dinheiro, porque vai demorar e a gente tá precisando na mesma hora. As nossas festas, a gente faz com cotas nossas, quem quer paga, então tem muita coisa aqui que vale a pena [...].

Outros relatam sentimentos de frustração, cansaço e constrangimento, chegando a apelar para a solidariedade dos próprios usuários.

[...] Muitas vezes eu cheguei ao grupo aqui e disse “gente, eu estou constrangida de dizer pra vocês, mas não tem vale”. Daí eu vejo o que é que a gente pode fazer, tenta se organizar, “quem tá com problema pra voltar pra casa?” Aí um diz, “não doutora, eu estou até com 1 real a mais”, aí a gente vê se pode disponibilizar esse 1 real a mais pra ajudar o colega. Então são essas coisas que constroem [...].

A precarização do trabalho chega a ser percebida com uma violência a que está submetido o profissional de saúde, conforme discurso a seguir:

[...] essas coisas deixam a gente constrangido, muitas vezes revoltado, por isso a gente acaba falando em tom de deboche como eu falei ali [referência à reunião de equipe]. Passaram aquele papelzinho [notificação de casos de violência] e eu fiquei perguntando, daquilo ali, o que é que se aplica a gente? Que tipo de violência a gente sofre como profissional? [...].

Nas narrativas podemos perceber diversos modos e níveis de resistência às condições estressoras, *[...] a gente vai engolindo tanta coisa ao longo de muito tempo de trabalho que em cada um você vai vendo reações diferentes, uns se calam, outros adoecem, outros dizem “ah, é assim mesmo” [...].*

Para alguns, apesar das más condições de trabalho, a motivação ainda pode ser mantida, *[...] Mesmo sem espaço, sem ambiente, já atendi em cantos que você não tem noção, mas atendi do mesmo jeito como se estivesse numa sala com ar condicionado, com tudo [...].* Nesse caso, alguns aspectos surgem como potencializadores de um estado motivacional positivo como, por exemplo, a boa relação com a equipe. *[...] Já tive oportunidade de sair pra perto da minha casa, mas eu gosto do trabalho com a minha equipe, gosto do trabalho com toda a equipe [...].*

Porém, a maior parte das narrativas revela um grande índice de desmotivação, sofrimento e até adoecimento dos trabalhadores. Ganha destaque nos relatos tanto o descontentamento pela situação atual, quanto à baixíssima expectativa de melhoria das condições de trabalho.

[...] Uma simples porta, com uma divisória, resolveria o problema e isso tá sendo prometido desde que eu cheguei aqui. Então, chega hoje a décima pessoa pra olhar, aí você mostra, mas mostra tão desanimado! Você pensa: eu vou sair do serviço e isso aqui vai continuar do mesmo jeito! [...].

A expectativa negativa ou pessimista provoca em alguns trabalhadores um estado de frustração e, por vezes, “estagnação”, conforme a fala seguinte:

[...] Estou, não tensa, mas parada diante do que estou vendo. Não estou conseguindo mobilizar coisas como eu fazia até pouco tempo. Estou meio acomodada. Continuo falando, brigando, mas não tenho tomado iniciativas que possam ter respostas mais imediatas. Porque a gente vê um contexto de saúde mental que parece saber aonde vai, mas não sabe como vai [...].

Desmotivados, cansados de esperar e descrentes em relação às promessas de melhoria, os trabalhadores são mantidos por condições materiais secundárias como, por exemplo, a carteira de trabalho assinada.

[...] Eu lembro que há uns dois anos atrás a coordenadora municipal esteve aqui conosco e nós tivemos uma reunião com a coordenadora do serviço também, era outra na época, e todos já estavam se queixando do CAPS. Que ninguém sabe quanto tempo fica aqui, já tá muito ruim de trabalhar aqui, e eu até disse pra ela que o que está segurando os médicos aqui é a carteira assinada, e ainda é. Você tem o FGTS, alguma coisa, se fosse um contrato simples qualquer já tinha saído muita gente [...].

A desmotivação interfere nos processos de trabalho. [...] *Eu não me sinto contemplada nas minhas potencialidades, não me sinto motivada, eu dou o melhor de mim porque o usuário merece [...].* Por vezes, se torna necessário buscar fora do cotidiano do trabalho o estímulo para continuar.

[...] Hoje eu sei que tem muitos projetos que eu poderia desenvolver, mas não ressoa em mim uma grande motivação, nenhuma na verdade. Então, eu fui buscar fora, fazer mestrado, vendo que acaba ficando muito pequeno o serviço, que você se sente muito tolhido enquanto profissional [...].

Outro destaque é o sentimento de impotência diante dos problemas, [...] *Estou vendo a coisa toda muito parada e não me sinto com energia nesse momento. Não sou pretensiosa pra achar que eu posso mover a roda toda [...].* Adoecimentos resultantes de sofrimentos no trabalho também podem ser visualizados.

[...] Já tiveram profissionais aqui que adoeceram, pediram pra sair daqui, foram pra outros postos, saíram daqui mentalmente doentes. Já tiveram pessoas aqui que tiveram síndrome do pânico, ansiedade, quando chegavam aqui no CAPS adoeciam. Quando pensavam em sair de casa pra cá adoeciam [...].

Esse discurso reafirma o que Góis (2008) aponta como condições sociopsicológicas mais favoráveis a gerar estresse continuado e consequente adoecimento: sentir-se impotente para controlar os estressores; julgar imprevisíveis sua duração e intensidade; ter pouca possibilidade de escapar da situação

estressora; perceber o estresse como indicador de piora da situação de vida; e não ter suporte social para enfrentá-lo.

Considerando esse contexto onde permanecem em constante conflito o desejo de realizar um bom trabalho e o desgaste e a desmotivação em relação às suas más condições de realização, os trabalhadores se questionam acerca da qualidade do cuidado que oferecem aos usuários.

[...] Eu estou num momento de esgotamento mesmo eu diria. Hoje eu chego aqui e me questiono o que é que me motiva? Qual o sentido do CAPS na minha vida? E eu vejo que muitos profissionais passam por isso. A saúde mental deveria ser um lugar de acolhimento, de receber esse outro que tá sofrido, então como é que um profissional que está também adoecido, estressado, cansado, vai ter essa disponibilidade que eles precisam e que tem direito mesmo? Serem muito bem recebidos e bem tratados. Eu vejo que em mim hoje não tenho a mesma generosidade, eu digo isso hoje com muita pena, porque eu queria que essa generosidade estivesse muito presente ainda, porque daria sentido ao meu modo de estar aqui [...].

Lidar com o sofrimento humano de modo tão próximo e cotidiano, afeta sobremaneira os trabalhadores, *[...] É muito cansativo, muito puxado realmente. Acho que a palavra certa não é puxado, talvez carregado, é muito carregado trabalhar com tantos pacientes, com tanto sofrimento [...].* Nesse sentido, conscientes da necessidade de cuidado dos próprios trabalhadores da saúde, a equipe menciona a realização eventual de atividades denominadas “cuidando do cuidador”. *[...] Coisas que sejam agradáveis, coisas que mexam com a integração, atividades desse tipo eu acho que é importante, um cuidado diário [...].*

Algumas dificuldades, no entanto, foram relatadas em relação à própria efetivação de tais atividades, principalmente decorrente do desinteresse e desvalorização de tais momentos por parte dos próprios trabalhadores.

[...] A questão do cuidando do cuidador que a gente fazia, eu percebia que muita gente não vinha naquele dia, achava melhor fazer coisas lá fora. Aí eu coloquei isso na roda, me zanguiei, disse que não ia mais fazer porque a gente fazia e não aparecia ninguém. Daí foi dada uma ideia na equipe de que cada pessoa, cada profissional, pudesse facilitar o cuidando do cuidador, mas ainda não aconteceu. Deixei a cargo, mas não aconteceu [...].

Alguns trabalhadores sugerem que tais momentos funcionam como um cuidado paliativo, um relaxamento passageiro, tendo em vista não questionar, problematizar ou modificar os principais agentes estressores do cotidiano.

[...] Existe aquele cuidando do cuidador, eu já questionei isso várias vezes, porque é feito no mesmo ambiente de trabalho, com as mesmas características de um dia a dia de trabalho. Outra coisa, se o ponto de tensão não é o usuário, quando reúne os profissionais, não mudam em nada essas tensões, esses conflitos [...].

Entretanto, a equipe tem encontrado outras atividades e momentos capazes de favorecer a integração e o bem-estar no cotidiano do trabalho. [...] *A gente está sempre querendo fazer essas coisas, como os aniversariantes do mês, porque é uma forma de estar sempre próximo. É outro momento, não só aquele de profissional, mas de pessoa, de estar sorrindo, se aproximando [...].*

Apesar de se evidenciar na maior parte dos discursos desgaste e desmotivação em relação às condições de trabalho, outros aspectos do cotidiano fortalecem o dia a dia, como, por exemplo, a autonomia dos trabalhadores para exercer a gestão de seu processo de trabalho.

[...] Se eu não tivesse a coesão e o apoio que eu tenho, eu acho que eu não teria ficado aqui diante das dificuldades. Dificuldades na rotina de falta de material, falta de estrutura física, se não houvesse esse apoio, por exemplo, eu tenho livre arbítrio pra fazer a minha agenda da maneira como eu queira, a criação de grupos, tanto é que eu vou criando a partir da demanda [...].

Essa autonomia é extensiva a diversos setores, conforme relato a seguir: [...] *A gente é que decide o que fazer com o que tiver na cozinha. Não tem assim um cardápio especial, “hoje é isso”, não. Lá na cozinha é decidido na cozinha [...].*

Outro ponto que ganha destaque são as relações interpessoais e interdisciplinares dos trabalhadores, as quais, para alguns, comportam um clima afetivo positivo, [...] *eu realmente consigo me dar com todos, tenho carinho, já fiz laços de amizade, alguns só profissionalmente mesmo, mas eu não tenho nenhum problema com a equipe [...].* Nessa conjuntura, a confiança no trabalho dos demais membros da equipe também favorece as relações interprofissionais no cotidiano e favorece o fluxo do usuário pelo serviço.

[...] O bom relacionamento da equipe ajuda também, o paciente precisa ser visto, você atende porque seu colega de trabalho atendeu e pediu. Não é que não possa dar um não pra ele, mas você confia na conduta dele, se ele tá pedindo, então realmente esse paciente deve precisar [...].

Essa confiança favorece a construção e acompanhamentos dos projetos terapêuticos singulares de modo mais interdisciplinar e integral. [...] *Teve paciente que eu já mudei diagnóstico depois que ele passou a ser acompanhado pela Psicóloga. Porque ela foi me passando a evolução do paciente, aí eu comecei a ver o paciente com outros olhos [...].*

A existência de conflitos, no entanto, não pode ser negada, sendo reconhecida de modo mais ou menos explícita pelos trabalhadores. [...] *Apesar dos pesares, dos problemas, das intercorrências pessoais mesmo, eu acho o pessoal bem relacionado aqui [...].* Para alguns, o conflito é uma opção, [...] *eu digo que eu*

não tenho tempo pra isso [...], enquanto outros o percebem como algo intrínseco ao trabalho em equipe.

[...] Nós temos problemas, mas nós sempre vamos ter. Independente de quem entra e quem sai, eu mesma adoro causar problemas, não porque eu queira, mas porque acaba acontecendo, de eu levantar questões que precisam mesmo ser levantadas [...].

Concordamos com Cecílio (2005) ao considerar os conflitos como característica intrínseca e inerradicável da vida organizacional. Há, entretanto, conflitos abertos e encobertos, sendo possível alterar as possibilidades de manejo dos mesmos e não sua existência.

Nesse sentido, a roda, espaço da reunião de equipe, é referida nas narrativas como o ambiente mais adequado para expressão e resolução de conflitos, evitando que os mesmos perdurem ou se agravem no cotidiano do serviço.

[...] Em relação ao serviço aqui eu acho que os profissionais têm um bom relacionamento. Brigam nas reuniões e tudo, mas têm um bom relacionamento. É melhor brigar na hora do que guardar e levar isso pra depois. Mas isso não afeta a rotina não [...].

A abertura de espaços de diálogo, com permissão da livre expressão das ideias dos trabalhadores e disponibilidade para a escuta, é relatada como condição favorável ao manejo e à resolução de conflitos, sendo reconhecida como característica presente na equipe. *[...] Eu acho [a equipe] bem aberta, a meu ver, bem aberta pra eu dizer, todo mundo tá concordando e eu chegar e dizer que eu não concordo [...].* Essa percepção, entretanto, não constitui um consenso.

Alguns profissionais relatam os espaços de diálogo como fechados à conversa sincera, ou seja, que permitem a fala do que está em acordo, mas reprimem a expressão do desacordo ou da crítica. *[...] Apesar de o discurso ser “as portas estão sempre abertas”, o que são portas abertas se a pessoa não está aberta? Se não há assim outro tipo de receptividade a críticas, a mudanças? [...].*

Nesse contexto, ganha destaque o distanciamento dos trabalhadores com nível médio de escolaridade, geralmente se abstendo de falar nos espaços coletivos de reunião, *[...] você já participou de algumas, já viu como é, a maioria fica calado [...].* Nos chama atenção o relato de alguns acerca de um episódio específico em que havia poucos profissionais com nível superior, uma reunião de cuidado com o cuidador. Nessa ocasião, de modo atípico, esses trabalhadores com escolaridade de nível médio se colocaram abertamente acerca de seus incômodos no cotidiano do trabalho, especialmente no que se refere às relações interpessoais.

[...] Em dezembro eu fiz uma reunião aqui e o que tinha mais era nível médio, quase não tinha nível superior, dois ou três gatos pingados de nível superior. Mas eles falaram tanto! Foi impressionante! Tá tudo anotado na ata, tudo o que eles falaram. Mas depois nunca mais teve essa oportunidade. Nunca mais eles se sentiram com liberdade pra falar [...].

Após essa reunião, o distanciamento destes mesmos trabalhadores parece haver se ampliado. Os que antes não se colocavam por constrangimento ou medo passaram a assumir uma espécie de pacto de silêncio.

[...] Desde então eles não falam mais durante as reuniões, isso foi fala de um deles, e pelo que eu estou percebendo eles não falam mesmo. Eles estão até à parte, na periferia da reunião se você prestar atenção. Eu acho que essa reunião foi o momento 'catarse' deles, porque nada dali tinha como ser usado contra eles. A gente não podia fazer nada a favor, mas também não queria fazer nada contra, apenas ouviu e se colocou [...].

Conforme podemos visualizar no relato acima, o distanciamento chega, inclusive, a ser físico, formando nos espaços coletivos um segundo círculo recuado, como se estivessem ali apenas como expectadores (figura 17).

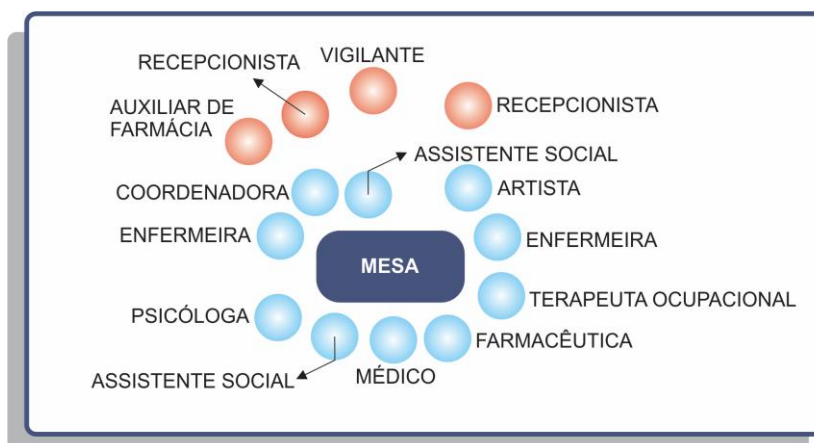


Figura 17: Representação gráfica da distribuição dos trabalhadores em uma roda de equipe.

Fonte: Diário de campo da pesquisadora, jun. 2012.

Apesar de alguns discursos relatarem valorização autorreferenciada, ainda que comparativa, *[...] eu me sinto importante em ser a cozinheira. Tá certo que eu não tenho o estudo que o médico tem, mas ele é importante porque ele cuida dos pacientes e eu também cuido, porque cuido do alimento deles [...]*, ou referirem o reconhecimento por parte de outros trabalhadores e da coordenação, *[...] com uns 20 dias ela me chamou e me parabenizou pelo meu trabalho [...]*, a hierarquia de poderes é predominantemente vivenciada, ou percebida, de modo mais verticalizado, *[...] eles disseram que se sentem numa hierarquia de poder em que eles são a camada mais baixa [...]*.

É importante destacar que o silêncio atingiu também a presente pesquisa ao ser afirmado por tais trabalhadores na ocasião das entrevistas que pouco ou nada tinham a declarar sobre o cotidiano do serviço, a não ser sobre sua função direta. O próprio tempo médio de duração das entrevistas nos permite visualizar esse fato: 15 minutos para trabalhadores com formação escolar de nível médio e 40 minutos para trabalhadores com formação superior completa.

Concordamos com Peduzzi (2007) quando salienta que não basta aos trabalhadores compartilhar a mesma situação de trabalho ou estabelecerem relações cordiais para se constituírem como uma equipe integrada. Para isso, não é necessário desconsiderar as diferentes funções ou especialidades, mas pensar em sua articulação. Por outro lado, a desigual valoração social dos diferentes trabalhos se traduz em relações hierárquicas entre os trabalhadores e constitui um fator significativo capaz de dificultar ou mesmo impedir a integração de uma equipe.

As ações de saúde não se articulam por si só, apenas baseadas em um local de trabalho ou clientela comum. A integração exige o reconhecimento do trabalho do outro, tomá-lo efetivamente em consideração, o que abrange a dimensão da comunicação e da ética na interação humana. Podemos encontrar em equipes de trabalho uma atuação instrumental na relação inter-humana, na qual um entende as condutas dos demais como apoio às suas intervenções. Nesse caso, os sujeitos são tomados como objetos, onde as normas e os valores que orientam o trabalho não se dão por um consenso ou negociação, mas constituem regras de adequação técnica que não foram validadas intersubjetivamente de modo comunicativo por meio do entendimento mútuo (PEDUZZI, 2007).

Fechados à comunicação, executando o “pacto de silêncio”, percebido pelos demais, mas também silenciado, os trabalhadores se distanciam da integração e se aproximam do simples agrupamento.

Podemos identificar nos relatos agrupamentos e acirramento de conflitos interpessoais e intergrupais, o que se mostra presente de modo bastante significativo pela configuração de subgrupos na equipe.

[...] Eu posso dizer que trabalhamos em três com muita harmonia. Você vai encontrar vários outros núcleos assim, vão se acirrando essas diferenças, vai dando lugar a essa forma de funcionar em pequenos núcleos. Isso, às vezes, diminui até a força do coletivo, porque passa a ter guetos, minorias, mas é como a gente se sustenta, porque é o lugar que dá segurança, apoio, sustentação tanto afetiva, quanto emocional, profissional [...].

Os subgrupos se formam por afinidades afetivas ou identificação no

exercício do trabalho, mas não podemos ignorar os agrupamentos por função ou categorias profissionais, e os consequentes conflitos que podem surgir a partir da atuação interdisciplinar, ultrapassando os limites (ou barreiras) disciplinares.

*[...] Eu não invado no sentido de fazer por, ou pensar por, mas **invado** no sentido de estar sempre perto, por exemplo, ir na enfermagem e entrar em questões que são da enfermagem, dar sugestões porque acho que esse é meu papel mesmo, a gente tem que estar quebrando espaços, muros [...].*

As reações a tais “invasões” se mostram diversas, por vezes potencialmente conflitivas. [...] *Acho que isso é tranquilo pra equipe, na verdade a equipe se acostumou comigo. Tinham profissionais que tinham uma dificuldade em lidar com isso, ou um estranhamento maior com isso [...].* Outras vezes, se mostram positivas, com abertura ao diálogo interdisciplinar. [...] *Me acham metidinha, mas sempre me procuram. Acho que a equipe já se acostumou tanto que já vem discutir também as questões [...].*

Ultrapassar as barreiras disciplinares, efetivando uma atuação interdisciplinar, é uma exigência do modelo de atenção psicossocial que tem como um de seus pilares a integralidade.

[...] a dinâmica do nosso trabalho é muito aberta porque, quando a gente trabalha numa ótica psicossocial, a gente não pode focar apenas dentro do prisma da psiquiatria ou da psicologia, porque a gente vai ter que ampliar esse leque e acaba trabalhando a questão do cotidiano, da área social, das políticas públicas, das dinâmicas familiares, aí a gente acaba tendo que trabalhar como equipe interdisciplinar pra dar conta desse trabalho [...].

Precisamos repensar o lugar das especialidades ao considerarmos o sujeito “biopsicossocial”. Morin (2011) afirma que o conhecimento especializado é uma forma particular de abstração, na medida em que “abstrai”, ou seja, extrai um objeto de seu contexto, rejeita os laços e as intercomunicações com seu meio, o introduz no setor conceitual abstrato, fragmentando arbitrariamente a sistemicidade e a multidimensionalidade.

Corroboramos com Sampaio, Guimarães e Abreu (2010) ao referir que cada um dos trabalhadores, cada uma das profissões do campo da saúde, em articulação com o campo da saúde mental, não é capaz de saber tudo, precisam uns dos outros, “interdependem-se”, “interdeterminam-se”. O fenômeno do processo saúde/doença mental é extraordinariamente complexo, implicando a construção da interdisciplinaridade e da ética do trabalho coletivo.

Discutir a superação da lógica da especialização não significa negar a necessidade de qualificação ou de ampliação de saberes específicos de cada

disciplina, mas sim pensar de modo mais abrangente a articulação entre os saberes e as práticas no cotidiano do trabalho.

[...] Eu gosto de trabalhar em equipe. É o que eu falo, eu poderia até ganhar mais se trabalhasse em consultório, só que aí sim, eu trabalharia sozinha. Aqui não. E eu não faço um trabalho bom só. Eu preciso muitas vezes da Assistente Social, da Terapeuta Ocupacional, da Psicóloga, da Enfermeira, de todas. Às vezes só de alguma, mas geralmente é de todas. Às vezes o paciente não melhora e eu não tenho o que fazer, eu não tenho que mexer na medicação, mas a Psicóloga tem o que fazer, a Enfermeira, a Terapeuta Ocupacional. Então eu vejo uma melhora do paciente mais aqui, porque eu tenho um suporte [...].

Diante da interdisciplinaridade, Campos (2000) aborda núcleos e campos de saberes e práticas em saúde. O núcleo corresponde às características de identidade de cada sujeito (experiência pessoal, saberes disciplinares específicos, habilidades, etc.). O campo, por sua vez, seria o espaço de interseção, as áreas de confluência. Assim, a interdisciplinaridade se diferencia da multidisciplinaridade por atuar no espaço intercessor, enquanto a segunda se refere apenas à justaposição de saberes e práticas.

É possível identificar, no caso da equipe pesquisada (não nos cabendo aqui qualquer generalização), que o Serviço Social é uma das disciplinas com maior clareza da importância da atuação interdisciplinar. Desse modo, constitui no cotidiano a disciplina que mais consegue efetivar o olhar e a atuação interdisciplinar, havendo inclusive sido citada por vários trabalhadores durante as entrevistas ao se referirem a exemplos práticos de sua atuação.

[...] Dentro do CAPS, o Serviço Social se insere de uma forma muito aberta, apesar de ter a especificidade dele, de trabalhar a orientação profissional, dinâmica familiar, a orientação previdenciária, uma série de fatores, mas a gente se insere. Tem um momento em que essa especificidade é rompida, que é o momento da relação com a equipe, da abordagem de um CAPS, que a gente acaba ultrapassando fronteiras que não são especificamente do Serviço Social, mas que a gente acaba ultrapassando, pra poder ser produtivo mesmo dentro do processo [...].

Podemos perceber também que algumas áreas disciplinares possuem limites mais rígidos, principalmente as que envolvem protocolos muito específicos ou muito delimitados, como é o caso do controle de aquisição, acondicionamento e distribuição de medicamentos. *[...] O procedimento da farmácia é esse mesmo, o controle da medicação, da dispensação, daí eu fico na farmácia dois dias ou três, no serviço interno burocrático da farmácia. Nos outros dois dias eu estou à disposição do serviço para a acolhida [...].*

Em outro polo destaca-se o artista que possui limite tão tênue que a

própria especificidade de seu trabalho se torna confuso. [...] *E o trabalho do artista é, às vezes, confuso, não é muito delimitado como é o papel do psicólogo, do terapeuta ocupacional, do médico ou do enfermeiro no serviço [...].*

[...] Aí o artista fica “buscando um lugar ao sol”. Ele cobre buracos, “vai ter um grupo tal e precisa-se pensar num grupo para tais pacientes”, o artista vai tendo essas multifunções, mas se você disser, para o paciente, “eu sou o artista”, pra ele é uma categoria que ele não entende, o artista pra ele não é um profissional que vai trazer a cura [...].

No caso do artista, ao contrário do que poderíamos pensar a princípio, a sua interface de atuação em relação aos outros profissionais, ocupa um lugar de evidência na própria delimitação da especificidade e potencialidade do seu trabalho.

[...] Graças a Deus eu tive o enorme privilégio de encontrar na equipe duas pessoas que reforçaram muito e me deram todo o espaço para trabalhar assim em grupos. Eu fui me incluindo, e isso foi muito importante, essa inclusão que aconteceu comigo de participar em outros projetos. Se não, esse espaço, ainda hoje, seria muito confuso [...].

Já nos reportamos anteriormente ao distanciamento entre os trabalhadores com nível superior e médio de escolaridade, nos referindo à compreensão do papel e valoração destes no contexto do trabalho. Abordando agora, de modo específico, a relação entre as diversas disciplinas no cotidiano do trabalho, é possível perceber que também ocupam lugares diferenciados, dificultando a atuação interdisciplinar ao estabelecerem relações verticais, com assimetria de poderes. [...] *Eu acho que muito forte aqui esse caráter de assimetria de poderes [...].* Nesse cenário, a centralidade do saber médico ganha destaque.

[...] No serviço, o maior valor é dado mesmo ao médico. Ave Maria, o médico, às vezes goza de privilégios que nenhum outro ser tem, como em relação a horários, etc. Alguns fazem uso disso, outros não. Pela própria carência de médicos, eles já têm um tratamento superior ao nosso [...].

Analisando a tradição biomédica do cuidado em saúde mental, Sampaio, Guimarães e Abreu (2010) destacam que, apesar de haver existido nas instituições psiquiátricas diversas categorias de trabalhadores (equipes multiprofissionais), o trabalho era fundamentado no modelo médico hegemônico e tinha por característica essencial uma acentuada hierarquia nas relações de trabalho, tornando os demais trabalhadores reféns do saber e do poder do psiquiatra.

Complementando essa ideia, Peduzzi (2007) enfatiza que, embora exista um amplo reconhecimento sobre a pertinência do trabalho em equipe no contexto da atenção à saúde, o cotidiano da prática multiprofissional usualmente reitera a subordinação dos profissionais de saúde ao modelo biomédico, assim como a

subordinação dos demais profissionais ao profissional médico. Mesmo aqueles com postura crítica em relação ao modelo médico hegemônico, tendem a secundarizar os demais saberes e ações, colocando-os na periferia do projeto assistencial e terapêutico. Percebemos que essa hierarquia ainda não conseguiu ser rompida nos novos espaços substitutivos propostos pela Reforma Psiquiátrica.

[...] Geralmente o paciente chega, vai fazer anamnese, pra ver se tem perfil de ficar aqui ou não, daí, quase 100%, passam pelo médico. Dependendo do que for decidido sobre o suposto diagnóstico, vai se traçar o projeto terapêutico dele, se ele fica aqui, se não fica, se volta pro PSF ou não [...].

Acerca das equipes multidisciplinares, Sampaio, Guimarães e Abreu (2010) acrescentam que a formação de todos que as compõem foi feita tradicionalmente de modo isolado e focado na competitividade baseada em leis de mercado, gerando forte cultura corporativa. A cooperação, quando existe, se dá em linhas de montagem, na lógica “taylorista” do processo de trabalho em saúde.

Na própria descrição do procedimento denominado “acolhida”, é possível perceber a centralidade que o saber médico ocupa em relação às demais disciplinas, as quais atuam oferecendo suporte ao médico.

[...] Como é que funciona a acolhida? Os pacientes que estão precisando de alguma coisa, que esqueceram a consulta, ou o médico faltou, ou eles precisam de um atestado médico, ou a medicação tá causando alguma reação, qualquer tipo de desconforto, de transtorno, eles vêm pra acolhida. Como não tem condição de falarem com o médico, falam com a gente [...].

Faremos aqui um pequeno parêntesis apenas para explicitar que a “acolhida” mencionada pelos trabalhadores se refere a um procedimento do qual o acolhimento constitui elemento primordial. Não devemos confundir, no entanto, o procedimento com o conceito de acolhimento presente na Política Nacional de Humanização (PNH), segundo o qual “acolhimento” é definido como uma atitude de inclusão: “estar com” e “estar perto de”. É uma das diretrizes de maior relevância ética, estética e política da PNH, o acolhimento, positivo e ativo, no momento do encontro constitui uma ferramenta fundamental de enfrentamento à “anestesia de nossa escuta” e de combate à “indiferença diante do outro”.

Retomando nossa discussão, a razão do lugar central que o médico ocupa no projeto terapêutico é atribuída pelos trabalhadores aos próprios usuários do CAPS, como consequência da expectativa destes em receber a medicação, compreendida como alívio do sofrimento e possibilidade de cura.

[...] Para a população, se ela vem ao serviço, o primeiro profissional que ela já vem pensando é no médico, embora o problema dela não seja primordialmente medicamentoso. Mas o paciente vem pensando nisso, isso

é cultural. Às vezes você diz, “sua questão não é essa, você precisa fazer terapia”, mas ainda existe aquela história de “pra que psicóloga? Eu vou conversar com ela e ela não vai passar o remédio”, não entende que aquilo é o tratamento, que faz parte do projeto dele também [...].

É interessante notar que essa centralidade do saber médico constitui um paradigma enraizado em todas as disciplinas e na comunidade, [...] *Está aí uma polêmica e eu não sei como resolver, porque o que é que resolve? Médico. E o que é difícil? Médico [...],* não sendo necessariamente provocada ou alimentada de modo direto pelo médico em atuação no serviço, conforme podemos observar no discurso a seguir de um profissional médico:

[...] E a psicoterapia é uma coisa que ajuda muito na saúde mental, porque tem pacientes que não precisam de remédio mesmo. Eu digo muito pros meus pacientes que se remédio resolvesse tudo, ou pelo menos a maior parte das coisas, a primeira coisa que os médicos fariam seria passar remédio pros problemas deles. Porque tem problema do mesmo jeito. Aí, às vezes, eles começam a se tocar, “ah, é verdade” [...].

Outros discursos confirmam a disponibilidade e abertura dos médicos da equipe para a atuação interdisciplinar, [...] *até comentei em casa que se a gente não tivesse essa relação tão próxima com os médicos, o dia a dia seria mais difícil. Se a gente tivesse aquela estrutura de hierarquia teria sido muito difícil [...].*

Em relação à cultura comunitária que coloca no médico o poder e a responsabilidade de curar as dores sociais, concordamos com Tesser (2010) ao ressaltar que nossa dependência em relação aos especialistas é diretamente proporcional à nossa perda de potencial, competência e segurança cultural para enfrentar individual e microssocialmente nossas frustrações, sofrimentos, tristezas, adoecimentos, fases e crises da vida, conforme fala a seguir:

[...] Hoje as pessoas têm dificuldade ou não querem lidar com seus problemas, ninguém quer mais sofrer. Um remédio pra dormir, esquecer aquilo ali, não vê o sofrimento como uma coisa normal da vida da gente, como um luto, uma perda, que todos nós vamos ter. [...] Aí vai procurar um psiquiatra, um psicólogo, e que também não vão resolver o problema dele. Se não for um transtorno, se for mais uma falta de vivência de sofrimento, se ele não aprendeu com aquilo ali, às vezes aprender depois de adulto fica difícil. Aí é um desses que vai tomar antidepressivo o resto da vida, vai ser morador do CAPS o resto da vida [...].

A medicalização social pode ser entendida como a expansão de uma cultura biomédica tecnocrática, alterando as relações entre os componentes artísticos, artesanais e relacionais das práticas profissionais, na medida em que privilegia o consumo de procedimentos técnicos, exames complementares e intervenções materiais (TESSER, 2010).

*[...] Então é por isso que tem muitos pacientes aqui que tomam antidepressivos a vida toda e hoje, dificilmente, você vai pra um psiquiatra e não sai com um antidepressivo. Tem o paciente que já vem com essa cultura e **os profissionais também continuam com essa cultura** [...].*

Reafirmamos o que fora apontado por Tesser (2010), que assistimos hoje a grave degradação da clínica de todas as profissões, acompanhada da medicalização, cientifização e transformação do cuidado em procedimentos. Além disso, acrescenta Góis (2008), o contexto do pobre, sua cultura, suas raízes, seus costumes, seus símbolos, mitos e crenças, sua casa, seu bairro, seus valores e sonhos são desqualificados e substituídos pela “cultura de tratamento”.

A prescrição de medicamentos torna-se não mais uma proposta terapêutica, mas uma conduta de minimização de conflitos entre trabalhadores e usuários, conforme discurso a seguir:

*[...] Quando não passa remédio, às vezes passa um fitoterápico e o paciente sai falando do médico. Acontece demais nos postos de saúde. Às vezes tem muito paciente sendo medicado sem necessidade, por insistência do paciente. A sua conduta já tá tão arraigada naquilo ali que é mais fácil prescrever um medicamento do que dizer, “olha, o seu problema é esse, você não precisa de remédio, aja dessa forma”, **é mais rápido prescrever o remédio. E você fica satisfeito porque fica ali na sua defensiva, o paciente foi embora, sai satisfeito porque saiu com o remédio. Estão todos dois errados e a gente tá todo dia fazendo isso** [...].*

Ampliando a discussão, Moreira (2002) assinala que estamos “medicando a pobreza”, ou seja, prescrevendo psicofármacos para os sofrimentos psíquicos causados pela pobreza. Desse modo, temos feito surgir outra psicopatologia, a “dependência química lícita”, expressa no discurso a seguir:

[...] Você vê aqui pacientes usando antidepressivos, uma dose pequena, começaram há um bom tempo, não se sabe por que, e hoje estão aí. Você vai tirar um comprimido de um paciente desse? Parece que vai mata-lo quando diz que vai tirar. Ele já tá tão dependente daquele remédio, já tem uma dependência psicológica tão grande, que é como se o remédio já fizesse parte do corpo dele. ‘Sem esse remédio eu não sou mais nada, meu marido briga comigo e com esse remédio eu estou bem, eu não brigo com ele’. Mas eu digo ‘você também tem que ter suas reações’ [...].

Tesser (2010) enfatiza ainda que a medicalização social acirra a visão mecanicista e biologicista das doenças, reforça a concepção de saúde como ausência de doenças e controle heterônomo de riscos. Além disso, reforça o modo individualista, autoritário e culpabilizador da promoção da saúde, hipertrofiando a ação setorial e superespecializada em saúde.

O humano é um ser, a um só tempo, plenamente biológico e cultural, que traz em si a unidualidade originária (MORIN, 2011). Assistimos hoje, no entanto, a

proliferação de especialistas dotados de conhecimentos cada vez mais exclusivos e parciais, com o decorrente desaparecimento daquelas pessoas detentoras de uma sabedoria abrangente e integrada (DUARTE JR, 2010).

Corroboramos com Morin (2011) ao destacar que as mentes formadas pelas disciplinas perdem suas aptidões naturais para contextualizar os saberes, do mesmo modo que para integrá-los em seus conjuntos naturais. O enfraquecimento da percepção do global conduz ao enfraquecimento da responsabilidade, em que cada um se limita apenas à sua tarefa especializada, do mesmo modo que conduz ao enfraquecimento da solidariedade, e dos vínculos com seus concidadãos.

Reafirmamos aqui a centralidade do diálogo no cotidiano da produção do cuidado. Conforme descreve Ayres (2001), um dos maiores desafios enfrentados no cuidado em saúde é a superação das barreiras linguísticas que o jargão técnico interpõe a uma autêntica interação entre profissionais e população. E porque não incluir a necessidade de superação de barreiras entre os próprios trabalhadores, assim como entre trabalhadores e gestores?

Transpondo essa discussão para o universo das imagens, poderíamos ilustrá-la com uma obra de Salvador Dali executada em 1936, o “Gabinete Antropomórfico”. Lima e Risarto (2010) referem que a hermenêutica dá ao termo “leitura” uma maior amplitude, não limitada à linguagem verbal, mas abrangendo as mais diversas linguagens e modos de expressão do humano. Como linguagem, as artes adotam para a sua comunicação e compreensão alguns procedimentos interpretativos que lhes dão sentido. Não temos qualquer pretensão de expressar as intenções do autor, apenas uma leitura possível. Do mesmo modo que um texto, a obra de arte se torna autônoma em relação à intenção do autor. “O que o texto significa já não coincide com aquilo que o autor quis dizer” (RICOEUR, 2002, p. 118).

Na obra de Dali, um ser não se define como objeto ou como humano, como homem ou como mulher, olha para dentro de si, para uma de suas gavetas reviradas. Tons de terra, grandes contrastes de luz e sombra, músculos contraídos, traços angulares, madeira que se mistura à carne e pinos pontiagudos que lhe ferem, dão à obra uma angustia sufocante. Uma mão levantada parece tentar afastar a sociedade que passa ao largo ou, talvez, tentar dela proteger-se.

Pensando essa obra no contexto da atenção à saúde podemos vê-la como uma metáfora de nossa tentativa de integração, assim como da angústia ao dela nos distanciarmos. Nossas gavetas reviradas podem ser nossos serviços,

disciplinas ou funções. Esse ser que não se define como homem ou objeto pode ser qualquer um de nós, trabalhador ou usuário quando ignoramos a integralidade do humano ou quando desconsideramos os afetos.



Figura 18: Salvador Dali, pintura, *Gabinete Antropomórfico*, 1936.

Qual seria o caminho para essa integração? Qual o caminho para a integralidade? Ao contrário da obra, do ser que se afasta, acreditamos que a resposta está no encontro e no diálogo.

5.3.1. Rede de Petições e Compromissos no Trabalho em Equipe no Centro de Atenção Psicossocial

Buscamos descrever os pedidos e compromissos que se estabelecem na relação entre os trabalhadores que compõem a equipe multiprofissional do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e os coordenadores (local, regional e municipal) no cotidiano do trabalho em equipe, assim como as principais interferências identificadas nesse contexto. O detalhamento da análise e os discursos correspondentes foram apresentados no capítulo 5.3, do qual esta RPC é parte. Os atores sociais foram agrupados da seguinte forma: Grupo I, representado pelos trabalhadores do CAPS; e Grupo II, representado pelos coordenadores vinculados ao CAPS (coordenação local, regional e municipal). Apresentaremos a seguir dois quadros estabelecendo um paralelo entre os pedidos (quadro 13) e compromissos (quadro 14) dos dois grupos.

QUADRO 13: Pedidos dos trabalhadores do CAPS (Grupo I) e dos coordenadores (Grupo II) no trabalho em equipe no CAPS

PEDIDOS	
Grupo I	Grupo II
Fluidez do fluxo do usuário pelo serviço; autonomia na gestão profissional; mediação e minimização de conflitos; estabilidade de vínculos contratuais; relações interpessoais cordiais; horizontalidade de poder nas relações de trabalho; confiança no trabalho dos colegas; cuidado com o cuidador; boas condições físicas e materiais de trabalho.	Cumprimento de norma e acordos institucionais; participação ativa dos trabalhadores nas rodas de equipe; bom clima organizacional; motivação; responsabilização; cooperação.

QUADRO 14: Compromissos dos trabalhadores do CAPS (Grupo I) e dos coordenadores (Grupo II) no trabalho em equipe no CAPS

COMPROMISSOS	
Grupo I	Grupo II
Acolhimento, vínculo e responsabilização; escuta qualificada e ampliada; relação dialógica; discussão de casos; grupos interdisciplinares; participação nas rodas de equipe; cooperação com o trabalho da equipe.	Realização de rodas de equipe; planejamento e acompanhamento das ações; organização das condições físicas e materiais para realização de projetos (estrutura física, insumos e equipamentos); controle do cumprimento de normas institucionais e registro das ações.

Evidenciando os principais nós-críticos que dificultam o trabalho em equipe, apresentamos a seguir as interferências relatadas pelos trabalhadores e coordenadores: fragilidade dos vínculos contratuais, gerando insegurança e ansiedade no cotidiano do trabalho; grande rotatividade de profissionais com consequente descontinuidade de projetos terapêuticos singulares e quebra de vínculos; descontentamento, desmotivação e descrença em relação à melhoria das condições de trabalho; adoecimento decorrente de condições estressoras no cotidiano do trabalho; tradição biomédica e medicalização social; cultura do tratamento; formação profissional incompatível com as exigências da clínica ampliada; assimetria de poderes entre as diversas disciplinaridades, destacando-se o médico; conflitos interpessoais; formação de subgrupos na equipe; distanciamento e conflitos entre trabalhadores com nível superior e médio de escolaridade.



Figura 19: Representação gráfica da Rede de Petições e Compromissos no Trabalho em Equipe no Centro de Atenção Psicossocial.

Observando a Rede de Petições e Compromissos, podemos perceber o quanto interfere no cotidiano das práticas a precarização do trabalho, revelada pelas más condições físicas e materiais, fragilidade dos vínculos contratuais, gerando grande rotatividade de profissionais, quebra de vínculos com a equipe e com os usuários, além de imprimir no cotidiano um clima de tensão e ansiedade pela insegurança referente à continuidade do trabalho.

Outro destaque é a verticalidade das relações de trabalho, com diferente valorização dos trabalhadores em relação às funções que cumprem. Em um polo, estão os trabalhadores de nível médio de escolaridade realizando funções de apoio administrativo e serviços gerais. No polo oposto, no topo, estaria o médico. Nesse cenário, as relações cordiais no cotidiano não foram capazes de encobrir o distanciamento revelado fortemente por posicionamentos coletivos e pelo silêncio.

É interessante notar que as narrativas revelam que essa distribuição não é responsabilidade dos que ocupam tais polos, mas sim de uma cultura histórica e socialmente construída. Conforme detalhamos na análise, na equipe pesquisada os médicos apresentaram discurso e postura profissional com maior abertura ao diálogo interdisciplinar que outras disciplinas. O lugar do médico como prescritor

ambulatorial de medicamentos e profissional central na construção do projeto terapêutico singular se mostrou mais reforçado pelos demais membros da equipe do que pelo próprio médico.

Podemos notar que muitos elementos reforçam tais posicionamentos, como, por exemplo, a expectativa social pelo medicamento como instrumento de cura, a rapidez de ação deste em relação às demais intervenções terapêuticas, ou talvez, a própria insegurança da equipe, considerando a distância entre a formação profissional e as exigências cotidianas, que acaba por deixar os trabalhadores sem a instrumentalização necessária para pensar e intervir sobre fenômenos de tamanha complexidade. A angústia se traduz em ações paliativas e pouco resolutivas, por vezes iatrogênicas, como ocorre no caso do foco prioritário na cultura do tratamento e na medicalização. Nesses casos, podemos estar, muitas vezes, medicando a pobreza ou prescrevendo ansiolíticos para nossa própria ansiedade.

Submetidos a condições estressoras, os trabalhadores relatam desmotivação e adoecimento. Na busca de fortalecimento, acabam por constituir subgrupos na equipe, que acabam por comprometer o diálogo e, conseqüentemente, ampliando as barreiras para integração do coletivo.

5.4. O Coordenador e os Desafios da Gestão Organizacional: em busca da democratização das relações de trabalho

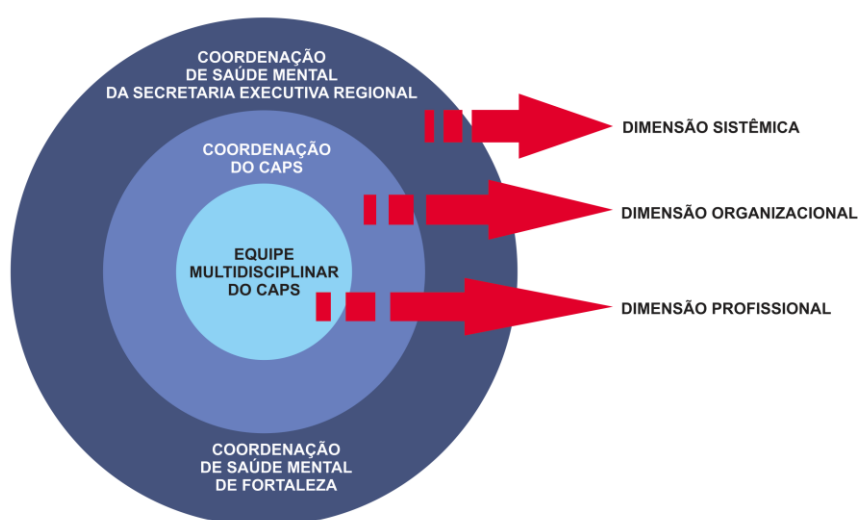


FIGURA 20: Representação gráfica das dimensões profissional, organizacional e sistêmica e sua correspondência em relação à organização de gestão da Política de Saúde Mental de Fortaleza.

Retomamos aqui três dimensões da gestão apontadas por Cecílio (2009), representadas por três círculos concêntricos: uma “dimensão profissional”, uma “dimensão organizacional” e uma “dimensão sistêmica”, assim como seus respectivos atores: o profissional construindo a relação profissional-paciente, o gerente construindo a equipe que cuida e provendo os insumos para seu trabalho, e o gestor construindo as redes de cuidado.

A gestão organizacional é aqui representada pela coordenação local (Coordenação do CAPS pesquisado); a gestão sistêmica pela coordenação regional (Coordenação de Saúde Mental da SER IV) e coordenação municipal (Coordenação de Saúde Mental de Fortaleza); e a gestão profissional pelos trabalhadores que compõem a equipe multidisciplinar do CAPS. As gestões organizacional e sistêmica, além dos assessores técnicos, compõem o colegiado gestor da saúde mental em Fortaleza. A constituição de um colegiado gestor para o gerenciamento da atenção à saúde mental corresponde ao modelo de cogestão que incentiva o desenvolvimento de uma política de gestão participativa e dialógica (FORTALEZA, 2012).

[...] As grandes decisões, por exemplo, o perfil do usuário que recebe vale, essa decisão não é tomada por mim, é uma decisão tomada pelo grupo, aí tem muita divergência, tem concepção diferente, aí um pensa de um jeito, outro pensa do outro. A gente passou quase cinco meses pra entrar em consenso sobre o perfil para entrega do vale [...].

A cogestão é proposta por Campos (2000), afirmando que o trabalho possui uma dupla finalidade: (1) produzir bens e serviços; e (2) cuidar da constituição de sujeitos e coletivos. Ela deve cumprir três funções básicas: (1) administrar e planejar processos de trabalho; (2) alterar as relações de poder, construindo a democracia institucional; e (3) influir sobre a constituição de sujeitos. Sua potência de produção de subjetividades é denominada fator Paidéia em referência à “*Paidéia*”, noção clássica da democracia ateniense que corresponde à formação integral do ser humano.

Discutindo o conceito de democracia, Morin (2011) refere, no entanto, que a democracia supõe e nutre a diversidade dos interesses, a diversidade de ideias e a liberdade de expressão. Constitui assim um sistema complexo de organização e de civilização políticas que exige, ao mesmo tempo, consenso, diversidade e conflituosidade. Concordamos com Cecílio (1999) ao asseverar que no contexto da atenção psicossocial, a democratização das relações de trabalho ainda configura um processo em construção.

O colegiado gestor em Fortaleza mantêm encontros periódicos, “rodas de gestão”, para discutir e orientar seu trabalho. No caso dos serviços, são mantidas as “rodas de equipe”, reuniões semanais de equipe. As rodas (de gestão e de equipe) constituem espaços para: compartilhamento de informações; análise de problemas; tomada de decisões; produção de aprendizagem e formação de laços e integração entre as pessoas (Fortaleza, 2012).

[...] A ideia é que na roda você tivesse um primeiro momento de fala, de escuta, um cuidado rápido. Depois você leva aqueles casos do dia a dia que a equipe não consegue lidar, para a discussão com toda a equipe, pra discutir aquele caso e desobstruir os objetivos cotidianos do serviço. No final você dá os informes administrativos e os encaminhamentos [...].

O Método da Roda foi proposto por Campos (2000) como um método de apoio à cogestão, capaz de articular a produção de bens e serviços com a produção de Instituições, Organizações, assim como dos próprios sujeitos envolvidos no processo. O método objetiva primordialmente ampliar a capacidade de direção de grupos, aumentando sua capacidade de analisar e operar sobre o mundo. Como *setting* básico do método estão os espaços coletivos, “rodas humanas”. A roda configura uma metáfora da vida sempre em movimento, sempre girando.

O colegiado gestor e as rodas constituem as principais estratégias para efetivação de uma cogestão em Fortaleza. A escolha dos coordenadores regional e local é definida pela coordenação municipal. Nesse contexto, merece ser destacada a autonomia vivenciada pela coordenação municipal em Fortaleza, sendo referida pouca interferência da política partidária nesse processo. *[...] Nós somos a única rede da saúde que a gestão é indicada pela própria gestão, então nós não temos interferências políticas de vereador, essas coisas que as pessoas se queixam, e por isso a gente teve que brigar muito, mas conseguiu segurar isso, até porque a saúde mental é muito específica [...].*

Apesar dessa “liberdade” referente à política partidária, um colegiado gestor assume sempre um caráter fortemente político. Conforme descreve Cecílio (2010), o coordenador, deseje ele ou não, representa o governo no colegiado de gestão, sinalizando os limites de autonomia de decisão da equipe, funcionando como “guardião das normas, das regras e da política institucional” (p. 563). Nesse sentido, o colegiado poderá ser visto tanto numa perspectiva mais emancipatória, quanto percebido como um arranjo institucional para aumento do controle e alinhamento das equipes em torno de diretrizes governamentais. Na prática,

acrescenta o autor, as tendências emancipatórias e instrumentais conviverão como tensão constitutiva do exercício de uma gestão colegiada, sendo possível encontrar ambiguidades ou incoerências, gerando conflitos entre trabalhadores e gestores.

Além disso, conforme defendem Cecílio e Mendes (2004), colegiados gestores, propostos como estratégias de garantir a gestão democrática, não garantem por si sós a distribuição de poder e espaços de decisão legitimados por todos os profissionais de saúde.

Referindo-nos à gestão organizacional, pudemos observar que as responsabilidades do coordenador local incluem atividades de caráter tanto administrativo quanto técnico. Essas duas dimensões são transversalizadas pela dimensão política na medida em que ambas precisam estar orientadas pelas diretrizes da Política Nacional de Atenção Psicossocial e pela Reforma Psiquiátrica.

[...] O perfil do gestor de um CAPS e de uma regional tem três bases: tem que ter uma competência técnica, no sentido de saber o que é que ele tá fazendo; administrativas e políticas. Então ele tem que ser alguém que, ao mesmo tempo, entenda da atenção psicossocial, da clínica da reforma, da política de atenção à saúde mental, tem que conseguir administrar o serviço e tem que ter uma política no sentido de entender que nós somos uma gestão que fizemos uma opção ideológica pela Reforma Psiquiátrica [...].

As atividades administrativas incluem: controle de frequência (pontualidade e assiduidade) de trabalhadores; controle de insumos (material de escritório, limpeza e alimentação); registro de atividades (alimentação de banco de dados, relatórios e formulários); organização da rotina da instituição (distribuição de atividades por salas e horários); manutenção de patrimônio (estrutura física e equipamentos); além de apoio à equipe técnica no que se refere a questões operacionais e logísticas. As narrativas ressaltam a dificuldade na realização de tais atividades, para as quais poucos possuem habilidade ou preparo.

[...] Jamais eu aceitaria a coordenação de um serviço desse aqui. Mesmo que eu fosse ganhar mais do que o que eu ganho, eu não queria de jeito nenhum. Eu acho muito difícil você coordenar, porque as pessoas acham que você só fica lá no seu birô sem fazer nada. Mas pelo contrário, além de você ser técnico, você tem que ser dono de casa. Tem que olhar se o banheiro tá sujo, ver se tá fazendo a comida direito, horário disso, horário daquilo, horário que chega, horário que sai, eu não tenho perfil pra isso [...].

As atividades técnicas, por sua vez, incluem: construção conjunta com a equipe do projeto terapêutico da instituição; realização de reuniões sistemáticas de acompanhamento das ações, mantendo a coerência entre o cotidiano do serviço e metas da instituição, considerando as diretrizes ministeriais e da Reforma

Psiquiátrica; realização de discussões teórico-conceituais abordando temas que se mostrem necessários para a realização, qualificação ou ampliação das ações planejadas; promoção de atividades de integração da equipe, garantindo um bom clima organizacional e favorecendo o trabalho interdisciplinar; atuação como mediador entre a equipe e a gestão municipal da saúde mental, buscando garantir condições para realização dos projetos planejados pela equipe.

A complexidade do trabalho da gestão organizacional em um CAPS dificulta a definição dos coordenadores, o que é relatado nas narrativas.

[...] Ele tem que ter competências técnicas, administrativas e políticas, mas eu nunca consigo as três num só. Eu tenho excelentes pessoas do ponto de vista político, mas do ponto de vista administrativo é um caos, um desastre, não consegue fazer funcionar, não consegue colocar limite, então é uma coisa difícil. Tem os que são tecnicamente muito bons, que sacam mesmo como é que se organiza um serviço, sistema e tudo, mas não conseguem ter pulso. Também tem o que organiza o sistema, mas não consegue entender a política. Então, dificilmente você consegue um gestor que consiga acumular essas três necessidades [...].

Considerando a dificuldade em encontrar um coordenador que contemple todas as exigências definidas como perfil de um gestor pela política municipal de saúde mental, a experiência do trabalhador na rede de atenção psicossocial, assim como na equipe, é considerada um critério importante no momento da escolha.

[...] A gente tenta o máximo que pode pegar alguém da equipe, quando não é da equipe, a gente tenta o máximo que pode pegar alguém da rede, quando não é ninguém da rede, quando ninguém quer ou que não tem perfil, convidamos alguém e ofertamos pra equipe [...].

Admitindo a probabilidade de que os coordenadores escolhidos não preencham todas as exigências para a gestão, uma importante função dos membros do colegiado é seu papel pedagógico. Desse modo, são necessários projetos pedagógicos institucionais, sejam eles referentes à educação permanente ou a processos de análise ou apoio institucional, dirigidos não apenas a trabalhadores, mas também a coordenadores, permitindo que os envolvidos no cotidiano das práticas possam reconhecer suas linhas de força de determinação, suas contradições, a distância (ou proximidade) entre liberdade e governabilidade e, finalmente, a possibilidade de experimentação de uma nova rede de relações (CECÍLIO, 2010).

Em Fortaleza, busca-se oferecer suporte técnico através dos assessores que, divididos em áreas temáticas, orientam, esclarecem e, até mesmo, intervêm sobre conflitos que emergem no cotidiano das práticas das equipes de saúde.

[...] Quando eles não têm esse perfil, a gente tenta potencializar a formação, a gente conversa, por exemplo, aqui tem uma assessora que trabalha muito com a parte de álcool e drogas, ela chama o pessoal aqui, pergunta como é que é o dia a dia, aí a pessoa vai dizendo e ela vai explicando. Quando acontece um problema no CAPS, ela vai pra lá, passa dois ou três dias indo, pra ver o funcionamento, pra ir ajudando o gestor [...].

A coordenação dos CAPS é, portanto, usualmente ocupada por trabalhadores de saúde mental ou administradores, os quais, apesar do suporte dos assessores e das orientações iniciais, assumem a função sem clareza suficiente referente às especificidades da gestão no contexto da atenção psicossocial. Nesse cenário, evidencia-se de modo comum aos dois (técnico e administrador) o despreparo em relação à condução democrática e participativa de uma cogestão, resultando em conflitos e contradições no cotidiano do trabalho.

[...] A gestão na verdade não é preparada para administrar, colocam uma pessoa que ou era do serviço, aí tem noções sobre como é o serviço e tudo, ou uma pessoa que vem de fora pra administrar, e essa pessoa nunca viu administração na vida, não tem a noção do que é se relacionar, do que é um líder, do que é um facilitador [...].

Nesse contexto, os trabalhadores reivindicam um coordenador que se constitua como facilitador dos processos de trabalho da equipe. *[...] Uma coordenação tem que levar em conta que não está lá para si, administrador, chefe ou simplesmente gestor, mas que está lá como facilitador [...].* Além disso, ressaltam a importância de que não perca seu olhar de profissional de saúde durante o exercício das funções administrativas, de modo a considerar e respeitar os sentidos e significados dos atos de saúde e não apenas procedimentos e metas.

[...] qualquer profissional que entre aí [coordenação] tem que se ver como facilitador. Facilitador de um processo. E outra coisa, exercer esse papel sem sair de dentro daqui. Sem sair de seu foco como trabalhador de saúde. Porque se sair, o serviço vai burocratizar, as relações vão ser mais mecanicistas, não vai funcionar [...].

Destacamos, no entanto, que por mais que a coordenação (ou mesmo o colegiado gestor) se constitua como um espaço democrático, o coordenador sempre será o “chefe” e visto como tal pelos trabalhadores. Em decorrência da autoridade legal-formal de que é investido, o coordenado nunca será um “igual” (CECÍLIO, 2010, p.564). Apesar disso, nas narrativas reconhecemos o esforço de trabalhadores e coordenadores para minimizar essa diferença, ampliando o espaço de interseção entre ambos, o que pode ser percebido a partir da valorização da dimensão técnica em detrimento da dimensão administrativa.

[...] Eu acho que tinha que melhorar a qualidade da gestão dando mais tranquilidade, com menos questões que se bate no dia a dia, para que ele

possa trabalhar o que realmente interessa, que são as questões que a equipe tá trazendo de como acolher, como trabalhar uma crise, facilitar a equipe realizar essa discussão, realizar isso na prática, e não ficar se preocupando com o papel higiênico, com a comida do paciente [...].

A priorização da dimensão administrativa pelo coordenador é reconhecida como um entrave no desenvolvimento do trabalho, na medida em que, ao se distanciar da dimensão técnica, o gestor negligenciaria a especificidade dos atos em saúde, assim como as orientações éticas, políticas e ideológicas que orientam a atenção psicossocial.

[...] Há pessoas que acham que deveria ter um administrador mesmo, mas isso muda o contexto e o caráter da instituição. Mudaria muito pegar um administrador de empresa, administrador público, e colocar no serviço sem sequer ter experiência. Ele não tem a formação da vida em um cotidiano de saúde mental. Então acho que ia destruir ao invés de facilitar [...].

A exigência rígida do cumprimento de normas provoca ressentimentos, sendo recebida como falta de reconhecimento profissional e inflexibilidade, desconsiderando as necessidades dos trabalhadores.

[...] Não que o profissional não tenha todo o dever de chegar no horário, sair no horário, isso é tão normal que eu acho que não preciso nem falar, mas se o gestor acaba dando um foco tão grande a isso, mais do que ao que tá acontecendo de diferente, de inovador, como é que tá esse usuário, como é que tá esse paciente, a gente tem feito um trabalho tão interessante! [...].

Encontrar a justa medida no exercício dessa complexa função constitui um grande desafio e seu desequilíbrio surge nos discursos como gerador de sofrimento tanto para os trabalhadores quanto para os coordenadores.

[...] algumas vezes vejo ela [coordenadora] usar isso [formação como profissional de saúde] no seu papel de facilitadora. Mas outras vezes a vejo esquecendo essa experiência e se posicionando como administradora. Aí, logo depois, vejo o sofrimento, tanto dela como da equipe [...].

Uma das razões evidenciadas como justificativa do desequilíbrio da balança entre as dimensões administrativa e técnica é a ausência de suporte para a resolutividade das primeiras, como, por exemplo, garantia de adequação das condições físicas e materiais de trabalho à execução do projeto terapêutico institucional. [...] *Então é difícil, é muito difícil, mas principalmente por quê? Porque você não tem o suporte necessário para se preocupar realmente com as questões que realmente influiriam no cotidiano, na qualidade do serviço, na resolutividade [...].*

Essa ausência de suporte mantém as questões administrativas como prioritárias na agenda do coordenador. Dessa forma, o espaço e o tempo dedicado às questões técnicas vão sendo progressivamente reduzidos, na medida em que as

administrativas ganham destaque em decorrência de sua urgência, gravidade e duração. [...] *Documentos tenho bastante ali, colocando e recolocando pra gestão as necessidades de estrutura física, de profissionais, de tudo [...].*

A demora na melhoria ou resolutividade das questões administrativas acaba sendo percebida pelos trabalhadores como distanciamento ou desinteresse da coordenação. [...] *Tem verba? Tem. Eu sei por que sou do conselho local. Só faz quando dá na mídia? É por isso que eu falo que é desinteresse [...].*

Essa leitura é ainda agravada pelo distanciamento dos trabalhadores em relação aos processos administrativos, ou seja, desconhecendo os caminhos que devem ser percorridos, além de seus percalços ou impedimentos, a equipe acaba por julgar a morosidade do processo apenas por sua dimensão humana.

[...] A gente já perdeu profissional médico pra ser contratado pra cá por bobagem, às vezes um documento, uma coisa que falta, coisas à toa, coisas que a gente acha simples, pode até não ser simples de resolver, mas a gente que não tá lá dentro não sabe como é que funciona. Mas pode ter alguma coisa burocrática aí que a gente não sabe, aí fica criticando, “não trouxe porque não quis”, mas na verdade tem um serviço que a gente não sabe como é que funciona [...].

A morosidade ou ausência de resposta ou resolutividade dos atos administrativos deixa em alguns trabalhadores a ideia de que a ausência de resposta se deve à ausência de ação. [...] *As pessoas que estão na coordenação, geralmente, se pensa que elas não trabalham e que não fazem nada, que deixam tudo acontecer, que só ganham dinheiro [...].*

Conforme destacam Silva, Lancman e Alonso (2009), os principais atributos da gestão de serviços, como um serviço de saúde mental, remetem a quatro características fundamentais de produção: intangibilidade; heterogeneidade; perecibilidade e simultaneidade. A intangibilidade se refere à condição de imaterialidade dos atos de saúde. A heterogeneidade está relacionada à dificuldade de padronizar resultados e processos de produção. A perecibilidade diz respeito ao fato de que o serviço não poder ser estocado para consumo posterior. Por fim, a simultaneidade revela a ocorrência da produção e do consumo ao mesmo tempo, fazendo do usuário um coprodutor no processo do cuidado.

A intangibilidade dificulta significativamente o reconhecimento do que é produzido no CAPS, o que, aliado à complexidade dos objetivos, gera incapacidade de reconhecer a qualidade e a quantidade do trabalho realizado. Nesse contexto, alguns procedimentos necessários ao andamento do serviço não são devidamente

reconhecidos. Tais condições dificultam a avaliação dos resultados, assim como do esforço empreendido, criando a sensação de invisibilidade para trabalhadores e gestores (SILVA; LANCMAN; ALONSO, 2009).

Nesse contexto, a qualidade da produção depende de percepções subjetivas dos atores sociais envolvidos: coordenadores, trabalhadores, familiares e usuários. Conforme apontam Silva, Lancman e Alonso (2009), as ações realizadas em um CAPS produzem resultados na qualidade de vida, na redução das internações, na melhora do convívio familiar, entre outros resultados de difícil mensuração e transformação em indicadores objetivos.

O maior desafio revelado nas narrativas é, no entanto, a efetivação de uma gestão democrática e participativa, conforme incentivada pela Política Municipal de Saúde Mental, álcool e outras drogas, *“considerando os serviços de saúde mental não apenas como um espaço de trabalho, mas de cuidado dos próprios profissionais”* (FORTALEZA, 2012, p. 5).

Referindo-se à política de desprecarização e humanização do trabalho em saúde, Jorge et al (2007) apontam a democratização das relações de trabalho como meio para o resgate da participação do trabalhador na gestão da organização e da produção do cuidado prestado aos usuários. Como proposta de democratização das relações de poder entre as pessoas são apresentados os sistemas de cogestão.

As narrativas, porém, revelam muitas dificuldades que se interpõem no cotidiano fazendo emergir nas práticas uma série de contradições, causando sofrimento e frustração em trabalhadores e coordenadores. É interessante notar que a própria existência de um colegiado é questionada pelos trabalhadores, considerando que este se refere apenas à coordenação municipal.

[...] Você fala em colegiado, eu não conheço colegiado, eu conheço a coordenadora municipal de saúde mental. Eu conheço algumas pessoas que participam, que assessoram, mas o colegiado não é assessor. Eu já tenho feito várias vezes essa pergunta aqui, quem é o colegiado? Seria interessante se tivesse um colegiado, mas eu não sei quem é, então não sei se tem [...].

As rodas também são questionadas em sua efetividade na medida em que sua realização usualmente se distancia do modo como foram propostas e, conseqüentemente, de seus objetivos, enfraquecendo sua potencialidade.

[...] A roda é muito clara, já foi dita, todo mundo sabe as etapas da roda. A primeira coisa que a gente faz quando chega um gestor aqui é dizer como é a roda, entrega material pra ler, etc. Isso não quer dizer que se você for pras rodas você vai encontrar dessa forma, às vezes não acontece assim. Às vezes as pessoas ficam mais no administrativo [...].

A compreensão dos objetivos e da potencialidade das rodas parece não alcançar todos os trabalhadores e coordenadores, os quais passam a evitar sua participação ou mesmo sabotar a realização das mesmas.

[...] Às vezes as pessoas inventam de fazer as coisas exatamente no dia da roda, os médicos principalmente, eles não gostam de roda, é difícil ter um médico que goste de ficar na roda, tem uns que não gostam. Aí eles inventam de fazer outras coisas no dia da roda, cabe à gestão entender que aquele é um espaço importantíssimo [...].

A cogestão e o Método da Roda propostos por Campos (2000) têm como um de seus fundamentos a autoanálise e a autogestão propostas pelo Movimento Institucionalista (BAREMBLITT, 2002). É importante destacar nesse contexto que a autoanálise e autogestão são processos complementares, ou seja, a autoanálise com sua consequente discussão e pactuação de projetos coletivos, implica em autogestão, tornando-se incoerente com a expectativa (ou prática) de uma gestão heterônoma e autoritária.

Entretanto, apesar da orientação política da atenção psicossocial em Fortaleza ser de uma cogestão, democratizando as relações de trabalho e favorecendo a participação ativa de trabalhadores e usuários nas decisões, alguns trabalhadores referem que no cotidiano, diferentemente da organização horizontalizada no campo do discurso, as práticas se mantêm verticais. *[...] Realmente acontece essa verticalidade muito acirrada, por mais que no discurso apareça que não, que é o máximo possível participativa, isso não acontece [...].* Apresenta-se assim um autoritarismo velado pelo discurso democrático.

[...] Existe um autoritarismo que é muito velado, ao mesmo tempo que nas reuniões as pessoas são informadas, que se abre espaço para ter falas espontâneas, mas o teor de autoritarismo é muito forte, pela fala, pela inconstância de humor, então isso acaba inibindo e colocando o profissional como uma coisa descartável, causando também entre os profissionais, entre os trabalhadores aqui essa dissociação [...].

É possível identificar nas narrativas, atos e expressões reconhecidos como autoritários por parte de alguns trabalhadores. Eles se referem, por exemplo, a modos de expressão ríspidos, reações explosivas que acabam por inibir a livre expressão dos trabalhadores, *[...] ai a gente tem que saber se fala ou se não fala, o que pode falar e o que não pode [...].* Alguns trabalhadores referem ameaças de punição por parte da gestão (organizacional e sistêmica) pelo descumprimento de normas institucionais, gerando medo e descontentamento aos trabalhadores.

[...] É comum ver às vezes, nas reuniões, formas de ameaçar, por exemplo: “quem não estiver cumprindo com o compromisso de trabalho ou tiver de

alguma forma negligenciando a sua função aqui, pode ser devolvido pra SMS". [...] Pode às vezes ser até um recado para alguns, mas eu abomino esse tipo de colocação, de que você pode ser devolvido ou reaproveitado em outro lugar qualquer. Isso passa por uma humilhação muito grande, uma desvalorização do profissional, uma desmotivação muito grande [...].

Tais condições estressoras vão gerando desmotivação, adoecimento e, até mesmo, a saída de trabalhadores, como descrito em algumas narrativas.

[...] Desse descontentamento, dessa desmotivação, acaba que excelentes profissionais, na primeira oportunidade que tem de se esvair, saem mesmo. Saem às vezes porque o salário já não é bom e esse tensionamento constante causa um desgaste imenso, imenso mesmo. Então a gente vê pessoas adoecidas, com um nível de estresse grande e eu posso te assegurar que não é pela demanda dos pacientes [...].

Conforme descreve Cecílio (2010), a disparidade de formação, experiências de vida e visões de mundo dos diferentes gerentes, associados às diferentes dinâmicas da equipe, resulta em grande variedade de modos de se fazer gestão, muitas vezes distantes das formulações políticas originais. Em consequência, podemos ver organizações em que se busca a coalizão de poderes para isolar grupos antagônicos ou a simples transmissão de diretrizes organizacionais.

É interessante notar, no entanto, que as pressões exercidas pela gestão no cotidiano do trabalho podem ser percebidas também como positivas, expressando a polissemia de concepções e expectativas de gestão no cotidiano das relações interprofissionais. *[...] Eu acho que a pessoa tem que cobrar mesmo, se não cobrar não sai [...].* A cobrança passa então a ser associada ao compromisso com a execução de um trabalho de qualidade, *[...] eu acho que horário é pra ser cumprido, função é pra ser cumprida, eu não tenho problema disso [...],* sendo, inclusive, reconhecida por alguns como motivadora.

[...] Eu acho que a coordenação empurra muito pro povo assumir suas funções, porque você vê todos os dias como é moroso, como é devagar esses concursados, esses profissionais que estão há muito tempo, e aqui não, aqui eu acho que a coordenação empurra muito, tem o temperamento dela, então ela exige muito [...].

Em alguns relatos, a crítica muda completamente, passando a ser valorizada a cobrança e criticado o trabalhador que manifesta incômodo. *[...] Quem vem de empresa privada acha que aqui é o paraíso, a realidade é essa, porque a gente sabe que pra gente sair pra um médico é uma confusão [...].* Desse modo, o incômodo é identificado como uma questão exclusivamente particular de cada trabalhador, *[...] mas aí quem não gosta de ser cobrado, aí é complicado [...].* A

desmotivação para o trabalho, nesse caso, é entendida como anterior à cobrança, ou seja, a cobrança deixa de ser causa e passa a ser efeito. [...] *Jamais daria pra eu estar em uma coordenação porque eu ia ser pior, ia exigir mesmo, e o que tem que ser feito tem que ser feito e não tem historinha não [...].*

Discutindo as relações verticais e horizontais presentes na equipe, podemos perceber algumas narrativas com referências mais dinâmicas e complexas, onde a verticalidade e a horizontalidade se estabelecem em uma relação, de modo ativo e interacional. Em outras palavras, não há alguém que cede ou que impede a autonomia. Ela é conquistada em uma relação a partir da utilização assertiva dos espaços de diálogo. [...] *Eu já me posicionei, já dei minha opinião, então é decidido em equipe, as pessoas podem falar, as pessoas não falam, mas podem [...].*

Apesar das queixas em relação a posicionamentos autoritários ou conflitos inter-humanos, alguns trabalhadores destacam a autonomia das gestões profissionais no cotidiano do trabalho da equipe, ou seja, a autonomia dos trabalhadores em gerenciar seus processos de trabalho. [...] *Na verdade, dentro do serviço de psicologia daqui, e eu acho que para o restante dos setores também é assim, a gente tem abertura pra fazer tudo [...].*

Enfatizamos também que a existência de espaços de escuta e diálogo não implica necessariamente em consenso ou resolutividade. [...] *Pode chegar lá na coordenação, sentar a dois. Eu já fiz muito isso, “olha eu não tô concordando com isso, e tal e tal”, e a pessoa reflete, ela olha, ela vê, e às vezes muda, às vezes não muda, mas pelo menos você tem esse espaço [...].*

O coordenador é o principal depositário das queixas da equipe, [...] *a gente reclama, a gente sabe que ela não pode mudar, mas a gente reclama porque é a pessoa que tá de imediato pra gente, é com quem a gente pode falar [...].* Entretanto, alguns trabalhadores reconhecem que o coordenador local faz parte de um sistema complexo e hierarquizado, de modo que algumas, ou muitas respostas não dependem de seu desejo ou decisão.

[...] Então é difícil coordenar, mas o que eu acho que mais piora é o sistema como ele funciona, é o que mais estressa você, o funcionário e a gestão também. Aliás, como ele não funciona. Você vai desanimando porque vai tentando, tendo ideias que você não pode colocar em prática porque quem tá acima de você não aceita, não absorve a sua ideia, isso vai gerando uma desistência, perda de interesse. Você acaba virando o rosto pras coisas que estão acontecendo, coisas que você sabe que não estão certas, mas você sabe que não pode resolver, que são coisas que não dependem de você. Não vai depender só da coordenadora isso aqui funcionar direito [...].

Os relatos registram também a ocorrência de inúmeros conflitos que invadem a agenda dos coordenadores na medida em que precisam facilitar os processos de trabalho da equipe, composta por pessoas com modos de pensar e agir muito diferentes entre si.

[...] Você ser gestor é muito difícil e olha que aqui é um serviço pequeno, tem pouca gente aqui. Além das diferenças pessoais de cada um, que eu acho que é o mais difícil. Embora o serviço tenha duas, três, quatro psicólogas, mas todas pensam diferente, todas podem ter condutas diferentes, não concordar, fora o cri-cri, coisa pessoal, sempre vai ter [...].

Tais conflitos podem ser utilizados como matéria-prima para a gestão (CECÍLIO, 2005), no entanto, isso depende, fundamentalmente, da capacidade dos coletivos para ouvir, expressar-se de modo assertivo e estabelecer novos acordos e contratos. *[...] A relação é tranquila, não no sentido de que tá tudo bem, mas de que ela aprendeu a me ouvir quando eu precisei falar, e eu também aprendo a escutar quando eu preciso. Como eu acho que tem que ser toda e qualquer relação [...].*

Ressaltamos que a utilização positiva dos conflitos não significa permitir que os mesmos sejam manifestados sem qualquer cuidado, sob risco de acirrar situações negativas no cotidiano do trabalho.

[...] Tem que ter cuidado com os conflitos, teve aqui um conflito muito sério em uma reunião e ele não foi desfeito. Até hoje os profissionais estão sem se falar, como é que pode? Profissionais sem se falar. Ai gerou problema em outras pessoas da equipe, outras pessoas deixaram de falar com essa pessoa. A roda foi feita pra isso, pra resolver os conflitos, mas resolver de tal ponto que as coisas sejam amenizadas e não que termine uma amizade, que corte uma relação. A única coisa que foi feita foi dar vazão [...].

Além disso, as narrativas dos trabalhadores evidenciam algumas dificuldades referentes à utilização dos espaços de diálogo na medida em que o exercício da escuta e consideração de queixas e sugestões para tomadas de decisões da coordenação é percebido como desigual na equipe, *[...] aqui são dois pesos e duas medidas, acolhe um e não outro, não tem muito senso de justiça, eu sofro muito com isso [...].* A partir dessa perspectiva, um determinado subgrupo da equipe gozaria de privilégios na medida em que ganharia mais peso e consideração nos espaços coletivos e decisórios em detrimento dos demais atores institucionais.

[...] Eu acho que se repete um fenômeno aqui que em outros CAPS eu já experienciei, em que existe a coordenadora e existem pessoas muito próximas à coordenadora que fazem uma gestão indireta. Então, algumas vezes, ou na maioria das vezes, isso gera um clima de tensão porque existe uma cúpula, e existem aqueles que não estão formalmente nessa direção, nessa coordenação, que não são, digamos assim, as assessoras [...].

Alguns trabalhadores chegam a se referir à coordenação no plural, *[...] as*

meninas da coordenação elas estão mais a par do que eu, eu só sei notícias [...].

De acordo com Barembritt (2002), é comum crer que processos de autogestão abdicuem de hierarquias, quadros ou especificidades. No entanto, qualquer processo organizativo implica em certa divisão do trabalho, em hierarquia de decisão, de deliberação. Essa diferença, porém, não significa hierarquia de poder no sentido de haver privilégios nos processos decisórios. O que deve existir é a especialização em algumas tarefas, atuando a execução de decisões tomadas coletivamente. Existe uma hierarquia de potência de ação. Por outro lado, processos de autoanálise e autogestão envolvem a produção de conhecimento e, conseqüentemente, de poder, o que dificilmente é homogeneamente distribuído, mas deve ser colocado a serviço das decisões coletivas e não como instrumento de subjugação do coletivo a interesses individuais.

Devemos considerar, no entanto, que essa proposta constitui um enorme desafio. Processos de cogestão são extremamente complexos, exigindo uma radical mudança paradigmática, assim como compreensão e maturidade em geral distantes das equipes de trabalho, formadas em sua maioria para atuar em coletivos de trabalho autoritários, heterônomos e alienantes. Além disso, Cecílio (2005) questiona a capacidade dos gerentes dos serviços (e suas equipes) para conduzirem o processo analítico e reflexivo de conflitos, na medida em que eles próprios estão muito implicados na situação conflituosa, comprometidos com alianças, acertos e preferências que vão sendo construídos no cotidiano.

Conscientes do desafio, a supervisão clínico-institucional surge como uma ferramenta importante, e talvez fundamental, capaz de tornar os conflitos manifestos, assim como as contradições entre discurso e prática, permitindo a discussão, reflexão e construção de novos acordos no cotidiano do trabalho.

[...] Às vezes eu fico achando que o que falta mesmo é uma supervisão, que vá pontuando, que vá clarificando aquilo que não tá tão transparente, que vai fazendo também a gente pensar, a gente estudar, sabe. Acaba que no corre-corre, no dia a dia, na rotina, a gente não tem tempo pra repensar ou pra pensar, não sei nem se é repensar não, mas pensar sobre [...].

A supervisão clínico-institucional foi instituída no SUS de modo formal a partir de 2005 (Portaria nº 1174/GM/MS de 7 de julho de 2005) e tem se constituído como um potente apoio para a gestão de coletivos, democratização das instituições, e qualificação da atenção psicossocial.

Em relação às coordenações regional e municipal, o colegiado gestor

pressupõe a participação de diversos gestores como representantes das equipes de trabalho, de modo a fazer com que a coordenação municipal, distanciada do cotidiano da produção do cuidado direto ao usuário, seja capaz de ouvir e considerar a voz dos trabalhadores e usuários. Assim, o acesso à coordenação municipal precisa ser garantido e facilitado, [...] às vezes eu preciso falar com a coordenadora municipal, às vezes algum profissional precisa, eu mesmo tenho essa liberdade de ligar pra ela e eu nunca tive problema com isso não [...].

Apesar do acesso, as narrativas demonstram que a presença da coordenação municipal ainda é muito limitada. [...] Nesse tempo todo que eu to aqui, um pouco mais de um ano, eu vi a coordenadora geral aqui no CAPS uma vez, pra não cair em nenhum erro eu diria duas, mas que eu lembro mesmo foi uma só [...]. Essa participação acontece a convite ou quando a equipe está vivenciando conflitos com os quais a coordenação local sente dificuldade em manejar.

[...] Quando a equipe está tendo conflitos, conflitos internos entre grupos, ou então quando é uma gestão que não tá conseguindo segurar a onda, aí eu vou. Vou ou pra empoderar a gestão ou pra tirar, porque tem hora que você empodera e a pessoa segura a onda ou você tem que substituir [...].

Considerando esse significativo distanciamento, a roda de gestão constituiria um espaço fundamental de diálogo entre gestores e trabalhadores, no entanto, ela não conta com a participação direta de representantes das equipes, sendo estes representados pelo coordenador local, [...] no geral é tudo intermediado. É o serviço que passa pra coordenação e a coordenação intermédia [...]. Essa representação, no entanto, não é legitimada por todos os trabalhadores.

[...] a relação da equipe toda de saúde mental do município de fortaleza poderia estar mais aproximada, inclusive dos profissionais se encontrarem, discutirem, de saber o que está acontecendo, o que a gente quer, o que os usuários estão dizendo, como estão percebendo tudo isso [...].

Além disso, as respostas às queixas e solicitações das equipes ainda se mostram insatisfatórias, [...] o acesso não é o problema, o problema que eu vejo é a resposta, mas talvez tenha coisa que também não dependa dela [...]. Surgem muitas solicitações, carências e queixas, aliados a poucas respostas e pequena resolutividade referentes aos atos administrativos. Os trabalhadores reivindicam maior atenção à sua dimensão humana, maior valorização e estímulo no cotidiano do trabalho, de modo que a coordenação em seus diversos níveis (local, regional e municipal) se constitua como uma parceria, mais apoiadora e menos fiscalizadora.

[...] Por que não uma gestão que venha também contemplar essa dimensão humana dos profissionais, essa valorização? Eu acho que se podia pensar

mais nesse profissional pra que não seja um lugar de adoecimento por excelência. Cura o usuário e adoce o profissional. Em que medida o profissional precisa estar inserido em um lugar que traz adoecimento? Como preparar um facilitador, um líder mesmo, pra que essas questões não se repitam, pra que não gere esse estresse, esse tensionamento, esse campo de conflitos que a gente vive com muita frequência? [...].

Concordamos com Scherer, Pires e Schwartz (2009) quando destacam que um grande desafio da gestão dos serviços de saúde é considerar o conjunto de demandas e necessidades, numa ética que contemple os interesses da coletividade e as necessidades dos usuários e dos trabalhadores. Acrescentam ainda que no cotidiano do trabalho, a dialética do entrecruzamento entre visível e invisível, global e local, é permeada por debates de normas e valores que geram situações relativamente previsíveis e, ao mesmo, tempo inéditas, pois toda atividade humana integra a dimensão da transformação.

A gestão, nesse contexto, ultrapassa a dimensão macropolítica e a prescrição de atividades e tarefas, envolvendo escolhas, arbitragens, hierarquização de atos e objetivos, além de valores que orientam a tomada de decisões pelos trabalhadores e que nem sempre coincidem com as dos gestores. É na análise micropolítica que se podem identificar as trocas e as ações que tecem a rede relacional do trabalho coletivo (SCHERER; PIRES; SCHWARTZ, 2009).

As narrativas salientam as interdependências entre os processos de trabalho dos trabalhadores e dos coordenadores, [...] *o perfil do serviço tem tudo haver com a gestão do serviço [...]*, ganhando ênfase a importância de um cotidiano mais colaborativo e menos acusatório.

[...] São situações diferentes, são funções diferentes, mas que uma depende da outra, uma ajuda a outra e também uma atrapalha a outra se não estiver fazendo tudo direitinho. Então você tem que entender que tem coisa que não depende da coordenação [...].

Sentir a participação dos coordenadores, presença e suporte, mesmo quando não se torna possível dar respostas positivas às solicitações da equipe, constitui um elemento importante para a motivação e união do grupo. Podemos visualizar isso no relato a seguir em que um trabalhador se referia à disponibilidade da coordenadora regional em participar da discussão sobre o apoio matricial:

[...] Isso foi na semana passada, ela perguntou que dia que tinha a próxima reunião do apoio e eu disse, “quarta-feira”, e ela disse: “eu vou”. Ai ontem ela chegou e disse, “olha eu me confundi, achei que a reunião do apoio era a tarde”. Mas veio, tá interessada, eu acho isso muito bom porque na verdade o nosso grau de hierarquia fica mais próximo [...].

Além disso, alguns discursos defendem que permitir à equipe autonomia

em seus processos de trabalho não deve isentar o coordenador de sua participação, apoio e incentivo nas ações do serviço. [...] *Ela deixa muito a equipe resolver as coisas, eu acho bacana isso até certo ponto, mas a gente precisa sentir também o envolvimento dela também, eu acho que ela podia se envolver mais [...].*

Em caso positivo, o envolvimento e a participação dos coordenadores são compreendidos pela equipe como parceria e valorização, favorecendo inclusive o cumprimento de normas, regras e acordos por parte da equipe. [...] *Ela cobra mesmo, ela fica ali no pé. Mas se você chegar e disser “olha eu tô precisando disso”, ela vê, dá um jeito, tem uma vontade muito grande de que dê tudo certo [...].* Em caso contrário, assistimos à fragilidade dos vínculos afetivos e desmotivação para o trabalho. [...] *Então às vezes acontece isso, da gente não dar conta e querer pegar na mão do nosso superior e não ter esse apoio [...].*

Um ponto importante merece destaque, talvez pela impossibilidade de responder positivamente às queixas e solicitações da equipe, representantes das coordenações tendem a minimizar queixas apresentadas pela equipe, relativizando-as ao relatar realidades piores. Esse tipo de posicionamento é recebido pela equipe como desconsideração ou desrespeito, ampliando a distância afetiva entre trabalhadores e coordenadores.

[...] Várias vezes eu escutei aqui quando a gente fala que tá com déficit de médico na unidade, que a gente tá numa situação melhor que a regional tal, essa é o tipo da comparação que eu não preciso ouvir, não muda nada [...].

Por outro lado, assistimos ao sofrimento do coordenador que convive cotidianamente com queixas, para muitas das quais a resposta positiva não está a seu alcance, [...] *nunca vão ligar pra você pra dizer que tá tudo bem, só vão ligar pra você pra dizer que tem problema. Não vão ligar pra você pra dizer “olha, tá tudo bem, você não precisa se preocupar com nada hoje” [...].*

Por fim, considerando o desafio de efetivação de uma cogestão, concordamos com Cecílio (2010) ao afirmar que o colegiado gestor não pode ser pensado como a única estratégia de construção de espaços de gestão mais solidários, comunicativos, dialógicos e democráticos, na medida em que ele também é atravessado por relações de poder verticais e pela racionalidade instrumental, que busca adequar meios (processos de trabalho) aos fins (produção do cuidado), e cujos resultados nem sempre são avaliados pela mesma lógica que os orienta.

Precisamos abraçar o desafio de exercitar processos de autoanálise e

autogestão, o que implica disponibilidade ao diálogo, abertura para expor opiniões e para ser “contrariado”, flexibilidade de práticas, enfim, uma entrega ao encontro e à transformação subjetiva, compreendendo que o coletivo não minimiza, mas ao contrário, potencializa desejos individuais. Sabemos que a empreitada não é simples na medida em que nascemos e fomos formados sob a lógica capitalista do individualismo e da competitividade. É preciso antes de tudo, compreender que somos todos gestores de nossos processos de trabalho, divididos apenas em potência ou amplitude de ação.

5.4.1. Rede de Petições e Compromissos na Gestão Profissional e Organizacional no Centro de Atenção Psicossocial: em busca da cogestão, participação e democratização das relações de trabalho

Buscamos descrever os pedidos e compromissos que se estabelecem na relação entre os trabalhadores que compõem a equipe multiprofissional do CAPS e a coordenação organizacional (local) em busca da cogestão, participação e democratização das relações de trabalho, assim como as principais interferências nesse contexto. O detalhamento da análise e discursos correspondentes foi apresentado no capítulo 5.4. Os atores sociais foram agrupados da seguinte forma: Grupo I, representado pelos trabalhadores do CAPS e Grupo II, representado pela coordenação local. Apresentaremos a seguir dois quadros estabelecendo um paralelo entre os pedidos (quadro 15) e compromissos (quadro 16) dos dois grupos.

QUADRO 15: Pedidos dos trabalhadores do CAPS (Grupo I) e da coordenação local (Grupo II). em busca da cogestão, participação e democratização das relações de trabalho

PEDIDOS	
Grupo I	Grupo II
Coordenador como facilitador dos processos de trabalho da equipe; coordenador com foco na dimensão técnica; coordenação como mediadora de conflitos; avaliação e planejamento das ações; bom clima organizacional; ampliação da participação da coordenação municipal nas rodas de equipe; mais apoio e menos fiscalização; boas condições de trabalho; ampliação da equipe.	Suporte resolutivo para questões administrativas; apoio técnico; participação ativa nas rodas de equipe; cumprimento de normas e acordos institucionais; supervisão clínico-institucional; cooperação; bom clima organizacional.

QUADRO 16: Compromissos dos trabalhadores do CAPS (Grupo I), da e da coordenação local (Grupo II) em busca da cogestão, participação e democratização das relações de trabalho

COMPROMISSOS	
Grupo I	Grupo II
Responsabilização; participação nas rodas de equipe; cumprimento de normas e acordos institucionais; avaliação e planejamento das ações considerando a integralidade da saúde; fomento à participação dos usuários (Assembleias e Conselhos Locais).	Rodas de equipe semanais; mediação dos pedidos da equipe para as coordenações regional e municipal; cuidar do cuidador; melhoria das condições de trabalho; planejamento e acompanhamento de ações e organização do cotidiano.

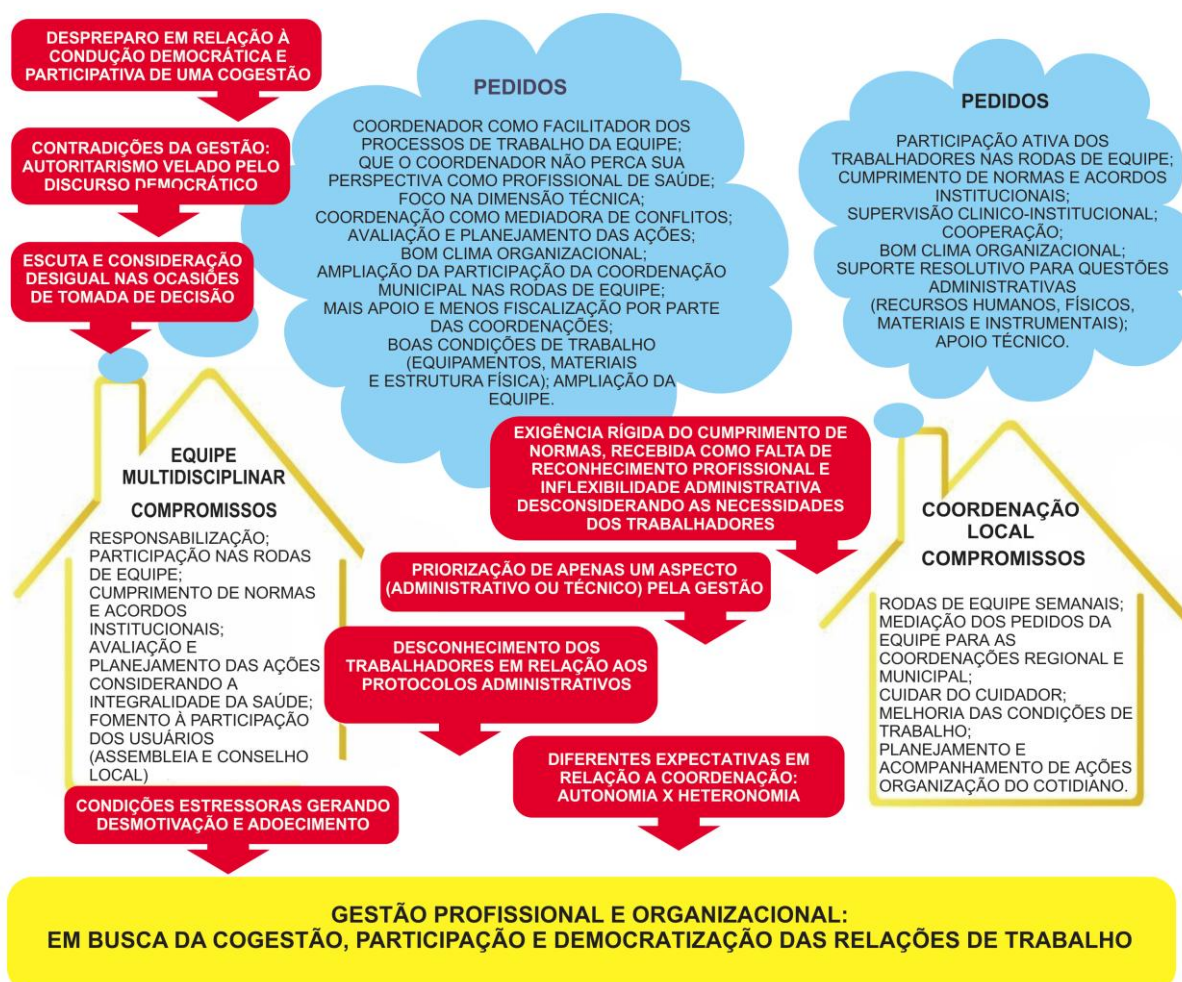


Figura 21: Representação gráfica da Rede de Petições e Compromissos na gestão profissional e organizacional no Centro de Atenção Psicossocial: em busca da cogestão, participação e democracia.

Em relação aos principais nós-críticos que dificultam o trabalho em equipe, encontramos: exigência rígida do cumprimento de normas, recebida como falta de reconhecimento profissional e inflexibilidade administrativa desconsiderando

as necessidades dos trabalhadores; desconhecimento dos trabalhadores em relação aos protocolos administrativos; condições estressoras gerando desmotivação e adoecimento; escuta e consideração desigual nas ocasiões de tomada de decisão; priorização de apenas um aspecto (administrativo ou técnico) pela gestão; despreparo em relação à condução democrática e participativa de uma cogestão; contradições da gestão: autoritarismo velado pelo discurso democrático; diferentes expectativas em relação à coordenação: autonomia versus heteronomia.

Observando a Rede de Petições e Compromissos, podemos perceber que, apesar das orientações da Política Nacional e Municipal de Atenção Psicossocial, as quais definem a cogestão como modelo, a participação e a democratização das relações de trabalho ainda constitui um grande desafio.

O que mais nos chama atenção é o fato de que não apenas o coordenador é desafiado nesse contexto, mas também os profissionais. Observemos, por exemplo, um dos nós-críticos apontados, as diferentes expectativas dos trabalhadores em relação à coordenação. Alguns esperam autonomia, mas outros mantêm a expectativa de uma gestão heterônoma, que determina normas e regras, fiscaliza, premia e pune.

Por outro lado, para os que acreditam na autonomia como caminho interessante e possível, percebe-se uma armadilha difícil de ser vencida. Como bem nos alerta Cecílio (2007) acerca de nossos projetos “justos e necessários”, capazes de capturar a liberdade do trabalhador. Os relatos referem, por exemplo, a escuta e consideração desigual nas ocasiões de tomada de decisão.

Na análise anterior, discutimos também a referência no plural que alguns trabalhadores fazem em relação à coordenação, “as meninas da coordenação”. A escuta diferenciada, nessa conjuntura, nos remete à armadilha de acatar apenas o que já está de acordo com nosso pensamento e com nossas práticas, descartando o que deles se desvencilha. “É o autoritarismo velado pelo discurso democrático”, conforme referido nas narrativas. Entretanto, apesar do risco da contradição, é exatamente na heterogeneidade de ideias que mora a possibilidade de criação.

Outro ponto merece ser discutido, o preparo técnico e afetivo dos coordenadores para lidar com a complexidade de uma gestão participativa e democrática. Os conflitos se tornam cotidianos e, a depender de seu manejo ou desfecho, agravam desafetos, coalizões, desagregação. Desse modo, é possível perceber por vezes a adoção do enrijecimento e do automatismo na busca de

segurança e previsibilidade.

Sabemos que os coordenadores ocupam uma posição de extremo significado para a equipe, seja diante de expectativas de liderança ou de chefia, o coordenador constitui-se como um grande maestro de uma orquestra que, como diria Guimarães Rosa em Grande Sertão Veredas, afina e desafina.

O senhor... Mire, veja: o mais importante e bonito, do mundo, é isto: que as pessoas não estão sempre iguais, ainda não foram terminadas – mas que elas vão sempre mudando. Afinam ou desafinam. Verdade maior (ROSA, 1956, p.39).

O discurso democrático emitido ao lado de posturas de cobrança e fiscalização gera condições potencialmente estressoras, produtoras de sofrimentos e adoecimentos, que atingem tanto trabalhadores quanto coordenadores. Desse modo, não podemos nos prender a uma perspectiva maniqueísta de bem ou mal, não há combate de uns contra outros, o que vemos é assertividade e equívoco, preparo e despreparo, potência e estagnação, enfim, encontros e desencontros, ou, na perspectiva de Espinosa, encontros alegres e tristes, mas com um desejo comum de realizar boas práticas de cuidado e minimizar o sofrimento de quem nos procura e, podemos acrescentar, o nosso próprio sofrimento no cotidiano do trabalho.

5.4.2. Rede de Petições e Compromissos na Gestão Organizacional e Sistêmica na Atenção Psicossocial: em busca da cogestão, participação e democratização das relações de trabalho

Buscamos descrever os pedidos e compromissos que se estabelecem na relação entre a coordenação organizacional do CAPS (local) e a sistêmica (regional e municipal) na busca pela cogestão, participação e democratização das relações de trabalho, assim como as principais interferências nesse contexto. O detalhamento da análise e discursos correspondentes foi apresentado no capítulo 5.4. Os atores sociais foram agrupados em: Grupo I, representado pela coordenação local; Grupo II, representado pela coordenação regional; e Grupo III, representado pela coordenação municipal. Apresentaremos a seguir dois quadros estabelecendo um paralelo entre os pedidos (quadro 17) e compromissos (quadro 18) dos três grupos.

QUADRO 17: Pedidos da coordenação local (Grupo I), coordenação regional (Grupo II) e da coordenação municipal (Grupo III) em busca da cogestão, participação e democratização das relações de trabalho.

PEDIDOS	
Grupo I	Suporte resolutivo para questões administrativas (recursos humanos, físicos, materiais e instrumentais); apoio técnico; supervisão clínico-institucional.
Grupo II	Suporte da coordenação municipal na disponibilização de insumos e equipamentos para execução de projetos; responsabilização dos trabalhadores; cooperação.
Grupo III	Encontrar gestores com competências técnicas, administrativas e políticas; responsabilização dos trabalhadores; cumprimento de regras e normas institucionais; participação ativa dos trabalhadores nas rodas de equipe e dos coordenadores nas rodas de gestão.

QUADRO 18: Compromissos da coordenação local (Grupo I), coordenação regional (Grupo II) e da coordenação municipal (Grupo III) em busca da cogestão, participação e democratização das relações de trabalho.

COMPROMISSOS	
Grupo I	Rodas de equipe semanais; mediação dos pedidos da equipe para as coordenações regional e municipal; cuidar do cuidador; melhoria das condições de trabalho; planejamento e acompanhamento de ações; organização do cotidiano.
Grupo II	Participação das rodas de equipe e das rodas de gestão; intermediar a coordenação local e a municipal, apoiando a primeira em relação aos pedidos da equipe; presença e envolvimento com os projetos da equipe.
Grupo III	Melhoria das condições de trabalho das equipes; ampliação da rede de atenção psicossocial; contratação de trabalhadores; contratação de gestores; orientações para o desenvolvimento da função de coordenação e suporte técnico através dos assessores divididos por áreas temáticas; realização das rodas de gestão semanais; participação nas rodas de equipe a convite desta ou da coordenação.

Evidenciando os principais nós-críticos que dificultam o trabalho em equipe, apresentamos a seguir as principais interferências identificadas: demora na melhoria ou resolutividade das questões administrativas mantém como prioritárias na agenda do coordenador, reduzindo o tempo dedicado às questões técnicas; questionamento da existência de um colegiado gestor; realização das rodas de modo diferente de sua proposta, distanciando-se de seus objetivos e enfraquecendo suas potencialidades; desvalorização dos momentos de roda por parte de alguns trabalhadores e coordenadores.

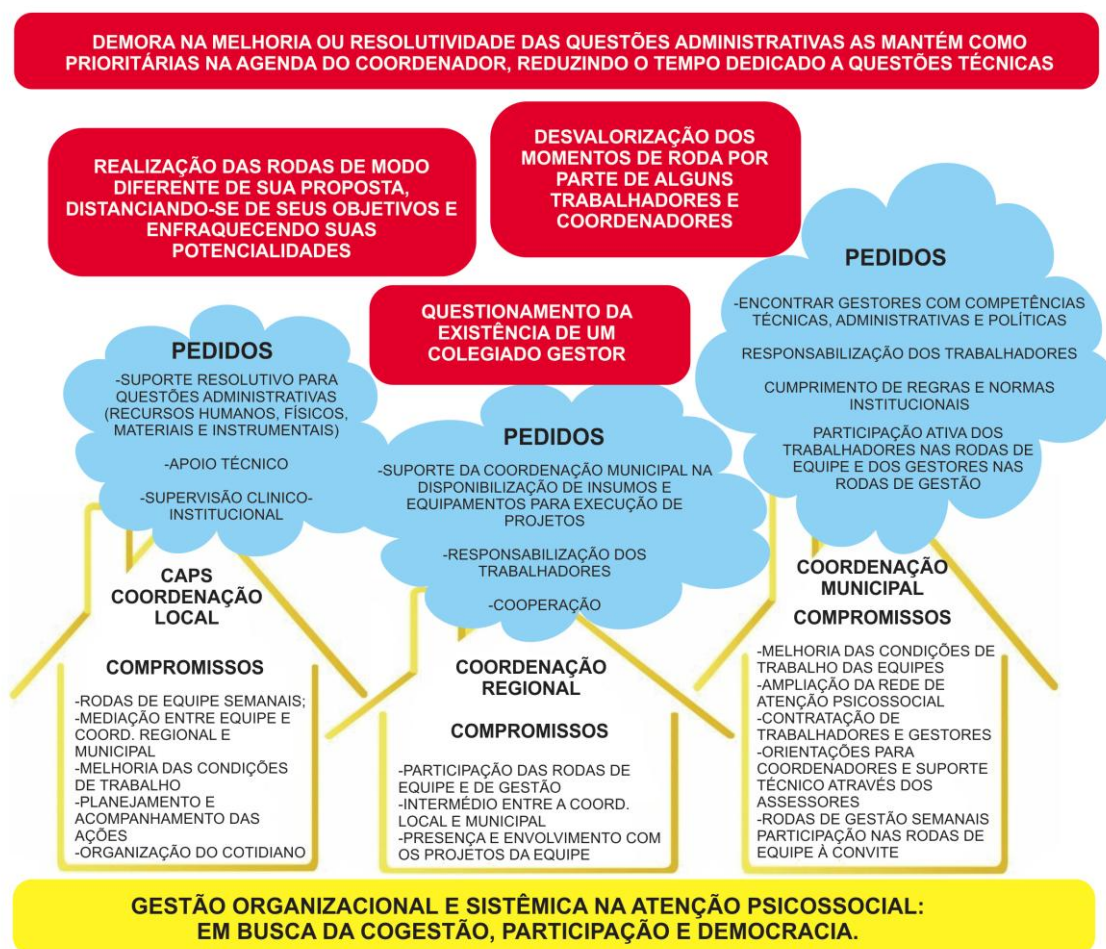


Figura 22: Representação gráfica da Rede de Petições e Compromissos na Gestão Organizacional e Sistêmica na Atenção Psicossocial: em busca da cogestão, participação e democracia.

Observando a RPC, podemos perceber que um dos principais nós-críticos que invadem a agenda dos coordenadores são as questões administrativas, as quais se referem aos equipamentos, materiais, insumos e recursos humanos necessários à execução dos projetos terapêuticos singulares e institucionais. A demora de respostas positivas, ou mesmo a impossibilidade das mesmas, gera queixas e descontentamento por parte dos trabalhadores, assim como angústia e desmotivação por parte dos coordenadores.

[...] É como eu digo pras meninas, vai faltar sempre, vai faltar. Então quando eu chego nas equipes eu digo logo, “olha, eu vim aqui dizer pra vocês que eu não vim prometer nada, nada posso prometer pra sempre porque vai faltar vale, faltar alimentação, isso tudo falta. O que nós temos é o compromisso de fazer chegar tudo o mais rápido possível”. Então, garantir que não vai ter falta, eu não posso dar essa garantia. O gestor que tá lá teria que ter essa mesma fala que eu, mas as vezes a pessoa se apavora aí joga pra mim, ninguém quer dizer não, aí quem é que vai dizer não: eu [...].

Outro destaque é o método da roda, que constitui uma das principais estratégias de efetivação da cogestão, mas que enfrenta dificuldades de operacionalização de modo coerente com sua proposição, assumindo um caráter excessivamente administrativo. Desse modo a roda enfrenta a descrença de alguns trabalhadores e coordenadores, que se distanciam ou mesmo sabotam a realização das mesmas.

[...] A gente para todo o serviço, até os médicos, se tiver três médicos no serviço a gente para. Se cada um tem 4 horas no serviço, então a gente para 12 horas a agenda médica numa rede que tem aprazamento pra 4 ou 5 meses. [...] Aí, às vezes quando tá muito assim eu digo, “você quer acabar com a roda?” Porque a roda só tem sentido se ela tiver uma função, senão eu não vou parar 30 pessoas, não tem sentido, quanto é que custa isso pra prefeitura? Você parar 12 horas de médico, porque 12 horas de médico pra nós hoje custa 3000 reais por turno. Por mês dá 12000 reais, só de médico parado 4 horas. Então a gente faz um investimento [...].

Considerando a RPC e a análise hermenêutica, podemos identificar o distanciamento da gestão sistêmica do cotidiano da atenção psicossocial, o que, ao lado do desconhecimento dos trabalhadores em relação aos processos e procedimentos administrativos, constituem os principais fatores geradores de desconfiança e descontentamento dos trabalhadores em relação às coordenações. Os coordenadores, por sua vez, referem também desmotivação decorrente da falta de reconhecimento e valorização por parte dos trabalhadores.

Em nossa análise, não encontramos diferenças significativas em relação ao que motiva a ação de trabalhadores e coordenadores, mas encontramos falhas na comunicação, distorções de compreensão e contradições entre discurso e prática, gerando consequências negativas como sofrimento, adoecimento, desmotivação, desagregação, entre outros efeitos que comprometem a qualidade e resolutividade dos processos de trabalho no cotidiano da atenção psicossocial.

6. PONTOS DE REFLEXÃO, LIMITES DA PESQUISA E RECOMENDAÇÕES

A pesquisa permitiu ampliar a compreensão do campo micropolítico onde operam os trabalhadores e coordenadores no cotidiano da atenção psicossocial. Um cotidiano marcado por profundas transformações históricas e socioculturais (mudança das concepções de loucura e saúde mental); éticas e políticas (superação do paradigma manicomial marcado pela exclusão e pela tutela, assumindo a humanização e a integralidade como bandeiras); técnicas e assistenciais (mudança do modelo biomédico com ênfase exclusiva no tratamento para a clínica ampliada que abrange as dimensões de prevenção de agravos, promoção da saúde, tratamento e reabilitação). Nesse cenário, uma palavra toma forma: **desafio**.

O primeiro desafio com que nos deparamos é a própria efetivação da Reforma Psiquiátrica, ainda em processo, e que enfrenta hoje uma forte luta política para continuar, luta na qual precisamos confrontar interesses econômicos, corporativos e político-partidários. Ao contrário do que muitos pensam essa luta não está distante de nosso cotidiano, ao contrário, nos invade quando precisamos acionar uma rede de serviços e programas para enfrentar a complexidade dos fenômenos inerentes ao sofrimento psíquico e dos transtornos mentais e nos deparamos com uma rede parcialmente implantada e precarizada em termos de recursos humanos e materiais.

O segundo desafio é a superação dos preconceitos e estigmas que olham para o sofrimento e para a loucura apenas através de suas limitações e riscos, mas muito pouco de suas potencialidades. Essa superação não precisa se realizar apenas “do lado de fora” dos serviços especializados. Medo e preconceito estão também fortemente presentes em nossos “especialistas”, muitos dos quais chegaram à atenção psicossocial sem qualquer desejo ou preparo.

A dificuldade de superação do modelo biomédico, com foco no tratamento e mantendo a medicalização como principal ferramenta (nosso terceiro desafio), retrata a insegurança e pouca instrumentalização dos trabalhadores no enfrentamento da complexidade da atenção à saúde mental. Quando falamos em instrumentalização, falamos em amparo material, conceitual e técnico capaz de sustentar a construção de efetivação de projetos terapêuticos. Desse modo, estratégias formativas e crítico-reflexivas precisam ser acionadas, fazendo uso de

dispositivos como o apoio matricial, a educação permanente, as rodas, os estudos de caso, entre outros, a fim de instrumentalizar e apoiar os trabalhadores na gestão do cuidado em saúde mental.

Nosso quarto desafio é a concretização de uma Rede de Atenção Psicossocial, com participação de atores e serviços da saúde e intersetoriais. A simples implantação de serviços não garante a constituição de uma rede, isso representa apenas a construção de um sistema de saúde. Uma rede implica em estabelecer conexões e fluxos, ou seja, se dá no trabalho vivo em ato, e tem como ferramentas fundamentais o encontro e o diálogo.

Essa rede não se constrói de modo natural ou espontâneo, é necessário um movimento ativo e intencional no sentido de conhecer, se aproximar, se disponibilizar para o encontro com o outro. Esse encontro, para ser um encontro alegre no sentido espinosiano, para converter-se em potência de ação, pressupõe dialogicidade e corresponsabilização, mas principalmente, empatia, pois não se constitui por via legal ou formal, mas afetiva e social. É necessário superar a armadilha da acusação e das justificativas para a “não ação”, encontrando no “entre” as possibilidades para a ação que não puderam ser vistas ou acionadas anteriormente.

Essa atitude não representa qualquer posicionamento conformista ou passivo diante das necessidades concretas de investimento na melhoria das condições de trabalho, mas exige sair da queixa (essa sim passiva) e encontrar a potência de ação, que pode ser inclusive a reivindicação. Chegamos aqui ao nosso quinto desafio, a necessidade de atuação ético-política dos trabalhadores e gestores, no sentido de questionar, reivindicar, problematizar e atuar como educadores sociais, integrados aos movimentos sociais, conselhos, assembleias, conferências, entre tantos outros dispositivos e espaços de construção cultural.

A transformação subjetiva, a desterritorialização e reterritorialização em se tratando de territórios existenciais, gerados a partir dos encontros intersubjetivos, constituem uma realidade, nosso desafio é possibilitar que tais encontros gerem alegria e potência criativa, ao invés de tristeza e estagnação. As ideias de cogestão, gestão participativa e controle social, que constituem as principais orientações de gestão da Reforma Psiquiátrica, se fundam a partir do reconhecimento da necessidade de participação ativa dos atores sociais envolvidos no cuidado: usuários, trabalhadores e gestores. A autogestão e autoanálise, que fundamentam o

método da roda, tornam-se dispositivos fundamentais nesse processo, evidenciando a necessidade de sua manutenção e defesa. A supervisão clínico-institucional também se apresenta fundamental na medida em que traz um olhar externo, não submetido à anestesia e aos automatismos do cotidiano, ampliando significativamente a potência crítica, reflexiva e de ação das equipes de trabalho.

O estudo permitiu observar, no entanto, que um dos maiores desafios da gestão do cuidado em saúde mental é a efetivação da cogestão, da participação e da democratização das relações de trabalho. O cotidiano das práticas revela uma série de contradições, como práticas autoritárias obscurecidas sob o véu do discurso democrático. Superando o olhar maniqueísta do bem contra o mal, podemos perceber que tais práticas autoritárias correspondem à expectativa de distintos atores, inclusive de trabalhadores que preferem a heteronomia à autonomia. Além disso, marcados por um forte idealismo, alguns trabalhadores optam, de modo mais ou menos consciente, por considerar apenas os discursos coincidentes, desconsiderando os divergentes. Esse tipo de atitude reforça os ressentimentos e a desagregação, agravando os conflitos interpessoais.

Condições estressoras referentes aos conflitos interpessoais, relações de poder verticalizadas e precarização do trabalho geram desmotivação, sofrimento e adoecimento a trabalhadores e coordenadores. Nesse contexto, o coordenador é cobrado como mediador de conflitos e facilitador dos processos de trabalho da equipe, enfocando as dimensões técnicas e relacionais do cotidiano do trabalho. Entretanto, as questões administrativas invadem a agenda dos coordenadores e, agravadas em duração e gravidade, acabam ocupando espaço e tempo significativamente superior que as demais questões. O desconhecimento por parte dos trabalhadores acerca de procedimentos e processos administrativos acirram incompreensão e julgamentos em relação aos coordenadores, gerando nestes, por sua vez, ressentimento e sentimentos de desvalorização, ampliando a distância e dificultando o diálogo.

A pesquisa confirmou seus pressupostos, de que apesar de todo o arcabouço teórico-conceitual da Reforma Psiquiátrica e das orientações da Política Nacional de Atenção Psicossocial, outros elementos interferem e orientam as práticas dos trabalhadores e coordenadores, resultando em processos de trabalho contraditórios em que discursos revolucionários convivem com práticas conservadoras, assim como as relações de poder verticalizadas resistem no

cotidiano das práticas, especialmente no que se refere à centralidade do poder médico, gerando linhas de fuga que escapam do alcance da coordenação do serviço e da equipe.

O que nos chama atenção, no entanto, é que não encontramos diferenças significativas em relação ao que motiva a ação de trabalhadores ou de coordenadores, mas encontramos falhas na comunicação, distorções de compreensão e contradições entre discurso e prática, gerando consequências negativas como sofrimento, adoecimento, desmotivação, desagregação, entre outros efeitos que comprometem a qualidade e resolutividade dos processos de trabalho no cotidiano da atenção psicossocial. E nos perguntamos, em que momento, motivados pelo mesmo desejo, seguimos caminhos diferentes e nos desencontramos?

Essa pergunta nos faz lembrar um conto de Marina Colasanti chamado “A moça tecelã”. Nesse conto, uma moça tecelã tece um tapete mágico. “Tecer era tudo o que fazia. Tecer era tudo o que queria fazer”. E tudo o que tecia em seu desejo, se tornava real. Tece o dia, tece a noite, tece o sol para aquecê-la do frio e protegê-la da chuva, até que um dia, sentindo-se sozinha, a moça tece um homem que se tornaria seu marido. Ele, no entanto, que antes fora a completude de seu sonho, descobrindo o poder do tear e desejando tudo o que poderia ter, se transforma em um tirano, fazendo-a tecer sem cessar, para cumprir com um desejo que já não era mais o dela. De repente, sozinha, a moça decide ser novamente senhora de seus desejos e...

A noite acabava quando o marido, estranhando a cama dura, acordou, e, espantado, olhou em volta. Não teve tempo de se levantar. Ela já desfazia o desenho escuro dos sapatos, e ele viu seus pés desaparecendo, sumindo as pernas. Rápido, o nada subiu-lhe pelo corpo, tomou o peito apertado, o emplumado chapéu. Então, como se ouvisse a chegada do sol, a moça escolheu uma linha clara. E foi passando-a devagar entre os fios, delicado traço de luz, que a manhã repetiu na linha do horizonte (COLASSANTI, p. 15, 2004).

Acho que aqui nos deparamos com nosso maior desafio, no cotidiano de nosso trabalho, precisamos considerar fortemente nosso desejo, o que nos move, o que orienta nosso olhar, mas não podemos prescindir do desejo ou do olhar do outro. Precisamos encontrar um modo de tornar o encontro potência e não subjugação. Ao contrário da moça tecelã, não podemos “destecer” a presença do outro, nosso caminho, talvez mais difícil e tortuoso, só é possível pelo encontro.

7. REFERÊNCIAS

AGUIAR, D. S. **A “Saúde da Família” no Sistema Único de Saúde**: um novo paradigma? Rio de Janeiro, 1998, 175 p. Tese (Mestrado em Saúde Pública: subárea de planejamento e gestão de sistemas e serviços de saúde) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ, 1998.

ALVERGA, A. R.; DIMENSTEIN, M. A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. **Interface**: Comunicação, Saúde e Educação, v.10, n.20, p. 299-316, 2006.

AMARANTE, P. D. C. Saúde Mental, desinstitucionalização e novas estratégias de cuidado. In: GIOVANELLA, L. (org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

ANDRADE, Carlos Drummond. **Contos de Aprendiz**. Rio de Janeiro: Record, 2008.

ASSIS, M. M. A.; JORGE, M. S. B. Métodos de análise em pesquisa qualitativa no campo da saúde. In: SANTANA, J. S. S. **Pesquisa**: técnicas de conhecimento da realidade social. Feira de Santana: UEFS, 2007.

AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001.

BAREMBLITT, G. **Compêndio de análise institucional e outras correntes**: teoria e prática. 5ª Ed. Belo Horizonte, MG: Instituto Félix Guatarri, 2002.

BARROS, M. M. M.; JORGE, M. S. B.; PINTO, A. G. A. Prática de saúde mental na rede de atenção psicossocial: a produção do cuidado e as tecnologias das relações no discurso do sujeito coletivo. **Revista de APS**, v. 13, p. 72-83, 2010.

BARROS, R. D. B. Grupo e produção In: LANCETTI (org.). **Saúde e Loucura 4**: grupos e coletivos. São Paulo: Hucitec, p. 145-154, 1994.

_____. Dispositivos em ação: o grupo In: LANCETTI (org.). **Saúde e Loucura 6**: subjetividade. São Paulo: Hucitec, p. 183-191, 1997.

BASTOS, E. N. E. **Estratégias técnicas e políticas para manutenção ou transformação do modelo assistencial em saúde mental**: Urgências Psiquiátricas – um refúgio sem saída? Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2009.

BERNARDES, A.; CECÍLIO, L. C. O.; NAKAO, J. R. S.; ÉVORA, Y. D. M. Os ruídos encontrados na construção de um modelo democrático e participativo de gestão hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n.4, p. 861-870, 2007.

BOCCARDO, A. C.; ZANE, F. C.; RODRIGUES, S.; MÂNGIA, E. F. O projeto terapêutico singular como estratégia de organização do cuidado nos serviços de saúde mental. **Revista de Terapia Ocupacional**. São Paulo: Universidade de São Paulo (USP), v. 22, n. 1, p.85-92, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Dados em Saúde Mental**. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2011_1_21caps_uf_dez.pdf>. Acesso em: 12 set. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Portaria Nº 1174/GM de 7 de julho de 2005. Destina incentivo financeiro emergencial para o Programa de Qualificação dos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2005.

_____. **Saúde mental no SUS**: os centros de atenção psicossocial. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Programa Saúde da Família. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Políticas de Saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 3, p. 316-319, 2000.

BRITTEN, N. Entrevistas Qualitativas. In: POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2009

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e cogestão de coletivos**: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec, 2000.

_____. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Editora HUCITEC, 2003.

CAMPOS, G. W. S.; AMARAL, M. A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 4, p. 849-859, 2007.

CAPRARA, A.; FRANCO, A. L. S. A Relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 647-654, 1999.

CAPRARA, A.; VERAS, M. S. C. Hermenêutica e narrativa: a experiência de mães de crianças com epidermólise bolhosa congênita. **Interface**: Comunicação, Saúde e Educação, v.9, n.16, p. 131-146, 2005.

CASTRO, V. S.; NÓBREGA-THERRIEN, S. M. Residência de Medicina de Família e Comunidade: uma estratégia de qualificação. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 33, n. 2, p. 211-220, 2009.

CECCIM, R. B. Reforma geral da subjetividade: por uma educação rizomática da saúde mental. In: FONSECA, T. M. G.; ENGELMAN, S.; PERRONE, C. M. **Rizomas da reforma psiquiátrica**: a difícil reconciliação. Porto Alegre: Sulina/UFRGS, 2007.

CECÍLIO, L. C. O.; MENDES, T. C. Propostas Alternativas de Gestão Hospitalar e o Protagonismo dos Trabalhadores: por que as coisas nem sempre acontecem como os dirigentes desejam? **Saúde e Sociedade**, v.13, n.2, p. 39-55, 2004.

CECÍLIO, L. C. O. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Interface**: Comunicação, Saúde e Educação, v.15, n.37, p. 589-599, 2011.

_____. A morte de Ivan Ilitch, de Leon Tolstói: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado. **Interface**: Comunicação, Saúde e Educação, v.13, supl.1, p. 545-555, 2009.

_____. O “trabalhador moral” na saúde: reflexões sobre um conceito. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v.11, n.22, p. 345-363, 2007.

_____. É possível trabalhar o conflito como matéria-prima da gestão em saúde? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 508-516, 2005.

_____. Autonomia versus controle dos trabalhadores: a gestão do poder no hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 315-329, 1999.

CHIZZOTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. São Paulo: Cortez, 1995.

COLASANTI, M. **A moça tecelã**. São Paulo: Global, 2004.

DUARTE JR., João-Francisco. **O sentido dos sentidos**: a educação do sensível. Curitiba: Criar edições Ltda., 2010.

FARIA, H. X.; ARAÚJO, M. D. Uma perspectiva de análise sobre o processo de trabalho em saúde: produção do cuidado e produção de sujeitos. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 429-439, 2010.

FEIJOO, A. M. L. C. A crise da subjetividade e o despontar das psicologias fenomenológicas. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.16, n.3, p. 409-417, 2011.

FIGUEIREDO, M. D.; ONOCKO CAMPOS, R. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 129-138, 2009.

FONSECA, A. H. L. Fatal mesmo é crer na fatalidade: dialogicidade, superação, teoria e prática da psicologia e psicoterapia fenomenológico-Existencial. **Eksistência Escola**. Textos de Afonso Henrique Lisboa da Fonseca. Disponível em: <<https://sites.google.com/site/eksistenciaescola/eksistencia/fatal-mesmo-e-crer-na-fatalidade>>. Acesso em: 15 ago. 2012.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008.

FORTALEZA. Prefeitura Municipal de Fortaleza, Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de gestão 2007: saúde, qualidade de vida e a ética do cuidado.** Fortaleza, 2007.

FORTALEZA. **Prefeitura Municipal de Fortaleza** (web site oficial). Disponível em: <www.fortaleza.ce.gov.br>. Acesso em: 12 set. 2011.

FORTALEZA. Prefeitura Municipal de Fortaleza, Secretaria Municipal de Saúde, Coordenação de Saúde Mental. **Política de saúde mental, álcool e outras drogas no município de Fortaleza.** Fortaleza, 2012.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder.** Rio de Janeiro: Graal, 2006.

FRANCO, T. B. Gestão do Cuidado em Saúde Mental. **Professor Túlio Batista Franco**, Instituto de Saúde da Comunidade, Universidade Federal Fluminense. Disponível em <<http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/gestao-trabalho-saude-mental.pdf>>. Acesso em 02 de outubro de 2012.

FRANCO, C. M.; FRANCO, T. B. Linhas do Cuidado Integral: Uma Proposta de Organização da Rede de Saúde. **Professor Túlio Batista Franco**, Instituto de Saúde da Comunidade, Universidade Federal Fluminense. Disponível em: <<http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos.php>>. Acesso em: 20 mar. 2011.

FRANCO, T. B.; GALAVOTE, H. S. Em busca da clínica dos afetos In: FRANCO, T. B.; RAMOS, V. C. (organizadores). **Semiótica, afecção e cuidado em saúde.** São Paulo: Hucitec, 2010.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. O reconhecimento de uma produção subjetiva do cuidado. **Professor Túlio Batista Franco**, Instituto de Saúde da Comunidade, Universidade Federal Fluminense. Disponível em: <<http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos.php>>. Acesso em: 15 abr. 2011.

_____. O uso de ferramentas analisadoras para apoio ao planejamento dos serviços de saúde: o caso do Serviço Social do Hospital das Clínicas da UNICAMP (Campinas-SP). **Professor Túlio Batista Franco**, Instituto de Saúde da Comunidade, Universidade Federal Fluminense. Disponível em: <<http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos.php>>. Acesso em: 12 set. 2011.

_____. Mapas analíticos: una mirada sobre la organización y sus procesos de trabajo. **Salud Colectiva**, Buenos Aires, v. 5, n. 2, p. 181-194, 2009.

FURTADO, J. P.; ONOCKO CAMPOS, R. A transposição das políticas de saúde mental no Brasil para a prática nos novos serviços. **Revista latino-americana de psicopatologia fundamental**, v. 8, n. 1, p. 109-122, 2005.

GEANELLOS, R. Exploring Ricoeur's hermeneutic theory of interpretation as a method of analyzing research texts. **Nursing Inquiry**, v. 7, p. 112-119, 2000.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 2009.

GÓIS, C. W. L. **Saúde comunitária: pensar e fazer**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008.

_____. **Psicologia Comunitária: atividade e consciência**. Fortaleza, CE: Publicações Instituto Paulo Freire de Estudos Psicossociais, 2005.

HECK, R. M.; BIELEMANN, V. L. M.; CEOLIN, T.; KANTORSKI, L. P.; WILHICH, J. Q.; CHIAVAGATTI, F. G. Gestão e saúde mental: percepções a partir de um centro de atenção psicossocial. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 647-655, 2008.

JORGE, M. S. B.; SALES, F. D. A.; PINTO, A. G. A.; SAMPAIO, J. J. C. Interdisciplinaridade no processo de trabalho em centro de atenção psicossocial. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde (UNIFOR)**, v. 23, p. 221-230, 2010.

JORGE, M. S. B.; GUIMARÃES, J. M. X.; NOGUEIRA, M. E. F.; MOREIRA, T. M. M.; MORAIS, A. P. P. Gestão de recursos humanos nos centros de atenção psicossocial no contexto da política de desprecarização do trabalho no Sistema Único de Saúde. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 417-425, 2007.

JUCÁ, V. J. S.; NUNES, M. O.; BARRETO, S. G. Programa de saúde da família e saúde mental: impasses e desafios na construção da rede. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 173-182, 2009.

LIMA, S. R. A.; RISARTO, M. E. A leitura da obra de arte sob uma perspectiva hermenêutica. **Ouvir ou ver**, v. 6, n. 2, p. 352-360, 2010.

LISPECTOR, Clarisse. **A descoberta do mundo**. Rio de Janeiro: Rocco, 1999.

MERHY, E. E. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 4, n. 2, p. 305-314, 1999.

_____. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: Reescrevendo o Público**. São Paulo: Xamã, 1998.

MERHY, E. E.; CHAKKOUR, M.; STÉFANO, E.; STÉFANO, M. E.; SANTOS, C. M.; ROFRIGUES, R. A.; OLIVEIRA, P. C. P. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (orgs). **Agir em Saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 2007.

MERLEAU-PONTY, M. **O olho e o espírito**: seguido de A linguagem indireta e as vozes do silêncio e A dúvida de Cézanne. Tradução de Paulo Neves e Maria Ermantina Galvão Gomes Pereira. São Paulo: Cosac & Naify, 2004.

_____. **Fenomenologia da percepção**. Tradução de Carlos Alberto Ribeiro de Moura. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R.; CONSTANTINO, P.; SANTOS, N. C. Métodos, técnicas e relações em triangulação. In: MINAYO, ASSIS e SOUZA. (Org). **Avaliação por triangulação de Métodos**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 1999.

MINAYO, M. C. S. Hermenêutica-dialética como caminho do pensamento social In: MINAYO, M. C. S. **Caminhos do pensamento**: epistemologia e método. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.

_____. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo:

HUCITEC, 2008.

MIRANDA, L.; ONOCKO CAMPOS, R. T. Narrativa de pacientes psicóticos: notas para um suporte metodológico de pesquisa. **Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental**, v. 13, n. 3, p. 441-456, 2010.

MOREIRA, M. E. **Autoridade/Ordem, Disciplinamento/Controle e Cooperação/Consenso**: as dimensões imanentes do poder nas organizações. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 2002.

MOREIRA, V.; SLOAN, T. **Personalidade, ideologia e psicopatologia crítica**. São Paulo: Escuta, 2002.

MOREIRA, V. **De Carl Rogers a Merleau-Ponty**: a pessoa mundana em psicoterapia. São Paulo: Annablume, 2007.

MORIN, Edgar. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. 2ª Ed. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: UNESCO, 2011.

NIETZSCHE, F. W. **Vontade de Potência**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

OLIVEIRA, G. N. **O projeto terapêutico e a mudança nos modos de produzir saúde**. 2ª Ed. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2010.

ONOCKO CAMPOS, R. T. Clínica: a palavra negada – sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental. **Saúde em Debate**, v. 25, n. 58, p. 99-111, 2001.

PEDUZZI, M. Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, co cuidado e da democratização das relações de trabalho In: PINHEIRO, R.; BARROS, M. E.; MATTOS, R. A. **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade**: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro, CEPESC, 2007.

PELBART, P. P. Manicômio mental: a outra face da clausura In: LANCETTI, A. et al (orgs). **Saúde e Loucura 2**, 3ª edição, p. 131-138. São Paulo: Hucitec, 1990.

POPE, C.; MAYS, N. Métodos Observacionais. In: POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

RICOEUR, P. **Do texto à ação**: ensaios de hermenêutica II. Tradução de Alcino Ricoeur Paul. São Paulo, SP: Fundação Editora UNESP, 2002.

ROCHA, J. S. Y. Gestão da Saúde no Brasil: Relatório Técnico Nº 09. São Paulo: **Universidade de São Paulo**, Depto Medicina Social, FMRP-USP, 2005. Disponível em: <www.fmrp.usp.br/rms/upload/file/Publicacoes/GESTAODASAUDEBRASIL.pdf>. Acesso em: 12 set. 2011.

ROLNIK, S. **Cartografia Sentimental**: transformações contemporâneas do desejo. Porto Alegre: Sulina; Editora da UFRGS, 2011.

ROSA, J. G. **Grande sertão: veredas**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2001.

SAMPAIO, J. J. C.; BARROSO, C. M. C. Centros de Atenção Psicossocial e equipes de saúde da família: diretrizes e experiências no Ceará. **Saúde e Loucura: Saúde Mental e Saúde da Família**, n. 7, p. 199-220. São Paulo: Hucitec, 2001.

SAMPAIO, J. J. C.; GUIMARÃES, J. M. X.; ABREU, L. M. **Supervisão clínico-institucional e a organização da atenção psicossocial no Ceará**. São Paulo: Hucitec, 2010.

SCHERER, M. D. A.; PIRES, D.; SCHWARTZ, Y. Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. **Revista de Saúde Pública**, n. 43, v. 4, p. 721-725, 2009.

SILVA, M. T.; LANCMAN, S.; ALONSO, C. M. C. Consequências da intangibilidade na gestão dos novos serviços de saúde mental. **Revista de Saúde Pública**, n. 43, supl. 1, p. 36-42, 2009.

SILVEIRA, R. A. **Michel Foucault**: poder e análise das organizações. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2005.

SILVEIRA, D. P.; VIEIRA, A. L. S. Reflexões sobre a ética do cuidado em saúde: desafios para a atenção psicossocial no Brasil. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, UERJ, RJ, ano 5, n.1, p. 92-101, 2005.

SCHWARTZ, T. D.; FERREIRA, J. T. B.; MACIEL, E. L. N.; LIMA, R. C. D. Estratégia Saúde da Família: avaliando o acesso ao SUS a partir da percepção dos usuários da Unidade de Saúde de Resistência, na região de São Pedro, no município de Vitória (ES). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 4, p. 2145-2154, 2010.

TESSER, C. D (org.). **Medicalização social e atenção à saúde no SUS**. São Paulo: Hucitec, 2010.

TURATO, E. R. **Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ. **Trabalhos científicos**: organização, redação e apresentação. Fortaleza: EdUECE, 2010.

VON ZUBEN, N. A. Diálogo e existência no pensamento de Martin Buber In: FORGUIERI, Y. C. (org). **Fenomenologia e Psicologia**. São Paulo: Cortez, 1984.

APÊNDICES

- Apêndice A** Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos Coordenadores de Saúde
- Apêndice B** Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos Trabalhadores de Saúde
- Apêndice C** Roteiro de Entrevista para Coordenadores de Saúde
- Apêndice D** Roteiro de Entrevista para Trabalhadores de Saúde
- Apêndice E** Roteiro de Observação no Campo

Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para coordenadores de saúde em Fortaleza-CE



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
PESQUISA: GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL: MICROPOLÍTICA DOS
PROCESSOS DE TRABALHO NO COTIDIANO DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
AOS COORDENADORES DE SAÚDE EM FORTALEZA-CE.**

O(a) Sr.(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL: MICROPOLÍTICA DOS PROCESSOS DE TRABALHO NO COTIDIANO DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL” que tem como objetivo compreender a micropolítica dos processos de trabalho entre coordenadores e trabalhadores na produção do cuidado em saúde mental. Serão utilizadas as técnicas de observação sistemática do dia-a-dia dos serviços, entrevista aberta sobre a sua experiência na atenção à saúde mental, bem como aplicação de Rede de Petição e Compromissos.

Dessa forma, pedimos a sua colaboração nesta pesquisa, respondendo uma entrevista e/ou participando da Rede de Petição e Compromisso. Solicitamos sua autorização para gravar as conversas geradas durante a entrevista, assim como durante a aplicação da Rede de Petição e Compromisso. Garantimos que a pesquisa não trará nenhuma forma de prejuízo no vínculo com o serviço ou usuário independente da sua opinião sobre o tema. Todos os riscos e transtornos advindos da entrevista ou do grupo focal serão minimizados pela equipe que realiza o trabalho, pois os mesmos são capacitados para condução de tais atividades. Nas entrevistas todas as informações serão mantidas em sigilo e sua identidade não será revelada, pois não haverá divulgação de nomes. Vale ressaltar que sua participação é voluntária e o (a) Sr.(a) poderá a qualquer momento deixar de participar deste, sem qualquer prejuízo ou dano. Comprometemo-nos a utilizar os dados coletados somente para pesquisa e os resultados poderão ser veiculados através de artigos científicos e revistas especializadas e/ou encontros científicos e congressos, sempre resguardando sua identificação. Como benefício direto para os profissionais, usuários e familiares nos comprometemos em fazer a devolutiva dos dados ao serviço, coordenadores, trabalhadores e aos próprios participantes quando assim solicitado, através de quaisquer esclarecimentos acerca da pesquisa e, ressaltando novamente, terão liberdade para deixar de participar quando assim não acharem mais conveniente. Contatos com a mestrande Karine Lima Verde Pessoa ou com a orientadora Prof^a. Dra. Maria Salete Bessa Jorge.

O Comitê de Ética em Pesquisa da UECE encontra-se disponível para esclarecimento pelo Tel./Fax: (085) 3101.9890. Endereço: Av. Parajana, 1700 – Campos do Itaperi – Fortaleza – CE.

Este termo está sendo elaborado em duas vias, sendo uma para o sujeito participante da pesquisa e outro para o arquivo do pesquisador.

Eu, _____
havendo sido esclarecido(a) a respeito da pesquisa, aceito participar da mesma.
Fortaleza-CE, ____/____/2012.

Participante

Karine Lima Verde Pessoa

Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para trabalhadores de saúde em Fortaleza-CE



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
PESQUISA: GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL: MICROPOLÍTICA DOS
PROCESSOS DE TRABALHO NO COTIDIANO DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
AOS TRABALHADORES DE SAÚDE EM FORTALEZA-CE.**

O(a) Sr.(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL: MICROPOLÍTICA DOS PROCESSOS DE TRABALHO NO COTIDIANO DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL” que tem como objetivo compreender a micropolítica dos processos de trabalho entre coordenadores e trabalhadores na produção do cuidado em saúde mental. Serão utilizadas as técnicas de observação sistemática do dia-a-dia dos serviços, entrevista aberta sobre a sua experiência na atenção à saúde mental, bem como aplicação de Rede de Petição e Compromissos.

Dessa forma, pedimos a sua colaboração nesta pesquisa, respondendo uma entrevista e/ou participando da Rede de Petição e Compromisso. Solicitamos sua autorização para gravar as conversas geradas durante a entrevista, assim como durante a aplicação da Rede de Petição e Compromisso. Garantimos que a pesquisa não trará nenhuma forma de prejuízo no vínculo com o serviço ou usuário independente da sua opinião sobre o tema. Todos os riscos e transtornos advindos da entrevista ou do grupo focal serão minimizados pela equipe que realiza o trabalho, pois os mesmos são capacitados para condução de tais atividades. Nas entrevistas todas as informações serão mantidas em sigilo e sua identidade não será revelada, pois não haverá divulgação de nomes. Vale ressaltar que sua participação é voluntária e o (a) Sr.(a) poderá a qualquer momento deixar de participar deste, sem qualquer prejuízo ou dano. Comprometemo-nos a utilizar os dados coletados somente para pesquisa e os resultados poderão ser veiculados através de artigos científicos e revistas especializadas e/ou encontros científicos e congressos, sempre resguardando sua identificação. Como benefício direto para os profissionais, usuários e familiares nos comprometemos em fazer a devolutiva dos dados ao serviço, coordenadores, trabalhadores e aos próprios participantes quando assim solicitado, através de quaisquer esclarecimentos acerca da pesquisa e, ressaltando novamente, terão liberdade para deixar de participar quando assim não acharem mais conveniente. Contatos com a mestrande Karine Lima Verde Pessoa ou com a orientadora Prof^a. Dra. Maria Salete Bessa Jorge.

O Comitê de Ética em Pesquisa da UECE encontra-se disponível para esclarecimento pelo Tel./Fax: (085) 3101.9890. Endereço: Av. Parajana, 1700 – Campos do Itaperi – Fortaleza – CE.

Este termo está sendo elaborado em duas vias, sendo uma para o sujeito participante da pesquisa e outro para o arquivo do pesquisador.

Eu, _____
havendo sido esclarecido(a) a respeito da pesquisa, aceito participar da mesma.
Fortaleza-CE, ____/____/2012.

Participante

Karine Lima Verde Pessoa

Apêndice C - Roteiro de entrevista para coordenadores de saúde

Entrevista
Data:
Início:
Término:
Código do entrevistado:

1. Fale-me sobre a organização do serviço no cotidiano do CAPS.
2. Comente sobre sua rotina como coordenador, sobre os espaços de reunião/encontro entre coordenadores e espaços de reunião/encontro entre trabalhadores e coordenadores.
3. Quais são as diretrizes adotadas por você na orientação dos processos de trabalho?
4. Quais são suas ações como coordenador no cotidiano da produção do cuidado em saúde mental?
5. Fale-me sobre sua percepção acerca da produção do cuidado em saúde mental no cotidiano do serviço.
6. Fale-me sobre seu sentimento em relação a seu trabalho como gestor de saúde mental.
7. Fale-me sobre sua relação com demais membros do Colegiado Gestor e Secretaria de Saúde.
8. Comente sobre sua relação com os trabalhadores de saúde mental.

Apêndice D - Roteiro de entrevista para trabalhadores de saúde mental

Entrevista
Data:
Início:
Término:
Código do entrevistado:

1. Fale-me sobre a organização do serviço no cotidiano do CAPS?
2. Comente a respeito da sua rotina como trabalhador de saúde mental?
3. Fale-me sobre sua percepção acerca da produção do cuidado em saúde mental no cotidiano do serviço.
4. Fale-me sobre seu sentimento em relação a seu trabalho como trabalhador de saúde mental.
5. O que orienta sua prática? (História pessoal, formação, normas institucionais, relações interpessoais, etc)
6. Fale-me sobre sua relação com demais membros da equipe.
7. Como você descreveria as ações da coordenação do serviço e dos demais membros do colegiado gestor?
8. Comente sobre sua relação com o coordenador do serviço e o colegiado gestor de saúde mental.

9. Apêndice E - Roteiro de observação no campo

Observação
Data:
Início:
Término:

1. Organização dos serviços no cotidiano do CAPS;
2. Rotina dos trabalhadores de saúde mental;
3. Rotina da coordenação;
4. Espaços de reunião/encontro entre trabalhadores;
5. Reuniões/encontros entre trabalhadores e coordenadores;
6. Relações entre trabalhadores;
7. Relações entre trabalhadores e coordenadores;
8. Conflitos no cotidiano.

ANEXOS

Apêndice I Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UECE



Governo do Estado do Ceará
Fundação Universidade Estadual do Ceará
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UECE

Av. Paranjana, 1700 - Campus do Itaperi
 CEP 60.740-000 - Fortaleza-Ce
 Fone: (085) 3101.9890 - E-mail: cep@uece.br



Fortaleza (CE), 22 de dezembro de 2011.

IDENTIFICAÇÃO

Título: "Gestão do cuidado em saúde mental e sua interface com a micropolítica dos processos de trabalho".

Folha de rosto: FR-

Processo Nº: 11581869-3

Data da reunião: 22/12/2011

Pesquisador responsável: Maria Salete Bessa Jorge/Karine Lima Verde Pessoa

Área temática: Saúde Mental.

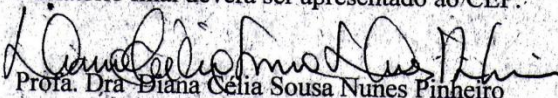
RESUMO

O objetivo do trabalho é analisar a interface entre a gestão e micropolítica dos processos de trabalho no contexto da reconstrução do modelo de atenção à saúde mental. Trata-se de um estudo qualitativo dentro da perspectiva hermenêutica. A pesquisa será realizada no município de Fortaleza, Ceará. Os sujeitos do estudo serão os trabalhadores de CAPS geral e gestores da atenção à saúde mental da Secretaria Executiva Regional IV (SER IV). A amostra será constituída por gestores e trabalhadores de saúde mental da equipe do CAPS geral da SER IV. Serão entrevistados pelo menos um coordenador geral, um assessor técnico, um coordenador regional, um coordenador do CAPS geral da SER IV e 4 trabalhadores de saúde mental do CAPS geral da SER IV. O limite se dá por saturação teórica. Para obtenção dos discursos será utilizado a triangulação de métodos e técnicas: entrevista semi-estruturada e a observação sistemática das práticas, a aplicação da rede de petição e compromisso e Fluxograma analisador com trabalhadores do CAPS. As entrevistas serão gravadas na íntegra com a autorização prévia dos entrevistados. Os dados serão analisados pela análise de conteúdo, com base em Minayo, a qual será feita em três etapas, ordenação, classificação e análise final dos dados. Estão contemplados os aspectos éticos com base na Resolução 196/96. Apresenta anuência da instituição, apresenta modelos de termos de consentimento livre e esclarecido em formato de convite. A folha de rosto está preenchida adequadamente. O cronograma está adequado ao estudo e o orçamento a ser custeado pelo pesquisador. O estudo será apresentado como Dissertação de mestrado do curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública. A pesquisadora apresenta CV na Plataforma Lattes.

PARECER

O projeto está bem estruturado, é relevante, havendo retorno para o sujeito e a comunidade. Ele atende plenamente aos ditames da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde - CNS e, portanto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará - CEP-UECE na reunião do dia 22 de dezembro de 2011.

O relatório final deverá ser apresentado ao CEP.


 Prof.ª Dra. Diana Célia Sousa Nunes Pinheiro
 Coordenadora do CEP/UECE

