



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

EDUARDO BRENO NASCIMENTO BEZERRA

**A DIMENSÃO DO TRABALHO COLETIVO PARA EQUIPES
MULTIDISCIPLINARES DE CAPS**

CAMPINA GRANDE – PB
2014

EDUARDO BRENO NASCIMENTO BEZERRA

**A DIMENSÃO DO TRABALHO COLETIVO PARA EQUIPES
MULTIDISCIPLINARES DE CAPS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Psicologia da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência para obtenção do grau de Formação e Licenciatura em Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. Edil Ferreira da Silva

CAMPINA GRANDE – PB
2014

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

B574d Bezerra, Eduardo Breno Nascimento.
A dimensão do trabalho coletivo para equipes
multidisciplinares de CAPS [manuscrito] / Eduardo Breno Nascimento
Bezerra. - 2014.
37 p.

Digitado.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia)
- Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da
Saúde, 2014.
"Orientação: Prof. Dr. Edil Ferreira da Silva, Departamento de
Psicologia".

1. Centros de Atenção Psicossocial. 2. Profissionais de
Saúde Mental. 3. Clínicas do Trabalho. I. Título.

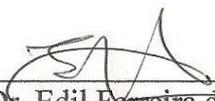
21. ed. CDD 362.2

EDUARDO BRENO NASCIMENTO BEZERRA

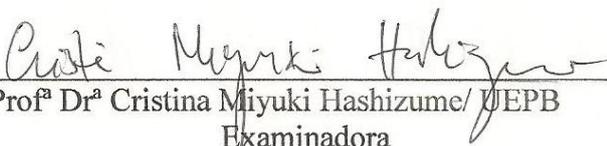
**A DIMENSÃO DO TRABALHO COLETIVO PARA EQUIPES
MULTIDISCIPLINARES DE CAPS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Graduação em Psicologia da Universidade
Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência
para obtenção do grau de Formação e Licenciatura
em Psicologia.

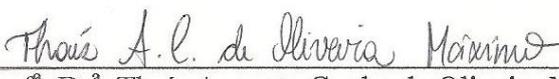
Aprovada em 25/02/2014.



Prof. Dr. Edil Perreira da Silva/UEPB
Orientador



Profª Drª Cristina Miyuki Hashizume/UEPB
Examinadora



Profª. Drª. Thaís Augusta Cunha de Oliveira Máximo/UFPB
Examinadora

A DIMENSÃO DO TRABALHO COLETIVO PARA EQUIPES MULTIDISCIPLINARES DE CAPS

BEZERRA, Eduardo Breno Nascimento¹

RESUMO

O novo modelo de atenção em saúde mental tem exigido diversas mudanças nos modos de saber-fazer dos profissionais que atuam nessa área, demandando adequações e uma atuação interdisciplinar que, por muito tempo, encontrou entraves para sua realização. Desse modo, este artigo busca analisar a atividade de profissionais que compõem equipes multiprofissionais nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) no município de Campina Grande/PB. Para tanto, à luz das abordagens clínicas no trabalho, utilizou-se uma metodologia qualitativa com o uso das técnicas de observação e da “instruções ao sócio”. Participaram dessa investigação, 19 profissionais que compõem equipes multiprofissionais de três CAPS do município, nas modalidades de CAPSad, CAPSi e CAPSIII. Os resultados apontaram que o trabalhar dos profissionais em saúde mental na perspectiva psicossocial envolve situações diversas, como as variabilidades da demanda, os tipos de usuários atendidos, contato com as famílias e exigências como a necessidade de compartilhar atividades. Neste sentido, o trabalhar em CAPS possui um caráter enigmático, exigindo do trabalhador uma gestão das situações cotidianas encontradas. A gestão das atividades é feita de modo individual e coletivo, de modo que, dar conta de um atendimento em todas as suas nuances, como as exigências técnicas e as relações sociais com usuários, familiares e outros profissionais, constitui uma dramática que mobiliza a subjetividade desses profissionais.

PALAVRAS-CHAVE: Centros de Atenção Psicossocial. Profissionais de Saúde Mental. Clínicas do Trabalho. Atividade.

1. INTRODUÇÃO

Atualmente, com as mudanças ocorridas no mundo do trabalho, verifica-se o surgimento de novas formas de organização e gestão, que solicitam um novo papel das pessoas na maneira de proceder com relação a sua atividade. Nesse contexto, são requeridas competências muito diversificadas relativas à capacidade de observação, de iniciativa, de intervenção e de autonomia, consideradas muito superiores e muito mais complexas que as capacidades exigidas anteriormente.

Segundo Zarifian (2003), essas competências vão além da tomada de iniciativa, pois exigem também dos trabalhadores o assumir de responsabilidades sobre os eventos e problemas que eles enfrentam nas mais diversas situações profissionais.

¹ Graduando em Psicologia pela Universidade Estadual da Paraíba. eduardobreno@hotmail.com

Essas novas solicitações ao trabalhador, a necessidade de um sujeito polivalente, multifuncional e sempre em constante formação, aliadas a um contexto laboral de profunda instabilidade, precarização, flexibilidade e de aumento do desemprego, fazem com que as pessoas precisem trabalhar cada vez mais e melhor a fim de garantir seu emprego e o sustento de suas famílias.

Nesse contexto de profundas transformações podem-se incluir os profissionais da saúde mental, uma vez que o novo modelo de atenção em saúde mental, representado pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), está pautado no ideal da desinstitucionalização hospitalar das pessoas que sofrem com transtorno mental e dependência química, o que tem repercutido em mudanças nos modos de saber-fazer desses trabalhadores, exigindo adequações e uma atuação interdisciplinar, que, por muito tempo, encontrava entraves para sua efetivação.

Para dar conta da nova prescrição deste modelo de atenção psicossocial os profissionais devem ter engendrado seus saberes/fazeres acumulados, bem como as normas coletivamente estabelecidas na profissão, enfrentado as exigências e variabilidades do cotidiano de trabalho. O cenário do trabalho deste novo modelo de atenção em saúde mental se constitui certamente em uma dramática que requer o uso de si por si de cada profissional e de todos, bem como o uso de si pelos outros. Esta dramática ensejou uma gestão da atividade complexa e enigmática. Assim sendo, este estudo² foi desenvolvido na perspectiva de analisar a atividade dos profissionais que compõem as equipes multiprofissionais em CAPS do município de Campina Grande/PB.

Para tanto, essa investigação baseia-se nas abordagens clínicas do trabalho, principalmente na Psicodinâmica e na Ergologia. O intuito é destacar a dimensão coletiva do trabalho na atividade das equipes interprofissionais e os componentes subjetivos aí implicados, identificando as diferenças entre o prescrito e o real na atividade e as estratégias coletivas e individuais utilizadas por esses trabalhadores para dar conta da atividade de trabalho.

Esse estudo se justifica pelo fato do número de CAPS no Brasil ter aumentado significativamente nos últimos anos, de modo que o país conta hoje, segundo dados do Ministério da Saúde (2013) com 1.891 CAPS implantados, e a tendência é crescer ainda mais, dado que o Ministério da Saúde, por meio da portaria GM/MS 615/2013 liberou o equivalente

² Este trabalho se baseou no projeto de iniciação científica intitulado “Análise da Relação Trabalho-Saúde dos Profissionais de Saúde Mental” vinculada ao PIBIC/CNPq/UEPB, cota de 2011/2012, desenvolvido pelo Grupo Pesquisa ‘Trabalho, Saúde e Subjetividade’/Departamento de Psicologia da UEPB, e que teve como aluno bolsista o autor deste trabalho.

a R\$ 50 milhões para a construção de novos centros em todo o país, uma vez que os mesmos vêm se consolidando como dispositivos eficazes na diminuição de internações e na substituição do modelo hospitalocêntrico, anteriormente vigente. Desse modo, esse estudo, além de gerar conhecimento a ser utilizado na Universidade, pode permitir aos trabalhadores de CAPS compreender sobre suas atividades e lutar por melhorias das condições de vida e trabalho.

Assim, este artigo buscará fazer um resgate das práticas em saúde mental ao longo da história, abordando as perspectivas do atual modelo, bem como as contribuições das abordagens clínicas do trabalho para o entendimento do sujeito em ação nessa nova perspectiva de atenção à saúde mental. Logo em seguida serão apresentados os dados da investigação realizada no município de Campina Grande-PB, detendo-se à apresentação dos aspectos metodológicos, resultados e considerações finais acerca desta realidade.

1.1 Trajetória das Práticas e Perspectivas em Saúde Mental

As práticas em saúde mental passaram por distintos momentos ao longo da história. A visão de cada época sobre o sofrimento psíquico marca consequentemente a maneira de se tratar as pessoas acometidas do mesmo. Na antiguidade, especificamente na Grécia antiga, a loucura chegou a ser considerada uma manifestação divina. Posteriormente, na idade média, os loucos passaram a ser vistos como pessoas possuídas por maus espíritos (CIRILO, 2006).

É nos séculos XVII e XVIII que a loucura passa a ser relacionada diretamente ao internamento, sendo um momento de predomínio do saber médico. Conhecido por Modelo Assistencial Hospitalocêntrico, esse tipo de prática em saúde mental predominou por muitos anos, onde se focava a doença e a sintomatologia psiquiátrica. As internações sobressaíram como forma de tratamento devido principalmente ao surgimento dos hospitais psiquiátricos. Os pacientes eram, muitas vezes, abandonados por seus familiares e por esta razão as internações eram prolongadas (NARDI; RAMMIGER, 2007).

Segundo Gama (2012), as primeiras críticas em relação a esta maneira de se tratar o portador de transtorno mental começaram a surgir na Europa com o psiquiatra Phillipe Pinel. Esse médico era contra as amarras que prendiam os “loucos”, propondo, então, um tratamento mais humano. Por conseguinte, depois da chamada Reforma Pineliana, outro grande marco que trouxe profundas mudanças na história e no fazer em Saúde Mental foi a Reforma Psiquiátrica, a qual propõe um modelo de atuação contrário ao realizado até então nos manicômios, que isolavam os sujeitos e os excluíaam do meio social.

A Reforma Psiquiátrica traz então essa ideia de que é possível tratar a pessoa em sofrimento mental sem excluí-la e sem violência, destacando que estes devem ter seu espaço na sociedade. De acordo com Lobosque (2007), no que se refere ao tratar do portador de sofrimento mental, a Reforma Psiquiátrica tem como princípios: resgatar seu poder de decisão, respeitar sua liberdade, obter seu consentimento e participação no tratamento, possibilitar-lhe o convívio social e afirmar seus direitos de cidadania.

Segundo Nardi e Rammiger (2007) para que esse novo modo de atenção ao sofrimento mental se efetive é necessário que se promova a desinstitucionalização da loucura, através do questionamento daquilo que parece natural, das verdades absolutas, colocando em questão a noção que se tem de loucura, não bastando que sejam feitas apenas mudanças estruturais, a nível econômico e institucional, ou mesmo a desospitalização dos portadores de transtorno mental.

No Brasil, o ano de 1978 costuma ser identificado como o de início efetivo do movimento social em prol dos pacientes psiquiátricos, sobretudo a partir do surgimento do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005). Contudo, esse novo fazer em saúde mental, começa a se disseminar por todos os estados e municípios brasileiros, somente a partir do respaldo legal que a reforma encontrou na lei nacional nº 10 216/2001, sancionada em 06 de abril de 2001. Tal lei tem entre suas diretrizes a redução dos leitos em hospitais e a consolidação da uma rede substitutiva composta por CAPS, residências terapêuticas, pelo Programa de Saúde da Família (PSF), hospitais gerais, entre outros.

Nesse sentido, os CAPS se proliferam pelo país como principal marco da reforma psiquiátrica brasileira. De acordo com os dados da Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde (2004), o primeiro CAPS do Brasil foi inaugurado em março de 1986 na cidade de São Paulo, entretanto, esses centros foram oficialmente criados a partir da Portaria GM 224/92, que definiu os CAPS como “unidades de saúde locais/regionalizadas que contam com uma população adscrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1992).

Assim, o CAPS é entendido como um serviço aberto do Sistema Único de Saúde (SUS) que presta assistência aos portadores de transtornos mentais ou pessoas com algum comprometimento na sua saúde mental, na medida em que oferece cuidados clínicos visando à reabilitação psicossocial e evitando as internações hospitalares.

Os CAPS podem ainda ser classificados em diferentes tipos, tendo em vista as demandas que atendem e a abrangência populacional. Segundo o Ministério da Saúde (2004), CAPS I, CAPS II e CAPS III são centros para atendimento diário de adultos, em sua população de abrangência, com transtornos mentais severos e persistentes. A implantação de cada um desses tipos de CAPS varia de acordo com a quantidade de habitantes do município, de modo que o CAPS I é indicado para cidades de até 70.000 habitantes, enquanto o CAPS II para municípios de até 200.000 habitantes. A modalidade de CAPS III possui funcionamento de 24hs, durante sete dias da semana, atendendo à população em municípios acima de 200.000 mil habitantes. O CAPSi destina-se ao atendimento diário a crianças e adolescentes com transtornos mentais, enquanto o CAPSad presta-se ao atendimento diário à população com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas. Há ainda a modalidade de CAPSad III, que atende a mesma demanda que o CAPSad, contudo com horário de funcionamento de 24h.

Percebe-se então que os diversos tipos de CAPS atendem a uma demanda bem diversificada e cheia de especificidades. Em decorrência dessa característica exige um trabalho com diversos profissionais numa proposta multidisciplinar, onde seja possível a realização de um fazer integral, ou seja, que veja a pessoa como um todo biopsicossocial. Assim sendo, a equipe profissional busca melhorar a qualidade de vida do sujeito em sofrimento mental, minimizar seu sofrimento e reinseri-lo na sociedade.

Quanto aos procedimentos e atividades dos CAPS, grande parte das atividades são desenvolvidas em conjunto pelos profissionais, contudo existem aquelas realizadas a nível individual, familiar e comunitário. De acordo com o Ministério da Saúde, portaria GM nº 336/2002, o usuário do CAPS deve ter acesso a vários recursos terapêuticos que variam de acordo com a modalidade de cada CAPS. Entre essas atividades se encontram: Atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros); Atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras); Atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio; Visitas e atendimentos domiciliares; Atendimento à família; Atividades comunitárias enfocando a integração na comunidade e sua inserção familiar e social; e alimentação.

Dessa forma, os CAPS's se configuram como um serviço que estimula um novo fazer em saúde mental, fazer este que prioriza um trabalho voltado para a integração social e familiar das pessoas em sofrimento psíquico, buscando apoiá-las e realmente acolhê-las quando mais precisam. Todavia é um serviço ainda bastante recente, por isso representa um desafio para todos aqueles que o fazem, familiares, usuários, sociedade, mas sobretudo, um

desafio para os profissionais que se encontram inseridos nas equipes de trabalho multidisciplinar desse novo modelo de atenção à saúde mental.

1.2 A Saúde Mental em Campina Grande – PB

Nesse contexto, a cidade de Campina Grande/PB também acompanhou as transformações propostas pelo Ministério da Saúde. Um grande marco na história da cidade no que se refere à Reforma Psiquiátrica foi o descredenciamento da rede do SUS do Instituto Campinense de Neuropsiquiatria e Reabilitação Funcional (ICANERF), conhecido como Hospital João Ribeiro, em julho de 2003 pelo Ministério da Saúde. Segundo Cirilo (2006), o ICANERF não era um hospital no que concerne à estrutura física, recursos humanos e administração, mas sim um local de exclusão e segregação, o que levou a ficar entre as dez piores instituições do país no que diz respeito ao tratar da saúde mental.

Com o fechamento desse hospital, bem como, o conhecimento da sociedade paraibana através da mídia local sobre a realidade da instituição em questão, começam a surgir às primeiras intervenções e propostas no fazer em saúde mental na cidade, baseando-se também nas transformações nacionais que aconteciam no mesmo período. Cirilo (2006) ainda afirma que algumas medidas foram adotadas para conhecer os pacientes, entre estes: colher dados da história de cada um e identificar possíveis candidatos para residências terapêuticas, bem como garantir a reintegração social dessas pessoas. Além disso, a comissão técnica de acompanhamento da intervenção passou a se reunir frequentemente, sendo algumas estratégias propostas, entre elas o fortalecimento dos serviços substitutivos já existentes.

Consequentemente, todas essas mudanças refletem no quadro atual da saúde mental de Campina Grande, bem como da Paraíba. De acordo com o Governo da Paraíba (2013), o estado é o primeiro no ranking nacional na cobertura de Centros de Atenção Psicossocial por número de habitantes. São 81 centros, distribuídos nas modalidades de CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi, CAPSad e, mais recentemente, um CAPSad III. Ainda segundo essa fonte, a rede estadual conta com 17 residências terapêuticas, três consultórios de rua, um PET Saúde Mental, três Centros de Convivência, Cultura e Arte e duas Casas de Acolhimento Transitório (CAT). O serviço dispõe ainda de 736 leitos em hospitais psiquiátricos, 36 em hospitais gerais e 51 leitos de urgência e emergência.

Dentre os 81 CAPS implantados no estado, sete estão em Campina Grande atendendo uma média de 6 mil habitantes por unidade, e a rede de atenção psicossocial do município ainda conta com um Centro de Convivência Terapêutica para atendimento aos usuários com

transtornos mentais leves e crônicos, seis residências terapêuticas e uma emergência psiquiátrica (PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE, 2013). Dos sete CAPS implantados no município, cinco localizam-se na área urbana da cidade (CAPSad, CAPS Novos Tempos, CAPS Reviver, CAPSi Viva Gente e CAPSizinho - Centro Campinense de Intervenção Precoce), ao passo que os outros dois, ambos na modalidade CAPS I, encontram-se localizados nos distritos de Galante e São José da Mata.

1.3 Contribuições das Clínicas do Trabalho para a compreensão do fenômeno estudado

Conforme apresentado acima, o novo modelo de atenção em saúde mental tem incitado profundas transformações no ambiente de trabalho dos profissionais dessa área, o que tem repercutido em mudanças nos modos de saber-fazer desses trabalhadores. Desse modo, para bem compreender o trabalho desenvolvido pelos diversos profissionais dos CAPS, buscou-se apreender o conceito de atividade, fundamental para se entender o agir humano no trabalho, assim como os constructos de cooperação e dos coletivos de trabalho, uma vez que estamos tratando de equipes interdisciplinares.

Para entender o conceito de atividade, faz-se necessário recorrer à distinção entre trabalho prescrito e trabalho real inicialmente estudados pela ergonomia. A definição de trabalho prescrito (ou tarefa) está diretamente relacionada com aquilo que se espera de um processo de trabalho específico. Brito (2006) afirma que o trabalho prescrito indica aquilo que ‘se deve fazer’ em um determinado processo de trabalho, e que esse tipo de trabalho se caracteriza, entre outros elementos, por objetivos a serem alcançados, resultados previstos e pelo estabelecimento de métodos e procedimentos a serem seguidos.

Contudo, o que se percebe é que o resultado antecipado não é de fato o resultado obtido, e assim as condições colocadas pelas prescrições na maioria das vezes não correspondem às condições efetivas, dado um conjunto de variabilidades. Soma-se a isso o fato de que a prescrição não abrange os reais meios utilizados pelo trabalhador para atingir os resultados. Por esse motivo, a tarefa não se confunde com o trabalho, e a ergonomia utiliza a definição de trabalho real (atividade) para definir essa lacuna.

Por esse motivo, Abrahão et al (2009) afirma que o trabalho real pode ser entendido como aquilo que o trabalhador faz para atingir os objetivos definidos pela tarefa ou redefinidos com base na situação real. E complementa que o trabalho real, entendido como atividade, pode ser considerado como a forma segundo a qual o trabalhador usa de si para alcançar os objetivos propostos.

Schwartz (2007) amplia a noção de atividade de trabalho ao introduzir o conceito de normas antecedentes, as quais mesclam os saberes técnicos, científicos e culturais com os códigos organizacionais ligados à divisão do trabalho. Com esse conceito, Schwartz (2007) afirma que jamais teremos a antecipação total da atividade, propondo a noção de “vazio de normas” se referindo ao que não foi bem previsto ou até mesmo não teve como ser previsto.

A partir desses conceitos, Schwartz (2007) ainda aponta que nas situações de trabalho os trabalhadores sempre serão confrontados com normas e buscarão reinterpretá-las, o que ele define como renormatizações. Para Durrive (2007), a renormatização remete ao esforço de antecipação frente à confrontação com o real, na medida em que, construímos nós mesmos normas que levam em consideração as normas do ambiente (SCHWARTZ; DURRIVE, 2007). Desse modo, o conceito de atividade para a Ergologia se apresenta como a relação entre as normas antecedentes e as renormatizações feitas por cada um sobre o meio, havendo um debate de valores que envolve escolhas a todo instante.

A Ergologia ainda destaca que trabalhar é sempre um drama, visto que envolve o sujeito por inteiro. Assim sendo, gerir as infidelidades do meio se constitui como mais uma atribuição do trabalhador, que, diante do vazio de normas, necessita fazer uso de si, de suas capacidades e escolhas para lidar com as variabilidades (DURRIVE; SCHWARTZ, 2007).

Desse modo, Schwartz e Durrive (2007) afirmam que quando o trabalhador está em atividade, cada uso que ele faz de si é único e singular. O uso de si por si consiste, pois, no uso de seu corpo, de sua história, de seus desejos, de suas próprias normas morais, do seu intelectual, de suas vivências e experiências pessoais e profissionais. Entretanto, o uso de si também ocorre pelos outros, sobretudo pelo fato da atividade ter um caráter social e coletivo. Assim, o uso de si por outrem relaciona-se ao fato de que todo universo de atividade de trabalho é um lugar onde reinam normas de todos os tipos (sejam elas científicas, técnicas, organizacionais, hierárquicas) que implicam diretamente nas relações sociais e de poder.

Nessa perspectiva, é preciso articular permanentemente o uso de si pelos outros e por si: “pelos outros que cruzam toda atividade de trabalho, e por si, pois há sempre um destino a ser vivido” (SCHWARTZ; DURRIVE, 2007, p. 197). Assim, trabalhar é gerir essas dramáticas, gestão essa não no sentido comumente utilizado, mas sim a gestão como dimensão humana, que acontece em toda e qualquer situação na qual existem variabilidades.

Dejours (1992) entende que o trabalho ocorre entre as contradições do prescrito e do real. Para esse autor, trabalhar é preencher essa lacuna, esse hiato existente entre o prescrito e o real, trabalhar “é a atividade manifestada por homens e mulheres para realizar o que ainda não está prescrito pela organização do trabalho” (DEJOURS, 2004, p. 64).

Nesse sentido, a psicodinâmica do trabalho destaca como aspectos presentes e imprescindíveis na atividade de trabalho a mobilização subjetiva, a engenhosidade e a cooperação, dimensões estas que não podem ser prescritas.

Dejours (2004) define a mobilização subjetiva como um processo caracterizado pelo uso dos recursos psicológicos do trabalhador e pelo espaço público de discussões sobre o trabalho, o que permite a transformação das situações geradoras de sofrimento em situações geradoras de prazer. Desse modo, a mobilização subjetiva relaciona-se com as contribuições dos trabalhadores para o trabalho, uma vez que se entende que o profissional é um ser ativo, e que apesar das normas e das prescrições, existe sempre um espaço de ação do sujeito de modo singular.

Dessa forma, o trabalhador mobiliza no trabalho formas de inteligência específicas próximas daquilo considerado pelo senso comum como engenhosidade, e que a psicodinâmica do trabalho denomina de inteligência da prática, inteligência astuta ou ainda inteligência do operário (DEJOURS, 2004). Essa inteligência, enraizada no corpo, nas percepções e na intuição, encontra-se em constante ruptura com as normas e regras e é mobilizada pelo sofrimento, quando, por exemplo, diante de uma situação de frustração os trabalhadores buscam transformá-las em experiências de prazer, sobretudo a partir do uso da criatividade, da invenção e da subversão dos procedimentos habituais definidos da atividade.

Para Dejours (2004), o impedimento ao exercício da inteligência da prática, a recusa da utilização desta inteligência, ou ainda o não reconhecimento dos esforços dos trabalhadores, em torno do seu fazer, podem causar sofrimento no trabalho.

Nesse sentido, na medida em que o trabalhador contribui com a organização por meio dessa mobilização subjetiva no trabalho, ele espera em troca uma retribuição simbólica na forma de reconhecimento, ao passo que busca ter suas iniciativas e vontades reconhecidas. Esse reconhecimento é um dos principais elementos na relação do sujeito com o trabalho (DEJOURS, 2004).

Outra dimensão importante na complexidade e na integração da organização de trabalho é a cooperação. Para Dejours (2004), a cooperação depende da vontade das pessoas trabalharem juntas e de superarem em coletivo as contradições que emanam da própria natureza ou da essência da organização do trabalho.

A cooperação supõe ainda, segundo Dejours (1999 apud MENDES, 2010) o estabelecimento de acordos normativos entre os trabalhadores o que permite a criação de novas normas do trabalho. O conjunto dessas novas normas estabelecidas é denominado pela

psicodinâmica do trabalho como as regra de trabalho (ou de ofício), e estão pautadas pela confiança.

Outro conceito criado pela Ergologia e que permite abarcar o fenômeno da reunião de trabalhadores em determinados momentos da atividade para dar consecução à atividade de forma coletiva, é o das Entidades Coletivas Relativamente Pertinentes (ECRP). A Ergologia utiliza o termo Entidades no sentido de fronteiras invisíveis que juntam pessoas de diferentes setores; Coletivas como um espaço onde as informações são transmitidas, sejam através de telefones, deslocamentos, notas escritas e outros; e Relativamente Pertinentes pelo fato de suas fronteiras serem variáveis podendo mudar em função das pessoas. Nesse sentido, pode-se dizer que essas entidades coletivas fogem das prescrições, têm contornos fluidos, variando de acordo com os momentos da jornada e das atividades (SCHWARTZ, 2007).

Para Schwartz (2007) as ECRPs apresentam duas características que precisam ser entendidas. A primeira diz respeito à distinção delas a qualquer formas de organogramas, apesar de toda organização ter suas divisões de tarefas o que também é importante para se saber quem é responsável pelo quê. Já a segunda característica é que a sua configuração ocorre em função dos valores, não dimensionáveis que fundamentam o viver comum ou viver junto e são compartilhados socialmente, como também em função das necessidades de eficácia coletiva, pois o desempenho vai depender de como as pessoas irão gerir as lacunas deixadas pela prescrição, as relações com bases hierárquicas, as normas, as variabilidades e os valores.

Na atividade, o outro é indispensável e está presente tanto externamente como também em cada um, através dos valores sociais e saberes, que são próprios de cada humano. Ou seja, trabalhar em equipe consiste em compreender que cada pessoa é única, com determinadas habilidades, que lhe fará destacar em alguma área ou função, devido a sua história de vida, suas experiências, etc (SCHWARTZ, 2007).

Schwartz (2007) ainda afirma que as entidades coletivas são frágeis e oferece um lugar onde o político e o trabalho transite. Se elas são construídas significa que os valores entre homens e mulheres são fortes o suficiente para se cristalizarem. Desta forma, os valores aderem à própria atividade e são, portanto, pregnantes para as pessoas que estão no local.

É fundamentado nestas linhagens teóricas que esse trabalho buscou analisar a atividade das equipes profissionais que trabalham nos CAPS de Campina Grande-PB, bem como entender como se configura o trabalho interdisciplinar dessas equipes, o que será descrito a seguir.

2. MÉTODOS

2.1 Participantes

Participaram deste estudo, 19 trabalhadores que fazem parte de equipes multiprofissionais de atendimento em saúde mental de três CAPS da cidade de Campina Grande-PB, que ocupavam as funções de psicólogo, enfermeira, técnica de enfermagem, assistente social, pedagoga, fisioterapeuta, assistente administrativo e recepcionista³.

2.2 Instrumentos e Técnicas

Para realização desse estudo utilizou-se como técnicas de pesquisa: a observação dos processos de trabalho e a técnica de instruções ao sócia. No que se referem às observações do trabalho, estas foram realizadas num primeiro momento da pesquisa *in loco* com o intuito de se aproximar do trabalho dos profissionais, conhecendo sobre as especificidades, atividades e procedimentos desenvolvidos em cada CAPS, permitindo assim a compreensão de como aquelas pessoas se colocam no trabalho. Essas observações foram registradas em diários de campo. Segundo Minayo (2006), o diário de campo é um instrumento que possibilita uma aproximação mais verdadeira com a realidade, por meio do registro das impressões pessoais do pesquisador, de conversas informais e observações de comportamentos contraditórios com as falas.

Além das observações foram realizados encontros de discussão sobre o trabalho com as equipes de saúde mental de cada CAPS. Nesses encontros, foi utilizada a técnica conhecida como instruções ao sócia, que consiste num “jogo” no qual o pesquisador lança aos trabalhadores o seguinte questionamento: “Suponha que eu seja seu sócia e que amanhã eu venha a lhe substituir no se dia de trabalho, que instruções você me daria com intuito de que ninguém percebesse a sua substituição?”.

Segundo Clot (2010), essa técnica visa uma transformação indireta do trabalho dos sujeitos, uma vez que estes precisam se deslocarem de suas atividades em um novo contexto, com o olhar voltado para si mesmos. Para Rezende, Brito e Athayde (2009), a instrução ao sócia foi elaborada por Oddone, Re e seus parceiros em 1970, e favorece o desenvolvimento e construção de saberes sobre a atividade de trabalho, na medida em que considera as complexidades inerentes à atividade e dá visibilidade à fala dos próprios trabalhadores.

³ Na exposição dos resultados, a fim de conter o anonimato dos profissionais, as falas encontram-se identificadas das seguintes formas: PSI – profissional da área de psicologia; ENF – profissional da área de enfermagem; FIS – fisioterapia; AS – assistente social; PED – pedagogia.

Assim, a utilização dessa técnica permeou os encontros de discussão do trabalho, nos quais sempre se questionava o grupo, tomando a pergunta para si e investigando o como e o porquê das atividades que foram emergindo. As temáticas que emergiam em cada encontro é que norteavam o desenrolar do encontro seguinte, de modo a atingir os objetivos da pesquisa.

2.3 Procedimento

Tendo em vista a importância da observação de todos os preceitos éticos para este estudo, a pesquisa foi primeiramente submetida ao Comitê de Ética da Universidade Estadual da Paraíba, cumprindo todos os passos determinados pela Resolução Nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que versa sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Após a autorização do Comitê de Ética, realizou-se a escolha dos CAPS que seriam investigados nesse estudo. Desse modo, para a escolha das instituições, dentre as sete existentes na cidade, foi utilizado o critério das demandas atendidas, de modo a permitir que fossem contemplados trabalhadores que lidem com os diferentes tipos de demanda atendidas pelos centros, optando-se assim por um CAPS destinado ao atendimento de crianças (CAPSi), outro de dependentes de substâncias psicoativas (CAPSad) e o terceiro que se dedica ao atendimento de adultos com transtornos mentais graves e persistentes (CAPS III).

Após o estabelecimento de um contato com as coordenações desses CAPS e a concordância destas instituições com a realização desse estudo, deu-se início a primeira etapa da pesquisa, que diz respeito às observações. Foram realizadas cerca de 5 vistas em cada CAPS analisados nesse estudo, e os dados coletados/observados nessas visitas foram relatados em diários de campos pelos pesquisadores, para posterior análise.

Durante essas observações em cada CAPS formaram-se os grupos de profissionais que participariam dos encontros sobre o trabalho, que constituíram a segunda etapa da pesquisa. A participação dos profissionais em cada centro teve caráter voluntário, atendendo apenas o critério de ter no mínimo seis meses de tempo de trabalho na instituição, e foi solicitado ainda que, de acordo com a disponibilidade da equipe, participassem desse estudo pelo menos um trabalhador de cada categoria profissional presente em cada CAPS, o que nem sempre foi possível em todos CAPS.

Assim, foram realizados 5 encontros de discussão sobre o trabalho com o grupo de profissionais do CAPS ad, 4 com a equipe do CAPS III e 4 com os profissionais do CAPSi. Cada encontro teve duração média de 45 minutos, sendo realizados todos em ambiente disponível nos próprios CAPS. O número de encontros em cada instituição variou de acordo

com a disponibilidade de participação da equipe e do cumprimento dos objetivos desse estudo.

A frequência dos encontros foi quinzenal, contudo em alguns casos houve um espaço de tempo maior entre eles tendo em vista o cronograma de atividades de cada CAPS. Cabe ainda resaltar que também a frequência dos participantes em cada encontro não se manteve constante, pois às vezes as demandas de trabalho impediam que os trabalhadores parassem por um tempo de realizar suas atividades para participarem dos encontros. Todos os encontros foram gravados e posteriormente transcritos para análise.

2.4 Procedimento de Análise dos Dados

A partir dos dados coletados nas observações realizadas e, sobretudo, nos grupos de discussão, foram realizadas as primeiras categorizações agrupando os diálogos a partir das temáticas que haviam emergido ao longo do processo e tomando-se os objetivos e os aportes teóricos deste estudo.

Alguns grupos de discussão entre os pesquisadores que compunham o Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde e Subjetividade possibilitaram a validação dos dados levantados e as análises foram baseadas nesta apreciação coletiva dos resultados pelos trabalhadores.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir dos dados coletados, por meio das observações e dos encontros com os profissionais, foi possível perceber que o trabalhar em saúde mental na perspectiva psicossocial envolve situações diversas, como as variabilidades da demanda, os tipos de usuários atendidos, contato com as famílias e exigências como a necessidade de compartilhar atividades.

Neste sentido, o trabalhar possui um caráter enigmático, exigindo do trabalhador uma gestão das situações cotidianas encontradas. Dar conta de um atendimento em todas as suas nuances: exigências técnicas e relações sociais diversas, com usuários, familiares e outros profissionais, constitui uma dramática que mobiliza a subjetividade dos profissionais.

É a dramática desse trabalhar em CAPS que se pretende aqui mostrar, sobretudo no que se refere ao trabalho coletivo, procedimentos e práticas desenvolvidas por esses profissionais.

3.1 Dramáticas da atividade no CAPS

De acordo com os dados coletados, percebeu-se que a realização das atividades nos CAPS analisados tem se dado em consonância com o proposto pela reforma Psiquiátrica. Na fala dos participantes foi possível identificar que eles têm buscado uma atuação calcada na nova ótica da atenção psicossocial, de tal maneira que um aspecto fundamental no trabalho deles consiste na escuta ampliada e no atendimento não apenas dos usuários, mas também às suas famílias, numa tentativa de (re)construir os laços daquele sujeito perante a sociedade, conforme podem ser identificado nos fragmentos abaixo.

AS - Você tem que ouvir, ouvi-los, são pessoas que não estão acostumadas a serem ouvidas, né

PSI - A escuta ampliada, uma escuta que vá atender não somente o usuário, mas a própria família. Aqui tem espaço pra atender a família também. Então tem que ter essa escuta ampliada, saber ouvir e interagir com ele de uma forma humanizada pra que ele tenha um vínculo com a instituição, ou com o profissional, de forma que ele não tinha nem em casa, então tentar trazer, atrair esse usuário pra cá através desse vínculo que muitas vezes ele não tem na vida social. **(Profissionais – CAPS ad)**

PED - Outra coisa que eu acho que é uma das coisas fundamentais do CAPS, especial desse, a escuta. A gente às vezes em outro serviço de saúde a gente tá muito preocupado em falar, em transmitir o saber, e aqui a gente tá mais preocupado em escutar, em acolher o usuário, a demanda dele. Acho que é uma das coisas principais daqui. (...) Isso deixou de ser uma atribuição do psicólogo né? É de todo mundo!

(Pedagoga – CAPS III)

Nesse sentido, a escuta assume uma característica fundamental no trabalho desses profissionais, e fazer uma escuta adequada a cada caso é um desafio para cada profissional. Desse modo percebe-se, conforme afirma Lancman (2009), que os desafios para os trabalhadores na saúde mental exigem novas práticas e projetos organizacionais de atenção, requisitando uma superação das dificuldades operacionais.

Na atividade dos profissionais é sempre necessário fazer escolhas, decisões que são aspectos dos valores não dimensionáveis do trabalho (SCHWARTZ, 2007). Dentre estes valores, foi possível verificar que os profissionais citam o respeito pelos usuários. Diferentemente do modelo anterior, em que o usuário somente era considerado na hora de tomar a medicação, o respeito à subjetividade do indivíduo é elemento essencial em se tratado da questão dos valores dos profissionais. Condição essa, que se insere, conforme afirma Lobosque (2007), nos princípios da Reforma Psiquiátrica, que busca na terapêutica do portador de sofrimento mental: resgatar seu poder de decisão, respeitar sua liberdade, obter

seu consentimento e participação no tratamento, possibilitar-lhe o convívio social e afirmar seus direitos de cidadania.

AS – Uma coisa que eu considero primordial, essencial dentro da instituição é a educação e o respeito né? Que você tem que ter com os usuários, eu acho assim primordial né? Você tem que ter respeito pelo usuário, sem menosprezá-lo, sem subestima-lo né? Porque quando você tem o respeito você pode chegar em algum momento e falar alguma coisa, até dar um puxão de orelha mas quando você tem o respeito eles sabem que aquilo ali, eles sabem que você tá preocupado com ele né? Eu acho assim primordial. **(Assistente Social – CAPSad)**

Esse respeito se configura pelo modo diferenciado no fazer e cuidado no CAPS, que se inicia com o acolhimento e culmina na elaboração do processo terapêutico de cada usuário. Assim, a definição pelos profissionais dos procedimentos adotados para o tratamento do usuário é realizada também em conjunto com o usuário, nos casos em que isto é possível. São definidas as atividades que o usuário realizará e os horários que cumprirá no CAPS. Os procedimentos são específicos, de modo que, se levem em consideração as variabilidades de cada caso, por exemplo, a maneira pela qual cada usuário chega até a instituição, qual a disponibilidade dos usuários, entre outros.

PED – Não, primeiro vai ser de acordo com o horário que a pessoa quer, por exemplo, ‘não acordo cedo’, ‘não tenho como chegar aqui de manhã’, ‘eu prefiro vir a tarde’, então a gente leva essa questão para a reunião. ‘Gosto de uma atividade de movimento’: então a gente vai vê uma atividade de movimento feita a tarde. Aí a gente vai vê de acordo com o que a gente têm e vê na fala do usuário o que ele quer, o que ele deseja é que vamos começa a criar esse projeto. **(Pedagoga – CAPSIII)**

Ainda dentro da proposta da Reforma Psiquiátrica, os trabalhadores dão destaque à necessidade que se consolide uma atuação interdisciplinar, de maneira que, em algumas situações, um profissional possa intervir na área do outro. Dessa maneira não há recortes ou fronteiras estanques entre o que deve ser feito por um ou outro. Eles afirmam que cada um tem seu papel, mas isso não significa que esses papéis sejam rígidos ou estáticos. É preciso ultrapassar as fronteiras de sua especialidade para dar conta das demandas. E em face dessas demandas, os profissionais buscam outros conhecimentos, ou seja, a atividade sempre requer além daquilo para o qual o profissional foi qualificado. A atividade não se prende ao normativo e os profissionais renormatizam as fronteiras das disciplinas em que foram formados.

Essa renormatização é possível em face das relações sociais estabelecidas entre os profissionais a partir da organização do trabalho real, que possibilita a gestão das situações de trabalho. A mobilização subjetiva desenvolvida pelos e entre os profissionais para transpor as

funções prescritas por suas especialidades é um aspecto importante da organização do trabalho. Como afirma Dejours (2004) a “elaboração da organização do trabalho real implica, no afastamento das prescrições pra dar início à atividade de interpretação”. Nas falas abaixo, percebe-se que alguns aspectos da organização do trabalho em saúde facilitam o atuar com os demais profissionais.

PSI - E o profissional tem essa liberdade de... como a gente trabalha essa questão da interdisciplinaridade, ele tem a liberdade de, por exemplo, entrar na área de atuação de outro profissional, sabe? Digamos assim, não é uma coisa que a gente foi formado pra isso, mas a gente vai e entra, por exemplo, na área de psicologia, nós já fizemos oficinas informativas, sobre DST's e de certa forma a gente entra na área de enfermagem, que é quem faz esse tipo de trabalho, então a gente faz essa interlocução...

ENF – Como a enfermagem entra na cidadania, né.

AS – E é uma proposta da própria Reforma Psiquiátrica, né.

(Profissionais – CAPS ad)

PED – O trabalho daqui é interdisciplinar então a gente se intromete mesmo na área do outro, sem problema, sem ser... sem que o outro encare como invasão... é uma equipe assim, e deve ser assim. Então assim, diferente de qualquer outro serviço de saúde, a gente chega pro médico e discorda com a medicação e sugere alguma coisa do tipo, lógico com todo cuidado dependendo do profissional né, mas tem essa característica da gente se desarmar um pouquinho do saber da gente e a gente acaba invadindo mesmo todas as outras áreas.

(Pedagoga – CAPS III)

O trabalhar envolve, pois, um fazer interdisciplinar que vai se efetivando com as demandas cotidianas e as variabilidades do trabalho. Os profissionais procuram, assim, concretizar o que está prescrito na proposta do modelo de saúde mental na perspectiva psicossocial. Para tanto, fazem uso daquilo que Schwartz (2007) denominou de “uso de si por si”, já que o exercício da interdisciplinaridade requer um modo singular de desenvolver a atividade, e também do “uso de si pelos outros”, na medida em que precisam se apropriar de conhecimento de outras disciplinas e normas da área.

Apesar dessa liberdade que os profissionais encontram de ultrapassar as fronteiras, foi possível verificar também, a necessidade de que o espaço do outro seja respeitado, de modo que a especificidade do trabalho de cada profissional também seja preservada.

ENF - Então precisa-se também existir essa coisa de você se entrosar com a equipe, mas aí você precisa também estar com ética para que você não venha invadir o espaço do outro. Por que? Porque eu enquanto enfermeira não sei técnicas que o psicólogo tem pra entrar numa cena e aí tentar sair dessa cena sem machucar o usuário e sem também fazer com que ele sofra, vamos supor. Então, é... a saúde mental ela vem, mas vem nessa perspectiva de você poder tá entrosado com essa equipe, criar esse vínculo com a equipe e com o usuário, mas sem perder a sua especificidade.

(Enfermeira – CAPS III)

Em suas mobilizações subjetivas os profissionais realizam um trabalho coletivo que ultrapassa as fronteiras das normas de cada área, entretanto, conservam os aspectos inerentes a cada ofício. Portanto, um exercício de obediência das normas onde são necessárias renormatizações para dar conta do que escapa no engendramento do trabalho interdisciplinar.

Outra característica desse novo modelo de atenção é a necessidade de participação da família no projeto terapêutico dos usuários. Contudo, os profissionais apontam que encontram muitas resistências por partes das famílias que ainda convivem com o ideal da exclusão e do abandono dos portadores de transtornos mentais, advindos do antigo modelo. Ou, ainda, encontram dificuldades com a família pelo fato de que a recuperação é geralmente um processo lento e, muitas vezes, a família deseja que seu parente seja “curado” rapidamente. Apesar dessas dificuldades, a relação com a família dos usuários foi colocada pelos profissionais, como um elemento importante para a atividade de trabalho no CAPS, independente da demanda atendida em cada centro. A partir da troca de informações com a mesma, é possível direcionar o tratamento dos usuários, corroborando com outros estudos desenvolvidos em CAPS (UCHIDA, SZNELWAR, BARROS; LANCMAN, 2011), que apontaram que a família constitui-se um eixo na proposta do atendimento oferecido no CAPS, o que o difere daquele oferecido no contexto hospitalar, na medida em que possibilita ao usuário reconstruir sua vida para além do circuito saúde-doença, como pode ser observado nos fragmentos abaixo.

PED – (...) a gente só atende com o familiar, porque a família precisa acompanhar esse processo desde o início. Então chegou a gente pede que venha com a família, marcou para oficina de acolhimento a gente pede que venha com a família né...por que algumas coisas com relação ao serviço é bom que o familiar saiba também, e sempre, sempre a gente trabalha em parceria com a família. A gente que reinserir, a gente não quer isolar... O primeiro convívio da pessoa é com a família, então a família deve estar também no tratamento. **(Pedagoga – CAPS III)**

FIS - Quando a criança está sendo atendida no serviço se faz necessário que esse pai e essa mãe esteja inserida em algum grupo de família. (...) A gente vai ouvir a demanda, o que eles tão trazendo pra discutir né, a demanda sobre os filhos ou sobre eles próprios, questões relacionadas a criança ou o adolescente né, inquietações em relação ao serviço é... dúvidas, queixas, preocupações. **(Fisioterapeuta – CAPSi)**

Ao se analisar o trabalho dos profissionais do CAPS não se pode fazê-lo pensando somente no usuário de modo individual, tem que se incluir a família. Desse modo, gerir a atividade no CAPS solicita dos profissionais abordagens específicas e direcionadas ao usuário e aos familiares. O que torna o seu trabalho mais complexo e pleno de possibilidades de agir,

o que requer um articular permanente entre o uso de si por si, pois há sempre um destino a ser vivido, e uso de si pelos outros que cruzam a atividade de trabalho.

Outro aspecto que sempre é contabilizado quando se avalia a efetividade e eficácia do trabalho dos profissionais é a recuperação e reestabelecimento do vínculo do usuário com a sociedade. Os profissionais apontam que esses processos não dependem apenas da sua atividade e da relação com a família, pois em determinados casos, necessitam do apoio da rede de cuidados em saúde mental. Os fragmentos destacados a seguir, mostram as dificuldades das atividades de trabalho nos CAPS e das atribuições institucionais.

T. ENF - Por que aqui é uma instituição aberta não é uma instituição fechada, né. Então a gente faz um atendimento aqui no CAPS e as outras demandas do usuário a gente encaminha. Tem que ser providenciando dentro da própria sociedade dentro de outro serviço que é oferecido. Como é reinserção social, eles têm os mesmos direitos que as outras pessoas têm, eles têm que ir lá fora resolver suas coisas (...) por que se a gente está lutando pelos direitos deles na sociedade, a gente tá devolvendo eles para a sociedade. Foram excluídos da sociedade e hoje a gente tá reinserindo eles na sociedade, com direito a PSF, com direito de procurar o médico... com todos os seus direitos. Então não se torna aquela instituição fechada. Ah, por exemplo, vem resolver aqui por que lá fora não pode resolver. Então, a gente levanta essa bandeira.

(Téc. de Enfermagem – CAPS III)

AS – Mas talvez isso ocorra, ter mais usuários intensivos, porque eles não passam pelo processo de desintoxicação que não acha instituição aqui em Campina pra internar esses usuários e eles passarem um tempo desintoxicando pra vir pra cá. (...) porque aqui não é uma instituição de desintoxicação. Semana passada sofremos aqui pra conseguir vaga pra dois usuários e a gente não conseguiu porque tem que ser, tem que passar pelo processo de desintoxicação. Como é que a gente vai desintoxicar usuário aqui no CAPS? Não tem como.

(Assistente Social – CAPSad)

Assim, para que o CAPS possa desempenhar devidamente suas atribuições e ações é necessário que haja, na rede de cuidados em saúde mental do SUS, setores que possam atender as demandas desses usuários, seja no caso de estabelecimentos que possuam a quantidade suficiente de vagas para fazer a desintoxicação dos usuários (no caso específico do CAPSad), seja pela necessidade de que as relações de referência e contra referência dentro das instituições que compõem a rede em saúde mental (PSF, hospitais gerais, residências terapêuticas...) sejam efetivas. Dizendo de outro modo, ainda não se constituiu de fato uma rede de cuidados em saúde mental, o que dificulta a realização do trabalho dos profissionais dos CAPS, que apesar de todo esforço e dedicação esbarram em entraves do sistema como um todo. Assim, verifica-se que a não constituição deste fluxo na rede de cuidado em saúde

mental prejudica a atividade dos profissionais e pode produzir sofrimento, na medida em que eles buscam encaminhar os casos e o sistema não recebe, não possibilita essa intermediação.

Assim, verifica-se que o trabalhar dos profissionais dos CAPS envolve as variabilidades das situações de trabalho, as variabilidades humanas dos trabalhadores em sua atividade, as nuances das demandas dos usuários, os valores sem dimensão que o objeto da saúde faz emergir, os agrupamentos coletivos e interdisciplinares que se tecem no meio, e ainda as especificidades de cada modalidade dos CAPS, que não estão sendo evidenciadas nesse estudo.

A complexidade do trabalho destes profissionais, entretanto, apresenta mais dramas que evidenciam diversas características e outras situações da atividade, como a necessidade do trabalho coletivo.

3.2 Coletivos de trabalho

Foi possível identificar nos encontros com os grupos de profissionais que, diante das demandas que se lhes impõem, e da complexidade que é gerir vários casos presentes nos CAPS, eles criam estratégias que facilitam o funcionamento do trabalho. Essas estratégias são individuais e coletivas e muitas delas são compartilhadas, funcionando como um suporte para o exercício da atividade. Desse modo, buscou-se evidenciar aspectos em que essas estratégias compartilhadas ocorrem no dia a dia de trabalho no CAPS. Para tanto optou-se por um olhar mais dirigido às atividades de acolhimento dos usuários e a realização das oficinas, atividades essas consideradas por alguns trabalhadores como as mais importantes das realizadas nos centros, o que pode justificar o fato de terem sido também as mais discutidas nos encontros com os grupos de profissionais.

3.2.1 O acolhimento dos usuários

O acolhimento, entendido como o processo de trabalho dos profissionais no atendimento do usuário em sua primeira ida à instituição, a partir das informações coletadas, pode ser assim resumido: o usuário e/ou familiar chega à recepção e contata o recepcionista que preenche um formulário com informações gerais da pessoa a ser atendida; depois existe um encaminhamento para o profissional de ensino superior responsável pelos acolhimentos naquele horário; o profissional realiza o atendimento individual e traça o projeto terapêutico para o usuário, ou em alguns casos, o processo é traçado nas reuniões de equipe; em seguida, o usuário e seus familiares são informados de como será o tratamento no CAPS.

Essas etapas sofrem pequenas variações em decorrência das especificidades de cada modalidade de CAPS investigados nesse estudo, contudo, na essência dessa atividade, o profissional faz uma anamnese com o paciente, buscando compreender todos os aspectos envolvidos com suas queixas. Nesta perspectiva, percebe-se nesse novo modelo de atenção, a importância do acolhimento dos usuários, o qual, mais que um procedimento burocrático de coleta de informações deve propiciar a construção de um vínculo usuário-profissional-instituição, elemento fundamental para que o usuário retorne à instituição e o tratamento tenha início.

O acolhimento, assim, se configura como uma norma de trabalho neste modelo que deve ser praticada em todos os CAPS e obedecida por todos. Embora seja uma norma do modelo de atenção psicossocial, na atividade o acolhimento toma conformações diversas em face das nuances das demandas dos usuários e da especificidade de atendimento de cada centro. Pelo que dizem os profissionais, o acolhimento é uma atividade com caráter enigmático, principalmente no que concerne ao estabelecimento do vínculo. É uma prescrição re-significada na prática, aonde outros elementos e situações devem ser considerados, não sendo possível prever se o acolhimento será eficaz ou não.

PSI - É o primeiro contato que tem com o usuário. Então é importante também ouvir essa queixa que ele traz, o tipo dessa queixa, a demanda (...) É o primeiro contato com o serviço, imagina você chegar preencher uma ficha e dizerem vem tal dia. Por isso acho bem interessante o acolhimento, (...) a gente já tem essa visão de não só preencher uma ficha, mas também, de escutar. **(Psicóloga – CAPS III)**

AS – Eu acho o acolhimento imprescindível. (...) Eu já percebi que tem muitos usuários que vem aqui só no acolhimento e não voltam mais. Aí eu já refleti, será que não foi o problema no próprio acolhimento? Ontem mesmo eu fui fazer, eu e outra AS, nós fomos visitar um usuário (...) e ele disse que não gostou do profissional [que realizou o acolhimento], do jeito como ele o abordou. (...) A gente também não pode dizer que a culpa foi do profissional que fez o acolhimento, mas ele deixou bem claro (...) que não veio mais porque não gostou do acolhimento, por causa da forma como a pessoa, de certa forma, o abordou no momento, né. Falava muito alto, era autoritário, arrogante, aí não gostou e não veio mais. ‘Parecia que era, como se fosse, que tava numa delegacia, que tava com um delegado’.

ENF – E assim, é importantíssimo essa acolhida porque a partir do acolhimento que a gente vai dar direção ao tratamento, né. **(Profissionais – CAPSad)**

O discurso dos profissionais mostra o caráter enigmático do acolhimento. A contribuição de cada profissional no acolhimento é reconhecida quando o vínculo é constituído, ou seja, quando o usuário adere ao tratamento, frequenta todas as atividades propostas, toma as medicações recomendadas, etc. O não retorno demonstra que a atividade do acolhimento não foi bem conduzida ou as nuances do atendimento, o uso de si que cada

profissional imprime em seu fazer, não foram bem entendidas pelo usuário. Quando um dos profissionais afirma que o não retorno do usuário não pode ser atribuído ao acolhimento do profissional, quer dizer, em nossa interpretação, que na atividade vários aspectos podem ter concorrido para que o usuário não tenha gostado do modo como à prática se efetivou. Entretanto, todos são unânimes em afirmar que esta atividade é fundamental para o sucesso do projeto terapêutico do usuário e cada um deve empenhar-se da melhor maneira possível em sua realização.

Além de tudo isso, os profissionais que fazem o acolhimento precisam estar atentos o tempo inteiro a fim de identificar quem poderia ser o técnico de referência (TR) daquele usuário, ou seja, o profissional responsável pelo monitoramento do novo usuário e seu projeto terapêutico. Normalmente o TR é aquele profissional que realiza o acolhimento, contudo devido a uma série de aspectos, como a quantidade de usuários que cada técnico já possui, a incompatibilidade de horários, entre outros, impedem que o profissional que realizou o acolhimento seja o TR.

Entretanto, o processo de escolha do TR não é simplesmente distribuir o novo usuário segundo a escala ou o número de usuário que cada profissional já possui, mas dar conta da complexidade que envolve a relação entre aquelas pessoas, e que se mostra determinante para o sucesso do processo terapêutico. Isso envolve também certa flexibilidade, haja vista que nem tudo se pode prever. Nesse sentido, os profissionais dialogam e fazem os ajustes quando percebem a necessidade de trocar o técnico de referência, visando o bem-estar dos usuários, bem como a saúde dos profissionais.

PED – (...) o que não quer dizer que vai ser aquele profissional eternamente, a gente define já para aquele usuário ter um norte, uma direção, alguém para procurar, alguém que vai começar a conduzir o tratamento. Pode ser que mais pra frente mude, vamos supor que seja fulano (...) Vamos dizer que aquele usuário não gostou de jeito nenhum de fulano, aí ele vê com ele e a equipe outra pessoa. Aí digamos, ele se deu tão bem com cicrano, que a passa pra cicrano. Pode ser que não aconteça, mas de início é a gente que define justamente para aquela pessoa ter aquela ferramenta, ter alguém que vai conduzir o tratamento. Como é muito grande às vezes se perde, fica procurando um e outro... A gente define logo o técnico de referência e o dia dessa pessoa vir ser o dia que o TR está, para ficar mais perto né... **(Pedagoga – CAPSIII)**

PSI – As vezes a gente tenta seguir um critério de quantificação sabe? Porque às vezes a gente tem muito usuário, técnico que tem pouco e técnico que tem muito, então a gente tenta equilibrar essa quantidade.

PED – Ver também o dia que ele pode vir.

PSI – Então isso é relativo, o usuário apresenta uma demanda e você conhece tanto a grade das oficinas, como os dias em que os técnicos vêm então você tem que adequar isso da melhor forma possível a aquilo que ele traz no momento.

(Profissionais – CAPSad)

O acolhimento, pois, envolve uma dramática que convoca o profissional de modo individual, mas congrega, também, os demais profissionais no que SCHWARTZ (2007) denomina de entidades coletivas relativamente pertinentes (ECRP). Que se constituem como laços informais entre as pessoas que estão envolvidas no cumprimento de determinada tarefa e que compartilham valores pertinentes naquele contexto (SCHWARTZ; DURRIVE, 2007). Mais do que relações entre cargos, nas ECRP criam-se laços que passam muito pelas pessoas. São pessoas que se agrupam, em coletivo, e cooperam para tomadas de decisões e realização de atividades e logo depois se desfaz. Neste sentido, apesar do acolhimento ser uma atividade individual, em determinados momentos os profissionais se reúnem para decidir quem poderia ser o TR do usuário atendido. Isto pode ser feito nas reuniões de equipe ou em momentos esporádicos em que as ECRP se constituem para discussão e tomada de decisão.

Dadas essas características cruciais que esse procedimento carrega para o tratamento dos usuários, foi verificado que alguns profissionais desenvolvem algumas estratégias para melhor realizar esse procedimento. Por outro lado, outros profissionais preferem não realizar esse tipo de atendimento, mesmo este sendo um procedimento que deve ser realizado por todos os TR dos CAPS.

PED – Foi decidido pela coordenação que só quem faria acolhimento seria os profissionais do nível superior (...) a gente vai decidindo em equipe. Tem profissional que chega a pedir para não fazer acolhimento por que não consegue, absorve demais o que a pessoa fala. Não consegue, não gosta! Não se identifica com aquilo, só numa necessidade muita extrema. É definindo em equipe mesmo. **(Pedagoga – CAPS III)**

PSI I - Porque aqui a gente percebe uma certa resistência da equipe fazer acolhimento. A gente se depara durante a semana com várias situações assim relacionadas a acolhimento. E quando se tem só uma pessoa num horário pra fazer acolhimento e chega mais, aí o negócio complica, visse?

PSI II - Agora na verdade é um procedimento que cansa um pouco né? Acontece aqui às vezes de ficar uma pessoa no momento de acolhimento assim, de uma hora, meia hora. ‘Gente pelo amor de Deus, eu não faço um acolhimento em meia hora!’, porque assim, a história clínica daquela criança e daquele adolescente é muito conteúdo e, assim, eu sou meio embananada pra tá ouvindo e anotando, tem gente que consegue, eu não consigo. Então eu faço um rascunho pra depois eu vir passar. Então, são procedimentos cansativos, cansam um pouco a gente pra tá fazendo um atrás do outro (...). **(Psicólogos – CAPSi)**

O acolhimento é um momento essencial do primeiro atendimento do usuário no serviço e, neste sentido, requer um nível de atenção, dedicação e comprometimento de cada profissional que o realiza. As variabilidades que constituem esta atividade, os diversos tipos de casos dos usuários que aparecem, por exemplo, trazem um conjunto de dificuldades para

sua realização. Portanto, o acolhimento tem este caráter de poder produzir sofrimento para os profissionais. A mobilização subjetiva necessária para efetivar esta atividade faz com que alguns técnicos entrem em acordos com seus colegas e coordenação, de modo que sobre eles recaia o cumprimento de outras tarefas, se livrando da realização do acolhimento. Vemos, assim, se constituindo no coletivo uma estratégia de defesa que permite aos profissionais que não se adequam com a atividade de TR se livrar desta tarefa, que pode ser uma fonte de sofrimento.

Por outro lado, o acolhimento permite a outros profissionais o exercício da inteligência da prática (DEJOURS, 2004), o uso de sua engenhosidade no trabalho, para poder realizar a atividade de modo mais ágil e eficaz. Devido ao grande número de informações que precisa colher do usuário na anamnese, alguns profissionais utilizam a estratégia de fazer apenas um rascunho rápido dos dados colhidos no acolhimento e somente depois registra as informações no prontuário do usuário. Os profissionais confessaram utilizar desse artifício para assim deter-se mais na prática do ato de acolhimento, que implica na formação do vínculo do usuário com o profissional e com a instituição, repercutindo também no sucesso do tratamento. Os profissionais vivem esta situação de modo criativo, com implicações positivas para sua saúde mental.

3.2.2 As oficinas

As oficinas se configuram como uma das principais atividades do processo terapêutico oferecido pelos CAPS. A sua realização faz parte das atribuições dos profissionais da instituição, que as desenvolvem junto aos usuários visando construir um espaço terapêutico, fortalecer laços, debater informações, entre tantos outros objetivos. O trabalho dos profissionais com as oficinas envolve o antes, o durante e o pós. O antes envolve o planejamento da oficina, que na maioria das vezes é uma tarefa individual de cada profissional. Para que as oficinas ocorram os trabalhadores selecionam o tema a ser abordado e os instrumentos a serem utilizados levando em consideração o tempo disponível, a quantidade e a problemática dos usuários que estarão presentes. Com o planejamento o profissional faz uma prescrição de como deverá ser a oficina.

O momento de realização da oficina, o durante, envolve um conjunto de tarefas desde verificar o espaço de sua realização, a disponibilização dos equipamentos e instrumentos a serem usados, a chegada e acolhimento de cada usuário, entre outras. Assim, quando colocada

em prática, a atividade exige muito mais do profissional. Os trabalhadores têm que lidar com diversas variabilidades, entre elas, a definição do tema de cada oficina.

A partir dos diálogos observou-se que não há planejamento coletivo na definição das oficinas, mesmo naqueles CAPS em que existem a realização de oficinas em duplas, e por isso mesmo os trabalhadores afirmaram que sempre precisam ter outra oficina preparada, caso os usuários já tenham discutido tal tema, ou algum outro imprevisto ocorra. Durante a realização da mesma, os trabalhadores ainda afirmam que devem se manter sempre atentos. Nesse sentido, há uma mobilização da inteligência astuciosa para saber se a oficina está agradando os usuários, caso contrário, eles precisam mudar de estratégia. Ainda se faz imprescindível observar todos os usuários, e buscar perceber o estado de ânimo dos mesmos, suas vulnerabilidades e as demandas trazidas.

No pós-oficina, continua cabendo aos profissionais o preenchimento dos prontuários de cada usuário, no procedimento conhecido como evolução. Percebe-se, pois, que a atividade da oficina envolve um conjunto variado de ações, que incita a mobilização subjetiva dos profissionais. Isto significa que o trabalhador se mobiliza por inteiro para dar conta das múltiplas demandas que se lhes impõem: o planejamento, a execução da oficina e os procedimentos pós-oficina.

PSI - Eles têm uma demanda então a gente às vezes pensa, elabora a proposta e lógico que sempre tem que ter um plano B né, se essa não der certo a gente pode encaminhar pegando o alinhavo daquela proposta inicial, fazer outra pra se ele evolui. Porque é lógico que nem tudo que a gente programa, que a gente pensa, vai chegar na hora e dar certo como a gente pensou. (...) Então a gente tem que ter o joguinho de cintura e isso vai ser principalmente com a experiência, né, e contornar a situação e tentar, digamos assim, implantar o plano B, né.
(Psicóloga – CAPSi)

AS - Quando eu percebo que a oficina não deu certo... Eu percebo! Eu digo: “essa oficina tá uma porcaria”. Eu já falei aqui, não gostei, né, aí eu mudo também a forma de abordar né? Ou mudo a temática, tá entendendo? Porque tem que agradá-los, né? Porque a gente trabalha para os usuários, né?

Téc. ENF – Se não tiver interesse da parte deles...

AS – Não adianta. Apesar que a gente sabe que é impossível agradar a todo mundo não é? É impossível fazer com que todos participem também, não é?

(Profissionais – CAPSad)

No exercício da atividade da oficina, o profissional se utiliza de um saber-fazer que foi aprendido com a experiência. Através dos sentidos os profissionais percebem que o tema não está agradando, ou que determinado usuário demonstra estar vulnerável e algo tem que ser feito. Dentro deste contexto, Dejourns (1992) destaca a importância da inteligência da prática,

que, segundo o autor está enraizada no corpo e faz com que o sujeito mobilize todo o corpo subjetivo e seus sentidos para dar conta das demandas.

Dado essa complexidade, outro ponto que se faz necessário destacar diz respeito à necessidade, apontada pelos profissionais, das oficinas serem planejadas em equipe e realizadas por pelo menos uma dupla de trabalhadores, visto que em alguns CAPS ela é predominantemente realizada apenas por um profissional (CAPSad e CAPSIII). Tal necessidade se constitui frente à sobrecarga e todas as demandas de trabalho que a realização de uma oficina acarreta, como se pode ver no diálogo abaixo.

AS – Eu agora to trabalhando sozinha nas oficinas porque eu achava interessante duas pessoas na oficina, eu sempre achei, né? Porque às vezes a sala tá enorme né? Tá enorme não, a sala tá lotada de usuários, 30 usuários. Essa semana eu peguei 28 usuários na segunda-feira, e por setor fica melhor de você observar, tá entendendo? Porque às vezes eu estou à frente, né, eu sou responsável pela oficina e a outra pessoa pode ficar mais prestando atenção né? Naquele que tá dormindo ou naquele que tá ligando o celular pra perturbar... E você sozinho ali...

ENF - Sem ter como dar conta.

AS – É preciso duas pessoas. Aí uma determinação desconstruiu isso né? Aí agora eu to sozinha de novo. **(Profissionais – CAPSad)**

A partir das falas dos profissionais é possível compreender que o planejamento em equipe permitiria que as oficinas fossem construídas com melhor qualidade, evitaria a repetição de temas durante a atividade, assim como, faria com que os trabalhadores não precisassem construir uma oficina extra para cada encontro. O retrabalho que ocorre durante a própria oficina pode provocar sobrecarga mental entre os profissionais. Até fazer a leitura da reação dos usuários, o profissional fica em um estado de tensão permanente para saber se vai continuar com o tema iniciado ou vai ter que mudar, já que aquele foi abordado em outra oficina por outro profissional, ou ainda pelo fato da temática não estar surtindo o efeito esperado.

O planejamento coletivo das oficinas evitaria este sofrimento e permitiria que os profissionais deixassem de usar seu tempo livre para organizar as oficinas individualmente. Na dramática desta atividade se verifica então uma dupla antecipação: a gestão da tarefa deve conter a normatização, isto é, o planejamento individual da oficina, e a renormatização, o planejamento individual de um plano B, que será usado caso o que foi pensado antecipadamente não venha a se efetivar.

Os profissionais conscientes que este tipo de trabalho se concretiza melhor de forma coletiva defendem esta perspectiva por compreender que os papéis poderiam ser melhor

desempenhados, diminuindo a sobrecarga mental. O trabalho em dupla, pautado num planejamento conjunto, possibilitaria, por exemplo, que o facilitador da oficina pudesse se engajar com o desenvolvimento da atividade, realizando-a da melhor forma possível, enquanto o colega monitoraria as demandas trazidas pelos usuários de forma individual e grupal, além das variabilidades que aparecessem. Esta cooperação atenderia melhor as necessidades dos usuários.

Contudo, faz-se necessário destacar que em um dos CAPS investigados (CAPSi) verificou-se que existem oficinas que são realizadas em duplas por alguns profissionais, entretanto percebeu-se que mesmo que as atividades sejam “compartilhadas” entre os dois profissionais, não existe um planejamento em conjunto para o desenvolvimento da mesma, de modo que um dos trabalhadores acaba por tomar a frente da atividade, fator que pode contribuir para a sobrecarga mental no trabalho.

PSI - Em relação às oficinas, eu observo assim, que... Eu já escutei algumas pessoas da equipe, que a gente já conversou sobre isso de planejar mais, de... das duas pessoas que estão naquele grupo pensarem o que é que vão fazer no próximo, mas o que eu escuto das pessoas que acabam tomando mais a frente é que ‘se eu não fizer a outra não vai fazer, a outra não busca’. Então, sempre acontece de uma liderar mais. (...) Tentamos implicar, convocamos essa pessoa, criamos estratégias de “ó, vamo revezar?”. Já conversei individualmente com algumas pessoas aqui, no sentido de até dizer: “Não tome mais a frente”, né?, “Não escolha qual o próximo tema, deixa a pessoa escolher, deixa ver se essa pessoa se coloca”. E simplesmente, essa pessoa não aparece. Essa pessoa não se coloca, porque volta à questão inicial, algumas pessoas não se implicam, algumas pessoas se ausentam até quando estão presentes.

(Psicóloga – CAPSi)

Essa fala destaca que o trabalho no CAPS fica prejudicado tendo em vista a inadequação do funcionamento dos coletivos. O fato de algumas pessoas não desempenharem adequadamente seu trabalho faz com que haja uma sobrecarga de trabalho aos que estão escalados num mesmo dia de trabalho, fato esse que também foi verificado em outros CAPS no que diz respeito também a outras atividades que não as oficinas.

AS – Ninguém quer ficar com aquela pessoa.

ENF – Porque um fica trabalhando demais né? E o outro...

Ass. ADM – E o outro só, só... Isso acontece também no acolhimento: “Não coloque fulano no acolhimento não, porque sempre ele não vem e se chegar dois acolhimentos eu tenho que fazer os dois.” Tá entendendo? Então isso acontece.

ENF – Entre colegas.

(Profissionais – CAPSad)

Apesar das dificuldades que emergem da atividade em equipe, do não cumprimento das tarefas por parte de alguns, o tempo inteiro, ao longo dos encontros, os trabalhadores

reafirmam a necessidade e importância do trabalho coletivo. Desse modo, é possível a compreensão da atividade como algo fundamentalmente social, pois, conforme alega a ergologia (DURRIVE; SCHWARTZ, 2007), a atividade possui prolongamentos que ultrapassam o indivíduo, e incluem o social, o psíquico, o institucional, as normas e os valores.

Dejours (2004) afirma que a cooperação no trabalho permite a superação das contradições que surgem da própria natureza ou da essência da organização do trabalho. Desse modo, ainda no que concernem às oficinas, e buscando superar as dificuldades no planejamento coletivo e a complexidade que é gerir vários casos diferentes nas oficinas, os trabalhadores terminam por criar estratégias informais de comunicação para evitar que sejam surpreendidos no momento da oficina com a notícia, por parte dos usuários, que aquela temática já havia sido trabalhada recentemente, ou ainda para identificar possíveis temas e/ou formas de abordagem que contribuem para a falta de interesse dos usuários em participarem das atividades.

Para dar conta deste vazio de normas, os profissionais utilizam a estratégia de fazer consulta aos colegas sobre os temas já utilizados nas oficinas. Assim, parece se estruturar uma norma prática diante dessa ausência de planejamento coletivo, o que foi verificado nas observações da atividade realizadas nos ambientes de trabalho. Nesses momentos percebeu-se que a comunicação se constitui principalmente através de grupos informais e de conversas nos corredores ou no ambiente conhecido como sala dos técnicos (espaço físico reservado para os profissionais, disponível em cada CAPS). Esse aspecto também pode ser verificado por meio de algumas falas que emergiram nos encontros, como a descrita abaixo, que demonstra que também a hora do lanche funciona como um espaço para a comunicação entre eles sobre aspectos ligados tanto à atividade de trabalho quanto às questões pessoais, o que pode favorecer as relações interpessoais entre a equipe.

FIS – (...) e após isso [a oficina] é a parada pra o lanche, onde a gente conversa, troca o que aconteceu, escuta muito das colegas o que aconteceu, alguma coisa da oficina delas, alguma coisa extra que aconteceu com alguma mãe, alguma coisa que é pra gente conversar, particularidades nossas né, um momento que a gente para também pra descansar, pra conversar besteira (...). **(Fisioterapeuta – CAPSi)**

Além das estratégias informais, verificou-se, também, no âmbito da organização do trabalho que os profissionais adotam algumas estratégias para facilitar a comunicação entre eles. Entre as estratégias pode-se destacar a atualização constante e detalhada do prontuário de cada usuário com as informações das suas atividades e a evolução do seu processo saúde-

doença, o que facilita a atividade caso aconteça um imprevisto ou urgência com um usuário e o técnico que acompanha o mesmo não esteja presente. O livro (ou ata) de ocorrências e as reuniões de equipe também se constituem como mecanismos de comunicação entre as equipes do CAPS, tendo em vista as dificuldades de alguns se encontrarem, dado os horários diferentes. A reunião é um momento de socialização das informações e de discussão dos casos.

PED - A primeira coisa que eu faço é subir para a sala dos técnicos e lê a ata diária...

Pesquisador - Eu tenho que fazer isso? Todo mundo tem que fazer isso?

PED - Acho que a maioria faz, chegar e lê a ata. Tem alguma coisa para dá continuidade, se tem algum usuário querendo fugir está escrito ali na ata para você ficar atento a essa pessoa... Uma pessoa que esta precisando ir para o hospital (...) Aí eu costumo fazer isso, chegar, lê a ata ou a equipe passa verbalmente.

(Pedagoga – CAPSIII)

Pesquisador – Então eu devo estar sempre olhando esses livros de ocorrência? Pra saber o que é que ta acontecendo?

PSI – Pelo menos dos seus usuários.

AS – Apesar que a gente fala tanto assim um com outro, que todo mundo termina sabendo.

Téc. ENF – As vezes num precisa nem você ler.

PSI – As ocorrências mais importantes são discutidas em reunião.

PED – Por exemplo, eu não estou aqui nem na segunda e nem na terça. Aí aconteceu isso com a Assistente Social, aí amanhã de tarde, ela não está aqui na reunião, mas ela passa para alguém. Aí a coordenação, ou alguém na reunião fala: “Olha, a Assistente Social deixou isso!”.

(Profissionais – CAPSad)

Observa-se, portanto, que há estratégias de trocas de informações e comunicações, mesmo quando não há os encontros presenciais entre os trabalhadores, de tal modo que a comunicação entre eles funciona como um elemento de enfrentamento das variabilidades e de viabilização das atividades. O coletivo atua, então, promovendo o preenchimento das lacunas entre o trabalho prescrito e o trabalho real possibilitando a criação de estratégias que permita ao trabalhador desenvolver seu trabalho.

Desse modo, percebe-se mais uma vez a articulação das Entidades Coletivas Relativamente Pertinentes (ECRP), já que existe a criação de laços informais para o cumprimento de uma determinada tarefa, evidenciando que o outro é inevitável na atividade e está presente não apenas externamente, mas também em cada um, por meio de saberes, referências e valores (SCHWARTZ; DURRIVE, 2007).

Ainda sobre a preocupação constante dos profissionais quanto a não repetição de temas e oficinas, existe consenso entre eles em afirmar que algumas temáticas precisam ser repetidas. E essa necessidade de repetição ou reforço em alguns assuntos, não está prescrita

nos manuais. Essa norma foi construída na própria atividade, por meio das observações dos próprios trabalhadores acerca dos casos e situação de cada usuário. Eles compreenderam que determinados temas precisam ser retrabalhados para fortalecer o caráter e o comportamento dos usuários. Isso demonstra a astúcia dos mesmos e a mobilização subjetiva ante as exigências e especificidades das demandas do seu trabalho. São normas construídas pelo coletivo e que vão sendo repassadas para os profissionais que vão se integrando nas equipes. É o que a psicodinâmica do trabalho denomina de regras de ofício, e que segundo Molinier (2013) não são prescritas, mas são elaboradas e remanejadas no dia a dia pelo coletivo de trabalho.

AS – E também é imprescindível que certos temas, temáticas sejam repetidas aqui. Tem por exemplo, a questão da recaída e da prevenção da recaída tem que ter sempre, mas agora, existem vários tipos de dinâmicas pra você trabalhar o mesmo tema de formas diferentes. **(Assistente Social – CAPSad)**

FIS - As vezes é necessário repetir...

PSI 1 - Porque a repetição nunca acontece de forma idêntica.

FSI - E a grande maioria das vezes isso é importante.

PSI 2 - E assim é... como na supervisão a gente discute muito isso porque é justamente na repetição que a gente tenta fazer uma diferença, porque os comportamentos estereotipados eles são repetitivos, mas aí a gente tenta fazer uma diferença nessa repetição acrescentando algum outro sentido aquilo. Então na própria atividade que acontece né, a gente vai trazendo as mesmas atividades mais que se apresentam de maneiras diferentes porque mais que a gente tente repetir né a gente não faz da mesma forma. **(Profissionais – CAPSi)**

Por outro lado, o desafio de abordar os mesmos temas para o mesmo público exige muito mais dos profissionais. Precisa usar de astúcia para poder fazer a atividade. O desafio de prender a atenção abordando um tema já visto. Esta é uma dramatica da atividade, um debate entre as normas antecedentes e as tendências de renormatização necessárias para a realização da atividade.

Ainda no que se refere às oficinas, a ausência de momentos formalmente determinados para o planejamento coletivo, ou mesmo a falta de tempo no horário de expediente para o planejamento individual, demanda que o mesmo seja realizado fora do trabalho, em casa, o que ocupa o tempo de vida profissional além daquele despendido dentro do CAPS. Caso os profissionais dispusessem de tempo para o planejamento das atividades na sede do CAPS poderiam usar o período fora do trabalho para outras tarefas, tais como lazer e família. A esse respeito, Smaha (2009), destaca que a presente organização do trabalho influencia na diluição dos limites temporais entre a instituição e o lar, afetando dessa forma o ambiente, os trabalhadores e seus familiares, ou residentes. Tal fato possibilitaria o surgimento de um

contexto conflituoso na esfera doméstica, influenciando negativamente a saúde do trabalhador.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao analisar a atividade de trabalho dos profissionais que atuam em equipes multiprofissionais nos Centros de Atenção Psicossocial, verificou-se que eles têm buscado uma atuação calcada na nova ótica da atenção psicossocial, sobretudo devido à ênfase dada pelos profissionais à participação da família e a realização de uma escuta ampliada dos usuários. Contudo, dentro desse contexto, percebeu-se uma ausência de normas quanto aos modos de fazer dos trabalhadores, pois embora as portarias do Ministério da Saúde elenquem as atividades a serem realizadas nas diversas modalidades de CAPS, não existem determinações de como realizar tais atividades. Dessa forma, as normas, estratégias e os valores são construídos nas instituições e pautados na prática da atividade dos trabalhadores.

Além deste contexto de ausência de normas, o trabalhar em CAPS envolve as variabilidades das situações de trabalho, as variabilidades humanas dos trabalhadores em sua atividade, as nuances das demandas dos usuários, os valores sem dimensão que o objeto da saúde faz emergir e os agrupamentos coletivos e interdisciplinares, que se tecem no meio. Desse modo, a inteligência da prática é fundamental para encontrar caminhos para o desenvolvimento do trabalho como um todo nos CAPS.

No que concerne à atuação interdisciplinar, observou-se que, na dinâmica de trabalho dos CAPS analisados, as fronteiras disciplinares são flexíveis permitindo que os profissionais solicitem a atuação do colega frente a uma demanda encontrada, permitindo dessa forma que o trabalho seja desenvolvido, sobretudo quando que se observa a complexidade que é gerir os vários casos presentes nos CAPS.

Apesar das dificuldades que emergem dessa atividade em equipe e do não cumprimento das tarefas por parte de alguns profissionais, os trabalhadores reafirmam a necessidade e importância do trabalho coletivo e para tanto criam estratégias que facilitam o funcionamento do trabalho. O coletivo atua, então, promovendo o preenchimento das lacunas entre o trabalho prescrito e o trabalho real possibilitando o desenvolvimento do trabalho no CAPS.

Contudo, o trabalho desenvolvido nesses centros não é um trabalho isolado, e quando se busca avaliar a efetividade e eficácia do trabalho desses profissionais é necessário também um olhar ao nível macro, que nesse caso comporta o apoio das famílias, nem sempre

presentes, e o apoio da rede de cuidados em saúde mental, onde se verificam entraves na articulação com muitas instituições desse sistema como um todo.

Nesse cenário, ainda faz-se necessário destacar o pouco engajamento dos médicos nas equipes multidisciplinares dos CAPS. Apesar de comporem tais equipes de trabalho nessas instituições, durante a realização dessa pesquisa, não verificou-se grande interesse destes em participar dos encontros de discussão, o que carece de uma melhor investigação. E, além disso, uma vez que se entende que cada CAPS é carregado de especificidades, devido os diferentes tipos de demandas atendidas em cada modalidade, entendemos que o trabalho desenvolvido em cada modalidade de CAPS apresenta aspectos que não foram aqui ressaltadas.

Por fim, concluímos que a dimensão coletiva do trabalho interdisciplinar potencializa a gestão da atividade, entretanto parece ser fundamental o fortalecimento dos coletivos de trabalho com espaços de deliberação grupal mais efetivo. A constituição da ECRP mostra que as atividades são enigmáticas e que os profissionais aprenderam a cooperar no enfrentamento das situações de maior exigência e variáveis do trabalho. A dimensão coletiva do trabalho é, pois, elemento fundamental da atividade e da mobilização da subjetividade (individual e grupal), implicando um caminho para uma vida mais saudável frente a uma atividade tão desafiadora, e com um papel social tão importante.

ABSTRACT

The new model of mental health care has required several changes in the know-how of the professionals working in this area, requiring adjustments and an interdisciplinary approach that, for long time, found obstacles to its realization. Thus, this article seeks to analyze the activity of professionals that are part of the multidisciplinary teams at the Psychosocial Care Centers (CAPS) in Campina Grande/PB. For that, based on clinical approaches of work, was used a qualitative approach with techniques of observation and “instructions to the double”. Participated in this investigation, 19 professionals who work in multidisciplinary teams of three CAPS in the city, in the modalities of CAPSad, CAPSi and CAPSIII. The results showed that the work of mental health professionals in psychosocial perspective involves several situations, such as variability of demand, types of users, contact with families and requirements such as the need to share activities. In this sense, the work in CAPS has an enigmatic character, requiring the worker to manage everyday situations. The management of the activities is made individually and collectively, so that the worker is able to execute the service in all its nuances, as the technical requirements and social relationships with service users, relatives and other professionals is a dramatic subjectivity that mobilizes these professionals.

KEYWORDS: Psychosocial Care Centers. Mental Health Professional. Work Clinic. Activity.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAHÃO, J. et al. **Introdução à ergonomia: da prática à teoria**. São Paulo: Editora Edgard Blucher, 2009. 240 p. (43 a 46)

BRITO, J. C. Trabalho prescrito. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica em Saúde Joaquim Venâncio, Rio de Janeiro: FIOCRUZ/EPSJV, 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/trarea.html>>. Acesso em: 7 jul. 2011.

CIRILO, L.S. **Novos tempos: Saúde mental, CAPS e cidadania no discurso de familiares e usuários**. 2006. f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande. 2006

CLOT, Y. **A função psicológica do trabalho**. Petrópolis: Vozes, 2006.

_____.; Clínica da Atividade e psicopatologia do trabalho. In: _____. **Trabalho e poder de agir**. Tradução de Guilherme João de Freitas Teixeira e Marlene Machado Zica Vianna. Belo Horizonte: Fabrefactum, 2010. P. 99-116.

_____.; Elaborar a experiência: a instrução ao sócia. In: _____. **Trabalho e poder de agir**. Tradução de Guilherme João de Freitas Teixeira e Marlene Machado Zica Vianna. Belo Horizonte: Fabrefactum, 2010. P. 201-226.

DEJOURS, C. & ABDOUCHELI E. Itinerário Teórica em Psicopatologia do Trabalho. In: DEJOURS, C., ABDOUCHELI E., & JAYET, C. **Psicodinâmica do Trabalho. Contribuições da Escola Dejouriana à Análise da Relação Prazer, Sofrimento e Trabalho**. São Paulo: Atlas. 1994.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho - estudo de psicopatologia do trabalho** (5ª ed.). São Paulo: Cortez. 1992.

_____.; Addendum: Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. In: LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. (Orgs.) **Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. Rio de Janeiro: Editora Paralelo 15 / Editora Fiocruz, 2004 p.47-104

_____.; O trabalho como enigma. In: LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. (Orgs.) **Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. Rio de Janeiro: Editora Paralelo 15 / Editora Fiocruz, 2004 p.127-139.

GAMA, J. R. de A. **A constituição do campo psiquiátrico: duas perspectivas antagônicas**. Hist. cienc. saude-Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, Mar. 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702012000100008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 09 Jan. 2014.

GOVERNO DA PARAÍBA. **Com 81 Caps, Paraíba é primeiro lugar no país em cobertura de saúde mental**. Disponível em <<http://www.paraiba.pb.gov.br/78107/com-81-caps-paraiba-e-primeiro-lugar-no-pais-em-cobertura-de-saude-mental.html>> Acesso em 09 de janeiro de 2014.

LANCMAN, S. (org). **Políticas Públicas e Processos de Trabalho em Saúde Mental**. Brasília: Paralelo 15; 2009.

LOBOSQUE, A.M. **CAPS: laços sociais**. *Mental*, v.5, n.8, p.53-60, 2007. Disponível em <<http://www.redalyc.org/pdf/420/42050804.pdf>> Acesso em 29 de dezembro de 2013.

MENDES, A. M (Org.). **Psicodinâmica e Clínica do Trabalho**: Temas, interfaces e casos brasileiros. Curitiba: Juruá, 2010.

_____.; Da Psicodinâmica à Psicopatologia do Trabalho. In: MENDES,A.M.(Org.) **Psicodinâmica do trabalho**: teoria, métodos e pesquisas. Rio de Janeiro: Casa do Psicólogo, 2007. p.29-48.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: Pesquisa qualitativa em saúde, São Paulo – Rio de Janeiro, v.8 n.3, p.342-344, 2006

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. Portaria n.º 224, de 29 de janeiro de 1992. Estabelece diretrizes e normas em saúde mental. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 de janeiro de 1992. p. 578

_____.; Gabinete do Ministro. Portaria n.º 336, de 19 de fevereiro de 2002. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 19 de fevereiro de 2002. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/39_Portaria_336_de_19_02_2002.pdf> Acesso em 12 de dezembro de 2014.

_____.; Gabinete do Ministro. Portaria n.º 615, de 15 de abril de 2013. Dispõe sobre o incentivo financeiro de investimento para construção de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Unidades de Acolhimento. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 15 abril 2013. p. 49.

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

_____.; Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **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.

MOLINIER, P. **O trabalho e a psique**: uma introdução à psicodinâmica do trabalho/ Tradução: Franck Soudant. Brasília: Paralelo 15, 2013.

NARDI, H. C.; RAMMINGER, T. **Modos de subjetivação dos trabalhadores de saúde mental em tempos de Reforma Psiquiátrica**. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000200004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 09 jan. 2014.

PREFEITURA DE MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE. **Caminhada vai marcar Dia Mundial de Luta Antimanicomial neste sábado**. Disponível em

<http://campinagrandepb.com.br/caminhada-vai-marcar-dia-mundial-de-luta-antimanicomial-neste-sabado/>> Acesso em 09 de janeiro de 2014.

REZENDE, M.S., BRITO, J. & ATHAYDE, M. **A automobilização de uma teleatendente para enfrentar as adversidades do trabalho em um Call Center.** *Laboreal*, 5, (2), 63-75. 2009. Disponível em: <http://laboreal.up.pt/revista/artigo.php?id=37t45nSU5471123722594693681>> Acesso em 08 de janeiro de 2014.

SCHWARTZ, Y. & DURRIVE, L. (orgs.) **Trabalho & Ergologia**: conversas sobre a atividade humana. Niterói: Eduff, 2007.

SCHWARTZ, Y. A dimensão coletiva do trabalho e as Entidades Coletivas Relativamente Pertinentes (ECRP). In: SCHWARTZ, Y. & DURRIVE, L. (orgs.) **Trabalho & Ergologia**: conversas sobre a atividade humana. Niterói: Eduff, 2007. P. 149-163.

_____.; Trabalho e uso de si. In: SCHWARTZ, Y. & DURRIVE, L. (orgs.) **Trabalho & Ergologia**: conversas sobre a atividade humana. Niterói: Eduff, 2007. P. 149-163.

SMAHA, H.C. **Trabalho e família no contexto do teletrabalho**: o olhar de teletrabalhadores e seus coresidentes. Dissertação (Mestrado). Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas. Rio de Janeiro, 2009.

UCHIDA, S., SZNELWAR, L.I.L., BARROS, J.O., & LANCMAN, S. **O trabalhar em serviços de saúde mental**: entre o sofrimento e a cooperação. *Laboreal*, 7, (1), 28-41. 2011. Disponível em: <http://laboreal.up.pt/revista/artigo.php?id=48u56o>> Acesso em 09 de janeiro de 2014.

ZARIFIAN, Philippe. **O modelo da competência**: trajetória histórica, desafios atuais e propostas. São Paulo: SENAC/SP, 2003.