UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA

**Formação, Vida Profissional e Subjetividade:
narrativas de trabalhadores de Centro de
Atenção Psicossocial Infantojuvenil**

Camila Junqueira Muylaert

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Área de concentração: Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade.

Orientador: Prof. Dr. Alberto Olavo Advincula Reis.

SÃO PAULO

2013

Formação, Vida Profissional e Subjetividade: narrativas de trabalhadores de Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil

Camila Junqueira Muylaert

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Área de concentração: Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade.

Orientador: Prof. Dr. Alberto Olavo Advincula Reis.

SÃO PAULO

2013

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 dos autores, título, instituição e ano da dissertação.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu orientador, Alberto Olavo Advincula Reis, que me ensinou muito, tanto na vida profissional como pessoal, durante esses dois anos de mestrado.

Aos membros da banca Modesto Leite Rolim Neto e Fabiola Zioni, pela paciência de ler meu trabalho e discutir, me ensinando e auxiliando em sua elaboração e aos membros suplentes Maria Cristina Vicentin e Diva Moreno. Aos profissionais dos CAPSis entrevistados aos quais devo a concretização desse trabalho.

Ao Centro Nacional de Pesquisa (CNPq) e à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) pelo auxílio financeiro.

Ao meu marido, Eduardo Mesquita, que teve paciência de me aguentar com as angústias que o aprendizado traz e sacrificou feriados e finais de semana para ficar ao meu lado. Aos meus pais e ao meu irmão que me acompanharam a vida toda.

Aos membros do Laboratório de Saúde Mental Coletiva (LASAMEC) pelo apoio e ajuda sempre que pedi e até quando não pedi. Principalmente à Maria Fernanda Barcelos de Oliveira, Maria Margarida Prates, Moacyr Bertolino, Isabella Bastos e Patrícia Delfini que estiveram mais próximos compartilhando aprendizados, angústias, risadas e provocações. Aos colegas Vicente Sarubi Jr e Felipe Szabzon. Aos profissionais do CAPS Itapeva, que me permitiram realizar a pergunta de partida de meu trabalho. À Claudia Davis, que me introduziu ao universo acadêmico na iniciação científica. Ao Leandro Cleto, Iara Macedo, Carmem Castelani, Maria Takishita, Renilda, Ulisses e Ângela, profissionais da Faculdade de Saúde Pública que estiveram sempre disponíveis a ajudar e indicar os caminhos burocráticos, que não são poucos.

CAMINANTE

Caminante, son tus huellas
el camino, y nada más;
caminante, no hay camino,
se hace camino al andar.
Al andar se hace camino,
y al volver la vista atrás
se ve la senda que nunca
se ha de volver a pisar.
Caminante, no hay camino,
sino estelas en la mar.

Caminhante, são teus rastros
o caminho, e nada mais;
caminhante, não há caminho,
faz-se caminho ao andar.
Ao andar faz-se o caminho,
e ao olhar-se para trás
vê-se a senda que jamais
se há-de voltar a pisar.
Caminhante, não há caminho,
somente sulcos no mar.

MACHADO (1999)

MUYLAERT CJ. Formação, vida profissional e subjetividade: narrativas de trabalhadores de Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil. [dissertação de mestrado]. São Paulo. Faculdade de Saúde Pública da USP; 2013.

RESUMO

Introdução: O atual modelo de saúde mental infantojuvenil tem como um dos seus pilares a transformação da postura dos profissionais da área. Espera-se que eles se coloquem de corpo inteiro e se impliquem subjetivamente no trabalho. Esses profissionais têm papel fundamental nas direções tomadas ao longo dos anos, contudo são historicamente desvalorizados e pouco estudados. **Objetivo:** Descrever e analisar a subjetividade, as experiências de formação e a trajetória de vida de trabalhadores de Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis (CAPSi) e suas relações com o processo de inserção e prática nesse campo. **Método:** Foi realizado um questionário com perguntas semi abertas e entrevistas narrativas com 8 trabalhadores de diferentes categorias profissionais lotados em 2 CAPSis do Município de São Paulo, um deles gerenciado diretamente pela Prefeitura e outro por Organização Social de Saúde (OSS). Para análise das entrevistas narrativas foi utilizada a proposta de Shutze. O Referencial Teórico foi construído a partir de diferentes autores que dialogam entre si, dentre eles Dejours e Schwartz. **Resultados:** Constaram-se importantes diferenças entre os trabalhadores do CAPSi gerenciado por OSS e pela Prefeitura no que se refere ao perfil profissional, às motivações para o trabalho, ao tipo de formação que buscam e aos sentidos atribuídos ao trabalho. No entanto, todos os trabalhadores revelam características comuns: impacto recíproco que a vida pessoal e o trabalho na saúde mental exercem entre si; passagem prévia por hospital, escola ou consultório, de forma que essas instituições marcam sua atuação profissional; carência de capacitação oferecida pelos serviços e grande distância entre as necessidades reais do serviço e os treinamentos oferecidos. **Conclusão:** A tendência atual do mundo do trabalho caminha em sentido oposto às propostas da Reforma Psiquiátrica, fazendo com que os profissionais mais antigos encontrem dificuldades e os mais jovens se afastem dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica. Junto a isso, a complexidade das propostas de tratamento nos CAPSis e a falta de espaços de discussão e potencialização do trabalho, que deviam ser oferecidos pelas instituições, faz com que ambos os grupos de profissionais sintam-se perdidos e sozinhos. A formação transcende o espaço técnico no qual ela se delimita inicialmente e se espraia para diversos setores da vida do indivíduo.

Descritores: Saúde Mental, Serviços de Saúde Mental, Criança, Adolescente.

MUYLAERT CJ. Professional training, working life and subjectivity: Psychosocial Care Center for children and adolescents workers narratives. [dissertation]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública – USP; 2013.

ABSTRACT

Introduction: The current model of child and adolescents Mental Health Care are in transformation concerning the professional's approach. It is expected that they get deeply involved in a subjective way in their work. These professionals are very important in the directions taken in that field over the years, however, they are historically unevaluated and understudied.

Objective: Describe and analyze subjectivity, as well as training experiences and life trajectories of employees of Psychosocial Care Centers for Children and Adolescents (CAPSi) and their relation to the process of professional insertion and practice in this field. **Method:** A semi-structured questionnaire and narratives interviews were conducted with 8 workers from 2 CAPSi from São Paulo City, Brazil; one managed directly by the City and one managed by Social Health Organizations- OSS. The narratives interviews have been subjected to Shutze analysis techniques. The Theoretical Framework was built from different authors who interact with each other, including Dejours and Schwartz. **Results:** It was found important differences between work team from CAPSi managed by the OSS and CAPSi managed directly by the City concerning professional profile, motivations for work, type of training searched and meanings attributed to work. However, all employees reveal common features: reciprocal impact that personal life and work in mental health influences on each other; previous works in hospitals, schools and office, so these institutions marked their professional performance; lack of training services and large distance between the real needs of the service and the training offered. **Conclusion:** It was found that the current trend in the field goes in opposite direction to the proposals of the Psychiatric Reform, causing the older professionals do not fit in and younger professional deviate from the Psychiatric Reform proposed. Along with this, the complexity of treatment proposed in CAPSi and lack of opportunities for discussion and empowerment work team of labor, which should be offered by institutions, makes both groups of professionals feel lost and alone. The technical training transcends space in which it delimits initially and spreads to various sectors of the life of the individual.

Descriptors: Mental Health, Mental Health Services, Child and Adolescent.

ÍNDICE

1.	INTRODUÇÃO	9
1.1.	A ORIGEM DO PROBLEMA	9
1.2.	A RELEVÂNCIA DA ABORDAGEM DO PROBLEMA	11
2.	UM POUCO DE HISTÓRIA	14
2.1.	BREVE HISTÓRIA DA SAÚDE MENTAL E DA REFORMA PSIQUIÁTRICA	14
2.2.	A SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL E SUAS ESPECIFICIDADES	17
3.	REVISÃO DE LITERATURA	21
3.1.	OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E SUA COMPLEXIDADE	21
3.1.2.	Os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSI)	23
3.2.	DESAFIOS NA FORMAÇÃO EM SAÚDE E NA FORMAÇÃO EM SAÚDE MENTAL ...	26
3.2.1.	Desafios da Formação em Saúde	26
3.2.2.	Formação em Saúde Mental	29
3.3.	TRAJETÓRIA DE TRABALHADORES DE SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL	32
3.3.1.	Os Trabalhadores de Saúde Mental	32
3.3.2.	Experiências Significativas de Vida de Profissionais e Trabalho na Saúde Mental Infantojuvenil	34
4.	A CONSTRUÇÃO DO REFERENCIAL TEÓRICO	36
4.1.	COMO LIDAR COM SOFRIMENTO E DIFICULDADES NO TRABALHO EM SAÚDE MENTAL?	36
4.2.	EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL E FORMAÇÃO	40
4.3.	DESCRIÇÃO OU NARRATIVA?	42
5.	HIPÓTESE, OBJETIVOS DO ESTUDO	45
6.	MÉTODO	46
6.1.	LOCAL	46
6.2.	NATUREZA DA PESQUISA	46

6.3. SUJEITOS DA PESQUISA.....	47
--------------------------------	----

6.4. INSTRUMENTOS DA PESQUISA	47
6.5. PROCEDIMENTOS	48
6.6. REFERENCIAL DE ANÁLISE	52
6.7. ASPECTOS ÉTICOS.....	54
7. RESULTADOS E ANÁLISE DOS DADOS	55
7.1. ORGANIZAÇÃO DOS DADOS.....	55
7.2. RESULTADOS E ANÁLISE	58
7.2.1. Questionário.....	58
7.2.2. Entrevistas Narrativas	60
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	126
9. REFERÊNCIAS.....	133
10. ANEXOS	143
ANEXO I	143
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	143
ANEXO II	144
QUESTIONÁRIO	144
ANEXO III	146
ROTEIRO PARA A ENTREVISTA/NARRATIVA (QUESTÕES EXMANENTES):	146
ANEXO IV	148
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP.....	148
ANEXO V	151
CURRÍCULO LATTES DA PESQUISADORA.....	151
ANEXO VI	152
CURRÍCULO LATTES DO ORIENTADOR	152

1. INTRODUÇÃO

1.1. A ORIGEM DO PROBLEMA

Durante o Programa de Aprimoramento Multiprofissional em Saúde Mental realizado, em 2010, no Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira (CAPS Itapeva), na cidade de São Paulo, observei importantes dificuldades institucionais nas reuniões de equipe e no cotidiano do serviço. Os relacionamentos interpessoais eram conflituosos, e eram constantes as queixas referentes aos salários e às precárias condições de trabalho, bem como ao desgaste causado pelo trabalho. Tendo em vista relatos esparsos de alguns profissionais, observei ainda que muitos apontavam ser seu trabalho uma atividade geradora de sofrimento psíquico, devido a sentimentos de impotência diante de problemas graves de saúde mental, acrescido ao não reconhecimento profissional, ocasionando angústias, frustrações e enquadres de rejeição. Não raro esses contextos situacionais redundavam em posturas autoritárias e ofensivas em relação aos pacientes. Tais fatos levaram-me a questionar o que mantém as pessoas nesse tipo de atividade e serviço.

No âmbito das práticas em Saúde Mental, em que a questão da subjetividade ganha expressão no emprego das chamadas tecnologias leves ou relacionais, torna-se importante aprofundar a investigação acerca das relações de saber e poder da equipe na agenda tópica de suas atuações. Essas relações adquirem, provavelmente, magnitude maior quando se processam no plano da assistência infantojuvenil, considerando a maior

vulnerabilidade e a necessidade de cuidados específicos nessa etapa do ciclo de vida.

Em decorrência das observações realizadas sublinhamos as práticas dos trabalhadores em saúde mental, assim como o desgaste, as dificuldades e o sofrimento desses profissionais não apenas como produtos unicamente de uma situação momentânea, de realização profissional ou de um *hic nunc* (aqui agora) da atividade laboral, mas decorrentes, em grande medida, do processo de formação profissional, de seus avatares e das vicissitudes da vida profissional. Se a formação profissional recobre os aspectos mais formais da história do sujeito, a vida profissional implica aspectos mais subjetivos e existenciais. Estava, pois, convencida de que nos constituímos a partir de nossas experiências de vida pessoal e profissional. Se tratava, então de estabelecer algum ponto de relação entre esse processo constitutivo e as práticas profissionais tais como esses profissionais as realizavam. Essa preocupação desaguou na indagação que veio a constituir o mote de meu trabalho: Como se articulam as relações entre as trajetórias e formações profissionais e a atuação dos trabalhadores em serviços de saúde mental infantojuvenis?

Posteriormente, considerei que a pergunta envolvia uma dimensão política e ética que ultrapassava a instância imediata do campo de trabalho, por si já considerável. De fato, tratei de situá-la a partir das narrativas que revelam espaços de experiências potencialmente interligadas à formação profissional, trajetória de vida e subjetividade de trabalhadores de CAPSi; no bojo das novas políticas públicas que reordenaram o panorama da saúde mental no Brasil. A Reforma Psiquiátrica propõe novas formas de relacionamento entre profissionais e usuários dos serviços, entre profissionais e o território, assim como entre os profissionais de saúde. Buscando a inserção social do sujeito como cidadão de direitos e deveres, a Reforma Psiquiátrica enfatiza a importância da subjetividade de todos os envolvidos, inclusive os profissionais.

1.2. A RELEVÂNCIA DA ABORDAGEM DO PROBLEMA

A saúde mental infantojuvenil começou a ser estudada posteriormente à saúde mental de adultos e, portanto teve um caminho distinto, marcado pela vinculação ao campo educacional e pela inerente assimetria nas relações entre adultos e crianças. Entre os desafios específicos pertinentes ao campo da Saúde Mental e particularmente à saúde mental infantojuvenil está a qualificação de profissionais para lidar com o específico funcionamento de sujeitos com graves problemas psíquicos no âmbito público e coletivo.

MARAZINA (2010)¹ indica que muitos profissionais dos serviços de saúde mental não têm formação específica, sendo frequente encontrar enfermeiros e assistentes de enfermagem que nunca fizeram preparação para trabalhar na área. Além de psicólogos e terapeutas ocupacionais que vem de formações ligadas à prática privada, sem nenhuma noção de disciplinas para a prática pública.

SILVA (2007), em seu trabalho de doutoramento versando sobre a compreensão do processo de saúde e doença entre psicólogos, mostra que tanto os currículos dos cursos superiores de psicologia como os estudantes que os frequentam têm seu entendimento de saúde baseado em conceitos mecanicistas, individualistas, biologicistas afastando-se de noções atuais adotadas pela área da saúde coletiva e do campo psicossocial. MARAZINA (2010) aponta também a carência de investimento do Estado em fóruns, espaços de troca e formação profissional para os técnicos de Saúde Mental, e observa que grande parte dos profissionais da saúde mental tem uma ideia

¹ Texto não publicado, utilizado em grupo de estudo coordenado pela autora.

vaga do processo de trabalho, dos objetivos e das metas do equipamento no qual trabalha. BERTOLINO NETTO (2012), em seu trabalho de mestrado, lembra que o processo de capacitação dos trabalhadores das equipes da ESF, no estado de São Paulo, sofre de uma distorção ao privilegiar gerentes e profissionais de maior qualificação em detrimento dos auxiliares de enfermagem e agentes comunitários, a despeito do relevante papel que esses últimos assumem na identificação de problemas de saúde mental junto à população de referência.

Portanto, muito ainda se tem a fazer pela capacitação profissional na área da saúde mental no âmbito do SUS e da proposta da Reforma Psiquiátrica. Devemos lembrar que os dispositivos criados são muito importantes e têm potencial para que novas práticas sejam realizadas. No entanto, a forma de pensar e agir dos profissionais são mais importantes que os novos equipamentos, com novos nomes e formatos. Tal situação depende muito mais da formação pessoal e profissional de cada um, o que está profundamente relacionado às características culturais e sociais que nos rodeiam.

Nesse prisma ROTELLI (1990) ressalta que a possibilidade de novas gerações de profissionais de saúde mental compreenderem a proposta psicossocial de observar o fenômeno da loucura e constituírem-se como agentes de inovação e transformação depende muito de processos sociais, culturais e políticos. Segundo ele, muitos operadores “psi” foram atraídos por escolas de pensamento muito técnicas e desvinculadas do contexto social, político e cultural geral, o que para ele tem se revelado improdutivo e pouco eficaz. Há, portanto, uma crise na legitimação dessas escolas de pensamento tecnicista, pois apesar da formação tecnicista se revelar pouco eficaz é difícil ensinar aos psiquiatras um modo de trabalho mais complexo e cansativo que o tradicional. Assim, o autor indica que onde houver situações reais de empenho em transformação, existirá uma escola determinando novos paradigmas, daí a importância de movimentos sociais, culturais e políticos para haver inovação e transformação.

Esperamos assim que o resultado do trabalho possa proporcionar a oportunidade de sensibilizar os trabalhadores de saúde mental na tarefa sempre necessária de repensar e (re) significar seu papel profissional, compreendendo que, em determinada instância, os processos macros são formados por ações individuais. Desse modo, ao identificar experiências de subjetividade, formação e vida profissional de trabalhadores e suas relações com o processo de inserção no campo de saúde mental infantojuvenil e prática cotidiana nos CAPSis seja possível contribuir para o enriquecimento das práticas nessa área. Assim como, a partir de maior conhecimento do campo, aprimorem-se os processos de formação em saúde mental.

Pretendemos ainda, incentivar outras pessoas a conhecer melhor o campo da saúde mental e as estratégias atuais para lidar com pessoas em sofrimento psíquico, de maneira que isso possa contribuir para amenizar o preconceito e o estigma direcionados às pessoas com problemas psíquicos.

Assim, tendo em vista que há importantes implicações subjetivas no cuidado em saúde mental e que tais implicações estão intimamente associadas tanto ao processo de constituição técnico-intelectual quanto ao percurso existencial de seus atores, pretendemos investigar a subjetividade, o processo de formação e as trajetórias profissional e pessoal de trabalhadores de CAPSis e observar como isso se articula na inserção e no trabalho que realizam nos serviços de saúde mental infantojuvenil. Para tanto, a abordagem utilizada para apoiar a realização do estudo ressalta a história oral com a coleta de narrativas. A partir desse corpus se efetuou a análise no intuito de se resgatar as experiências de trabalhadores de CAPSis tal como definidas no escopo do trabalho.

Esse trabalho está estruturado da seguinte forma: introdução na parte I, na parte II traçamos brevemente a história da saúde mental infantojuvenil no Brasil e no mundo. Na parte III apresentamos a revisão de literatura, abordando autores que discutem o tema desse trabalho, nos aproximando de nosso objeto de estudo. Em seguida, na parte IV, encontra-se a construção do nosso próprio referencial teórico que orientará a análise dos

dados obtidos, que consiste em diferentes autores que dialogam entre si, dentre eles Dejours e Schwartz. Na parte V estão as hipóteses e objetivos do estudo, em seguida na parte VI o método usado para coletar os dados. Na parte VII apresentamos os resultados e a análise dos dados obtidos. Finalmente, na parte VIII, encontram-se as considerações finais do estudo.

2. UM POUCO DE HISTÓRIA

2.1. BREVE HISTÓRIA DA SAÚDE MENTAL E DA REFORMA PSQUIÁTRICA

A psiquiatria é uma disciplina historicamente recente, datada do final do século XVIII, teve como fundador Esquirol, discípulo do médico francês Dr. Phillipe Pinel. Os processos de organizar o espaço de tratamento da loucura, organizar os loucos no espaço e classificar as doenças foram concomitantes, de forma que a fundação da psiquiatria coincide com a fundação dos hospitais psiquiátricos.

No Brasil, o primeiro hospital psiquiátrico foi o Hospício D. Pedro II, inaugurado em 1841, no Rio de Janeiro. É interessante observar as origens dos serviços de saúde mental e que instituições os coordenaram inicialmente em nosso país para melhor compreendermos o cenário atual. Nesse sentido, segundo AMARANTE (1994) em 1830 uma comissão da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro faz um diagnóstico da situação dos loucos na cidade, que passam, então, a ser considerados doentes mentais e cria-se um espaço para reclusão e tratamento. Essa ação foi decorrente da necessidade de ordenar o espaço urbano, após a chegada da

família real ao Brasil que trouxe importantes mudanças culturais e econômicas ao país.

Ainda de acordo com AMARANTE (1994), nesse momento os médicos passam a aspirar reconhecimento do Estado para legitimar a assistência psiquiátrica no tratamento a loucura, reivindicando um projeto científico de assistência e poder institucional, que se centralizava nas mãos das Santas Casas da Misericórdia e de setores conservadores do clero. Eles obtêm sucesso em suas reivindicações e houve, então, uma expansão dos manicômios pelo país. De acordo com os paradigmas da época os manicômios eram organizados na concepção positivista, organicista e segregacionista do transtorno mental, tendo como modelo o tratamento moral que visa reformar o paciente.

Dessa forma, observa-se como a área da saúde mental é polêmica e envolve diferentes interesses políticos, sociais e econômicos, sendo que os objetivos envolvidos nem sempre são o tratamento da pessoa que sofre.

O papel dos profissionais desse campo é fundamental para as direções tomadas ao longo dos anos, justificando-se assim, o interesse em investigar a subjetividade dos mesmos. Antes dos médicos psiquiatras, chamados de alienistas, oferecerem tratamento a loucura, os loucos eram tratados por pessoas vinculadas a igreja ou instituições religiosas, tendendo assim, a um tratamento caritativo e filantrópico. O cuidado com os loucos só se tornou responsabilidade do estado e, portanto, questão de saúde pública no fim do século XIX, com a proclamação da República. Essa resolução foi influenciada pelo plano internacional.

Também tendo como influências o plano internacional (França, Inglaterra, Itália e EUA), cerca de um século depois, no fim do século XX, concomitante ao Movimento de Reforma Sanitária, inicia-se o movimento da Reforma Psiquiátrica.

A Reforma Psiquiátrica foi um processo que ocorreu por volta dos anos 1980 no Brasil e juntamente a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), transformou radicalmente a situação da saúde mental. A lei 10.216/01 afirma os direitos e a proteção das pessoas acometidas de

transtornos mentais e redireciona o modelo de tratamento que até então era centralmente manicomial e médico. Assim, respaldada pela nova constituição, a Reforma Psiquiátrica pôde se fortalecer e se inserir na saúde pública num movimento de trocas contínuas, assimilando princípios da saúde pública e agindo conforme os mesmos.

O movimento de Reforma Psiquiátrica foi inicialmente liderado por profissionais da saúde e a partir de meados dos anos 80 passou a envolver usuários e familiares dos serviços de saúde mental que passaram a contestar as práticas e saberes psiquiátricos. Rompendo com a perspectiva curativa, as ações passam a realizar-se pelo princípio da inclusão social dos excluídos por motivo de transtornos mentais.

Ao tecer crítica ao modelo asilar de tratamento a loucura, pautado pela concepção do louco como doente mental e da loucura como doença, a Reforma Psiquiátrica passou a construir propostas voltadas a novas maneiras de lidar com o sofrimento psíquico. Nelas, deu-se ênfase à perspectiva de situar o sujeito em um lugar diverso do tradicional em que o mesmo era destituído de voz e gerido por outro que diz saber a seu respeito. Tal postura aproxima-se do enfoque psicanalítico regido pela escuta e pela captação da verdade do sujeito singular.

Essa nova proposta de saúde mental envolve transformação na postura dos profissionais da área, pois passa a se exigir implicação subjetiva do trabalhador, de forma que, espera-se que esses profissionais se coloquem de corpo inteiro no trabalho.

É interessante observar que no processo da Reforma Psiquiátrica novamente há transformações referentes aos responsáveis pelo tratamento à loucura, agora a proposta é que haja uma rede articulada envolvendo profissionais de diferentes serviços de saúde, familiares, assim como a sociedade. Para AMARANTE (1994) entre as consequências mais importantes das mudanças que a saúde mental passou é a nova geração de

técnicos e usuários que tem a possibilidade de criar e inventar novas formas de assistência nos serviços de saúde mental públicos.

2.2. A SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL E SUAS ESPECIFICIDADES

A visão que a sociedade tem a respeito da criança e do adolescente nem sempre foi como a atual, REIS et al; (2010) traçando um histórico da saúde mental infantojuvenil, afirmam que o conceito de infância apareceu após a revolução francesa e o de adolescência após a primeira guerra mundial, portanto, antes disso, não havia preocupação alguma com a saúde mental das crianças e adolescentes que eram vistos como adultos em miniatura.

Em meados do século XIX é encontrada na França uma criança selvagem e o médico Dr. Itard realizou tentativas pedagógicas com essa criança e, influenciado pela perspectiva naturalista da época, tentou ensiná-la por condicionamento e não obteve resultados satisfatórios. Os experimentos de Dr. Itard com essa criança é apresentado no filme de François Truffaut: “O menino selvagem” (1969), no qual se observa a pouca importância que o médico atribui à sua relação com a criança, focando-se apenas em transformá-lo a partir de um processo de treinamento, ilustrando o paradigma de tratamento da época.

Em 1880, também na França, a obrigatoriedade de frequentar a escola é posta, nesse momento, a separação das crianças com bom e mau desempenho é colocada em prática, formando-se algumas categorias: idiotas (incapazes de adquirir o domínio da linguagem), imbecis (não conseguem ter o domínio da leitura e da escrita) e os débeis (que possuem

capacidades intelectuais inferiores à média da população que lhes é comparável). Dessa forma, a psiquiatria infantil era focada no déficit intelectual e essa lógica do déficit, presente na psicopatologia da infância, estendeu-se aos jovens e assim começou a surgir a ideia da delinquência.

Ao longo do século XX importantes pensadores discutiram a educação infantojuvenil e concomitantemente ao processo do movimento da Reforma Psiquiátrica, em 1990, concretizou-se o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) que proporcionou mudanças significativas no que tange a população infantojuvenil, posicionando seus membros como sujeitos.

Sob tal prisma, entende-se localizar tanto o sujeito no seu sofrimento, quanto sua implicação nos eventos psíquicos de que se queixa. Incluir a criança ou o adolescente como sujeito, com suas peculiaridades e responsabilidades sobre o curso de sua existência, dando voz e escuta a eles. Esse é o único modo de garantir que não se reproduza na sua assistência o ato de discursar sobre eles, de saber por eles o que é melhor para eles. (BRASIL, 2005).

Não podemos deixar de assinalar ainda a importante influência da psicanálise nas mudanças referentes à saúde mental infantojuvenil na figura não somente de Freud, mas de vários de seus seguidores dentre os quais se destacam figuras tais como Anna Freud, Melanie Klein, Donald Winnicott, Françoise Dolto, entre outros.

Como indica REIS (2010), esses avanços no entendimento e nas ações de saúde mental infantojuvenil se deram sob um pesado legado, a saúde mental infantojuvenil no Brasil e no mundo, durante muitos anos foi vista como menos importante que a saúde mental dos adultos e por isso recebeu menos investimento. De fato, não é raro que profissões que envolvem o cuidado sejam desvalorizadas e historicamente alocadas ao feminino. No que se refere ao universo infantojuvenil, o cuidado encontra-se, amiúde, associado às mulheres, mães ou cuidadoras.

Tal desvalorização, que se estendeu até os dias de hoje, coloca em questão a atuação plena dos profissionais voltados ao trabalho com crianças e adolescentes em sofrimento psíquico.

As políticas públicas voltadas aos cuidados infantojuvenis a partir do ECA incidiram na área de saúde mental provocando transformações substanciais, passando-se a definir e instituir dispositivos específicos envolvendo necessidade de profissionais diferenciados.

O arcabouço jurídico e a legislação específica referente a esta faixa etária, em especial o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (Lei nº 8.069 de 13-7-1990), a Convenção Internacional dos Direitos das Crianças e o Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária, também agregam especificidades à política e formatam as ações dentro de um enquadramento legal diferente da política para adultos (LAURIDSEN-RIBEIRO e TANAKA, 2010, p.149).

Considerando os diversos matizes que o cuidado vai assumindo historicamente no nível das formulações de políticas públicas, SARUBBI JR (2012) enfatiza o fato de que o cuidado passou a ser entendido como objeto contextualizado no ETHOS do humano. Assim, ele faz referencia às reflexões de BOFF (2005) de acordo com o qual “não só possuímos o cuidado, como somos nós mesmos o cuidado, significando que este possui uma dimensão ontológica – constituinte – do modo de ser do homem, onde sem cuidado, deixamos de ser humanos”.

Cuidar das coisas implica ter intimidade com elas, senti-las dentro, acolhe-las, respeita-las, dar-lhe sossego e repouso. Cuidar e entrar em sintonia com as coisas. Auscultar-lhe o ritmo e afinar-se com ele. Cuidar é estabelecer comunhão. Não é a razão analítica instrumental que é chamada a funcionar. Mas a razão cordial, o esprit de finesse (o espírito de delicadeza), o sentimento profundo. Mais do que o logos (razão), é o pathos (sentimento), que ocupa aqui a centralidade (BOFF, 2005, p.31).

A perspectiva do cuidado, entendido como constituinte do modo de ser do sujeito, implica a necessidade de envolvimento com o outro a partir da mobilização do conjunto de suas dimensões. Dessa forma, passa a se exigir

dos profissionais a implicação subjetiva com as crianças e adolescentes, assim como com suas famílias e sua rede de relacionamentos. Assim, a subjetividade dos profissionais passa a fazer parte do tratamento à saúde mental infantojuvenil, proposta desafiadora, que demanda grande atenção dos adultos.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1. OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E SUA COMPLEXIDADE

A proposta dos CAPS, que tem como modelo o modo psicossocial de atenção à saúde mental e segue o paradigma da Reforma Psiquiátrica, é bastante contraditória ao modelo social que vivenciamos atualmente, o que contribui com a marginalização dos saberes dos profissionais de saúde mental citado acima.

COSTA ROSA, YASUI E LUZIO (2003) discutem o Modo Psicossocial de atenção à saúde mental, proposto a partir da Reforma Psiquiátrica, contrapondo-o radicalmente ao Modo Asilar ou paradigma psiquiátrico. Conforme os autores, esse paradigma baseia-se em alguns parâmetros básicos referentes principalmente às inter-relações dos atores envolvidos: uma concepção horizontal das relações interinstitucionais, com a clientela e com a população em geral, de forma que haja interlocução e não mais assimetria entre sãos e loucos; o trânsito livre ou que não haja clausura; atenção territorializada e integral; e por fim, que os efeitos das ações em termos terapêuticos sejam éticos, buscando singularização e não adaptação. No âmbito das concepções sobre o processo de saúde e doença é proposto que a visão orgânica da doença mental passe a uma compreensão dos problemas de saúde mental como processo psíquico e sociocultural.

Sobre o mencionado trânsito livre dos usuários dos serviços de saúde mental, ROTELLI (1990) lembra que os CAPS devem manter as “portas abertas”, não concretamente, mas metaforicamente. A porta deve estar

aberta na cabeça da equipe, de modo que a disponibilidade dos técnicos represente “portas abertas” para o usuário, sem os fechar em determinado diagnóstico, sem haver excesso de técnicas nem cientificismo que cegue o profissional a perceber a experiência do outro.

Evidencia-se, portanto, a nova demanda profissional para realizar esse trabalho, já que a concepção do que é a doença e, portanto, a forma de lidar com as pessoas em sofrimento psíquico são outras. O Modo Psicossocial trouxe noções de acolhimento, escuta e clínica ampliada, além de ter proposto e assumido a tarefa de construir uma sociedade sem manicômios.

O principal dispositivo do Modo Psicossocial são os CAPS, esses equipamentos foram criados para efetivação da política de saúde mental proposta pela Reforma Psiquiátrica. Na posição de principal equipamento público responsável pelo desenvolvimento da atenção à população em sofrimento psíquico grave, eles devem funcionar como elemento de apoio e sustentação para diversas ações em saúde mental realizadas por outros equipamentos de menor complexidade.

Os CAPS dividem-se em três tipos de acordo com a população que atende: Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) voltados à atenção de adultos, Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad) e Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi). Independente do tipo, os CAPS devem tecer e articular redes, o trabalho deve ser multiprofissional e interdisciplinar, oferecendo aos usuários do serviço cuidado intensivo, comunitário e promotor de vida.

O trabalho de articular redes envolve tanto o interior da instituição como o território, exigindo constantemente dos profissionais grande esforço, já que o conceito de rede e esse formato de serviço é relativamente recente e os conceitos desse modelo ainda não foram incorporados nem mesmo em todos os cursos de formação nas graduações. O primeiro CAPS do Brasil foi implantado em 1984, desse modo, ainda não tomamos grande distância cronológica para estudar essa realidade historicamente nova.

3.1.2. Os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSI)

Historicamente as ações relacionadas à área de saúde mental infantojuvenil foram delegadas aos setores educacionais e de assistência social, assim como à medicina.

Nesse sentido, GOMES (1988) indica que a partir do século XVIII se afirmou o discurso higienista refletindo a articulação entre medicina, saúde e sociedade no sentido de criar condições ideológicas e políticas para a manutenção dos modos de produção. A estratégia higienista tinha como alvo principal a reestruturação familiar, o que implicou na mudança da concepção desenvolvida sobre a criança, pois a organização familiar passou a ter como objetivo procriar e educar crianças sadias para a nação carente de uma população forte e produtiva. Assim, a saúde foi utilizada como estratégia de consolidação do Estado Nacional e a corporação médica aliada ao Estado assumiu o controle das práticas curativas e sanitárias ao longo de todo século XIX.

Corroborando com isso, ZUCOLOTO (2007) informa que desde o ano 1808 a medicina tem um forte papel no setor educacional, pois na ocasião surgiam as primeiras universidades do Brasil, constituídas por cientistas, muitos deles médicos, que traziam da Europa novos conhecimentos. Eram os médicos que definiam as regras para o funcionamento escolar e classificavam as crianças com bom ou mau desempenho intelectual. Criavam assim, demanda para serviços especializados de saúde e firmavam-se como competentes e responsáveis por sua resolução.

Ressaltamos assim, o legado da medicina valorizada no continente europeu na época (higienista, biologicista e progressista) no campo da saúde mental de crianças e adolescentes que só teve a construção de uma proposta específica recentemente, conforme indicado:

No Brasil é recente o reconhecimento pelas instâncias governamentais, de que a saúde mental das crianças e jovens é uma questão de saúde pública e deve integrar o conjunto de ações do Sistema Único de Saúde (SUS) responsável pelo desenvolvimento da política geral de saúde mental brasileira (COUTO et al, 2008, p.391).

Corroborando com isso:

No Brasil, a *política pública para a saúde mental* voltada especificamente para crianças e adolescentes e com abrangência nacional começou a ser estabelecida entre os anos de 2002 e 2004, quando houve a formalização dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) específicos para a infância (Portaria MS nº 36 de 2002) (Brasil, 2004) e a implantação do Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-Juvenil (em 2003 e 2004) (...) (BRASIL, 2005, p.149).

Apesar da implantação dos CAPSis ter se iniciado no ano de 2002 sua expansão representa ainda um desafio à saúde pública, como é afirmado por BRASIL (2011a), que aponta também a concentração de CAPSi no Estado de São Paulo, onde estão 62 dos 132 CAPSi existentes no Brasil (47%).

De acordo com BRASIL (2011b) os CAPSis são serviços abertos e de caráter comunitário indicado para municípios ou regiões com população acima de 150.000 habitantes. Eles atendem crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas.

Observa-se que os CAPSis passaram a incluir em sua definição o atendimento às crianças e adolescentes usuários de drogas, o que não ocorria anteriormente, quando o serviço era voltado ao atendimento de portadores de autismo, psicoses, neuroses graves e todos aqueles que, por sua condição psíquica, estão impossibilitados de manter ou estabelecer laços sociais, BRASIL (2004). Evidencia-se assim que os CAPSis devem acompanhar as necessidades da sociedade que são dinâmicas e complexas.

Nessa acepção BRASIL (2004) sublinha que não há uma causa isolada responsável pela ocorrência das psicoses da infância e do autismo

infantil, contudo, a partir de experiências, observaram-se situações que favorecem as possibilidades de melhora, entre elas: iniciar o tratamento o mais cedo possível, incluir a família no tratamento e manter a criança ou adolescente em seu ambiente doméstico e familiar. Assim como, a atenção integral que envolve além da clínica, ações intersetoriais. Dessa forma, as atividades desenvolvidas nos CAPSis são: atendimento individual, atendimento grupal, atendimento familiar, visitas domiciliares, atividades de inserção social, atividades socioculturais e esportivas, oficinas terapêuticas e atividades externas.

Portanto, no campo infantojuvenil considera-se condições de diferentes ordens, por tratar-se de atendimento cujo cuidado não se circunscreve ao âmbito do serviço de saúde. A assistência à criança é mediada pelo cuidador responsável, o que envolve a atividade interinstitucional. Assim, serviços de saúde, família, esporte, cultura, laser, conselhos tutelares, organizações não governamentais e outras governamentais como na atenção básica a Estratégia de Saúde da Família, são de grande importância, destacando-se a escola, devido à obrigatoriedade de frequentá-la nessa faixa etária.

Atesta-se assim, a complexidade que se reveste o desenho da rede de saúde mental para a população infantojuvenil, prioritariamente com atendimento de foco territorial, comunitário e que faça jus à garantia dos direitos e especificidades de atendimento para essa população. Relacionado a isso estão os processos de trabalho realizados nesse campo e a visão de saúde mental dos profissionais envolvidos, e, portanto, suas formações pessoais e profissionais.

Portanto, os CAPSis representam atualmente a principal instituição de cuidado às crianças e adolescentes em sofrimento psíquico e por ser um serviço recente sua proposta de trabalho esta em processo de assimilação pelos profissionais.

3.2. DESAFIOS NA FORMAÇÃO EM SAÚDE E NA FORMAÇÃO EM SAÚDE MENTAL

3.2.1. Desafios da Formação em Saúde

O SUS, ao qual se associou o movimento de Reforma Psiquiátrica, tem como princípios promoção, prevenção, proteção e universalização da saúde, o que é coerente com o crescimento populacional e com o grande número de indivíduos portadores de doenças físicas e transtornos mentais no país. Atualmente são muitos os desafios enfrentados para implantação dos princípios do SUS que ainda é incompleto e sofre alguns desvios.

BAHIA (2008) realiza extensa discussão sobre o sistema de atenção à saúde no Brasil, indicando o predomínio do público na atenção básica e do privado na assistência hospitalar. A autora discute a complexidade do sistema de saúde brasileiro, mostrando que a rede assistencial do SUS compõe-se de estabelecimentos simultaneamente públicos e privados, acrescentando ainda que os serviços geralmente são, pelo menos em parte, terceirizados. No interior desse amplo sistema uma questão, de grande relevância, emerge: a migração dos profissionais que se formam no sistema público de saúde para o sistema particular, como se fosse uma forma de ascensão profissional.

Entretanto, nos restringimos ao campo de saúde mental e, mais especificamente, no âmbito da saúde mental infantojuvenil. Essa área envolve perspectivas múltiplas dentre as quais a especificidade dos problemas afetando crianças e adolescentes e a radical assimetria que

marca a relação do profissional adulto com usuários, cujas subjetividades estão ainda em processo de construção.

A questão que ensejamos investigar toma seu amplo sentido no âmbito da proposta do SUS que envolve mudanças culturais. Nesse prisma, FEUERWERKER e SENA (2005) indicam a complexidade da transformação de paradigma na área da saúde, que compreende os níveis da educação, o campo da organização social e o terreno filosófico.

No campo da organização social a autora observa haver uma crise relacionada à incerteza em relação ao futuro, envolvendo trabalho, acesso a segurança, bens e serviços, além de uma crise de valores no que se refere à solidariedade e ao exercício da cidadania. E, no terreno filosófico discute o atual modelo de ciência ocidental, racionalista e reducionista, que produz e serve continuamente a um poder, é opressor e faz do cientista um técnico especializado e, do cidadão comum um ignorante.

Ambas as situações envolvem a subjetividade dos profissionais de saúde no processo de transformação do atual paradigma de saúde, objeto desse estudo. Contudo, a questão central da investigação não pode ser conduzida tendo por crivo tão somente as vicissitudes de subjetividade descolada da realidade social no interior da qual ela se plasma.

De acordo com FEUERWERKER e SENA (2005) as capacitações e treinamentos oferecidos pelos Ministérios e Secretarias da Saúde, apesar de estarem relacionados à realidade e abordarem temas importantes são separados das necessidades cotidianas e separados por áreas, de forma que o processo de atenção fique fragmentado e desintegrado. Esse formato de capacitações leva à desresponsabilização e desinteresse dos profissionais, o que é desastroso na área da saúde que envolve relação entre as pessoas e, portanto, vínculos.

Nesse sentido, o Pacto pela Saúde do Ministério da Saúde (2009) apontou o contraste entre os formatos de capacitação dentro da lógica do modelo escolar denominada “Educação Continuada” e o enfoque da

“Educação Permanente”. O primeiro é o tradicional recurso da pedagogia, centrado no professor e na aquisição de conhecimentos não vinculados à realidade, focado em cada categoria profissional, praticamente desconsiderando a perspectiva das equipes e os diversos grupos de trabalhadores.

Ao contrário, o enfoque da Educação Permanente propõe a construção de conhecimento a partir da realidade, com articulação entre teoria e prática, compreendendo a importância do contato humano para a formação humanística e para o compromisso ético dos futuros profissionais. As pessoas são colocadas como construtores de conhecimento ao invés de receptores e a equipe é colocada de forma a interagir, evitando a fragmentação disciplinar, o conhecimento não se destina ao acúmulo, mas sim a transformações do trabalho e dos trabalhadores de saúde. Essas mudanças envolvem novos paradigmas no processo educacional que devem acompanhar as características do mundo atual.

Ao longo da história humana fomos ampliando e aperfeiçoando a capacidade de armazenar informações fora de nós mesmos e atualmente é possível armazenarmos grande quantidade de informações fora de nosso corpo. Dessa forma, houve época que aprender era sinônimo de memorizar. Hoje é impossível ensinar ou aprender tudo que a humanidade sabe e ao invés de capacitar as pessoas a utilizar as informações armazenadas fora de nosso corpo, a tendência tem sido prolongar os anos de estudo e formar especialistas nas diferentes áreas, limitando assim, a visão do contexto geral e a interdisciplinaridade de conhecimentos. Nesse sentido, OURY (1991) coloca que o homem, diferente do animal, pode aprender a aprender e que o ensino deveria ser um conjunto de técnicas que ensinasse a aprender.

3.2.2. Formação em Saúde Mental

No que se refere à saúde mental, considerando-se a especificidade do campo, as propostas do SUS de atenção à saúde são coincidentes com as que vieram orientar a Reforma Psiquiátrica. Podemos colocar em relevo dois registros que balizam o processo de construção da Reforma Psiquiátrica: o da construção de práticas assistenciais inovadoras e o da defesa dos direitos com intervenções dirigidas a extinção dos manicômios, das práticas de violência institucional e da estigmatização, por meio de ações voltadas para a inclusão social e oportunidades de uma vida melhor em sociedade.

A esses registros responde o desafio de formar profissionais capazes de manejar e sustentar formas de trabalho destinado a produzir algum sentido na vida dos sujeitos em sofrimento psíquico. Esse trabalho encontra seu ponto de apoio, entre outros, na possibilidade de não institucionalização das práticas de cuidado.

Nesse sentido, a portaria nº 1174/GM de 2005, considerando a importância de promover a qualificação da rede de atenção psicossocial, para acelerar a estruturação e a consolidação da rede extra-hospitalar de atenção à saúde mental na federação, destina incentivo financeiro emergencial para o Programa de Qualificação dos CAPS e dá outras providências. Entre elas: supervisão clínico-institucional regular (semanal); ações de atenção domiciliar e em espaços comunitários; ações de acompanhamento integrado com a rede de atenção básica em seu território de referência; realização de projetos de estágio e de treinamento em serviço, em articulação com centros formadores; ações de integração com familiares e comunidade; desenvolvimento de pesquisas que busquem a integração entre teoria e prática e a produção de conhecimento, em articulação com centros formadores.

Nesse prisma, PEDROSO (2008) aponta que entre os fatores que podem motivar para o trabalho é a atualização profissional, que possibilita a realização pessoal, reconhecimento profissional e auto realização, juntamente com autonomia profissional e qualidade no atendimento. Ele indica que as instituições onde ocorre aprendizagem constante diferem de instituições controladoras, pois o aprendizado tem o potencial de produzir movimento e fazer com que as forças instituintes possam emergir constantemente, evitando-se assim que as práticas se institucionalizem.

De acordo, com OURY (1991), nós nunca estamos formados. Nem pessoalmente nem profissionalmente. Esse autor sugere que o processo de formação se integra ao desenvolvimento da personalidade, pois a competência está em relação com o que marca a vida das pessoas, seus gostos e paixões. A formação para o exercício de determinado trabalho, no nível em que se situa a presente investigação, pode desembocar em modalidades de atuação profissional de, pelo menos, duas espécies: uma, “sensível”, em que o trabalhador vê sua personalidade se modificando na medida em que se compromete com seu trabalho transformador e, outra, “reativa”, escorada em comportamentos padronizados e alheios ao material que constitui a matéria prima de sua atuação.

Constata-se, infelizmente, que os “pós-formados” se abrigam em atitudes de mestre de prerrogativas hierárquicas, acarretando comportamentos de desconhecimento extremamente nefastos e perigosos (...) encaremos, portanto, a formação como alguma coisa da ordem de uma “modificação” de um certo nível da personalidade do sujeito que se engaja nesse trabalho (...) no sentido de uma sensibilização para alguma coisa específica (...) complementaridade inconsciente – poder conhecer o outro naquilo que é capaz de (OURY,1991).

Nesse sentido:

o instinto formativo acaba por ceder a vez ao instinto conservativo. Chega o momento em que o espírito prefere o que confirma seu saber àquilo que o contradiz, em que gosta mais de respostas do que de perguntas. O instinto conservativo passa então a dominar, e cessa o crescimento espiritual (BACHELARD, 1996, p.12).

No nível específico, da formação psiquiátrica, OURY (1991) indica ser ela marcada por “uma atomização das técnicas, dos estatutos e das classificações”, indicando que as técnicas de recuperação atuais tendem a ser comerciais.

Nesse prisma, TELLES (2010) discute o caminho ambíguo da cientificidade e da lógica do mercado dos recursos terapêuticos que caracterizam as recomendações atuais da OMS, nas quais a eficiência é um critério para validar as práticas clínicas em saúde mental: de um lado a inclusão dos excluídos por motivo de transtorno mental e a luta contra a sua discriminação são definidas e, de outro, segrega-se, com conhecimento científico universal e padronizado, o sujeito em sofrimento psíquico, colocando-o na posição de objeto, dizendo que há uma maneira padronizada de agir para viver bem.

Por prisma assemelhado, BIRMAN (2009) alerta para as afirmações supostamente científicas que pretendem transformar alguns males em doenças nervosas, de forma que a singularidade do desejo e da dor humana seja reduzida à condição biológica. Para ele, a prescrição excessiva dos psicofármacos se inscreve num projeto sociopolítico em que o desempenho das individualidades é a única coisa que interessa a sociedade moderna avançada. Assim, o sofrimento psíquico dos sujeitos perturbaria os imperativos performáticos dos agentes sociais, devendo ser regulados prontamente pela alquimia psicofarmacológica. Ele alerta sobre o prejuízo de subjetivação com a ilimitada medicalização da dor humana. A tristeza levaria o sujeito a um trabalho de elaboração psíquica sobre aquilo que foi perdido e o conduziria, pela fragilização em que foi lançado, à diminuição de sua impotência e conseqüentemente a seu enriquecimento simbólico. Assim, não poderia existir nem subjetivação, nem simbolização sem as perdas e as depressões correspondentes.

Observa-se assim a complexidade envolvida no processo de formação na área da saúde mental que envolve interesses políticos e

diversos conflitos teóricos. Desse modo, investigar essa área a partir da visão dos profissionais, que estão na linha de frente das questões envolvidas, mostra-se rico e interessante, uma vez que permitiria evidenciar linhas de forças condutoras que subjazem à formação dos trabalhadores em saúde mental.

3.3. TRAJETÓRIA DE TRABALHADORES DE SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL

3.3.1. Os Trabalhadores de Saúde Mental

Os profissionais que trabalham nos CAPS possuem diversas formações e a potencialidade do serviço está justamente na oferta múltipla de olhares e intervenções e no uso da contratualidade para que o trabalho se desenvolva de forma horizontal, respeitando a singularidade. Sobre a contratualidade do usuário com o serviço, KINOSHITA (1996) afirma que esta vai estar primeiramente determinada pela relação estabelecida pelos próprios profissionais que o atendem: se estes podem usar de seu poder para aumentar o poder do usuário ou não. E pela capacidade de se elaborar projetos ou ações práticas que modifiquem as condições concretas de vida, de modo que a subjetividade do usuário possa ser legitimada.

De acordo com BRASIL (2004) os profissionais que trabalham em CAPS são técnicos de nível superior e de nível médio. Os de nível superior são: enfermeiros, médicos, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, pedagogos, professores de educação física ou outros necessários para as atividades oferecidas nos CAPS, enquanto os

profissionais de nível médio podem ser: técnicos e/ou auxiliares de enfermagem, técnicos administrativos, educadores e artesãos. Os CAPS contam ainda com equipes de limpeza e de cozinha.

Apesar da exigência de obedecer a diversidade profissional, cada tipo de CAPS (CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad) tem suas próprias características quanto aos tipos e à quantidade de profissionais. Sendo a equipe mínima dos profissionais que trabalham nos CAPSis: 1 médico psiquiatra, ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental; 1 enfermeiro; 4 profissionais de nível superior que podem ser das seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico, 5 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

Portanto, não há profissional que trabalhe individualmente em CAPS, o trabalho deve ocorrer constantemente em rede, caso contrário, a proposta do serviço é desvirtuada. Dessa forma, um dos grandes desafios é o trabalho em equipes multiprofissionais, que permite a cada trabalhador conhecer outras áreas de conhecimento importantes para o tratamento psicossocial. A convivência e a troca com profissionais de diferentes especialidades são ricas, pois produzem reflexões constantes que os obrigam a sair de uma visão específica de determinada classe profissional, ampliando a compreensão das problemáticas. Sendo assim, o usuário pode ser visto como um sujeito complexo, em suas diversas necessidades.

3.3.2. Experiências Significativas de Vida de Profissionais e Trabalho na Saúde Mental Infantojuvenil

Conforme discutido nos itens anteriores, a subjetividade, tanto dos profissionais como dos usuários, se apresenta como um desafio no contexto da saúde em geral. O tema da subjetividade, se já é importante quando se consideram as atividades dos profissionais que lidam com a saúde da população, ganha maior destaque quando essas atividades são voltadas para lidar com as questões de saúde mental que implicam de maneira radical o sujeito.

Por outro lado, tanto a Reforma Sanitária quanto a Reforma Psiquiátrica caminharam lado a lado produzindo sinergias que resultaram num conjunto de propostas que, uma vez implementadas, originaram um modelo que tem como um dos seus pilares a celebração do sujeito de cuidados como um sujeito autônomo e participativo. Esse processo de construção implicou a participação de diversos atores. Dessa forma, a própria construção do SUS e do Modelo de Atenção em Saúde Mental foi tributária de engajamento pessoal de diversos atores em um momento histórico específico. Compreender o percurso pessoal, profissional, a história de vida desses atores representaria uma contribuição importante para se apreender as inflexões que tanto o movimento de Reforma Sanitária quanto o de Reforma Psiquiátrica sofreram ao se inscreverem no contexto político e cultural brasileiro.

No plano do movimento de saúde mental, a compreensão do processo de formação profissional, subjetividade e da história de vida de atores que contribuíram para a transformação de práticas de atenção tem se revelado como uma importante via de pesquisa. Não se pode compreender, por exemplo, o Movimento de Higiene Mental se desligá-lo da vida de Beers. Conforme REIS et al; (2010) em 1908, nos Estados Unidos, o influente Movimento de Higiene Mental surge com a publicação do livro

autobibliográfico de Clifford Beers: *A mind that found itself* (BEERS, 1981). O livro relata a experiência do autor em um hospital psiquiátrico onde ele sofreu abusos. Em 1909, Beers fundou o movimento de Higiene Mental com a finalidade de proteger as pessoas com problemas de saúde mental e melhorar o tratamento oferecido às mesmas, propondo medidas de prevenção.

Observa-se, portanto, que o movimento de Higiene Mental, que teve grande magnitude, partiu de um ex-usuário de serviço de saúde mental que passou a trabalhar como agente transformador das práticas de tratamento até então oferecidas. Trata-se de um exemplo histórico contundente que reforça a relevância de estudos tais como o pretendido. Outros tantos exemplos poderiam ainda ser tomados que revelam como as vicissitudes de sua vida incidiram sobre sua maneira de compreender e lidar com problemas de saúde mental.

Nesse sentido, conforme citado acima, ROTELLI (1990) discorre sobre a importância de práticas e situações reais e concretas de empenho e transformação para existir uma escola determinando novas formas de lidar com pessoas em sofrimento psíquico. Portanto, esse exemplo constitui um caso concreto de transformação e superação de paradigmas.

No tocante aos aspectos mais específicos do trabalho no âmbito do locus das atividades cotidianas para as quais são convocados os profissionais da saúde mental as histórias de vida e de formação têm, igualmente, impacto considerável uma vez que somos agentes produtores e produtos da história. Essa história que pertence ao sujeito deve ser apreendida, antes de tudo, pelo seu próprio discurso no qual se encontra implicado. Essas considerações fundam, conseqüentemente, a intenção de se investigar as características do trabalho dos profissionais de saúde mental infantojuvenil em conexão com as histórias de suas formações profissionais e de vida recorrendo, para tanto, às narrativas por eles produzidas. Uma vez que o processo de formar profissionais para atuar na área de saúde mental vai muito além dos recursos tradicionais da educação.

4. A CONSTRUÇÃO DO REFERENCIAL TEÓRICO

Para a coleta e análise dos dados das entrevistas utilizamos como recurso a entrevista narrativa (JOVCHELOVICH, BAUER, 2002). Trata-se de um procedimento qualitativo que utiliza colóquios não estruturados a fim de preservar a fluidez do discurso. Além da escolha dos participantes, cuidou-se também do contexto da narrativa e do registro detalhado do seu conteúdo. Também se preencheu, a cada entrevista, um quadro de análise de dados e organização dos conteúdos das narrativas. A narrativa como método serve para reconstruir acontecimentos sociais a partir da perspectiva do informante, são entrevistas conceitualizadas como discursos coproduzidos.

O método de entrevistas narrativas utilizado para abordar o tema dessa pesquisa não é muito comum na literatura, por isso não há um referencial teórico formado. Encontramos bibliografia sobre pesquisas que utilizaram entrevistas narrativas no campo da educação e na área da saúde mental, material sobre entrevistas narrativas realizadas com usuários e familiares de usuários de serviços de saúde mental. Assim, juntando as informações encontradas, fomos construindo nosso próprio referencial com diferentes autores que dialogam entre si, entre eles Dejours e Schwartz.

4.1. COMO LIDAR COM SOFRIMENTO E DIFICULDADES NO TRABALHO EM SAÚDE MENTAL?

Conforme discutido, a complexidade do trabalho voltado às pessoas em sofrimento psíquico gera tensões nos profissionais que desenvolvem

maneiras de lidar diariamente com as demandas da população que lhes é adstrita. Além disso, o trabalho em equipe, por si só, apresenta quase sempre uma série de desafios dentre os quais a necessidade de superação de contradições entre a necessidade de se operar de maneira solidária e compartilhada no interior de um modelo sociocultural e econômico competitivo e individualista. Tais contradições não raro geram impasses, ansiedade e repercussões no nível da subjetividade dos atores envolvidos nessas tarefas.

Nesse sentido, DEJOURS (1992) procura analisar o funcionamento subjetivo de profissionais de diferentes áreas de trabalho. Ele usa o conceito “ideologia defensiva funcional” como um mecanismo de defesa de grupos de trabalhadores que tem como objetivo mascarar, conter e ocultar uma ansiedade particularmente grave. O autor indica que, em organizações do trabalho, o medo sempre existe. Esse temor ou medo que se manifesta nesses ambientes estruturados pode ser explícito ou velado. Quando velado aparece não como tal, mas travestido de outras formas, dentre as quais sob uma série de manifestações que ele especificou como mecanismo de ideologia defensiva. A ideologia defensiva pode aparecer em diferentes organizações do trabalho com especificidades associadas à natureza de cada uma delas.

Dentre as características da ideologia defensiva estão a luta contra perigos e riscos reais (e não contra angústias provenientes de conflitos intrapsíquicos de natureza mental); a participação de todos os trabalhadores envolvidos na tarefa, (sendo que aquele que não participa é excluído); a coerência que ela deve ser dotada que supõe arranjos rígidos com a realidade, (chegando a ser tão inevitável quanto a própria realidade e, substituindo os mecanismos de defesa individuais). A ideologia defensiva torna-se obrigatória em ambientes onde ocorre e torna as defesas individuais impotentes, pois esses mecanismos individuais agiriam frente a conflitos de ordem mental, quando um domínio mínimo da realidade estaria assegurado, o que não ocorre na presença de ideologia defensiva.

HALLACK e OSÓRIO DA SILVA (2005) discutem na perspectiva dejouriana sobre a reclamação em ambientes de trabalho como um mecanismo coletivo de defesa. Para os autores a reclamação seria uma forma poderosa de vinculação grupal, na tentativa de resistência grupal à doença e expressa um sofrimento que pode ser simultaneamente patogênico e criador.

A reclamação, no entanto, apresenta uma contradição fundamental: demonstra ser, por um lado, um mecanismo de defesa eficaz – já que mantém o grupo alerta e coeso – e, por outro lado, um mecanismo de defesa que já demonstra falência de outras tentativas de proteção contra o sofrimento, contribuindo inclusive com o conformismo, a repetição e a estagnação dos sujeitos (HALLACK e OSÓRIO DA SILVA, 2005, p.75).

As reclamações são produzidas pela subjetividade resultante dos laços discursivos do coletivo das organizações de trabalho quando não há autogestão e trabalho criativo. Nesses casos, há geração de carga psíquica negativa, tensionamento, retenção e até fadiga e quanto maior for a carga psíquica negativa não descarregada, maior tenderá a ser a reclamação. No entanto, segundo DEJOURS (2003), a preciosidade da reclamação enquanto mecanismo de defesa encontra-se no fato desta estar inscrita no campo simbólico e do discurso, lançando mão da via de descarga psíquica dos trabalhadores e da elaboração mental. Assim, a reclamação canaliza a irritação preservando a execução da tarefa, mantendo a normalidade no trabalho.

HALLACK e OSÓRIO DA SILVA (2005) acrescentam que, até certo limite, o equilíbrio do trabalhador é sustentado pela subjetividade do grupo de trabalho através de mecanismos de defesa coletivos, rompendo esses limites é a subjetividade individual que irá determinar a saúde mental do trabalhador.

Corroborando com essa ideia:

Todas as formas clássicas de solidariedade estão em processo de desestruturação e não apenas as estratégias coletivas de defesa. Diante dos constrangimentos do trabalho, todos se encontram, psicologicamente, cada dia mais só. Todas as novas patologias relacionadas com o trabalho, hoje, são, antes, patologias da solidão (DEJOURS, 2004, p.17).

Diante desse contexto, o desafio do trabalho na área da saúde mental revela-se ainda maior por ser uma atividade inclusiva, de cuidados e solidariedade que envolve relações humanas e trabalho em equipe em um mundo capitalista, individualista que estimula relações de competitividade.

Nesse sentido, MARAZINA (1989) indica que atualmente os ideais de solidariedade e coletividade se tornam cada vez mais distante, de forma que, passam a ser vistos como “coisas de idealistas bobos”. E, assim como os loucos são colocados à margem da sociedade e da cultura, a produção de trabalhadores da saúde mental fica marginalizada, pois tenta responder a uma demanda para a qual seu saber restrito não se mostra suficiente, uma vez que a saúde mental vai muito além de seu campo adstrito, pois envolve o domínio político, social, econômico, dentre outros. Diante desse cenário, os trabalhadores desse campo sofrem demasiadamente.

RIBEIRO, HASHIMOTO e GAGLIAN (2011) também indicam diversos infortúnios no trabalho na área da saúde mental, que se mostra aparentemente mais penoso e desgastante para os trabalhadores do que os demais trabalhos na área da saúde. Os autores indicam que essa especificidade deve-se à tendência de identificação do trabalho e do trabalhador com a loucura presente, abalando o funcionamento psíquico dos envolvidos. Segundo os autores, que discutem o trabalho em hospitais psiquiátricos, é possível que o trabalho na psiquiatria esteja entre os mais penosos para a mente dos trabalhadores.

Eles sugerem que toda atividade que caminhe no sentido de redução de preconceito, de melhorias na organização do trabalho, de reforço da identidade coletiva e na promoção de saúde mental, contribuiriam

positivamente para o alívio das cargas desses trabalhadores, possibilitando maior qualidade de vida.

Nessa perspectiva, MARAZINA (1989) discute o desamparo e o desanimo que os agentes de saúde vivem, os baixos salários, as precárias condições de trabalho, de formação e a falta de espaços de reflexão capazes de sustentar suas práticas. Acrescentando que nos CAPS a demanda é de alta complexidade e muitas vezes são contratados profissionais com pouco tempo de formação e despreparados para a demanda. E, em outros casos, há profissionais desanimados que só estão esperando se aposentar.

Outro apontamento da autora refere-se ao valor do saber nos CAPS, principalmente porque o não saber representa uma aproximação com a falta, com a loucura ou a confusão e qualquer intervenção que levante questionamentos, desperta altas ansiedades persecutórias. Além disso, MARAZINA (1989) aponta um importante aspecto que diz respeito ao trabalho na sociedade capitalista que é considerado alienado.

Desde o século XVIII, o termo alienado é usado para definir a loucura, esse termo vem de alienígena, estrangeiro, quer dizer aquilo que está fora de si. Partindo dessa compreensão, MARAZINA (1989) questiona a tarefa do trabalhador de saúde mental de tratar alienados, sendo que seu próprio trabalho está inserido num modelo econômico que produz trabalho alienado e alienação.

4.2. EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL E FORMAÇÃO

O trabalho qualquer que seja o nível em que se coloca, do mais primário ao mais complexo, implica sempre e necessariamente uma atividade simbólica intensa que o envolve e o enriquece. Essa “atividade

linguageira” faz parte, de acordo com SCHWARTZ (2000), do âmago de toda atividade humana e conseqüentemente laboral. Ao discorrer sobre a linguagem no trabalho, esse autor indica a importância de se utilizar conceitos para a realização de qualquer atividade profissional, mas o uso que se faz deles deve ser cuidadoso e modificar-se na medida em que se observa e vive a atividade. Para ele, a possibilidade de agir para transformar depende da compreensão do que é o trabalho e para isso é necessário manipular conceitos, que são elementos de melhor reflexão sobre a própria atividade:

“Precisa-se de conceitos para melhor compreender sua própria experiência de trabalho, senão ela não se liberta de certas limitações”(SCHWARTZ, 2000, p.8.).

Segundo o autor, da mesma forma que a atividade antecipa saberes que ainda não foram produzidos, saberes produzidos antecipam a atividade. Essa troca se dá de forma contínua e infinita que ele denomina: *processo de dupla antecipação* que está relacionado ao tema, bastante discutido atualmente: formar-se ao longo de toda a vida.

Assim, os conceitos, que se expressam na e pela linguagem, são importantes, pois antecipam situações de trabalho e permitem clareza do que se está fazendo ao mesmo tempo em que traduzem a experiência pretérita.

De acordo com SCHWARTZ (2008) trabalhar é sempre uma dramática do uso de si no sentido que envolve o trabalhador por inteiro, é um espaço de tensões e negociações que pressupõe micro escolhas. Dessa maneira, todo trabalho exige investimento do corpo, da inteligência, do afeto e da alma.

No trabalho há um profundo enraizamento psíquico, nele são realizadas, ainda de acordo com REVUS (2007), três operações, psiquicamente muito importantes: a primeira que diz respeito a assegurar uma sobrevivência autônoma, podendo-se viver a alteridade. A segunda é o valor que o trabalho nos traz, somos reconhecidos não apenas pelo que

somos, mas pelo que fazemos e a terceira, que é enfatizada, tem a ver com o seguinte: quando se realiza um trabalho, produz-se sociedade, pois na maneira como se faz o trabalho, coloca-se em ato algo pertinente a ideia que se tem do que deve ser o mundo e do que deve ser a sociedade, ou seja, se fabrica a sociedade pela maneira de se trabalhar, estamos sempre criando o mundo. Portanto, o homem não simplesmente se adapta ao mundo que já estava pronto antes dele nascer, mas ele fabrica e re-fabrica o mundo permanentemente, há uma tendência a naturalizar a motivação da mesma forma que há uma tendência a naturalizar o funcionamento social. Tudo que diz respeito ao mundo humano é fabricado, é definido pela linguagem, pelo simbólico.

4.3. DESCRIÇÃO OU NARRATIVA?

LUKÁCS (1965) discutindo a transformação da literatura ao longo do tempo discorre sobre o contraste entre os princípios da estrutura da composição da narrativa e da descrição: A narrativa implica uma posição de participação assumida pelo escritor em face da vida e dos problemas da sociedade. Há engajamento. A descrição, por seu lado, se relaciona a uma posição de observação, havendo, no caso, distanciamento em relação aos fenômenos da vida.

Nesse mesmo sentido, BENJAMIN (1975) considera que no processo narrativo o sujeito encontra-se implicado na série de eventos e acontecimento evocados, ao passo que na descrição ele, na condição de sujeito, se encontra apartado do relato que adquire uma dimensão objetiva, descritiva e observacional.

LUKÁCS (1965), a propósito da transformação da literatura contrasta narrativa e descrição. Assim para ele de acordo com o modelo social de cada e com necessidades histórico-sociais, os estilos se alteram, pois são um produto da evolução social. Isto não significa que o novo seja melhor que o antigo.

De acordo com LUKÁCS (1965), a tendência a observar e descrever implica a perda da significação artística das coisas, rebaixando os homens ao nível das coisas inanimadas, chegando a ser inumano. Para ele, a descrição caracteriza uma tendência literária da segunda metade do século XIX e acompanha o caminho do capitalismo, sendo seu resíduo. Gradativamente, a descrição elimina a troca entre a práxis e a vida interior, características da narrativa. A superficialidade é característica da descrição que não desperta interesses mais profundos.

Dada a falta de um entrecho individual, os homens aparecem como pálidos fantasmas, pois os homens só adquirem fisionomia verdadeiramente humana quando nós os acompanhamos em suas ações, as quais não podem ser substituídas nem por uma minuciosa descrição psicológica de sua vida íntima, nem por uma prolixa descrição sociológica de situações gerais (LUKÁCS, 1965, p. 88).

Nesse sentido, BENJAMIN (1975) ao discorrer sobre o excesso de explicações sobre as coisas do mundo, contrapõe a narrativa à informação. Para ele a narrativa é uma forma artesanal de comunicar, sem a intenção de transmitir informações e sim conteúdos a partir dos quais as experiências podem ser transmitidas. O autor supra citado tem como conceito central de sua teoria a experiência e como expressão dela a narrativa, como a forma de comunicação mais adequada ao ser humano.

De acordo com DUTRA (2002), nas narrativas o autor não informa sobre sua experiência, mas conta sobre ela, tendo com isso a oportunidade de pensar algo que ainda não havia pensado.

A narrativa pode suscitar nos ouvintes diversos estados emocionais, tem a característica de sensibilizar e fazer o ouvinte assimilar as experiências de acordo com as suas próprias, evitando explicações e

abrindo-se para diferentes possibilidades de interpretação. Interpretação não no sentido lógico de analisar de fora, como observador neutro, mas interpretação que envolve a experiência do pesquisador e do pesquisado no momento da entrevista e as experiências anteriores de ambos, transcendendo-se assim o papel tradicional destinado a cada um deles.

As perspectivas até agora delineadas, ligadas, sobretudo às considerações de Lukács e Benjamin, sustentam não só a opção metodológica de se utilizar a técnica de entrevista narrativa quanto trazem à baila elementos teóricos necessários à interpretação dos resultados obtidos.

Tento em vista que os processos macros são formados por ações individuais, a partir da técnica de entrevistas narrativas pretende-se evidenciar aspectos desconhecidos ou nebulosos da realidade social a partir de discursos individuais.

De acordo com GALVÃO (2005), a forma oral de comunicar resignifica o passado histórico das pessoas a partir de suas próprias palavras. Assim uma das funções da entrevista a ser realizada é contribuir com a construção histórica da realidade e a partir do relato de fatos do passado, promover o futuro, pois no passado há também o potencial para prosseguir no futuro. Nessa ótica, o recurso da narrativa coincide com a perspectiva de movimento, no sentido teórico, pois através dela é possível conseguir novas variáveis, questões e processos que podem conduzir a uma nova orientação da área em estudo. Nesse sentido, a narratividade é um recurso que visa investigar a intimidade dos entrevistados e possibilita grande riqueza de detalhes. Em virtude disso, ela pode ser importante quando determinada área de estudo encontra-se estagnada por haver se exaurido a busca por novas variáveis sem conseguir, entretanto, avançar no conhecimento. Acresce-se a isso o ensinamento de MARTINELLI (1999) segundo os quais ainda que os relatos orais são valorizados porque não são encontrados em documentos.

Dessa forma, contrariamente à tendência hegemônica, na presente pesquisa optamos pelo uso de narrativas que diante da discussão acima sobre as possíveis maneiras de nos comunicarmos, mostra-se mais adequada aos nossos interesses.

5. HIPÓTESE, OBJETIVOS DO ESTUDO

Hipótese:

A subjetividade dos trabalhadores, suas experiências de formação e experiências profissionais desempenham relevante papel no processo de inserção e na prática no campo da saúde mental infantojuvenil.

Objetivo Geral:

1. Descrever e analisar narrativas que revelam experiências potencialmente interligadas a formação profissional, trajetória de vida e subjetividade de trabalhadores de CAPSis e suas relações com o processo de inserção no campo de saúde mental infantojuvenil e prática cotidiana nos serviços de saúde mental infantojuvenil.

Objetivos Específicos:

1. Caracterizar o perfil geral dos trabalhadores entrevistados.
2. Compreender os contextos em que as narrativas de (formação, experiências de vida profissional e subjetividade) foram construídas e evidenciar, no processo dessa compreensão, os fatores envolvidos na produção de mudanças e na motivação das ações dos profissionais.

6. MÉTODO

6.1. LOCAL

A pesquisa ocorreu em dois CAPSis do Município de São Paulo. O critério de escolha das unidades foi a disponibilidade das instituições para sua realização, bem como a inserção dessas instituições no processo da Reforma Psiquiátrica, determinada tanto pela sua posição histórica como pela sua proximidade atual com os princípios emanados do modo de atenção psicossocial. Buscamos assim, um CAPSi gerenciado diretamente pela Prefeitura e um gerenciado por Organização Social de Saúde (OSS).

6.2. NATUREZA DA PESQUISA

Método observacional, exploratório de natureza qualitativa tendo por foco as narratividades dos profissionais de CAPSi.

A opção pela narratividade ocorreu pela convicção de que essa abordagem de pesquisa transcende a noção técnica por sua abrangência e complexidade. Trabalhar com essa perspectiva de pesquisa favorece possibilidades de (re)construção do objeto de estudo a partir das memórias dos participantes (narrativas), o que transforma a investigação em um processo dialógico a priori.

6.3. SUJEITOS DA PESQUISA

Os sujeitos foram 8 trabalhadores de diferentes categorias profissionais lotados em 2 CAPSi do Município de São Paulo. O critério de escolha desses profissionais repousou no fato deles atuarem na área clínica e na condução dos processos de inclusão social dos usuários de seus serviços. Teve-se o cuidado, na escolha, de se contemplar a maior diversidade de categorias profissionais, ignorando, por outro lado as distintas perspectivas epistemológicas que embasam suas respectivas compreensões do sofrimento psíquico infantojuvenil. Além disso, os sujeitos foram incluídos de acordo com sua disponibilidade em participar da pesquisa.

6.4. INSTRUMENTOS DA PESQUISA

Para a consecução dos objetivos propostos utilizou-se, como já definido, da análise de narrativas dos profissionais. Para obtenção dos dados recorreu-se à utilização de instrumentos coextensivos às perspectivas metodológicas e teóricas adotadas:

- Questionário com perguntas semiabertas aplicado aos profissionais entrevistados.
- Entrevistas narrativas com os profissionais selecionados.

6.5. PROCEDIMENTOS

Para obtenção de narratividades incidentes sobre o objetivo da investigação, a saber, subjetividade, a formação e a trajetória de vida dos profissionais, lançou-se mão de entrevistas narrativas para os oito sujeitos tal como definidos.

Antes da realização das entrevistas narrativas, aplicou-se um questionário com perguntas semiabertas, com o objetivo de se obter o perfil geral e de formação dos profissionais pesquisados. Esse questionário foi aplicado após a realização de um pré-teste. O questionário visou a obtenção de dados relativos às variáveis sexo, idade, cor da pele, estado civil, número de filhos, hábitos de lazer, escolaridade, formação, capacitação, características de trabalho com saúde mental, etc. julgadas necessárias para se tecer um perfil desses trabalhadores. Eles permitiram o estabelecimento imediato de uma visão de quem eram os trabalhadores entrevistados e quais as características gerais de suas formações profissionais. A intenção de se proceder a essa coleta de informação é de que elas complementassem os dados das entrevistas narrativas e servissem, por outro lado, como agenda tópica no estabelecimento de interlocuções entre os materiais escolhidos.

Entrevistas narrativas:

Esse tipo de entrevista é caracterizado como não estruturadas, de profundidade, com aspectos específicos, a partir das quais emergem histórias de vida, tanto do entrevistado como as entrecruzadas.

JOVCHELOVICH E BAUER (2002) ensinam que as entrevistas narrativas visam encorajar e estimular o sujeito entrevistado (informante) a contar sobre algum acontecimento importante de sua vida e do contexto social. Tendo como base a ideia de reconstruir acontecimentos sociais a partir do ponto de vista dos informantes, a influência do entrevistador nas narrativas deve ser mínima. Esse método, de certa forma, restringe o papel do entrevistador na preparação da entrevista pré-estruturada, pois o que se objetiva é a superação de um tipo de entrevista baseado em pergunta-resposta. Nesse caso, emprega-se a comunicação cotidiana de contar e escutar histórias. Os autores ainda alertam para a importância de o entrevistador utilizar apenas a linguagem que o informante emprega sem impor qualquer outra forma, já que o método pressupõe que a perspectiva do informante se revela melhor ao usar sua linguagem espontânea. Essas asserções se assentam na compreensão de que a linguagem empregada constitui uma cosmovisão particular e, portanto, é reveladora do que se quer investigar (Tabela 1).

Tabela 1 - Fases principais da entrevista narrativa

FASES	REGRAS
Preparação	Exploração do campo. Formulação de questões exmanentes.
Iniciação	Formulação do tópico inicial para narração. Emprego de auxílios visuais (opcional).
Narração central	Não interromper. Somente encorajamento não verbal ou paralingüístico para continuar a Narração. Esperar para sinais de finalização (“coda”).
Fase de perguntas	Somente “Que aconteceu então?”. Não dar opiniões ou fazer perguntas sobre atitudes.

	Não discutir sobre contradições. Não fazer perguntas do tipo “por quê?”. Ir de perguntas exmanentes para Imanentes.
Fala conclusiva	Parar de gravar. São permitidas perguntas do tipo “por quê?” Fazer anotações imediatamente depois da entrevista.

Extraído de: JOVCHELOVICH E BAUER, 2002

As questões exmanentes, citadas na tabela, referem-se às questões da pesquisa ou de interesse do pesquisador que surgem a partir da sua aproximação com o tema do estudo ao elaborar a revisão de literatura e aprofundamento no tema a ser pesquisado (exploração do campo). Essas questões devem ser transformadas em imanentes, sendo essa tarefa crucial no processo de investigação, que deve ao mesmo tempo ancorar questões exmanentes na narração, sempre utilizando a linguagem do informante. As questões imanentes são temas e tópicos trazidos pelo informante, elas podem ou não coincidir com as questões exmanentes.

Inicialmente o informante deve ser avisado sobre o contexto da investigação e sobre os procedimentos da entrevista narrativa. Então, o entrevistador expõe o tópico central que tem a função de ser disparador da narração, os critérios de elaboração desse tópico deve seguir as seguintes orientações de JOVCHELOVICH E BAUER (2002):

1. Necessita fazer parte da experiência do informante, para garantir o seu interesse e uma narração rica em detalhes.
2. Deve ser de significância pessoal e social, ou comunitária.
3. O interesse e o investimento do informante no tópico não devem ser mencionados, para evitar que se tomem posições ou se assumam papéis já desde o início.

4. Deve ser suficientemente amplo para permitir ao informante desenvolver uma história longa que, a partir de situações iniciais, passando por acontecimentos passados, leve à situação atual.
5. Evitar formulações indexadas, ou seja, não referir datas, nomes ou lugares, os quais devem ser trazidos somente pelo informante, como parte de sua estrutura relevante.

Portanto, a conduta do entrevistador é fundamental no resultado das narrativas e se houver mais de um entrevistador na mesma pesquisa pode gerar problemas, já que o método leva em consideração a interação entre pesquisador e informante. É importante que o pesquisador acolha bem o informante e tenha uma escuta comprometida que permite obter pistas para captar a senha que é o portal de acesso ao informante.

O tamanho da narrativa é um aspecto que deve ser observado por revelar aspectos que devem ser analisados a cada caso, pode ser maior ou menor a depender do pesquisador, do informante ou do contexto social. Para SCHUTZE (1992) as narrativas combinam histórias de vida a contextos sócio-históricos. Para o autor, as narrativas produzidas pelos indivíduos são também constitutivas de fenômenos sócio-históricos específicos nos quais as biografias se enraízam. O autor parte do princípio que as narrações são mais propensas a reproduzir estruturas que orientam as ações dos indivíduos que outros métodos que utilizam entrevistas. O objetivo das entrevistas narrativas não é reconstruir a história de vida do informante, mas compreender os contextos em que essas biografias foram construídas e os fatores que produzem mudanças e motivam as ações dos informantes.

Desta forma, respeitando os cânones acima enunciados, foi elaborado um Roteiro para a entrevista/narrativa contendo seus diferentes passos. (ANEXO).

6.6. REFERENCIAL DE ANÁLISE

Nas entrevistas narrativas se considera que nossa memória é seletiva, nos lembramos daquilo que “podemos” e alguns eventos são esquecidos deliberadamente ou inconscientemente. Nessa perspectiva, o importante é o que a pessoa registrou de sua história, o que experienciou, o que é real para ela e não os fatos em si (passado versus história). O que corrobora com JOVCHELOVICH E BAUER (2002) que ensinam que as narrativas são consideradas representações ou interpretações do mundo e, portanto, não estão abertas a comprovação e não podem ser julgadas como verdadeiras ou falsas, pois expressam a verdade de um ponto de vista em determinado tempo, espaço e contexto sócio-histórico. GALVÃO (2005) indica que não se tem acesso direto às experiências dos outros, se lida com representações dessas experiências ao interpretá-las a partir da interação estabelecida.

Assim, o importante é o que está acontecendo no momento da narração, sendo que o tempo presente, passado e futuro são articulados, pois a pessoa pode projetar experiências e ações para o futuro e o passado pode ser resignificado ao se recordarem e se narrarem experiências. As entrevistas narrativas são, pois, técnicas para gerar histórias e, por isso, segundo LIRA, CATRIB E NATIONS (2003), podem ser analisadas de diferentes formas após a captação e a transcrição dos dados. O processo de transcrição envolve as características para-linguísticas (tom da voz, pausas, mudanças na entonação, silêncio que pode ser transformado em narrativas não ouvidas, expressões entre outras), fundamentais para se entender o não dito, pois no processo de análise de narrativas explora-se não apenas o que é dito, mas também como é dito.

A proposta de Shutze é explicada por JOVCHELOVICH E BAUER (2002) da seguinte forma:

1. Transcrição.
2. Após a transcrição separa-se o material indexado do não indexado:
 - O primeiro corresponde ao conteúdo racional, científico, concreto de quem faz o que, quando, onde e porque, ou seja, é ordenado (consequentemente é de ordem consensual, coletiva)
 - O segundo, o material não indexado vai além dos acontecimentos e expressam valores, juízos, refere-se à sabedoria de vida e, portanto, é subjetivo.
3. Na etapa seguinte, utilizando o conteúdo indexado, ordenam-se os acontecimentos para cada indivíduo o que é denominado de trajetórias.
4. O próximo passo consiste em investigar as dimensões não indexadas do texto.
5. Em seguida, agrupam-se e comparam-se as trajetórias individuais.
6. O último passo é comparar e estabelecer semelhanças existentes entre os casos individuais permitindo assim a identificação de trajetórias coletivas.

Para analisar o material recomenda-se reduzir o texto gradativamente, operando-se com condensação de sentido e generalização, divide-se o conteúdo em três colunas, na primeira fica a transcrição, na segunda coluna a primeira redução e na terceira apenas as palavras-chave. Então, desenvolvem-se categorias, primeiramente para cada uma das entrevistas narrativas, posteriormente são ordenadas em um sistema coerente para todas as entrevistas realizadas na pesquisa, sendo o produto final a interpretação conjunta dos aspectos relevantes tanto aos informantes como ao pesquisador.

Para o estabelecimento das categorias e as consequentes categorizações usaram-se tanto o procedimento de codificação baseado em

dados como o de codificação baseado em conceitos. De fato, a estrutura do roteiro da entrevista foi estabelecida tendo em vista o objetivo do estudo, a saber, as trajetórias de vida e profissional, a formação profissional e aspectos subjetivos dos trabalhadores de CAPSis. A leitura prévia da literatura disponível que se debruça sobre esse tema bem como o foco de interesse de investigação proporcionou a definição prévia de algumas categorias. Por outro lado, com o material obtido em campo pode-se construir novas categorias.

De acordo com GIBBS (2009) devemos tentar, na medida do possível, tirar dos dados o que de fato significam, e não impor uma interpretação com base em teorias preexistentes, a maior parte dos pesquisadores se movimenta entre as duas fontes de inspiração durante sua análise.

RIBEIRO E PEREIRA (2002) indicam que para realizar a análise de dados devemos nos fazer a seguinte pergunta de Erving Goffman: o que está acontecendo aqui e agora? Segundo as autoras essa pergunta aponta os indicadores do contexto situacional (aqui) e o momento da interação em curso (agora). Elas acrescentam ainda que os enquadres e as pistas contextuais podem nos auxiliar nesse processo. Os enquadres constituem a forma como construímos e sinalizamos o contexto da situação em curso e as “pistas de contextualização” são muito importantes na sinalização dos enquadres. Essas pistas nos remetem tanto para traços do contexto local, situacional, como para o contexto macro, acionando informações de natureza institucional, cultural e social.

6.7. ASPECTOS ÉTICOS

Submissão do projeto ao comitê de ética em pesquisa da Faculdade de Saúde Pública/Universidade de São Paulo – FSP/USP e declaração de consentimento livre e esclarecido dos sujeitos. Compromisso de manutenção sigilosa de nomes e instituições onde trabalham, explicitação clara dos objetivos do estudo e da participação voluntária do entrevistado.

Riscos mínimos: As entrevistas foram realizadas com cuidado e conduzidas para não evocar prejuízos aos sujeitos e às relações de trabalho.

7. RESULTADOS E ANÁLISE DOS DADOS

7.1. ORGANIZAÇÃO DOS DADOS

Para a realização da análise, foram feitas várias leituras das transcrições das entrevistas, separando-se o conteúdo individual referências formais dos profissionais (indexado) do conteúdo que diz respeito a aspectos coletivos, valores, juízos e opiniões (não indexado), os dados do questionário complementaram a análise das entrevistas com dados objetivos sobre os entrevistados.

Foram considerados aspectos coletivos os conteúdos referentes a aspectos grupais, tais como mecanismos de interações; sanções ou pressões sociais no sentido durkheimiano²; considerações e conformidades

² “toda maneira de fazer, fixado ou não, suscetível de exercer sobre o indivíduo uma coerção exterior; ou ainda, toda maneira de fazer que é geral na extensão de uma

referentes à política mais ampla, ao território. Considerou-se, igualmente, coletivo os dados construídos, resultantes da identificação nas falas individuais de conteúdos similares. Por outro lado, os dados considerados individuais foram aqueles marcados por forte conteúdo pessoal, que fizeram parte de maneira *suis generis* de suas escolhas, trajetórias individuais. Nesse caso foram levados em conta os interesses subjetivos e materiais, a auto-satisfação, a motivação, a coerência com a formação, o impacto da carreira nos aspectos extra-profissionais da vida etc.

A partir da análise do conteúdo individual foi delineada cada uma das oito trajetórias individuais. As trajetórias individuais foram comparadas entre si, extraindo-se dessa comparação os elementos *suis generis*, particulares a cada uma delas (dimensão individual) e os elementos comuns à maioria delas (dimensão coletiva). Foram, então criados, respectivamente, núcleos de significado: grandes tópicos, agrupando mais de uma categoria. Nos quadros são mostrados as categorias e os núcleos:

Quadro 1 - Núcleos Indexados

NÚCLEOS	CATEGORIAS
1. Contexto das Trajetórias	Prefeitura e OSS – Porque os Profissionais de Saúde se inserem no campo da Saúde Mental?
2. Hierarquia Institucional	Contratação Plano de Carreira CAPS - Modelo em Construção Autonomia
3. A Rede de Atenção no cuidado à Saúde Mental	O que é Rede? Trabalho em Equipe

sociedade dada e, ao mesmo tempo, possui uma existência própria, independente de suas manifestações individuais”. (DURKHEIM, 1999, p. 13)

Quadro 2 - Núcleos Não Indexados

NÚCLEOS	CATEGORIAS
1. Influências no Caminho	A Escolha Profissional O Hospital como Parte da Trajetória
2. O contexto social das escolhas	Gênero Foco do Cuidado Valores Influencias Familiares
3. Formação Profissional – Competência técnica	A incompletude da Formação de Base As Vertentes da Formação Escassez de Formação e de Recursos Humanos e sentimento de solidão Reversibilidade – Estudar Mais As Possibilidades Materiais dadas pela Formação O Valor do Estudo Origem das competências
4. Subjetividade	Dificuldade e queixas no trabalho Sentido do trabalho para os profissionais A Carreira e a vida pessoal

No projeto de pesquisa estava previsto que a análise dos dados seria realizada a partir do conteúdo das 8 entrevistas. No entanto, no curso da obtenção dos dados e de sua análise foram se evidenciando forte indícios relativos à existência de importantes diferenças referentes ao perfil profissional, às motivações para o trabalho, às trajetórias pessoais segundo os sujeitos entrevistados pertencentes ao CAPSi gerenciado pela Prefeitura ou ao CAPSi gerenciado por Organização Social de Saúde. Não constituiu objeto de nosso interesse a discussão das trajetórias segundo a natureza

gerencial dos CAPSI. Entretanto, sem que abandonássemos nossa ideia primeira e, ainda, em função de uma situação emergente do próprio processo investigativo, consideramos que seria mais adequado e verdadeiro, em algumas categorias de análise, organizar os dados e proceder a análise tendo como perspectiva a comparação dos dois blocos, a saber, trajetórias de profissionais trabalhadores dos CAPSI da Prefeitura e da OSS.

É importante ressaltar que se tratando de uma pesquisa qualitativa, nossa amostra é propositalmente composta por profissionais de dois CAPSis, que no caso, estão como representantes dos CAPSis gerenciados pela Prefeitura e por OSS. No entanto, em nosso país e na cidade de São Paulo há diversas OSS e diversas subprefeituras, cada uma com sua forma de gerenciamento, portanto indicamos resultados que abrem hipóteses e perspectivas para trabalhos mais abrangentes que possam envolver maior número de instituições.

7.2. RESULTADOS E ANÁLISE

7.2.1. Questionário

A partir do questionário aplicado temos que os profissionais da OSS começaram a trabalhar no serviço atual a partir do ano de 2010 e os da Prefeitura entre os anos 91 e 2002. A idade dos dois grupos de trabalhadores também varia significativamente, os profissionais da OSS têm entre 29 e 32 anos, enquanto os da Prefeitura têm entre 41 e 49 anos. Entre os profissionais da OSS todos são casados ou têm união estável e nenhum

tem filho, enquanto na Prefeitura apenas um é casado e tem filho os outros não são casados e nem tem filhos. Entre os entrevistados 7 são do sexo feminino e apenas um é do sexo masculino.

Entre os 8 profissionais entrevistados 5 cursaram universidade pública, 2 cursaram universidade particular e um não cursou universidade. Entre os trabalhadores que têm nível superior completo, todos fizeram formações após a universidade, 2 deles fizeram mestrado (um em Universidade pública e outro em Universidade particular) e um deles fez doutorado (em Universidade particular). 5 dos profissionais disseram ter feito capacitação paga e apenas 1 capacitação no serviço. Nenhum dos profissionais da OSS disse ter feito capacitação no serviço e todos os profissionais da Prefeitura disseram ter feito alguma capacitação em serviço ao longo de suas vidas. 7 profissionais já trabalharam em saúde mental antes e apenas um não, sendo que apenas um trabalhou em CAPSi antes. Entre os 8 entrevistados 4 têm outro emprego, todos eles em saúde mental.

7.2.2. Entrevistas Narrativas

Quadro 1 - Núcleos Indexados

NÚCLEOS	CATEGORIAS
1. Contexto das Trajetórias	Prefeitura e OSS – Porque os Profissionais de Saúde se inserem no campo da Saúde Mental?
2. Hierarquia Institucional	Contratação Plano de Carreira CAPS - Modelo em Construção Autonomia
3. A Rede de Atenção no cuidado à Saúde Mental	O que é Rede? Trabalho em Equipe

1. Contexto das Trajetórias

Esse núcleo de significados pretende contextualizar a inserção e o momento de atuação em que os profissionais entrevistados dos dois CAPSis (gerenciado por OSS e gerenciado pela Prefeitura) se inseriram em seus respectivos trabalhos, o que observamos influenciar diretamente a escolha profissional pelo campo da saúde mental infantojuvenil. O contexto socioeconômico, cultural e político discutido aqui irá permear toda a discussão que se segue sobre os dados obtidos na pesquisa.

- Prefeitura e OSS – Porque os profissionais de saúde se inserem no campo da Saúde Mental?

Conforme apontado anteriormente, há diferenças marcantes entre o grupo de profissionais dos 2 CAPSis pesquisados (gerenciado por OSS e pela Prefeitura). O primeiro grupo, trabalhadores do CAPSi gerenciado por OSS, apresentam como principais razões da escolha profissional o interesse em estudar/refletir sobre questões da subjetividade ou da “mente humana”, assim como a oportunidade de obter um bom emprego. Enquanto os segundos, profissionais do CAPSi gerenciado pela Prefeitura, mostram-se interessados em atuar no serviço público. As falas que se seguem exemplificam e evidenciam tais distinções:

[Profissional da OSS] - *“Acabei optando por uma carreira promissora em termos de emprego”*. (S1)

“Tive bastante dúvida quanto à prática, mas eu estava bastante interessada no estudo (...) Eu gostava muito de raciocinar os casos (...) E eu gostava de cérebro, assim mesmo, de mente”. (S2)

[Profissional da Prefeitura] – *“Escolhi fazer xxx já pensando em fazer uma especialização em saúde pública (...) Sempre com a ideia de fazer saúde pública”*. (S6)

Os dados do questionário nos indicam que os profissionais da OSS são mais jovens (de 29 a 32 anos) que os profissionais da Prefeitura (41 a 49 anos). Os trabalhadores do CAPSi da Prefeitura fizeram suas escolhas profissionais e prestaram concurso por volta do ano de 1980, época em que o serviço público era mais valorizado. Já os profissionais da OSS se inseriram no mercado de trabalho por volta do ano 2000, momento em que as relações de trabalho (assim como atualmente) eram fortemente marcadas pela competitividade e pela valorização do individualismo. Nas OSS, os trabalhadores estão regidos por legislação específica e o processo de trabalho é definido de maneira bastante frouxa quando comparado às políticas públicas adotadas em nível estatal. Podemos pressupor que as OSS se situariam num plano de intervenção clínica, de assistência tradicional, cuja resolutividade encontra-se voltada aos transtornos tal como

eles podem ser apreendidos em sua manifestação individual, ao passo que os CAPSis com a gerência da Prefeitura se alinhariam preferencialmente com uma perspectiva “pública” em que as diretrizes da promoção e da prevenção estariam postas em primeiro plano.

De acordo com BRESSER PEREIRA (1997) a partir dos anos 1970 e principalmente na década de 80 quando, em decorrência das transformações na economia mundial, o Estado entrou em crise fiscal, perdeu crédito público e diminuiu forçadamente sua capacidade de gerar poupança, na medida em que a poupança pública passa a ser negativa. Consequentemente a capacidade de intervenção do Estado diminuiu drasticamente e o Estado se imobilizou. O autor associa essa crise ao caráter cíclico da intervenção estatal, assim como ao processo de globalização, que reduziu a autonomia das políticas econômicas e sociais dos estados nacionais.

Segundo o autor, a globalização ocasionou: grande diminuição dos custos dos transportes e comunicações internacionais, aumento do comércio mundial, financiamentos internacionais e investimentos diretos em multinacionais, o que significou aumento da competição internacional e uma nova organização da produção em nível mundial. Dessa forma, o mercado ganhou espaço, rompeu ou enfraqueceu barreiras criadas pelos estados nacionais e transformou a competitividade internacional em condição de sobrevivência para o desenvolvimento econômico de cada país. Como consequência, por um lado ocorreu melhor alocação dos recursos e aumento da eficiência da produção, e, por outro lado ocorreu a perda relativa da autonomia do Estado que viu reduzida sua capacidade de formular políticas macroeconômicas e de isolar sua economia da competição internacional.

Delinea-se assim, o estado de século vinte e um e será um estado social liberal: social porque continuará a proteger os direitos sociais e a promover o desenvolvimento econômico; liberal, porque o fará usando mais os controles de mercado e menos os controles administrativos, porque realizará seus

serviços sociais e científicos principalmente através de organizações públicas não-estatais³ competitivas, porque promoverá a capacitação dos seus recursos humanos e de suas empresas para a inovação e a competição internacional (BRESSER PEREIRA, 1997, p.18).

Houve, portanto, uma redução do papel e do “tamanho” do Estado que acarretou transformações no valor atribuído ao público e ao privado na sociedade e por força dessas transformações ocorreu uma nova configuração no mundo do trabalho em que o mercado passou a ser marcado por um forte componente competitivo.

Tais contextos parecem conectados com as perspectivas profissionais tal como vieram a ser definidas por seus autores. A fala a seguir revela a percepção de profissionais nas transformações no setor público:

[Profissional da Prefeitura] - *“A área do serviço público é muito ruim, foi ficando, mas não quando eu entrei, quando eu entrei todo mundo queria, na época que prestei concurso foi um dos concursos mais difíceis da minha vida e era uma boa carreira (...) A gente não tem concurso há muito tempo e quando tem não preenchem as vagas, exatamente porque não tem uma carreira melhor e porque não tem um salário competitivo, os salários de serviço público sempre vão ser baixos nessas áreas essenciais, né educação, saúde, não vai ser um salário competitivo com empresa, ou particular, porque não gera lucro, só gera despesas, então acho que é até uma questão econômica, mas não precisava ser tão pior (...) E as coisas pioraram muito, tem essa terceirização da saúde, da área da saúde e a gente percebe que a rotação profissional nessas unidades que estão com a gerência das organizações sociais é pior, a eles trocam de ano pra ano sai toda a equipe e não fica um vínculo nem com a gente (...) Esse desmantelamento está cansando.” (S6)*

“Acho que a gente vive um momento difícil de desinvestimento da administração pública, de um comprometimento político, ideológico e compromisso com o trabalho e eu acho que é, que por um lado a gente tem algumas condições favoráveis de trabalho, mas acho que hoje tem todo um movimento pra não investir nos serviços diretos né, e terceirizando, não investindo verba e não dando os subsídios necessários, você vai, por consequência, você vai desmontando os serviços, aqui desmontar, não desmontaram não, mas já comparando com outros momentos eu percebo a diferença da importância de investimento da administração para o trabalho (...) Era um momento de muito investimento na saúde pública, que foi na

³ Chamadas de organizações sociais no Brasil

época da Erundina, tinha todo um modelo novo de saúde mental que estava sendo implantado, então tinha um investimento por parte da administração e também por parte dos trabalhadores.” (S8)

Esse contexto pode vir a esclarecer a discussão que Bahia (2008) estabelece a respeito da rede assistencial do SUS que se compõe de estabelecimentos, públicos, privados e serviços terceirizados. A autora reflete sobre a tendência dos profissionais que se formam (graduação, aprimoramento, pós-graduação) no sistema público de saúde migrarem para o sistema particular, como se fosse uma maneira de ascensão profissional. Os profissionais de saúde almejam conseguir um emprego no setor privado, que se tornou mais valorizado ao passo que o setor público passou a representar uma oportunidade de aprendizado. Assim, o período que os profissionais passam no setor público parece estar associado a uma formação pelo trabalho, diferente dos profissionais da Prefeitura que se preparam anteriormente para realizar o trabalho nos CAPSis. Isso se reflete no sentido atribuído ao trabalho pelos profissionais de cada setor, que será discutido adiante.

As Organizações Sociais foram formalizadas em 1998 pela lei n. 846. Elas são definidas como:

“Entidade pública de direito privado que celebra um contrato de gestão com o estado e assim é financiada parcial ou mesmo totalmente pelo orçamento público” (BRESSER PEREIRA, 1997, p.29). As OSS são dispositivos usados para a gestão das unidades de saúde. Essa forma de gerenciamento representa a terceirização da saúde e, para alguns, a precarização do trabalho e o fim do SUS.

De outro lado, os argumentos para que esse processo tenha ocorrido é que com as OSS, na gerencia das unidades de saúde, a administração torna-se direta, facilitando o contato do empregado com o empregador e atenuando a dinâmica burocrática que caracteriza os serviços públicos, conforme descrito abaixo:

A delegação da prestação de serviços para uma organização filantrópica tem objetivos bem claros: facilitar o acesso aos serviços de saúde para responder ao princípio da equidade, buscar fórmulas para conhecer e moderar o crescimento do gasto, dotar o sistema de estabilidade financeira e garantir a melhoria da qualidade dos serviços (FUNDAP, 2011).

Os profissionais da Prefeitura se queixam da distância entre a gerência pública e a realidade dos CAPSis. No entanto, os profissionais da OSS também se queixam de questões semelhantes, indicando que a nova proposta de administração por enquanto não teve os impactos que se propôs na melhoria nos serviços:

[Profissional de OSS] - “Como esse foi o primeiro CAPSi a ser gerenciado pela xxxx eles às vezes não conseguem identificar até pelo desconhecimento do serviço, do que ele faz, eles não conseguem identificar a verba necessária, a gente tem que ficar guardando verba pra comprar comida, brinquedos, material para os usuários, essas são dificuldades e melhorias que deveriam acontecer”. (S1)

“É difícil separar, né porque como a gente está nessa situação de ter um gerente, as coisas meio se perdem nessa passagem, governo, gerencia, mas acho que isso, um lugar mais adequado, que tivesse profissionais não só da saúde, oficineiros, mais amplo, né.” (S3)

[Profissional da Prefeitura] - “Tudo é barrado, não é só a gente que não pode fornecer, não pode trocar, tem muito controle social e burocracia, é horrível.” (S5)

“Como é serviço publico, não tem muito como você opinar, a trajetória é dada como você faz, infelizmente a saúde mental ainda está muito nas mãos dos serviços públicos, infelizmente não, tem que ser, mas não tem muito outra opção, outro caminho”. (S6)

“Acho que a Prefeitura devia ajudar mais porque é muito difícil, não tem nem material aqui, nem brinquedo pra brincar com as crianças”. (S7)

É importante lembrarmos que as OSS surgiram do esgotamento da capacidade por parte do Estado de financiamento de ações sociais e econômicas e acompanharam as mudanças que vinham ocorrendo no contexto do sistema capitalista em diversas partes do mundo. Portanto, o modelo de gestão da OSS coincide com o toyotismo, modo de organização da produção capitalista japonês, que começou a se difundir no mundo a partir dos anos 70, significando uma alternativa para solucionar os

problemas enfrentados pelo capitalismo ocidental. Os objetivos do toyotismo são de elevar a produtividade, reduzir custos e promover um controle preciso da qualidade.

Esse modelo, característico da produção industrial, migrou para diversos setores então sob a tutela do Estado, incluindo o campo da saúde. Nesse sentido, de acordo com DAL ROSSO (2008) essas mudanças organizacionais, tecnológicas e de gestão afetaram fortemente o setor de serviços entre eles o campo da saúde, incluindo a saúde pública, que cada vez mais se submete à racionalidade e à lógica mercantil neoliberal.

Nesse sentido, MATIAS et al (2010), citando CAMPOS (2007), indicam que esse modelo se estendeu para o SUS, desconsiderando-se a especificidade do campo da saúde. Os gestores inventaram "remendos" (autarquias, agências, fundações de apoio, OSCIPs, entre outras) para facilitar a gestão financeira e de pessoal diante das dificuldades de execução orçamentária, administração de pessoal, interferência político-partidária, burocratização e degradação organizacional engendradas pelas políticas neoliberais.

2. Hierarquia Institucional

O papel da hierarquia profissional e seus diferentes aspectos, tem importante impacto na vida profissional dos trabalhadores dos CAPSis; bem como pode requerer formações respectivamente distintas. Por meio das categorias contratação, plano de carreira, processo de construção institucional e autonomia analisamos os aspectos do percurso profissional e de formação profissional dos trabalhadores de CAPSis.

- Contratação

Com as OSS gerenciando os serviços de saúde, os profissionais passam a não ser concursados, de modo que cada OSS tem seu critério de

seleção de recursos humanos que envolvem tanto processo seletivo como indicação, conforme explicitado abaixo:

[Profissional da OSS] - *“Ai, quando eu estava no final da residência, a xxx que até já foi gerente aqui, ela era minha supervisora lá na unidade de psiquiatria da xxx e ela falou, olha vai abrir um xxx e um xxx da OSS x e... ai eu queria chamar você pra trabalhar lá e ai no final da residência eles me ligaram e eu fui trabalhar no CAPS... e quando abriu o CAPS ela convidou algumas pessoas que ela conhecia, aqui tem muita gente que veio porque era conhecido de alguém daqui de dentro”.* (S2)

A maneira de o profissional ingressar na instituição e o contrato de trabalho realizado marcam o vínculo que estabelece com seu emprego. Um profissional de OSS tem seu contrato de trabalho CLT, como em qualquer empresa, isso faz com que o risco do desemprego esteja constantemente presente e a produtividade seja exigida e valorizada. Enquanto um profissional concursado dificilmente é demitido. Trata-se, no caso, não de uma situação de comodidade corporativa caracterizada popularmente como “privilégio de funcionário público” para indicar prerrogativas e um tipo de comportamento, na verdade, pouco comprometido com o serviço, mas, ao contrário, o vínculo empregatício cuja natureza é dada pelo concurso público, apresenta-se, nessas circunstâncias, como garantia de exercício implicativo e ativo da função tal como pode ser exemplificado na fala seguinte:

[Profissional Prefeitura] - *“Talvez eu tenha um tipo de personalidade que não sei se combinaria, talvez eu tenha escolhido também porque esse é um serviço que você pode falar mais o que você pensa sem ter muito medo, porque o seu chefe não é seu empregador”.* (S6)

Nesse sentido, JORGE et al; (2007) indicam que constitucionalmente os serviços públicos devem contratar somente por concursos, no entanto, atualmente estão ocorrendo diferentes formas de contratar e isso remete a flexibilização das relações de trabalho, uma vez que os trabalhadores ficam desprovidos da proteção social e não tem seus direitos trabalhistas respeitados.

- Plano de Carreira

A forma como se organiza a hierarquia institucional e a existência de plano de carreira são diferentes na administração da Prefeitura e da OSS. No CAPSi da OSS, os profissionais ascendem na carreira muito mais rapidamente do que os profissionais da Prefeitura que relatam não ter plano de carreira algum:

[Profissional Prefeitura] - *“Com o tempo isso foi se perdendo, a gente não tem uma política de reposição salarial, de carreira boa, a gente não tem política nenhuma”*. (S6)

Segundo MERLO E LAPIS (2007), o modelo de hierarquia nas relações interpessoais muda no toyotismo, com o objetivo que o sujeito se sinta mais participativo e envolvido em seu trabalho. Passa a não haver mais um chefe para vários trabalhadores; agora todos se observam e controlam uns aos outros, passando a haver muitos gestores, fazendo com que a forma de controle, que era mais direta nos modelos taylorismo/fordismo, passe a ser indireta. Agora, o grupo exerce pressão sobre os indivíduos, pois são criadas pelos grupos de trabalho reações psíquicas de autocontrole entre seus integrantes. Esse modelo coincide com o modelo de administração empregado pela OSS, conforme as seguintes falas dos trabalhadores:

[Profissional OSS] - *“Depois quando a gerente antiga saiu, eu assumi o cargo, eu era xxx daqui e virei gerente (...) Eu trabalhei com quase todo mundo que está aqui, tem duas pessoas só que entraram depois de eu virar gerente, então eu sei como é a prática de trabalho com elas, quais são as dificuldades, as facilidades, é diferente de uma pessoa que vem de fora.”* (S2)

“Acho que assim, no momento que estou atualmente, eu estou num cargo meio que intermediário de chefia, tem o enfermeiro responsável técnico da unidade, que no caso sou eu, tem duas enfermeiras assistenciais e esses enfermeiros supervisionam cada um três técnicos de enfermagem, então hoje, eu estou bem satisfeita, porque eu entrei aqui como enfermeira assistencial e em pouco tempo viram que eu tinha muita capacidade e me ofereceram o cargo de responsável técnico e para mim foi um reconhecimento bem em curto prazo, eu nem estava esperando, mas eu também aceitei mais um desafio e acho que tem dado muito certo”. (S1)

Assim, os pressupostos do modo de atenção psicossocial diferem radicalmente daqueles que obedecem à lógica produtiva e da eficácia

tecnológica. Conforme discutido anteriormente, para COSTA ROSA, YASUI E LUZIO (2003) um parâmetro básico da atenção psicossocial são as inter-relações de todos os envolvidos (usuários do serviço, profissionais, familiares e sociedade) e o que se almeja é a horizontalidade.

Destacamos uma importante contradição a ser considerada: por um lado a tentativa psicossocial de transformar as relações entre loucos e sãos, e de outro lado, o contexto socioeconômico e cultural marcado pela lógica capitalista, que impõe relações competitivas e assimétricas. Nesse cenário evidencia-se a dificuldade do lugar onde os profissionais de saúde mental ficam: inseridos no contexto capitalista e trabalhando por relações horizontais.

Nesse sentido, MARAZINA (1989) questiona a tarefa do trabalhador de saúde mental de tratar alienados, sendo que seu próprio trabalho está inserido num modelo econômico que produz trabalho alienado e alienação.

Portanto, observamos que a escolha dos profissionais pelo campo da saúde mental atualmente não é pelas mesmas razões que em outros tempos e isso diz respeito às mudanças no contexto socioeconômico, cultural e político. A tendência do mundo de trabalho vai caminhando em sentido oposto às propostas da Reforma Psiquiátrica, fazendo com que os profissionais mais antigos não reconheçam o cenário em que se encontram e os mais jovens acompanhando as mudanças contextuais, trabalhando em serviços terceirizados, se afastem das propostas da Reforma Psiquiátrica e sintam-se perdidos nessa encruzilhada. Junto a essa dificuldade soma-se a complexidade das propostas de tratamento nos CAPSis.

- CAPS - Modelo em Construção

REIS (2010) indica que entre as tarefas dos CAPSis estão: regular a porta de entrada da rede assistencial; organizar a demanda e a rede de cuidados em saúde mental de crianças e adolescentes, supervisionar as equipes de atenção básica e os serviços e programas de saúde mental,

entre outras. O autor também aponta que a atenção à saúde mental no paradigma da Reforma Psiquiátrica implica uma clínica que busca intervir também em aspectos sociais dos processos saúde e doença e nos mecanismos de exclusão visando promoção de saúde e desenvolvimento de cidadania. No entanto, as falas que seguem revelam a dificuldade dos profissionais em executar tais tarefas, alguns deles nem mesmo sabem o que é parte de suas tarefas. Alguns desses profissionais têm maior clareza a respeito de suas responsabilidades profissionais, outros, entretanto, têm dificuldades em realizá-los e, finalmente, outros não alcançam agregar à dimensão do aspecto social na compreensão e realização de seu trabalho, tornando-o muito limitado.

[Profissional da OSS] - “Acho que faltam outros órgãos de divulgação mesmo. E assim, a pessoa fica de um lugar para outro e não precisa de um curso pra saber, às vezes você dá o caminho e resolvido, porque falam aqui não é, mas onde é? (...) Aí eu vi que tinham algumas coisas de CAPS que a gente não estava praticando e eram da prática de CAPS (..) E o CAPS faz muito isso também, acho assim, que quanto mais carente a população mais social o CAPS é, então vai seguindo esse direcionamento, assim como muitos equipamentos sociais estão no meio de áreas carentes e acaba que a população se apropria muito mais de CAPS do que de UBS (...) Também acho que funcionários da saúde mental tem mais paciência.” (S2)

[Profissional da Prefeitura] - “E acho que essa é nossa maior angústia, acho que é o que mais precisaria, porque a gente cada vez mais percebe que as questões não são da pessoa, são sociais, uma série de coisas, é mais amplo e a gente não consegue ir muito além do nosso aqui (...) Tentativa de suicídio, que nem sempre é, mas que pode vir a ser, pessoas com um sofrimento muito grande e agente não tem muito respaldo, às vezes o caso nem é pra ficar aqui, mas o sofrimento é tanto que a gente acaba ficando, porque a gente sabe que ninguém vai acolher esse caso, num posto, porque está tudo sendo desmantelado, e agente acaba ficando mais do que a gente deveria, e isso tem angustiado muito a equipe, nas nossas discussões de caso tem pesado isso e agente sabe que se acontece alguma coisa, a gente que vai ter que dar conta.” (S6)

Os profissionais apontam que a população ainda não compreende o papel dos CAPSis, que muitas vezes são confundidos com escolas ou hospitais e os próprios profissionais mostram que a proposta dos CAPSis não é clara para eles, conforme a seguinte fala revela:

[Profissionais da OSS] - “Eu percebo que a população não está muito preparada, não está muito apropriada, a diferença entre CAPS e o modelo hospitalar, qual a diferença de estar na atenção básica e estar aqui, se isso é uma escola, acho que não é muito claro (...) A saúde mental é muito misturada e o CAPS abraça muita coisa.” (S2)

Diante dessa “mistura da saúde mental” descrita, que revela certa falta de clareza da proposta de atenção psicossocial para os profissionais, cada CAPSi vai se formatando a partir da demanda que surge, assim como a partir do conhecimento que os profissionais que estão no serviço no momento têm sobre as questões que os usuários trazem. Podemos aventar que a dificuldade que os usuários têm em compreender do que se trata esse serviço seja decorrente da própria dificuldade do serviço em ter uma identidade e uma clareza de sua proposta, conforme as falas indicam:

[Profissionais da OSS] - “Acho que é uma peculiaridade de CAPS, porque como tem várias linhas filosóficas e psicológicas possíveis, o CAPS vai se moldando de acordo com as pessoas que trabalham no CAPS praticam (...) Cada um ia fazendo de acordo com o que sabia (...) A gente ia criando algumas coisas a partir da demanda, não só baseado em portarias (...) Foi pela demanda espontânea. No início tinha muitas pessoas que trabalhavam com autistas, na verdade nem foi muito por coincidência, a gerente anterior trabalhava muito com autismo e começou a vir muita criança autista e acho que tem menos gente aqui que gosta de trabalhar com adolescente (...) Mas acho que uma das coisas é essa falta de manual (...) A gente fica meio perdido, onde eu começo? (...) Acho que cada vez eu estou sentindo mais falta de ter o mínimo de pensamento comum. Mas não existe um manual, então você tem que ir construindo sua forma de trabalhar e as vezes você tem que fazer algumas coisas e ver se dá certo ou não.” (S2)

“Eu acho que o serviço tem influência direta na prática, porque o próprio ambiente vai se organizando e influencia diretamente na possibilidade de atuação, acho que estando em 2 serviços isso fica muito claro, tanto no que vai exigir de você, como nas situações cotidianas, o próprio espaço, aqui a gente tem uma salas mais abertas, mais fechadas, você atende uma família e ela pode ter um pouco mais de crítica e perceber que o ambiente está vazado e deixa de falar algumas questões e acho que a gente vai tentando cumprir aquilo que a instituição vai pedindo, pelo menos buscando certa adaptação.” (S4)

[Profissionais da Prefeitura] - “Não sei se está certo ou errado, porque confesso que atualmente está muito difícil saber qual é o modelo (...) E eu acabei ficando mais centrada nos grupos com as mães, com as famílias, pela formação de grupo que eu tinha (...) E acabo ficando com todos os

pequenos que chegam e tem sempre uma discussão do cuidado (...) quando era HD era até 12 anos, a maioria das pessoas só trabalhou com pessoas até 12 anos e mudou as pessoas, morreu gente, foram transferidas, então esse é um CAPS onde a maioria das pessoas está acostumada a trabalhar com pessoas de até 12 anos (...) Então o que acontecia dependia dos acordos locais (...) Como fazer mais uma política mesmo de saúde mental pública, não tem (...) Não é porque cada um se constituiu de um jeito dependendo do território, porque é uma política pública para determinada população, não é, é porque é uma zona mesmo, depende da OSS, do gerente e do supervisor (...) E essas coisas acho que deveriam mudar (...) Na época da Luiza Erundina teve um grupo de trabalho em hospitais dias, então apesar de características diferentes, tinha um eixo pra cidade (...) O eixo do CAPS tem que ter, entende”? (S5)

“Não tinha um modelo, não existia no Brasil e de fora não dava pra copiar, então a gente foi meio que fazendo da cabeça da gente, eu lembro o primeiro dia que cheguei aqui, que fizemos uma reunião para ver o que a gente queria fazer, se era grupo, quase ninguém sabia, mas a gente podia montar aquilo que a gente quisesse e a gente podia propor, isso era inédito, geralmente você chega num lugar e tem que se adequar aquilo que já existe e é difícil, às vezes você chega no lugar com mais bagagem do que cabe naquele espaço que tão te dando, né! E aí tem que meio que se adequar. (S6)

Observamos que os profissionais pedem um padrão, um manual ou minimamente orientações básicas para atuar nos CAPSis. E diante da falta desses alicerces realizam o trabalho de acordo com suas preferências, o que pode ser bem feito, uma vez que em geral realizamos bem o que gostamos, mas, por outro lado, um serviço público não pode oferecer atendimento apenas aos que tem idades ou questões que interessam aos profissionais, o atendimento não pode obedecer à lógica da preferência dos profissionais ou aquilo que aparece mais.

Nesse sentido, SCHWARTZ (2000) usa o conceito da “dupla antecipação” em que a atividade e o conceito dialogam de forma dialética para discutir a importância e o valor dos conceitos em qualquer atividade:

Os conceitos não antecipam tudo, é sempre necessário esse olhar sobre a atividade. Contudo, precisamente trata-se de “compreender o trabalho”, e isso quer dizer que se tem necessidade também de conceitos! Precisa-se de conceitos para melhor compreender sua própria experiência de trabalho, senão ela não se liberta de certas limitações.

Não se sabe verbalizar a criatividade que se produz à medida que se trabalha. Conseguir pô-la em palavras é algo que passa pelo conceito, que implica lidar com conceitos (SCHWARTZ, 2000, p.8).

Sabe-se somente fazer o que se sabe dizer? Sim, porque, de fato, é sempre a mesma coisa, não se deve passar de um extremo a outro (SCHWARTZ, 2000, p.10).

O campo da saúde mental é amplo, há diversas teorias e poucas provas, não é possível haver um serviço em que todos pensem da mesma maneira. No entanto, algumas diretrizes básicas poderiam ser compartilhadas, uma alternativa seria o serviço oferecer espaços institucionalizados e oportunidades de haver troca entre os trabalhadores, onde possam falar sobre o que fazem, usando, formando e apurando conceitos.

- Autonomia

Para CANGUILHEM (2006), o indivíduo saudável é aquele que pode lidar com as adversidades das situações criando soluções criativas que nem sempre estão dentro das normas, portanto, a saúde não está relacionada à normalidade, mas sim a criatividade. Nesse sentido, para SCHWARTZ (2000), a dupla antecipação permitiria essa criação contínua na dialética entre conceito e atividade, sendo que o poder de escolha do trabalhador, fundamental para sua saúde. No campo da saúde mental as situações que surgem são bastante inesperadas e exigem dos profissionais maleabilidade e inventividade no momento presente, conforme a fala demonstra:

[Profissional da OSS] - “É uma prática que exige muito jogo de cintura, muito... muda muito, tem dia que está tudo tranqüilo, tem dia que acontece uma crise.” (S2)

Assim a autonomia seria a possibilidade de agir fora das normas, dos protocolos e observamos que os profissionais sentem-se autônomos nos CAPSis, principalmente ao comparar com outros serviços, como o hospital:

[Profissional da OSS] - “Então, isso a gente não encontra em hospitais, é uma coisa mais fechada, mais restrita e no CAPS essa autonomia é infinita. Pode formar os grupos, pode opinar, discussão de caso, pra gerenciamento

de caso, cada profissional é técnico de referência de algum paciente, então a gente é responsável por gerenciar todo o atendimento, discutir o caso.” (S1)

“A gente tem muita autonomia aqui e isso é bom, eu gosto de ter autonomia, enfim, eu trabalho do jeito que é melhor pra mim, claro que tem uma questão da agenda, dos grupos, a gente tem muita autonomia de criar o grupo que quiser, de atender os pacientes do meu jeito de atender e a gente pode ir conforme gosta mais. E isso é muito bom! Acho que tem uma oportunidade aqui, não sei acho que pelo CAPS ser novo, está em fase de formação.” (S3)

“Não sei, acho que o CAPS me dá uma autonomia, as diretrizes são abertas, pra você poder compor alguma coisa que tem a ver com a realidade que o serviço está inserido, né.” (S4)

[Profissional da Prefeitura] - “Eu acho que minha autonomia é poder pensar livremente quando estou com a equipe assim, acho que minha autonomia é essa, é eu poder pensar alto e compartilhar um pensamento, é isso.” (S5)

“Eu acho que eu tenho autonomia acho que agente tem, entrou muito o discurso de protocolo, de colocar as coisas como elas devem ser e quem se encaixa nisso, de anos pra cá isso está ficando muito mais forte, a saúde mental sempre foi mais livre.” (S6)

Observamos que os profissionais sentem-se autônomos no sentido de ter liberdade de atuar e discutir com os colegas suas ações, entretanto, eles se queixam de se sentirem perdidos, sem um modelo a seguir. Pode ser que os trabalhadores, por terem se formado em instituições rígidas e autoritárias, não estejam acostumados com a autonomia que o trabalho nos CAPSis proporciona e, diante disso, sintam a necessidade de ter manuais. Podemos aventar também que esse sentimento venha da falta de conceitos, da falta de consenso sobre os conceitos ou da falta de discussão sobre os mesmos, que conforme SCHWARTZ (2000) são fundamentais para qualquer atividade.

Os profissionais da Prefeitura dizem que já existiu um modelo que, atualmente, está se perdendo pelo excesso de protocolos. Nesse sentido, podemos pensar que na falta de conceitos, o processo de dupla antecipação fica prejudicado e a tendência é se apegar aos protocolos de forma que a dimensão individual e criativa dos trabalhadores, que influencia diretamente os usuários dos serviços, fique comprometida. Nesse prisma, KINOSHITA

(1996) afirma que a potencialidade do usuário está primeiramente determinada pela relação estabelecida pelos próprios profissionais que o atendem. Observa-se assim a importância da dimensão subjetiva e formativa dos profissionais no processo de saúde mental dos usuários.

E, em um nível mais amplo, podemos pensar na dificuldade em exercer o trabalho da forma que a Reforma Psiquiátrica preconiza no mundo atual, em que as questões sociais mudaram, a população cresceu muito, os problemas de saúde mental não são mais os mesmos. Concluimos assim, a necessidade de criar novos conceitos e questionamos se é possível realizar a clínica idealizada há tempos atrás.

Portanto, a hierarquia institucional, a forma de contratação e o plano de carreira do CAPSi da OSS são diferentes do CAPSi da Prefeitura, sendo que a forma de organização institucional da Prefeitura, proporciona condições mais favoráveis a organização de redes e as trocas entre a equipe. No entanto, a questão da autonomia é percebida de forma semelhante por ambos os grupo e podemos aventar que seja pela dificuldade em formular conceitos e, de forma mais ampla, pela dificuldade em implementar um serviço como os CAPS no contexto atual.

Aventamos que esse sentimento de falta de orientações básicas também pode ocasionar complicações no trabalho em rede, de que se tratará o próximo núcleo. Uma vez que não se sabe ao certo o que se faz, pois não se fala, não se conceitua, não se pode formular o que os CAPSis fazem ou o que devem fazer, e, assim, como saber para onde encaminhar os usuários. O que é caso para CAPSi e o que não é.

3. A Rede de Atenção à Saúde Mental

Os CAPS utilizam o conceito de rede para falar sobre sua proposta de atenção às pessoas em sofrimento psíquico que envolve o trabalho em equipe. Esse núcleo discutirá esse conceito, como os profissionais entrevistados vêem que a rede e o trabalho em equipe ocorrem nos CAPSis

e qual a relação da dinâmica do trabalho em rede com as formações e vidas profissionais dos entrevistados.

- O que é rede?

O atual modelo de atenção à saúde mental estabelece como objeto de cuidado a pessoa que sofre e entendemos que diante da complexidade do tratamento dessas pessoas, apenas o trabalho em rede pode dar conta da demanda. De acordo com CAMPOS (2000) a área da saúde mental não responde à natureza do modelo organizacional do SUS que é hierarquizado, com estruturas piramidais de complexidade crescente e, portanto contraditório com os princípios da Reforma Psiquiátrica e sua proposta de redes.

A proposta de rede implica uma nova forma de organização do trabalho e da assistência, em que não há hierarquia e gradação de importância entre os serviços. Cada qual tem seu papel específico, características próprias e densidades tecnológicas distintas na rede. Assim, a horizontalidade das relações entre os recursos que a compõem não impossibilita a existência de funções específicas. A rede possibilita aos múltiplos agentes compartilhar responsabilidades e saberes, ampliando o olhar sobre as mesmas questões, acolhendo a pessoa que sofre e considerando suas complexas necessidades.

A proposta das redes não se restringe ao campo extramuros da instituição, mas envolve as relações interpessoais no interior dos CAPS envolvendo “a instituição e seus agentes com a clientela e com a população em geral” (COSTA-ROSA, LUZIO E YASUI, 2003, p.38). Os profissionais conhecem o conceito de rede e reconhecem sua importância, porém tem dificuldades em trabalhar fora da instituição, conforme as falas mostram:

[Profissional da OSS] - “O CAPS ficava muito voltado pra dentro, os pacientes ficavam muito aqui dentro, tinha que ir mais pra fora, misturar mais (...) Falar com as pessoas da atenção básica, e da ESF, começamos a se reunir, discutir casos, contato com outros equipamentos e começamos a

abrir mais atividades de ambiência e atividades pra fora, acho que foi um movimento dos últimos 6 meses, então ambiência, oficinas, a gente não tinha engrenado o contato aqui no bairro era bastante fugaz, assim, não era uma coisa concreta”. (S2)

[Profissionais da Prefeitura] - “A gente até tem, a gente tem uma rede legal com o NASF da Prefeitura, mas é com eles porque lá tem um pessoal legal e a gente faz trabalho com eles, não é o serviço NASF, são eles, não sei se mudar o pessoal vai continuar a mesma coisa, algumas UBS, algumas escolas, a gente tem um contato com escola, então a gente vai formando nossas redes, mas sempre uma rede, formada de relações pessoais, os gestores fazem discurso de formação de redes, mas não atuam facilitando esse nosso serviço, não são facilitadores pra isso A gente tem trabalhado muito, assim, CAPS, cada vez mais se ampliando, pra que se torne um serviço mais aberto, saindo daqui pra outros lugares, o que a gente chama de construção de rede, pra mim a melhoria do serviço seria isso a construção de uma rede.” (S6)

“A gente passou de HD pra CAPS e acho que essa equipe ainda tem muito forte o HD na prática, e a gente faz muita coisa dentro ainda. A formação acaba às vezes prendendo a gente, entendeu, eu faço muito pouco trabalho na UBS, numericamente, cotidiano é muito aqui dentro (...) Falaram que é um horror o que a gente fazia, quase um manicômio pra eles, eles acham que é antigo, trabalhar com grupos famílias dentro do CAPS que isso está patologizando o sujeito, e não consegue atender o sofrimento psíquico com diversidade, com outros olhares. (S5)

O modelo de trabalho em rede é recente e mais complexo que se manter em atendimentos individuais no interior de salas fechadas, que é o *modus operandi* mais conhecido pelos profissionais e caso as formações existentes na área da saúde (tanto na graduação como nos cursos e pós-graduações) não se alterem a tendência é que as tradições clínicas se perpetuem.

Podemos pressupor, portanto, uma transformação cultural nos serviços que se iniciaria com a formação voltada ao trabalho em equipe, pois se a equipe não está fortalecida internamente dificilmente conseguirá extrapolar os muros institucionais.

- Trabalho em Equipe

As redes de cuidado tem como centro o sujeito com suas necessidades e singularidades, sua construção depende da atitude de cada agente envolvido que deve agir de forma cooperativa e solidária, o que só é possível percebendo que a atitude colaborativa beneficia tanto a equipe como um todo, como cada integrante da equipe e ao usuário dos serviços individualmente. Observamos que os profissionais reconhecem a importância do trabalho em equipe e o valorizam, conforme as falas indicam:

[Profissionais de OSS] - “Então, aqui no CAPS a gente trabalha como uma equipe interdisciplinar. Tem a equipe multi que são vários profissionais em um equipamento só, mas esses profissionais não se relacionam entre si, cada um faz a intervenção da sua área, aqui no CAPSi a gente trabalha de forma interdisciplinar (...) Então essa troca ela acrescenta entre as formações, então é uma troca que a gente faz que aumenta nosso poder de intervenção.” (S1)

“Daí todos tem que resolver e um apóia no outro, assim, isso que eu estou falando que é muito importante, ajudar, trocar, conversar e perguntar o que acha, as decisões a tomar são muito grandiosas, importantes e a gente tem que ter alguém pra dar suporte, tomar decisão sozinha fica muito vulnerável (...) Sempre achei mais fácil trabalhar em mais, pra mim, eu gosto, tem gente que não se adapta, mas eu me sinto aliviada, poder ter outra pessoa, que também estuda, alivia um pouco assim, gosto de discutir os casos, de ouvir o que as pessoas tem pra falar (...) fico mais tranquila.” (S2)

No entanto, as dificuldades nas relações entre os profissionais são bastante presentes, eles relatam que as brigas e os desentendimentos fazem parte da rotina de trabalho:

[Profissionais de OSS] - “Eu acho que tem diferenças no sofrimento humano, mas acho que hoje tem que conviver em equipe, de alguma forma deixar caber um pedaço do outro, mas não foi fácil, acho que o mais difícil da trajetória é isso, estar em equipe e aprender a ouvir, acho que tem muita coisa, equipe de saúde mental, muita mulher, muita competição (...) A equipe funciona, de uma forma geral, bem, a gente já teve sérios problemas aqui.” (S5)

“A gente briga muito, é sempre, é uma coisa que eu estranhei muito também, porque na área física, mesmo na saúde pública são reuniões pra ver como a gente vai trabalhar, mas não tem colocar o que você pensa, o que você acha, não tem muito espaço pra isso, as coisas são muito mais determinadas e na saúde mental não, então saiam muitas brigas, até brigas feias e eu fui me acostumando, briga com o colega, discute e depois sai todo

mundo pra almoçar junto e no começo eu estranhava (...) Acho que isso é uma coisa da prática de saúde mental, pelo menos aqui é.” (S6)

É interessante observar que, de acordo com a fala acima, as “brigas” são vistas como mais presentes no campo da saúde mental do que em outras áreas da saúde, podemos aventar que isso ocorra devido à dificuldade em lidar com a subjetividade humana que, por ser repleta de significações, muitas vezes provocam mal entendidos na maneira de entendê-la ou interpretá-la.

Outro aspecto observado é que o sentido do trabalho em equipe para os profissionais da OSS e para os profissionais da Prefeitura são diferentes. Conforme indicado, as mudanças socioeconômicas e históricas no mundo do trabalho têm impactantes influências na dinâmica do trabalho, assim como na competitividade nos relacionamentos interpessoais. Nas falas abaixo podemos observar que embora ambos os grupos valorizem e consigam contar com suas equipes; no CAPSi da OSS, as relações entre os profissionais não são vistas como reflexo de problemas institucionais e de conflitos dos pacientes, ou seja, não há um trabalho institucional para compreender os conflitos interpessoais. O nível pessoal prevalece e a própria configuração do serviço não contribui para que as dinâmicas institucionais sejam trabalhadas. Supomos que isso esteja relacionado ao diferente tipo de formação desde a graduação que cada um dos grupos de trabalhadores recebeu, assim como ao percurso até chegar aos CAPSis, que serão discutidos adiante.

[Profissionais de OSS] – “Outra coisa são as questões da equipe, de conflito, de maturidade, como se portar, isso gasta um pouco de tempo. Tem uma amiga gerente de outro CAPS que fala que ela passa 70% do tempo resolvendo conflitos da equipe, por ser um trabalho em equipe este é o outro lado da moeda, um boicotar o outro, é uma coisa complicada, gasta muito tempo resolvendo isso”. (S2)

“Acho que as interações são um pouco negligenciadas, a gente acaba interagindo e se relacionando de um jeito meio que no automático, sabe? A gente vai fazendo, vai discutindo, se relacionando, não é olhado, acho que podia ser mais a serviço do serviço, sabe? (...) Claro que a gente precisa um do outro e isso acaba acontecendo, mas acho que fica muito mais pessoal

do que, tem afinidades, o jeito de cada um pensar e acho que a gente não separa isso, não olha isso de um jeito clínico, que podia ser olhado, por exemplo, cada um tem um olhar sobre um paciente e a gente podia explorar mais esses olhares, explorar mais essa dinâmica, falta.”. (S3)

“Então, acho que isso depende bastante da própria configuração do serviço, acho que aqui a gente tem uma configuração inicial que as pessoas não se encontravam (...) Mas foi sempre de uma forma que favorece pouco o encontro entre as pessoas, a própria convivência (...) E acho que depende do lugar, de como o serviço está estruturado, mas acho que eu nos dois lugares, que é bacana, é que quando entra uma situação de crise a equipe está lá pronta e aí não interessa muito a questão das divergências que se tem e isso é bacana e acho que isso tem a ver com o CAPS, não sei se infantil, mas tem a ver com a questão de CAPS.” (S4)

[Profissionais da Prefeitura] – “Nós e a equipe, eu conto com meus colegas, eu sei que não estou sozinha nesse aspecto.” (S6)

“Acho que tem várias pessoas que compartilham, que fazem uma boa parceria e a gente se dá bem trabalhando em cooterapia, em reunião, e acho que esse trabalho tem ter uma certa disponibilidade, acho que não é só dentro de uma sala, é no corredor, é dentro e fora, em várias situações.”(S8)

Os profissionais indicam que a interação entre a equipe ocorre muitas vezes nos espaços informais (por exemplo: nos corredores, na hora do almoço) e a maneira como a instituição está organizada pode facilitar ou não esses encontros e a interação entre os profissionais. Nesse sentido, BARCELLOS (2010) indica que o trabalho realizado nos meandros da costura da rede, no estreitamento de relações entre instituições, nos deslocamentos realizados fora das unidades de saúde, fica à mercê da informalidade e está sendo considerado marginal ou menos importante em relação aos procedimentos formais. Para a autora, os fatores apontados pelos profissionais como dificultantes do processo de trabalho em rede se dão principalmente pela falta de reconhecimento e valorização dessas ações como trabalho, tanto pelas instâncias governamentais, como pelos próprios trabalhadores de CAPSis.

Núcleos Não Indexados

Chamamos Núcleos não indexados o conteúdo que diz respeito aos aspectos individuais dos entrevistados, que fizeram parte de suas escolhas

subjetivas, no âmbito da vida e trajetória pessoais, suas motivações e suas buscas singulares por formação técnica. No entanto, encontramos semelhanças referentes a esses aspectos entre os entrevistados e pudemos assim, agrupar o conteúdo das entrevistas nos seguintes núcleos e categoria:

Quadro 2 - Núcleos Não Indexados

NÚCLEOS	CATEGORIAS
1. Influências no Caminho	A Escolha Profissional O Hospital como Parte da Trajetória
2. O contexto social das escolhas	Gênero Foco do Cuidado Valores Influências Familiares
3. Formação Profissional – Competência técnica	A incompletude da Formação de Base As Vertentes da Formação Escassez de Formação e de Recursos Humanos e sentimento de solidão Reversibilidade – Estudar Mais As Possibilidades Materiais dadas pela Formação O Valor do Estudo Origem das competências
4. Subjetividade	Dificuldades e queixas no trabalho Sentido do trabalho para os profissionais A Carreira e a vida pessoal

1. Influências no caminho

Marcadas essas diferenças do contexto em que o grupo de trabalhadores da OSS (profissionais mais jovens) e o grupo de trabalhadores da Prefeitura (profissionais mais velhos) inserem-se e atuam em suas profissões, exploraremos características das trajetórias profissionais que coincidem nos dois grupos, por isso não diferenciamos nos trechos extraídos das entrevistas quais foram produzidos por trabalhadores de CAPSi gerenciado por OSS e quais foram de trabalhadores de CAPSi gerenciados diretamente pela Prefeitura.

- A Escolha Profissional

Uma característica comum entre os entrevistados, representando um importante fator na decisão pelo campo da saúde mental, é a dificuldade ou falta de interesse na inserção em outras possíveis áreas de atuação, tanto dentro de suas profissões como em outras profissões (por não gostar, não concordar ou não conseguir):

Em três casos ilustrados - S2, S5 e S6 – a opção pela área da saúde mental se faz pelo “negativo”, isto é, pela dificuldade, quer pessoal quer mercadológica, tanto de inserção como de atuação em uma determinada área diferente daquela pela qual finalmente se decidiu. Fica ainda em suspenso a compreensão do por que a área de saúde mental oferece mais atrativo do que as outras áreas recusadas. Seja considerando uma motivação ou outra, o importante a ser destacado é o fato de, uma vez a opção realizada, seus atores relataram um importante grau de satisfação com a decisão tomada. No contexto dessas falas, podemos considerar que o trabalho tem uma espécie de função de transmutação entre os elementos psíquicos inconscientes e algo socialmente valorizado, que está dentro das normas sociais, portanto o que tem de mais íntimo e conflituoso em si, através do trabalho, pode ser projetado na cena social.

“Foi assim, eu fiz medicina e durante o curso eu percebi que eu tinha muita angústia, minha parte técnica manual eu sabia que era ruim, assim essa

parte de cirurgias, delicada com as mãos eu sabia que eu não ia conseguir fazer mesmo. Mas aí as outras coisas, eu tinha muita angústia com emergência, sabe? e na verdade acho que minha opção pela psiquiatria tem uma coisa boa, tanto do ponto de vista da prática em si, quanto na parte das clínicas possíveis da medicina, quais que me dariam mais retorno, mais satisfatório, quais eu me daria melhor, acho que eu fiz certo e infantil também acho que fiz certo, acho que eu sou boa até na prática". (S2)

"Tentei consultório de novo, mais não rolou". (S5)

"Escolhi o setor público por cauda disso, não sei se eu me daria bem em uma empresa". (S6).

Em outro, S3, a escolha é determinada por uma opção ideológica de recusa de certa lógica e objetivo de trabalho.

"Meus valores começaram a ficar conflitantes, eu não queria vender nada, eu não era a fim de entrar nesse mundo capitalista, de mercado, isso não confluiu com meus ideais assim... eu não tava feliz, tranquei a faculdade e fui fazer psicologia, e aí na psicologia, desde o começo me interessei por saúde mental, já gostei". (S3).

Podemos aventar, nesses casos, a hipótese de certa identificação entre o objeto de trabalho (sujeitos de sofrimento) e o sujeito (profissional) que o exerce. A rigor, tanto a venda de bens propiciada e facilitada pela intervenção do publicitário quanto a intervenção do profissional de saúde mental na recuperação da força de trabalho do trabalhador (qualificação da força de trabalho no mercado do trabalho) operam no mesmo contexto e lógica do mundo capitalista. Contudo, há diferenças entre as duas intervenções que se localizam tanto no plano imaginário quanto simbólico e é, provavelmente, nessas diferenças que podemos trazer alguma compreensão acerca da escolha do profissional de saúde mental.

Pelo fato de os "loucos" encontrarem-se à margem da sociedade produtiva, isto é, alienados; o trabalho com eles podem propiciar a ideia de se estar operando com pessoas e funcionamentos "fora da ordem" capitalista. Podemos pensar que, ao promover o resgate da cidadania dos socialmente excluídos por motivo de transtorno mental, se está elevando a uma certa dignidade aqueles por quem a ordem capitalista, em princípio, não se interessa e, nesse caso, o trabalho do trabalhador em saúde mental,

passa também a ser valorado como uma atuação profissionalmente digna à margem do interesse capitalista pelo ganho incessante. Podemos pensar assim que, da mesma forma que o louco está fora do contrato social, os trabalhadores que se inserem na área da saúde mental também têm dificuldades, questionam ou contestam a lógica de produção capitalista, ou seja, estão na contramão do mundo e querem criar novas alternativas para a maneira como a loucura é vista socialmente.

Essa interpretação ganha ainda mais força quando se tem a fala seguinte:

“Quando eu me formei tinha uma coisa assim que me angustiava muito em adulto que era assim que era a questão do trabalho que eu acho que influenciava muito se o paciente seguia doente ou não. O fato de não trabalhar, principalmente onde eu estava que era o hospital do servidor público estadual, funcionários públicos e isso me deixava muito angustiada, eu acho que atrapalhava muito o tratamento a questão do trabalho, o benefício de não trabalhar”(…) E com crianças não tinha isso, criança não trabalha, não ganha dinheiro (S2)

Nesse caso, fica explícito que o trabalho imediato com aqueles, tal como a criança, que estão definitivamente fora da ordem produtiva auferem ao trabalhador, por identificação ou contágio, a condição de estarem trabalhando fora do mundo capitalista. Decorre, pois a evidencia de uma importante característica da vida profissional de trabalhadores de CAPSis.

- O Hospital como parte da Trajetória

Outro ponto em comum diz respeito ao tipo de experiência muito específica e singular pelo qual o profissional atravessa: o hospital.

O interesse em se trabalhar em CAPS, para muitos profissionais, veio da percepção que há, além dos hospitais, outras possibilidades de lidar com pessoas em sofrimento psíquico, mas para tanto tiveram antes que passar pela experiência hospitalar a qual se pode revestir de aspectos tanto positivos quanto negativos.

Os profissionais estudados conheceram, primeiro, os hospitais psiquiátricos, suas lógicas e *modus operandi*, e só depois entraram em contato com o modelo de atenção psicossocial presentes no funcionamento e na lógica de outros equipamentos de saúde mental. O hospital psiquiátrico revelou-se, assim, tanto um importante local de formação no período da graduação ou da pós-graduação dos sujeitos (aspecto positivo) como um lugar de experiências a serem refutadas (aspecto negativo):

“Tem uma coisa de oportunidade de trabalho, também por uma questão financeira acabei indo trabalhar no Hospital.” (S5)

“No estágio em psiquiatria, apesar de ser um hospital psiquiátrico em um esquema bem tradicional de manicômio mesmo, trancava com chavinha, as portas eram fechadas... na psiquiatria no HC, foi a primeira vez que entrei em contato com a saúde mental, com as teorias... e apesar de ser bem manicomial, bem psiquiátrico, eles davam uma pincelada no que havia de diferente, comunidades terapêuticas...” (S6)

“E hospital eu não queria trabalhar de jeito nenhum e aí eu fui trabalhar em um ambulatório de especialidades e lá era um trabalho do estado, mas tinham varias coisas da Prefeitura: um centro de convivência, um ambulatório de saúde mental. Eu comecei a me interessar bastante pela questão de saúde mental, principalmente comecei a me interessar pelo centro de convivência, onde fui trabalhar e eu fiquei muito interessado pela questão das oficinas terapêuticas, do trabalho mais ampliado, não só trabalho de psicoterapia, de atendimento psicológico, mas trabalho que desenvolvesse uma rede, uma serie de trabalhos e aí a partir do trabalho na oficina lá eu comecei a trabalhar com crianças e adolescentes em saúde e aí eu comecei a me interessar bastante por essas questões, e foi assim”. (S8).

Sejam quais forem as significações alocadas a esse “local-ponte” que o hospital representa, ele se constitui como o local do primeiro emprego de muitos dos entrevistados. O consultório (tanto particular como convênio), ao lado do hospital também aparece como o ponto profissional de ancoragem. Se o que há em comum entre o hospital e o consultório é uma primeira experiência de prática clínica com o vivo do sofrimento mental, por outro lado, podemos pensar que o imaginário da prática clínica envolvendo a saúde mental é marcado pelas figuras tradicionais da medicina (hospital e consultório) com as quais terapeutas ocupacionais, psicólogos, enfermeiros parecem no início de carreira querer se adornar.

“Eu me formei em 1987, já na saúde mental trabalhava em um hospital em Ribeirão Preto, comecei assim, em 97, a gostar mais do psicodrama, fiquei dois anos lá, depois vim pra São Paulo e entrei no HC na psiquiatria, que era bem diferente do que é hoje a estrutura, fiquei 5 anos lá e trabalhando numa clínica particular, onde eu tinha mais contato com a infância”. (S8)

O estágio e aprimoramento em hospital, tanto requerido pela instituição de ensino de graduação, como pela profusão diversificada de situações que a imersão na realidade prática possibilita têm um papel marcante na vida do profissional. Ainda que possa se constituir como um rito de passagem ou iniciático, pelo seu aspecto simbólico, ele marca de maneira decisiva, ou pelo menos importante, a formação do profissional. Quer pelo aspecto simbólico iniciático, quer pela apresentação da diversificação dos fenômenos humanos pertinentes ao campo da saúde, quer pelo aspecto de se colocar à prova os conhecimentos adquiridos ou requeridos, o hospital psiquiátrico se constitui como um marco importante na consecução da carreira. Seu papel e seu impacto é tão forte e marcante que, tal como se pôde perceber nas diversas falas, ele se torna ponto de referência, de comparação, de julgamento tanto em seus aspectos elegiáticos como críticos ao longo da história de vida dos profissionais. A fala seguir explicita tais considerações:

“Quando me ofereceram uma proposta de trabalhar num CAPS adulto, no ano de 2009 foi quando eu conheci a diferença, né! Entre hospital e CAPS (...) No cuidado em enfermagem e com a vivência mesmo nos CAPS em São Paulo e eu trabalhava muito a inserção do paciente na sociedade, não deixava ele ficar internado ou restrito num ambiente, o hospital só devia existir mesmo com os CAPS abertos. Eu entrei em um outro hospital geral, na ala da enfermagem psiquiátrica e uma vez tendo tido a experiência de trabalhar em CAPS eu me senti muito frustrada, não seria frustrada a palavra, chateada por voltar a uma instituição de cunho fechado e eu percebi que meu objetivo profissional e até pessoal voltar de novo a trabalhar em CAPS e eu fiquei um mês só no hospital e quando eles iam aprovar minha experiência eu decidi sair... mas aí eu vi que eu queria muito voltar a trabalhar em CAPS, que eu já tinha tido essa experiência do hospital e não era isso que eu queria pra mim nem para as pessoas, eu vi que eu tinha que estar aqui e promover a inserção deles na comunidade, que é bem a proposta do CAPS e não do hospital, lá no hospital era remédio, banho, muito fechado. Então eu achava aquilo muito restrito para mim e eu falava: não eu tenho outros planos, acho que não é bem assim que eu gostaria de

trabalhar, então resolvi sair do hospital e tentar de novo uma vaga em CAPS e, por coincidência, no mês seguinte eu soube que tinha uma vaga aqui". (S1)

Interessante é se observar que uma vez tendo feita a passagem pelo hospital, para a qual concorrem tanto o desejo pessoal como as injunções da instituição de ensino, os trabalhadores quando se inserem em outra realidade de atuação, que é a rede pública de saúde mental substitutiva à lógica hospitalar, conseguem se desfazer do fascínio imaginário que o hospital/consultório exercia sobre eles.

Se os hospitais/consultórios se apresentam como dispositivos iniciais de inserção na prática profissional voltada à saúde mental e se, em seguida, eles são superados enquanto quadro de referência (imaginário e simbólico), pela descoberta e pela atuação na rede substitutiva de saúde mental, há de se observar, contudo, que, até por força da formação recebida na graduação acadêmica, sua lógica permanece como *habitus*,⁴ tal como postulado por Bourdieu, infiltrando-se, produzindo contradições, equívocos, instabilidades na própria representação da atuação profissional nos CAPSis.

Trata-se de situações equivalentes às inércias epistemológicas ou aos obstáculos epistemológicos no sentido que Bachelard⁵ emprestou a esses

⁴ "O conceito de *Habitus* que ele desenvolverá ao longo de sua obra corresponde a uma matriz, determinada pela posição social do indivíduo que lhe permite pensar, ver e agir nas mais variadas situações. O *habitus* traduz, dessa forma, estilos de vida, julgamentos políticos, morais, estéticos. Ele é também um meio de ação que permite criar ou desenvolver estratégias individuais ou coletivas". (VASCONCELOS, 2002. p.2)

⁵ "Quando se procuram as condições psicológicas do progresso da ciência, logo se chega à convicção de que é em termos de obstáculos que o problema do conhecimento científico deve ser colocado. E não se trata de considerar obstáculos externos, como a complexidade e a fugacidade dos fenômenos, nem de incriminar a fragilidade dos sentidos e do espírito humano: é no âmago do próprio ato de conhecer que aparecem, por uma espécie de imperativo funcional, lentsões e conflitos. É aí que mostraremos causas de estagnação e até de regressão, detectaremos causas de inércia às quais daremos o nome de obstáculos epistemológicos. O conhecimento do real é luz que sempre projeta algumas sombras. Nunca é imediato e pleno. As revelações do real são recorrentes. O real nunca é "o que se poderia achar" mas é sempre o que se deveria ter pensado. O pensamento empírico torna-se claro depois, quando o conjunto de argumentos fica estabelecido. Ao retomar um passado cheio de erros, encontra-se a verdade num autêntico arrependimento intelectual. No fundo, o ato de conhecer dá-se contra um conhecimento anterior, destruindo conhecimentos mal estabelecidos, superando o que, no próprio espírito, é obstáculo à espiritualização". (BACHELARD, 1996, p.10)

termos. De fato, tal como pode ser exemplificado na fala a seguir, os trabalhadores comparam a clínica do consultório com a clínica que realizam nos CAPSis, como se fosse possível transpor a clínica que se realiza no consultório para os CAPSis que seriam uma extensão do consultório para o ambiente institucional. Nesta fala, se explicita o fato de que o profissional, preparado para atuar especificamente na clínica do consultório, ao se defrontar com a realidade dos CAPSis, percebe que seus recursos são insuficientes e não se aplicam à essa realidade. O ambiente não é propício a tal exercício e não há estrutura (nem física nem de mão de obra), além da demanda ser bastante diferente da demanda de uma clínica particular. Tendo superado os encantamentos imaginários da atuação em hospital/consultório, cuja lógica está voltada para atendimentos particulares e individualizados, o profissional descobre, nos equipamentos substitutivos uma nova realidade que lhe é satisfatória, mas, ao se encontrar preso aos conceitos e pensamentos que fundaram sua formação acadêmicas não conseguem gerar novas maneiras de pensar e de atuar no front do sofrimento psíquico tal como seus sujeitos ou portadores o apresentam nas portas do serviço público. Resta-lhes, conseqüentemente, viver nesse ambiente misto em que a escolha profissional satisfatória se infiltra de elementos de insatisfação.

“É difícil falar porque tudo muda na atuação. Na faculdade você aprende um setting terapêutico x e na prática não é bem assim, tem uma sala diferente, tem limites que mudam um pouco o que você gostaria de fazer, ou o que seria ideal. Então, isso vai influenciando em como você vai trabalhar, tem milhares de problemas, tanto o lugar, o espaço físico, os profissionais que você trabalha junto, a demanda dos pacientes, não sei na verdade, tudo muda muito o jeito de atuar, a agenda e o jeito que ela é feita, o tempo que a gente tem pra atender, o tempo que a gente tem pra pensar sobre, o número de pacientes que a gente tem, então, se tivesse supervisão as coisas seriam diferentes, se tivesse espaço diferente também seria diferente”. (S3)

Observamos assim, que profissionais de CAPSis se formam principalmente em hospitais psiquiátricos de adulto, em consultório ou em instituições de ensino, que representam também seus primeiros ambientes de atuação profissional. Portanto, a prática de consultório ainda é um

modelo de forte influência na saúde mental infantojuvenil pública e ainda hoje a saúde mental infantojuvenil sofre fortes influências do tratamento dado aos adultos e da área da educação, que foram os campos que a originaram.

Sabemos que no âmbito teórico houve avanços importantes no campo da saúde mental de crianças e adolescentes, com o advento do ECA e a proposta psicossocial de tratamento, no entanto, questionamos se de fato avançamos, uma vez que observamos não haver formação no local de tratamento psicossocial, para atuar nesse campo, de acordo com as seguintes falas:

“A gente vê como o ECA é meio virtual, não foi apropriado, então é um choque com a realidade.” (S2)

“quando eu descobri a enfermagem em saúde mental eu vi que ela era muito mais focada no ser humano que qualquer procedimento e não raro as pessoas que vem trabalhar aqui elas vem tão focadas no procedimento que elas não conseguem trabalhar aqui, elas vão pensar em fazer o que elas sabem, dar remédio e na verdade a atuação é outra é e orientar hábitos de vida saudáveis, é você cuidar daquele indivíduo como pessoa, numa família, num meio social, isso extrapola tudo que a gente aprendeu na faculdade, eu acho que é até um exercício até cognitivo, de cada pessoa que tá nessa área de procurar sair assim”. (S1)

“é muito diferente o estudo da prática, a prática do dia a dia é isso: é um pouco massante, é difícil a relação, tem transferência/contratransferência, coisa que a gente nem pensa antes de entrar nisso, eu não tinha feito terapia antes, eu mal sabia o que era isso.” (S2)

Além disso, a falta de conhecimento no tratamento de crianças e adolescentes revelaria certo descaso com a saúde mental infantojuvenil. Conforme apontado, a origem da atenção à saúde mental infantojuvenil é a saúde mental de adultos, assim como o campo educacional. E podemos observar dentre os profissionais entrevistados, que muitos tinham somente experiências em saúde mental de adultos e, dentre os que tinham experiências com crianças era na área da educação:

“Eu terminei a faculdade, trabalhei com inclusão em escola, e com consultório também (...) No primeiro momento trabalhei com inclusão um

pouco, mas tava já querendo sair do ambiente escolar, porque acho que é muito limitado o trabalho do psicólogo ainda difícil, muita resistência de trabalhar com saúde mental nas escolas, e comecei, enfim fiquei um ano e meio na escola e comecei a cansar e procurar mais na área da saúde mesmo e vi a vaga e passei”. (S3)

“Eu já tinha trabalhado em consultório, no convênio, atendendo paciente adulto”. (S2)

Observamos assim que a saúde mental infantojuvenil ainda está vinculada a educação ou está como “sombra” da saúde mental dos adultos, como em épocas anteriores e supostamente superadas.

[Profissionais da OSS] - “Acho que eu tive formação pra trabalhar em CAPS adulto, mas em CAPSi não (...) Acho que pensando na atuação hoje eu não sei, é engraçado, minha carreira foi direcionada pra questão da infância (...) Eu vim da educação e a gente trabalhava a infância, com a questão do autismo, mas acho que é um privilégio de poder ter um olhar mais abrangente pra infância, a questão do desenvolvimento.”(S4)

[Profissional da Prefeitura] - “Fiz cursos no sedes, fiz cursos na área infantil, principalmente quando eu estava na educação.”(S6)

Além disso, há características atuais no campo dos CAPSis muito semelhantes a tempos passados que serão tema da discussão que segue.

2. O contexto social das escolhas

Essa categoria encerra subcategorias que dizem respeito às influências sociais mais imediatas que participaram da escolha profissional dos trabalhadores de CAPSi estudados. Tratam-se, pois dos valores veiculados no ambiente familiar dos profissionais, dos lugares valorizados de acordo com o gênero do profissional, dos valores aos quais o trabalhador veio a aderir, das dimensões históricas que pesam sobre suas escolhas.

O contexto de atuação profissional no campo da saúde mental é caracterizado por uma série de elementos, muitos dos quais pertencem a uma tradição relativamente antiga e, por essas circunstâncias, constituem-se como históricos. Dentre esses elementos podemos citar a existência de uma maior proporção de mulheres atuando na qualidade de profissionais de saúde mental; o foco do cuidado direcionado à doença; a tendência

caritativa com a qual se revestem os projetos profissionais. Muitos desses elementos estão exarados nas falas oriundas das entrevistas narrativas realizadas.

- Gênero

Dentre os 8 entrevistados havia 7 mulheres, observamos assim, que ainda há certa tendência feminina no exercício do cuidado infantojuvenil, confirmando o que REIS (2010) indica: as profissões que envolvem cuidado são desvalorizadas e historicamente alocadas ao feminino e no universo infantojuvenil, o cuidado encontra-se associado às mulheres, mães ou cuidadoras.

- Foco do cuidado

É importante ressaltar que os CAPSis são voltados, prioritariamente, à atenção de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, nesse caso, não se espera que a atuação seja voltada ao público cujas queixas não se configuram dessa forma ou nessa intensidade. A despeito disso, chama a atenção o desconhecimento por partes dos profissionais do que é uma criança saudável. Esse desconhecimento revela certa tendência presente na atuação do profissional que a condiciona a ser focada no “desvio”, na “anormalidade”, no “excepcional”, numa determinada condição apresentada pelo adolescente ou pela criança. Em termos mais precisos, o foco do olhar do profissional se encontra dirigido à “doença”, ao “transtorno”, ao atributo da pessoa que sofre e não na saúde mental ou na pessoa do sujeito do sofrimento.

“E eu tinha conhecimento do que era uma criança com problemas, eu não tinha ideia do que era uma criança normal e eu achei muito interessante e aproveitei os 4 anos que eu estava lá para aprender mais sobre essas crianças (...) Eu fiz até uns cursos nessa época buscando como era o desenvolvimento de uma criança normal por conta”. (S6).

- Valores

Outro elemento presente na constituição do contexto profissional do trabalhador inserido no campo da atuação de saúde mental infantojuvenil é a

natureza caritativa com a qual se reveste suas ações. Conforme AMARANTE (1994) indica, antes dos médicos legitimarem a assistência psiquiátrica no tratamento à loucura, a saúde mental se centralizava nas mãos das Santas Casas da Misericórdia e de setores conservadores do clero. A saúde mental era, portanto, um setor associado a práticas de caridade religiosa e como tal relacionava-se a sofrimento e a sacrifícios. Observamos que essa visão perdura até hoje e, provavelmente, é responsável por alocar às ações do profissional um valor positivo quando elas se revestem de características donativas, devotadas e caritativas.

“Eu já estou há muito tempo nessa área, meu pai fala que sou uma heroína de estar há tanto tempo na saúde mental, que é muito difícil.” (S7)

“Às vezes meu filho fala: mãe porque você fica nesse trabalho que você ganha tão pouco e você vive roxa. Também não sei! Meu marido acha que me sacrifico”. (S5)

“A minha família quando descobriu que eu escolhi essa área de XX saúde mental ficou horrorizada: mas você podia ter escolhido qualquer outra área (...) É uma área tão sofrida”. (S1)

Além disso, a ideia de que o campo da saúde mental não é para qualquer pessoa, posiciona os trabalhadores da área em um lugar especial, tanto positivo (sujeito sensível que agüente tal peso) como negativo (a ideia de ser um carma a se cumprir):

“Meu analista falava que as pessoas são escolhidas pela saúde mental, não é você que escolhe, você é escolhido (...) Você é escolhido, porque não é pra todo mundo, tem uma brincadeirinha no meio médico que é assim: que a gente faz rindo o que os outros vão fazer chorando né, porque escutar, queixas, o tempo todo, coisas muito desagradáveis, piores segredos, não é pra todo mundo.” (S2)

- **Influências Familiares**

O trabalho para o qual a pessoa se direciona e sua relação com ele estão relacionados com a história pessoal dos sujeitos. Essa história pessoal por sua vez está intimamente inserida e determinada pelo ambiente social imediato do sujeito. Somos mobilizados por aquilo que esteve em jogo no

psiquismo infantil, com o lugar ocupado na fratria, no lugar ocupado no desejo dos pais. Enfim, somos recebidos, já no nascimento, por uma estrutura que nos determina, conforme postulam diversos autores dentre os quais o psicanalista LACAN. Outros investigadores, antropólogos, cientistas sociais como DEJOURS e SCHUWARTZ, assinalam o importante papel que a família desempenha na construção dos itinerários de vida dos indivíduos.

[Profissional da Prefeitura] – “Talvez assim, meu jeito, eu sou do interior, gosto de fazer acolhimento, de receber (...) Então talvez seja isso, eu adoro ouvir histórias, é uma coisa que sempre eu gostei, eu lembro que eu gostava muito de ouvir minha avó contando as histórias dela, é uma família de italianos (...) ela sempre foi uma boa narradora de historias, essas historias simples mesmo da vida deles e eu sempre gostei muito disso. Minha família toda era assim, a gente se reunia no domingo pra saber um sobre o outro, o que aconteceu na semana, como foi, não tinha nada de excepcional, era o cotidiano e acho que o jeito como eu faço acolhimento é ouvir a historia do outro, eu quero saber como foi, da onde você veio, quando chegam né”. (S6)

[Profissional de OSS] - “Acho que minha vida vai misturando muito a atuação e as escolhas profissionais (...) Percurso de vida, eu cresci em uma família de classe media, assim, meu pai era comerciante, minha relação com o bairro, tinha uma relação bem marcada por meu pai ser comerciante... e acho que os momentos marcantes acontecem justamente nesse momento de inicio da faculdade, é interessante pensar, acho que tem uma relação com a profissão, acho que a profissão tem um sentido de vida bem importante”. (S4)

Se de um lado nossa família direciona de alguma forma nossas escolhas profissionais, não se pode conceber que a família por seu lado esteja situada fora do exercício das influencias da sociedade. Não se pode compreender uma história individual sem a referir a uma história social. Assim, ter ou não ter um trabalho é sempre uma maneira de estar na coletividade em seu lugar de cidadão, de experimentar esse lugar e de como o experimentar. Para REVUS (2007) o homem vive de sentido tanto no que se refere à forma pela qual individualmente eu costuro minha vida como o que se produz histórica e socialmente em torno de mim.

A presente análise elucida o papel desenvolvido por esse ambiente social próximo nas escolhas profissionais dos trabalhadores descritas, bem

como a maneira pela qual os profissionais, sob sua influência, vieram a se situar no campo da saúde mental infantojuvenil.

Os valores veiculados pela família e pelo entorno mais próximo em relação à natureza do exercício da atividade profissional escolhida se situam quase sempre no terreno da idealização. Tal ilusão pode ser matizada de cores tanto brilhantes quanto sombrias. De fato, tal idealização corresponde, como é natural, ao desconhecimento dessa área de atuação.

“As pessoas geralmente acham bonito, acham lindo quando você fala, primeiro você tem que explicar o que é CAPS, que ninguém sabe o que é (...) Acham que tudo é bonito acho que não sabem que não é tão simples assim, mas eu acho que assim, tem um lugar assim que você fica, de alguém que faz uma coisa muito legal, todo mundo acha isso, não vejo ninguém criticando (...) Tinha uma coisa, assim, um enaltecimento não sei porque ninguém era dessa área, cresci ouvindo isso, tinha uma visão romântica disso, apesar de que não era o que eu pensava fazer, tinha 1000 coisas além disso (...) Eu tinha uma ideia muito romântica do que era a saúde e não era bem o que estava acontecendo. (S6)

Contudo, é interessante observar que na quase totalidade das falas a idealização adquire um tom sombrio, negativo, ameaçador, desqualificador.

Provavelmente essa visão familiar, no sentido amplo do termo, apenas condensa os valores disseminados no âmbito social e cultural, sendo a família o veículo que congrega e transmite tais valores ao indivíduo.

“Hoje eu acho que minha família valoriza muito, porque eu já confrontei essa ideia que é tão ruim (...) É, eu acho, que é mais cultural isso, você fala de psiquiatria e saúde mental, todo mundo, a maioria das pessoas leigas ou familiares falam, nossa, deve ser difícil trabalhar nessa área e já imaginam aquela visão do passado, que as pessoas eram loucos babando por aí, não falavam nada com nada, que era agitado, então isso era uma fantasia da cabeça das pessoas (...) Então quem trabalha na área tem até que justificar isso, sabe?” (S1)

A visão negativa, eivada de representações ligadas à periculosidade, miséria, eternidade da enfermidade. O trabalho na saúde mental infantojuvenil é visto de maneira geral por familiares e amigos de profissionais (o que corresponde à visão da sociedade) com preconceitos aos quais se ajuntam representações de sofrimento, desinteresse e

ausência de valor ligado à remuneração e às condições objetivas de seu exercício:

“tem um preconceito ainda, tanto dos pais, como de profissionais de outra a áreas (...) que tipo de gente que vem pra cá, como circulam, como circulam em outros lugares, se vão melhorar, se não vão melhorar e os próprios pacientes maiores que tem coisas mais leves tem preconceito com os que tem coisas mais graves, então isso dificulta misturar casos mais leves com casos mais graves, crônicos (...) Acho que tem muito preconceito, as pessoas não entendem o que é essa prática, principalmente o valor desse trabalho, como ele é importante, como deveria ser bem remunerado, como é desgastante (...) as pessoas acham que falta tudo, não é assim também, não é essa miséria toda, então acho que tem isso também, tem um preconceito, também é gente que usa convenio, não sabe como funciona”. (S2)

“Acho que as pessoas não são muito satisfeitas com meu trabalho, as pessoas acham um trabalho muito duro e exigente, é isso, sabe, exige muito de mim.” (S3)

“É engraçado, porque conversar sobre o trabalho com as pessoas que tem o mesmo trabalho acho que tem uma coisa de uma escuta mais refinada, que eu possa discorrer mais. Eu acho que as pessoas em geral não, tem uma coisa de achar muito legal, que bacana.. mas não estão nem aí, não dá pra ouvir muito... olha que coisa legal, que coisa bonita você faz isso que aparece”. (S4)

“Fiquei em dúvida, muito até pelo preconceito das pessoas e até da minha família (...) Isso é muito comum, porque é uma terapêutica que é grupo, então as pessoas não entendem muito o fundamento do trabalho, acham que é muito difícil e não tem resultado, a gente se sacrifica aqui, uma coisa meio voluntária, que a gente faz pelo amor ao trabalho, que não tem retorno. Não é assim, né! (...) Mas não é uma coisa que gera aquele orgulho na família, é trabalho em CAPS, não é uma coisa que gera assim, um movimento favorável, as pessoas não sabem o que é, tem que explicar, às vezes me perguntam se aqui é tudo quebrado, se tem brinquedo e eu falo: claro que tem brinquedo...sabe?” (S2)

3. Formação Profissional – Competência técnica

Essa categoria encerra subcategorias que dizem respeito ao processo de formação no qual se incluem tanto o processo de graduação quanto as atividades de aprimoramento, capacitação e especialização aos quais os profissionais se dedicaram para trabalhar na área da saúde mental infantojuvenil. A formação, no sentido definido e restrito, promove competências e habilidades para que o profissional possa atuar e atingir os

objetivos que lhe são propostos e demandados. A formação transcende o espaço técnico no qual ela se delimita inicialmente e se espraia para diversos setores da vida do indivíduo contribuindo dessa forma para a qualificação de seu estilo de vida, postura na sociedade e de sua identidade, contudo, aqui, a categorização cingir-se-á à dimensão limitadamente técnica, isto, a formação voltada ao exercício de habilidades e competência, ou mais precisamente ainda, onde obtiveram e de onde extraíram suas habilidades técnicas, como julgam as competências adquiridas ou recebidas, que tipo de competência procuram e quais as que seriam requeridas e lhe fazem falta. As falas que foram analisadas permitiram que se tecesse um quadro geral das questões diversas que caracterizaram o processo formativo dos profissionais estudados.

Para análise desse Núcleo e das categorias a ele adjuntas, decidimos dividir os sujeitos estudados de acordo com seu pertencimento ao equipamento da Prefeitura ou da OSS. Esse mesmo procedimento foi adotado em relação ao Núcleo relativo ao Contexto Institucional pelo fato de que em ambos os núcleos nos pareceu, no momento da análise, haver uma significativa distinção entre grupos de profissionais dos dois tipos de equipamentos cuja análise em separado poderia ser fecunda.

- A incompletude da formação de base

Independentemente da característica profissional todos os entrevistados relataram buscar mais formação após encerrar a graduação. A procura por aperfeiçoamento, em si, não significa demérito em relação à formação acadêmica de base (graduação) que tem seus limites e alcances naturais. A consciência e o afã de complementação técnica e teórica do conhecimento apenas indica que o profissional é consciente dos desafios que o exercício profissional lhe traz. Contudo, esse exercício profissional, o enfrentamento de desafios faz com que, em retrospectiva, o profissional sedimente certa compreensão e julgamento a respeito de sua formação de base.

[Profissionais de OSS] – “Na graduação a disciplina de psiquiatria acho que tem 30 horas e no curso técnico 10 horas, então é muito pouco quando você acha que conheceu alguma coisa, já acabou”. (S1)

“Estruturar assim, saber mais sobre a história da saúde mental no Brasil, uma coisa que não tem, não faz parte, acho que isso faz parte do currículo de psicologia, acho que alguns lugares têm, mas acho que é uma coisa que devia ter, eu fui aprender isso depois, acho que devia fazer parte da grade básica, até porque a gente está aprendendo isso e no mundo acho que as pessoas têm até tem uma ideia, mas no Brasil eu acho que é importante, como chegou nesse modelo CAPS, acho que as pessoas sabem, mas sabem de orelhada assim, não sabem de ler.” (S2).

As falas apontam tanto para a escassez (quantitativa) da qualificação técnica acadêmica, em termos de tempo dedicado ao aprendizado (S1) quanto ao conteúdo deficitário que impõe certa orientação do processo formativo incapaz de contemplar necessidades oriundas de uma nova realidade dada pelas políticas públicas contemporâneas (S2).

- As Vertentes da Formação

Observamos que os trabalhadores de OSS têm interesses significativamente diferentes dos profissionais da Prefeitura no que se refere à busca por conhecimento. Os primeiros revelam maior interesse em estudar neurologia e psiquiatria e os profissionais da Prefeitura interessam-se mais por teorias que trabalham com grupos, com questões institucionais, assim como por psicanálise.

Os profissionais do equipamento OSS participam de uma perspectiva mais clínico-individual inspirada num modelo bionaturalista de compreensão do transtorno mental ao passo que os profissionais da Prefeitura parecem estar mais direcionados a um entendimento psicosociológico do sofrimento psíquico e a uma atuação de caráter mais coletivo. Provavelmente, ambos estão alinhados ou desalinhados, respectivamente, com os direcionamentos oriundos do espírito das políticas públicas da Reforma Psiquiátrica.

Atualmente o desenvolvimento de novos saberes e tecnologias no campo da neurologia e da psiquiatria está avançando, novos medicamentos

e exames são desenvolvidos, prometendo soluções ao sofrimento psíquico que nem sempre se sustentam em longo prazo ou sem efeitos colaterais. Essa promessa tecnológica pode ser a razão dos profissionais da OSS, (que com ideais mais tecnicistas, mais jovens e inseridos em um equipamento cujas diretrizes permanecem independentes da lógica das políticas públicas) demonstrarem maior interesse nessas áreas de estudo. Enquanto os saberes grupais e psicanalíticos perdem força e rarefazem suas novidades ou invenções.

As tecnologias psiquiátricas propõem resultados rápidos e eficazes diferente da psicanálise ou análise institucional, em que a proposta de cuidado não se resume a resultados imediatos e nem tampouco se direciona a cura, mas sim a inclusão social ou ao advento de uma verdade pessoal no plano simbólico. Nesse sentido vale lembrar e repetir o alerta que BIRMAN (2009) faz a respeito da prescrição excessiva dos psicofármacos que se inscreve num projeto sociopolítico em que o desempenho das individualidades é a única coisa que interessa a sociedade moderna avançada. Assim, o sofrimento psíquico dos sujeitos perturbaria os imperativos performáticos dos agentes sociais, devendo ser regulados prontamente pela alquimia psicofarmacológica. Ele alerta sobre o prejuízo de subjetivação com a ilimitada medicalização da dor humana. A tristeza levaria o sujeito a um trabalho de elaboração psíquica sobre aquilo que foi perdido e o conduziria, pela fragilização em que foi lançado, à diminuição de sua impotência e conseqüentemente a seu enriquecimento simbólico.

[Profissional de OSS] - *“No final da residência eu comecei a pensar o que eu queria fazer, aí eu tinha interesse grande no autismo, daí eu fui fazer psiquiatria.”* (S2)

“Na graduação tem uma abordagem da infância fica muito disseminada assim, fica meio nas patologias, então eu acho que se faz uma fragmentação assim (...) Acho que é uma questão que aparece: há é um quadro neurológico, não é um caso de saúde mental, acho que tem uma discussão de uma linha muito tênue que não dá mais pra separar”. (S4)

[Profissional da Prefeitura] - *“Eu comecei a fazer um curso de formação de grupo que eu achei que era importante atender grupos, um curso de 4 anos de formação”. (S8)*

“Se eu pudesse voltar no tempo eu faria a formação em psicanálise mesmo, porque eu acho que é o lugar do saber nos serviços públicos (...) Eu faço esse papel sem me autorizar a fazer, estudo psicanálise há tantos anos e acho que dá um lugar diferente e perguntam por que você está falando assim, você é psicóloga? psicanalista? (...) O lugar do saber nos serviços públicos ficam primeiro o médico e em segundo no psicanalista.” (S5)

“Porque às vezes chegam só com a patologia, com a queixa que aquela criança tem e aí, eu gosto de ouvir a história dos pais, de onde vocês vem, como vocês se conheceram? E acho que isso diz muito sobre o que está acontecendo”. (S6).

No caso das OSS, as falas tal como exemplificadas em S2 e S4 estão nitidamente voltadas para o interesse despertado pela “doença” cujo locus ou atendimento se dá no plano individual a ser atendido em um equipamento público ao passo que nas falas dos Profissionais da Prefeitura há referência explícita a um saber que se coaduna com a lógica de uma prática pública (S5) e com uma tecnicidade vista como passível de ser operada em vista de um coletivo (“grupos”) (S8).

É importante apontar que os saberes da psiquiatria e da neurologia são explorados e difundidos principalmente por médicos e a luta corporativista entre as classes profissionais é bastante importante e presente ao longo de toda a história da saúde mental no Brasil e permanece até hoje, conforme as falas demonstram:

[Profissionais de Prefeitura] - *“Porque teve um grupo que queria defender a clínica biológica, medicalização e a gente se defendeu, era impossível, era uma coisa ou outra, era impossível (...) Era uma imposição de medicar por conta no consultório e diagnosticar se era autista, borderline.” (S5)*

“E aqui na saúde mental já tivemos situações muito opressoras, de uma invasão, de uma psiquiatria organicista, que não tem mais agora.” (S8)

[Profissional de OSS] - *“Por isso, acho que tem que misturar, acho que tem poucos médicos gerentes, talvez porque poucos médicos trabalham em CAPS (...) Por muito tempo o gerente era médico, agora não é mais, mas era, era uma coisa legal (...) O modelo está aí é CAPS, é isso que a gente está usando, não dá pra bater o pé e sair igual uma criança e falar não vou*

tratar assim porque ou concordo com o modelo, já foi, já tá aí e acho que tem muito médico que tem essa atitude (...) Acho que não tem muitos médicos como gerentes de CAPS, acho que tem muita diversidade, tem vários psicólogos, TO e dependendo de sua profissão é um posicionamento para trabalhar, não é um trabalho técnico propriamente, mas acho que dependendo de sua profissão te ajuda a pensar, seu estilo e acho que seria legal ter mais médicos nessa profissão, até pra poder discutir as coisas de um outro olhar, entendeu, que não fosse só uma questão de técnico, sabe? (...) Acho que a situação é muito complicada tanto pros outros técnicos como pros médicos, existe muita pressão política, né! Tanto de um lado como de outro, os órgãos da classe médica não aceitaram muito os CAPS, existe até uma proposta do CAPS virar tipo um CECO, um centro de convivência e a gente vê também em CAPS técnicos que não querem médicos e vê como tem que ter, né! Acho que isso tem muito a ver com os preconceitos que as pessoas carregam, com o que foi ensinado (...) Acho que é dos dois, acho assim, que o médico se colocar numa posição de cachorro excluído, de vítima: eles não me querem, eles não gostam de mim e também acho da instituição não dar muito suporte, não colocar o médico num papel, que não precisa ser de decidir as coisas, mas tem um papel aí, um papel dele, acho que tem isso (...) mas também tem uma picuinha do médico: se não puder conduzir não quero (...) então tem preconceito dos dois lados, eu acho. Acho que o CRM, CREMESP tem um posicionamento muito radical, às vezes, atrapalha, o CRP também, fica aquela coisa de conselhos classes, ficam se atracando lá e não facilitam a riqueza que é relacionar esses profissionais(...) Então, acho que não adianta tapar o sol com a peneira: “a, não quero... neurologista faz isso”. (S2)

Observamos que a disputa por poder marcada pelo corporativismo, explicitada pelo profissional da OSS, é presente e, os trabalhadores da Prefeitura se defendem do poder médico e o julgam incompatível com a clínica dos CAPSis. Entre os pressupostos da Reforma Psiquiátrica está a inexistência de hierarquia entre os profissionais, para tanto é necessário que nenhum saber seja mais valorizado que outro. As falas dos profissionais de ambos os grupos mostram que nas outras áreas da saúde o poder de médico é bastante forte:

[Profissional de OSS] – “Até que uma enfermeira em uma clínica de internação que eu trabalhei, ela me disse: ó, eu não sei se você vai se adaptar aqui, porque geralmente quem trabalha em CAPS tem mais autonomia, aqui você não vai poder deixar nem uma caneta com o paciente, que tudo tem que ser autorizado pelo médico.” (S1)

[Profissional da Prefeitura] - “Ideia de luta antimanicomial já estava se formando, e eu achei bem interessante (...) A gente tem uma formação mais

rígida, mais voltada pra hospital, bem hierárquica, equipe, modelo medicalocêntrico, restrições, o saber médico e aqui era o oposto, a gente tinha 3 psiquiatras aqui e eles discutiam com a gente, não estavam medicando, não estavam nesse modelo, então assim, bem legal.” (S6)

Portanto, o campo da saúde é marcado pelo poder médico e os profissionais (principalmente os médicos e enfermeiros) se formam nesse modelo e ao ingressar no campo da saúde mental se deparam com a tarefa de mudar de paradigma ou perpetuá-lo, desvirtuando assim as propostas da Reforma Psiquiátrica. Nós somos determinados por nossas experiências e modelos que tivemos e nos transformar após anos de aprendizado e prática não é tarefa fácil. Assim, para ocorrer alguma mudança de paradigma é fundamental que haja treinamento e formação nos CAPSis em consonância ao que a Reforma Psiquiátrica preconiza, e algum esforço em transformar a formação na saúde em geral, o que é bastante complexo devido às diversas forças e interesses em jogo.

- Escassez de Formação e de Recursos Humanos e sentimento de Solidão

Ambos os grupos de profissionais (OSS e Prefeitura) relatam sentir carência no que se refere à oferta de capacitação pelos CAPSis e, conseqüentemente, interesse em ter mais formação para lidar com crianças e adolescente em sofrimento psíquico. Além disso, eles se mostram atentos à escassez de recursos humanos, tanto para trabalhar na área da saúde mental infantojuvenil, como para formar pessoas para tal trabalho:

[Profissionais da Prefeitura] – *“Sempre foi pouquíssima coisa ofertada, hoje então nada pode, é uma falta de investimento mesmo na formação e nos profissionais (...) Eu fiz uma de gerente (suspiro) que eu fiz porque a gerente falou e foi uma briga pra ir, foi como se fosse um encontro.” (S5)*

[Profissionais da OSS] – *“Aqui tem uma questão que é formação acadêmica, capacitação e/ou treinamento (...) Muitas poucas pessoas, elas sabem dar treinamento nessa área e a gente estabelece trocas entre pessoas que trabalhavam no CAPS infantil, porque a maioria delas não conhecem, é uma sub especialidade (...) Então raramente a gente consegue algum curso e quando consegue é muito disputado, é bem difícil, eu mesma fui convidada para dar um curso de capacitação lá no CAPS Itapeva, então você vê que é difícil encontrar pessoas que se habilitam, que conheçam ou que vão atrás*

de se capacitar, ou que vem aplicando a teoria na prática, nem todo mundo consegue fazer isso ou tem a oportunidade de fazer isso (...) tem muito pouco documentado sobre como é o trabalho das enfermeiras ou da enfermagem, tudo que a gente conhece é por encontros, trocas, falta algo que auxilie um enfermeiro novo a entrar nessa área ou escolher trabalhar nisso, então acho que hoje, como a gente tá atuando no campo, acho que uma melhoria seria o que foi proposto, publicar mais, divulgar esse trabalho, para que outras pessoas optem por essa área (...) Temos que ajudar as pessoas a produzir mais literatura sobre isso". (S1)

"Está abrindo muito CAPSi e agora vai surgir um problema de mão de obra, porque está abrindo demais, muitos CAPSi, adulto, ad e não sei onde vai ter gente pra trabalhar em tantos CAPS com perfil (...) Não sei, talvez tivesse que pensar em capacitação, é muito difícil pensar no nosso processo de trabalho cotidiano, se pudesse escrever, como é a rotina nos CAPS, mas em linhas gerais, acolhimento, supervisão de caso, terapêutica, interna e externa, mas assim é uma prática que exige muito jogo de cintura, muito, muda muito, tem dia que está tudo tranqüilo, tem dia que acontece uma crise (...) Então é uma experiência peculiar (...) Mais capacitação do pessoal da atenção básica pra fazer detecção precoce de determinadas coisas, pra já poder encaminhar e a gente já poder ir vendo (...) Acho que precisava, o CAPS poderia tratar bebês assim, bebezinho, fazer alguma coisa já bem pequenos. Que mais: acho que os CAPS adultos precisam ser mais capacitados pra receber os nossos pacientes quando eles crescem". (S2)

A necessidade, demandada pelos profissionais de mais formação revela, por um lado, a complexidade do trabalho no campo da saúde mental infantojuvenil aliada, por outro lado, à falta de capacitações ofertadas pelo serviço. Podemos refletir sobre a recente existência do modelo de atenção psicossocial e, portanto, acerca do desconhecimento dessa forma de cuidado por parte de muitos profissionais da área da saúde, conforme as falas a seguir explicitam:

[Profissional da Prefeitura] - "Não, eu entrei mesmo sem saber o que era, estou em CAPS há 10 anos, eu prestei concurso, eu escolhi aqui por ser infantil, eu nem sabia que era saúde mental". (S7)

[Profissional da OSS] - "Assim, tinha algumas ideias gerais de como devia ser, mas não tínhamos um plano como ia ser exatamente, mas não tinha trabalhado ainda com criança e não tinha trabalhado em CAPS. Algumas pessoas já tinham trabalhado em CAPS, mas a maioria não tinha trabalhado nunca, algumas tinham trabalhado em hospital, outras com adulto só." (S2)

Se o serviço CAPS, por ser relativamente recente, promove a possibilidade de criar novas formas de intervenção para tratar pessoas em

sofrimento psíquico não deixa, contudo, de gerar sentimentos de desamparo e desconhecimento de como agir, conforme as seguintes falas indicam:

[Profissional da Prefeitura] – “Durante alguns meses o CAPS ficou sem gerente, então a gente ficou meio livre assim, de como ia ser e quando a gerente veio, daí organizou e a agente começou a ter um direcionamento, ela não tinha experiência em gerência em CAPS infantil, ela tinha experiência em trabalho em CAPS infantil e a gente foi construindo junto (...) tinha gente que não tinha nenhum contato com Saúde Mental, não sabia nem as coisas básicas, eu lembro muito da gente sentado e as pessoas perguntando: o que é depressão? Daí fizemos um glossário, tipo anotando, depressão é... (...)E assim, acho que as pessoas não tinham muito direcionamento político (...) Então, por um lado foi bom que as pessoas vieram meio cruas assim, não vieram muita bagagem ideológicas, mas por outro lado não sabem o que significa socialmente, idealmente, e eu mesmo, tinha essa noção histórica, mas muito mastigada, um pouco estereotipada.”(S2).

Podemos aventar, a partir dessas falas e de suas análises, a hipótese de existência de um profundo divórcio, desentendimento e ausência de interlocução entre as instâncias formativas dos Serviços e da Academia. As primeiras esperam e entendem que profissionais sejam formados academicamente de acordo com a nova realidade inaugurada pela Reforma Psiquiátrica envolvendo novos saberes e outras lógicas de cuidado, enquanto as segundas ignoram, desconhecem e não contemplam em seus currículos a nova realidade. Presos nessas representações, os profissionais vivem num limbo de competências, habilidades e pensamentos que dão origem à improvisação e à angústia.

Outro aspecto observado foram as queixas, por parte dos profissionais, originadas pelo sentimento de solidão no cotidiano de trabalho. Inferimos que a falta de formação oferecida pelo serviço, principalmente de supervisão, que foi enfatizada como importante por muitos entrevistados, possa ocasionar tal sentimento, conforme a seguinte fala indica:

[Profissional de OSS] - “A gente acaba fazendo cada um por conta, sozinho e é difícil, acho que precisava de alguém de fora que sei lá, tivesse uma visão institucional, olhasse pro todo. Acho que uma instituição tem que estar afinada.” (S3)

O sentimento de solidão é relatado com mais frequência pelos trabalhadores do CAPSi da OSS do que pelos da Prefeitura. Isso pode ser decorrente da maneira com que cada grupo se articula na busca por formação: enquanto a atitude dos profissionais da Prefeitura é de união, dividindo os custos de uma supervisão institucional ou formando grupos de estudo, os profissionais da OSS tendem a agir individualmente na busca por capacitação:

[Profissionais da Prefeitura] - *“Tiveram momentos difíceis aqui, a gente passou por outras supervisões, teve uma época que a gente conseguiu pelo Ministério, mas teve uma época que a gente teve uma supervisão institucional que era pela Prefeitura e depois deixou de ser e a equipe que resolveu bancar e foi um movimento interessante assim”.* (S8)

“E aí fui fazendo o curso, lá conheci muitos psicanalistas e desde então, faz 7 anos que boa parte da minha sala continua estudando junto”. (S5)

[Profissionais da OSS] - *“Nos CAPS a capacitação e formação é muito individual (...) As competências acho que a gente acaba buscando muito mais individualmente (...) Então, autonomia a gente tem e acho que tem bastante, mas isso às vezes se perde como uma coisa muito solitária, entendeu?”.* (S4)

“Supervisão é algo que deveria acontecer pela saúde do trabalhador, acho que faz falta e precisa muito assim, a gente fica muito mergulhado nas coisas aqui e precisa de uma separação sabe, uma ajuda de fora seria importantíssimo. (...) Por exemplo, se tivesse uma supervisão que olhasse pra isso a gente podia agir menos, podia separar do pessoal sabe, o que cada um tem com cada um, acho que acaba ficando muito no pessoal, sabe”. (S3)

“Mas é difícil pra mim, eu fico muito solitária, eu perdi muito o contato que eu tinha com elas, o contato de colega de trabalho é diferente, a posição de gerência é uma posição muito solitária, é um pouco da instituição, porque você não pode ter, não vai ter a mesma relação (...) Num CAPS isso é mais gritante, porque se fosse em uma unidade básica continuaria no mesmo, mas em um CAPS você se relaciona muito, trabalham juntos, vão comer junto, saem junto e assim fica um pouco difícil, eu perdi muito a convivência... até por conta do próprio constrangimento, é difícil separar os papéis né! Rs!!”. (S2)

Essa atitude marcadamente diferente de cada grupo de profissionais pode estar relacionada ao tema discutido no Núcleo “As Vertentes da Formação” em que debatemos sobre as características socioeconômicas e

culturais atuais em comparação com a época em que os profissionais do CAPSi da Prefeitura ingressaram no mercado de trabalho. Os profissionais da OSS vivem em um contexto mais competitivo e individualista, enquanto os profissionais da Prefeitura, embora ainda estejam no mercado de trabalho, tiveram sua inserção em outro contexto, seus contratos de trabalho e, portanto, vínculos - tanto com a instituição, como com os colegas – são marcados pelas trocas e união. Há ainda que se mencionar a lógica particularista e a lógica pública que matizam as atuações respectivas desses profissionais.

Nesse sentido, DEJOURS (2004) acrescenta que as novas patologias relacionadas com o trabalho são antes patologias da solidão, devido à desestruturação das formas clássicas de solidariedade todos estão psicologicamente cada dia mais só.

Outros fatores, relatados, que podem contribuir para o sentimento de solidão, que caracterizam ambos os grupos são: a falta de incentivo pelas instâncias superiores para a realização de formações fora do serviço; a existência de um aprendizado teórico relativamente desconectado do domínio técnico e do desenvolvimento de habilidades em situação real, ou seja, há grande distância entre as necessidades reais do serviço e os treinamentos oferecidos, que são citados pela grande maioria dos sujeitos:

[Profissionais da Prefeitura] - *“Não é bem capacitação, eu quero ir no “lugar de vida” em uma palestra do xxx eles me deixam ir lá, mas eu vou pagar (...) Mas eles oferecem uma formação em capacitação, é tem que sei lá, processamento de dados, ai eu posso ir... Então tem que estar muito ligado, então não é uma capacitação, é aleatório, não sei onde eles arrumam. Agora tem uma capacitação da escola paulista de como conter, entende? Vai todo mundo aprender contenção e eu nunca tive que conter ninguém, e dizem: CAPS tem que aprender a fazer contenção. Aonde? Entende?! Chamam de capacitação, vira e mexe tem eu acho longe do que eu faço”. (S5)*

“Mas eu sei que não conto com meus gestores, porque qualquer problema eles tiram a responsabilidade deles e colocam em cima da gente, isso é muito complicado (...) A gente sabe que a responsabilidade disso vem pra nós e a gente vai sentindo o peso disso, então, às vezes eu vou pra casa,

por exemplo, hoje é sexta feira, então as vezes eu atendo alguém aqui e eu vou pro fim de semana pensando o que vai acontecer com esse caso. (S6)

[Profissionais da OSS] - *“A gente tem a supervisão, mas eles falam muito pouco sobre essa área, então tudo que eles nos traziam de planilha, indicadores, gráficos, não faço nada disso, não faço inalação, é diferente a atuação nossa”. (S1)*

- Reversibilidade – Estudar Mais

Por “reversibilidade” estamos denominando um processo que pode ser denominado de retrospectividade o que em termos práticos pode ser traduzido pela seguinte questão: “o que você faria de diferente se pudesse voltar no tempo?”.

O sentimento de solidão relatado pelos profissionais e a falta de recursos para lidar com as situações de trabalho nos CAPSI, que relacionamos à distância entre o aprendizado teórico e a prática cotidiana dos serviços, à falta de investimento pelas instâncias superiores, assim como ao contexto capitalista atual, muitas vezes não podem ser trabalhados e elaborados no cotidiano dos serviços, até mesmo pela falta de lugar institucional para isso. Dessa forma, aventamos a hipótese de que profissionais atribuem a si próprios a responsabilidade por suas competências. Constatamos, assim, que eles se arrependem de não ter estudado mais e relatam que se pudessem voltar ao tempo estudariam mais, como se fosse a solução para as dificuldades enfrentadas no trabalho:

[Profissional da Prefeitura] - *“Eu teria estudado mais, eu acho (...) Mas estou bem cansada até de buscar outras coisas, mas eu sinto sim umas lacunas, coisas que eu gostaria de trazer, mas não adianta olhar pra trás”. (S6)*

“Acho que estudaria um pouco mais, faria uma faculdade”. (S7)

[Profissional da OSS] - *“Hoje estando aqui, eu sei que talvez eu pudesse ter aproveitado mais uma coisa ou outra, ter estudado mais coisas que eu não estudei, buscado mais experiências onde eu não tive”. (S3)*

Diante de dificuldades podemos atribuir a responsabilidade ao mundo externo ou a nós mesmos, o que é uma atitude mais complexa, pois temos que lidar com os sentimentos decorrentes disso. Observamos que ocorre

uma auto-culpabilização dos profissionais pelas dificuldades encontradas no trabalho, que pode ser positivo por fazê-los estudar mais ou algo negativo se os fizer desanimar diante da árdua tarefa que têm. É importante ressaltar que o campo da saúde mental abrange um conhecimento infinito, de forma que sempre se pode estudar mais e não parece ser a falta de estudo dos trabalhadores o que ocasiona as dificuldades enfrentadas no cotidiano dos CAPSis.

- As Possibilidades Materiais dadas pela Formação

Quando se escolhe uma determinada profissão e se dedica ao aprendizado necessário ao seu exercício há, como temos descrito, uma série de situações e motivações envolvidas que vão desde a satisfação pessoal, das injunções oriundas da família ou do grupo social imediato, das oportunidades que contingentemente se apresentam, da aderência a certos valores ou propósitos de vida, até àquelas capazes de prover o sustento material necessário e desejável na vida. Todos esses elementos se articulam, interagem e se hierarquizam sem que se possa atribuir, a priori, a cada um deles um determinado peso.

Nessa categoria analisamos as falas que se referem às possibilidades materiais ofertadas pela formação e que dessa forma influenciam a procura por aperfeiçoamento.

Os motivos da busca por mais formação ou capacitação também são diferentes entre os dois grupos, os trabalhadores de OSS procuram aprimorar-se na profissão para ter emprego, enquanto os profissionais da Prefeitura mostram-se interessados em familiarizar-se com as teorias versando sobre a subjetividade humana, portanto, ter uma profissão que faça sentido social e subjetivo. As falas a seguir explicitam tais apontamentos:

[Profissional da OSS] - *“E quando conclui a faculdade, a faculdade forma a gente como generalista, então a gente tinha que para trabalhar optar por uma subárea para poder exercer nossa profissão, saindo da graduação a*

gente não tinha nenhum emprego a vista porque não tinha experiência e nenhuma pós”. (S1)

[Profissional da Prefeitura] - *“Eu comecei a ver o que eu ia fazer de formação pra estar aqui (...) Fui fazer a formação no instituto “A CASA” formação de análise institucional, fiquei 3 anos, conclui e a partir daí fiquei estudando e fazendo grupos de psicanálise, porque na casa o primeiro ano do curso era psicanalítico, aí eu já me interessei”. (S5)*

- O Valor do estudo

A despeito dessas diferenças relativas ao processo de opção por uma formação, sendo uma voltada diretamente a uma consequência material, isto é, a formação e seus aperfeiçoamentos definidos em relação à obtenção de emprego enquanto que a outra fulcrada numa situação profissional já dada e conectada a interesses de ordem da satisfação intelectual. É certo que o estudo, a formação e a academia têm grande valor para todos os entrevistados.

Os CAPSis são equipamentos relativamente recentes, de modo que, as trocas de experiências, assim como a divulgação do trabalho realizado em cada um deles são sentidos como maneiras de inspiração e renovação para trabalhos que se sucedem, conforme as falas indicam:

[Profissionais da Prefeitura] - *“E acabei vindo pro xx infantil da xxxx e era maravilhoso (...) O pessoal produzia... A formação dá grande sustentação no trabalho (...) E a formação da equipe, curso, seria a grande expectativa”. (S5)*

“teve um encontro de saúde mental em 94 que foi um momento muito importante foi a primeira vez que falamos da experiência daqui, depois acabou virando capítulo de um livro, teve meu trabalho mesmo de mestrado que apresentei em alguns congressos, até em Cuba em um congresso”. (S8)

[Profissionais da OSS] - *“Acredito que a todo momento a gente tem sempre que freqüentar cursos, a gente vai em fóruns, encontros, porque é uma coisa dinâmica e nunca vai parar e sempre tem que estar atualizado”. (S1)*

“Acho que é um trabalho que sempre precisa estar em formação, acho que não tem como falar, a hoje eu depois de 20 e poucos anos eu entendo muito mais de autismo, psicose, grupo, e de famílias, mas é sempre inquietante, não tem como, acho que trabalhar com crise, com esse tipo com essas

peessoas nessas situações é estar sempre nos convocando a pensar, a criar, a reinventar, a desenhar, redesenhar”. (S8)

“Fiz uma supervisão mais sistemática e acho que contribui pra você se colocar de uma forma diferente no trabalho, acho que fazer um curso tem a possibilidade arejar um pouco e ter a possibilidade de mudar e arejar a prática”. (S4)

Observamos que os profissionais de ambos os grupos (OSS e Prefeitura) vêem nos cursos, supervisões e discussões os alicerces para a prática, a sustentação do trabalho, além da possibilidade de algo novo acontecer.

Nesse prisma, PEDROSO (2008) aponta que um dos fatores que motivam o trabalho é a atualização profissional, obtida pela formação contínua. Ele indica que as instituições onde ocorre aprendizagem constante diferem de instituições controladoras, pois o aprendizado tem o potencial de produzir movimento e fazer com que as forças instituintes possam emergir constantemente, evitando-se assim que as práticas se institucionalizem, isto é, se petrifiquem.

Essa consideração ganha ainda mais força quando se trata do campo da atenção psicossocial, pois, uma vez que os problemas de saúde mental relacionam-se à estagnação ou dificuldade de se instaurar o novo na vida dos sujeitos em sofrimento, um dos desafios do profissional é produzir movimentos no processo de cuidado dessas pessoas.

- Origem das competências

A formação ou o estudo mostra-se como algo que se situa além da mera condição de instrumento para realizar o trabalho em CAPSi. Essa transcendência indica que na formação obtida no trabalho reside um dos sentidos e motivações para os profissionais. Eles buscam o saber para lidar com crianças e adolescentes em sofrimento psíquico em diferentes fontes, de modo que as origens desse conhecimento são diversas:

[Profissional da Prefeitura] - *“Ai eu comecei a fazer supervisão individual fora daqui pra entender melhor os casos daqui”. (S8)*

Podemos inferir que os profissionais, além de uma busca por aprimoramento profissional, busquem pessoalmente conhecimento nesse campo, pois investem seu tempo e dinheiro fora do contrato de trabalho para se aprimorar.

[Profissional da Prefeitura] - *“Nesses anos todos de serviço público, já teve supervisão paga (...) Tem época que tem e época que não tem, mas é mais pagando que tendo(...) Tivemos pagando 3 pra 4 anos (...) A gente junta e divide pra poder ter a supervisão, depois cansou de pagar e aí nos conseguimos 2 anos pela PUC, olha que loucura, era uma verba pra região sudeste e ficou uma briga, porque outros lugares também queriam, sudeste começa no Jabaquara e vai até Formosa, e era pra um, então foi um rodízio e a supervisora ficou um ano pra começar a receber.”(S5)*

Por fim, observamos que além de cursos e supervisões todos os trabalhadores, tanto da OSS como da Prefeitura vêm como importante e valiosa fonte de aprendizado o cotidiano do serviço, que envolve tanto os usuários e suas famílias, como os colegas de trabalho, ou seja, as relações interpessoais permanecem muito valorizadas no trabalho em CAPSi, assim como o trabalho em equipe, que apesar de ter sua importância mais enfatizada pelos profissionais da Prefeitura, é também valorizado pelos profissionais da OSS, conforme as falas demonstram:

[Profissional da Prefeitura] – *“Então, minha prática no CAPSi foi aprendida trabalhando no CAPSi, não tem muito o que falar, foi mesmo vivenciando”.* (S2)

“Acho que minha formação contribui muito para o meu trabalho as oportunidades que eu tive na faculdade de entrar em contato com outras áreas tive oportunidade de estudar bastante saúde mental na faculdade, acho a prática no meu trabalho ajuda, acho que a formação me dá vários recursos, mas a prática, o dia a dia do trabalho é importante, não tem como você aprender na academia, tem coisas que é só na prática”. (S3)

[Profissional da OSS] - *“A capacitação, o treinamento é no dia a dia das colegas, o trabalho no dia a dia vai aprendendo, com os colegas, no dia a dia”.* (S7)

[Profissional da Prefeitura] – *“Acho que isso é uma coisa meio dúbia, bom, mas difícil também, e a mesma coisa com a formação de equipe, as pessoas são contratadas e nunca trabalharam com isso, desse grau, com essa intensidade, fez estágio na faculdade(...) [Mas nunca viveu isso, decisões coletivas, não individual (...)] e isso exige uma maturidade que leva tempo,*

então vai além do técnico e isso é uma coisa muito própria de CAPS, mas não nasce sabendo isso, exige um grau de maturidade, então tem que estar todo mundo adulto, com um grau de maturidade e ainda tem que saber a técnica, então é um trabalho muito peculiar, então tem que ter muita conversa, muito jeito e isso exige maturidade, paciência, realmente não é pra todo mundo, não acho”. (S2)

Observamos que além das competências técnicas, a maturidade, que é um atributo pertencente à instância pessoal, é um atributo visto como fundamental para execução de um bom trabalho em CAPSi, indicando o tema do próximo Núcleo, no qual discutiremos a via de mão dupla que a vida pessoal e a profissional formam, assim como as condições emocionais do trabalhador de saúde mental infantojuvenil.

4. Subjetividade

Neste Núcleo estão contidas as falas que dizem respeito ao impacto e ao sentido que a vida e a formação profissionais têm na vida pessoal, isto é, nas instâncias da existência do sujeito que não estão necessariamente conectadas com o exercício do trabalho. Por se tratar de um Núcleo pautado na apreensão da subjetividade dos Profissionais de CAPSi, fica claro que não se tratam de dados oriundos de mão única, mas de um processo de interação. A subjetividade se dá sempre num contexto de re-conhecimento (do *conhecimento* do objeto, do outro, pelo sujeito e do *re-conhecimento* do sujeito pelo outro). Estudaremos, pois tanto o impacto e o sentido que a vida e a formação profissionais têm na vida pessoal como a influência que a vida pessoal tem no trabalho e, conseqüentemente, como a vida profissional transforma constantemente as formas de ser, pensar, agir e sentir do sujeito.

- Dificuldades e queixas no trabalho

Muitos dos profissionais julgam seu trabalho como complexo, intenso e um tanto angustiante, chegando a questionarem-se o que os mantém nesse ofício, conforme as seguintes falas mostram:

[Profissionais da OSS] – “Isso é um trabalho muito difícil, com todas as facetas, até direito das crianças, então você vira um bombril assim, faz varias coisas, tem dias tranquilos e dias que tudo acontece.” (S2)

“Por isso você tem uma agenda fixa, não tem tempo para pensar, pra refletir durante o trabalho, sabe? Você atende uma pessoa e depois de 10 minutos já tem outra, grupos, muita coisa, muita historia, muita gente (...) Mas a gente acaba se virando e fazendo acontecer, mas faz falta ter um apoio do governo, ter um lugar apropriado e isso gera insatisfação, junto a uma rotina muito pesada e cansa, sabe, difícil, dificulta mas acho que o trabalho em si já é muito pesado e acho que justamente por ser pesado precisaria de maior apoio, se a gente tivesse mais apoio do governo ajudaria, mas ainda assim não ficaria fácil, mas não tem ai piora tudo” (S3)

“Mas também pela angústia desse outro trabalho, quando eu vim fazer entrevista nesse CAPS acho que eu vim talvez com a intenção de deixar o outro trabalho no outro CAPSi.” (S4)

[Profissionais da Prefeitura] “Só trabalho aqui, né atualmente só trabalho aqui, cuido das minhas coisas de casa, faço grupo de estudo e acho que o CAPS tem me consumido muitas horas e tem sobrado pouco tempo pra mim (...) Uma coisa que hoje é muito difícil, mas se voltasse atrás e pudesse trocar eu teria que ter saído dessa área, não tem como mudar (...) Acho que tem muitas insatisfações, aqui, dentro da instituição, atualmente a gente tem falado mais das insatisfações. (S5)

“Esperar o trabalho com infância, acho que ao mesmo tempo que criança tem transtorno, comportamento que tá afetando a vida dela ela também é um corpo em desenvolvimento, ela também é um ser em desenvolvimento e temos que lidar com tudo isso, aquele corpo que está crescendo, que tem uma patologia, tudo junto, né, é muita angustia que você tem que trabalhar e lidar com certas realidades que as pessoas não sabem que isso existe, eu vejo coisas aqui escabrosas, as pessoas se espantam e eu não me assusto muito, quando alguém vem me contar algo chocada, não me choca, me chocam as coisas que vejo aqui, né!” (S6)

“Acho que são poucos profissionais nesse CAPS, né! São pessoas que aposenta ou pede transferência e não põe outras pessoas no lugar e acaba sobrecarregando, né, um colega precisa faltar e fica sobrecarregado.” (S7)

“Eu vejo que tem momentos desgastantes, eu fico pensando: o que eu estou fazendo aqui, porque eu não faço outra coisa (...) Meu trabalho é um trabalho complicado.” (S8)

Além das dificuldades enfrentadas no cotidiano de trabalho, todos os entrevistados se queixam da baixa remuneração ou citam o grande peso que as questões financeiras têm em suas decisões profissionais.

[Profissional da OSS] - “Insatisfeita eu estou com o salário, né, podia ser um pouquinho mais, já tem bastante problema pra solucionar (...) Trabalho 40 horas, é bem “puxadinho”, então quando penso no salário penso que queria mais.”(S1)

“Podia ter um retorno melhor, né! Eu acho. É muito peculiar, podia ter um retorno melhor, tem uma história de ter 2 férias por ano, não sei se a gente consegue isso. (S2)

“Agora não tem como não ficar insatisfeito com algumas coisas, sabe, o salário que é muito baixo, espaço físico, com o SUS, sei lá, RS! Tudo que a gente poderia ter e não tem, acho que muito do nosso trabalho depende da gente assim, a gente poderia ter muitos outros recursos, sabe?” (S3)

[Profissionais da OSS] - “Bom, é atualmente eu tenho 2 trabalhos em CAPSi e acho que fica muito corrido, na verdade, acho que conciliar 2 trabalhos foi por uma questão financeira (...) Esse foi um trabalho que acabei deixando, por uma questão de tempo e financeira”. (S4)

[Profissional da Prefeitura] - “Apesar de ser ainda um serviço com muito pouca recompensação financeira, que isso é uma coisa que se eu fosse mudar eu teria que sair dessa área”. (S5)

“Na vida pessoal eu acho que não tem grandes insatisfações tem os conflitos normais, mas eu acho que a questão assim, do trabalho é a questão financeira, acho que a gente é uma área muito pouco remunerada, a área da saúde em geral, muito pouco reconhecida, a área do serviço público é muito ruim.”(S6)

Uma das formas citadas especificamente pelos trabalhadores da Prefeitura para lidar com as dificuldades cotidianas é a militância, assim como a luta sindical, diferente dos profissionais da OSS, que tendem a lidar com as dificuldades do trabalho e com a baixa remuneração, procurando e realizando outras atividades, incluindo outro emprego. Em consonância a isso, o questionário nos mostra que entre os 4 profissionais da Prefeitura apenas 1 tem outro emprego além do CAPSi, enquanto 3 dos 4 profissionais da OSS têm outra atividade remunerada.

[Profissional da Prefeitura] - “Pra amenizar minha angústia e minha insatisfação eu fui buscar, eu fui num caminho da luta sindical, por conta disso, pelo menos eu estou lá tentando fazer alguma coisa, não é muito meu estilo, mas eu sempre estive lá no meio, tentando fazer algo (...)“Era uma prefeitura, na época do PSDB, mas a secretaria de saúde era do PCB e isso fazia uma diferença muito grande”. (S6)

“A militância tem um papel em meu jeito de viver e a forma de seguir”. (S5)

[Profissional da OSS] - “Quando eu fui trabalhar com gerência foi uma coisa que fez muita diferença, não é técnico né, foi bom pra mim, tem sido bom pra mim, nesse sentido que eu consigo trabalhar com outras partes da minha mente, do meu cérebro, coisas que eu não uso normalmente, acho que é uma coisa da saúde mental, vejo que muitas pessoas fazem isso, a cada 2 anos mudam de tipo, continuam na saúde mental, mas mudam o tipo, ou fazem várias coisas ao mesmo tempo, tem consultório e trabalha em instituição, é professor, acho que é uma coisa que alivia, acho importante. Ficar numa instituição só ou em 2 CAPS, por exemplo, é muito massante”. (S2)

“Bom, é atualmente eu tenho 2 trabalhos em CAPSi e acho que fica muito corrido, na verdade, acho que conciliar 2 trabalhos foi por uma questão financeira, mas também pela angústia desse outro trabalho, quando eu vim fazer entrevista nesse CAPS acho que eu vir talvez com a intenção de deixar o outro trabalho, mas me pareceu interessante conciliar as duas coisas.” (S4)

Observamos que os profissionais das OSS não relataram em seus discursos forma alguma de militância, luta política e sequer citaram questões partidárias, como se isso não tocasse seus trabalhos e talvez não o toque. Podemos aventar a possibilidade de eles manterem-se distantes e menos atentos às questões políticas quando comparados aos profissionais da Prefeitura, uma vez que seu empregador é uma instituição terceirizada e quem lida com as instâncias governamentais mantém-se longe de seus cotidianos. Além disso, no momento em os profissionais da OSS se interessaram pela saúde mental é bastante diferente do momento em que os profissionais da Prefeitura o fizeram, nesse sentido:

A formação de recursos humanos é outro desafio fundamental. A maior parte dos novos profissionais da rede é formada de jovens que não passaram pelo processo de luta política e ideológica que envolveu a criação do movimento antimanicomial, não viveram o intenso intercâmbio com figuras emblemáticas desse movimento no nível internacional, como Basaglia, Foucault, Rotelli e outros, em suas vindas ao Brasil. Boa parte desses profissionais se tornou adulta num momento da vida do país em que as grandes bandeiras de transformação política já tinham se tornado história, momento em que a própria esfera da política começou a experimentar um esvaziamento que só fez se acentuar desde então (BEZERRA, 2007, p. 2).

Nesse prisma, para MARAZINA (2011) os profissionais “recém-chegados” no campo da saúde mental, que não participaram da fundação da luta antimanicomial, encontram-se em um dilema em que pesam, por um lado a militância e, de outro lado, os interesses corporativos e pessoais.

A despeito das diferenças entre os profissionais da OSS e da Prefeitura nas queixas referidas à complexidade do trabalho, desgaste e baixa remuneração, todos os entrevistados relatam a dificuldade em lidar com os resultados subjetivos e de difícil mensuração do trabalho em CAPSI e dizem que as satisfações não são facilmente percebidas, pois são muito sutis e encontradas em pequenas conquistas:

[Profissional da OSS] - “Outra coisa, não é um trabalho que gera dinheiro, não gera produto, e isso é uma coisa difícil pras pessoas entenderem, o valor disso. Tem um valor enorme, mudar a história de alguém, mas o que a gente espera? A gente não espera uma carta de agradecimento, é mais sutil, mas daí as pessoas não entendem (...) Acho que sim, tem uma questão, uma questão pra validar esse modelo, que se gasta muito dinheiro, será que isso dá certo, é difícil avaliar o resultado, o resultado é muito subjetivo (...) E também o seguinte: a gente não tem muita aderência, então os tratamentos são lentos, demora.” (S2)

“Acho que a satisfação, é engraçado, são em coisas pequenas assim, você tem que estar muito atenta pra não perder isso, é na relação com o sujeito, o que você conseguiu ali, quando você vê resposta, com o sujeito, com a família ou com o grupo, acho que muito com os pacientes, dá uma satisfação bem grande em relação ao trabalho que a gente está fazendo”. (S4)

[Profissional da Prefeitura] – “E o que me gera satisfação é a evolução, evolução, eu acho que a gente faz um trabalho mais interno e tem muita crítica ao nosso trabalho e eu não sei se é certo ou errado, mas as crianças estão melhores, as famílias estão mais felizes, hoje uma criança que não saía de jeito nenhum com a mãe contou que teve uma experiência muito bacana, pra toda família, então esse tipo de coisa me dá satisfação.” (S5)

Para HALLACK e OSÓRIO DA SILVA (2005) a reclamação seria uma poderosa forma grupal de vinculação, na tentativa de resistir à doença e expressar um sofrimento, elas são produzidas pela subjetividade resultante dos laços discursivos do coletivo nas instituições quando não há autogestão e trabalho criativo. Assim, podemos aventar que os profissionais de CAPSis

diante da desvalorização de seu trabalho (que é pouco remunerado e de difícil visualização dos resultados) tenham como último mecanismo de defesa contra o adoecimento a reclamação, que encontra-se no campo simbólico, do discurso e de acordo com DEJOURS (2003) permite a elaboração mental e canaliza a irritação preservando a execução da tarefa, sendo preciosa, nesse ponto de vista.

Os profissionais relatam algumas dores e doenças físicas e psíquicas, eles nem sempre as relacionam ao trabalho que exercem, no entanto, podemos supor que sejam conseqüências das dificuldades enfrentadas que se não podem ser trabalhadas e discutidas ou até reclamadas, tornam-se sintomas, algumas vezes físicos, no corpo dos trabalhadores:

[Profissional de Prefeitura] - “Hoje eu tenho muita dor nas costas, entrei na menopausa precocemente e eu tenho muito medo de ter que parar de fazer esse clínica, tenho medo de não conseguir mais sentar no chão (...) Tenho problemas de saúde, de coluna, e eu fico muito cansada, muito, muito, muito cansada, tomo muito remédio pra dor.”(S5)

[Profissional da OSS] - “Não tem como sair daqui sem carregar sabe, então acho que isso, eu precisei na minha vida achar espaços para me aliviar, pra me separar, pra encontrar e meios de me deixar saudável, sabe? Trabalhar acho que na saúde mental exige isso assim, do profissional sabe, se você deixar você vai adoecendo junto, sabe, pra mim pelo menos, é fácil você ser contaminado, então chega em casa e tem tempo pra pensar, elaborar, então tem que tomar esse cuidado, se não eu fico doente, cansada, sem energia, isso é muito presente e acontece muito aqui então leva a ou não deixar afetar muito ou buscar saúde fora daqui (...) Tem uma insatisfação de as vezes, acho que é uma luta buscar esses pontos de saúde na minha vida pessoal, é uma exigência que eu faço porque eu preciso e quando não consigo gera insatisfação.” (S3)

- Sentido do Trabalho para os profissionais

Essa Categoria visa compreender os sentidos que os profissionais de CAPSis atribuem ao seu trabalho, que se relacionam à instâncias da vida pessoal dos entrevistados como os gostos e preferências pessoais. A despeito de todas as dificuldades relatadas, alguns fatores movem os trabalhadores a continuar suas tarefas e, novamente observamos algumas

diferenças no que se refere aos sentidos que os profissionais de OSS e os profissionais da Prefeitura atribuem ao seu trabalho.

Os trabalhadores de OSS revelam interesse em ganhar experiência profissional na rotina institucional dos CAPSis que tem muitos casos diariamente e todos têm a oportunidade de atuar. Observamos que o interesse clínico também se revela como um sentido atribuído ao trabalho em CAPSi pelos profissionais da OSS:

[Profissionais da OSS] - “Eu estou satisfeita com o trabalho que estou fazendo, de ter essa oportunidade de trabalhar mesmo, porque tem muito trabalho aqui, muita oportunidade para eu aprender acho que me acrescenta muito profissionalmente esse trabalho por tudo que ele oferece, muita experiência, poder trabalhar com paciente, no individual, grupos, poder trabalhar crianças, adolescentes, famílias, grupo de pais, poder trabalhar com a rede, com outros profissionais, então é muito rico profissionalmente, acho que é uma coisa que eu almejava e é uma experiência pra sempre, sabe pra mim isso é meu maior ganho mesmo (...) Mas acho que é isso, uma área de trabalho muito rica pra esse momento profissional. (...) Meu objetivo acho que sempre foi clinicar, ir pra clínica, não sabia em que ambiente, se seria particular, em instituição não tinha ideia, mas hoje estou satisfeita.” (S3)

“Não sei se eu vou ficar a vida toda num CAPS, não acho que é uma coisa pra vida inteira (...) Mas assim, a minha ideia, por exemplo, quando eu vim pro CAPS também, trabalhar, foi de adquirir bastante experiência, volume grande, conhecer como era trabalhar em CAPS. Acho que essa curiosidade do modelo diferente, ver como funciona, ter essa experiência, é uma coisa interessante. Mas é um lugar importante de todo mundo passar, eu acho pelo menos um ano é muito importante, pra crescimento pessoal, pra saber como é a profissão na prática, pegar a mão com volume, pacientes de vários tipos, várias classes sociais, interessante. Acho que é o sentido que estou aqui”. (S2).

Mais do que uma instituição-fim, o CAPSi é visto como uma instância de formação profissional e, nesse caso, um termo de transição para uma vida profissional satisfatória. O profissional revela ver o CAPSi como uma instituição de passagem, uma etapa do percurso profissional. Podemos propor que esse lugar atribuído aos CAPS pode estar relacionado ao discutido por BAHIA (2008) quando indica a migração dos profissionais da rede pública para a rede privada de saúde como forma de ascensão

profissional, a rede pública seria o local de ganhar experiência para um dia chegar à rede particular e ganhar dinheiro e reconhecimento. Nesse caso, mais uma vez, encontram-se as lógicas diferenciais que presidem a existência dos profissionais das OSS e da Prefeitura (“serviço público”).

Os profissionais da Prefeitura, assim como os profissionais da OSS, atribuem à prática clínica um dos sentidos de seu trabalho. No entanto, para os trabalhadores da Prefeitura o trabalho em equipe é muito valorizado, constituindo um importante e fundamental sentido do trabalho em CAPSi, assim como a dimensão social do trabalho, conforme as seguintes falas revelam:

[Profissionais da Prefeitura] – “Porque acho que não é só lidar com a saúde mental das crianças, mas todo esse trabalho de fazer, refazer, construir junto com a equipe, é um trabalho muito interessante. Pensar de que maneira pessoas diferentes podem estar no mundo e articuladas ao social, a uma escola, e a família, pra mim também, tem uma importância, social, clínica, não é só um trabalho pelo trabalho, né.” (S8)

“Hoje em dia, depois de 20 anos eu acredito que o que me cultiva aqui são os meus colegas de trabalho, a equipe com quem eu trabalho. Quando falo motivação não é uma grande motivação não, RS! na verdade eu gostaria de sair daqui, eu tenho mais 5/6 anos pela frente de serviço ainda e eu gostaria de fazer outra coisa. Eu queira sair mesmo dessa área, mas quando eu penso na equipe, a gente vai atender tal família com aquela pessoa, assim, a gente tem uma rede entre nós bem legal, é o que me motiva mais (...) As pessoas daqui, a equipe daqui também muito apaixonada pelo que faz, muito legal e foi um encontro com a clínica e com a equipe, isso é meu passado. Olha o serviço que eu estou, esse serviço eu gosto muito da clínica que a gente faz.” (S5)

Ambos os grupos de profissionais dizem que o aprendizado que têm ao trabalhar em CAPSi é um sentido importante de sua prática, conforme as seguintes falas:

[Profissional da Prefeitura] - “Acho que teve outros momentos em que a gente pode escrever, pensar, sistematizar, publicar, acho que hoje minha vida faz muito sentido pra mim (...) Pensar, criar, reinventar, desenhar, redesenhar e acho que isso que me faz querer continuar.” (S8)

[Profissional da OSS] “Eu valorizo muito isso, acho que é um aprendizado enorme, diário, todo dia tem uma coisa que aprendo, é muita demanda,

muito caso, você aprende muito, cada paciente traz uma coisa enorme, eu gosto de tudo isso.” (S3)

Gostar de seu objeto de trabalho (no caso crianças em sofrimento psíquico), o aprendizado constante e a prática clínica são sentidos revelados por ambos os grupos de profissionais. Sendo que gostar de seu objeto de trabalho, no caso crianças, é um dos sentidos do trabalho em CAPSi mais citados, tanto por profissionais da OSS como da Prefeitura, conforme se observa abaixo:

[Profissionais da Prefeitura] - “O que me influenciou, eu queira trabalhar com criança”. (S5)

“Mas principalmente na infância, eu sempre gostei de trabalhar com crianças, então me chamou, se fosse de adulto acho que não, acho que eu teria feito outra trajetória, mas a infância me chamava muito atenção.” (S6)

[Profissionais da OSS] - “Foi ai que eu decidi trabalhar aqui. Não tinha experiência com saúde mental infantil, mas eu tinha um amor muito grande por cuidar de criança, então eu disse: não, eu acho que é um negocio interessante e aqui eu acho apaixonante talvez eu não volte mais a atender adulto, ou volte a lidar com adulto, pode ser que um dia eu mude de emprego, mas no momento eu não me vejo fazendo outra coisa, foi apaixonante e teve todo o processo de trabalho com as crianças desde o nascimento até o momento que a gente encontra elas aqui, a gente sabendo avaliar o grau de desenvolvimento delas, o que precisa estimular nessa criança, se está adequado ou não a idade, o que ela conseguiria fazer ou não nessa idade”. (S1)

“E desde pequena assim, desde sempre, desde que eu me conheço por gente eu gosto de criança, sempre me dei bem com criança e tive facilidade de estar perto de criança (...) E gostando de criança, acho que eu não gostaria de trabalhar com adulto em saúde mental, acho que criança me dá um gás assim, eu gosto. E criança eu gosto, porque eu sempre gostei, sabe”. (S3)

“Acho que eu sempre gostei de trabalhar com infância, acho que quando eu comecei a faculdade acho que eu tinha um gosto por trabalhar com crianças com deficiência intelectual”. (S4)

Apesar da predileção em atender crianças e carinho que os profissionais entrevistados revelam, eles dizem não ter experiência no tratamento de crianças e adolescentes. Trata-se de uma dimensão

marcadamente subjetiva posto que não é a formação, a construção profissional do objeto que determina o “gosto”, mas um a priori pessoal:

[Profissionais da OSS] - “Até que eu consegui entrar aqui no CAPS infantil, me foi proposto e foi uma oportunidade única que apareceu, eu não tinha experiência na área com criança, só com adulto e apesar de não ter experiência anterior com criança eu não me sentia preparada pra trabalhar com infância, que eu já estava há 5 anos afastada”.(S1)

“Mas não tinha trabalhado ainda com criança e não tinha trabalhado em CAPS (...) Algumas pessoas já tinham trabalhado em CAPS, mas a maioria não tinha trabalhado nunca, algumas tinham trabalhado em hospital, outras com adulto só, então em geral, as pessoas eram bastante pouco familiarizadas com o trabalho na área infantil”. (S2)

[Profissionais da Prefeitura] - “Eu não tinha experiência clínica na infância, tinha trabalhado em 97 numa clínica particular.” (S5)

Questionamos assim, se o amor pelas crianças seria suficiente para trabalhar com elas, uma vez que os profissionais se mostram mais habituados a tratar de adultos com problemas de saúde mental e simplesmente transportariam seus saberes ao universo infantojuvenil, como se fosse a mesma dinâmica.

Portanto, o aprendizado e as preferências pessoais constituem importantes sentidos do trabalho para ambos os grupos de profissionais. Nesse prisma, REVUS (2007) coloca que o objeto “trabalho” é um objeto duplo, no sentido que por um lado ele pertence à realidade e possui uma dimensão coletiva, por ser constituído por exigências econômicas, técnicas, físicas, jurídicas; e, por outro lado, é objeto do desejo, com a dimensão imaginária. Assim, o trabalho pertence tanto ao âmbito da necessidade como do desejo, e somente reunindo os dois é possível sobreviver a ele, se apenas um estiver mobilizando o indivíduo a trabalhar, o outro estará morto e o sofrimento estará fortemente presente.

- A Carreira e a Vida Pessoal

Nesta categoria discutiremos as influências que a vida pessoal exerce no trabalho e como o trabalho em CAPSi transforma a vida pessoal dos profissionais, o que foi enfatizado pelos trabalhadores. É interessante

observar que quando discutimos a formação técnica dos profissionais, assim como em outros Núcleos, pudemos observar significativas diferenças entre os profissionais da OSS e os profissionais da Prefeitura. E ao analisar o envolvimento do trabalho com a vida pessoal, que engloba dimensões subjetivas do trabalhador, ambos os grupos de profissionais expressam vivências semelhantes entre si.

Os profissionais relatam que suas vidas particulares e o trabalho nos CAPSis influenciam-se constantemente. Nesse sentido, a terapia pessoal foi levantada pelos profissionais como parte do processo de formação e para alguns foi buscada para lidar com a complexidade que tratar pessoas com problemas de saúde mental envolve. A tríade teoria, supervisão e análise que Freud recomendava para os profissionais que pretendiam atender pessoas com problemas de saúde mental continua valorizada e solicitada pelos trabalhadores do campo, no entanto, nem todos tem essa oportunidade e nem sempre os serviços oferecem supervisão e espaços de estudo teórico.

[Profissional da Prefeitura] - “Acho que as experiências culturais, a análise, eu tive 3 processos de análise e o último acho que foi muito importante, eu ainda tava muito só comigo e consegui me integrar nas equipes, ser mãe ajuda muito, ajuda a compreender as dificuldade, enfim, não é fácil passar da mulher pra mãe, é um trabalho psíquico grande (...) Na escola do meu filho quando chamam os pais pra falar de uma criança de inclusão, isso é muito fácil para mim.” (S5)

“Mas eu não fiz porque eu não tinha dinheiro pra fazer (ênfatisa), é muito caro, é um processo caro e eu sempre vivi com meu dinheiro, nunca tive outra ajuda, no começo eu até tinha vontade, tinha necessidade, até me inscrevi em alguns lugares, mas nunca me chamaram. O próprio trabalho foi mexendo, eu mesma consegui lidar com isso (...) Como o trabalho muda, né e outra, lidando com questões de saúde mental, emoções, família, não tem como você não se tocar com isso, não se haver com isso, apesar de que eu nunca fiz terapia, é uma coisa que quase todo mundo faz.”. (S6)

[Profissional da OSS] – “E isso ajuda na vida, quando você tem, por exemplo, um filho, um sobrinho, você vai conseguir avaliar ele nas capacidades dele, o que ele consegue ou não fazer, o que é saudável e o que não é, é um aprendizado para a vida e eu não tinha conhecimento que eu ia aprender tudo isso nessa vida, no CAPSi e hoje eu fico feliz (...)Não só

sou uma enfermeira aqui, como em casa, quando encontro amigos, eu consigo me colocar no lugar deles, consigo ajudá-los, detectar quando eles precisam de ajuda e que tipo de ajuda fornecer naquele momento”. (S1)

“E tudo eu pensava em mim, com os pacientes, acho que todo mundo passa por isso, então, comecei a ficar um pouco preocupada e fui fazer análise, que acho que é o que todo mundo vai fazer. Acho que é uma coisa que foi importante, dois ano e meio e acho que isso foi marcante”. (S2)

“Então, a minha vida pessoal está muito boa e isso acho que ajuda a ter força pro trabalho, eu acabei de casar, está tudo ótimo, minha família está toda muito bem, meus amigos estão bem, estou casada, está tudo ótimo na verdade profissional né, pessoal eu não sei, acho que as coisas se misturam pra mim foi tudo muito junto, assim, eu não consigo separar muito, sabe? Eu não consigo separar muito porque eu escolhi uma profissão que tem muito a ver comigo sabe? As coisas que eu gosto, as coisas que eu penso quando eu to na minha casa, sabe, sei lá então as coisas se misturam mesmo.” (S3)

Podemos observar acima que os profissionais avaliam que momentos da vida pessoal puderam aprimorar ou incentivar sua atuação profissional, assim como a profissão proporciona recursos subjetivos que auxiliam a lidar com dificuldades no âmbito pessoal. Nesse sentido, CUNHA (2005) indica que as experiências que o homem faz de si no trabalho estão associadas a outras vivências que se enraízam na história pessoal e profissional, integrando a formação da pessoa e sua experiência de vida.

Observamos também que a vida pessoal dos trabalhadores de CAPSis direcionaram rumos profissionais, conforme se observa:

[Profissional da OSS] – “Então eu fiquei dois anos lá no CAPS adulto e eu era a única enfermeira da unidade, por motivos pessoais inclusive, eu optei por sair de lá e não sei se interfere ou não, mas foi uma coisa que foi muito marcante na minha vida: que eu conheci meu atual marido lá e a gente começou a namorar eu decidi sair então (S1)

“No meu caso ficou muito misturado, eu ainda conheci meu marido no meio disso, casei no meio disso, ele também é da área, a gente não fala só disso, mas queira ou não isso é muito importante, ele trabalha na mesma área, eu trabalho com criança e ele não trabalha e isso é uma coisa boa pra gente individualizar”. (S2)

[Profissional da Prefeitura] - “Pensei em ir fazer outras coisas, também coincidiu que na minha vida particular não estava legal e aí eu achei que devia fazer uma mudança mais radical (...) Acontecimentos na minha vida

que influenciaram na saúde mental eu não sei, eu acho que é ao contrário, acho que é a saúde mental que influenciou minha vida, RS! Sabe, de você quebrar laços que estava estendendo porque não tinha coragem de cortar... de olhar pra si, acho que isso que faz diferença, acho que trabalhar com saúde mental me faz olhar pra mim, mesmo que eu não tendo tido essa experiência de terapia pessoal, eu fiz isso comigo mesma, então, acho que não tinha como não se ver, muitas vezes o que acontece é um espelho do que acontece com você e você acaba se abalando, e eu acho que eu consegui assim, mudar umas coisas pela questão do meu trabalho". (S6)

Ao mesmo tempo em que os profissionais dizem que o trabalho nos CAPSis promove crescimento e auxilia no processo da vida pessoal deles, uma queixa muito presente nas entrevistas realizadas é que esse ofício traz constantemente o desafio de separar a vida pessoal da vida profissional, que é uma dificuldade que se não for administrada com cuidado tem consequências consideráveis. Nesse sentido, RIBEIRO, HASHIMOTO e GAGLIAN (2011) indicam que o trabalho na saúde mental é mais penoso e desgastante para os trabalhadores que nas demais áreas da saúde devido à tendência de identificação do trabalho e do trabalhador com a loucura presente, abalando o funcionamento psíquico dos envolvidos. As seguintes falas explicitam isso:

[Profissional da OSS] - "Daí você vai tendo um crescimento, um amadurecimento, acho que uma das coisas que eu desenvolvi, que eu falo pras pessoas é uma coisa de desligar quando eu saio daqui, claro que não é totalmente, você acaba ficando com algumas coisas, você sonha, eu sonho muito, mas eu procuro desligar um pouco, na que eu não fale sobre isso fora do trabalho, mas eu procuro tentar não pensar, não ficar carregando isso depois, é um tempo de descanso que eu me dou, é uma prática que lida muito com o seu emocional. Semana passada mesmo teve um episódio de um paciente que faleceu em uma condição muito complicada". (S2)

"Eu acho que se mistura muito o processo, é engraçado porque ao mesmo tempo em que mistura você vai aprendendo a separar (...) Eu acho que é direto a gente lida com realidades muito duras, eu acho que é um exercício, você vai endurecendo pra poder lidar com as situações que vão aparecendo, pra poder responder." (S4)

[Profissional de Prefeitura] - "Eu acho que esse é um trabalho que exige muito, não tem como separar muito assim da minha vida, é um trabalho muitas vezes pesado, é muita história de muita gente sofrida, intensa, muito complexa, sabe, então não tem como sair daqui sem carregar sabe. Então acho que isso, eu precisei na minha vida achar espaços para me aliviar, pra

me separar, pra encontrar meios de me deixar saudável, sabe? Trabalhar na saúde mental exige isso assim, do profissional sabe, se você deixar você vai adoecendo junto, sabe, pra mim pelo menos, é fácil você ser contaminado (...) Então chega em casa e tem tempo pra pensar, elaborar, então tem que tomar esse cuidado, se não eu fico doente, cansada, sem energia, isso é muito presente e acontece muito aqui, então leva a ou não deixar afetar muito ou buscar saúde fora daqui (...) E minha vida pessoal é isso, estou super satisfeita, mas acho que tem uma insatisfação que é uma luta buscar esses pontos de saúde na minha vida pessoal, é uma exigência que eu faço porque eu preciso e quando não consigo gera insatisfação.” (S5)

Além disso, podemos inferir que essa difusão da vida profissional e pessoal pode ocasionar nos trabalhadores a sensação de que o trabalho que realizam nos CAPSis é algo do senso comum, que qualquer um pode executar, o que pode ser um fator que faz com que o próprio trabalhador desvalorize seu trabalho, conforme podemos observar nas falas:

[Profissional de OSS] - *“Tudo o a gente faz na enfermagem psiquiátrica a gente faz no dia a dia, na nossa vida também.” (S1)*

Os entrevistados enfatizaram os impactos da atuação em CAPSis em suas vidas pessoais, conforme as falas indicam:

[Profissional da OSS] – *“Eu acho que comecei a ver as pessoas com mais humanismo, eu já tinha isso dentro de mim e acho que foi aprimorado nas formas assim, de você conversar, de você olhar, se relacionar com as pessoas (...) E acho que isso fez eu expandir o que eu sou.” (S1)*

“Então se influencia a gente pessoalmente, sim, o louco é outra visão que você passa a ter das coisas, até da realidade, né e quando eu entrei me despertou uma serie de angústias de coisas pessoais minhas (...) Acho que uma das coisas que me ajudou muito foi nesse meu crescimento pessoal, amadurecimento pessoal mesmo. Assim, hoje em dia tenho menos preconceito com as coisas, consigo entender mais as pessoas, né, acho que é uma coisa da prática em saúde mental (...) Por outro lado, vi coisas muito feias, escutei coisas muito feias, que me deixaram muito angustiada, que me fizeram detestar algumas coisas sobre os seres humanos. Um pouco, acho que eu fiquei um pouco mais cética em relação as pessoas, não confio muito RS! (...) Acho que sou outra pessoa depois que passei por isso e ai você não sabe se é sua trajetória, sua postura quando você atende. A pratica de saúde mental molda muito a forma como você vira adulto assim (...) Acho que participa muito de sua formação filosófica e por consequência pessoal, acho que eu mudei muito, não só porque fiz análise, mas pelo contato.” (S2)

“Mas eu acho que no momento acho que estou tentando desmanchar um pouco isso, pra poder agir com um pouco mais de cautela, acho que não dá pra sair agindo, tem que ver o que está acontecendo, o que é possível fazer, o que não é”. (S4)

[Profissional da Prefeitura] - “Acho que eu mudei muito nesses anos tanto pessoalmente como profissionalmente, eu acho que eu era muito briguento, uma época me chamavam até de pescoço porque eu brigava com todo mundo, mas acho que eu fui aprendendo a lidar com a equipe assim, a me posicionar sem entrar batendo de frente sempre, acho que aprendi a lidar com as questões de outra maneira.” (S8)

“Em uma trajetória longa assim, não tem como não atingir, pro bem, pro mal. Eu vejo assim, quando eu lido com conflitos, fora daqui, na minha vida pessoal ou com amigos ou com amigas mesmo, eu vejo que o jeito como eu lido é diferente das outras pessoas que tem outras trajetórias, eu aprendi a lidar com conflitos, agüentar certas coisas, não evitar os atritos, porque acho que as pessoas evitam os atritos até que a coisa estoura e fica realmente feia, eu aprendi a ver os sinais de que a coisa está indo pra um caminho tal e conseguir falar, eu vejo que pela minha família e meus amigos, que ninguém é dessa área (...) E eu percebo que eu tenho uma baita afinidade a lidar com certas angústias, a suportar certas coisas que eles não conseguem muitas vezes né e eu acho que tem a ver com o trabalho aqui, suportar mesmo, a gente tem que suportar a dor do outro, as nossas angústias por algo que não pode fazer.” (S6)

Portanto, a vida pessoal e o trabalho se influenciam constantemente e no campo da saúde mental ainda mais, pois a atividade consiste em relacionar-se e refletir sobre questões humanas que, inevitavelmente, tocam em aspectos pessoais dos trabalhadores da área, que ficam com o desafio de separar o trabalho da vida pessoal para não adoecerem que seria iatrogênico e ao mesmo tempo unir as experiências pessoais ao trabalho, pois o aprendizado que se tem em um deles pode auxiliar o outro, já que as relações e questões humanas estão presentes em todas as esferas da vida.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo sobre formação, vida profissional e subjetividade de trabalhadores de CAPSi no Município de São Paulo, demonstrou questões importantes a respeito da atuação de trabalhadores na saúde mental infantojuvenil, assim como sobre seu contexto. O Município de São Paulo representa um importante local, no povoar reflexividades em torno do sofrimento psíquico e da desvalorização do trabalho, por sua extensão urbana, pela grande densidade demográfica, pela diversidade socioeconômica, cultural e política, assim como pela grande circulação financeira que envolve interesses de diferentes instâncias, visando diminuir o impacto de trabalho na formação, vida profissional e melhorar o desempenho dos trabalhadores de Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil.

Os entrevistados foram trabalhadores de dois CAPSis, um gerenciados pela Prefeitura e outro por uma Organização Social de Saúde (OSS). No curso da obtenção dos dados e de sua análise foram se evidenciando fortes indícios relativos à existência de importantes diferenças no que se refere ao perfil profissional, aos interesses, às motivações para o trabalho e às trajetórias pessoais, segundo os sujeitos entrevistados pertencentes a cada um dos CAPSis. No entanto, os dois grupos apresentaram características semelhantes ao referirem-se às dificuldades em trabalhar em outras áreas da profissão, à passagem pelo hospital em suas trajetórias e aos impactos recíprocos que a vida pessoal e o trabalho na saúde mental infantojuvenil exercem entre si. Não constituiu objeto de nosso interesse a discussão das trajetórias segundo a natureza gerencial dos CAPSis, no entanto, em função de uma situação emergente do próprio processo investigativo, consideramos que seria mais adequado e verdadeiro, em diversos momentos, comparar os dois blocos de trabalhadores.

Ambos os grupos de trabalhadores revelaram que a escolha pelo campo da saúde mental se deu pelo negativo, pelas dificuldades ou falta de

interesse na inserção em outras possíveis áreas de atuação, portanto atribui-se a essa área de trabalho uma desvalorização desde o início da escolha. Outro ponto em comum entre os grupos de trabalhadores diz respeito ao tipo de experiência pela qual o profissional atravessa: o hospital, a escola e o consultório, marcando de maneira importante sua formação, vida profissional e subjetividade. Essas instituições se tornam pontos de referência, sendo, porém orientadas por lógicas diferentes daquelas que regem o trabalho nos CAPSis, determinando assim, que a lógica de atuação permaneça produzindo contradições, equívocos e instabilidades na própria representação do exercício profissional nos CAPSis. Seria, portanto, imprescindível que houvesse discussões constantes capazes de realizar atualizações para a atuação dos profissionais nos CAPSis, pois não é fácil a tarefa de transformar anos de aprendizado e formação.

Há vários problemas que atravessam a formação dos profissionais que repercutem no planejamento estrutural condizente com sua complexidade. Ainda hoje a saúde mental infantojuvenil sofre fortes influências do tratamento dado aos adultos, que foi o campo que a originou. Além disso, há características atuais no campo da saúde mental infantojuvenil muito semelhantes ao passado, tal como a prevalência do gênero feminino trabalhando nesse campo; o foco do olhar do profissional dirigido à “doença” e não à saúde mental ou ao sujeito do sofrimento; a natureza caritativa com a qual se reveste as ações dos profissionais; além da visão idealizada e com preconceitos que os familiares têm dessa área de atuação (o que corresponde à visão da sociedade). Presos nessas representações, os profissionais vivem num limbo de competências, habilidades e pensamentos que dão origem à improvisação e à angústia.

A análise nos permitiu verificar que os trabalhadores da OSS se inseriram no mercado de trabalho recentemente, enquanto os profissionais da Prefeitura inseriram-se por volta de 1980. Portanto, os trabalhadores da OSS são mais jovens e se formaram em outro contexto em que ocorreu gradativa desvalorização dos serviços públicos, assim como a terceirização

de equipamentos que eram gerenciados diretamente por instâncias governamentais. Essas transformações acarretam diferenças no que se refere aos vínculos de trabalho (contratação, hierarquia institucional, plano de carreira), à escolha pela profissão, à atuação profissional, à formação e ao sentido que os trabalhadores atribuem ao trabalho que realizam.

Dessa forma, a tendência atual do mundo do trabalho caminha em sentido oposto às propostas da Reforma Psiquiátrica, fazendo com que os profissionais mais antigos não se adaptem ao cenário em que se encontram e os mais jovens, acompanhando as mudanças contextuais, se afastem das propostas da Reforma Psiquiátrica. Esse cenário, somado à complexidade das propostas de tratamento nos CAPSis, que exige dos profissionais maleabilidade e criatividade diante das constantes situações inesperadas, faz com que ambos os grupos de profissionais sintam-se perdidos.

Os profissionais manifestam a necessidade de haver um manual de diretrizes básicas para realização do trabalho cotidiano, compreendemos que um manual de atuação iria contra os princípios da atenção psicossocial ao sofrimento psíquico que preconiza o tratamento de cada sujeito de forma única, considerando-se a subjetividade de cada usuário dos serviços. Podemos supor que na falta desses alicerces e diante da influência que os hospitais, escolas e consultórios exercem, a tendência seja atuar da mesma forma que nessas instituições, ou seja, fora dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica.

Assim, compreendemos esse pedido por manual como uma necessidade de haver espaços efetivos de discussão em que os profissionais possam falar sobre o que fazem e eventualmente criar conceitos a partir de seu exercício profissional, sendo autorizados e potencializados para isso.

O trabalho em rede é bastante citado pelos profissionais de CAPSi e nossa análise demonstrou que eles conhecem o conceito de rede, reconhecem a importância do trabalho em equipe e o valorizam, porém têm

dificuldades em executá-lo, principalmente nas ações reticulares fora da instituição. Aventamos que o sentimento de falta de orientações básicas pode ocasionar complicações no trabalho em rede, se não se sabe o que fazer, como saber o encaminhamento.

Além disso, os profissionais da OSS relatam mais dificuldades no trabalho em equipe quando comparados aos profissionais da Prefeitura. Uma das razões para isso é o contexto de formação e atuação mais competitivo e individualista, quando comparado ao contexto que os trabalhadores da Prefeitura se formaram e iniciaram sua atuação. Esses últimos se formaram ou se desenvolveram no contexto da Luta Antimanicomial, então em ebulição. Atualmente, em que dissensões e ambiguidades penetram no campo da saúde mental, a militância pouco é citada pelos trabalhadores da OSS, enquanto que para os profissionais da Prefeitura a vida política representa um importante sentido do trabalho. A forma de organização da instituição também afeta diretamente a dinâmica do trabalho em equipe, pois no CAPSi da OSS os horários dos profissionais não coincidem e o espaço físico é restrito, dificultando os encontros nos espaços informais (por exemplo: nos corredores, na hora do almoço), que são fundamentais para ocorrer as trocas.

Acompanhando o contexto dos trabalhadores, a análise nos mostrou que após encerrar a graduação todos os trabalhadores buscam mais formação, sendo que os trabalhadores de OSS participam de uma perspectiva mais clínico-individual inspirada num modelo bionaturalista de compreensão do transtorno mental ao passo que os profissionais da Prefeitura parecem estar mais direcionados a um entendimento psicosociológico do sofrimento psíquico e a uma atuação de caráter mais coletivo. No entanto, ambos os grupos relatam sentir carência de capacitação pelos CAPSis o que revela, por um lado, a complexidade do trabalho no campo da saúde mental infantojuvenil aliada, por outro lado, à falta de capacitações ofertadas pelo serviço. Além disso, há grande distância entre as necessidades reais do serviço e os treinamentos oferecidos, que

são citados pela grande maioria dos sujeitos. A escassez de recursos humanos, tanto para trabalhar na área da saúde mental infantojuvenil, como para formar pessoas para tal trabalho também se revelou uma preocupação dos entrevistados.

Verificamos, ainda, que para os trabalhadores da OSS, o CAPSi é visto como uma instância de formação profissional, uma instituição de passagem, uma etapa do percurso profissional, uma preparação para outros fins, diferente dos profissionais da Prefeitura que se capacitam antes de ingressar no trabalho em CAPSi, ou seja, se preparam para esse trabalho.

Os motivos da busca por mais formação ou capacitação também são diferentes entre os dois grupos, enquanto os trabalhadores de OSS procuram aprimorar-se na profissão para ter emprego, ganhar experiência profissional e atuar clinicamente, os profissionais da Prefeitura mostram-se interessados em familiarizar-se com as teorias versando sobre a subjetividade humana, portanto ter uma profissão que faça sentido social além de revelarem como importante sentido do trabalho a equipe. No entanto, todos os trabalhadores valorizam o estudo, a formação e a academia e vêem o cotidiano do serviço como importante fonte de aprendizado, que envolve tanto os usuários e suas famílias, como os colegas de trabalho, ou seja, as relações interpessoais permanecem muito valorizadas por todos os profissionais entrevistados.

As queixas sobre o sofrimento no trabalho, a baixa remuneração e a dificuldade em mensurar resultados e satisfações, que são impalpáveis e subjetivos, estão presentes no discurso de todos os entrevistados. Apesar dessas dificuldades, alguns fatores comuns motivam ambos os grupos de profissionais a continuar suas tarefas, dentre eles destacam-se o gostar do objeto de trabalho (crianças) e a possibilidade de aprendizado pessoal. Além disso, o sentimento de solidão é comum aos trabalhadores, o que pode ser resultante da falta de formação oferecida pelo serviço. Os profissionais da OSS queixam-se mais de solidão do que os da Prefeitura,

isso pode ser decorrente da maneira como cada grupo se articula entre si e com a rede. Outros fatores que podem contribuir para o sentimento de solidão, que caracterizam ambos os grupos, são a falta de incentivo pelas instâncias superiores para a realização de formações fora do serviço; existência de um aprendizado teórico relativamente desconectado do domínio técnico e do desenvolvimento de habilidades em situação real. Diante disso, os trabalhadores se arrependem de não ter estudado o suficiente, como se mais estudo fosse a solução para as dificuldades enfrentadas no trabalho, atribuindo, portanto, a si próprios a responsabilidade pela complexidade da situação que vivem.

A maturidade, que é um atributo pertencente à instância pessoal, é visto como fundamental para execução de um bom trabalho em CAPSi, indicando a via de mão dupla que a vida pessoal e a profissional formam. Portanto, a formação transcende o espaço técnico no qual ela se delimita inicialmente e se espraia para diversos setores da vida do indivíduo contribuindo, dessa forma, para a qualificação de seu estilo de vida, postura na sociedade e de sua identidade, instâncias da existência do sujeito que não estão necessariamente conectadas com o exercício do trabalho. Por outro lado, esse ofício traz constantemente o desafio de separar a vida pessoal da vida profissional.

As experiências pessoais e profissionais dialogam e podem contribuir uma com a outra, de forma que a história pessoal e profissional e as experiências de vida integram a formação da pessoa. Verificamos que o aprendizado e as preferências pessoais constituem importantes sentidos do trabalho e apenas unindo-se a necessidade de trabalhar aos desejos pessoais é possível realizar determinado ofício, sem demasiado sofrimento.

Portanto, para os trabalhadores não adoecerem, que seria iatrogênico, e poderem unir as experiências pessoais ao trabalho, já que o aprendizado que se tem em um deles pode auxiliar o outro é fundamental e atual a tríade: teoria, supervisão e análise, que Freud recomendava para os

profissionais que pretendiam atender pessoas com problemas de saúde mental. Concluimos assim que para lidar com questões tão complexas que a saúde mental envolve não há protocolos, não podemos esperar normas dos sujeitos psicóticos (que são muitos entre os usuários dos CAPSis), para tanto, espera-se criatividade dos trabalhadores da área que para isso necessitam de espaços de discussão e potencialização de seu trabalho, o que não vem ocorrendo. Ao contrario desse ideário, o que temos assistido são entraves emblemáticos do SUS e da Reforma Psiquiátrica e a pesquisa lançou-se como dispositivo para destacar “vozes que nem sempre são ouvidas”.

9. REFERÊNCIAS

ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa, 2012. Disponível em: www.abep.org abep@abep.org

Amarante P. Asilos, alienados e alienistas: uma pequena história da psiquiatria no Brasil. *Psiquiatria social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1994. p. 73-84.

Amstaldem AL, Hoffmann MCL, Monteiro TPM. A política de saúde mental infantojuvenil: seus percursos e desafios. São Paulo: Editora Hucitec; 2010.

Bachelard G. A formação do espírito científico: contribuição para uma psicanálise do conhecimento. Rio de Janeiro: Contraponto; 1996.

Bahia L. A Démarche do Privado e Público no Sistema de Atenção à Saúde no Brasil em Tempos de Democracia e Ajuste Fiscal. In: Lima JCF, Matta GC. *Estado, Sociedade e Formação Profissional em Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fio Cruz; 2008.

Barcellos-Oliveira MFAP. O trabalho oculto na rede de atenção psicossocial a crianças e jovens em sofrimento psíquico. [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2010.

Benjamin W. O narrador. In *Textos escolhidos*. São Paulo: Editor Victor Civita; 1975.

Bertolino Netto MM. Atenção em saúde mental: identificação e acompanhamento de pessoas com problemas de saúde mental por equipes da Estratégia de Saúde da Família [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2012.

Bezerra Jr B. Desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 17(2), 243-250; 2007. [Acesso em 1 dez 2012]. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000200002&lng=en&tlng=pt

Bilyk BF, Goodman R. Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders in southeast Brasil. *J.am. acad. Child adolescent psychiatry*. June 2004; 43:6.

Birman J. Os novos dependentes: Confusão entre os conceitos de depressão e melancolia pode tornar o indivíduo "escravo" do mercado farmacêutico. *Jornal Folha de São Paulo*; 2009.

Boff L. O cuidado inicial: o principio de um novo ethos. *Inclusão social*. 2005; 1 (1): 28-35.

Brasil. Ministério da Saúde. Lei Nº 8.080 - De 19 De Setembro de 1990 - Lei Orgânica da Saúde. [Acesso em 12 jan 2012]. Disponível em: <http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1990/8080.htm>

Brasil. Ministério da Saúde. Lei Nº 846 – De 04 de junho de 1998. [Acesso em 20 julho 2012]. Disponível em: <http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei%20complementar/1998/lei%20complementar%20n.846,%20de%2004.06.1998.htm>

Brasil. Ministério da Saúde. Relatório sobre a Saúde no Mundo 2001: Saúde Mental, nova concepção, nova esperança. Brasília (DF); 2001.

Brasil. Ministério da Saúde. Lei Nº 10.216 – De 06 de abril de 2001. [Acesso em 4 de set 2012]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216.htm.

Portaria n.º 336/GM Em 19 de fevereiro de 2002. [Acesso em 15 abril 2012]. Disponível em:

<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%20336-2002.pdf>.

Brasil. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. Saúde mental no SUS: Os centros de atenção psicossocial. Brasília (DF): Editora do Ministério da Saúde; 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. Caminhos para uma política de Saúde Mental Infantojuvenil. Brasília (DF): Editora do Ministério da Saúde; 2005.

Portaria Nº 1174/GM de 7 de julho de 2005. [Acesso em 20 jan 2012]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-1174.htm>.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho nacional de saúde. Documento preparatório para 3ª conferencia nacional de gestão do trabalho e da educação na saúde. Brasília (DF); 2005.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Série B. Textos Básicos de Saúde. Série Pactos pela Saúde 2006, v. 9. Brasília (DF); 2009. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permamente_saude.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados - 9, ano VI, nº 9. Informativo eletrônico. Brasília: julho de 2011a. [Acesso em 06/02/2012]. Portaria Nº 3088 de 23 de dezembro de 2011b. [Acesso em 12 jan 2012]. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111276-3088.html>

Bresser Pereira LC. A Reforma do Estado dos anos 90: Lógica e Mecanismos de Controle. Cadernos MERE da Reforma do Estado. Caderno 1. Brasília: Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado; 1997.

Campos GWS, Carvalho SR. Modelos de atenção à saúde: a organização de Equipes de Referência na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde de Betim, Minas Gerais. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 16(2): 507-515, abr-jun; 2000.

Campos GWS. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? Ciência e Saúde Coletiva. 12(2); 2007, p.301-306.

Candeias NMF. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. Revista de Saúde Pública; 1997; 31 (2): 209 – 13.

Canguilhem G. O Normal e o Patológico. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2006.

Cavalcanti MT, Dahl CM, Carvalho MCA. Critérios de admissão e continuidade de cuidados em Centro de Atenção Psicossocial. Revista de Saúde Pública; 2009, 43 (supl.1): 23-8.

Costa-Rosa A, Luzio CA, Yasui S. Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. In: Paulo Amarante. (Org.). Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2003. v. 2.

Couto MCV, Duarte CS, Delgado PG. A saúde mental infantil na saúde pública brasileira: situação atual e desafios. Revista Brasileira de Psiquiatria; 2008. v.30, n.4, p.390-8.

Cunha DM, Schwartz Y. A Formação Humana entre o conceito e a experiência do trabalho: Elementos para uma pedagogia da atividade, um retorno sobre a problemática relação entre trabalho e educação. Trabalho & Educação. Vol.14, Nº 1. Jan / Jun; 2005

Dal Rosso S. Mais trabalho! A intensificação do trabalho na sociedade contemporânea. São Paulo: Boitempo; 2008.

Dejours C. A loucura do trabalho, estudo de psicopatologia do trabalho. São Paulo: Cortez Editora; 1992.

Dejours C. A banalização da injustiça social. Rio de Janeiro: FGV; 2003.

Dejours C. Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. In: Lancman S, Sznelwar LI, Organizadores. Christophe Dejours - Da Psicopatologia À Psicodinâmica do Trabalho. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2004. p. 47 - 104.

Dutra E. A narrativa como uma técnica de pesquisa fenomenológica. Estudos de Psicologia; 2002, 7(2), p. 371-378.

Durkheim É. Da divisão do trabalho social. [tradução Eduardo Brandão]. 2º ed. São Paulo: Martins Fontes; 1999, p. 13.

Feuerwerker LCM, Sena R. Executiva nacional dos estudantes de enfermagem. Textos preparatórios II. I seminário de educação em enfermagem da ENEENF. A sociedade que temos e a trans-formação que queremos. Belo Horizonte, 2005.

Fundação de Desenvolvimento Administrativo (FUNDAP). Por que organizações sociais na saúde? Revista Sp.Gov, 2005; 2. [Acesso em: 2 set. 2012]. Disponível em: www.revista.fundap.sp.gov.br/revista2/paginas/parceria.htm

Galvão C. Narrativas em Educação. Ciência e Educação; 2005, v. 11, n 2, p. 327-345.

Garms G. Educação infantil: fundamentos e práticas educativas. Presidente Prudente, 2005.

Gibbs G. Análise de dados qualitativos. Porto Alegre: Artmed, 2009.

Gomes FZ. Mulheres e crianças primeiro! O caráter da intervenção do Estado no grupo materno-infantil da colônia ao milagre brasileiro. [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 1988.

Haddad AE, Morita MC, Pierantoni CR, Brenelli SL, Passarella T, Campos FE. Formação de profissionais de saúde no Brasil: uma análise do período de 1991 a 2008. Revista de Saúde Pública. Junho/ 2010. 44. DOI: 10.1590/S1413-81232001000100014.

Haguette TMF. Metodologias qualitativas na sociologia. Petrópolis: Editora Vozes; 1997.

Hallack FS, Osório da Silva C. A reclamação nas organizações do trabalho: estratégia defensiva e evocação do sofrimento. Psicol. Soc. vol.17 n.3 Porto Alegre Sept./Dec; 2005.

Jorge MSB, Guimarães JMX, Nogueira MEF, Moreira TMM, Moraes APP. Gestão De Recursos Humanos Nos Centros De Atenção Psicossocial No Contexto Da Política De Desprecarização Do Trabalho No Sistema Único De Saúde. Texto Contexto Enferm. Jul-Set; 16(3): 417-25. Florianópolis; 2007.

Jovchelovich S, Bauer MW. Entrevista Narrativa. In: Bauer MW, Gaskell G. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. Petrópolis: Vozes; 2002. p. 90-113.

Kinoshita R. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: Pitta AMF, organizadora. Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec; 1996.

Lauridsen-Ribeiro E, Tanaka O Y. Organização de serviços no Sistema Único de Saúde para o cuidado de crianças e adolescentes com problemas

de saúde mental. In: Lauridsen-Ribeiro E, Tanaka O Y (Orgs). Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS. São Paulo: HUCITEC; 2010. p.147-169.

Lira GV, Catrib AMF, Nations MK. A narrativa na pesquisa social em saúde: perspectiva e método. RBPS 2003; 16(1/2): 59 – 66.

Lukács G. Narrar ou descrever? In: Ensaio sobre literatura. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira S A; 1965.

Machado A. Revista e aumentada de uma Antologia Poética com selecção, 2ª Ed. Tradução, prólogo e notas de José Bento. Editorial Cotovia; 1999.

Marazina IV. Trabalhador de Saúde Mental. Encruzilhada da loucura. Saúdeloucura, no 1. São Paulo: Hucitec; 1989.

Marazina IV. Paciente de CAPS... Esse mistério. São Paulo; 2010.

Marazina IV. A saúde mental pública na América Latina. Estudo comparativo dos sistemas de saúde mental de Argentina e Brasil. [Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2011. [Acesso em 1 de dez 2012]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tdc-19032012-095057/>

Martinelli ML. Pesquisa Qualitativa um instigante desafio. São Paulo: Veras Editora; 1999.

Matias MCM, Wolff S, Malinowski ML. A saúde do trabalhador da saúde: impactos da reestruturação produtiva no campo da Atenção Básica. In: Seminario De Saude Do Trabalhador De Franca, 1., 2010,

Franca. Proceedings online... Unesp Franca, [Acesso em: 21 Nov. 2012]. Disponível em: http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000112010000100010&lng=en&nrm=abn

Meihs JCSB. Definindo história oral e memória. Cadernos CERU. 1994; v 5, s 2: 52 -60.

Merlo A; Lápiz, N. A saúde e os processos de trabalho no capitalismo: Reflexões na interface da psicodinâmica do trabalho e da sociologia do trabalho. *Psicologia & Sociedade*, Rio Grande do Sul, 2007; v 19, n 1, jan/abril.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Editora Hucitec; 2004.

Osinaga VLM, Vieira MJ, Armelin MVAL, Furegato ARF. Trabalhando com história de vida de familiares de pacientes psiquiátricos. *Rev. Esc. Enf. USP*. 2000; v 34, n 4: 401 – 406.

Oury J. Itinerário de formação. *Revue pratique*. 1991; n 1: 42 – 50.

Pedroso VG. Gestão do trabalho e educação em saúde: percepção dos profissionais de saúde. [tese de doutorado]. Faculdade de Saúde Pública da USP; 2008.

Telles HPRS. A criança nos discursos da saúde mental. São Paulo: Ed. Hucitec; 2010.

Rabello V. Manual de história oral. Rio de Janeiro: Editora FGV; 2007.

Reinaldo MAS, Saeki T. O itinerário terapêutico em saúde mental pela história oral de vida de um paciente psiquiátrico. [dissertação de mestrado]. Escola de enfermagem de Ribeirão Preto da USP; 2003.

Reis AOA. Pesquisa Caracterização Epidemiológica e Sociodemográfica dos Centros de Atenção Psicossociais Infantojuvenis do Estado de São Paulo, processo Fapesp 06/06902-2.

Reis AOA. Os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis no Estado de São Paulo. [tese de livre docência]. Faculdade de Saúde Pública da USP; 2010.

Reis AOA, Delfini PSS, Dombi- Barbosa C, Oliveira MFAPB. Crianças e adolescentes em sofrimento psíquico atendidos nos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis. In: Lauridsen-Ribeiro E, Tanaka OU, organizadores. Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS. São Paulo: Hucitec; 2010. p. 186 - 210.

Ribeiro BT, Pereira MGD. A noção de contexto na análise do discurso. Ver. Est. Ling Juiz de Fora. V. 6, n. 2, p. 49-67, jul/dez; 2002.

Ribeiro AM. Uma reflexão psicanalítica acerca dos CAPS: alguns aspectos éticos, técnicos e políticos. Instituto Sedes Sapientiae – SP; 2004.

Ribeiro AEM, Hashimoto F, Gaglian RG. Subsídios para Estipulação da Psicodinâmica do Profissional da Ala Psiquiátrica dos Hospitais Gerais. RRET- Revista Estudos Trabalho [periódico na internet]. Marília: UNESP. [acesso em Nov 2011]. Disponível em: <http://www.estudosdotrabalho.org/anais6seminariodotrabalho/andreribeirofranciscohashimotoeregianegaglian.pdf>

Rigotto RM 1998. As técnicas de relatos orais e o estudo das representações sociais em saúde. Ciência e Saúde Coletiva. 3(1), p. 116-129.

Rotelli F. Entrevista com Franco Rotelli. In: Delgado J, organizador e tradutor. A loucura na sala de jantar. São Paulo: Resenha; 1990. p. 81 – 95.

Sarubbi V JR. Representações sociais das equipes técnicas acerca do cuidado à criança nas creches da Universidade de São Paulo. [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2012.

Schwartz Y. A linguagem no trabalho. Silva CS, Rocha D, tradutores. Travail et ergologie: entretiens sur l'activité humains. Schwartz Y, Durrive L, organizadores. Toulouse, Octarès. Seção 3: A linguagem no trabalho. Uma

conversa com Yves Schwartz, filósofo, no dia 10 de abril de 2000, em Aix-en-Provence, com Duc M, Durrive L.

Schwartz Y. A experiência de conciliação dos saberes produzidos em situação de trabalho com os saberes produzidos na academia: o curso CEF – PROF AE/UFMG. Trabalho e educação – vol. 17. n 2 – Maio/ ago; 2008.

Silva PA. O ensino das noções de saúde e doença em duas escolas de psicologia em São Paulo e suas apropriações pelos alunos de graduação. [tese de doutorado]. Faculdade de Saúde Pública da USP; 2007.

Tanaka OY, Melo C. Avaliação de Programas de Saúde do Adolescente um modo de fazer. Editora da Universidade de São Paulo Edusp, 2004.

Vasconcelos, MD. Pierre Bourdieu: A herança sociológica. Educ. Soc., Campinas, v. 23, n. 78, Apr. 2002. [Acesso em 29 Nov 2011]. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01017330200200020006&lng=en&nrm=iso

Zucoloto PCSV, Patto MHS. O médico higienista na escola: as origens históricas da medicalização do fracasso escolar. Rev Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano. 2007; 17(1): 136-145.

10. ANEXOS

ANEXO I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: "Formação, Vida Profissional e Subjetividade: Narrativas de Trabalhadores de Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil".

Pesquisador Responsável: Prof. Dr. Alberto Olavo Advíncula Reis. Dpto. de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. RG: 12.323.021.

Convido o (a) senhor (a) a participar desta pesquisa que tem como objetivos: caracterizar o perfil de formação profissional dos trabalhadores das equipes técnicas dos CAPSi; Identificar experiências de formação profissional, trajetória profissional e aspectos subjetivos de trabalhadores de CAPSi e suas relações com o processo de inserção e prática cotidiana nos serviços de saúde mental infantojuvenil. Será aplicado uma entrevista narrativa e um questionário com algumas perguntas referentes aos objetivos deste estudo.

Ao participar deste estudo o (a) Sr (a) permitirá que a pesquisadora utilize as informações dadas sem que haja identificação do seu nome. O (a) Sr (a) tem liberdade de se recusar a participar e ainda se recusar a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo para o (a) Sr (a) no desenvolvimento de suas funções. Sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre a pesquisa através do telefone da pesquisadora do projeto e, se necessário, através do telefone do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

A participação nessa pesquisa não traz complicações legais. Os procedimentos adotados nessa pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução no. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à sua integridade.

Todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Somente a equipe de pesquisadores terá conhecimento dos dados.

Ao participar desta pesquisa o (a) Sr (a) não terá nenhum benefício direto. Entretanto, esperamos que esse estudo forneça informações importantes sobre os processos de formação e trabalho dos profissionais de CAPSi favorecendo os profissionais e usuários do sistema de saúde.

O (a) Sr (a) não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma voluntária para participar desta pesquisa. Portanto preencha, por favor, os itens que se seguem:

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma voluntária e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa.

Nome do Participante da Pesquisa

Assinatura do Participante da Pesquisa

Assinatura do (a) Pesquisador (a)

Em caso de dúvidas ou denúncias quanto a questões éticas você poderá entrar em contato com as seguintes pessoas ou instituições:

Pesquisador Responsável: Prof. Dr. Alberto Olavo Advíncula Reis. Av. Dr. Arnaldo, 715 – 2º Andar – Cerqueira César. São Paulo. CEP: 01246-904. Fone: 3061-7703.

E-mail: albereis@usp.br

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da USP: Prof. Assoc. Cláudio Leone. Av. Dr. Arnaldo, 715 – Térreo – Cerqueira César. São Paulo. CEP: 05049-000. Fone: 3061-7779/7742.

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde

Rua General Jardim, 36 - 8º andar

Fone: 3397-2464 / Fax: 3397-2465

E-mail: smscep@gmail.com

ANEXO II

QUESTIONÁRIO

Introdução aos sujeitos:

Olá, essa pesquisa que você está colaborando é uma pesquisa qualitativa, que tem como foco o indivíduo, o interesse está no sujeito e não em quantificar dados. Para tanto eu usarei um Questionário e Entrevista Narrativa que consiste em um tipo de entrevista que, diferente da maior parte das entrevistas, não é baseada em perguntas e respostas, mas sim no contar histórias. O que importa nessas entrevistas são a história familiar, história da formação inicial e contínua e história sócio-profissional.

QUESTIONÁRIO:

Identificação numérica codificada:

Sexo: _____

Cor da pele (auto referida, de acordo com o critério do censo brasileiro realizado pelo IBGE): () Branca () Preta () Amarela () Parda () Indígena.

Dados pessoais

Idade: _____

Estado civil: _____

Número de filhos e idade: _____

Hábitos de lazer:

() Cinema () Esporte

() Teatro () Leitura

() Exposições () Shows

() Turismo () Outros. Quais:

Dados profissionais

Escolaridade: _____

Formação: _____

Onde estudou: _____

Instituição: [] pública [] particular

Pós – graduação ☐ sim ☐ não

Se sim, especifique _____

Capacitação ☐ sim ☐ não

Se sim, especifique _____

Capacitação nesse serviço ☐ sim ☐ não

Se sim, especifique _____

Desde _____ quando _____ começou _____ a
trabalhar:_____

Onde:_____

Por quanto tempo:_____

Fazendo o quê:_____

Função/ funções atual/ is:_____

Desde quando trabalha neste CAPSi? _____

Já trabalhou em CAPSi antes? ☐ Sim ☐ Não

Já trabalhou com saúde mental antes? ☐ Sim ☐ Não

Atualmente tem outro emprego? ☐ Sim ☐ Não

É relacionado à Saúde Mental? ☐ Sim ☐ Não

ANEXO III

ROTEIRO PARA A ENTREVISTA/NARRATIVA (QUESTÕES EXMANENTES):

ENTREVISTA NARRATIVA

AGORA VOU LHE ENTREGAR TÓPICOS, SOBRE OS QUAIS PODERÁ DISCORRER LIVREMENTE:

- NARRE SOBRE SUA VIDA E TRABALHO ATUAL.
- NARRE SOBRE SEU PERCURSO DE VIDA E A SUA TRAJETÓRIA PROFISSIONAL AO LONGO DO TEMPO E A INFLUÊNCIA DESTES À SUA PRÁTICA ATUAL DE TRABALHO.
- NARRE OS MOMENTOS MARCANTES DE PERCURSO DE SUA VIDA.
- NARRE OS MOMENTOS MARCANTES DE SUA TRAJETÓRIA PROFISSIONAL.
- NARRE ACONTECIMENTOS DE SUA VIDA QUE CONTRIBUÍRAM PARA A SUA FORMAÇÃO PROFISSIONAL E PRÁTICA DE TRABALHO ATUAL.
- COMO SUA FORMAÇÃO ACADÊMICA, DE CAPACITAÇÃO E/OU TREINAMENTO TEM CONTRIBUIDO PARA UMA MELHOR PRÁTICA DE TRABALHO.
- ESSAS COMPETÊNCIAS FORAM OFERTADAS PELOS RESPONSÁVEIS PELO SERVIÇO OU AS BUSCOU POR INTERESSE.
- COMO A SUA EXPERIÊNCIA EM SERVIÇO TEM INFLUENCIADO NA SUA ATUAÇÃO.
- SE PUDESSE VOLTAR AO TEMPO, O QUE FARIA PARA PREENCHER POSSÍVEIS LACUNAS À TRAJETÓRIA DE VIDA E PROFISSIONAL.
- EM QUE A SUA VIDA PESSOAL E FUNCIONAL FORAM OU TEM SIDO AFETADOS PELO SEU TRABALHO, ATINGINDO AS FORMAS DE:
Ser? Pensar? Agir? Sentir?
- NARRE A SATISFAÇÃO DE FAMILIARES E COLEGAS EM RELAÇÃO AO SEU TRABALHO.

- ATUALMENTE O QUE TEM GERADO SATISFAÇÃO E/OU INSATISFAÇÃO A SUA VIDA PESSOAL E PROFISSIONAL.
- O QUE INFLUENCIOU A PRÁTICA DO TRABALHO EM SAÚDE MENTAL, ESPECIFICAMENTE INFANTOJUVENIL.
- NARRE IDEIAS OU PROPOSTAS À MELHORIA DO SERVIÇO CAPSI APLICADAS A SUA REALIDADE.
- NARRE AS MOTIVAÇÕES QUE A LEVAM AO TRABALHO NA ÁREA DE CAPSI.
- NARRE COMO VOCÊ CONSIDERA A QUESTÃO DA AUTONOMIA EM SUA PRÁTICA PROFISSIONAL.
- NARRE COMO VOCÊ CONSIDERA AS INTERAÇÕES ENTRE OS TRABALHADORES DE SEU SERVIÇO.
- NARRE COMO VOCÊ CONSIDERA SUA FORMAÇÃO/CAPACITAÇÃO PARA TRABALHAR EM CAPSI.

ANEXO IV

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo

PROJETO DE PESQUISA

Título: Formação e vida profissional: narrativas de trabalhadores de Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil

Área Temática:

Pesquisador: Camila Junqueira Muylaert

Versão: 1

Instituição: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - FSP/USP

CAAE: 01829512.8.0000.5421

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 75310

Data da Relatoria: 22/06/2012

Apresentação do Projeto:

A compreensão do processo de formação profissional e da história de vida dos profissionais que atuam na atenção psicossocial à saúde mental infantojuvenil tem se revelado como uma importante via de pesquisa que incide sobre a transformação de postura dos profissionais na área da saúde mental. Pretende-se identificar experiências de formação profissional e trajetória profissional de oito trabalhadores (médico, enfermeiro, psicólogo e profissional de nível médio) de dois Centros de Atenção Psicossocial (CAPSI) do Município de São Paulo e suas relações com o processo de inserção no campo de saúde mental infantojuvenil e prática cotidiana nos serviços de saúde mental infantojuvenil. Método: O critério de escolha dos CAPSI levará em conta o tempo de existência da instituição e sua relevância no processo de afirmação da Reforma Psiquiátrica. Será uma pesquisa de abordagem qualitativa que terá como instrumentos um roteiro de observação institucional e territorial; um formulário estruturado aplicado a todos os funcionários das instituições estudadas e entrevistas narrativas. Para análise das entrevistas narrativas serão utilizadas: a proposta de SHUTZE, a Análise de Conteúdo, complementadas pela Hermenêutica Dialética. O roteiro de observação institucional e os formulários aplicados serão complementares

aos dados obtidos nas entrevistas narrativas, pois fornecerão dados importantes sobre o contexto dos entrevistados.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Identificar experiências de formação profissional e trajetória profissional de trabalhadores de CAPSI e suas relações com o processo de inserção no campo de saúde mental infantojuvenil e prática cotidiana nos serviços de saúde mental infantojuvenil.

Objetivo Secundário:

Caracterizar as instituições alvo (CAPSI) e seus respectivos territórios. Caracterizar o perfil socioeconômico e de formação profissional dos trabalhadores das equipes técnicas dos CAPSI. Compreender os contextos em que as biografias (formação e experiências de vida profissional) foram construídas e evidenciar, no processo dessa compreensão, os fatores envolvidos na produção de mudanças e na motivação das ações dos profissionais.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Riscos mínimos: As entrevistas serão realizadas com cuidado e serão conduzidas para não evocar prejuízos nas relações de trabalho.

Benefícios:

Espera-se que o resultado do trabalho possa proporcionar a oportunidade de sensibilizar os trabalhadores de saúde mental na tarefa sempre necessária de repensar e resignificar seu papel profissional.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de pesquisa qualitativa elaborada sob supervisão de docente/pesquisador da Faculdade de Saúde Pública, com larga experiência na área de saúde mental. Na certa trará contribuições relevantes para a atenção psicossocial à saúde mental infantojuvenil.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido está corretamente apresentado.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto pode ser aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

15 de Agosto de 2012

Assinado por
Claudio Leone

ANEXO V

CURRÍCULO LATTES DA PESQUISADORA

Camila Junqueira Muylaert

- Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/6249480177015882>
- Última atualização do currículo em 29/11/2012

Graduação em psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (2009). Pós Graduação Latu Sensu - Aprimoramento Multiprofissional em Saúde Mental da Secretaria da Saúde no Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira (2010). Mestranda na Faculdade de Saúde Pública - Universidade de São Paulo - FSP/USP. Pesquisadora do Laboratório de Saúde Mental Coletiva (LASAMEC) do Departamento Materno-infantil da Faculdade de Saúde Pública **(Texto informado pelo autor)**.

Identificação**Nome** Camila Junqueira Muylaert**Nome em citações bibliográficas** MUYLAERT, C. J.**Sexo** Feminino**Endereço Profissional**

Universidade de São Paulo – Faculdade de Saúde Pública. Avenida Doutor Arnaldo, 715.01246-904 – São Paulo, SP – Brasil.

Formação acadêmica/titulação**2011**

Mestrado em andamento em Saúde, Ciclos de vida e Sociedade.

Faculdade de Saúde pública - USP.

Título: Formação e Vida Profissional: narrativas de trabalhadores de Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil,

Ano de Obtenção: 2013.

Orientador: Alberto Olavo Advincula Reis.

Bolsista do (a): Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo.

Palavras-chave: Saúde Coletiva; Saúde Mental; Saúde mental infanto-juvenil;; narrativas; Saúde Pública.

Grande área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva.

Grande Área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva / Subárea: Saúde Pública.

Setores de atividade: Outras atividades profissionais, científicas e técnicas.

2010 - 2011

Aperfeiçoamento em Aprimoramento multiprofissional em saúde mental. (Carga Horária: 1920h).

Centro de Atenção Psicossocial Luis da Rocha Cerqueira.

Título: Reflexões sobre um caso de psicose atendido em CAPS - Psicanálise e Saúde Mental. Ano de finalização: 2011.

Orientador: Claudia Regina Pegolo da Gama.

Bolsista do (a): FUNDAP.

2005 - 2009

Graduação em psicologia.

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, PUC/SP, Brasil.

Título: Sentidos e significados do trabalho bancário, antes e depois da reestruturação produtiva.

Orientador: Odair Furtado.

1999 – 2001 Ensino Médio (2º grau). Colégio Santa Cruz.

ANEXO VI

CURRÍCULO LATTES DO ORIENTADOR

Alberto Olavo Advincula Reis

- Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/2335295597324821>
- Última atualização do currículo em 28/08/2012

Possui graduação em Psicologia - Université de Paris VII - Université Denis Diderot (1971), mestrado em Psicologia - Université de Paris VII - Université Denis Diderot (1977) e doutorado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (1993). Atualmente é professor Livre Docente da Universidade de São Paulo. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Saúde da Criança do Adolescente e do Jovem, atuando principalmente nos seguintes temas: saúde mental, cpsi, adolescente, saúde pública e adolescência. **(Texto informado pelo autor).**

Nome Alberto Olavo Advincula Reis

Nome em citações bibliográficas REIS, Alberto Olavo Advincula; Reis, Alberto OA

Sexo Masculino

Endereço Profissional Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Saúde Materno-Infantil.

Av. Dr Arnaldo 715 2º andar

Cerqueira Cesar

01246-904 - São Paulo, SP - Brasil

Telefone: (11) 30667126

Fax: (11) 30850240

URL da Homepage: www.fsp.usp.br

Formação acadêmica/titulação

2010 Livre-docência.

FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA.

Título: SAÚDE MENTAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE, Ano de obtenção: 2010.

Palavras-chave: Saúde mental; Saúde Coletiva.

Grande área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva.

Grande Área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva / Subárea: Saúde Pública / Especialidade: Saúde Mental.

Grande Área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva / Subárea: Saúde Pública / Especialidade: Saúde da Criança do Adolescente e do Jovem.

1989 – 1993 Doutorado em Saúde Pública (Conceito CAPES 5).

Universidade de São Paulo, USP, Brasil.

Título: O Discurso da Saúde Pública sobre a Adolescente Grávida: Avatares, Ano de obtenção: 1993.

Orientador: Augusta Thereza de Alvarenga.

Palavras-chave: Gravidez na adolescência; Análise institucional; Desenvolvimento e crescimento.

Grande área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva / Subárea: Saúde Pública.

Setores de atividade: Cuidado À Saúde das Populações Humanas.

1974 – 1977 Mestrado em Psicologia.

Université Paris Diderot - Paris 7, PARIS/Diderot, França.

Título: Analyse d'une institution: L'établissement de Bienfaisance Nationale de Saint-Maurice-Charenton; le service de psychiatrie infantile., Ano de Obtenção: 1977.

Orientador: MarieAnne Martin.

Palavras-chave: Psicopatologia infantil; Análise institucional.

Grande área: Ciências Humanas / Área: Psicologia.

Setores de atividade: Saúde Humana.

1986 – 1986 Especialização em Saúde Pública.

Universidade de São Paulo, USP, Brasil.

1968 – 1971 Graduação em Psicologia.

Université Paris Diderot - Paris 7, PARIS/Diderot, França.