UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ANA CAROLINA FLORENCE DE BARROS

Clínica, política e gestão do trabalho nos Centros de Atenção Psicossocial III: articulações e disjunções no cotidiano de trabalho

São Paulo

2016

ANA CAROLINA FLORENCE DE BARROS

Clínica, política e gestão do trabalho nos Centros de Atenção Psicossocial III: articulações e disjunções no cotidiano de trabalho

(Versão Original)

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para a obtenção de título de mestre em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia Social e do Trabalho

Orientador: Prof. Dr. Bernardo Parodi Svartman

São Paulo

2016

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catalogação na publicação

Biblioteca Dante Moreira Leite

Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Barros, Ana Carolina Florence de.

Clínica, política e gestão do trabalho nos Centros de Atenção Psicossocial III: articulações e disjunções no cotidiano de trabalho / Ana Carolina Florence de Barros; orientador Bernardo Parodi Svartman. -- São Paulo, 2016.

107 f.

Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Social e do Trabalho) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Psicologia Social 2. Trabalho 3. Clínica 4. Política 5. Centro de Atenção Psicossocial I. Título.

HM251

Nome: BARROS, Ana Carolina Florence de

Título: Clínica, política e gestão do trabalho nos Centros de Atenção Psicossocial III: articulações e disjunções no cotidiano de trabalho.

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia, Departamento de Psicologia Social e do Trabalho da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Psicologia

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr._____Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr._____Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr._____Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Para minha querida família

Para meu companheiro Rafael

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Bernardo Parodi Svartman pela generosidade e atenção na orientação deste trabalho.

À Profa. Dra. Ianni Scarceclli pela honestidade e delicadeza com as quais me ajudou no momento da qualificação e pela disponibilidade para ler meu trabalho e participar da banca examinadora.

Aos professores que me ensinaram neste percurso José Moura Gonçalves Filho, Áquilas Mendes, Christian Ingo Lenz Dunker, Miriam Debieux Rosa, João Frayze-Pereira e José Ricardo Ayres.

Aos entrevistados que confiaram em mim e generosamente aceitaram participar deste trabalho, que certamente não seria o mesmo sem eles.

Ao meu querido irmão Fabio que se dispôs a ler e reler este trabalho para revisá-lo.

Aos queridos amigos Aline, Claudinei e Helena que me acolheram em tantos momentos e foram presença constante neste percurso.

Aos amigos e companheiros de trabalho Sabrina Stefanello e Deivisson Vianna dos Santos pela caminhada que trilhamos juntos na lida cotidiana do trabalho em saúde mental. Ao Deivisson meu especial agradecimento pela paciência e generosidade de ler este trabalho e participar da banca examinadora.

Ao Rafael, meu parceiro na vida e interlocutor constante das questões que me intrigaram ao longo deste trabalho.

A Mauricio, Maria Eliza e Julia pois sem eles nada disso seria possível.

RESUMO

BARROS, A.C.F. Clínica, política e gestão do trabalho nos Centros de Atenção Psicossocial III: articulações e disjunções no cotidiano de trabalho. 2016. F. 106 Dissertação (Mestrado) Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.

Esta pesquisa buscou compreender, a partir da memória e da fala de trabalhadores de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), como se relacionam os eixos da Política, da Clínica e da Gestão no cotidiano de trabalho nestes dispositivos. A escolha destes eixos se justificou pela inscrição da Atenção Psicossocial (AP) no bojo do Sistema Único de Saúde (SUS), partilhando princípios ordenadores da clínica, como a singularidade e a autonomia, uma política de características universais e um modo de organização institucional que privilegia práticas de saúde centradas no sujeito com arranjos de trabalho que viabilizam um modo de assistência territorializada, singular, resolutiva e que promove a autonomia, centrada no sujeito e na saúde. Assim, os eixos elencados são recortes metodológicos deste estudo que permitem analisar a complexidade do cotidiano sob diferentes perspectivas, atentando para como se relacionam ou se desarticulam. O delineamento metodológico da pesquisa foi qualitativo: foram entrevistados cinco psicólogos trabalhadores há pelo menos dois anos em CAPS III em município do interior de São Paulo. As entrevistas foram gravadas e conduzidas a partir de pontos disparadores da memória. Posteriormente foram transcritas e analisadas a partir do recorte dos eixos e suas articulações. O sentido deste trabalho foi o de levantar, a partir do cotidiano e do discurso dos trabalhadores, possíveis entraves e dificuldades na construção da Atenção Psicossocial, buscando caminhos de análise que não se limitem ao âmbito assistencial, procurando colocar os sujeitos que narram suas trajetórias na história da construção de um modelo de atenção em Saúde Mental. Ademais, as categorias tradicionais da Reforma Psiquiátrica muitas vezes perdem o sentido no cotidiano e são apenas repetidas de forma ideológica, visto que a precarização do trabalho, a degradação da clínica e o esvaziamento de espaços políticos de militância são cada vez mais reais e interferem no nosso modo de fazer. A pesquisa apontou para a

importância da escuta e da dimensão clínica na construção da AP, apontou que as condições de precarização do trabalho decorrentes do sub financiamento das políticas públicas de assistência no SUS afetam diretamente a assistência aos usuários de CAPS e, mostrou, através do relato dos entrevistados, a importância da gestão do trabalho privilegiando espaços de trocas coletivas e gestão compartilhada na construção dos casos clínicos.

Palavras-chave: Psicologia Social; Trabalho; Clínica; Política; Centro de Atenção Psicossocial

ABSTRACT

BARROS, A.C.F. Clinic, politics and work management in Psychosocial Care Centers: articulations and disjunctions in daily work. 2016. F. 106 Dissertação (Mestrado) Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.

This research aims to understand, through Psychosocial Care Center's workers memory and speech, how three main axes - Politics, Clinic and Work management - relate to each other in everyday work. The main axes were chosen due to Psychosocial Care's inscription within the Brazilian Public Health System, sharing clinical ordering principles, such as singularity and empowerment, a universal policy and an institutional organization that privileges health care practices centered in the subjects and their health. Thus, the main axes listed above are methodological frameworks that allow us to analyze the complexity of everyday work under different perspectives, considering how they relate to each other or suffer disarticulation. Our methodological approach was qualitative: five psychologists, who have worked for at least two years in a Psychosocial Health Center, were interviewed. The interviews were recorded and guided by reference points in order to elicit memories. Later these interviews were transcribed and analyzed through our main axes and their connections. The present work aims at pointing out the difficulties and obstacles confronted in building Psychosocial Care in daily work through the worker's narratives, as well as searching for lines of analysis that wouldn`t be limited to the scope of assistance, but that would enable placing the narrative subjects within the historical context of this particular Mental Health care model. Furthermore, the traditional categories of Psychiatric Reform often lose meaning in daily work, and are ideologically replicated, when we consider the deterioration of work conditions, the clinical degradation and the political activism that is increasingly less present, interfering in our way of working. This research pointed to the importance of listening more attentively and to the clinical dimension of Psychosocial Care, also indicating that the deterioration of work conditions due to public policy's lack of financing directly affects the user's care in Psychosocial Care Centers. It has also demonstrated, through the worker's narratives,

the importance of work management that privileges collective interchange spaces and shared case management.

Key words: Social Psychology; Clinic; Politics; Work management; Psychosocial Care Center

LISTA DE SIGLAS

ABP	Associação Brasileira de Psiquiatria
AP	Atenção Psicossocial
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CID	Classificação Internacional das Doenças
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais)
MTSM	Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental
MLA	Movimento da Luta Antimanicomial
PTS	Projeto Terapêutico Singular
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1. Introdução 13
2. Os Eixos 21
2.1 Eixo Clínico 21
2.1.1 Psiquiatria 22
2.1.2 Psicanálise 36
2.1.3 Reabilitação Social 42
2.2 Eixo Político 46
2.3 Eixo da Gestão do trabalho 52
3. Objetivos 65
3.1 Geral 65
3.2 Específicos 65
4. Método 66
5. Análise das entrevistas 71
6. Conclusões 92
7. Referências Bibliográficas 100

1. Introdução

Em meu trabalho de iniciação científica, desenvolvido na Pontifícia Universidade Católica de Campinas, sob orientação da Profa. Dra. Marcia Hespanhol Bernardo e financiado pela FAPESP, estudei os impactos da co-gestão dos serviços de Saúde Mental firmada no município de Campinas entre a Prefeitura Municipal e o Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira bem como seus possíveis efeitos sobre os trabalhadores destas instituições e suas consequências para o cotidiano da assistência. Meu interesse principal era compreender se a gestão terceirizada de serviços públicos de saúde mental tinha impacto sobre a assistência prestada aos usuários dos Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), procurando articular, portanto, as condições de trabalho, determinadas em certa medida pela escolha política de gestão dos serviços de Saúde Mental no município, e a clínica, considerando as dificuldades enfrentadas na assistência direta ao usuário. O principal interesse do trabalho era compreender se havia relação entre o modo de gestão e a assistência prestada, tendo em vista as conhecidas características de precarização do trabalho decorrente da gestão indireta de serviços, caracterizada geralmente pela baixa remuneração, instabilidade no trabalho e, no caso específico dos CAPS, pelo próprio desgaste inerente ao trabalho em saúde mental.

A metodologia de trabalho selecionada foi qualitativa, tomando como referencial a Psicologia Social; assim, foram realizadas entrevistas em profundidade com profissionais psicólogos destes serviços. Os resultados da pesquisa apontaram para uma relação entre precarização do trabalho e problemas na assistência aos usuários. Os entrevistados relataram experiências nas quais o desgaste da equipe aumentava o número de usuários em leitos noite, incrementava as internações e adoecia os profissionais que saíam de licença médica. A falta de mais equipamentos de saúde numa região em que a população é majoritariamente Sistema Único de Saúde (SUS) dependente causava desassistência a casos graves que, por vezes, não conseguiam chegar ao serviço devido à distância ou, simplesmente, não eram atendidos por conta do número insuficiente de profissionais que não conseguiam absorver a demanda do território. Um dos aspectos relevantes das entrevistas mostra uma oscilação de posicionamento dos trabalhadores em relação à gestão, ora politicamente ativos e capazes de articular as condições de trabalho com a assistência prestada, ora

desesperançados e conformistas, não vendo alternativas possíveis à forma de gestão existente, ou ignorando a relação entre a política do município e a assistência prestada, compreendendo a mudança da forma de gestão como risco de desmonte da rede de saúde mental.

Ademais, a precarização do trabalho nem sempre era sentida como tal. Há relatos em que a instabilidade do vínculo celetista parece não atingir o trabalhador, e a sobrecarga é vista como inerente ao trabalho em saúde mental. As situações de violência enfrentadas no cotidiano com os usuários são vistas, em alguns momentos, como decorrentes da falta de profissionais e do excesso de trabalho e, em outros, como próprias desta clínica. A dificuldade dos trabalhadores em se organizarem em coletivos também é digna de nota, pois os espaços de decisão política eram esvaziados da presença dos trabalhadores e os problemas cotidianos, segundo relatos, eram resolvidos nos corredores, poupando o envolvimento direto da gestão, seja ela dos serviços ou, mais amplamente falando, da rede.

Já se delineava, nesta época, um interesse particular pelas articulações entre o contexto político da Saúde Mental e o cotidiano dos trabalhadores, com sua respectiva incidência sobre a clínica praticada no dia a dia, as modalidades de tratamento possíveis, os arranjos e dispositivos institucionais que organizam o trabalho. A pesquisa de Iniciação Científica serviu como introdução a um mapeamento das intrincadas relações entre clínica e política no contexto da Reforma Psiquiátrica.

Durante a especialização e um ano de trabalho na assistência em CAPS III as questões que se haviam colocado em minha pesquisa tornaram-se mais relevantes, e no ano de 2015 iniciei minha empreitada na Gestão, assumindo a coordenação de um CAPS II com uma equipe nova que nunca havia trabalhado com saúde mental. A experiência da construção de um serviço em um município que está começando a se aproximar do Paradigma Psicossocial tem aprofundado meu interesse nos eixos e conduzido minha atenção ao fato de que a história não é a mesma para todos e que as conquistas da Atenção Psicossocial (AP) são feitas por pessoas e por um trabalho cotidiano e insistente. A Reforma não foi completada, o cuidado em liberdade não é autoevidente e a inclusão da loucura no seio da sociedade é um trabalho em andamento.

A Reforma Psiquiátrica no Brasil iniciou-se há cerca de trinta anos, a partir do movimento de trabalhadores da saúde mental que desencadearam um amplo debate acerca das práticas instituídas, propondo novas formas de cuidado para além dos manicômios, convocando a sociedade a reformular sua relação com o louco e a loucura, permitindo o surgimento e a consolidação de propostas assistenciais voltadas à reabilitação psicossocial, o tratamento em liberdade e novos serviços alternativos ao hospital. Assim, o conjunto de críticas à racionalidade médico-psiquiátrica dominante na época, visando uma mudança na concepção da loucura na sociedade e, consequentemente, nas práticas de cuidados centradas nos hospitais psiquiátricos e pautadas na segregação foi crucial para a concretização de um novo modelo de atenção (AMARANTE, 2007). O movimento de Reforma Psiquiátrica não teve como objetivo exclusivo a mudança do *locus* de tratamento, mas pretendeu qualificar o debate acerca do lugar social do louco e de sua cidadania. Tal debate abriu espaço para a criação de Políticas Públicas que regulamentassem um novo modo de tratamento inserido no bojo do Sistema Único de Saúde.

Na história da criação do modelo de Atenção Psicossocial, o deslocamento do eixo psiquiátrico-asilar para o psicossocial no Brasil ocorreu gradativamente, marcado pela criação do Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental (MTSM) em 1978 e pelo II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, realizado em 1987 na cidade de Bauru. Esse marco definiu a reforma psiquiátrica enquanto um movimento social pela mudança do cuidado ao doente mental.

A superação do MTSM se deu pelo crescimento do Movimento de Luta Antimanicomial (MLA), que conseguiu expandir seu alcance para novos setores sociais, circulando em âmbitos mais amplos que o meio dos trabalhadores da área. Desta forma, o MLA propôs uma atitude vigilante e crítica e conta com alguns objetivos centrais que, desde o final da década de 70, irão orientar as políticas públicas de cuidado ao louco, quais sejam: a extinção dos manicômios e a construção de uma rede substitutiva de cuidado; criação de uma cultura que não conceba as relações de desigualdade enquanto naturais e, por fim, a criação de uma legislação que regulamente o cuidado ao doente mental, assentada sobre essas pré-concepções ideológicas (SCARCELLI, 1998)

O Movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil elegeu como seu *locus* privilegiado o campo político e ideológico, visando com seu discurso uma mudança social de grande amplitude que realoca o próprio lugar que a loucura ocupa na sociedade, buscando a transformação das relações sociais e tendo em vista que o cuidado do louco passa por uma forma importante de segregação social (PEREIRA FURTADO e ONOCKO-CAMPOS, 2005). Historicamente foi importante que esse movimento tenha se associado à Reforma Sanitária, que culminou na construção de um sistema de saúde estatal e universal no qual a Saúde Mental pôde se inscrever nos termos do paradigma da Atenção Psicossocial.

No contexto de ambas as reformas, houve então um deslocamento do cuidado do modelo asilar médico centrado, para um modelo de atenção que visa à reinserção social do sujeito, bem como sua assistência no âmbito da saúde pública. Desse modo, de uma psiquiatria hospitalar e asilar, que tinha o isolamento como principal característica, passou-se a uma proposta de atenção à saúde mental que buscasse a emancipação do sujeito na construção de um paradigma de Atenção Psicossocial (COSTA-ROSA, 2013).

Os marcos da reorganização da atenção em Saúde Mental no Brasil estão inscritos na lei, na cultura, na política e nas práticas assistenciais que decorreram do movimento que colocou em questão o tratamento do sofrimento psíquico no âmbito hospitalar. Assim, as diversas dimensões acima colocadas se articulam e desarticulam na história da construção dos serviços substitutivos ao manicômio, denominados Centros de Atenção Psicossocial.

Em 1989, começa o processo de legitimação política e legal das reivindicações do grupo com o projeto de lei Paulo Delgado (AMARANTE, 2007). Tal projeto de lei, no entanto, não foi aprovado integralmente e, depois de 11 anos tramitando, vigora a partir de 2001 uma lei que modificou alguns aspectos da proposta original. Segundo o Ministério da Saúde, essa lei redireciona a assistência à saúde mental, na medida em que reorienta o modelo assistencial; estabelece o direito dos usuários a um melhor tratamento (preferencialmente em serviços comunitários de saúde mental) e à informação sobre o tratamento (os menos invasivos); responsabiliza o Estado pelo desenvolvimento de políticas públicas para esta população; propõe a internação como

último recurso terapêutico, proíbe internações em instituições asilares e estabelece políticas específicas para pacientes longamente internados (BRASIL, 2004).

Ela também dispõe sobre a desinstitucionalização, os CAPS, as Moradias Terapêuticas, o fechamento de leitos psiquiátricos, o Programa de Volta para Casa, a saúde mental na Atenção Básica, as políticas de Álcool e Drogas e de atendimento a jovens (BRASIL, 2004).

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e outros serviços equivalentes foram criados antes da promulgação da referida lei (BICHAFF, 2006), servindo de referência para ela. Segundo o Ministério da Saúde, os primeiros serviços desse tipo sugiram a partir de 1987, por iniciativa dos governos municipais e estadual, em São Paulo e Santos, e foram legitimados pelo Ministério da Saúde nas portarias 189, de 1991; e 224, de 1992 (BRASIL, 2004), concretizando as propostas da reforma psiquiátrica e se configurando como serviços substitutivos que se inseririam na lógica da não-internação e da não-exclusão do doente mental. Buscavam, assim, a reabilitação e reinserção social junto ao fechamento dos leitos psiquiátricos, visando a superação da lógica de assistência em direção à lógica da produção de saúde.

Nosso objetivo nesse estudo foi o de buscar compreender, a partir da memória e da fala de trabalhadores de Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) emolduradas pela produção acadêmica sobre o tema, como se relacionam os eixos da Política, da Clínica e da Gestão no cotidiano de trabalho nestes dispositivos.

A escolha destes eixos se justifica pela inscrição da Atenção Psicossocial no bojo do Sistema Único de Saúde (SUS), partilhando princípios ordenadores da clínica, como a singularidade e a autonomia, uma política de características universais e um modo de organização institucional que privilegia práticas de saúde centradas no sujeito com arranjos de trabalho que viabilizam um modo de assistência territorializada, singular, resolutiva e que promove a autonomia, centrada no sujeito e na saúde (ONOCKO-CAMPOS e CAMPOS, 2006). Foram, portanto, elencados como categorias analíticas (MINAYO, 2006), isto é, guias teóricos ou balizas historicamente construídas para orientar o olhar sobre nosso objeto. Assim, os eixos são recortes metodológicos deste estudo que permitem analisar a complexidade do cotidiano sob diferentes perspectivas, atentando para como se relacionam ou se desarticulam.

O eixo Clínico, cuja expressão mais clara é a assistência ao usuário, se destaca historicamente como um ponto de interesse das críticas que resultaram no deslocamento da centralidade do hospital/manicômio como local privilegiado do tratamento da loucura para os equipamentos substitutivos. É nesse eixo que se inscrevem também as relações de poder no tratamento, antes concentradas na figura do médico e deslocadas para o usuário e comunidade no percurso da luta antimanicomial e da implementação dos serviços substitutivos. Serão discutidas neste trabalho as principais teorias que orientam em diferentes momentos históricos a constituição deste eixo, a saber, a Psiquiatria, a Psicanálise e a Reabilitação Psicossocial, buscando mostrar esquematicamente como tais teorias evoluíram historicamente e como se relacionam hoje no campo da Atenção Psicossocial (AP). Daremos especial ênfase à Psicanálise como disciplina absorvida pela AP e que constitui uma ética de tratamento que articula de forma privilegiada os três eixos.

O eixo da Gestão privilegia a análise dos arranjos institucionais e dispositivos de cuidado essenciais para a concretização do projeto da Atenção Psicossocial. Incluem-se nele as relações de equipe e os processos de trabalho. Para discutir este eixo, aprofundaremos as noções de Clínica Ampliada, Coletivo, Co-Gestão, Autonomia e a concepção de Gestão em saúde propostas por Gastão W.S. Campos, bem como as publicações recentes que articulam os modos de gestão do trabalho na contemporaneidade com a saúde do trabalhador.

Vale dizer que muito da concretização do projeto da AP depende deste eixo, visto que o deslocamento da instituição manicomial para os CAPS foi um salto importante da Reforma Psiquiátrica, viabilizando novos arranjos de equipe para produzir diferentes formas de tratar o sofrimento psíquico. O movimento da Reforma Psiquiátrica exige revisão crítica a todo o momento, visto que a reprodução de relações de poder e dominação ainda são possibilidades reais mesmo no contexto da reforma psiquiátrica (SCARCELLI, 1998).

O eixo Político diz respeito ao projeto num sentido mais amplo e sua sustentabilidade se funda em políticas públicas, movimentos sociais, elementos da cultura atual e aspectos mais amplos do trabalho no mundo capitalista que tende à precarização não somente no setor privado, mas também na esfera pública, que tem aderido cada vez

mais a paradigmas de gestão inscritos na lógica *minimax* de se produzir o máximo com o mínimo de recursos (BLANCH-RIBAS e CANTERA, 2010).

No momento histórico em que este estudo se inscreve, a prática cotidiana dos serviços de AP já possui uma história a ser narrada. No município estudado, os CAPS contam mais de dez anos de funcionamento e um longo percurso de militância, construção do trabalho cotidiano e de um modo de fazer clínico com a loucura estão constituídos. O momento é oportuno para uma revisão crítica das práticas desenvolvidas nos CAPS e para a descrição dos modos de articulação entre os eixos em questão, visando pontos de injunção, disjunção, exclusão de um ou outro e seus produtos no cotidiano de trabalho.

As práticas iatrogênicas, ideológicas e adoecedoras serão discutidas no segundo capítulo deste trabalho, visto que são parte relevante da produção acadêmica da Reforma Psiquiátrica e continuam trazendo impasses para os trabalhadores e gestores dos CAPS.

Na primeira parte desta dissertação discutiremos os eixos Clínico, Político e da Gestão do Trabalho. Em seguida apresentamos o desenho da pesquisa qualitativa realizada e suas justificativas metodológicas, considerando principalmente que trabalhar com a memória e a fala do outro exige um exercício constante de aproximação e distanciamento do objeto em questão, que nem sempre se mostra simples, principalmente quando a pesquisadora tem laços com o município e com os equipamentos que pesquisou. E, por último, analisamos o material obtido nas entrevistas a partir dos referenciais teóricos da Saúde Coletiva e da Psicanálise, principalmente a partir dos trabalhos de Gastão W.S. Campos, Rosana Onocko Campos, Christian I.L. Dunker e Abilio da Costa-Rosa. Com este recorte, pretende-se mostrar que a história da Reforma Psiquiátrica é viva e que no cotidiano de trabalho se revelam os aspectos Políticos, Clínicos e de Gestão que sustentam o Paradigma Psicossocial (COSTA-ROSA, 2013).

Foram entrevistados cinco psicólogos trabalhadores há pelo menos dois anos em CAPS III no município de Campinas, cidade que manteve sempre vivo o movimento da Reforma Psiquiátrica e uma das primeiras no país a implantar serviços substitutivos. As entrevistas foram conduzidas a partir de pontos disparadores da

memória e gravadas. Posteriormente foram transcritas e analisadas a partir do recorte dos eixos e suas articulações.

A escolha pela metodologia qualitativa no uso de entrevistas se justifica pelo fato de que a construção de um modelo de atenção se dá pela força de trabalho de sujeitos implicados numa ética, posicionados subjetivamente diante do sofrimento do outro, implicados politicamente com uma concepção de saúde/doença e organizados em coletivos nas instituições que trabalham.

Assim, considerando o momento histórico de construção do Paradigma Psicossocial, a principal questão que nos interpela é “quais as correspondências técnico-assistenciais no cotidiano dos trabalhadores da implantação dos serviços substitutivos no Brasil no contexto histórico da reforma psiquiátrica deste país à luz dos eixos Político, Clínico e de Gestão? ”. O sentido deste trabalho foi o de levantar, a partir do cotidiano e do discurso dos trabalhadores, possíveis entraves e dificuldades na construção da AP, buscando caminhos de análise que não se limitem ao âmbito assistencial, procurando colocar os sujeitos que contam suas histórias na história da construção de um modelo de atenção em Saúde Mental. Ademais, as categorias tradicionais da Reforma Psiquiátrica muitas vezes perdem o sentido no cotidiano e são apenas repetidas de forma ideológica, visto que a precarização do trabalho, a degradação da clínica e o esvaziamento de espaços políticos de militância são cada vez mais reais e interferem no nosso modo de fazer. A partir do relato dos trabalhadores, nos aproximamos do campo da AP, como argumento no qual estamos inseridos, com suas múltiplas faces, materialidades e lugares (SPINK, 2003).

2. Os Eixos

2.1 Eixo Clínico

O eixo clínico, na história da Reforma Psiquiátrica, foi sempre ponto de debate e discordâncias, principalmente no que diz respeito à relação do movimento de Luta Antimanicomial brasileiro com a Psiquiatria Democrática Italiana na figura do importante teórico da reforma Franco Basaglia. A psiquiatria, compreendida como disciplina que orientou a assistência manicomial antes da reforma, foi rechaçada por esta última. No entanto, seu retorno na atualidade como explicação natural para fenômenos sociais, sua disseminação no mundo moderno na qualidade de modo privilegiado de narrar o sofrimento a partir das categorias construídas nos manuais de *transtornos* mentais, bem como o grande papel da indústria farmacêutica na medicalização do sofrimento psíquico é tema que não nos deve escapar na reflexão acerca da saúde mental e dos equipamentos substitutivos. Trataremos, portanto, das principais teorias sobre o sofrimento psíquico que se expressam com maior ou menor força no cotidiano de trabalho nos Centros de Atenção Psicossociais.

2.1.1 Psiquiatria

Segundo Foucault (2006), o Estado desempenhou papel central no nascimento da clínica. A medicina do século XVIII se ocupou do controle de populações, dos nascimentos e das mortes, das doenças carregadas pelos miasmas, separando e juntando pessoas e categorizando estatisticamente as doenças.

A clínica médica, seja traçando o mapeamento epidemiológico, seja cuidando do doente, esteve historicamente centrada sobre os processos patológicos, sobre a observação de lesões e sobre a etiologia das doenças, buscando descrevê-las e escandir seu curso natural de desenvolvimento. O centro desta clínica é o olhar que com a descoberta anatomopatológica torna visível o invisível através da percepção do médico, trazendo luz em vida ao que se revela na observação de cadáveres (DUNKER, 2011).

A psiquiatria surgiu como um campo mais ligado ao ordenamento social do que propriamente a uma especialidade médica, até porque a medicina, antes do século XIX, se ocupava da observação, descrição e classificação dos fenômenos patológicos, referenciada pela história natural e não pela biologia - ciência que ainda não existia na época (OLIVEIRA, 1996).

Enquanto a medicina caminha junto da biologia para a descoberta etiológica das doenças, privilegiando as bases anatômicas e fisiológicas, a Psiquiatria segue pelos próximos 200 anos em discussões classificatórias e nosográficas – Esquirol, Kraeplin e outros – sem encontrar bases orgânicas que comprovassem uma etiologia exclusivamente biológica das doenças mentais (OLIVEIRA, 1996).

Segundo Kyrillos Neto (2007), há duas noções fundamentais levantadas por Foucault na *História da Loucura na Idade Clássica*: a necessária historicidade da reflexão sobre a loucura e a diferença entre loucura e doença mental, sendo que a primeira guarda uma “relação com a verdade” (p. 54).

É sobre a noção de doença mental que a psiquiatria irá construir seu saber científico e legitimar suas práticas terapêuticas. Também é a partir da noção de que o louco tem algo a dizer com sua loucura, algo que guarda relação com a verdade, que a crítica a esta disciplina se exercerá, principalmente a partir das contribuições da psicanálise

no campo da clínica, mostrando que a oposição entre razão e desrazão é insuficiente para a construção de uma direção do tratamento que não seja pedagógica, ortopédica ou simples eliminadora de sintomas.

O patológico, ou a doença, para a medicina, tem um início fixo, um curso previsível e um desfecho. A etiologia é um aspecto importante para a definição do campo do patológico em medicina e se assenta sobre a biologia do corpo. No entanto, para a psicopatologia, a "descrição minuciosa, fina e precisa dos sinais e sintomas dos transtornos mentais constitui a base semiológica de um processo investigativo em busca da etiologia" (DUNKER, et al., 2004). A psicopatologia não encontra suas bases na anatomopatologia, mas se constitui como disciplina que não pertence propriamente à medicina ou à filosofia, mas pretende reunir os saberes médicos, filosóficos, antropológicos e da psicologia, buscando conciliar avanços em áreas e métodos muito diferentes (DUNKER, 2015).

Como mostra Birman (1978), para que a psiquiatria se constituísse como especialidade médica, fez-se necessário que se debruçasse sobre a loucura, afim de que um saber empírico sobre esta se sistematizasse na busca pela definição clara do que a loucura devia ao mal físico ou à fraqueza moral e, desta maneira, algo sobre a cura dos doentes se delineasse. As dimensões da cura e da terapia eram fundamentais para o estabelecimento da psiquiatria. Neste cenário, duas escolas se destacam: a chamada somaticista e a psicológica (BIRMAN, 1978). Os tratamentos propostos por cada uma se constituem sobre o pressuposto da etiologia orgânica para a primeira; e moral, ou das paixões, para a segunda. Surge ainda a escola interacionista, cuja pretensão era tornar mais palatável a incongruência entre prática e teoria presente na escola somaticista, que explicava a loucura a partir de causas orgânicas e dispensava tratamento moral aos seus doentes (BIRMAN, 1978).

Para Dunker (2011), a psiquiatria nunca se constituiu enquanto uma clínica pois

> "Uma semiologia centrada nas reações dos sujeitos não pode se conjugar com uma etiologia baseada em substratos anatomopatológicos" (p. 430).

Além do aspecto citado, as terapêuticas desenvolvidas pela psiquiatria nunca se delinearam como procedimentos sobre causas específicas; assim, não há na psiquiatria covariância entre seus elementos: grandes rupturas nos esquemas

diagnósticos não causam nenhuma mudança na terapêutica e mudanças na terapêutica não impactam a semiologia de base. A invisibilidade do agente etiológico e a tentativa de classificar as doenças mentais abandonando o olhar e a escuta do relato do paciente impedem a constituição de uma clínica psiquiátrica. Ademais, se as bases anatômicas das doenças mentais fossem comprovadas pela biologia, a psiquiatria seria apenas uma técnica terapêutica da clínica neurológica, constituindo assim um “paradoxo epistemológico pelo qual a comprovação da hipótese pressuposta destrói o objetivo da comprovação” (DUNKER, 2011 p. 434/435).

No Brasil, como aponta Costa (1976), a psiquiatria foi reconhecida como especialidade médica em 1920, ainda que o primeiro hospital psiquiátrico do país tenha sido fundado em 1841. A lógica da criação dos hospitais servia a interesses sociais de exclusão, sempre associados à moralidade, e era marcada pela proximidade entre os psiquiatras e a polícia, por ideias eugênicas, por um forte cunho racista nas teorias difundidas acerca da doença mental e, no geral, por uma ideia de loucura associada à degenerescência (COSTA, 1976).

Com os primeiros estudos sobre psicofarmacologia, desenvolvidos nos anos 1950 com o emprego da Clorpromazina, o vislumbre de tratamentos médicos para as doenças mentais fortaleceu a psiquiatria como especialidade cientificamente reconhecida dentro da medicina. O tratamento, para além de seus aspectos higienistas e do cumprimento das demandas sociais de exclusão do louco, adquiriu estatuto científico e conferiu às formas de violência um aspecto médico cujo principal efeito foi o de ratificar as práticas mais antigas e arcaicas de controle sob a égide de um saber reconhecido socialmente. As hipóteses de que as doenças mentais têm sua origem e fim na química cerebral, principalmente com a descoberta da importância dos neurotransmissores, da determinação genética e com o estabelecimento das neurociências (DUNKER, 2011), renovam o antigo propósito da psiquiatria de desenvolver terapêuticas médicas *stricto sensu*.

A partir da década de 1970, a medicina baseada em evidência começa a ganhar centralidade no modo de pesquisar e orientar as terapêuticas no campo médico como um todo. Com a Psiquiatria não foi diferente, e a especialidade passa a ter aspirações mais científicas culminando no divórcio entre psiquiatria de um lado e psicopatologia clássica e psicanálise de outro. A construção de um sistema ateórico de classificação das doenças mentais marca o início de uma despatologização da doença mental que,

segundo Dunker, “corresponde a uma *repatologização* generalizada, pela qual todos nós aceitamos nossos sintomas como ‘normais’” (DUNKER, 2015, p. 26).

Neste sistema diagnóstico, separam-se o diagnóstico sindrômico, que pretende agrupar os sintomas e enquadrá-los numa terapêutica (farmacológica), e o diagnóstico nosológico, que definiria a doença em si, sendo mais generalizável e contemplando o prognóstico e as terapêuticas em longo prazo (FIGUEIREDO, et al., 2002). A separação entre doença e síndrome, privilegiando a segunda, possibilita o enquadramento das mais diversas pessoas e histórias numa mesma síndrome, permitindo, inclusive, que pessoas com o mesmo diagnóstico não tenham sequer um sintoma em comum (DUNKER, et al., 2011).

O desenvolvimento da psicofarmacologia propõe como etiologia das doenças mentais o desequilíbrio da máquina corporal - que teria funcionamento essencialmente químico - como paradigma explicativo da patologia, que agora se torna física e passa a ser tratável por meio de substâncias que restauram a homeostase do corpo. As pesquisas no campo das neurociências não encontram relações de causalidade inequívocas e deduzem quadros a partir dos tratamentos descobertos.

Em conferência proferida por Georges Canguilhem em 1980, o autor aponta que a psicologia tem se apoiado na biologia e na fisiologia para “afirmar que o pensamento não seria mais do que o efeito de uma secreção no cérebro” referindo-se à adesão da psicologia cognitivista às hipóteses químicas e neurológicas das doenças mentais (ROUDINESCO, 2000 p. 55)

O ponto que se omite na pretensão de criar uma linguagem comum que agrupe os sintomas e possa garantir que pessoas diferentes olhando o mesmo objeto cheguem às mesmas conclusões é a singularidade. A linguagem do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) colonizou toda manifestação de mal-estar, traduzida em sofrimento nos termos que a psiquiatria propõe. Eis que, dessa forma, pacientes não chegam aos consultórios ou serviços públicos de saúde mental dizendo que estão tristes ou nervosos, mas que estão deprimidos e ansiosos.

A resposta farmacológica ao sofrimento psíquico reduz mais ainda as possibilidades de o tratamento do mal-estar ser conduzido por um caminho de escuta que leve os sujeitos a encontrarem saídas construídas e elaboradas por eles mesmos, marcando o início da medicalização como resposta ao sofrimento nomeado nesses termos.

Assim, esta linguagem desenvolvida pela psiquiatria está disponível para todos e constitui uma forma socialmente legitimada de nomear o mal-estar aderindo a uma determinada narrativa de sofrimento (DUNKER, 2015).

Dunker (2015) relata ainda inúmeras novas patologias que se desenvolvem em diversos locais do mundo onde não eram expressivas antes de eventos de relevância social que estabeleceram os termos sob os quais o sofrimento pode ser narrado. O aumento significativo da anorexia a partir de 1997 em Hong Kong, após uma entrevista em que a princesa Diana admitiu sofrer da doença é um exemplo. Na mesma linha, o aumento nos diagnósticos de depressão no Japão após o início do marketing ostensivo da medicação Paxil indica também a relação entre a formulação das síndromes nos manuais diagnósticos e a criação dos respectivos fármacos para seu tratamento. Os exemplos que o autor cita chamam a atenção para a relação entre um discurso científico bem difundido na sociedade e as manifestações patológicas nas quais as pessoas se inscrevem, assim:

> "Tais determinações simbólicas regulam o tipo de sofrimento que pode ser considerado necessário e que deve ser admitido, tolerado e suportado, e aquele sofrimento que deve ser considerado contingente, que deve ser enfrentado, superado ou atravessado" (DUNKER, 2015 p. 272).

Ademais, segundo o mesmo autor, no âmbito das políticas públicas de saúde mental, a medicalização tem sido uma realidade nos equipamentos pós reforma psiquiátrica como os CAPS, que, por meio da sedação e da medicalização mantém sob controle milhares de pacientes (DUNKER, 2015)

A adesão ao cientificismo sobre o qual se sustenta a Psiquiatria e a medicalização do sofrimento é generalizada, e a tendência à criação de novos fármacos veio também acompanhada da criação de novas doenças. Como mostra o trabalho de Marcia Angell, a indústria farmacêutica investe milhões na criação de moléculas que ela denomina *me too*, por serem alterações mínimas de moléculas já existentes e lançadas no mercado como drogas novas e mais potentes. Segundo a autora, das 478 novas drogas aprovadas pelo FDA de 1998 até 2003, 78% tinham características muito similares a outras já no mercado e apenas 14% eram novas drogas que poderiam realmente trazer benefícios para os pacientes (ANGELL, 2004).

É digno de nota que boa parte do time escolhido para reformular o DSM IV e lançar o DSM V tem laços com as indústrias farmacêuticas, como mostra o estudo de Cosgrove e Krimsky, apontando que três quartos dos grupos de trabalho do DSM 5 tem laços financeiros com a indústria farmacêutica. E nos grupos de trabalho em que a primeira linha de intervenção proposta pela psiquiatria, como os transtornos do sono/vigília, é medicamentosa há ainda mais participantes com laços declarados com a indústria farmacêutica: 67% dos participantes do grupo de transtornos do humor, 83% no grupo dos transtornos psicóticos e 100% no grupo dos transtornos do sono/vigília (COSGROVE, et al., 2012).

Novos estudos conduzidos de maneira mais ética e rigorosa indicam que a cura milagrosa para o sofrimento psíquico está longe de ser garantida pelos psicotrópicos, como sugere o estudo de Harrow et. al. do Departamento de Psiquiatria da Universidade de Illinois. Este pesquisador conduziu sem qualquer conflito de interesse um estudo em que acompanhou 139 pacientes psicóticos jovens reavaliando-os por seis vezes num período de vinte anos. Ao final, concluiu que após os primeiros anos de tratamento, os medicamentos antipsicóticos não reduzem a frequência de crises ou eliminam sintomas psicóticos em esquizofrênicos. Pacientes que não estavam em uso de medicação antipsicótica apresentaram menos episódios psicóticos do que aqueles em uso contínuo (HARROW, et al., 2014).

Da mesma forma, foi recentemente publicada uma meta-análise comparando os efeitos terapêuticos de antipsicóticos típicos e atípicos que mostrou não haver nenhuma diferença entre eles, exceto a tolerância do perfil de efeitos colaterais que altera a adesão ao tratamento, contrariamente ao estipulado por manuais de psicofarmacologia que indicam que alguns fármacos são mais específicos ou melhores do que outros. Curiosamente, nestes manuais os remédios mais caros e com patentes ativas costumam constar como mais potentes e com menos efeitos colaterais, contrariamente ao revelado pela meta-analise citada.

Estudos finlandeses conduzidos pelo Psicólogo Jaakko Seikkula et.al. (2002; 2006; 2011) tem mostrado que a abordagem denominada “Open Dialogues” da primeira crise psicótica sem o uso de psicofármacos apresenta resultados muito satisfatórios com remissão de sintomas e retorno ao mercado de trabalho. O método dialógico evita ativamente o uso de medicação e investe em reuniões familiares com equipe multiprofissional buscando dar voz aos envolvidos e evitar rupturas nos laços sociais.

Mais ainda, investe principalmente na criação de redes de apoio disponíveis a todo o tempo para o paciente, buscando sua rápida reinserção social e evitando tratamentos iatrogênicos.

Há mais de 20 anos a abordagem tem sido estudada na Finlândia e, ainda assim, as publicações não têm repercutido no mundo científico dos tratamentos para o sofrimento psíquico. Os trabalhos de Seikkula não se encontram traduzidos para o português e a comunidade científica parece dar pouca importância para os bons resultados apresentados pelo grupo.

O psicólogo finlandês aponta ainda para a dificuldade de criar metodologias de pesquisa frente à dominância de estudos clínicos em condições laboratoriais com pretensões universalizantes, como os usualmente conduzidos para demonstrar a eficácia de drogas pela Psiquiatria dominante. Ele chama também a atenção para o desenho típico desses estudos, que costumam medir um método (medicação) sobre um sintoma em condições de laboratório (SEIKKULA, et al., 2014).

Seikkula subsidia suas críticas analisando alguns estudos e suas conclusões. Em um deles, realizado com 66 pacientes em uso de neurolépticos que tiveram sua medicação abruptamente suspensa, concluiu-se que houve um aumento de 15-25% de retorno dos sintomas psicóticos em relação àqueles que mantiveram o uso contínuo da medicação. O estudo concluiu que a introdução precoce de medicação psicotrópica reduz as chances de retorno dos sintomas ou novas crises em 15-25%. Seikkula aponta que o estudo não revela em que circunstâncias a medicação foi iniciada, apenas que os pacientes estavam em uso desta havia muito tempo; assim, aponta que a única conclusão possível é que a retirada abrupta de medicação neuroléptica de pacientes em uso por tempo prolongado não parece benéfica (SEIKKULA, et al., 2014). Entretanto, fica claro que o autor do estudo não levou em consideração que as condições do experimento não permitiam as conclusões publicadas, mostrando falta de compromisso ético com a pesquisa.

O mesmo autor cita ainda o estudo longitudinal realizado por Nancy Andreasen (2011, *apud* Seikkula); nele, a autora defendia a hipótese de que a psicose e as depressões seriam doenças neurobiológicas e neurotóxicas, justificando a necessidade de medicação no início dos sintomas para prevenir o processo tóxico. Nos anos 1980 ela iniciou uma grande pesquisa cujos resultados, publicados em 2011, mostraram a

diminuição da massa encefálica em esquizofrênicos quando comparados à população normal. As possíveis causas elencadas para tal diminuição eram a gravidade da doença, o uso ou abuso de álcool e outras drogas e o uso de medicação. Nos achados da autora, a redução de massa encefálica estava relacionada significativamente apenas aos pacientes em uso de medicação antipsicótica.

Para Seikkula (2014), as evidências de que o uso de antipsicóticos é benéfico para os pacientes são baixas. Por outro lado, pesquisas sérias têm indicado que há riscos envolvidos no uso destas medicações e baixa evidência de sua eficácia considerando principalmente o desenho dos estudos disponíveis e o tipo de exigências que o FDA impõe para a aprovação de novas drogas para o mercado.

Em um estudo que revisa quatro meta-análises de pesquisas de eficácia de antidepressivos submetidos à Food and Drug Administration, Pigott et.al.(2010) apontam que há diversos problemas nas publicações dos artigos que demonstram evidências de eficácia de antidepressivos. Entre as mais notáveis estão a não publicação de resultados negativos de estudos clínicos, manobras estatísticas e o modo de seleção de pacientes para os estudos. Os autores apontam que os estudos não publicados mostram alto índice de pacientes retirados dos estudos por aumento significativo de ideação suicida e resposta positiva mais duradoura com o uso de placebo quando comparado ao uso do princípio ativo (PIGOTT, et al., 2010).

Ainda que as evidências científicas da eficácia dos psicofármacos seja questionável, seu uso é disseminado e cresce cada vez mais no mundo e no Brasil. O discurso psiquiátrico é comprometido pela baixa cientificidade de seus estudos, e suas relações escusas com a indústria farmacêutica. Mesmo assim, a adesão ao DSM V como forma de narrar o sofrimento e dos psicotrópicos como forma de aliviar o sofrimento só cresce.

Este contexto mais geral da relação entre psiquiatria, indústria farmacêutica e narrativas do sofrimento também exerce sua influência no funcionamento dos equipamentos de saúde mental. Os CAPS foram originalmente pensados para receber os egressos de longas internações em hospitais psiquiátricos e oferecer tratamento no território para casos graves. Ainda que a lógica do tratamento tenha deslocado o lugar do médico como central e inserido outros profissionais nas equipes assistentes, não descartou os psiquiatras e a medicação psicotrópica de seu escopo de

tratamento, que por vezes constituem a única oferta terapêutica no tratamento dos usuários (ONOCKO-CAMPOS, et al., 2014). Os usuários dos CAPS estão quase todos medicados e o remédio parece ser uma parte importante dos tratamentos propostos.

Por medicalização entende-se o uso do fármaco como meio terapêutico *a priori*, isto é, sem levar em consideração a escuta clínica, bem como o discurso médico como saber/poder a serviço dos mandatos sociais relativos à loucura (COSTA-ROSA, 2013). O uso da medicação nem sempre se dá nesses termos; no entanto, a realidade dos CAPS, que sofrem com a falta do devido financiamento, por vezes leva a práticas de medicalização.

A pesquisa multicêntrica coordenada por Rosana Onocko Campos, da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, acerca do Guia de Gestão Autônoma de Medicação em CAPS de três municípios do Brasil(ONOCKO-CAMPOS, et al., 2014) investiga estratégias de inclusão do usuário na gestão de sua medicação a partir do estudo das narrativas dos próprios usuários e das equipes de saúde mental, buscando adaptar o instrumento canadense para a realidade brasileira com o objetivo de empoderar o usuário na relação com a medicação.

Nesta pesquisa, em que usuários foram escutados, constatou-se que a informação acerca dos psicotrópicos utilizados nem sempre era fornecida aos pacientes, bem como o perfil de efeitos colaterais que poderiam ser experimentados, a indicação do medicamento e seu tempo de uso (ONOCKO-CAMPOS, et al., 2014). Nas narrativas dos usuários predomina um baixo *empowerment* frente às decisões em relação aos remédios e uma forte percepção de que a decisão acerca do tratamento medicamentoso cabe exclusivamente aos médicos (ONOCKO-CAMPOS, et al., 2014). Alguns dos psiquiatras entrevistados apontam que as decisões acerca do uso da medicação cabem somente ao médico; já as equipes de saúde, de acordo com os dados da pesquisa, mostraram-se pouco preparadas para discussões acerca dos psicotrópicos, o que, segundo os autores, enfraquece as possibilidades de diluição do poder sobre esse instrumento de tratamento, que muitas vezes adquire centralidade nos projetos terapêuticos. Segundo os autores, apesar dos avanços da Reforma Psiquiátrica, a medicalização ainda parece ser uma “prática não reformada” (ONOCKO-CAMPOS, et al., 2014 p. 2890).

Abílio da Costa-Rosa (2013) aponta que os psiquiatras estão presentes em todas as dezessete instituições pesquisadas por ele, por vezes em razão de dez para um profissional não médico. Aponta ainda para a divisão do trabalho no CAPS que se agrupa em dois “modos básicos”: de um lado, o modo em que prevalece a dominância do psiquiatra em relação às outras profissões, exercendo ele função decisória em relação aos tratamentos e organizando o trabalho da equipe toda segundo sua centralidade; e, de outro lado, o modo em que a organização dos tratamentos perpassa a equipe toda de acordo com as necessidades apresentadas pelo sujeito, sendo este modo mais coerente com os preceitos da Reforma Psiquiátrica e estabelecendo estreito diálogo com a crítica aos especialismos propostas pela Medicina Integral.

A insistência nos corporativismos e as identificações imaginárias em relação às profissões parecem ser pontos de entrave da clínica, causando dificuldades na condução dos tratamentos. A pretensão científica e o objetivismo da psiquiatria são ofertas sedutoras nos momentos em que as equipes enfrentam obstáculos na construção dos casos clínicos com o saber que tem à sua disposição, ou quando a complexidade da situação é tamanha que os profissionais se sentem inaptos para lidar com ela. Em ambos os casos a psiquiatria opera um discurso institucional de exceção em relação aos outros discursos ou às outras profissões.

A condição de exceção do discurso da psiquiatria nas equipes de saúde mental se funda sobre algumas características. A primeira delas é a exclusividade da prescrição médica que se traduz muitas vezes numa ação terapêutica que não inclui outros profissionais, como aponta a pesquisa de Onocko-Campos et.al. (2014), e a dificuldade que a própria formação deficitária dos demais profissionais coloca na tarefa de incluí-los num debate conjunto que gere produção conjunta de decisões terapêuticas, sejam elas referentes ao remédio ou não, conforme os preceitos da clínica ampliada (CAMPOS, 2005). Note-se que esta condição se produz dentro da equipe não como um exclusivo gesto de poder do médico, mas como uma espécie de ponto cego em que os saberes não se articulam na produção conjunta de saúde. Outro ponto relevante é a baixa participação do usuário nas decisões relativas à medicação, o que poderia diluir o poder médico e empoderar os usuários.

A segunda forma de exceção, diz respeito à já mencionada difusão da gramática de sofrimento articulada pelo DSM como um saber legítimo sobre o sofrimento e uma

terapêutica amplamente aceita socialmente. Como mostram Dunker (2015) e Roudinesco (2000), o discurso do DSM não é de propriedade do psiquiatra e sim de todos. Os profissionais de saúde não médicos também recorrem às explicações biológicas da doença mental e aderem às noções de *disorder* ou transtorno quando não encontram outras alternativas clínicas para pensar os casos. Onde a construção do caso clínico não ocorre, o excesso de demanda de tratamento para um número escasso de profissionais impera, ficando prejudicado o trabalho na lógica psicossocial. O saber psiquiátrico, como aponta Dunker, é excessivamente chamado a comparecer:

> "A política de saúde mental brasileira pós reforma psiquiátrica tem privilegiado cada vez mais a substituição das práticas clínicas baseadas na palavra em favor da administração massiva de medicação" (DUNKER, 2015 p. 28).

Uma alternativa se coloca com a circulação de um discurso crítico à racionalidade diagnóstica do DSM e à centralidade da psiquiatria nos serviços de saúde. Tal crítica é exercida pela psicanálise e pelos psicanalistas que produzem na universidade ou trabalham nos serviços de saúde mental e pelos estudiosos e praticantes dos preceitos basaglianos. Os discursos que pretendem uma crítica à racionalidade psiquiátrica muitas vezes banalizam a função do médico e o recurso à medicação como partes do tratamento, tendendo, por vezes, à exclusão completa deste recurso terapêutico na condução dos tratamentos na atenção psicossocial.

A redução da psiquiatria ao exercício de diagnósticos pobres e condutas sedativas de ordenação dos corpos impede relações de dissonância entre discursos e tentativas de conciliação entre diferentes terapêuticas que podem se complementar. A crítica que pretende excluir por completo uma gramática de sofrimento praticada por toda a sociedade não cumpre sua função de oferecer alternativas à racionalidade psiquiátrica, pois não considera o sofrimento nestes termos e não pode ser capaz de produzir deslocamentos narrativos que permitam que o sujeito conte sua história de outro lugar. O remédio e o médico são partes integrantes de um tratamento que não precisa acontecer nos termos da sedação e da rotulação diagnóstica empobrecida. Nesse sentido, pode-se operar uma recusa da psiquiatria pela própria dificuldade de manter vivo um debate produtivo que poderia incluí-la de maneira não totalizante, mas como composição necessária de uma equipe de saúde mental dedicada ao tratamento

de casos graves. Esta crítica reduz a questão à exclusão do corpo e do orgânico, quando se trata de saber servir-se do corpo sem negá-lo por completo.

O modo como a racionalidade psiquiátrica permeia o cotidiano da AP e seu lugar na construção de uma política pública que pretende tratar o paciente em liberdade sem trocar os muros dos manicômios pela contenção química ainda não estão claros, faltando pesquisas no sentido de localizá-las no cotidiano do trabalho para que deem lugar ao exercício crítico e à reformulação das práticas instituídas. Costa-Rosa (2013) dedicou-se a esse esforço propondo um psiquiatra na atenção à saúde mental que seja “não-assim-tão-médico” (p. 218) e capaz de se deslocar dos Discursos de Mestre e da Universidade, tendo como horizonte a inclusão da subjetividade e do sujeito como o único produtor de saber acerca de seu adoecimento. Ademais, as outras profissões têm dificuldades em se localizar em relação ao saber médico ou junto a ele, considerando, principalmente, a dominância social do discurso da psiquiatria, que não precisa lutar para ser reconhecida, enquanto os psicólogos, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais perdem seu tempo tentando definir seu núcleo de atuação e sua especificidade clínica ao invés de se inserirem no campo da AP em conjunto com o Psiquiatra, o que tornaria mais horizontais as relações de poder.

Pesquisas recentes têm criticado o modelo psicossocial, apontando insuficiências e falhas na assistência à Saúde Mental, por vezes sem levar em consideração o contexto nefasto em que a Saúde Pública se encontra na atual conjuntura político-governamental e econômica. A maior parte das críticas encontradas são tecidas pela classe médica, que levanta propostas que renovam a lógica de segregação, recolocam o médico e o fármaco como centrais no tratamento e enfatizam a noção de patologia, propondo a criação de ambulatórios psiquiátricos, leitos de internação, unidades de urgência e emergência na contramão da Política Pública, principalmente da Portaria 3088 (MS) de 2011.

Um expressivo crítico do modelo psicossocial é o psiquiatra e professor da Faculdade de Medicina da USP Valentim Gentil, que concentra suas reflexões sobre o Movimento da Reforma Psiquiátrica, especialmente sobre o texto da lei Paulo Delgado e suas alterações antes da aprovação. Dentre as ponderações razoáveis que apresenta, principalmente contra o fechamento de hospitais sem a criação de rede substitutiva, há também a defesa da criação de ambulatórios psiquiátricos, modernização de hospitais psiquiátricos, e a acusação de que o Movimento da Reforma Psiquiátrica e

seus desdobramentos na lei sejam ideológicos, com a marca basagliana e inglesa da anti-psiquiatria, e econômicos, visando a redução de gastos com a Saúde Mental (GENTIL, 1999).

Os argumentos chamados de técnicos pelo autor em nada renovam a questão do tratamento das psicoses e neuroses graves, objeto das atuais políticas públicas de Saúde Mental, centradas na desinstitucionalização e na reinserção social dos historicamente segregados. Eles enfatizam especialmente os transtornos depressivos, ansiosos e de humor, que, segundo Gentil (1999), acometem grande parte da população mundial e deveriam ser alvo de políticas específicas, por serem futuramente a maior causa de incapacidade no mundo, segundo estudos americanos citados pelo autor. Sugere ainda que os ambulatórios sejam ampliados e que a substituição dos hospitais psiquiátricos de característica asilar ocorreria "naturalmente", contando com incentivos da iniciativa privada para a consolidação deste modelo. Em nenhum momento do texto faz referência aos interesses escusos da indústria farmacêutica no lucrativo campo da Saúde Mental, ou menciona os problemas graves que decorrem de parcerias público/privadas no âmbito da Saúde.

Gentil não faz constar em suas críticas a organização da Atenção Primária no Brasil em conformidade com os preceitos do SUS, considerando que a atenção aos transtornos mentais comuns deve se dar nas Unidades de Saúde com as equipes de Saúde da Família que acompanham no território a saúde das pessoas. Os transtornos mentais comuns exigem tecnologia leve em seu manejo, e é consenso mundial (OMS, 2001) que o cuidado aos casos leves em saúde mental deve ser feito no território por serviços de atenção primária. Ademais, a criação dos NASF pela portaria 3124 de 2012, aumenta a resolutividade da saúde mental na atenção básica, portaria que ainda não existia quando da publicação de seu artigo.

O mesmo autor, em entrevista concedida a Monica Teixeira para a Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental (2007), apresenta argumentos contra a Reforma Psiquiátrica, sugerindo que profissionais não médicos não estariam aptos ou não teriam as necessárias competências para o tratamento de pacientes que carecem de cuidados médicos para suas doenças médicas. Defende sua posição a partir da suposta periculosidade associada a pacientes psicóticos, alegando ainda que o cuidado destes pacientes por profissionais não médicos coloca em risco a sociedade e constitui falta ética. Diz textualmente que "os membros de equipe multiprofissional

não têm formação para isso” (GENTIL, 2007 p. 31) referindo-se ao que chama de “problemas psiquiátricos complexos” (op. cit.); e ainda:

> “como posso esperar que alguém sem vivência, que não conhece a literatura, com formação em área complementar, possa tomar decisões desse tipo? ” (GENTIL, 2007 p. 31).

A relação da psiquiatria com a Atenção Psicossocial não se dá sem conflitos. A inclusão deste profissional nos serviços CAPS, levando em consideração a predominância do discurso cientificista, da gramática do DSM, da difusão na sociedade das formas de sofrer em conformidade com esta gramática, a tendência à medicalização frente ao sub-financiamento dos equipamentos do SUS e as dificuldades encontradas na formação de equipes que trabalhem na lógica do Paradigma Psicossocial colocam importantes questões que se atualizam no cotidiano de trabalho nos equipamentos substitutivos e serão levantados na análise das entrevistas realizadas. As formas de resistência à medicalização e à adesão ao discurso dominante da psiquiatria devem muito à psicanálise e à Reabilitação Psicossocial, tratadas a seguir.

2.1.2 Psicanálise

A escolha do eixo clínico se deve em grande medida à concepção psicanalítica do termo. A clínica psicanalítica fornece um ponto de partida para se pensar este eixo pelas características apontadas por Dunker como constitutivas desta, a saber: a formulação de uma diagnóstica, uma terapêutica, passando pela semiologia e pela etiologia. Esses quatro aspectos se inter-relacionam através de certas leis de estrutura: “não se passa da semiologia à terapêutica sem passar pela diagnóstica” (DUNKER, 2011 p. 421), assim como “não se chega à diagnóstica sem semiologia” (Op. Cit.). Os caminhos que levam da diagnóstica à etiologia passam sempre pela semiologia ou pela terapia, e ainda se propõe que há circulações de tipo mais fechado entre diagnóstica e semiologia e entre semiologia, diagnóstico e terapêutica.

Pressupõe, assim, que haja homogeneidade entre seus elementos e covariância de suas operações. O autor exemplifica citando a astrologia, que presume que o movimento dos planetas tem relação com certas características da personalidade que seriam estáveis. Independente da veracidade do argumento, esta não pode ser considerada uma clínica em sua estrutura por não haver homogeneidade entre seus elementos e por lhe faltar a terapêutica (DUNKER, 2011). Em relação à covariância entre os elementos, exemplifica citando as profundas mudanças na semiologia e nos parâmetros diagnósticos sem que com isso houvesse qualquer mudança na terapêutica, como ocorreu diversas vezes na história da psiquiatria.

A formulação da clínica psicanalítica “subverte o estatuto dos parâmetros da clínica da qual se originou” (DUNKER, 2011 p. 440), no que diz respeito ao deslocamento que opera de uma clínica do olhar para uma clínica da escuta. A subversão semiológica da clínica psicanalítica em relação à clínica médica se funda sobre a mudança da descrição minuciosa dos fenômenos de que se ocupa a psiquiatria para a noção de que “os signos que interessam à psicanálise são definidos por sua relação ao sujeito em situação de fala ao outro” (Op. Cit. p. 443); assim, as descrições gerais que buscam elementos comuns entre os fenômenos de forma independente dos sujeitos que os vivem são substituídas pela narrativa em primeira pessoa que determina que a ligação entre significante e significado não é estática e atemporal, mas singular e instável.

Para a noção de sujeito de Lacan, não há garantia da significação isolando os signos de uma cadeia, visto que uma mesma imagem acústica pode estar ligada a signos linguísticos diferentes. O efeito de significação só se depreende da relação de valor de um signo em relação aos outros de maneira retroativa; assim, é no ato de falar que o sujeito se significa (DOR, 1989). Para Lacan, o sujeito é o sujeito do inconsciente, que em geral não se mostra à consciência, exceto nos momentos de esquecimento e lapso que ocorrem no cotidiano; e longe de defender que o eu consciente não é responsável por aquilo que o inconsciente faz irromper, há uma dimensão ética articulada ao “Wo Es war, soll Ich werden” de Freud de que o sujeito é sempre responsável por sua posição (FINK, 1998). O enigma freudiano é traduzido por Lacan como a divisão psíquica que marca o advento do sujeito, isto é, o sujeito é dividido pela própria ordem da linguagem na operação da metáfora paterna em que um símbolo da linguagem “vem a designar metaforicamente o objeto primordial do desejo tornado inconsciente” (DOR, 1989 p. 102).

No campo da etiologia, as categorias causais estáticas dão lugar ao modo como o sujeito fala no contexto da transferência. A causalidade na psicanálise se manifesta como fenômeno de linguagem que permite que a subjetividade se transforme quando narrada, descrita e redescrita pelo sujeito, em direta conexão com a terapêutica que, através da transferência, trata o sintoma quando ele é narrado para o outro. Assim, o discurso psicanalítico se distancia das fronteiras entre o normal e o patológico e se interessa mais diretamente pela temática da causalidade que será descrita nos termos do funcionamento psíquico e que revelam a aptidão à formação de determinados sintomas e não à evolução mais ou menos estável de determinados quadros clínicos. A adoção de uma etiologia mais voltada à causalidade tem a pretensão de garantir uma terapêutica não apenas sintomática como a hipnose ou a sugestão, mas que aja sobre a produção mesma do sintoma.

O diagnóstico em psicanálise mantém relação, por um lado, com a semiologia, na medida em que não se vale das descrições fixas dos sintomas, mas da maneira como eles se articulam na fala e narrativa do paciente como nomeação, e, por outro lado, com o tratamento, visto que ele só pode se dar na transferência como escuta do modo singular como cada sujeito se narra para o outro que o analisa.

O diagnóstico, portanto, não é estanque e ocorre em todos os momentos do tratamento, pois é diagnóstico da transferência viva entre analista e analisando. Sua

relação com a semiologia se refere à “adoção de uma perspectiva específica e diferente sobre o entendimento dos signos” (DUNKER, 2011 p. 442), ou seja, na clínica psicanalítica os signos interessam na medida em que são tomados em situação de fala ao outro e não referidos a uma fixação semântica que pretenderia uma descrição estável e válida dos fenômenos, prescindindo do sujeito para narrá-la. Considerando que o efeito de significação é retroativo e que não há relação absoluta entre significado e significante, mas relação de valor ao lado de todos os outros signos da cadeia, a semiologia psicanalítica se vale das leis da linguagem como referência para os processos patológicos.

Por último, a terapêutica coloca uma questão ao analista em si e à posição que ocupa diante do desejo de curar o paciente, uma posição ética que leva em consideração as leis mencionadas, implicando a noção de transferência. A condição da escuta é a disposição do analista de se excluir do campo do poder que submete o outro e incluir-se no campo da verdade, que é a verdade do desejo articulada pelo sujeito.

Qual a importância de uma clínica para a Atenção Psicossocial? O fechamento de leitos psiquiátricos e a construção de serviços substitutivos podem ser interpretados a partir do argumento ideológico e econômico, como faz Gentil (1999); a reinserção social pode ser vista apenas como um projeto político que pretende revelar a opressão capitalista sobre os improdutivos de uma sociedade que só reconhece como dignos de valor aqueles que trabalham; a criação de serviços substitutivos pode igualmente reproduzir uma lógica manicomial substituindo apenas os muros concretos pela contenção química; como, então, defender o projeto da Atenção Psicossocial e justificá-lo diante da sociedade?

Penso que o eixo clínico, pouco discutido no campo da Saúde Mental e da Atenção Psicossocial, deva ser estruturante para o projeto Antimanicomial brasileiro em sua articulação com o eixo político e de gestão, para que um verdadeiro deslocamento da lógica manicomial se efetue. Sua contribuição é em última instância ética. Os elementos que o constituem, as leis que o definem e seu corpo teórico instituem a dimensão da escuta do sujeito fora do lugar de saber.

O campo da ética em saúde mental ainda é pouco discutido, principalmente naquilo que está “além da preocupação com o que se deve ou não fazer” (COSTA-ROSA, 2013, p. 271). É necessário um distanciamento das éticas psiquiátricas, nas quais

predomina a relação sujeito-objeto em sua vertente objetivista e científica e que estão fadadas à reprodução do poder e do saber do lado dominante; dessa última forma, as relações de poder entre médico e paciente se desenrolam sob a égide da razão, do formalismo jurídico e da deontologia prescritiva. Tal modo de se posicionar diante do sujeito se pauta na compaixão e no amor como seus corolários, a exemplo das terapias que almejam mudanças comportamentais e ajustamento psicológico através de técnicas motivacionais e pedagógicas que ignoram a dimensão do gozo e não superam a dicotomia sujeito-objeto, apenas alternando sua incidência (COSTA-ROSA, 2013).

A ética adequada, para nós, é aquela capaz de sair do campo das identificações, operando como “intercessor” (Ibidem, p. 291) da demanda de cuidado que aparece nos serviços de atenção ao sofrimento psíquico, traduzida num “você tem o que me falta”, e podendo produzir escolhas e caminhos para a existência, bem como subjetividades singulares, uma vez que implica na elaboração de um trabalho não só por parte daquele que é interpelado pela demanda, mas principalmente por parte de quem sofre e a quem cabe a construção e criação destes novos sentidos e modos de existência.

A clínica psicanalítica está historicamente ligada ao *setting* terapêutico e ao consultório privado, sendo sua absorção pela Saúde Pública e pelas instituições fato recente. A clínica La Borde na França, o trabalho de Carlo Viganó na Itália e, no Brasil, a produção de Onocko-Campos e seu grupo, Ana Cristina Figueiredo e Doris Rinaldi são alguns exemplos da sistematização do saber psicanalítico nas instituições de Saúde Mental, além dos autores franceses da análise institucional, que têm relevância no cenário brasileiro. Assim, de diferentes maneiras, a psicanálise ganhou lugar nas instituições públicas de saúde mental no Brasil.

Em certa medida, a entrada da psicanálise nos serviços de saúde mental no Brasil pode estar relacionada ao fato de que é esta a única clínica que sistematizou uma terapêutica para as psicoses. A psiquiatria se ocupa da descrição de síndromes e das terapias farmacológicas, que em quase nada dependem do sujeito ou do médico para se concretizarem, exceto quanto ao ato voluntário (mas nem sempre) de tomar uma pílula. Já as outras matrizes dentro da psicologia, como a *Gestalt* terapia e o Behaviorismo, não se dedicaram ao tratamento das psicoses.

Freud se interessou pelo tema ao analisar psicanaliticamente as “Memórias de um doente dos nervos”, publicadas em 1903 pelo juiz-presidente Dr. Daniel Paul Schreber, concluindo, como é sabido, que a psicanálise não poderia se dedicar ao tratamento das psicoses. Não obstante, dedicou-se à minuciosa análise dos mecanismos envolvidos na paranoia e deu especial importância aos seus aspectos projetivos. No segundo parágrafo do texto, afirma que os doentes paranoicos têm a peculiaridade de revelar justamente aquilo que os neuróticos escondem como um segredo (FREUD, 2010).

Vários autores pós-freudianos tiveram interesse em continuar as investigações freudianas acerca das psicoses: assim o fizeram Melanie Klein, Wilfred Bion e Donald Winnicott, para citar os mais relevantes. Com diferentes teorias, a psicanálise avança na clínica da psicose e vislumbra um tratamento eficaz para esses pacientes. Foi, no entanto, Jacques Lacan que fez uma retomada rigorosa do texto freudiano em seu Seminário 3 – *As Psicoses*, de 1955, empreendendo uma leitura da paranoia a partir do estruturalismo francês e propondo uma terapêutica centrada nas posições de secretário do alienado e testemunha.

Assim, a aproximação entre a clínica psicanalítica e os serviços de saúde mental destinados ao cuidado de pacientes psicóticos pôde se estabelecer, principalmente quando psicanalistas passaram a trabalhar nesses espaços, fora do habitual *setting* analítico, e escrever suas experiências. Contudo, não é consensual no meio psicanalítico que o tratamento das psicoses nas instituições públicas seja eficaz.

Da mesma forma que a Reforma Psiquiátrica não é garantia da superação da lógica manicomial, podendo inclusive reeditá-la de forma perversa, a adoção do referencial psicanalítico na Atenção Psicossocial não é garantia de que aí haja uma clínica. O financiamento insuficiente dos projetos de Saúde Mental, a crescente demanda por esses serviços, o pequeno número de profissionais, a gravidade dos casos que acessam os serviços são condições pouco favoráveis para o desenvolvimento de uma clínica, tendendo à reprodução de práticas manicomiais pouco terapêuticas e a discursos ideológicos estereotipados, além da medicalização.

Para Figueiredo (2004), o desafio da psicanálise na Saúde Mental está no trabalho conjunto de diversas profissões sem um compromisso explícito com a formação psicanalítica e sua relevância para a psicopatologia e para a saúde mental. Propõe

que o operador da clínica psicanalítica nas instituições de Saúde Mental seja o “Caso Clínico” e sua construção tal como aponta Viganó. Para este autor, a construção do caso clínico é o trabalho ativo de uma equipe, dos familiares e do paciente no sentido de criar uma narrativa em que possa aparecer um ponto em que nada se sabe (VIGANÓ, 2010). A aparição deste não saber no percurso de tratamento permite que os atores possam se reposicionar nas relações de poder, usualmente cristalizadas no ato diagnóstico em que a equipe sabe algo sobre o paciente. Nesta realocação de poderes, o paciente ganha outra posição que pode permitir um outro desenho do laço social, uma estabilidade, um novo lugar na família e, principalmente, uma relação diferente com seu sintoma.

Ainda segundo Figueiredo, o caso clínico deve articular a história do sujeito com a entrada do analista na narrativa, assim como as intervenções e pontuações deste último para que se possa trabalhar psicanaliticamente um caso (FIGUEIREDO, 2004). A construção do caso clínico em saúde mental é um grande desafio que precisa ser enfrentado para evitar as formas de reabilitação engessadas nas quais a equipe sabe o que é melhor para o paciente e há jeitos bons e jeitos ruins de se viver a vida. Sua realização no cotidiano permite que o sujeito dê a linha de sua reabilitação pelo caminho da responsabilidade e não da inimputabilidade ou da vitimização.

A apropriação da Psicanálise no campo da Saúde Mental não é garantia de tratamento eficaz: a entrada de um modelo clínico de tratamento num serviço que ainda conta com dispositivos institucionais capazes de reproduzir a lógica manicomial pode ser difícil. Não é incomum que em serviços que contam com psicanalistas em suas equipes haja um desvirtuamento da Atenção Psicossocial e as práticas terapêuticas sejam desenvolvidas dentro de consultórios nos moldes ortodoxos do enquadramento e *setting* psicanalíticos (ONOCKO-CAMPOS, 2001). Como aponta Rinaldi,

> “Tradicionalmente formados para exercer a sua prática no consultório particular, os psicanalistas encontram dificuldades em construir estratégias de intervenção no contexto institucional” (RINALDI et al, 2008).

2.1.3 Reabilitação Social

A Reabilitação Social de inspiração italiana foi importante na Reforma Psiquiátrica brasileira, pois foi uma das primeiras formas de teorizar e concretizar na prática o fechamento dos hospitais com propostas de tratamento em liberdade e centrado em serviços territoriais com ênfase na cidadania e não na loucura. A perspectiva basagliana operou uma forte recusa da clínica psiquiátrica no ambiente hospitalar e uma superação desta pela inclusão social da loucura, facultando ao “doente mental” a condição de cidadão.

Basaglia faz dura crítica à instituição manicomial, marcando seu papel de proteção da sociedade a partir da segregação daquilo que a horroriza e ameaça, expurgando de seu campo de visão o louco. Formula uma nova abordagem da doença mental a partir do conceito de liberdade e inclusão social, principalmente pelo trabalho e pela produtividade. Discute amplamente as dificuldades de se implementar um novo modelo de tratamento, dando importância à eliminação das barreiras físicas do manicômio, bem como à criação de novos serviços que possam ofertar tratamentos abertos nos quais o sujeito não estaria isolado da sociedade e da família (BASAGLIA, 1985).

Para o autor, a psiquiatria hospitalar conferiu cientificismo à exclusão social do “doente mental” através da comprovação científica da incompreensibilidade dos sintomas nas classificações nosográficas, permitindo, em última instância, que o psiquiatra se valha da instituição total que é o manicômio para exercer seu poder sobre o “doente mental”, justificando, assim, práticas de segregação e estigmatização sob a égide da ciência (BASAGLIA, 1985).

Segundo o autor italiano, a clínica psiquiátrica deve ser superada e substituída por uma compreensão dialética da loucura na sociedade. A crítica ao hospital psiquiátrico o revela como instituição total que em nada contribui para o conhecimento da “doença mental. Esta última só pode ser conhecida se colocada entre parênteses, se olharmos para o sujeito sem seu rótulo e estigma (BASAGLIA, 1985).

Na Itália do final da década de 1970, animada pelo pensamento de Franco Basaglia, delineou-se uma experiência de extinção dos manicômios em Trieste, substituídos pela criação de serviços comunitários para o cuidado em saúde mental, iniciativas que

contavam com cooperativas de trabalho para egressos dos manicômios, espaços que buscavam refazer a relação do “doente mental” com o trabalho não alienado, Centros de Saúde Mental que ofereciam tratamento em liberdade, apartamentos de grupo (espécies de repúblicas para ex-internos dos hospitais psiquiátricos), tratamento sanitário obrigatório nos centros de saúde mental para os usuários que estivessem colocando em risco a própria vida ou a de terceiros, internando-os em local próximo de suas casas pelo menor tempo possível e, por fim, cobertura noturna nos hospitais gerais(DELGADO, 1991).

A experiência italiana e a vinda de Basaglia ao Brasil firmaram um laço entre a construção da Atenção Psicossocial no Brasil e a experiência de Trieste, de modo que a organização do trabalho nos CAPS teve influência direta deste pensador, sendo a Reabilitação Social um modo de cuidar presente em diversas equipes de Atenção Psicossocial. As considerações basaglianas acerca das instituições totais e da Psiquiatria influenciaram profundamente o movimento de Reforma Psiquiátrica brasileira; desse modo, nossas instituições contam com arranjos que privilegiam tratamentos que tem em seu horizonte a reabilitação e a reinserção social (ONOCKO-CAMPOS, 2001). Os CAPS que recebem os egressos de manicômios têm a difícil missão de ajudar as pessoas que viveram, por longos períodos de tempo, sob a dominação de práticas manicomiais atrozes e reintegrá-las ao mundo e à vida social.

Para Rinaldi, a perspectiva basagliana, com sua radical recusa da clínica historicamente ligada à psiquiatria, pode se traduzir no cotidiano dos serviços de saúde mental como uma ortopedia ou pedagogia (RINALDI, et al., 2008) que não coloca em seu centro a escuta do sujeito, limitando-se à garantia de direitos e de cidadania que podem não ser aproveitados pelo sujeito.

As críticas à Reabilitação Social de orientação basagliana questionam o caráter universal e genérico do termo “inclusão social”, sem levar em conta os desejos, possibilidades, limitações e a história de cada um. Ademais, é papel da sociedade conceder benefícios compensatórios aos usuários.

O termo “inclusão social” é bastante vago e polissêmico, utilizado sem precisão conceitual e, por ser tão polissêmico, consegue reunir um grupo para a ação e orientar práticas no atual modelo de tratamento nos CAPS (DUNKER, et al., 2004). Uma das consequências do projeto de reabilitação social encampado pelos CAPS é que a

loucura perde sua dimensão clínica e assume dimensão de exclusão social concreta. A terapêutica empregada, portanto, pretende incluir o sujeito socialmente, pois é disso que ele padece. É neste ponto que se coloca uma oposição entre política e clínica, sendo que a primeira diz respeito à noção de tratamento pela via da inclusão social, pelo trabalho e no universo do consumo e da produtividade; já a segunda guarda relação, ainda que distante, com o antigo modelo da clínica asilar que precedeu a reforma psiquiátrica.

Para Dunker et al, a opinião pública nos tempos de Reforma Psiquiátrica foi persuadida da "ontologia social das patologias psiquiátricas" (DUNKER, et al., 2004 p. 119) e a inclusão social tornou-se um imperativo no tratamento dos usuários dos serviços de saúde mental. A dissociação entre clínica e política se manifesta nas diversas adequações discursivas operadas como a substituição do termo "paciente" pelo termo "usuário", das distinções dos núcleos profissionais pelo termo "trabalhador em saúde" e assim por diante, alertando que tais modificações nem sempre alteram a posição dos implicados em relação ao poder exercido, muitas vezes apenas obscurecendo-a.

A negação de toda e qualquer clínica na Reabilitação Social e a cura como inclusão social pelo trabalho e direitos civis para todos exclui das práticas cotidianas a singularidade do sofrimento de cada um e, como uma espécie de tiro que sai pela culatra, reafirma relações de poder que pretende eliminar entre trabalhador de saúde e usuário. No quadro do novo modelo de atenção psicossocial à loucura, a negação da clínica enquanto elemento terapêutico necessário na composição do tratamento das psicoses e neuroses graves leva a impasses de natureza concreta no cotidiano assistencial. Como exigir do sujeito psicótico que ele trabalhe, ou que tenha um grupo de amigos, ou que volte a morar com a família? O imperativo da inclusão social e o anseio dos trabalhadores pelo enquadramento do sujeito num determinado ideal de cura podem ser tão opressores quanto os muros das instituições totais ou o ataque farmacológico aos sintomas.

Apesar da importância do trabalho teórico e do próprio movimento de reforma italiana disparado pelas contribuições de Basaglia, sua absorção no Brasil se deu como uma negação da doença – em contraposição à formulação Basagliana da doença entre parênteses, na qual ela deixa de ser o centro do tratamento –, produzindo uma consequente negação da clínica e de todos os seus elementos constitutivos, como a

escuta e a medicação. Por vezes, a consequência direta desta negação da clínica é uma desatenção ao sofrimento intenso que a loucura carrega, de modo que, a partir do discurso, por vezes ideológico e inflexível, do imperativo da reabilitação social perde-se a dimensão singular do sofrimento de cada um e das necessidades de outras terapêuticas, como a medicação, a escuta clínica, a oferta de leito e mesmo a internação em situações graves e extremas. Tal como afirma Tenório “atenção psicossocial e clínica do sujeito não são a mesma coisa. Mas uma pode tornar a outra possível” (TENÓRIO, 2001 p. 87).

2.2 Eixo Político

Como vimos no eixo anterior, clínica e política estão diretamente articuladas na construção do campo da saúde mental. O eixo político, como abordaremos, se caracteriza primeiramente pelo campo mais ou menos instituído da saúde mental enquanto projeto, contemplando a legislação em saúde mental, a macro política brasileira em sua relação com o sub-financiamento da saúde e suas consequências para o trabalho em saúde mental e, por fim, a adesão no cotidiano de trabalho a modelos de tratamento apresentados no eixo clínico deste trabalho.

O campo político pode ser pensado como o campo definido em que os conflitos se dão segundo algumas regras. No momento de análise da Atenção Psicossocial há um grande conflito que se atualiza o tempo todo no cotidiano de trabalho e tem repercussões para o cuidado dos usuários, descrito nos termos de dois grandes Paradigmas que definem um conjunto de práticas e discursos que orientam e constroem a AP. São eles os paradigmas Psicossocial e Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador (COSTA-ROSA, 2013). O termo Paradigma, para o autor, é entendido como uma agregação de diferentes vetores de pulsações tanto em termos de ação instituinte como de resistências ao instituído no campo da Saúde Mental. O sentido do termo medicalizador é amplo e se refere tanto ao conjunto de discursos médicos que centralizam o trabalho, quanto ao uso da medicação como resposta mais imediata e preferencial às demandas de sofrimento psíquico.

Desde o início da reforma psiquiátrica, grandes transformações têm ocorrido na concepção do processo saúde-doença e no modelo teórico que sustenta a prática profissional dos trabalhadores em saúde mental, como discutimos no eixo Clínico deste trabalho. Tais transformações sustentam e orientam o arcabouço jurídico e o universo de práticas e valores culturais no campo da Saúde Mental (YASUI, et al., 2008).

No cotidiano de trabalho na Atenção Psicossocial se atualizam aspectos da formação dos profissionais e do modo de produção capitalista. A formação das profissões da saúde mantém currículos fragmentados separando conteúdos importantes que deveriam se articular, o que se traduz na dificuldade que as equipes de saúde têm para trabalhar de forma multiprofissional como pretende o paradigma Psicossocial. O modo de trabalhar fragmentado é sustentado pela formação deficitária e pela

reprodução dos modos de produção Capitalista. A divisão social do trabalho em Saúde pode gerar hierarquização das relações, nas quais, em geral, reina o discurso do médico como detentor de um saber mais importante do que os outros (YASUI, et al., 2008). Podemos verificar tal modo de produção quando a atividade prioritária de um serviço de saúde mental é o atendimento médico que em geral é de curtíssima duração e com longos intervalos no acompanhamento. Este modo de organizar um serviço é frequentemente sustentado pelo faturamento por número de procedimentos, como se faz nos ambulatórios. Uma olhada rápida para as filas de psiquiatria e psicologia ambulatoriais revela que este modelo é pouco resolutivo e tende a fornecer respostas medicalizadoras diante da impossibilidade de produzir tratamentos eficazes para uma imensa demanda de sofrimento.

O cotidiano de trabalho é marcado pela encarnação de tensões e disputas de interesses sociais distintos que muitas vezes interferem diretamente no cuidado e atenção aos sujeitos em sofrimento (YASUI, et al., 2008). Os autores propõem que reconhecer esta área de tensão como parte dos processos de trabalho pode permitir o surgimento de diferentes posicionamentos diante dos conflitos e contradições que atravessam o cuidado sem que isso interfira de forma negativa no acolhimento da demanda dos que estão em sofrimento.

A organização dos Centros de Atenção Psicossocial, ainda que privilegie o paradigma Psicossocial, não garante que a lógica de cuidado mude. Muitos CAPS funcionam na lógica ambulatorial até hoje, principalmente aqueles que foram implantados a partir de ambulatórios (Ibid.), reproduzindo práticas pedagógicas e carregadas de julgamentos morais no atendimento dos usuários.

No campo das disputas entre modelos, encontramos o corporativismo médico da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), que abertamente defende estratégias medicalizadoras do cuidado e ataca a multidisciplinariedade e o paradigma psicossocial sob diversos argumentos. Em parecer de 2011 a ABP aponta as portarias 224/92 e 336/02 do Ministério da Saúde como antiéticas por não indicarem a presença de médico 24h em serviços CAPS III, indicando que a palavra “acolhimento” desvirtua o real sentido do procedimento realizado que é “internar”, ato médico por excelência. O parecer, utilizando sempre o termo “doente mental”, aponta como antiética a regulação e supervisão da rede de serviços de saúde mental por “não médicos” esclarecendo que:

> “Sendo a rede de serviços de saúde mental necessariamente composta de hospitais psiquiátricos, unidades psiquiátricas em hospital geral e de ambulatórios de psiquiatria, a regulação da porta de entrada desses serviços somente pode ser realizada por médico ou por entidade cujo diretor técnico seja médico. ” (ABP, 2011, p.4).

O parecer segue com duras críticas aos “ideólogos” da política nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde e argumentos fortemente corporativistas, inclusive contra os próprios colegas médicos não psiquiatras, indicando que estes não seriam capazes de oferecer “o melhor tratamento possível” (ABP, 2011, p.6).

A formação médica está certamente orientada pelos documentos produzidos pela ABP, cujo posicionamento é abertamente contrário à lógica de atenção Psicossocial, o que faz resistência ao trabalho multiprofissional e à dissolução das hierarquias de saber propostas pelo paradigma da AP. Vale dizer que os pareceres não são sustentados por pesquisas acadêmicas como é a construção do modelo Psicossocial, como claramente mostra a lista de Referências Bibliográficas utilizadas para a produção das “Diretrizes para um modelo de assistência integral em saúde mental no Brasil” (ABP, AMB, CFM e FENAM, 2006). Das 47 referências citadas, 13 são de autores consagrados do campo da Atenção Psicossocial como Paulo Amarante e Franco Basaglia, 3 referências a Valentim Gentil e 6 referências a documentos não acadêmicos, como jornais e notícias. Analisadas junto ao conteúdo do texto, as referências bibliográficas indicam que, em grande medida, o documento se presta a uma crítica não acadêmica/científica ao modelo construído pela Reforma Psiquiátrica, e as propostas apresentadas estão sempre articuladas à centralidade do saber médico na Saúde Mental.

As conclusões do documento mostram isso com clareza, apontando que os serviços criados são insuficientes e deteriorados; que a lei 10.216 não está sendo cumprida em tempo e forma adequados; que o trabalho médico é imprescindível e tem sido excluído pela atual política ministerial; pede a inclusão da eletroconvulsoterapia nas listas de procedimentos do SUS; aponta que a exclusão do hospital psiquiátrico da rede de atenção está causando desassistência aos doentes mentais e não tem sustentação científica; propõe estímulos a criação de Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais; apontam para o sub-financiamento da saúde mental no país desde a implementação da atual política; sugere incentivos à migração dos médicos do setor privado ao público com remuneração adequada; entre outras.

Ademais, vale dizer que o documento inicia com a afirmação de que há uma série de princípios aos quais os autores se referem que já estariam definidos e aceitos, para em seguida elencar algumas das discussões mais controversas e em pleno andamento no mundo acadêmico como a definição do normal e patológico em psiquiatria, o processo saúde e doença, validade diagnóstica em psiquiatria, a cura em psiquiatria, a necessidade do Hospital Psiquiátrico como local de atendimento na rede de Saúde Mental.

O modelo de atenção em saúde mental precisa ser revisitado constantemente, sua reformulação precisa acompanhar os problemas e dificuldades encontradas no decorrer de sua construção e sua eficácia precisa ser avaliada através de estudos dedicados ao tema. As críticas que a Associação Brasileira de Psiquiatria, o Conselho Federal de Medicina e alguns poucos autores que se arriscam no tema da Saúde Mental no SUS são marcadamente ideológicas. É justamente por não fazer referência à história da psiquiatria, aos horrores dos manicômios, à realidade econômica brasileira, aos interesses da indústria farmacêutica e do corporativismo médico que o discurso dessas associações é tão frágil.

A viabilidade de um projeto em Saúde Mental em conformidade com os preceitos inaugurados pela Reforma Psiquiátrica depende de seu financiamento e da vontade política dos governantes, sem os quais está fadado ao sucateamento.

Os estudos de financiamento em saúde têm mostrado que há um incremento sistemático e paulatino nas parcerias público privadas desde a criação do SUS. Tais parcerias se concretizam de diversas formas: desde a compra direta de serviços até isenções tributárias, passando pela gestão indireta de serviços e toda a saúde chamada suplementar que tem crescido cada vez mais no país. A gestão terceirizada de serviços públicos tem sido cada vez mais comum, sob a justificativa da Lei de Responsabilidade Fiscal, que limita as contratações de pessoal pelos municípios, e sob o falacioso argumento de que a gestão terceirizada é mais eficiente do que a gestão direta.

Do ponto de vista da macropolítica brasileira, a dominância do capital financeiro e as políticas governamentais adotadas a partir da década de 80 representaram um golpe contra o financiamento público das áreas sociais, incluindo a saúde. A garantia dos direitos básicos à população na lógica da seguridade social seria tarefa difícil para o

Estado brasileiro, que passou a privilegiar políticas restritivas (cumprimento de metas de inflação e superávit primário) com severos cortes nos gastos públicos, diminuição dos salários e redução de impostos, dificultando seriamente a implantação e manutenção de um sistema de proteção social (MENDES e MARQUES, 2009).

Some-se a isso a atual e ideológica dissociação entre política e economia, que leva a crer que o dinheiro se produz a si mesmo prescindindo da força de trabalho e da apropriação da mais-valia para se multiplicar (ZIZEK, 2008). O Estado, nessa lógica, perde seu poder regulador e também entra na dança auto engendradora do capital financeiro, garantindo um terreno econômico minimamente estável para a atividade circular do capital. É evidente que tais condições mínimas estão diretamente associadas à organização do trabalho e da produção, elevando ao máximo a exploração e a apropriação da mais valia, sem a qual o capital financeiro não sobreviveria. É também digno de nota que o compromisso do Estado com a multiplicação do capital financeiro coloca-nos todos na condição de sustentar os riscos desta empreitada.

O discurso ideológico que sustenta tais políticas e cortes apresenta o Estado como ineficiente, moroso e irracional, à beira de um colapso, sem condições gerenciais para promover o crescimento vertiginoso que o capitalismo promete. O enfraquecimento da consistência do Estado privilegia as formas de subjetivação alienadas em que cada um prescinde do Outro, que tem sua eficácia desmentida a todo o tempo.

É com este pano de fundo que podemos olhar para a construção de um Sistema Único de Saúde na contramão da lógica privada de lucros vertiginosos com gastos mínimos. Se a crise do Sistema Único de Saúde brasileiro estava instalada desde o princípio, tanto pelo caráter não terminado e heterogêneo da Reforma Sanitária, quanto pelas características das políticas macroeconômicas, hoje, outros países que implantaram sistemas universais e públicos de saúde estão enfrentando um cenário parecido. O caso da Inglaterra é emblemático: país que não se industrializou tardiamente como o Brasil, apostou na construção de um Estado de Bem-Estar e um sistema de Saúde público e universal, o National Health System (NHS). Os ataques ao NHS começaram nos anos 80, acompanhados de críticas severas à ineficiência do Estado de Bem-Estar Social, e culminaram com o Health and Social Care Act, que abriu o NHS para a privatização. Os efeitos desta manobra, que conta com o financiamento por metas e com a terceirização de serviços a partir dos chamados Foundation Trusts, têm sido

desastrosos e a piora da assistência em saúde torna-se cada vez mais evidente (GOSLING, 2013).

As políticas públicas em saúde mental no Brasil não podem ser pensadas fora da racionalidade política e econômica atual, que colonizou inclusive o âmbito da saúde, ganhando a denominação de Capitalismo Sanitário (NAVARRO, 2003). Como aponta Schmidt (2003), a saúde mental está enfrentando hoje uma diminuição nos orçamentos destinados aos serviços e há crescente ameaça de uma passagem da administração pública para as chamadas organizações sociais, de modo a não serem mais de responsabilidade exclusiva do Estado e, sim, de organizações particulares, com finalidades também particulares.

A autora apresenta uma análise do contexto atual da Saúde Mental que está em consonância com a ideia de capitalismo organizacional de Blanch-Ribas (2007) e de capitalismo sanitário de Navarro (2003).

O modelo produtivista e organizacional que vem sendo transposto para as instituições públicas, atingindo também as instituições de saúde mental, contém os mesmos elementos presentes na chamada reestruturação produtiva no terreno das empresas e das indústrias a visão da inevitabilidade do modelo neoliberal, a ideologia da excelência, a flexibilização das relações sociais de trabalho e a polivalência (SCHMIDT, 2003).

A afirmação de Schmidt indica que o caráter inacabado da Reforma Sanitária e a mescla entre as racionalidades social e privatista, mencionadas por Campos (2007), penetraram na Saúde Mental de forma análoga ao que ocorre no restante do SUS, reiterando a ideia concebida por Navarro de que a lógica neoliberal tem colonizado âmbitos que vão para além da indústria e economia. Essa lógica passa a influenciar e constituir novos espaços de dominação modificando as relações de trabalho, a identidade dos trabalhadores e as características das práticas de cuidado, no chamado capitalismo sanitário, ameaçando as características originais da saúde pública e instaurando novas formas de organização do trabalho.

2.3 Eixo da Gestão do trabalho

Na atualidade, a introdução de novas tecnologias e a globalização da economia com um cunho claramente neoliberal tem provocado rápidas e profundas mudanças no chamado “mundo do trabalho” (ANTUNES, 1995). A ‘flexibilidade’ se torna palavra de ordem no discurso empresarial, mas é na imposição de relações de trabalho ‘duras’ que ela se expressa de forma mais impactante (BERNARDO, 2009). Tais mudanças se iniciaram nas fábricas, mas vêm se expandindo para todos os setores da sociedade, incluindo serviços públicos voltados para as necessidades básicas da população como os de educação e de saúde, sendo identificado em, praticamente, todo o mundo ocidental. Assim, pode-se dizer que a divulgação do “novo espírito do capitalismo” (BOLTANSKI e CHIAPELLO, 2009) tem sido tão eficiente na afirmação de uma economia de mercado globalizado que já coloniza quase todos os âmbitos da vida humana individual e coletiva (BLANCH-RIBAS e CANTERA, 2007).

Uma das principais características que marca o espírito ‘flexível’ do capitalismo na atualidade diz respeito à reformulação do papel do Estado, que deve estar cada vez mais ‘enxuto’, deixando para o ‘mercado’ o controle e a regulação dos diversos setores que envolvem a sociedade. Nesse contexto, a educação e a saúde também se convertem em mercadorias e, consequentemente, a Saúde Pública que deveria manter certa independência da lógica de mercado, agora, também passa a ser regida pela retórica da flexibilidade. Esse fato traz consequências diretas sobre a vivência daqueles que estão inseridos nessas instituições, seja sobre as relações de trabalho seja na organização dos processos de trabalho.

Talvez, possa-se dizer que sua característica mais marcante esteja na política da desregulação das relações de trabalho, o que tem como implicação direta a precarização das condições de vida dos trabalhadores. Essa precarização tem características objetivas, como mostram Franco et al (2010), quando destacam as dimensões do processo de desestabilização do mundo do trabalho desde a década de 1980. As autoras apontam para os vínculos de trabalho e relações contratuais como importante aspecto deste processo, marcados pela diminuição de benefícios como plano de saúde, transporte, alimentação e perda salarial, trata-se de uma “desestabilização dos estáveis” (FRANCO *et. al.,* 2010).

Os aspectos levantados pelas autoras como responsáveis por uma série de consequências negativas para a sociabilidade e saúde mental dos trabalhadores são a organização do trabalho e as condições de trabalho, compreendendo os vínculos de trabalho e relações contratuais, atualmente cada vez mais instáveis e precários, com intensificação da produtividade e competitividade; a fragilização, compreendida como orgânica, existencial e identitária, constituída por uma série de ações que visam o aumento da produtividade desconsiderando os impactos que isto terá para a saúde do trabalhador; a dimensão simbólica da valorização do trabalho é também afetada pelas novas relações de trabalho, tanto no que diz respeito à construção identitária do sujeito, como ao reconhecimento social que decorre do posto ocupado; e, por último, as autoras apontam para a dimensão que desmobiliza os trabalhadores socialmente, desfaz as organizações sindicais e, dessa forma, aumenta a vulnerabilidade deste trabalhador (FRANCO *et. al.,* 2010).

De acordo com Blanch-Ribas (2007), está ocorrendo uma mudança na organização do trabalho nos setores de educação e saúde pública que consiste na implantação progressiva de um modelo organizacional, que o autor denomina de “capitalismo organizacional”, o qual toma como base alguns dos princípios que governam o mundo capitalista na atualidade. Esse modelo seria desenhado e gerenciado segundo a lógica da economia de mercado, como o descrito acima por Franco *et al.* (2010), no qual se destacam a retórica da produtividade, eficiência e competitividade; o axioma relativo ao lucro, o individualismo; a estratégia minimax (mínimo investimento com o máximo de produtividade); a tática de avaliação por resultados em curto prazo e a redução dos usuários dos serviços de saúde ao status de clientes ou consumidores do serviço profissional, como se essa fosse meramente uma relação comercial.

As características dessa nova lógica são similares aos modelos que imperam nas empresas capitalistas na atualidade, que, segundo o discurso gerencial predominante, buscam superar as características do taylorismo-fordismo, que foi hegemônico durante grande parte do século XX (BERNARDO, 2009). Apesar do discurso de superação das características do trabalho nas fábricas, de fato

> “ocorreram transformações no modo de gestão, mas que elas se deram sobre a base da manutenção e do aprimoramento dos objetivos do paradigma taylorista-fordista” (SVARTMAN, 2009).

De acordo com Linhart (2009), esse modelo foi marcado por condições duras de trabalho, hierarquia fortemente estabelecida e redução do estatuto de sujeito à de mero trabalhador, enquanto o contexto de ‘flexibilidade’ presente nos modelos de trabalho predominantes na atualidade, apresenta características novas que trazem outros tipos de sofrimento ao trabalhador.

Entre elas, pode-se destacar as exigências de múltiplas competências, o trabalho cada vez mais intelectualizado e abstrato, a dissolução da demarcação clara das hierarquias, substituídas por uma exigência que recai sobre o próprio trabalhador, e a chamada “hiperpersonalização”, caracterizada pelo foco no sujeito individualmente e não nas coletividades no trabalho (LINHART, 2009).

O modo de organização do trabalho fabril com o estabelecimento de metas de trabalho, prêmios em dinheiro aos mais produtivos, produção de desunião entre os trabalhadores fomentando a competição entre pares e o impedimento da participação dos processos de gestão (SVARTMAN, 2009) levam à noção de que os trabalhadores são pessoas descartáveis, substituíveis.

Haveria aspectos análogos no trabalho em saúde com suas características tão específicas? As atuais terceirizações da gestão dos serviços de saúde, os baixos salários e o número insuficiente de equipamentos para assistência de populações extremamente vulneráveis podem indicar que circunstâncias similares podem se delinear no cotidiano do trabalho em saúde.

Para Linhart (2009), uma das consequências destes modos de organização do trabalho é a chamada “precarização subjetiva”, que pode atingir trabalhadores que, do ponto de vista objetivo e material, têm suas condições trabalhistas asseguradas. Segundo a autora, trata-se do:

> "...sentimento de não estar "em casa" no trabalho, de não poder se fiar em suas rotinas profissionais, em suas redes, nos saberes e habilidades acumulados graças à experiência ou transmitidos pelos mais antigos; é o sentimento de não dominar seu trabalho e de precisar permanentemente desenvolver esforços para se adaptar, para cumprir os objetivos fixados, para não se arriscar, nem fisicamente, nem moralmente (no caso de interações de usuários ou clientes). É o sentimento de não ter recurso em caso de problemas graves de trabalho, nem do lado dos superiores hierárquicos (cada vez mais raros e menos disponíveis), nem do lado dos coletivos de trabalho que se esgarçaram com a individualização sistemática da gestão dos assalariados e o estímulo à concorrência entre eles. É, assim, o sentimento de isolamento e abandono. (LINHART, 2009, p. 2).

É, portanto, necessário que o olhar sobre o trabalho na atualidade não se restrinja às condições objetivas mais óbvias de contratação, número de horas e relações hierárquicas, mas que atente também ao jogo afetivo e emocional que a organização do trabalho na modernidade implica e que pode ter repercussões sobre a saúde mental dos trabalhadores.

Nesse sentido, a noção de desgaste mental proposta por Seligmann-Silva (2011) é interessante para compreender os diversos aspectos envolvidos na compreensão da organização do trabalho na atualidade. Com essa noção, a autora pretende fazer uma síntese dos modelos teóricos existentes no campo da pesquisa em Saúde Mental Relacionada ao Trabalho, abordando, entre outras, a teoria do estresse e o referencial psicanalítico, procurando encontrar pontos de convergência no intuito de construir uma nova base teórica que dê conta de mais aspectos do que as teorias isoladamente.

Nesse trabalho, Seligmann-Silva (2011) propõe pensar o desgaste mental enquanto um processo que resulta dos modos de organização do trabalho na atualidade, levando em consideração as potencialidades psíquicas do sujeito, as relações intersubjetivas no trabalho, a dominação do trabalho na lógica neoliberal da produtividade, enfatizando os processos identitários envolvidos na atividade laboral, bem como o caráter essencialmente psicossomático do ser humano, no qual a afetividade e o corpo estão imbricados e são mutuamente afetados pelas relações de trabalho.

Segundo a autora, até o momento, as pesquisas relacionadas ao estresse no trabalho voltaram-se para a formulação de estratégias de adaptação do sujeito às condições adoecedoras que o trabalho oferece. Com ênfase nos processos fisiológicos, como as

doenças coronarianas, muitas vezes deixou de lado os aspectos sociais determinantes do sofrimento laboral, bem como as possibilidades de enfrentamento direto das questões por parte dos trabalhadores (SELIGMANN-SILVA, 2011). A abordagem psicanalítica oferece a possibilidade de pensar os adoecimentos do corpo junto aos adoecimentos psíquicos, compreendendo o homem enquanto ser essencialmente psicossomático. Desta forma, permite uma ampliação da abordagem fisiológica para pensar os correlatos psíquicos implicados nas relações de trabalho. No entanto, a psicanálise, quando restrita à compreensão dos processos intrapsíquicos envolvidos no cotidiano do trabalho, corre o risco de negligenciar aspectos do contexto social mais amplo que podem estar envolvidos. O desgaste mental, portanto, pretende lançar um olhar que contemple as diversas teorias existentes sobre o tema, na tentativa de compreender e agir sobre os sofrimentos laborais decorrentes das novas organizações do trabalho na contemporaneidade (SELIGMANN-SILVA, 2011).

A categoria de “riscos”, mais amplamente utilizada pela medicina do trabalho para dar conta das circunstâncias do trabalho que possam causar danos ao corpo do trabalhador, foi substituída pela noção de cargas de trabalho, categoria que pretende analisar de forma mais precisa e dinâmica os diversos elementos, tanto externos quanto internos ao corpo dos trabalhadores, que interagem em conjunto para produzir o desgaste (LAURELL e NORIEGA, 1989).

As cargas de trabalho podem ser divididas em dois grupos: aquelas cuja materialidade se dá fora do corpo do trabalhador e as que “adquirem materialidade no corpo humano ao se expressarem em transformações em seus processos internos” (LAUREL & NORIEGA, 1989). As cargas físicas de trabalho são mais facilmente identificáveis como as que resultam em machucados, fraturas ou contusões, por exemplo em situações em que o trabalhador deve carregar muito peso; ao passo que outras como o calor extremo, ou a exposição a ruídos sofrem uma mudança qualitativa quando em contato com o corpo do trabalhador, deixando de serem meros ruídos ou alterações de temperatura para exercer uma ação intracorporal no trabalhador, visto que o corpo é forçado a se reorganizar frente aos estímulos apresentados.

Em relação às cargas de trabalho psíquicas, os autores elencam a sobrecarga e a subcarga como dois elementos importantes, sendo a primeira comparável a níveis de tensão muito aumentados e constantes, enquanto a segunda se refere às

impossibilidades que o trabalhador encontra de desenvolver e fazer uso de suas capacidades psíquicas (LAURIEL & NORIEGA, 1989). A noção de desgaste, portanto, para estes autores se refere a perdas de capacidade biológica ou psíquica que o indivíduo sofre, quando exposto a determinadas condições de trabalho.

Dejours aborda a relação entre sofrimento e gestão do trabalho no contexto das fábricas e das empresas telefônicas na França, propondo que o descompasso entre o modo de organização do trabalho e a história individual do sujeito produz diversas formas de adoecimento tanto físicas quanto mentais. Propõe um esquema de interpretação do sofrimento no trabalho que “é a própria organização do trabalho, a ser decodificada, por meio dos avatares que ela sofre na sua interiorização coletiva” (DEJOURS, 1992, p. 138). Para o autor, o bloqueio da relação homem-organização do trabalho inicia o processo de sofrimento.

De acordo com Mehry (2004) os trabalhadores nos CAPS vivem no cotidiano do trabalho situações em que devem estar prontos para a resolução de questões de natureza extremamente complexa, como demandas intensas de cuidado e frequentemente usuários em crise. Junto a isto há o imaginário do trabalhador de que a sua ação clínica é suficiente e a rede intersetorial também, de modo que, ali se produzirá saúde e não doença.

A constante exigência sobre esses trabalhadores resulta em estado frequente de exaustão decorrente dos elementos elencados acima e também da postura exigida deste profissional que deve se contrapor ao doente como sujeito feliz, pronto para atender às demandas de cuidado, saudável e disponível. Estes sentimentos são frequentemente os opostos aos sentidos e relatados, em supervisões, pelos trabalhadores (MEHRY, 2004).

O trabalho de produzir vida, que se exige no contexto da saúde mental termina por sugar a daquele que se propõe produzi-la o tempo todo. O trabalho exaustivo de dar conta das crises psicóticas de diversos usuários, manter o fluxo do serviço, atender pacientes, oferecer grupos de diversas naturezas, termina por sobrecarregar o trabalhador de forma brutal, tornando difícil o cumprimento das tarefas do modo como se idealizou. Os relatos dos trabalhadores apontam para uma impossibilidade de construir uma prática antimanicomial no cotidiano do trabalho (MEHRY, 2004).

Sobre as dificuldades do trabalhador neste contexto, Enriquéz afirma que o trabalho em instituições permeadas pelo contato intenso com a loucura pode produzir identificações possivelmente danosas aos trabalhadores, visto que, segundo o autor, a loucura “atingirá os diversos membros da instituição no mais íntimo de si mesmos e aumentará a coesão mortífera e paradoxalmente ‘fragmentante’ do conjunto” (ENRIQUEZ, 1991). Vemos, portanto, que já há condições peculiares neste trabalho específico, que, quando associadas à precariedade objetiva e subjetiva pode ter consequências importantes.

Além da competência clínica e o saber teórico exigidos do trabalhador que cuida do sujeito em sofrimento psíquico, há a necessidade de que esse trabalhador compreenda e articule sua prática com os preceitos sociais, éticos e políticos que a reforma psiquiátrica institui (FURTADO & CAMPOS, 2005). O trabalhador, portanto, é de certa forma, um dos elementos-chave para que a reforma psiquiátrica se consolide para além de ideal político ou da utopia. Por isso, tem sido foco de diversos estudos.

Segundo levantamento bibliográfico realizado por Figueiredo (2007), 310 artigos foram encontrados com os descritores: práticas, saúde mental, processo de trabalho e, de acordo com a maioria dos artigos, o trabalho em saúde mental oferece grande desgaste psicológico (FIGUEIREDO, 2007). Também Ferrer (2007), em uma pesquisa que entrevistou trabalhadores dos CAPS no município de Campinas, afirma que são frequentes as queixas de estresse mental dado o enorme dispêndio de energia que o trabalho no CAPS demanda (FERRER, 2007). Um bom exemplo pode ser encontrado na seguinte fala: “Se os profissionais não estiverem bem psiquicamente, não terão condições de tratar e nem de ajudar os pacientes” (FERRER, 2007).

Houve um consenso entre os entrevistados pela autora de que a existência de três tipos de contratos de trabalho efetuados por três instituições diferentes, salários, regras, benefícios e calendários diferentes, para uma atuação igual gera um grande desconforto e impõe novas questões que se agregam àquelas que já são próprias do trabalho diário com o sofrimento psíquico. E os trabalhadores “remetem a isso como um absurdo, uma bagunça, que traz descontentamentos nos membros das equipes” (FERRER, 2007).

Segundo os dados levantados por Oliveira (2007), os CAPS de Cuiabá, no Mato Grosso, têm apenas 16% dos seus trabalhadores com vínculo de trabalho efetivo, enquanto os outros 84% são contratados em caráter temporário (OLIVEIRA, 2007).

Ainda nas entrevistas realizadas por Ferrer (2007), a temática salarial e de condições de trabalho se manifesta na seguinte fala:

> "Os trabalhadores afirmam que necessitariam ganhar três vezes mais do que ganham para que fosse digno com a dimensão do trabalho que exercem. Relatam que a responsabilidade para se ter um serviço público de qualidade está transferida única e exclusivamente para os trabalhadores, virando militância. Segundo eles, trabalhar assim é o caos" (FERRER, 2007).

No trabalho em saúde, essas condições muitas vezes resultam em violências e isso, sem dúvida, tem impacto diretamente na qualidade da assistência prestada, além da repercussão na qualidade de vida dos trabalhadores (MILHOMEM & OLIVEIRA, 2009). Podemos perceber como as condições precárias de trabalho são prejudiciais ao serviço prestado pelos profissionais, visto que, no estudo realizado em Cuiabá, atestou-se que os atendimentos eram determinados pela escala de trabalho e não pela demanda dos usuários. Os usuários eram atendidos pelos escassos médicos em horários cuja lógica não era de atendimento da demanda e, sim, de disponibilidade circunstancial dos profissionais pouco comprometidos com as necessidades da população atendida, prática que segue uma lógica contrária àquela pressuposta pela atenção psicossocial. A jornada de trabalho nem sempre era cumprida pelos profissionais, que, em função da precariedade salarial, eram obrigados a encontrar outras fontes de renda (MILHOMEM & OLIVEIRA, 2009). É então possível perceber que as condições materiais de trabalho são cruciais para que o plano político da Reforma Psiquiátrica e do CAPS possa se efetivar na prática cotidiana.

Outros artigos mencionam problemas semelhantes, como o de Rezio e Oliveira (2008), que revela que no CAPS estudado no Mato Grosso, a maioria dos trabalhadores possuía vínculo temporário e recebia até dois salários mínimos na época da pesquisa (REZIO e OLIVEIRA, 2010).

É possível dizer, frente às publicações na área, que a realidade da precarização do trabalho em saúde mental é patente. Por meio das pesquisas que contaram com entrevistas com trabalhadores, as condições degradadas de trabalho são um motivo

apontado como central de insatisfação e desgaste daqueles que trabalham no contexto da assistência psicossocial.

Segundo o artigo de Silva et al (2009), que pretende estudar as dificuldades que a gestão dos CAPS oferece,

> "A organização do trabalho no CAPS ocorre mais por acordos internos e pelas condições de execução do trabalho do que em função do modelo que gerou esses serviços" (SILVA et al, 2009).

O mesmo trabalho aponta para uma dificuldade particular que surge na avaliação e na construção de indicadores para medir a eficácia dos serviços de saúde mental, visto que há elementos objetivos a serem avaliados em outros setores da saúde, porém, na saúde mental, o produto do trabalho enquanto reabilitação psicossocial e não cura, dificulta a entrada em modelos de trabalho que avaliem metas e produtividade segundo resultados (SILVA et al, 2009). De fato, com as entrevistas realizadas, os autores constataram que o que se deve produzir no CAPS é saúde para o sujeito que enfrenta o sofrimento psíquico. Entretanto, no contexto de sofrimentos intensos, os indicadores de saúde comumente utilizados para avaliar o trabalho podem não condizer propriamente com aqueles utilizados mais amplamente nos outros setores da saúde – que, de um modo geral, avaliam a 'cura' e não o processo de reabilitação psicossocial.

Na literatura, encontramos estudos que, advertidos da organização e gestão do trabalho na atualidade, propõem formas alternativas de produção de saúde. A instituição, segundo Campos (2005) é compreendida como o que resulta da "Formação de Compromisso ou da Gestão de Contratos entre os membros de um Coletivo, e destes com seguimentos da sociedade" (CAMPOS, 2005 p. 73) e, a organização das instituições depende da formação de compromissos e contratos mais ou menos autônomos. Aí se inserem também as relações de poder e como estas são geridas no espaço coletivo. Vale notar, como adverte Lebrun (2009), que a própria palavra instituição é dotada de duplo significado, podendo ser aquilo que é estabelecido uma primeira vez, ou a coisa instituída, e contém em si essa duplicidade.

A instituição de saúde mental é o espaço que pretende produzir a saúde como valor de uso e para isso deve se valer de estratégias de "Co-Gestão" (CAMPOS, 2005). A estratégia de co-gestão pretende criar meios para que os fins de uma instituição

possam ser atingidos sem que haja muito descompasso entre os desejos e interesses particulares dos sujeitos envolvidos, e as necessidades sociais e externas a ele. É nesse espaço que se cria o que o autor chama de Singular, chamando a atenção para o fato de que o compromisso do particular do sujeito com o universal da instituição não anula o sujeito e nem o coloca numa relação de submissão às ordens e normas institucionais sem possibilidade de implicação subjetiva no trabalho.

Para Campos (2005), os espaços coletivos como “conselhos de co-gestão, colegiados de gestão, dispositivos, diálogo e tomadas de decisão no cotidiano” (p. 147), são formas mais ou menos regulares de exercer a co-gestão no cotidiano da instituição. As primeiras duas modalidades são mais regulares na instituição e as seguintes são episódicas e por vezes mais informais, mas não por isso menos importantes.

A fluidez e a circulação dos discursos são essenciais para que este modo de gestão do trabalho possa se constituir, o que não quer dizer que aí se pode fazer tudo e que qualquer discurso seja livremente aceito. O contexto institucional e o trabalho em si estão subordinados à produção de saúde segundo certo paradigma de assistência e a alguns tipos mais ou menos cristalizados de organização institucional. Assim, não basta dizer que a instituição é um lugar de pura força instituinte que o tempo todo cria o novo, mas sim de um espaço ocupado por pessoas que funciona segundo alguns pontos balizadores. Construir coletivamente o cotidiano de trabalho não implica em uma forma anárquica (no sentido pobre da palavra) de se organizar, nem tampouco em uma entrega ao que Lebrun chama de “devastações do impoder” (LEBRUN, 2009 p. 42). As versões institucionais que mantêm em curso formas de segregação da loucura, formas de gestão verticalizadas sem espaço para a co-gestão do trabalho e instituições de caráter asilar ou manicomial são o avesso deste eixo e não serão tratadas aqui.

A proposta de uma forma de gestão que está advertida das armadilhas institucionais e de seu potencial adoecedor é feita por Campos (2005) com o método da Roda, cujo objetivo é conciliar a dimensão do desejo particular com o interesse coletivo a partir de espaços compartilhados em que a palavra possa circular em torno da tarefa a ser exercida. Tal concepção foi amplamente adotada na Gestão do Trabalho em saúde mental, inclusive pela suscetibilidade que o campo enfrenta pelo próprio objeto de trabalho.

Ainda que as práticas em saúde mental tenham adotado diversas estratégias institucionais e de gestão do trabalho para se proteger do adoecimento, ainda há situações em que isto pode ocorrer, já que o trabalho no coletivo não acontece naturalmente e depende da capacidade dos trabalhadores de ativamente se organizarem em torno de espaços coletivos em que haja circulação da palavra e tratamento conjunto para as dificuldades enfrentadas

O par adoecimento e sofrimento pode ser interpretado como duas faces de um mesmo fenômeno sendo o adoecimento aquilo que incide sobre as práticas institucionais e as relações entre os trabalhadores; e o sofrimento como seu retorno para os trabalhadores e para a instituição. Como retorna isso? O sofrimento pode se manifestar como violência entre os pares na instituição, como sofrimento psíquico ou padecimento no corpo como a exaustão, depressão, abatimento, atuação, falta de implicação no trabalho e tudo aquilo que pode resultar do trabalho em equipe não coordenado.

Onocko Campos (2012) lembra como é difícil trabalhar em equipe apontando para a possibilidade de ocorrência de “conteúdo ideologizado de modo fundamentalista, não dialetizado, maniqueísta” (p.25) que ela denomina de defesas da equipe e obstaculização da realização da tarefa institucional, produtoras de sofrimento para os trabalhadores em contato solitário com a dor, o sofrimento do outro e a demanda de tratamento.

No campo da assistência ao usuário, o adoecimento das equipes pode levar à produção de iatrogenia, termo conhecido na saúde e mais frequentemente utilizado para os ambientes hospitalares. Seu exemplo mais claro se apresenta quando as ações terapêuticas exercidas produzem danos, como no caso de pacientes que são internados para uma cirurgia e durante sua recuperação no hospital são infectados por alguma bactéria, assim, além de recuperar-se da cirurgia, ainda devem se submeter ao tratamento da infecção. Neste exemplo, uma ação terapêutica, apesar de cumprir sua função, produz um dano que é sua consequência direta.

Pensar a noção de iatrogenia em saúde mental é dizer que com nossas práticas de cuidado também produzimos danos. O exercício de práticas de subordinação e dominação vertical por meio de condutas e projetos terapêuticos massificantes

universalizadoras de subjetividades serializadas é um exemplo (COSTA-ROSA, 2013).

Manifesta-se também na adesão à narrativa do sofrimento nos termos de um par diagnóstico/terapêutica ao modo DSM, excluindo a subjetividade e a singularidade do caso, reduzindo o sujeito a uma determinada gramática de sofrimento aprisionada pelas descrições sindrômicas próprias da psiquiatria biológica reducionista.

Pode-se pensar nas polifarmácias, irracionais do ponto de vista farmacológico, como características da iatrogenia, bem como o uso indiscriminado de remédios causadores de efeitos colaterais graves e por vezes irreversíveis, como a discinesia tardia; parkisonismo; efeitos metabólicos indesejáveis; hipotireoidismo e ganho de peso.

Mais recentemente tem-se abordado o tema da cronicidade dos usuários dos CAPS, apontando para um alto grau de institucionalização sem aparente melhora; a piora ou a cronificação dos usuários, podem ainda vir travestidas do discurso psicopatológico de que a evolução das doenças mentais é degenerativa e crônica a despeito de esforços de tratamento. Contra esta posição estão os trabalhos de Goffman (1996) apontando para os próprios processos institucionais de destituição de subjetividade e isolamento social como causa para tal fenômeno.

Em artigo sobre o assunto de 2011, Paulo Amarante e Mariana Pande apresentam revisão de estudos sobre o tema e apontam para três diferentes compreensões sobre o fenômeno: a primeira atribui a cronicidade aos casos de difícil manejo institucional, principalmente jovens que não aderem aos serviços e frequentemente tem problemas com a lei (PEPPER et al 2000, apud AMARANTE & PANDE, 2011); a segunda compreende o problema como resultante das formas de tratar nos novos serviços, com práticas ineficazes, bem como decorrente das dificuldades que a clientela apresenta (DESVIAT et al 1986 apud AMARANTE & PANDE, 2011); e por último, a explicação oferecida por Rotelli (2001) que tributa a nova cronicidade ao funcionamento do próprio circuito psiquiátrico e aos resultados das práticas reformistas (apud AMARANTE & PANDE, 2011).

A complexidade do trabalho nos CAPS e sua articulação com a lógica de trabalho na modernidade produzem efeitos sobre os trabalhadores e sobre a assistência. A necessária articulação entre o projeto político do modelo Psicossocial, o pano de fundo econômico brasileiro que afeta diretamente o avanço do SUS e a clínica

praticada nos CAPS nem sempre é tarefa fácil ou possível quando as condições cotidianas são tão desfavoráveis. A realização das entrevistas pretendeu mostrar através da experiência e memória dos trabalhadores como estes elementos incidem sobre o cotidiano da produção de saúde aos que estão em sofrimento psíquico.

3. Objetivos

3.1 Geral

Nosso objetivo nesse estudo foi buscar compreender, a partir da memória e da fala de trabalhadores de Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), emolduradas pela produção acadêmica sobre o tema, como se relacionam os eixos da Política, da Clínica e da Gestão no cotidiano de trabalho nestes dispositivos.

3.2 Específicos

1) Investigar quais os principais impasses e dificuldades dos psicólogos no cotidiano de trabalho e suas correspondências técnico-assistenciais sob o recorte dos eixos Político, Clínico e de Gestão.

2) Compreender a maneira como os trabalhadores dos CAPS III vivem no cotidiano as articulações e disjunções dos mencionados eixos.

3) Compreender como surgem os impasses e as dificuldades no trabalho na visão dos trabalhadores.

4. Método

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética (CAAE 41867514.4.0000.5561). O tipo de delineamento adotado nesta pesquisa é de caráter qualitativo; nesse sentido, foram realizadas entrevistas em profundidade, orientadas por pontos e perguntas relacionadas aos objetivos desta pesquisa, visando a evocação da memória do trabalho no CAPS, bem como a compreensão singular de cada trabalhador acerca das questões aqui levantadas. As entrevistas foram feitas com cinco profissionais Psicólogos que trabalham em CAPS III há mais de dois anos. Tais entrevistas visam traçar o delineamento das concepções de clínica praticada nestes serviços, a maneira como a Política interfere no cotidiano de trabalho, as formas de gestão do trabalho e os arranjos institucionais, procurando, mais especificamente, compreender:

a. Como os profissionais entendem a direção do tratamento das psicoses e neuroses graves no contexto dos CAPS III em que se inserem;

b. Como se organiza o trabalho nos CAPS, tendo em vista as discussões recentes acerca da nova cronicidade e da insuficiência dos equipamentos de saúde mental no território em face da crescente demanda por atendimento e da diminuição de recursos para a área com a consequente terceirização da gestão;

c. Como os discursos Psiquiátrico, Psicanalítico e da Reabilitação Social circulam nos CAPS e quais os efeitos que sua inclusão no cotidiano dos serviços acarreta para os tratamentos.

d. Qual o lugar da medicação nos tratamentos? Haveria indicações de que a psiquiatria continua operando nos serviços substitutivos como um saber todo científico, com um sistema diagnóstico que não inclui a história e a singularidade do sujeito, ou a sua incorporação promoveu deslocamentos da postura medicalizadora e opera no cotidiano em conformidade com o Paradigma Psicossocial?

e. Como se organiza o trabalho na instituição? Quais são os arranjos institucionais que proporcionam espaços de troca coletiva e em que circunstâncias podem surgir empecilhos para que eles funcionem?

A escolha dos participantes se deu por meio da rede de relações da pesquisadora e o núcleo profissional não foi critério para selecioná-los. Assim, o fato de serem todos Psicólogos se deveu mais à rede profissional da pesquisadora do que a uma necessidade metodológica específica.

Como critério de seleção dos entrevistados exigiu-se que fossem trabalhadores de CAPS há mais de dois anos, que tivessem interesse em participar voluntariamente da pesquisa mediante assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que trabalhassem no mesmo município.

Assim, a amostra se constituiu de cinco Psicólogos trabalhadores de três CAPS diferentes do mesmo município. Todos os cinco com percurso acadêmico no campo da Saúde Mental, quatro deles com pós-graduação *lato sensu* e um deles mestre em Saúde Coletiva. Foram entrevistados três homens e duas mulheres, não havendo, portanto, viés de gênero neste estudo.

Optamos pela realização de entrevistas reflexivas em profundidade, orientadas pelos objetivos do trabalho. Conforme afirmam Hammersley e Atkinson (2001), a principal diferença entre esse tipo de entrevista e aquelas com questionários fechados,

> "...não é, como frequentemente se sugere, que umas sejam 'desestruturadas' e as outras 'estruturadas'. Todas as entrevistas, como qualquer outro tipo de interação social, são estruturadas, tanto pelo investigador como pelo informante. A diferença fundamental está em que umas são entrevistas reflexivas e outras são padronizadas."(HAMMERSLEY; ATKINSON, 2001, p.129).

As entrevistas, portanto, não contaram com um roteiro estruturado em tópicos, mas com alguns disparadores que orientaram temas de interesse para a presente pesquisa e convites ao aprofundamento das questões diretamente ligadas aos objetivos aqui propostos. Assim, também se valoriza a história de cada trabalhador e os temas que eles consideraram importantes puderam emergir com maior liberdade, cabendo ao entrevistador, no trabalho de análise, encontrar as correspondências com seu tema e não induzi-las durante as entrevistas.

O objetivo deste trabalho está ligado aos eixos descritos anteriormente, a escolha dos eixos se justifica por serem recortes frequentes na literatura em Saúde Mental. Como a revisão mostra, os trabalhos sobre o campo da Saúde Mental costumam ter um dos

três eixos como pano de fundo de reflexões e, por vezes, articulam dois ou mais eixos; contudo, sua articulação nem sempre é privilegiada.

Os três eixos foram elencados, assim, como categorias analíticas (MINAYO, 2006), isto é, guias teóricos ou balizas historicamente construídas para orientar o olhar sobre nosso objeto. Eles consistem em recortes metodológicos deste estudo, permitindo analisar a complexidade do cotidiano sob diferentes perspectivas e atentando para como elas se relacionam ou se desarticulam.

Além do campo do conhecimento científico, importa-nos a descrição viva dos trabalhadores e a maneira como incorporam tal conhecimento em suas vidas. Para nós, este dado é rico e revelador, passível de articulações inéditas com o campo teórico. Conforme descreve Minayo (2006), em pesquisa qualitativa, o número de participantes não é o mais importante. De acordo com a autora “uma amostra qualitativa ideal é a que reflete a totalidade das múltiplas dimensões do objeto de estudo” (p.197). A noção de totalidade talvez seja uma pretensão muito ambiciosa.

Tal opção metodológica também leva em conta as afirmações de Spink (2003) segundo quem, em Psicologia Social, o “campo” não é, necessariamente, um lugar onde se realiza a pesquisa e, sim, “o argumento no qual estamos inseridos; argumento este que tem múltiplas faces e materialidades, que acontecem em muitos lugares diferentes”(SPINK, 2003).

Assim, é digno de nota que a pesquisadora trabalhou num CAPS III neste mesmo município que estudou, estando diretamente inserida no argumento, e, portanto, a posição frente às narrativas e à análise destas leva em conta seu percurso também como trabalhadora e apresenta dificuldades específicas, demandando cuidado especial na análise do material, evitando principalmente as compreensões que possam ser influenciadas de maneira não propriamente consciente a partir da própria experiência da trabalhadora, pré-julgamentos e inserção de opiniões pessoais no material analisado. Todavia, além da dimensão de obstáculo à análise, pode-se pensar que a apropriação de um determinado campo pode tornar a pesquisadora mais sensível às questões abordadas e a apreensão do campo teórico é importante para que o conhecimento se formalize a partir dos dados colhidos e desta dimensão da experiência.

As entrevistas se deram fora do local e horário de trabalho e foram gravadas com a devida autorização dos sujeitos e mediante assinatura de termo de consentimento livre esclarecido (Anexo A) e aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos. O conteúdo foi transcrito e apenas iniciais de nomes fictícios atribuídos aos entrevistados foram utilizadas a fim de manter sigilosas suas identidades.

Optamos pela hermenêutica dialética como abordagem metodológica da análise do material nesta pesquisa. O principal aspecto da hermenêutica é a compreensão, que, conforme Gadamer, remete ao todo da experiência humana como uma questão filosófica e não somente à ciência, mas à práxis da vida (GADAMER, 1999).

Assim, não nos interessa tanto a intenção daquele que fala, mas aquilo que efetivamente falou e se concretizou em texto no ato da pesquisa. A leitura deste texto será, evidentemente, orientada por pressupostos, questões e interesses desenvolvidos na presente dissertação, os quais levam em conta as limitações da pesquisadora e o que se coloca como possibilidade de compreensão no presente momento. Assim, o esforço da pesquisadora na atitude de compreender se faz através de interpretações, do estabelecimento de relações e da extração de conclusões em diversos sentidos, visto que o material não representa a totalidade do mundo, muito menos da problemática em questão, mas favorece que no movimento de familiaridade e estranheza ao tema, as condições sob as quais o texto surge possam ser elucidadas (MINAYO, 2006).

Os problemas da ciência e da interpretação estão em cena o tempo todo na análise do material. Em tentativa de inclusão desta pesquisa no campo da Psicologia Social, é importante ter como pano de fundo a história do conhecimento científico para poder superar as formas ideológicas de se produzir ciência. Tal como mostra Merleau-Ponty, a disputa entre a “existência dos objetos no mundo e a primazia da consciência”(2012 p. 33), na querela do conhecimento, são apenas duas faces de um mesmo problema, a questão que nos interpela é: como pode a consciência conhecer as coisas?

É olhando com meus olhos que chego à coisa verdadeira, pois o outro é feito da minha substância: “a certeza injustificável de um mundo sensível comum a todos nós é, em nós, o ponto de apoio da verdade” (MERLEAU-PONTY, 2012 p. 23). Não há, para o autor, qualquer diferença qualitativa entre a percepção verdadeira e a ilusória, de sorte que a possibilidade de atingir o conhecimento se dá no exercício constante da

construção de uma relação com a verdade que não tem que ver com a coisa em si, e sim com esta relação mesma.

É, portanto, em relação de intimidade e não de distanciamento ou sobrevoo que a interpretação das entrevistas se dá. Na aproximação e estranhamento do texto lido, junto com a história e existência da pesquisadora, busca-se uma relação com a verdade que será tão somente a possível.

5. Análise das entrevistas

Passemos à análise das entrevistas realizadas com trabalhadores psicólogos há mais de três anos no contexto de CAPS III. As entrevistas duraram aproximadamente uma hora cada e alguns temas recorrentes chamaram a atenção no conteúdo das narrativas. Penso que tal recorrência se deve não somente pelo fato da entrevistadora ser a mesma e as perguntas terem sido similares, mas também por três fatores que considero importantes, a saber: a consolidação de um modelo de assistência historicamente construído por um grupo que manteve alguma coerência e estabilidade ao longo dos anos; a existência de órgãos colegiados de gestão que cumprem, em certa medida, a função de garantir um campo de debate e alinhamento entre os diversos equipamentos da rede; e a formação dos psicólogos do município estudado.

O primeiro fator mencionado diz respeito diretamente a uma política pública e o sucesso de sua implantação no município em questão. Historicamente, o município conta com um investimento na Saúde Mental desde 1991 com uma lei de co-gestão que regulamentou um convênio entre a Prefeitura Municipal e Instituição filantrópica que gerencia os serviços de saúde mental até hoje. Esse marco legal e a abertura dos CAPS associada ao processo de fechamento dos hospitais de característica asilar, fundaram um terreno em que a mudança de modelo para a lógica do paradigma psicossocial tenha se tornado possível.

O arranjo político encontrado pelo município foi o de terceirizar a gestão destes equipamentos para uma instituição filantrópica – que depois mudou sua figura jurídica para instituição pública de direito privado – que ao longo dos anos, e até a presente data, mantém não somente a função de administrar o recurso público, mas um compromisso com o modo Psicossocial de prestar assistência. Assim, não é possível reduzir o papel desta instituição a mero agente burocrático da política do município, pelo contrário, a viabilidade do projeto e sua duração se devem ao esforço político no sentido mais amplo da consolidação de um paradigma (ROTELLI, 1991; COSTA-ROSA, 2013) de assistência em saúde mental.

A sustentabilidade deste paradigma de atenção se assentou sobre uma maneira particular de gestão do trabalho que privilegiou a horizontalidade dos processos decisórios através de órgãos colegiados com a participação dos trabalhadores permitindo que as discussões acerca dos caminhos da Reforma Psiquiátrica e da

lógica da assistência acontecessem em espaços instituídos, e com heterogeneidade de posicionamentos, de tal forma que as relações de poder pudessem ser mais transversais e a gestão compartilhada.

Tais características institucionais estavam inseridas num contexto político favorável de avanços na implantação do Sistema Único de Saúde no município em questão. Ao longo da história da instituição, e este tema ainda não foi suficientemente estudado, não houve renovação na gestão, a maior parte dos coordenadores de serviços no município são os mesmos há muitos anos, bem como a direção da instituição que pouco mudou. Se, por um lado, o grupo de trabalhadores ativamente engajados nas discussões sobre o modelo garantiu a continuidade de um projeto de assistência psicossocial, a resistência em renovar aqueles que estão no poder é sua contrapartida ambígua.

E, por último, a formação dos trabalhadores da rede é fator digno de nota. O município em questão conta com um curso de aprimoramento em saúde mental na saúde pública que existe há dezesseis anos. Parte expressiva dos trabalhadores da rede de saúde mental do município passou por esta formação e teve acesso a discussões qualificadas sobre a saúde coletiva, pôde se inserir nos CAPS de forma supervisionada para constituir uma prática crítica e reflexiva e se apropriar de um fazer clínico. A relação próxima entre Universidade como instituição formadora e rede de saúde mental certamente teve papel importante nos caminhos da implantação dos equipamentos substitutivos, oferecendo as condições para que o profissional se insira no campo teórico e prático da saúde mental com elementos técnicos e conhecimento histórico para exercer uma prática crítica. Quatro dos cinco entrevistados passaram pelo curso de aprimoramento mencionado, e um deles formou-se num curso semelhante em cidade próxima, também alinhado com os preceitos do paradigma Psicossocial e da Reforma Psiquiátrica.

A recorrência de temas nas entrevistas, se articula com os três fatores mencionados e indica para uma estruturação da rede no município em questão que não se traduz somente na existência de serviços substitutivos e fechamento dos manicômios, mas compreende o exercício de uma política institucional em relação constante com um ambiente formativo na Universidade. Tais características desta rede podem estar

associadas ao seu sucesso no avanço e aprofundamento da assistência nesse novo paradigma.

Em relação às entrevistas em si, os temas que mais chamaram a atenção foram a recorrência e aprofundamento das questões relativas à medicação e seu lugar nos tratamentos; a importância dos coletivos de trabalho; o adoecimento de profissionais nos serviços e a sobrecarga de trabalho; e, por último, as noções clínicas que orientam os tratamentos julgados bem-sucedidos pelos entrevistados.

Gostaria de fazer uma breve consideração acerca da atmosfera das entrevistas realizadas. Três dos entrevistados tiveram, em algum momento de seu percurso, proximidade com a pesquisadora e os outros dois nunca trabalharam diretamente comigo e nem faziam parte das redes de contato mais próximas. Pude notar tanto na condução das entrevistas, quanto no momento de transcrevê-las, que houve diferenças entre as entrevistas realizadas com as pessoas mais próximas e as mais distantes. Com os mais próximos as entrevistas foram mais livres e os temas sensíveis puderam aparecer com grande clareza. Nestas entrevistas, fragilidades do próprio trabalho entraram em cena, raros foram os momentos em que elaborações mais conceituais apareceram e o tom geral foi de um momento de reflexão sobre a própria prática em voz alta, sem muita preocupação com o rigor conceitual ou com explanações técnicas. Naquelas, cujos entrevistados eram mais distantes de minha rede de trabalho, alguns momentos mais rígidos surgiram e eu tive a impressão de que havia algum cálculo no que me estava sendo relatado, algo como uma desconfiança.

Esta desconfiança se manifestou de duas formas ao meu ver: tendência a respostas mais curtas sendo que a condução das entrevistas precisou de maior intervenção da entrevistadora para manter o ritmo da conversa, e respostas evasivas para algumas questões. Por exemplo: “difícil achar uma resposta que dê conta de todos os casos” ou

> *“eu acho que tudo isso é muito polissêmico, o que é CAPS, o que é psicanalise, cada lugar funciona de um jeito, cada contexto é um contexto, e isso era uma coisa que eu sempre bati muito, cada CAPS é um CAPS, cada CAPS funciona de um jeito, é difícil fazer uma avaliação.” (B.)*

Outra característica marcante é que a locução “na verdade” apareceu 11 vezes em uma das entrevistas, a sensação ao ler a transcrição era de que eu não estava conseguindo me aproximar da experiência do entrevistado: “sabe o que é interessante, é interessante porque, na verdade, a minha leitura é que não” (C). Alguns temas foram de difícil exploração e geraram respostas lacônicas, principalmente o tema da psicanálise na instituição e da gestão do CAPS.

Penso que a escolha metodológica do trabalho permitiu que os temas pudessem aparecer de forma menos estereotipada e que houvesse pouca indução de respostas, o material obtido contém a memória e a experiência dos trabalhadores tal como eles os narraram, com alguns balizamentos da entrevistadora procurando manter a relação entre a experiência viva de cada um e o tema deste trabalho.

Os entrevistados parecem não se preocupar diretamente com a dissolução do modo de fazer psicossocial “eu acho que a gente tem uma política, quer queira ou não, garantida”, referindo-se à implantação da rede substitutiva.

Para D, a implantação dos serviços substitutivos foi possível, no entanto, alguns avanços necessários não ocorreram:

> *“A gente evoluiu muito na parte política da reforma, a gente conseguiu construir todo um aparato político, jurídico de legislação que sustenta a reforma de um jeito muito interessante nesse momento, mas a gente não evoluiu teórica e tecnicamente.”* (D)

Ambos D e L concordam que ainda há modos de fazer a assistência que remontam às instituições asilares e manicomiais, como aponta L:

> *“Porque eu acho que a política te traz traços de forma, mas eu tenho uma impressão muito forte, não é só uma intuição, acho que eu posso dizer da minha experiência que nós ainda somos velhos psiquiatras como trabalhadores da saúde mental.” (L)*

A lógica manicomial não depende somente da mudança do espaço de assistência e da construção de serviços substitutivos (SCARCELLI, 1998), ela pode se atualizar no cotidiano de trabalho dos CAPS de várias maneiras.

Para D, a dificuldade da construção de casos clínicos na instituição resulta em “projetos terapêuticos rasos, esses PTS que não colocam a importância da demanda do paciente”. A construção de Projetos Terapêuticos Singulares implica na escuta da demanda de cada usuário do serviço, num posicionamento ético de não saber tudo sobre o paciente, de poder se colocar como alguém a quem a demanda pode ser endereçada, para a partir disso construir uma narrativa (FIGUEIREDO, 2004).

Para o entrevistado, a equipe, muitas vezes, já sabe de antemão o que é melhor para o usuário:

> *“[O PTS] passa a ser um objetivo hegemônico, de eliminar os delírios, de fazer o cara retomar a vida anterior, trabalhar, casar, ter filhos, ter carteira assinada” (D)*

Os Projetos Terapêuticos Singulares podem perder sua singularidade no cotidiano de trabalho por diversas razões. Uma delas e a dificuldade da construção do caso clínico na instituição, tanto pela formação multiprofissional das equipes que agrega pessoas com itinerários profissionais muito diferentes (FIGUEIREDO, 2004), quanto pela organização do trabalho na instituição que nem sempre privilegia espaços onde a clínica pode aparecer e a construção do caso se efetivar. É frequente que Projetos Terapêuticos consistam apenas na tomada de medicação (ONOCKO-CAMPOS, et al., 2014).

A Reabilitação Social, cujo principal objetivo é a inclusão social através do trabalho e da cidadania, pode produzir tratamentos que não levam em conta o desejo do usuário e suas reais condições de retomar laços sociais, para T, “a gente fica fazendo na prática, no serviço, [...] mais o que a bula manda do que o que o paciente manda”. D aponta para o mesmo fenômeno:

> *“a gente tende a recorrer a essa ortopedia social que é de fazer o paciente se encaixar num determinado ideal, numa determinada norma, fazer ele parar de incomodar, de alucinar” (D).*

A literatura mostra que a dificuldade de inserção de uma clínica no cotidiano de trabalho está relacionada não somente aos CAPS, mas tornou-se uma prática desvalorizada na própria Saúde Coletiva diante do crescente interesse nas atividades de Promoção e Prevenção em saúde (ONOCKO-CAMPOS, 2001). Para a autora, os serviços substitutivos de saúde mental muitas vezes idealizam a loucura, negam sua existência, negligenciam o sofrimento, o que produz a circulação de discursos ideológicos acerca do adoecimento, principalmente os adeptos a uma versão empobrecida dos preceitos basaglianos.

A adesão ao discurso ideológico na instituição tem uma função no atendimento a usuários psicóticos de serviços substitutivos. A própria estrutura psicótica em sua relação com o saber, que se manifesta sempre como uma certeza, encontra na instituição uma resposta para sua demanda:

> “Diversas vezes, o sujeito encontra um profissional que, ao ser colocado nesse lugar de testemunho de construção da metáfora delirante, oferece o saber das prescrições institucionais. Tais prescrições, de forte conteúdo ideológico, são oferecidas por aquele que está sendo convocado, em posição transferencial, a assumir um lugar na constituição do delírio. Temos uma situação na qual é feita a tentativa de estruturar o psicótico como neurótico, oferecendo a ele um S1, centralizador do discurso representante dos significantes caros à instituição que o acolhe.” (KYRILLOS-NETO, 2010 p. 71)

Os dispositivos da instituição muitas vezes funcionam como um anteparo ao real da clínica, assim podemos oferecer diversas atividades, atendimentos, consultas médicas, sem nos depararmos de fato com a demanda do sujeito (FIGUEIREDO, 2005).

Na entrevista de C, um relato de caso mostra como a história de uma crise produziu um caso clínico para alguém que tinha circulação extremamente discreta no serviço: “Era um cara que passava as vezes até desapercebido, mas estava sempre lá, todo o dia frequentava o CAPS integralmente”. Segundo o entrevistado, “o projeto terapêutico dele era permanência dia (risos)”. Na medida em que o acompanhamento da crise ocorreu no CAPS, desencadeada pelo uso de substância, que era um

elemento novo no caso, muitas coisas mudaram na percepção que a equipe tinha deste usuário:

> *“a gente descobriu um monte de coisa que a gente não via antes de intensificar o uso de droga, a gente viu só depois, acompanhando o caso intensivamente, a gente viu que na verdade era a gente que não escutava, não estava acompanhando, ele estava ali, ele saía, mas ninguém queria nem saber. Ele não falava, era difícil conversar com ele ‘fulano, onde você foi? O que você fez?’”*

A possibilidade de acolher a crise nos CAPS, prerrogativa dos serviços substitutivos, e de evitar as internações psiquiátricas que muitas vezes se tornam ciclos viciosos, marca um momento de continuidade no tratamento para a ruptura que a crise psicótica coloca, é fundamental que ela possa ter lugar no serviço e trazer uma passagem a algo novo no caso (ONOCKO-CAMPOS, 2001).

Os trabalhadores entrevistados parecem ter clareza da potência do trabalho clínico no CAPS e podem citar muitos exemplos de casos que tiveram melhora significativa, como marca L

> *“Então o tratamento pra mim é eficaz na medida em que ele não deixa o sujeito estável, mas deixa um sujeito com mais condições de lidar com o que é genuíno dele”*

O trecho indica que o sucesso de um tratamento não se limita à ausência de sintomas ou da estabilidade, mas um trabalho muito singular que se dá “na medida que eu posso acompanhar as pequenas ações que não são quaisquer ações, mas as que vão ali fazendo sentido” (L).

Para D “é impressionante o quanto a gente recolhe que escutar um paciente realmente produz uma melhora” referindo-se a um caso que apresentava episódios de muita agressividade:

> *"E nesses últimos três anos de atendimento ela nunca mais teve uma passagem ao ato, é uma paciente que quebrava coisas em casa, era alguém que agredia profissionais, depois que ela passou a morar sozinha ela sempre quebrou coisas em casa, tinham momentos de angústia muito grandes em que ela quebrava mesa, quebrava vidro, quebrava o filtro, quebrava tudo... e ela faz um pedido interessante no começo do tratamento que é o seguinte 'me ajuda a lidar com a minha agressividade'"*

Para os entrevistados, a medicalização é um dos recursos que aparecem quando a escuta não é possível, como ilustra a fala de B "você tem que estabelecer algumas prioridades, [...] se o paciente se estabilizou com medicação, respondeu bem esse recurso...". Para L "se a gente não parar de olhar para medicação e conversar com o paciente, pensando 'tá bem medicado' [...] A gente não ouve o paciente, a gente não sabe...", para o entrevistado, parecemos nos contentar com a medicação em alguns casos que demandam pouco. A fala dos entrevistados indica que pode haver no CAPS tratamentos cujo único recurso terapêutico seja a medicação, como indicam estudos já citados neste trabalho (ONOCKO-CAMPOS, et al., 2014)

Para L, a medicação cria uma "estética" e um "regime de sensibilidade", aponta que diante dos efeitos da medicação nos casos "a gente pouco consegue experienciar um gesto para além da barreira psicoativa" (L).

A medicalização parece ser o anverso da escuta, os entrevistados indicam que o que se objetiva com o uso da medicação é muito distinto das perspectivas clínicas de tratamentos, como indica a fala de T:

> *"Acho que é tratar a motricidade, saca? Fazer o cara ficar quieto, manter a pessoa, tipo conter, acho que é mais nesse sentido... (silêncio longo) por exemplo, o que eu me lembro, a galera tinha noção que a medicação de certos sintomas assim a medicação não faz muita diferença, que o ponto não é a medicação".*

Para Kyrillos-Neto (2009), clínica e saúde mental não são a mesma coisa e não necessariamente andam juntas, porém podem se complementar no cotidiano de trabalho quando há condições para tal. Para a clínica, o processo investigatório que culmina no diagnóstico se dá em torno do acolhimento do sintoma como manifestação subjetiva e não no seu ataque e eliminação, dando assim justo lugar à medicação como paliativa e não resolutiva do sofrimento mental (KYRILLOS-NETO, 2009).

Para D, o uso da medicação em alguns casos pode inclusive inviabilizar tratamentos pela palavra, visto que produz inibição de todos os aspectos da vida do sujeito e o impossibilita de contar uma história:

> *"Mas quando você não sabe porque o cara entrou em crise, o que produziu essa crise, medica, cala, ele melhora, você dá alta e mantem aquela medicação porque é isso que tá mantendo ele bem, você não sabe como prevenir uma nova crise, como manter a qualidade do tratamento, aí o paciente não vincula porque não tem nada pra fazer no CAPS, pega a medicação fala pro profissional de referência que ele tá bem e vai embora..."*

Para T,

> *"acho que é um negócio que deixa a gente no mesmo lugar, que distancia a gente do usuário, que não deixa a gente entender o que ta acontecendo mesmo, é um negócio que faz a gente reproduzir os manejos que já estão dando errado, quando o cara tá tomando medicação, você fala que é a medicação, e vai ficar enchendo o saco do cara pra ele tomar a medicação do jeito que você acha que ele deve tomar, ao invés de pensar em outras coisas pra propor a partir das coisas que o cara fala..."*

Ainda há poucos estudos acerca da medicalização nos serviços substitutivos de saúde. Há um indicativo de que muitos usuários, em "tratamento" nos serviços substitutivos, têm como único recurso terapêutico a medicação (ONOCKO-CAMPOS, et al., 2014). Outras pesquisas indicam que o modo de organização do trabalho nos CAPS pode privilegiar um simples agenciamento de consultas médicas, prescindindo da escuta como recurso terapêutico e aderindo ao discurso médico como aquele que oferece um saber ao insondável da loucura (COSTA-ROSA, 2013). Apesar dos estudos indicarem que pessoas com o diagnóstico de esquizofrenia que usam menos medicações psicotrópicas têm prognósticos melhores do que aqueles que a utilizam continuamente por longos períodos de tempo (HARROW, et al., 2014), ainda se insiste nas interpretações biologicistas nos CAPS. Como indica Onocko-Campos (2001), há ainda adeptos à psiquiatria organicista cuja prática repete o asilo fora dele, defendendo a continuidade das camisas de força e o eletrochoque.

É interessante notar que nas entrevistas, essa defesa dos ideais, ou de uma estética da normalidade e das formas de expressão, quando relativa ao remédio não tem como central a figura do psiquiatra, mas inclui outros membros da equipe. C afirma que os

psiquiatras com quem trabalhou sempre problematizaram o lugar de saber-todo e de poder da psiquiatria

> *"eu trabalhei com psiquiatras que faziam questão de problematizar o lugar deles o tempo inteiro, eles faziam resistência, eles provocavam a equipe nesse sentido"*

D aponta para a importância de ter psiquiatras que se posicionem contra uma possível tendência nas equipes a explicações mais biologizantes e menos clínicas dos casos "mas isso [a defesa da clínica não biologizante] ganhou força quando entraram os psiquiatras que trabalham mais nessa linha".

Há um consenso entre os entrevistados de que o remédio pode ser uma parte integrante da clínica e compor um tratamento que não esteja exclusivamente assentado sobre um determinado "regime de sensibilidade" como aponta L, ou num fora da clínica que mantém vivas as relações de poder e dominação da racionalidade científica e psiquiátrica. Para L, a medicação pode passar pela decisão coletiva "o que eu quero com isso é a gente poder conversar", instituir um espaço de troca e possibilidades de reposicionamento dos diversos membros da equipe, inclusive o médico, em relação ao lugar da medicação nos casos.

A existência de um espaço que possibilite a emergência da relação singular do sujeito com o remédio que ele toma parece ser crucial, se esse espaço não existisse, as tentativas de parar de tomar o remédio não poderiam ser socializadas e acompanhadas por colegas e profissionais. Segundo C:

> *"mas os usuários na grande maioria, o João [Psiquiatra] falava isso todo dia, eles não tomam medicação"*

assim os usuários se adéquam a uma estética que a equipe determina, mas seguem com seus experimentos de forma solitária e excluem os profissionais deste processo.

Para L, o uso da medicação pode ser comparado ao uso de outras substâncias:

> *“as pessoas não tomam o remédio adequadamente, e eu acho bom isso... uma coisa é o remédio funcionar e isso é muito bom, pra alguns funciona mesmo... mas a outra coisa é que você consegue fazer um certo... é a mesma coisa de você dizer ‘às vezes eu bebo, às vezes eu não bebo...’ remédio pra mim é isso... ponto.”*

Os estudos recentes da psiquiatria indicam que a não adesão ao tratamento farmacológico pode oferecer possibilidades melhores para o paciente do que a adesão rigorosa às medicações prescritas (HARROW, et al., 2014). Tratamentos centrados em reuniões familiares com grande circulação da palavra e acompanhamento intensivo da primeira crise psicótica sem o uso de medicação psicotrópica tem mostrado resultados excelentes nos últimos 20 anos, tanto na remissão dos sintomas considerados pelos manuais estatísticos dos transtornos mentais (CID e DSM) quanto na reinserção social (SEIKKULA, et al., 2014).

O que têm os usuários a dizer sobre a medicação? O guia para Gestão Autônoma da Medicação apresenta diversos relatos de usuários de psicotrópicos e o que parece fazer diferença nos tratamentos não é a adesão rigorosa às medicações prescritas, pois alguns usuários valorizam os efeitos da medicação e não conseguem se imaginar sem ela, e outros puderam parar seu uso de forma acompanhada. O ponto parece ser a criação de espaços em que o usuário pode escolher como ou se vai tomar a medicação, de modo que as relações de poder se diluem e o sujeito pode tomar decisões acerca de seu tratamento.

A circulação do saber e do poder sobre o remédio, quando melhor distribuída pela equipe, parece dar menos consistência a um discurso totalizante e seu respectivo instrumento de dominação, produzindo transversalidades, como mostra C:

> *“eu acho interessante porque isso provocava uma transversalidade na equipe de forma que todo mundo prescrevia [...] rolava isso, outras pessoas da equipe opinavam com relação à medicação, em relação à dose, qual medicação, lógico que não prescrevia de fato, mas tinha um saber com relação a isso.”*

As equipes de CAPS, quando organizadas em torno do campo da saúde mental e não somente de seus núcleos profissionais específicos, podem diluir o lugar de exceção do psiquiatra como o único detentor de um saber fetichizado.

Para B, as concepções da prática em saúde mental que historicamente constituíram o campo da assistência nos CAPS padecem de radicalismos que se traduzem em diferentes posicionamentos diante da medicação:

> *"porque a questão da medicação foi negligenciada no começo das reformas e aí isso volta de uma forma muito intensa"*

referindo-se às práticas de inspiração basagliana ou de negação irrestrita de todas as formas clínicas por sua proximidade histórica com a clínica psiquiátrica. Continua dizendo que

"no começo renega como se não fosse uma questão da medicação e depois [a questão do lugar do remédio] retorna com toda a intensidade nisso que você descreveu como o fetiche, como aquilo que vai solucionar todos os problemas e a explicação de estar ou não funcionando".

Para B, a reabilitação não se presta somente aos efeitos do adoecimento psíquico e do sofrimento, mas "parte a reabilitação também é pra reabilitar das consequências da medicação", indicando que com a produção do cuidado produzimos também outros sofrimentos, por vezes não menos debilitantes.

A possibilidade de suportar a maneira singular como o remédio se coloca em um caso parece ser fundamental, como marca T

> *"a gente negociava muito o tratamento, e acho que isso fez muita diferença no sentido de escutar os pedidos dele, do ponto de vista do tratamento medicamentoso dele que ficou muito tempo com uma subdose de medicação e ainda assim reclamando que se sentia muito mal, mas eu acho que ele teve uma puta melhora".*

Bem como o caso que B relata, de um usuário inserido no CAPS havia muitos anos, considerado crônico, com crises muito frequentes, em uso de Clozapina, que começa a melhorar depois do acompanhamento com este profissional. O remédio é o mesmo, mas um grande trabalho clínico é feito e o usuário é capaz de inclusive cursar uma faculdade e circular pelo território, não apresentando mais episódios de crise.

L conta sobre seu trabalho com música desenvolvido com os usuários do CAPS em que eles organizam como vão tomar a medicação pois querem estar mais acordados

nos momentos de apresentação, mas tem medo de se desorganizarem e as possibilidades de negociação que o profissional pode abrir neste contexto:

> *"aí num determinado momento dois deles me puxaram e perguntaram se ia demorar muito (...) e ele disse 'é porque eu não tomei o remédio, senão eu não vou conseguir cantar' e eu disse 'ah, tá, mas se você puder esperar você vai conseguir cantar?', 'eu vou, mas eu estou começando a sentir que as coisas estão saindo da realidade' (risos) eu falei 'então vamos junto, porque não vai dar pra passar pra frente o cronograma, tal, eu entendo a decisão de não tomar a medicação antes', porque o grupo já sabe se organizar com isso, eles não tomam a medicação da tarde, eles tomam depois só no final da tarde às quintas feiras, é uma coisa toda diferente. Aí pegamos os instrumentos ficamos ali esperando. Aí chegou a hora de cantar e ninguém mais falou nisso, não sei se tomaram a medicação depois disso ou não. Mas é muito legal você poder participar disso e até onde você vai com uma insistência da forma e até onde se torna possível, não pra você, mas pra ele que tomou a decisão, porque é ele que não queria ficar com um aspecto... porque tem uma estética da medicação, ele não queria ficar com um aspecto de estar sonolento, ou menos perceptivo com alguma situação que possa acontecer numa apresentação"*

Para D, a medicação ocupa um lugar subjetivo para a pessoa em tratamento, o usuário faz relação com a medicação, esta relação pode ser mediada pelos profissionais de referência através da escuta:

> *"E essa coisa da medicação é muito interessante nesse ponto, de como o próprio paciente coloca a demanda de medicação, o que tem que ser medicado, o que é importante para mim, o que me atrapalha nisso tudo que eu estou tentando fazer"*

B relata ainda que um discurso estereotipado por parte dos usuários pode surgir em certos settings da instituição, porém, em espaços de circulação mais livre da palavra, os usuários se sentem mais confortáveis para relatar o uso da medicação:

> *"Então numa consulta mais ambulatorial, no atendimento com um psiquiatra ou profissional de referência, ele vai te falar 'ah, estou tomando a medicação certinho', no grupo os pacientes me contavam que toda semana eles tentam parar de tomar remédio (risos) toda semana!"*

É unânime para os entrevistados que a escuta é o elemento mais importante da clínica e dos tratamentos, no entanto, todos trazem a dificuldade de exercê-la nas condições que os CAPS estão atualmente:

> *"que a gente pode atender até 320 pacientes, com uma equipe mínima [...] isso vai dar mais de 30 pacientes de referência pra cada profissional.*

> *Eu acho bem complicado a gente fazer o tratamento deles (risos) eu tenho medo disso no CAPS e eu não consigo fazer o tratamento de todos eles [...] e isso me incomoda bastante"*

Para T

> *"lá no CAPS a gente tem um limite que foi extrapolado pra mais de 100 usuários [...] então acho que isso também é uma coisa que atrapalha, porque se você tem que dar conta do dobro de gente que tá definido pra você dar conta, você vai ficar se apegando a essas coisas. Acho que é muita gente, não dá pra fazer um trabalho legal... aí fica aquela coisa, você não consegue nem sentar, bate um desespero [...] essa coisa da porta aberta eu acho super interessante, mas também eu acho um saco ter que acolher tudo o tempo inteiro, desconsiderando sua capacidade pra fazer isso ou não. Isso atrapalha muito."*

Para B "tem uma clientela muito grande então a gente vai dando conta do que é possível". Claramente há uma demanda para os serviços de saúde mental que excedem as capacidades dos profissionais de pensar clinicamente cada caso e produzir projetos terapêuticos que sejam efetivamente singulares.

As entrevistas parecem indicar que o trabalho clínico tem condições de acontecer nos CAPS, há uma percepção de que muitos casos melhoram e são tratados na instituição, no entanto, fica claro que a rede ainda é deficitária em serviços e a demanda é muito grande para ser acolhida com singularidade sempre.

Os estudos sobre o trabalho nos CAPS costumam ter dois enfoques: o enforque clínico/assistencial e o enfoque da saúde do trabalhador. Destes, o primeiro costuma inserir as possibilidades clínicas de um equipamento substitutivo no a história da Reforma Psiquiátrica, debruçando-se sobre as bases epistemológicas dos modelos de tratamento, contrapondo, em geral, a Psicanálise e a Reabilitação Social. O segundo enfoque, geralmente de orientação marxista, costuma abordar o trabalho no CAPS tendo como pano de fundo a organização capitalista do mundo do trabalho, mostrando como a precarização está presente também no âmbito da saúde, mesmo a saúde pública, como mostra o primeiro capítulo deste trabalho.

As entrevistas apontam para uma terceira via, os modelos de assistência psicanalítico e basagliano parecem conviver lado a lado nos serviços, e nem sempre se excluem (TENÓRIO, 2001). A perspectiva clínica que a psicanálise coloca, a partir do dispositivo da escuta, parece operar no cotidiano de trabalho e promover tratamentos

considerados bem-sucedidos pelos entrevistados, que apresentam casos clínicos construídos por eles ao longo de seus anos de trabalho. O panorama da saúde pública no Brasil, a escassez de serviços e a demanda crescente por atendimento em saúde mental parece afetar diretamente a capacidade de acolhimento destes usuários em sua singularidade nos serviços substitutivos. Assim, os Projetos Terapêuticos não-Singulares aparecem para aqueles cuja filiação clínica é clara e a capacidade de tratar existe. Estes projetos não parecem ser fruto de uma adesão ideológica ao modelo de Reinserção Social sem clínica, mas sim de condições de trabalho desfavoráveis ao surgimento da singularidade.

O que fazer com a demanda que chega ao CAPS a despeito de suas reais possibilidades de atende-la? Ser o profissional de referência para 30 usuários graves, que muitas vezes demandam cuidados intensivos é possível? Equipes com capacidade para construção clínica dos casos e acompanhamento singular parecem estar no limite diante da demanda.

Segundo Miranda e Onocko-Campos (2010) é comum que “a equipe deposite nele [o profissional de referência], tudo que é difícil para ela lidar coletivamente” (p.1157). Mencionam ainda a sobrecarga de trabalho e a dificuldade em construir arranjos em rede para compartilhamento dos casos. Em consonância com as entrevistas realizada, o mesmo artigo apresenta relatos de dificuldades com as tarefas burocráticas do dia a dia, bem como indicações de que é possível apenas administrar a vida prática do usuário, sem que isso exija uma clínica. Segundo as autoras, o arranjo das equipes em duplas ou trios de referência é crucial para que se faça uma “gestão da clínica” (MIRANDA, et al., 2010 p. 1160), o que leva a entender que uma articulação entre os arranjos institucionais de trabalho e a própria clínica é necessária para que o trabalho não se torne burocrático ou controlador.

Para D o arranjo institucional segundo a lógica territorial da atribuição de referências aos usuários pode ser problemática

> *“Eu fiz aprimoramento num CAPS que tem uma mini equipe que é referência para um determinado território e dentro dessa mini equipe cada profissional era referência de um centro de saúde e os pacientes que chegavam desse CS eram obrigatoriamente referências desse profissional, independente da relação dele com esse profissional”.*

Para D “oficialmente a referência é mais importante do que quem o paciente tem transferência”, assim, o trabalho da referência que deveria ser o de agenciar o tratamento de um usuário segundo seu modo singular de circulação no CAPS, passa a ocupar um lugar central, total e protocolar, muitas vezes, sem que haja nenhum tipo de vínculo entre profissional e usuário, muito menos transferência. Para o entrevistado “toda a questão ética vai pro saco” quando o trabalhador é convocado a ocupar um lugar burocrático frente ao caso.

Para B, o trabalho de referência é algo que “às vezes as equipes dos CAPS negligenciam”, e aponta para a possibilidade de fazer arranjos menos territoriais e mais transferenciais: “você vai pensando muito à luz do vínculo, da transferência com o paciente”. O entrevistado menciona que a abertura para o que acontece por acaso pode ser determinante para a emergência de um vínculo de tipo transferencial:

> *“foi bem ao acaso que eu assumi essa referência, cheguei um dia, tinha acabado de entrar no CAPS, a pessoa que era referência tinha saído, ele veio com um episódio de desagregação e fez um vínculo muito forte que tem a ver com isso da ordem de eu ser uma figura masculina”.*

A noção de um serviço “portas abertas” no território, em consonância com os preceitos do SUS, amplia o acesso daqueles que necessitam de um atendimento em saúde, porém coloca problemas específicos aos CAPS. O conceito “porta aberta” nos serviços substitutivos de saúde mental tem sua origem na desospitalização e se refere tanto à concretude da derrubada dos muros do manicômio como à livre circulação dos usuários pelo mundo na condição de cidadãos (NICÁCIO, et al., 2005). Para os autores, na experiência relatada no artigo, “portas abertas” significava garantir atenção a todas as pessoas que chegavam no serviço, apontando para a necessidade de organização da equipe para que isso fosse possível. Neste estudo, a concretização da “porta aberta” parece ter sido possível, e não há menção a desgastes da equipe ou dificuldade em acolher toda e qualquer demanda.

Os trabalhos mais recentes apontam que o desgaste dos trabalhadores de CAPS no contexto desfavorável em que se encontra a saúde pública, a paulatina redução de financiamento, a consequente terceirização de serviços e a baixa remuneração aos profissionais têm sido determinantes para o adoecimento dos trabalhadores (MILHOMEM, et al., 2007). Diante deste contexto, há certamente consequências para a assistência.

É marcante o relato de mudanças que ocorreram ao longo dos anos e que afetaram o modo de se fazer assistência. Há menção, em uma das entrevistas, à atual forma de registro e faturamento das ações terapêuticas realizadas nos CAPS

> *"uma especificidade que a gente tá vendo agora de financiamento atrelado ao faturamento, atrelado a um procedimento técnico" (L).*

A introdução de um instrumento de medição de produtividade nos serviços de saúde mental, atrelado ao faturamento, parece remeter às formas de trabalho sob gestão taylorista que levam em conta aspectos objetivos e quantitativos do trabalho para avalia-lo. Seria possível objetivar o trabalho de reabilitação psicossocial através de registro das atividades realizadas no CAPS? Haveria garantia de que um trabalho no paradigma da Atenção Psicossocial esteja sendo desenvolvido? O entrevistado aponta que a necessidade dos registros, muitas vezes trabalhosos, diminuem os espaços de trocas informais no cotidiano de trabalho:

> *"você vai diminuindo os espaços onde informalmente você consegue trocar mais, trocar palavras, trocar conversas, trocar saber, trocar incômodos, até o que não tá acontecendo muitas vezes". (L)*

O registro da atividade clínica da assistência em termos previamente estipulados reconhece certas práticas como fundamentais ao trabalho e exclui outras, como, por exemplo, os espaços de troca informais entre a equipe, que não tem espaço no registro. Este aspecto do cotidiano do trabalho nos remete à dificuldade de avaliação de resultados que o trabalho nos CAPS apresenta (SILVA, et al., 2009).

Sabemos que diversos arranjos foram propostos, no contexto da implantação dos equipamentos de saúde mental, especialmente na rede em questão, cuja função seria a de manter espaços de troca e discussões. Permitindo que haja espaço para criações à maneira de sínteses dialéticas de valores, desejos e interesses, sem que com isso se perca a tarefa de produção de saúde (CAMPOS, 2005).

Para o autor, a redução da Capacidade Analítica de um grupo é em geral influenciada por empecilhos subjetivos, políticos e ideológicos. A dificuldade de escuta no coletivo impede a análise daquilo que se propõe e o "Agir tende a repetir-se de forma burocrática e estereotipada" (CAMPOS, 2005 p. 202). O que não se perde de vista na análise proposta por Campos é a práxis, isto é, o sentido da construção de coletivos é a capacidade que este terá, a partir de construções conjuntas de sentido e de

análises, de agir. A ação impedida desvirtua a tarefa do grupo por mais que ele se comunique e analise o cotidiano, na entrevista de D, as trocas coletivas parecem ocorrer nos espaços de supervisão e de reuniões de equipe, porém, segundo o entrevistado: “a impressão que eu tenho é que as pessoas falam falam falam e não se escutam”.

Para Onocko-Campos (2012), a recusa a entrar no campo das discussões sobre a ideologia é ela mesma ideológica e indica que sua manutenção tem um papel fundamental na repetição de discursos caducos e na aparente impossibilidade de mudar o já estabelecido, aceitando passivamente uma espécie de profecia auto realizadora seja acerca dos caminhos da saúde pública no país, ou, no caso que estamos analisando especificamente, a naturalização de uma exigência da política pública produzindo um agir burocrático e estereotipado.

Para D parece haver um campo de disputas no cotidiano de trabalho, disputa entre modos de compreensão da loucura e do tratamento:

> *“hoje eu acho que existe uma cisão dentro da equipe. Tem uma parte da equipe que trabalha de uma certa forma, produzindo a partir de um ideal, e tem uma outra parte que trabalha de um jeito diferente” (D).*

Para L, a burocratização do trabalho é vista como a causa da redução dos espaços de troca, enquanto para D, essas trocas ocorrem, porém parecem não ser efetivas na construção conjunta do trabalho. Na visão de D, há duas forma de trabalhar que disputam entre si :

> *“Tem uma parte da equipe que trabalha de uma certa forma, produzindo a partir de um ideal, e tem uma outra parte que trabalha de um jeito diferente [...] tem que confiar que as pessoas estão procurando uma posição ética e não a partir de uma norma ou dever, obrigação ou ideal”*

A construção de uma posição ética no trabalho em saúde mental não é natural, o espaço institucional lida não só com as subjetividades dos usuários, mas também com as de seus trabalhadores. Pensando a ética psicanalítica como uma posição em que o sujeito se apresenta enquanto sujeito e não objeto de intervenções das equipes (COSTA-ROSA, 2013), parece haver no cotidiano de trabalho resquícios de posicionamentos da equipe em que a disputa de poder se torna mais acirrada do que no hospital, talvez por não haver tantas barreiras físicas e objetivas entre os

profissionais e os usuários em um serviço substitutivo. Seria possível que a ausência de distinções claras entre o lugar do profissional e do usuário possa causar angústias nos profissionais e leva-los a exercitar seu poder para criar estas diferenças? O relato de D parece indicar para um fenômeno desta ordem:

> *"E eu acho que em muitos casos acontecem em que se diz não para dizer 'eu sou o profissional, sou eu que mando então eu digo não e ponto'. É um exercício de poder. 'Eu sou equipe então eu decido quem fica no leito e quem não fica, quando é que vai embora, quando é que tá melhor, sou eu que decido' então é uma demonstração de poder bem perversa, bem ruim"*

Outro trecho ilustra um episódio parecido:

> *"A cara de alguns profissionais quando entravam no ateliê e o Marcelo estava almoçando com a gente (risos), com uma cara tipo 'porque ele tá almoçando aqui com a gente, o que ele tá fazendo aqui? Ele pode almoçar aqui com a gente? '" (D)*

Para o entrevistado os posicionamentos de ortopedia e de poder numa equipe de CAPS podem levar a eventos violentos, como o relatado no próximo trecho:

> *"paciente com quem [a profissional] teve conflito três dias antes, vai lá numa rua cheia de carro, com carro de todo mundo da equipe, procura o dela e dá duas tijoladas, entra do CAPS e xinga ela". (D)*

A tentativa de tratar do ocorrido em espaços coletivos parece mostrar que o que levou à situação de violência com o usuário não é um ato isolado, mas algo que se sustenta dentro da instituição com alguma força:

> *"é muito difícil fazer isso nos espaços coletivos porque ela não sustenta sozinha isso, tem outras pessoas da equipe que sustentam isso, de trabalhar a partir desse lugar de ideal de amor". (D)*

Em excerto da entrevista vemos que é da opinião do entrevistado que os próprios preceitos inaugurais da Reforma Psiquiátrica muitas vezes não incidem sobre o campo da ação em saúde mental, fenômeno descrito por ele como

> "acho que a reforma psiquiátrica tem uma questão muito grande com a coisa da diversidade, então a gente pode absolutamente tudo na reforma psiquiátrica".

A fala do trabalhador se refere às possibilidades de se trabalhar em um contexto em que as diferenças são muito bem-vindas, no entanto, parece haver um preço a se

pagar no trabalho com o usuário e em equipe pela exigência fraca de filiação a uma ética que ordene o campo da assistência. Os estudos apontam que os trabalhadores de CAPS raramente possuem formação clínica e não viveram o manicômio em suas intensidades e violência, o que os coloca na condição de construir a história sem tê-la vivido, ademais os currículos das Universidades não tem dado a necessária importância ao ensino da clínica na atenção psicossocial que esta merece (KYRILLOS-NETO, 2009). O resultado é que a formação dos trabalhadores deve ocorrer no serviço, a partir da organização do trabalho na instituição com dispositivos que promovam a construção dos casos clínicos através da supervisão clínico-institucional, as reuniões de equipe e de mini-equipe (FIGUEIREDO, 2004).

Para B é importante localizar-se num espaço que escape à onipotência de tentar dar conta de toda a demanda da instituição a um só tempo, ou a seu complemento análogo que é a impotência frente à realidade concreta da sobrecarga e dos excessos que podem ser vividos nos CAPS:

O hospital psiquiátrico à moda antiga é o lugar da impotência total, e é isso mesmo e acabou. O começo dos processos de reforma era a coisa da onipotência ‘nós vamos resolver, isso não existe, não existe loucura, vamos resolver’ [...] e aí quando a gente fica muito onipotente no geral a gente se desilude com força e se sente na impotência, cai numa sensação, cai numa coisa crônica, de que nada pode ser feito, e o trabalho é justamente conseguir operar, do meu modo de ver, nesse ponto da potência do trabalho no dia a dia, uma construção.

Ideal e ética são inconciliáveis no eixo da clínica tal como a pensamos aqui, pois o primeiro exige que a demanda do usuário se adeque às expectativas do trabalhador para ser reconhecida enquanto tal. Para o trabalhador entrevistado, o ideal se manifesta da seguinte forma:

> “é que esse cara [o usuário], do ponto de vista da psicose pare de delirar, pare de produzir psicoticamente e retome um funcionamento de antes da primeira crise”

em outra entrevista, C afirma “mais uma vez a questão da ânsia da equipe pelo controle, o desejo de cura e do que é melhora do seu ponto de vista” em relação à

insistência da equipe pela tomada regular da medicação. Conforme adverte Kyrillos-Neto

> *"Um dos maiores riscos da reforma psiquiátrica em curso no Brasil é o fato de privilegiar a adaptação do doente ao meio - ainda que isso venha a custar o próprio apagamento do sujeito" (2010 p. 41)*

L, por sua vez, associa a noção de ideal a uma estética:

> *"a gente se preocupa com os efeitos do fenômeno e aí a gente vai numa busca por uma estética, e aí o fenômeno não pode ultrapassar certas expressões".*

Essa estética se refere precisamente ao apagamento do sujeito na tentativa de adaptá-lo a determinadas formas de expressão. Assim como a narrativa de D aponta para um retorno ao antes da crise, ou seja, à normalidade, como ponto de chegada do tratamento, a estética da medicalização ordena diretamente o corpo e a motricidade na tentativa de atingir um ideal de adaptação.

Isto indica que a viabilidade de uma condução clínica dos casos não depende somente de um posicionamento ético do trabalhador, mas as condições que a própria Política Pública oferece tem efeitos reais para o trabalho no CAPS. A terceirização da gestão, o número insuficiente de equipamentos, poucos trabalhadores são todos aspectos do modo como implementamos a rede no território. Seguindo a lógica de colonização crescente da saúde pública pelas noções gerencialistas próprias do Capitalismo, sofremos consequências diretas sobre as possibilidades de tratar no SUS.

6. Conclusões

As trajetórias dos trabalhadores e o cotidiano narrado nas entrevistas que analisamos demonstram a complexidade do trabalho na saúde mental na atualidade. A presença constante da escuta clínica nas narrativas e as dificuldades encontradas pelos trabalhadores para efetivá-la no cotidiano, desfavorável por diversos motivos, é marcante.

Pudemos perceber pelas entrevistas que a formação acadêmica dos profissionais foi de suma importância para a aproximação destes com os eixos elencados neste trabalho como fundamentalmente articulados na atenção psicossocial. Os pontos disparadores das entrevistas levaram a elaborações qualificadas sobre os eixos propostos, com notável rigor técnico por parte dos entrevistados, o que indica que a reflexão crítica está presente no cotidiano destes trabalhadores.

No que tange ao eixo clínico, a psicanálise, a psiquiatria e a reabilitação social apareceram nas entrevistas realizadas. A importância dada à singularidade, à escuta e à construção do caso clínico indicam que a Atenção Psicossocial pode operar conforme uma ética que conte com os pressupostos clínicos oferecidos pela psicanálise no cotidiano de trabalho. As pontuações de momentos críticos nos casos que puderam ser escutados são vistas pelos trabalhadores como as grandes possibilidades da construção do caso clínico. Isto confirma os apontamentos da literatura de que o acolhimento da crise em serviços substitutivos não cumpre apenas a função de evitar internações psiquiátricas e rupturas no tratamento, mas são fundamentais para que algo do sujeito possa emergir, mesmo que em momentos de quebra da estabilidade.

A constituição de uma clínica na saúde mental ainda tem um longo caminho a ser percorrido. As entrevistas mostraram que há uma convivência cotidiana com diferentes olhares sobre os mesmos casos. Em algumas entrevistas, a multiplicidade de olhares pareceu favorecer momentos de singularização dos casos, e em outros, pareceu impedir que o trabalho clínico ocorresse. As cisões dentro das equipes parecem não ter o devido tratamento na instituição para que a atividade de trabalho pudesse ser dirigida ao agir, no sentido de uma práxis. Um dos entrevistados pareceu

notar, na instituição que trabalha, um grupo orientado para uma ética e outro para um ideal, resultando em práticas ortopédicas e situações de violência.

O discurso psiquiátrico apareceu nas entrevistas de forma diferente do esperado. As equipes dos entrevistados não contavam com psiquiatras alinhados ao atual discurso propagado pela ABP e pelos estudos enviesados por interesses da indústria farmacêutica. Talvez este fato se dê devido à existência de uma Residência em Psiquiatria cujo principal campo de formação são os serviços substitutivos, pelo qual diversos psiquiatras hoje inseridos nesta rede de atenção passaram.

O trabalho em equipe, a partir da análise das entrevistas, parece incluir o psiquiatra nas tomadas de decisão e não facultar a ele saber/poder exclusivo. A compreensão de que a entrada de psiquiatras, cuja formação se deu no campo da saúde mental, nos serviços substitutivos permitiu uma coesão maior do grupo de trabalhadores orientado para um trabalho ético na atenção psicossocial. Este pode ser um indicativo de que o profissional psiquiatra tem condições de compor uma equipe multiprofissional sem colocar-se em condição de exceção ou exercer a clínica degradada da queixa-conduta nestes serviços.

As possibilidades de negociação da medicação nos tratamentos propostos aos usuários indicam que a medicalização não ocorre sem sua devida crítica. Parece haver momentos de medicalização dos usuários, relatados pelos entrevistados como decorrentes do excesso de demanda nos serviços. A medicação como único recurso terapêutico parece não poder se incluir na categoria da medicalização tal como a literatura a descreve.

Segundo nossa revisão bibliográfica, a medicalização se apresenta como primeira e única resposta às demandas de sofrimento mental colocadas pelos usuários dos CAPS. No entanto, segundo as entrevistas realizadas, a medicação enquanto único recurso terapêutico surge quando as possibilidades clínicas estão humanamente esgotadas pela escassez de serviços que atendam à população em sofrimento mental ou devido aos tamanhos das equipes já constituídas nestes serviços.

Desta forma, não fica claro se a medicalização nos serviços substitutivos da rede estudada tem as mesmas características daquela descrita pela literatura; no entanto,

é possível dizer, a partir das narrativas dos entrevistados, que ela tem resultados semelhantes. A não construção do caso clínico diante do silenciamento da produção psicótica é marcante nas falas dos entrevistados, e parecem favorecer repetições de momentos de crise sem que seu desencadeante possa ser identificado. Ainda é digno de nota que a medicalização pode produzir estabilidades interpretadas somente como ausência de sintomas e não necessariamente tratamentos que favoreçam a autonomia do sujeito no mundo e a construção de laços sociais.

A constatação da importância da medicação é ponto unânime entre os entrevistados; contudo, seu valor nos tratamentos pode ser muito diferente, conforme os relatos. A ação real da medicação no corpo e seu efeito de inibição podem favorecer a organização de uma demanda de escuta para os trabalhadores do serviço, principalmente em momentos de extrema angústia, nos quais a vida do usuário parece estar completamente comandada por fenômenos psicóticos. Neste contexto, ela pode auxiliar o profissional de referência na própria escuta do caso.

Em outros momentos, a negociação sobre o uso da medicação, em conjunto com o profissional, parece fortalecer o vínculo entre ambos e facilitar a transferência, elemento clínico crucial para um tratamento. Saber que a prescrição médica pode ser muito rigorosa para ser seguida à risca e que pequenos experimentos com a medicação podem ser feitos de forma acompanhada pelos trabalhadores do CAPS pareceu resultar em boas intervenções cujo objetivo central não é a garantia à chamada adesão ao tratamento farmacológico.

Em outros momentos, os entrevistados pareceram não reconhecer na medicação qualquer função terapêutica nos casos acompanhados, nos quais as rupturas e crises ocorriam a despeito da medicação, assim como a estabilização e a melhora. Um aspecto interessante percebido pelos entrevistados é que os efeitos colaterais das medicações também merecem atenção no cotidiano. Para um entrevistado em especial, um dos papeis da Atenção Psicossocial é reabilitar o paciente dos efeitos dos psicotrópicos. Algumas dificuldades cotidianas produzidas pelo uso dos medicamentos estão relacionadas à estética produzida por eles, como a marcha robotizada, a sonolência e a máscara neuroléptica, que podem ser percebidas pelos usuários e incomodá-los no exercício das tarefas cotidianas, conforme revelaram as

entrevistas. A inibição da vida afetiva como um todo muitas vezes produz sujeitos que não conseguem demandar e circulam silenciosos e imperceptíveis na instituição.

Nas entrevistas realizadas não há relatos de tratamentos de usuários psicóticos sem o uso da medicação, o que nos induz a pensar que, mesmo havendo muitos elementos clínicos em circulação na instituição, a medicação ainda parece ser um recurso indispensável. Alguns críticos da reforma psiquiátrica apontam para o uso excessivo de medicações psicotrópicas nos serviços substitutivos como uma substituição dos muros do manicômio pela contenção química. Não há dados suficientes nesta pesquisa para confirmar ou refutar este argumento, mas podemos registrar aqui que em nenhum momento das falas dos entrevistados houve menção a tratamentos que prescindissem da medicação, ou que fosse um esforço ativo dos profissionais evitar o uso de psicotrópicos. Mesmo com a grande circulação do discurso clínico na instituição CAPS, contestar a necessidade do uso de psicotrópicos parece distante.

As condições de trabalho na instituição foram relatadas pelos entrevistados como distantes das ideais. Serviços inchados, extrapolando em mais de 100 usuários o limite legalmente previsto para os CAPS, produzem fenômenos que afetam tanto os trabalhadores como a assistência.

Os entrevistados se manifestam de diferentes formas diante da demanda dos serviços; alguns pareciam muito angustiados por se sentirem incapazes de realizar seu trabalho no contexto enfrentado, ao passo que outros pareciam mais resignados, propondo o estabelecimento de prioridades na assistência aos usuários e contentando-se, talvez, com intervenções medicamentosas para casos menos graves, enquanto se dedicavam mais intensivamente aos mais graves.

As duas posições parecem ter efeitos distintos para os trabalhadores. Aqueles que se frustram intensamente com a impossibilidade de atender à demanda que bate à porta parecem sofrer mais com as condições de trabalho, ou com a impotência diante de um fator sobre o qual eles não têm pleno controle. Dois dos entrevistados relatam não dar conta do trabalho de referência junto a 30 usuários e afirmam que não poder oferecer um bom tratamento a todos é algo que os incomoda. Por outro lado, um dos entrevistados, pareceu encontrar uma certa solução entre a onipotência de tentar fazer o possível e o impossível pelos casos e a impotência que segue o momento de

constatação de que não há condições possíveis para se fazer tudo. Nomeia esta postura de potência do trabalho, contentando-se com o possível.

Para o primeiro grupo, aquele que se frustra com a falta de condições materiais para o trabalho, o sofrimento se apresenta claramente. Para o entrevistado que entende que é possível trabalhar diante das condições materiais colocadas, não parece haver tanto sofrimento e desgaste. Independente da forma como a realidade material se apresenta para os entrevistados, não houve menção a qualquer forma de organização política na tentativa de criar condições mais favoráveis para a Atenção Psicossocial. Os trabalhadores parecem arcar individualmente com o problema.

Em determinada entrevista, um trabalhador faz menção à porta aberta como um dispositivo muito interessante e coberto de sentido na Atenção Psicossocial, para logo em seguida apontar que acolher tudo que apresenta demanda no território é virtualmente impossível. É curioso notar que as implicações para a assistência dos usuários é não oferecer tratamentos clínicos para alguns.

Qual seria então o sentido da porta aberta para tratamentos pobres, para a medicalização, para o sofrimento no trabalho? Não estaria o próprio conceito comprometido diante da impossibilidade de oferecer assistência com as condições materiais de que dispomos? A Rede de Atenção Psicossocial é composta por diversos equipamentos e o CAPS se propõe a atender os casos mais graves de um determinado território. Estaríamos atendendo a uma demanda cujo lugar na rede deveria ser outro que não o CAPS? Estamos investindo o bastante na construção de redes potentes para acolher o sofrimento mental com tecnologias adequadas?

Para uma das entrevistadas, a rede precisa ser alimentada para existir, seu desenvolvimento não é natural ou automático. Com a demanda estarrecedora dentro dos CAPS seria possível alimentar uma rede potente para melhor atender a população? Há momentos em que a visão da rede pelos entrevistados parece estar constrita, a saída da situação de precariedade dos serviços não parece evidente e as pessoas parecem estar fazendo o possível diante deste cenário.

O desgaste no trabalho nos CAPS talvez se manifeste pela grande rotatividade de profissionais nos serviços. Dos 5 entrevistados no inicio desta pesquisa, apenas 2

continuam trabalhando nos CAPS. A própria pesquisadora deixou o CAPS em que trabalhava num momento em que teve de assumir mais de 70 referências quando alguns profissionais deixaram a equipe e não houve novas contratações. Pela riqueza das narrativas é possível dizer que todos os entrevistados são pessoas envolvidas e comprometidas com seus trabalhos, capazes de reflexão crítica sobre sua própria prática, com boa formação clínica, pós graduados; no entanto, a saída para muitos é a saída radical do campo da Atenção Psicossocial. Seria interessante que pesquisas futuras pudessem avaliar o tempo médio de permanência de um trabalhador de CAPS, suspeito que seria curto.

O principal motivo da rotatividade de profissionais não parece ser o desgaste inerente ao trabalho com o sofrimento mental, o contato constante com pessoas em crise, ou mesmo as situações de violência nos serviços. Minha hipótese é que estas características do trabalho se tornam insuportáveis quando combinadas à precarização dos vínculos empregatícios, dos salários, das condições de executar o trabalho e às consequências destes fatores para o modelo de atenção.

Os Projetos Terapêuticos Singulares, a porta aberta, o atendimento à crise, a não internação e a construção do caso clínico perdem o sentido quando não há condições materiais para seu desenvolvimento e quando os trabalhadores estão adoecidos. A falta de perspectivas de carreira na Atenção Psicossocial e as políticas salariais colocam recém-formado e trabalhador experiente (muitas vezes pós- graduado) na mesma condição dentro da instituição, conforme menciona D em sua entrevista. Não há nenhum incentivo para a formação destes profissionais, T inclusive pagava um analista particular para supervisionar seus casos.

A dificuldade de tratar questões institucionais nos espaços coletivos de gestão do trabalho apareceu, nas entrevistas, relacionada tanto ao sofrimento dos trabalhadores quanto à assistência. Na entrevista de L, não discutir as dificuldades nos espaços coletivos gerou uma divisão na equipe: um grupo sobrecarregado e adoecido e outro desimplicado com o trabalho. Para D, há consequências diretas para a assistência quando parte da equipe discorda da outra acerca de um caso e não se dispõe a dialogar. Nesta entrevista, D relata que as interpretações do que o supervisor disse foram adequadas à visão de cada um e nada mudou no caso, que culminou em situação de violência grave. Após a situação de violência, o mesmo trabalhador

aponta que houve insistência no isolamento e o episódio nunca foi discutido coletivamente. Por fim, a trabalhadora culpabilizou seus colegas pela violência que sofreu.

Para C, um dos casos que acompanhou era constantemente discutido pela equipe, em praticamente todas as passagens de plantão num momento em que o usuário esteve no leito, conforme relata. As discussões dividiam a equipe entre os partidários de internação psiquiátrica e aqueles que defendiam que os cuidados deveriam se dar no leito-noite. Segundo a entrevistada, foi possível manter sua condução do caso e não interná-lo, mesmo com a intensa pressão da equipe, o que nos leva a pensar que contextos em que as disputas se dão no campo da coletividade têm resultados mais favoráveis aos usuários e às equipes.

É curioso notar que em nenhuma das entrevistas houve menção ao gestor/coordenador do serviço. Apenas na entrevista de B há um breve relato acerca da posição da gestora diante da medicação. Seriam estas equipes capazes de auto-gestão? Seria a figura do gestor pouco importante no cotidiano de trabalho? Por que não há relatos de possíveis intervenções dos gestores diante do sofrimento dos trabalhadores e dos empecilhos à assistência?

A literatura indica que o trabalho da gestão deveria incidir sobre ambos os aspectos mencionados acima, por um lado sendo capaz de acolher angústias promovendo coesão ao grupo, e, por outro, de ativamente planejar e organizar a instituição para que um modelo de assistência possa se sustentar. A ausência da figura do gestor nas entrevistas e as condições de trabalho narradas pelos entrevistados levam a pensar que talvez a gestão local não exerça as funções que lhe cabem. Se isto decorre de escolhas individuais ou contextos também desfavoráveis para o exercício da gestão não temos dados para responder, apenas um breve trecho de entrevista que parece indicar que a primeira hipótese é verdadeira:

“Então tinha sempre um movimento de forma geral, claro que tem figuras isoladas mais centralizadoras, mas de forma geral tinha esse movimento [de se organizar de forma autônoma], porque o gerente não está presente, não só fisicamente, mas como alguém que representa uma missão, que representa valores ou que representa um sentido” (C).

A construção de uma rede tão complexa de atenção ao sofrimento mental não se dá sem dificuldades. Mesmo num município com uma história longa de militância e envolvimento político com a Atenção Psicossocial, vemos grandes empecilhos à expansão de uma rede deficitária devido, em certa medida, às tendências mundiais de redução de financiamento a equipamentos públicos de saúde e à abertura para o setor privado com consequências diretas para a assistência, mas, também, a fatos cotidianos que nem sempre têm espaço para análises mais aprofundadas. A importância da construção de um modelo que conte com uma dimensão clínica nos tratamentos propostos é ponto pacífico, sua execução no cotidiano de trabalho tem mais meandros do que a rigidez do texto da lei ou o discurso universitário conseguem enxergar.

7. Referências Bibliográficas

AMARANTE, P. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

ANGELL, M. Excess in the pharmaceutical industry. CMAJ, 7 Dezembro 2004. 1451-1453.

ANTUNES, R. Adeus ao trabalho? São Paulo: Cortez, 1995.

BASAGLIA, F. A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

BERNARDO, M. H. Trabalho duro discurso flexível: uma análise das contradições do toyotismo a partir da vivência de trabalhadores. São Paulo : Expressão Popular, v. 36, 2009.

BICHAFF, R. O trabalho nos centros de atenção psicossocial: uma reflexão crítica e suas contribuições para a consolidação da reforma psiquiátrica. Escola de Enfermagem Ana Nery, São Paulo, 2006.

BIRMAN, J. A Psiquiatria como Discurso da Moralidade. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

BLANCH-RIBAS, J. M.; CANTERA, L. El capitalismo sanitario como factor de riesgo psicosocial. In: GUILLEN, C.; GUIL, R. Psicología social: un encuentro de perspectivas. Cadiz: APPS, 2007.

BLANCH-RIBAS, J. M.; CANTERA, L. La doble cara de la mercantilizacion de los servícios universitarios y hospitalarios. In: ALVARO, J. L. Psicología Social del Trabajo y de las Organizaciones. [S.l.]: No prelo, 2010.

BOLTANSKI, L.; CHIAPELLO, E. O novo espírito do capitalismo. São Paulo: Martins Fontes, 2009.

BRASIL. Legislação em saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CAMPOS, G. W. S. Um método para análise e co-gestão de coletivos. São Paulo: Hucitec, 2005.

COSGROVE, L.; KRIMSKY, S. A comparison of DSM-V and DSM-5 panel members' financial association with industry: a pernicious problem persists. PloS Med, IX, 13 Março 2012.

COSTA, J. F. História da Psiquiatria no Brasil. Rio de Janieor: Documentário, 1976.

COSTA-ROSA, A. Atenção Psicossocial Além da Reforma Psiquiátrica. São Paulo: Editora Unesp, 2013.

DEJOURS, C. A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho. São Paulo: Cortez, 1992.

DELGADO, J. Reflexões na cidade sem manicômios. In: DELGADO, J. A loucura na sala de jantar. São Paulo: Editora Resenha Ltda, 1991.

DOR, J. Introdução à leitura de Lacan. Porto Alegre: Artmed, 1989. ISBN 978-85-363-0134-1.

DUNKER, C. I. L. Estrutura e Constituiçã da Clínica Psicanalítica: Uma Arqueologia das Práticas de Cura. São Paulo: Anablume, 2011.

DUNKER, C. I. L. Mal Estar, Sofrimento e Sintoma. São Paulo: Boitempo, 2015.

DUNKER, C. I. L.; KYRILLOS NETO, F. Sobre a Retórica da Exclusão: incidência do discurso ideológico em serviços substitutivos de cuidado a psicóticos. Psicologia Ciência e Profissão, Brasília, Março 2004. 116-125. Acesso em: 30 Abril 2013.

DUNKER, C. I. L.; KYRILLOS NETO, F. A Crítica Psicanalítica do DSM-V - Breve história do casamento psicopatológico entre psicanálise e psiquiatria. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, Dezembro 2011. 611-626.

ENRIQUEZ, E. O trabalho da morte nas instituições. In: KAES, R. A instituição e as instituições: estudos psicanalíticos. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1991.

FERRER, A. L. Sofrimento Psíquico dos trabalhadores inseridos nos Centros de Atenção Psicossocial: entre o prazer e a dor de lidar com a loucura. UNICAMP. Campinas, p. 136f. 2007.

FIGUEIREDO, A. C. A construção do caso clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à saúde mental. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, 1, 2004.

FIGUEIREDO, A. C. Uma proposta da psicanálise para o trabalho em equipe na atenção psicossocial. Mental, III, n. 5, Novembro 2005. 43-55. Disponivel em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272005000200004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 2016.

FIGUEIREDO, A. C.; TENORIO, F. O diagnóstico em psiquiatria e psicanálise. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, V, Março 2002. 29-43.

FINK, B. O sujeito lacaniano; entre a linguagem e o gozo. Rio de Janeiro: Zahar, 1998. ISBN 978-85-7110-447-1.

FOUCAULT, M. O Nascimento da Cliínica. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

FOUCAULT, M. História da Loucura na Idade Clássica. São Paulo: Perspectiva, 2008.

FRANCO, T.; DRUCK, G.; SELLIGMAN-SILVA, E. As novas relações de trabalho, o desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais no trabalho precarizado. Revista de Saúde Ocupacional, 2010. 229-248.

FREUD, S. Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia: O Caso Schreber. São Paulo: Companhia das Letras, 2010. ISBN 978-85-359-1614-0.

GADAMER, H. Verdade e Método. Petrópolis: Vozes, 1999.

GENTIL, V. Uma leitura anotada do projeto brasileiro de "reforma psiquiátrica". Revista USP, n. 43, setembro/novembro 1999. 6-23.

GENTIL, V. Entrevista a Monica Teixeira sobre Políticas de Saúde Mental. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, 9, n. 3, 2007.

GOSLING, J. Privitizing the NHS. International Socialism, London, 139, 2013. 77-97.

HARROW, M.; JOBE, T. H.; FAULL, R. N. Does treatment of schizophrenia with antipsychotic medication eliminate or reduce psychosis? A 20 year multi-follow-up study. Psychological Medicine, 2014. 1-10.

KYRILLOS-NETO, F. Reforma psiquiátrica e clínica da psicose: o enfoque da psicanálise. Aletheia, dezembro 2009. 39-49.

KYRILLOS-NETO, F. IDEOLOGIA E REFORMA PSIQUIÁTRICA: CRÍTICA DO LAÇO SOCIAL. A Peste, II, n. 1, jan/jun 2010. 63-78.

LAURELL, A. C.; NORIEGA, M. Processo de produção de saúde: trabalho e desgaste operário. São Paulo: Hucitec, 1989.

LEBRUN, J. P. Clínica da instituição: o que a psicanálise contribui para a vida coletiva. Porto Alegre: CMC Editora, 2009.

LINHART, D. Modernisation et précarisation de la vie au travail. International Journal on Collective Identity Research, 2009.

MEHRY, E. E. Os CAPS e seus trabalhadores no olho do furacão antimanicomial: Alegria e Alivio como dispositivos analisadores, 2004. Disponivel em: <www.candido.org>. Acesso em: 2011.

MENDES, A.; MARQUES, R. Crônica de uma crise anunciada: o financiamento do SUS sob a dominância do capital financeiro. XIV Encontro Nacional de Economia Política. São Paulo: PUC SP. 2009.

MERLEAU-PONTY, M. Visível e Invisível. São Paulo: Perspectiva, 2012.

MILHOMEM, M. A. G. C.; OLIVEIRA, A. G. B. O TRABALHO EM EQUIPE NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – CAPS. Cogitare Enfermagem, jan/mar 2007. 101-108.

MILHOMEN, M. A. G. C.; OLIVEIRA, A. G. B. O trabalho nos Centros de Atenção Psicossocial: um estudo em Cuiabá, Mato Grosso, Brasil. Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, n. 30, junho 2009. 272-279.

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2006.

MIRANDA, L.; ONOCKO-CAMPOS, R. T. Análise das equipes de referência em saúde: uma perspectiva de gestão da clínica. Cadernos de Saúde Pública, junho 2010. 1153-1162.

NAVARRO, V. The inhuman state of US health care. Monthly Review, New York, 55, julho/agosto 2003. Disponivel em: <http://monthlyreview.org/2003/09/01/the-inhuman-state-of-u-s-health-care/>.

NICÁCIO, F.; CAMPOS, G. W. S. Instituições de “portas abertas”: novas relações usuários-equipes-contextos na atenção em saúde mental mental de base comunitária/territorial. Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo, São Paulo, 16, jan/abr 2005. 40-46.

OLIVEIRA, A. G. B. Trabalho e cuidado no contexto da atenção psicossocial: algumas reflexões. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, 2007. 694-702.

OLIVEIRA, J. A. De doenças a estruturas, ou, da Medicina a uma Antropologia: a constituição e desconstituição da nosologia psiquiátrica entre Pinel e Lacan. PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 1996. 53-78.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. Clínica: a palavra negada - Sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de Saúde Mental. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, XXV, Maio/Agosto 2001. 98-111.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. et al. A Gestão Autônoma da Medicação: uma intervenção analisadora de serviços em saúde mental. Ciência e Saúde Coletiva, 18, 2014. 2889-2898.

ONOCKO-CAMPOS, R. T.; CAMPOS, G. W. S. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: CAMPOS, G. W. S. E. A. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec, 2006.

PEREIRA FURTADO, J.; ONOCKO-CAMPOS, R. T. A transposição das políticas de saúde mental no Brasil para a prática nos novos serviços. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, VIII, 2005. 109-122.

PIGOTT, H. E. et al. Efficacy and Effectiveness os Antidepressants: Current Status of Research. Psychotherapy and Psychosomatics, 9 Julho 2010. 267-279.

REZIO, L. A.; OLIVEIRA, A. C. B. Equipes e condições de trabalho nos centros de atenção psicossocial em Mato Grosso. Escola Anna Nery, 2010.

RINALDI, D. L.; CABRAL, L. H.; CASTRO, G. S. Psicanálise e reabilitação psicossocial: limites e possibilidades de articulação. Estudos Pesquisa em Psicologia, Rio de Janeiro, VIII, Abril 2008.

ROUDINESCO, E. Por que a Psicanálise? Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed, 2000.

SCARCELLI, I. O movimento antimanicomial e a rede substitutiva em Saúde Mental: a experiência do município de São Paulo 1989-1992. São Paulo: Institute de Psicologia - USP, 1998. Dissertação de Mestrado.

SCHMIDT, M. L. S. Políticas Públicas e Saúde Mental. In: TRINDADE, Z. A.; ANDRADE, A. N. Psicologia e saúde: um campo em construção. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

SEIKKULA, J.; ARNKIL, T. E. Open Dialogues and Anticipations - Respecting Otherness in the Present Moment. Tampere: Finnish University Print, 2014. ISBN 978-952-302-021-4.

SELIGMANN-SILVA, E. Trabalho e desgaste mental, o direito de ser dono de si mesmo. São Paulo: Cortez, 2011.

SILVA, L. T.; LANCAMAN, S.; ALONSO, C. M. T. Consequencias da intangilidade da gestão nos novos serviços de saúde mental. Revista de Saúde Pública, 2009. 36-42.

SPINK, P. K. Perspectiva de campo em psicologia social: uma perspectiva pós-construcionista. Psicologia e Sociedade, Julho 2003. 18-42.

SVARTMAN, B. P. Notas sobre a experiência de trabalho fabril contemporânea: um estudo de caso em uma metalúrgica no ABC paulista. Cadernos de psicologia social e do trabablho, 12, 2009. 17-34.

TENÓRIO, F. A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.

VIGANÓ, C. A construção do caso clínico. Opção Lacaniana , 2010.

YASUI, S.; COSTA-ROSA, A. A estratégia atenção psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. Saúde debate, Rio de Janeiro, 32, jan/dez 2008. 27-37.

ZIZEK, S. A visão em paralaxe. São Paulo: Boitempo, 2008.

ANEXO A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa: Clínica, Política e Gestão do Trabalho nos Centros de Atenção Psicossocial III: articulações e disjunções no cotidiano de trabalho.

A JUSTIFICATIVA, OS OBJETIVOS E OS PROCEDIMENTOS: esta pesquisa de mestrado tem como objetivo compreender a situação atual da implantação da Política Pública do tratamento Psicossocial da loucura e suas correspondências técnico-assistenciais no cotidiano destes serviços; e compreender a maneira como os trabalhadores dos CAPS III entendem a política de Saúde Mental no país e a maneira como ela se concretizou na prática. Para tanto, o método empregado será a realização de entrevistas com alguns pontos disparadores para evocar a memória e a narrativa do participante de situações que ajudem a compreender os objetivos citados acima. Estas entrevistas serão gravadas e depois analisadas. As entrevistas serão realizadas individualmente e fora do ambiente e horário de trabalho e o local será definido conforme a preferência do participante, caso não haja preferência, será realizada na Universidade de São Paulo no Instituto de Psicologia. A duração das entrevistas pode variar conforme disponibilidade do participante e aprofundamento do tema, tendo como mínimo a duração de uma hora.

DESCONFORTOS E RISCOS E BENEFÍCIOS: as entrevistas envolverão a evocação da memória e o convite à reflexão sobre o processo de trabalho, os possíveis desconfortos que podem surgir durante as entrevistas serão tratados de maneira ética e acolhidos conforme a necessidade singular de cada situação. Considerando que riscos são inerentes a participação do processo de entrevistas, a formação da pesquisadora deve ajudar a reduzir ao mínimo os desconfortos e a trata-los com cuidado e delicadeza, caso surjam. As entrevistas podem ser interrompidas e retomadas em outro momento, caso seja necessário e os temas que trouxerem muito desconforto aos participantes não serão explorados sem o consentimento do participante.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO: Você será esclarecido(a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.
O(s) pesquisador(es) irá(ão) tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa serão enviados para você e permanecerão confidenciais. Seu nome ou o material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma via deste consentimento informado será arquivada e outra será fornecida a você.
Quaisquer dúvidas que surjam ao longo do processo de entrevistas que dizem respeito aos procedimentos da pesquisa, metodologia, objetivos podem ser sanadas pela pesquisadora, e aquelas referentes às questões éticas na pesquisa com seres humanos, podem ser encaminhadas ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO, RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO POR EVENTUAIS DANOS: A participação no estudo não acarretará custos para você e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional. Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma via deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Nome: _____
Assinatura: _____
Data: _____

Pesquisadora Responsável:
Ana Carolina Florence de Barros
Email anacarolinaflorence@yahoo.com
Tel (19) 9 8241.5000
Endereço Av. Prof. Melo de Moraes, 1721 – Bloco A

Orientador:
Prof. Dr. Bernardo Parodi Svartmann

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos:
Avenida Prof. Melo de Moraes, 1721 – Bloco G, 2º andar, sala 27, Cidade Universitária – São Paulo.
Email: ceph.ip@usp.br
Tel: (11) 3091-4182