

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA**

**ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO E A MOBILIZAÇÃO SUBJETIVA DE
TRABALHADORES DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL, ÁLCOOL E
DROGAS**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Katiusci Lehnhard Machado

Santa Maria, RS, Brasil

2015

**ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO E A MOBILIZAÇÃO SUBJETIVA DE
TRABALHADORES DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL, ÁLCOOL E
DROGAS**

por

Katiusci Lehnhard Machado

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação
em Psicologia, Área de Concentração em Psicologia da Saúde,
da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS),
como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Psicologia.

Orientadora: Profa Dra Carmem Lúcia Colomé Beck

Coorientadora: Profa Dra Claudia Maria Perrone

Santa Maria, RS, Brasil

2015

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Central da UFSM, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Lehnhard Machado, Katusci
Organização do Trabalho e a Mobilização Subjetiva de
trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial,
álcool e drogas / Katusci Lehnhard Machado.-125.
125 p. ; 30cm

Orientadora: Carmem Lúcia Colomé Beck
Coorientadora: Claudia Maria Perrone
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Maria, Centro de Ciências Sociais e Humanas, Programa de
Pós-Graduação em Psicologia, RS, 125

1. Mobilização Subjetiva 2. Saúde do Trabalhador 3.
Centro de Atenção Psicossocial I. Colomé Beck, Carmem
Lúcia II. Perrone, Claudia Maria III. Título.

**Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências Sociais e Humanas
Programa de Pós-Graduação em Psicologia
Mestrado em Psicologia**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
aprova a Dissertação de Mestrado

**ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO E A MOBILIZAÇÃO SUBJETIVA DE
TRABALHADORES DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL, ÁLCOOL E
DROGAS**

elaborada por

Katiusci Lehnhard Machado

como requisito parcial para obtenção do grau de

Mestre em Psicologia

COMISSÃO EXAMINADORA:

Carmem Lúcia Colomé Beck, Dra

(Presidente/Orientadora)

Cláudia Maria Perrone, Dra

(Coorientadora)

Janine Kieling Monteiro, Dra (UNISINOS)

(Examinadora)

Jussara Maria Rosa Mendes, Dra (UFRGS)

(Examinadora)

Marlene Gomes Terra, Dra (UFSM)

(Suplente)

Santa Maria, 18 de março de 2015.

LER E ESCREVER

De tudo quando se escreve, só me agrada o que alguém escreveu com seu sangue. Escreve com sangue e descobrirás que o sangue é espírito.

Não é nada fácil compreender o sangue alheio. Eu detesto todos os ociosos que leem. Aquele que conhece o leitor já nada faz pelo leitor. Mais um século de leitores e o próprio espírito terá mau cheiro.

Que toda a gente tenha o direito de aprender a ler é coisa que desgasta, não somente a arte de escrever, mas também de pensar.

Outrora o espírito era Deus. Depois se fez homem e agora se transformou em proviléu.

Aquele que escreve com sangue e em máximas não quer ser lido, mas decorado.

Nas montanhas, o caminho mais curto é o que vai de cima a cima. Mas para isso é preciso ter pernas altas. As máximas devem ser cumes e aquele a quem são destinadas devem ser homens altos e esbeltos.

O ar leve e puro, o perigo máximo e o espírito cheio de uma alegre malícia, tudo isso harmoniza muito bem.

Gosto de ver duendes em torno de mim porque sou corajoso. A coragem afugenta os fantasmas, mas cria seus próprios duendes. A coragem gosta de ri.

[...]

Aquele que escala elevados montes ri-se de todas as tragédias apresentadas em palco e de todas as tragédias da vida.

Corajosos, despreocupados, zombeteiros, brutais, é assim que nos quer a sabedoria. Mulher que só pode amar guerreiros.

Vós me dizeis: “a vida é um fardo pesado”. Mas para que serve esse vosso orgulho pela manhã e essa vossa resignação à tarde?

A vida é um fardo pesado, mas não vos mostreis tão delicados. Todos não passamos de belos jumentos e belas jumentas de cargas.

Que temos em comum com o cálice de rosa que verga sobre o peso de uma gota de orvalho?

E eu, que estou de bem com a vida, creio que aquele que mais entende de felicidade são as borboletas e as bolhas de sabão e tudo o que entre os homens se lhes assemelhe.

Ver girar essas pequenas almas leves, loucas, graciosas e que se movem é o que arranca de Zaratrusta lágrimas e canções.

Eu só poderia acreditar num Deus que soubesse dançar.

E quando vi meu demônio pareceu-me sério, grave, profundo, solene. Era o espírito da gravidade! Ele é que faz todas as coisas. Não é com ira, mas com risos que se mata. Coragem! Vamos matar o espírito da gravidade!

Eu aprendi a andar. Desde então, passei por mim mesmo a correr. Eu aprendi a voar. Desde então, não quero que me empurrem para mudar de lugar.

Agora sou leve, agora voo, agora vejo por baixo de mim mesmo, agora um Deus dança em mim.

Assim falava Zarathustra.

(Friedrich Nietzsche – Assim Falava Zarathustra)

Um abacateiro dá abacate.

Uma mangueira dá manga.

Uma girafa sempre dá uma girafinha.

Uma nuvem dá chuva. E um homem?

Em princípio ele geraria sempre outros homens, apenas.

Mas há uma diferença entre o abacateiro, a mangueira, a girafa, a nuvem e o homem.

*O homem é o único ser da natureza que tem condições de fazer algo mais, além de caçar,
dormir e uivar como os outros animais.*

*Se quiser, o homem pode voar com os pássaros, pode nadar com as baleias e
principalmente, pode ser eterno.*

Tudo isso o homem consegue quando começa a trabalhar.

*O trabalho é a mágica que faz os homens se transformarem em seres inteligentes
capazes de criar de um ovo, uma omelete, de um tecido, uma fantasia, de um barulho uma
música.*

O mais importante é que ele goste muito do trabalho que escolheu e que executa.

Apenas assim ele consegue ser capaz de criar a fruta mais gostosa: a felicidade.

*E isso cada um tem que conseguir sozinho, ninguém poderá ensiná-lo ou ajudá-lo,
porque como diz o cacique Apoena:*

“Uma árvore não pode ensinar outra árvore a crescer”.

(Henrique de Souza Filho – Henfil, A mágica que só os homens sabem fazer).

Dedico este estudo a todos os trabalhadores da saúde mental, em especial, aos trabalhadores dos CAPS, que acreditam na potência de seu trabalho como forma de transformar o cuidado às pessoas com sofrimento psíquico. Espero que não desistam de buscar por um trabalho que traga significado, prazer e realizações.

Agradecimentos:

O encerramento deste trabalho marca o final de um ciclo em minha formação e o início de uma nova jornada, que ainda há pela frente.

São muitos aos que tenho que agradecer, pois me permitiram realizar este processo de formação da maneira mais suave possível. Acredito ser importante dedicar-me a eles neste momento.

Às orientadoras:

À Carmem, pela orientação, disponibilidade, confiança a mim dispensadas e por juntas construirmos um conhecimento interdisciplinar.

À Claudia, por compartilhar seus conhecimentos de forma tão solidária e ética.

Aos trabalhadores do CAPS, participantes desta pesquisa, que abriram seu espaço de trabalho e comigo compartilharam de suas vivências, com isso possibilitaram a realização deste trabalho.

Aos membros do Grupo de Pesquisa “Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem” pela atenção, discussões e reflexões que contribuíram sobremaneira para o amadurecimento na minha trajetória na pesquisa. Especialmente, à Rosângela pela disponibilidade e comprometimento.

Às colegas, Natiellen e Thaís, pelo cuidado com meu trabalho e por compartilhar destes dois anos de formação.

Às colegas de mestrado, especialmente, à Priscila, Natália, Fernanda, Flávia, Pâmela e Paula, pelas trocas afetuosas.

À banca de qualificação, as professoras Maria Denise, Marlene, Janine e às professoras da banca de defesa, Janine e Jussara e Marlene, agradeço pela disposição e toda a colaboração para tornar este trabalho melhor.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Psicologia pelo conhecimento transmitido e trabalho realizado, a fim de tornar o Programa mais consolidado.

Agradeço ao carinho do meu companheiro, Fábio, meu maior incentivador. Obrigada pelo amor e por partilhar comigo todos os momentos da vida; por colocar sempre mais vida na
minha vida.

À minha família pelo incentivo e por me fazer acreditar que o conhecimento é um caminho
que nos torna, também, mais felizes.

À UFSM a qual devo muita gratidão,
por tornar possível a realização de um sonho profissional.

À CAPES,
pelo fomento financeiro, sem o qual este trabalho certamente resultaria incompleto.

RESUMO

Dissertação de Mestrado
Programa de Pós-Graduação em Psicologia
Universidade Federal de Santa Maria

ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO E A MOBILIZAÇÃO SUBJETIVA DE TRABALHADORES DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL, ÁLCOOL E DROGAS

AUTORA: Katiusci Lehnhard Machado
ORIENTADORA: Carmem Lúcia Colomé Beck
COORIENTADORA: Cláudia Maria Perrone
Local e Data da Defesa: SANTA MARIA, 18 de março, 2015.

Este estudo objetivou compreender como a organização do trabalho afeta a mobilização subjetiva dos trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial, Álcool e Drogas em um município da região central do estado do Rio Grande do Sul, Brasil. Pesquisa de abordagem qualitativa, na qual se utilizou da Psicodinâmica do Trabalho e se desenvolveu a partir da Clínica Psicodinâmica do Trabalho segundo aplicação dos dispositivos clínicos e das condições para sua condução. Foram realizadas quatro sessões grupais com dezesseis trabalhadores de nível fundamental, médio e superior de um Centro de Atenção Psicossocial, Álcool e Drogas, no período de abril a maio de 2014. Para a interpretação dos achados utilizou-se a Análise de Conteúdo. Os resultados foram organizados em três eixos: organização do trabalho, mobilização subjetiva e sofrimento, defesas e patologia e discutidos à luz da Psicodinâmica do Trabalho. Verificou-se que diante de uma organização do trabalho burocrática e desinteressada pela história pessoal, profissional e pelo desejo dos trabalhadores, os mesmos criaram estratégias de enfrentamento, como o investimento na formação e o apoio entre si. Utilizam sua inteligência prática para se proteger do sofrimento e estratégias de resistência à inflexibilidade da organização. Os espaços de discussão contribuem para diminuir a angústia, amenizar e suportar o desgaste do trabalhador. A cooperação, que se traduz em relações solidárias, é fundamental para o trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial. Por meio dela obtêm-se vivências de prazer; mas também, foi instituída como regra de trabalho e tornou-se rígida e excludente. Os trabalhadores não se sentem valorizados e apoiados pelos superiores hierárquicos em aspectos que dão sentido ao seu trabalho. Isto produz implicações à construção da identidade e ao engajamento da atividade que realizam. Utilizam estratégias defensivas frente a situações em que não obtêm reconhecimento. Conclui-se que há falta de espaços de análise sobre o trabalho, o que conduz os trabalhadores a negarem a realidade. O uso da inteligência prática, da cooperação e do espaço de discussão para ressignificar as vivências de sofrimento, não tem sido suficientes para transformá-lo em prazer. Desta forma, as estratégias de defesa tem se sobreposto mobilização subjetiva.

Palavras-chave: Serviços Comunitários de Saúde Mental. Centros de Atenção Psicossocial. Psicodinâmica do Trabalho.

ABSTRACT

Masters Thesis
Postgraduation Program in Psychology
Universidade Federal de Santa Maria

ORGANIZATION OF WORK AND MOBILIZATION OF WORKERS OF A SUBJECTIVE PSYCHOSOCIAL CARE CENTER, ALCOHOL AND DRUGS

AUTHOR: Kátiusci Lehnhard Machado
ADVISOR: Carmem Lúcia Colomé Beck
Santa Maria, March 18, 2015.

This study aimed to understand how the organization of work affects the subjective mobilization of workers of a Psychosocial Care Center, Alcohol and Drugs in a municipality in the central region of the state of Rio Grande do Sul, Brazil. Qualitative research, which was used psychodynamics of work and developed from the work psychodynamics Clinic second application of medical devices and conditions for your driving. Four group sessions were held with sixteen fundamental level workers, middle and top of a Psychosocial Care Center Alcohol and Drugs in the period April-May 2014. In interpreting the findings used the Content Analysis. The results were organized into three areas: work organization, mobilization and subjective suffering, defenses and pathology and discussed based on the work psychodynamics. It was found that on an organization's bureaucratic and disinterested work by personal history, professional and the desire of workers, have created coping strategies, such as investing in training and support each other. Use your practical intelligence to protect themselves from suffering and organizational inflexibility resistance strategies. The discussion spaces help to reduce anxiety, ease and support worker strain. Cooperation, which translates into solid relationships, it is essential to work in a Psychosocial Care Center. Through it obtains experiences of pleasure; but also was established as work rule and became rigid and exclusive. Workers do not feel valued and supported by superiors in ways that give meaning to their work. This produces implications the construction of identity and engagement activity they perform. Use defensive strategies in situations where they do not get recognition. We conclude that there is a lack of analysis of space on the work, which leads workers to deny reality. The use of practical intelligence, cooperation and discussion space to reframe the suffering experience, has not been enough to turn it into pleasure. Thus, defense strategies have overlapped subjective mobilization.

Keywords: Community Mental Health Services. Mental health services. Psychodynamics of the work.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial, Álcool e Drogas

CCS – Centro de Ciências da Saúde

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CID – Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde

ESF – Estratégia de Saúde da Família

HIV – Human Immunodeficiency Virus/Vírus da Imunodeficiência Humana

LaPPIS – Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde

NEPeS – Núcleo de Educação Permanente

OMS – Organização Mundial da Saúde

PET/SAÚDE – Programa Educação pelo Trabalho para Saúde

PRMIS – Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde

RAAS – Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde

SENAD – Secretaria Nacional sobre Drogas

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFES – Universidade Federal de Santa Maria

UNODC - United Nations Office on Drugs and Crime/Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crimes

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

ANÁLISE DE IMPLICAÇÃO	15
INTRODUÇÃO	18
Objetivos	22
Objetivo geral.....	22
Objetivos específicos	22
CAPÍTULO I	23
CONSIDERAÇÕES SOBRE A HISTÓRIA DA SAÚDE MENTAL E CONTEXTO ATUAL	23
1.1 A Reforma Psiquiátrica no Brasil.....	23
1.2 Novas perspectivas para o trabalho em saúde mental	27
1.3 O trabalhador neste contexto.....	29
CAPÍTULO II	32
ABORDAGEM PSICODINÂMICA DO TRABALHO	32
2.1 Constituição do pensamento Dejouriano.....	32
2.2 A teoria	34
2.3 A organização do trabalho.....	39
2.4 Mobilização Subjetiva	42
CAPÍTULO III	47
PERCURSO METODOLÓGICO	47
3.1 Delineamento	47
3.2 Cenário da pesquisa	50
3.3 Participantes da pesquisa e sessões.....	51
3.4 Procedimentos e condução da clínica em Psicodinâmica do Trabalho	52
3.4.1 Organização da pesquisa	53
3.4.2 Construção e análise da demanda	54
3.4.3 Instituição de regras de conduta do coletivo de pesquisa e do coletivo de clínicos	55
3.4.4 Constituição de espaço de fala e da escrita.....	55
3.4.5 Estruturação do memorial.....	57
3.4.6 Restituição e deliberação	58
3.4.7 Diário de campo e registro de dados	58
3.4.8 Supervisão.....	58
3.4.9 Apresentação dos relatos	59
3.4.10 Avaliação	59
3.5 Análise e interpretação dos dados	60
3.6 Dimensão ética da pesquisa.....	64
CAPÍTULO IV	65
RESULTADOS E DISCUSSÃO	65
Análise da Psicodinâmica do Trabalho	65
4.1 Eixo I – Organização do Trabalho	66
4.1.1 Trabalho Prescrito e Real	66
4.1.2 Condições de Trabalho	73
4.2 Eixo II – Mobilização Subjetiva.....	77
4.2.1 Inteligência Prática.....	77
4.2.2 Espaço de Discussão	79
4.2.3 Cooperação	81
4.2.4 Reconhecimento.....	87

4.2.4.1 Construção de Identidade e Reconhecimento	93
4.3 Eixo III – Sofrimento, defesas e patologia	96
CONSIDERAÇÕES FINAIS	103
CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO	106
REFERÊNCIAS	108
APÊNDICES	119
Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	119
Apêndice B – Termo de Confidencialidade	122
Apêndice C – Questões Norteadoras para as sessões grupais.....	123
ANEXOS	124
Anexo A – Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.....	124

ANÁLISE DE IMPLICAÇÃO

“Estar implicado (realizar ou aceitar a análise de minhas próprias implicações) é, ao fim de tudo, admitir que eu sou objetivado por aquilo que pretendo objetivar: fenômenos, acontecimentos, grupos, ideias, etc..” (Lourau, 1975, pp. 88-89, grifos do autor).

Minhas implicações acerca da temática do trabalho surgiram durante o Curso de Graduação em Psicologia na Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Santiago/RS, quando desenvolvi intervenções com trabalhadores em diferentes cenários, tais como: uma escola, uma Estratégia de Saúde da Família e uma cooperativa, nesta com trabalhadores que atuavam em um supermercado. Nessa cooperativa, por meio da experiência de um ano de estágio curricular na disciplina de Psicologia Organizacional e do Trabalho, desenvolvi atividades grupais que buscaram e promoveram análises crítico-reflexivas sobre o processo saúde e adoecimento no contexto laboral, bem como instigaram a capacidade criativa de enfrentamento e as situações que mobilizavam sofrimento, decorrente do trabalho.

Assim, dessa experiência surgiram diferentes questionamentos tensionados principalmente pela forma como o trabalhador se relacionava com a organização do trabalho. Havia diferenças entre ser trabalhador dessa cooperativa ou trabalhador de uma fábrica? O sentido da produção do trabalho passava fundamentalmente pela doação total de si? Como o trabalhador sentia o reconhecimento do seu trabalho? Havia uma desapropriação do saber dos trabalhadores? Nesse aspecto, quais os movimentos de ou para a transformação dessa realidade?

Ao mesmo tempo, desenvolvi um estágio voluntário no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS I). Talvez tenha sido o primeiro momento que percebi minha afinidade com a área da saúde mental coletiva. Logo fui contratada como estagiária remunerada, ficando até o final da graduação. Nesse período, junto à equipe, pude trabalhar as políticas de saúde preconizadas pelo Ministério da Saúde, as quais, solidificavam meu interesse pela área à medida que o trabalho apontava para um cuidado integral, na perspectiva de corresponsabilidades entre serviços, gestão e usuários. Também tive a oportunidade de contribuir para a implantação de um CAPS Álcool e Drogas (CAPS AD) naquele município. É importante destacar que meu aprendizado, oriundo dessa formação em serviço, foi bastante intenso e qualificado e complementou minha formação acadêmica.

Após a graduação, continuei minha formação pelo Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde (PRMIS), na linha de cuidado em saúde mental, pela

Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), onde atuei nos serviços de psiquiatria do Hospital Universitário da Instituição. Para concluir esta formação foi necessário o desenvolvimento de uma pesquisa e subseqüente intervenção, a qual desenvolvi com duas colegas do curso. Cabe destacar que a construção dessas se deu a partir da minha inserção no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, na linha de pesquisa Cuidado e Educação em Enfermagem e Saúde, no campo de pesquisa “Cuidado à Saúde das Pessoas, Família e Sociedade” (PEFAS).

A pesquisa desenvolvida na residência buscou a compreensão de uma equipe de atenção básica sobre a rede de atenção à saúde mental, álcool e outras drogas de um município do interior do Estado do Rio Grande do Sul. Os resultados evidenciaram que especialmente o CAPS AD, cenário de interesse desta pesquisa, demonstrava-se pouco resolutivo no atendimento aos usuários e às equipes de saúde. Ainda, que a equipe investigada não o considerava como um serviço de referência em saúde mental.

Agrega-se a compreensão desses resultados a minha participação na Comissão de Saúde Mental do município em questão, espaço de encontro semanal dos serviços de saúde mental e da gestão da saúde, com objetivo de discutir as problemáticas do tema na rede municipal. Nesse espaço, surgiram questionamentos referentes ao CAPS AD, tais como a dificuldade de vinculação com os usuários, discussões sobre a proposta terapêutica de cuidado, diversas vezes, vista com um tom de desconfiança por outros serviços e pela gestão municipal.

Assim, inquieta-me como os trabalhadores conseguiam lidar com todos esses questionamentos que apontavam para uma fragilidade em seus processos de trabalho. Que implicações esses questionamentos produziam na relação sujeito/trabalho? Qual a incursão dessas problemáticas na produção subjetiva dos trabalhadores?

Desse modo, acredito que a psicologia do trabalho e das organizações, por suas contribuições com essa temática, possa subsidiar reflexões acerca de meus questionamentos, assim como instigar novos significados e representações no campo do trabalho. Segundo Bendassolli (2011), o objetivo da psicologia do trabalho e das organizações é a transformação das condições objetivas do trabalho, a fim de empoderar o sujeito, muitas vezes, diante de um sofrimento.

Ainda, cabe destacar que a importância atribuída ao trabalho não é de exclusividade da psicologia, tanto que ela se apropria da temática depois do campo já constituído. No entanto, ao tomá-lo como objeto, considera-o sendo constituinte do sujeito (BENDASSOLLI, 2011), e, nesse sentido reforça a consolidação desse campo.

É importante salientar que a psicologia de um modo geral vem ampliando suas áreas de atuação, bem como na pesquisa e isso requer a construção de conhecimentos para atender a essas demandas. A temática do trabalho se apresenta relativamente recente em seus estudos. Nesse sentido, a perspectiva teórica e metodológica da Clínica Psicodinâmica do Trabalho, desenvolvida na França, por Christophe Dejours, e que no Brasil tem buscado construir uma identidade própria, apresenta contribuições importantes do ponto de vista de olhar para o sofrimento dos trabalhadores.

Sob essa perspectiva, a proposta deste estudo se insere na Linha de Pesquisa “Saúde do Trabalhador”, do Grupo de Pesquisa “Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem” da UFSM. A partir dessa inserção e dos questionamentos anteriormente citados, torna-se relevante buscar uma melhor compreensão sobre a saúde dos trabalhadores expostos as novas formas de organização do trabalho, em especial, no CAPS AD.

INTRODUÇÃO

As transformações aceleradas no mundo do trabalho nos últimos anos têm provocado mudanças importantes no trabalho em saúde, especialmente em relação aos processos produtivos, ao perfil do trabalhador e às condições de trabalho (MERLO; MENDES, 2009). Essas mudanças levam a uma reestruturação do trabalho em saúde, que segundo Athayde (2011) se destinaria a manter a capacidade de reprodução da força de trabalho, por meio da utilização de métodos organizacionais de otimização de resultados e diminuição de custos.

Entende-se o trabalho em saúde como algo complexo, enigmático e que mobiliza especialmente o trabalhador. Nesse sentido, no decorrer de sua atividade o trabalhador pode refletir sobre a dinâmica dos processos de trabalho e a experiência e subjetividade vivenciada no trabalho (ATHAYDE, 2011).

No trabalho em saúde, sobretudo na área da saúde mental, também ocorrem mudanças de caráter organizativo com a instituição da Reforma Psiquiátrica brasileira, em 2001. Ela propõe a implementação de um modelo de atenção centrado nas necessidades singulares de cada pessoa, no estímulo a reinserção social, na vida familiar e comunitária, orientada pelos princípios do Sistema Único de Saúde. Nessa direção, aposta em serviços substitutivos ao modelo manicomial (GUIMARÃES; JORGE; ASSIS, 2011).

Para tanto, foram criados os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), eles têm sido a principal estratégia de consolidação da Reforma Psiquiátrica. Desde sua regulamentação, tornou-se crescente o número de unidades em todo Brasil, sendo que no ano de 2011 chegou a 1742 (BRASIL, 2012a).

É importante considerar que esse aspecto sinaliza que a reorganização do modelo de cuidado possibilita a construção de práticas substitutivas. Em decorrência, permite transformações também na organização do trabalho, nos espaços de atuação profissional, os quais, não tem mais a centralidade apenas no manicômio (GUIMARÃES; JORGE; ASSIS, 2011). O trabalho em saúde mental está cada vez mais próximo do contexto comunitário, de trocas sociais, e esse deslocamento força os trabalhadores a uma mudança na atuação, distanciando-se de uma postura rígida, autoritária, previsível e controlada (PALOMBINI, 2004).

Acrescenta-se que a gestão do trabalho é coletiva e envolve trabalhadores, usuários, familiares, como também as demandas de outros serviços municipais ou estaduais, sejam da saúde ou de áreas intersetoriais. Portanto, o trabalhador precisa inventar suas ações, diante

das diferentes variabilidades que se apresentam no cotidiano de trabalho (RAMMINGER; BRITO, 2011).

A organização desse novo modelo de atenção, enquanto política pública, ainda não se consolidou. E, tendo em vista sua recente história, sugerem-se aos trabalhadores reflexões e ressignificação de suas práticas, sobretudo frente a esse desafio de concretizar uma rede de atenção à saúde mental. Esta capaz de promover acolhimento e vínculo terapêutico, além de ofertar um tratamento que propicie a autonomia do usuário (LANCMAN, 2008).

Vale salientar que se pressupõe a adoção de novos saberes, tecnologias e metodologias de trabalho. Por conseguinte, entende-se que o trabalho no campo da saúde mental é complexo, múltiplo (MERHY, 2007), pois requer do trabalhador um investimento psíquico, uma mobilização subjetiva. Para Athayde e Hennington (2012), a subjetividade encontra ampla e crescente expressão no campo da saúde do trabalhador, sendo que ela tenta superar o enfoque reducionista de processos de trabalho que a desconsideram.

A partir da Reforma Psiquiátrica, o trabalhador de saúde mental passa a ser objeto de reflexão, investigação e análise no que concerne a maneira de trabalhar e de se reconhecer enquanto trabalhador (ATHAYDE; HANNINGTON, 2012). Assim, assumem o papel de atores capazes de se repensarem e produzirem uma experiência própria.

De acordo com essa perspectiva, e tendo em vista as mudanças no modelo de cuidado em saúde mental, cabe destacar a Psicodinâmica do Trabalho, teoria desenvolvida na França, no início da década de 1970, pelo psicanalista e psiquiatra Jacques Christophe Dejours. Ele propõe a análise psicodinâmica dos processos intra e intersubjetivos mobilizados pela situação do trabalho (BUENO; MACEDO, 2012).

O arcabouço teórico da Psicodinâmica do Trabalho é marcado por fases distintas. Inicialmente Dejours entendia a organização do trabalho caracterizada pela rigidez, constituída por um sistema laboral permeado de restrições. As pesquisas clínicas desenvolvidas eram voltadas para a identificação de síndromes e doenças mentais características (SANTOS-JÚNIOR, 2009). Seus princípios estavam muito ligados à Psicopatologia do Trabalho.

Ao longo dos anos, buscaram-se as origens do sofrimento oriundo do confronto entre a organização do trabalho e o sujeito. Também aborda a saúde, com estudos sobre o prazer e os mecanismos utilizados pelos trabalhadores para tornar o trabalho saudável. Assim, os estudos procuram aprofundar o papel do trabalho na constituição da identidade, por meio da dinâmica do reconhecimento (MENDES *et al.*, 2010).

A mudança da Psicopatologia do Trabalho para a Psicodinâmica do Trabalho buscou analisar as vivências de prazer e sofrimento, a diminuição da liberdade criadora do trabalhador e o aumento da rigidez no trabalho. Nessa fase, recolocou-se o trabalho como importante para a vida e intermediador entre a saúde e a descompensação mental (SANTOS-JÚNIOR, 2009). Assim, torna-se independente com objeto, princípios, conceitos e métodos particulares (MENDES, 2007).

O adoecimento no trabalho, para a Psicodinâmica do Trabalho, decorre do sofrimento vivenciado pelo trabalhador quando não consegue desenvolver suas tarefas. Do contrário, a saúde resulta do uso da inteligência, criatividade e inventividade, isto é, a mobilização. Por meio dela o trabalhador consegue encontrar saídas adequadas à realização de seu trabalho. Ainda, a dinâmica prazer-sofrimento está diretamente relacionada ao trabalho e a mobilização subjetiva está irredutivelmente associada ao engajamento da subjetividade. Esta se depara com o conflito entre organização do trabalho prescrita e real (DEJOURS, 2012a).

Assim, trabalhar é estar junto, compartilhar o sofrimento e as defesas constituídas em um determinado local de trabalho. Tal sofrimento, que por ser subjetivo não é facilmente mensurável, pode ser acessado pela fala no momento em que o sujeito nomeia o que sente e este pode ser o ponto de partida para alguma ação. Assim, o sofrimento não deve ser entendido como patologia, mas como alerta a mobilização para novas ações (Mendes e Araújo, 2012).

É preciso considerar que essa teoria permite uma compreensão sobre a constituição do sujeito a partir das relações estabelecidas com o mundo do trabalho. Desse modo, o trabalho não é compreendido apenas como sinônimo de emprego, mas sim na implicação de um sujeito psíquico, o qual possibilita, através do reconhecimento, recursos para individualização. Assim, o indivíduo consegue construir um significado de si, para si e para os outros (BENDASSOLLI, 2011). Com essa perspectiva, atualmente é impossível olhar para as questões do trabalho sem olhar para as repercussões deste na saúde dos trabalhadores.

Nesse sentido, alguns autores têm se debruçado nos últimos anos sobre a produção acadêmica nas áreas de saúde mental e saúde do trabalhador (MENDES; WERLANG, 2014; MONTEIRO; GRISA, 2014; ATHAYDE; HANNINGTON, 2012; RAMMINGER, 2011; MENDES, et. al. 2010; MENDES; MERLO, 2009; FERRER; ONOCKO-CAMPOS, 2009). Ainda é possível apontar outros estudos que têm investigado esses campos.

Em um estudo realizado com equipes de CAPS, evidenciou-se que os trabalhadores vivenciam situações tensas e polares, pois cobram de si e do grupo posicionamentos que refletem a mudança de paradigma no campo saúde mental, que são difíceis de serem mantidos

por muito tempo de trabalho. O sofrimento se deu por meio de relatos de tristeza, exaustão e incapacidade de acolhimento das demandas dos usuários (MERHY, 2007).

Por outro lado, apresentaram-se expectativas com relação a si e ao grupo de que “estejam sempre alegres, aptos e dispostos a ofertar sua escuta” (MERHY, 2007, p. 60). Um número significativo de trabalhadores destacou que por “não conseguir repensar seu trabalho não se sabe se estão efetivamente sendo um coletivo antimanicomial” (MERHY, 2007, p.62).

Ressalta-se o estudo realizado em quatro serviços de saúde mental no Rio de Janeiro, ele mostra a necessidade de investir no aumento da satisfação e de minimizar o impacto que o trabalho em saúde mental traz aos profissionais, especialmente nos serviços comunitários. Aponta que nos serviços investigados nesta pesquisa não foram encontradas diferenças significativas nos níveis de satisfação e impacto do trabalho entre profissionais que atuam em serviços comunitários e em ambiente hospitalar (REBOUÇAS, et al. 2008) .

Uma pesquisa realizada com trabalhadores de um CAPS em Brasília, que objetivou analisar a relação entre a organização do trabalho e as vivências de prazer e sofrimento, assinalou que dentre as vivências de prazer destacam-se o apaixonar-se pela proposta de trabalho do serviço, sentir-se valorizado e a possibilidade de criação de atividades. Entretanto, o sofrimento é evidenciado no desgaste pela falta de equipamentos, como materiais de escritório; também, pelo medo quando se deparam com situações de crise dos usuários (MENDES; ARAÚJO, 2012).

Para Athayde e Hennington (2010) os trabalhadores da saúde mental se deparam, por vezes, com condições precárias, que resultam na falta de espaços para reflexões, os quais contribuiriam para suportar relações de trabalho e práticas desgastantes. Isso acontece porque há entraves na execução dos projetos dos trabalhadores, os quais desconsideram as demandas apontadas por eles.

Ainda, o estudo desenvolvido no Distrito Federal com trabalhadores de CAPS aponta que o ambiente manicomial provoca ou contribui para o sofrimento e o adoecimento mental dos trabalhadores. O processo de trabalho advindo das modificações trazidas pela reforma psiquiátrica é motivo de discussão, de questionamentos e de insatisfações da equipe (ZGIET, 2013).

Em vista do exposto, compreender a relação entre a organização do trabalho e seus reflexos na saúde do trabalhador, no modo de adoecimento e no engajamento psíquico dos trabalhadores torna-se um ponto relevante. Principalmente no cenário científico e em ações de saúde mental do trabalhador, sobretudo no contexto brasileiro.

Cabe destacar que, embora a saúde do trabalhador esteja garantida desde a Constituição Federal de 1988, como também na Lei Orgânica da Saúde de 1990, onde o Sistema Único de Saúde (SUS) passa a ter competências e atribuições legais sobre o processo saúde e doença relacionada ao trabalho, somente em 2012 é que se instituiu a Política Brasileira de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (BRASIL, 2012b). Ela contribui para pensar e desenvolver ações sobre o trabalhador em seu contexto de trabalho.

Considerando esse contexto, tem-se como objeto de estudo: mobilização subjetiva dos trabalhadores de um CAPS AD. Assim, para direcionar este estudo, formulou-se a seguinte **questão de pesquisa**: *como a organização do trabalho afeta a mobilização subjetiva dos trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, em um município da região central do estado do Rio Grande do Sul?*

Objetivos

Objetivo geral

Compreender como a organização do trabalho afeta a mobilização subjetiva dos trabalhadores de um CAPS AD em um município da região central do estado do Rio Grande do Sul.

Objetivos Específicos

- Descrever a organização do trabalho de um CAPS AD;
- Compreender as formas de mobilização subjetiva utilizadas pelos trabalhadores frente a organização do trabalho;
- Analisar a dinâmica dos processos de sofrimento e as possibilidades de prazer vivenciadas pelos trabalhadores.

Para o alcance desses objetivos, este estudo está organizado de acordo com as seguintes seções:

- Capítulo I – Contextualiza o tema do estudo a partir de algumas considerações sobre a história da saúde mental. Aponta, também, as perspectivas de trabalho nesse contexto, em especial, sobre o trabalhador.

- Capítulo II – Apresenta à abordagem teórica sobre Psicodinâmica do Trabalho, incluindo as diferentes fases e seus principais conceitos, enfatizando o conceito de mobilização subjetiva.

- Capítulo III – Apresenta o percurso metodológico, embasado na abordagem metodológica da Psicodinâmica do Trabalho. Destaca o cenário da pesquisa, os participantes, os instrumentos, os procedimentos e a condução da clínica em Psicodinâmica do Trabalho; análise e interpretação dos dados e as dimensões éticas deste estudo.

- Capítulo IV – Apresenta os resultados e discussão, a partir dos eixos desenvolvidos pela perspectiva teórica e metodológica do estudo.

A seguir, estão apresentadas as considerações finais, bem como as contribuições decorrentes desta pesquisa.

CAPÍTULO I

CONSIDERAÇÕES SOBRE A HISTÓRIA DA SAÚDE MENTAL E O CONTEXTO ATUAL

A fim de contextualizar o cenário no qual se insere essa pesquisa, neste capítulo, serão apontados alguns aspectos relativos ao movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira, objetiva-se apresentar algumas construções, concepções e princípios que conformaram o que se denomina de campos de saberes e práticas da Saúde Mental e da Saúde Coletiva. Destacam-se as novas perspectivas do trabalho em saúde mental, os serviços substitutivos ao modelo manicomial e o trabalhador nesse cenário.

1.1 A Reforma Psiquiátrica no Brasil

A Reforma Psiquiátrica brasileira inscreve-se em um contexto internacional de mudanças no modelo asilar. Ela configurou transformações em relação à concepção de adoecimento psíquico, isso no modo de compreender, intervir, tratar e se relacionar com esse sofrimento (TAVARES; SOUSA, 2009). Tais modificações no Brasil tiveram início a partir

da década de 1970, com questionamentos sobre o paradigma biomédico e hospitalocêntrico, centrado no saber hegemônico da Psiquiatria em relação à forma de conceber e tratar a loucura. O rompimento com ele provoca um processo de mudança na lógica de atenção e cuidado em saúde mental.

Destaca-se que a Reforma Psiquiátrica, fruto de movimentos sociais, propõe o incentivo à equidade na oferta dos serviços, o protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde, bem como o desenvolvimento de uma rede extra-hospitalar, que possibilite a reinserção social, a cidadania e a autonomia dos usuários (BRASIL, 2005). Isso por meio de acolhimento e escuta do sofrimento da pessoa, embasada pela clínica ampliada (ESTELLITA-LINS; OLIVEIRA; COUTINHO, 2009). Essa filosofia de assistência visa à inserção da pessoa em sua rede familiar e social enfatizando suas potencialidades (ATHIE; FORTES; DELGADO, 2013).

A reformulação desse modelo marca uma implicação com o outro, que entende o cuidado sempre como um ato diário e, ao mesmo tempo inédito, a partir do encontro entre sujeitos. Do mesmo modo, redimensiona-se a compreensão sobre o louco, pois ele deixa de ocupar o lugar de objeto de uma clínica sintomatológica, para ocupar o lugar de sujeito, com uma história de vida, desejos e potencial de transformação.

Diante desse novo contexto, defende-se o deslocamento do saber médico-psiquiátrico para a interdisciplinaridade, da cura para o cuidado. Igualmente possibilita a circulação da 'loucura' nas cidades, a partir de novas construções epistemológicas e sociais (NARDI; RAMMINGER, 2007).

Desde a regulamentação da Reforma Psiquiátrica muitos avanços foram permitidos e, ao mesmo tempo, muitos desafios têm sido impostos. Isso exige reflexão constante e mobilização dos atores envolvidos com a temática da saúde mental. Conforme Merhy (2007) o pano de fundo da consolidação desse modelo é um fazer comprometido com a produção de relações vivificadoras, que transformam situações de tutelas em possibilidades de construção de autonomia. E isso tudo a partir de um processo coletivo de mútua fabricação de subjetividades.

Pautado nessas concepções, gradativamente se instituiu a busca por um modelo substitutivo, que encontra consonância com a criação do SUS. Dessa forma, são estabelecidas condições para a implantação de novas políticas públicas de saúde, em especial a Política de Saúde Mental.

Assim, os CAPS surgem como principal estratégia de consolidação, os quais são dispositivos substitutivos aos manicômios que apostam na construção de práticas e políticas

públicas libertárias e cidadãs. Convém destacar que são, também, considerados ordenadores da rede de atenção, se caracterizam por desenvolver seu trabalho em meio aberto e acolhedor e, ainda, garantir o acesso, a integralidade e a resolutividade na assistência prestada. Os CAPS podem ser classificados em I, II, III, AD (álcool e drogas) e i (infantil), conforme a abrangência da população atendida e o horário de funcionamento (BRASIL, 2002).

Especificamente com relação aos CAPS AD II, para ocorrer sua implantação um município ou região deve possuir uma população superior a 70.000. Atende adultos, crianças e adolescentes considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas, com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Já os CAPS AD III são indicados para municípios ou regiões com população acima de 200.000 habitantes. Serviço com no máximo 12 leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana (BRASIL, 2011).

A política de atenção ao álcool e outras drogas prevê a constituição de uma rede que articule os CAPS AD, a rede básica e os leitos para internação em hospitais gerais (para desintoxicação e outros tratamentos). Esses serviços devem trabalhar com a lógica da redução de danos como eixo central ao atendimento, ou seja, o tratamento deve estar pautado na realidade de cada caso, o que não significa entender a abstinência para todas as situações (BRASIL, 2002; 2011). Desde a implantação dos CAPS AD no Brasil, em 2006, é possível observar um baixo crescimento, conforme documento que apresenta a evolução dos diferentes tipos de CAPS. De acordo com ele o número de CAPS AD implantados em 2006 foi de 138, e em 2011 chegou a 272 (BRASIL, 2012a).

Relembra-se que a partir de 2002, o Ministério da Saúde passou a implementar o Programa de Atenção aos Usuários de Álcool e outras Drogas, reconhecendo o uso prejudicial dessas substâncias como importante problema de saúde pública, pois considerou relevante, no contexto mundial, o uso abusivo de drogas. A Organização Mundial da Saúde (OMS) identificou que o uso do cigarro, do álcool, isto é, drogas lícitas e das drogas ilícitas estão entre os 20 maiores problemas de saúde no mundo (OMS, 2002).

Vale dizer que droga, segundo a definição da OMS, “é qualquer substância não produzida pelo organismo que tem a propriedade de atuar sobre um ou mais de seus sistemas, produzindo alterações em seu funcionamento”. Do ponto de vista legal, as drogas são classificadas como lícitas, comercializadas de forma legal, e, ilícitas, proibidas por lei (BRASIL, 2008).

Dados do Escritório das Nações Unidas contra Drogas e Crime (UNODC) aponta que, no mundo todo, cerca de 200 milhões de pessoas – quase 5% da população entre 15 e 64 anos

– usam drogas ilícitas, pelo menos, uma vez por ano. Dentre elas, a mais consumida no mundo é a maconha. Em nossa sociedade, observa-se que a grande maioria da população faz uso de algum tipo de substância lícita, como álcool, tabaco e medicamentos com finalidades diferentes (aliviar a dor, diminuir a ansiedade, reduzir a sensação de cansaço, de depressão, obter prazer, entre outras). Das substâncias de uso ilícito, a maconha, a cocaína e os solventes são as mais utilizadas (BUCHELE; CRUZ, 2010).

Nos últimos anos, a sociedade vem se defrontando com discursos midiáticos que colocam as drogas ilícitas especialmente o crack como epidemia, e que traz consigo uma série de problemas sociais. Sabe-se que isso, reforça a criminalidade e a fragilidade do sistema público de saúde.

Os dados evidenciados apontam que o uso de substâncias psicoativas faz parte do contexto sócio-histórico. Portanto, torna-se relevante buscar novos olhares acerca dessa problemática, com vistas à superação da maneira reducionista de ver os usuários, os quais, muitas vezes, são restringidos ao campo da marginalização e criminalidade. Frente a tais concepções, é premente fortalecer políticas públicas com ações ampliadas e intersetoriais, que produzam diálogos nos desejos dos usuários de álcool e outras drogas.

Cabe salientar que implantada desde 1998, Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), órgão responsável por articular as políticas antidrogas em âmbito nacional, promoveu em 2008 um realinhamento da política pública, assim redefinindo concepções e leis vigentes desde 2003. Assim, ela passa a se chamar Secretaria Nacional sobre Drogas (BRASIL, 2008).

Ainda, tal Secretaria propõe a articulação e integração das intervenções em rede. Com a finalidade de tratamento, recuperação, redução de danos, reinserção social e ocupacional para o usuário e seus familiares, por meio da distribuição descentralizada e fiscalizada de recursos técnicos e financeiros (BRASIL, 2008).

Para tanto, os serviços que integram essa rede podem ser Unidade Básica de Saúde, ambulatórios, CAPS e CAPS AD, comunidades terapêuticas, grupos de autoajuda e ajuda mútua, hospitais gerais e hospital-dia, serviços de emergências, corpo de bombeiros, casas de apoio e convivência e moradias assistidas (BRASIL, 2008). Em nova portaria foram considerados, também, os serviços de atenção residencial de caráter transitório, atenção de urgência e emergência, reabilitação psicossocial, estratégias de desinstitucionalização, entre outros (BRASIL, 2011).

Em 2010 foi lançada uma política nacional de atenção aos usuários de álcool, crack e outras drogas, o Plano de Enfrentamento ao Crack e outras drogas. Sobre ele, há uma série de questionamentos e preocupações de movimentos que trabalham e militam nos campos da

redução de danos, luta antimanicomial, direitos humanos e direitos de crianças e adolescentes. Acredita-se que ele pode fragilizar os avanços das políticas públicas de saúde mental, tendo entre os pontos questionados a inclusão das comunidades terapêuticas, instituições religiosas como integrantes da rede de cuidado, e conseqüentemente o financiamento dos recursos públicos (GOMES; CAPPONI, 2012).

Já no ano de 2011, instituiu-se a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Ela reafirmou diretrizes presentes em outras legislações, tais como o cuidado integral e a assistência multiprofissional, tendo em vista, a lógica interdisciplinar, a redução de danos e o desenvolvimento de atividades no território. Ainda, salienta o cuidado tendo como eixo central a construção do Projeto Terapêutico Singular e o combate a estigmas e preconceitos (BRASIL, 2011).

Tudo isso aponta para a realidade de que não há uma rede ampliada e substitutiva de saúde mental totalmente implementada. Da mesma forma, assinala-se a premência dos atores envolvidos com as políticas públicas de saúde construir diálogos que potencializem cuidados na direção das demandas dos usuários.

1.2 Novas perspectivas para o trabalho em saúde mental

A política voltada para os usuários de álcool e outras drogas está articulada à Política de Saúde Mental do Ministério da Saúde. Um importante marco constitucional é a Lei nº 10.216/01 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, entre eles os usuários de álcool e outras drogas. Também, destaca a responsabilidade do Estado no desenvolvimento de ações de assistência e promoção de saúde a esta população (RONZANI; MOTA, 2010).

Segundo o Ministério da Saúde (2003), as práticas de cuidado dirigidas à população usuária de álcool e outras drogas, historicamente oscilaram entre os cuidados de caráter moral, religioso (Narcóticos Anônimos, Fazendas Terapêuticas ligadas a alguma religião) ou de cunho psiquiátrico, com orientação para a abstinência. Apesar dos avanços advindos da Reforma Psiquiátrica, muitas das formas de trabalhar com o uso abusivo de drogas ainda envolvem medicalização em excesso, contenção, isolamento e preferência por tratamento em ambientes internos e asilares.

Como forma de contrapor a esse modelo de assistência, a política de atenção à saúde mental tem investido na implantação de iniciativas como os consultórios de rua (espaços de

promoção à saúde, cuidados básicos e redução de danos de pessoas que moram ou estão em situação de rua e fazem uso abusivo de álcool e outras drogas), casas de acolhimento transitório e de passagem. O objetivo das ações em saúde mental, a partir da Lei nº 10.216, é investir na rede de atenção psicossocial, que tem como base os CAPS, as Residências Terapêuticas e o Programa “*De volta pra casa*” (MACHADO; DOMINGUEZ, 2010).

Nesse aspecto, para que uma política de saúde seja coerente, eficaz e efetiva deve levar em conta que as distintas estratégias são complementares e não concorrentes. Para tanto, são necessárias ações voltadas ao redirecionamento da participação dos trabalhadores de saúde, com vistas à construção de equipes de saúde produtoras de cuidado. Assim sendo, essas práticas podem encontrar ressonância quando associadas à criação de canais e mecanismos efetivos para a participação ativa da população, considerada como sujeito do processo de manutenção e recuperação de sua saúde.

Salienta-se que nos CAPS o trabalho terapêutico se realiza em equipe interdisciplinar e a partir da cooperação estabelecida entre usuário, família e comunidade. O diagnóstico interdisciplinar em saúde mental, no cotidiano de uma instituição, é entendido como um elemento importante na construção do projeto terapêutico do sujeito (CÔRTEZ; SILVA; JESUS, 2011). Com isso, entende-se que os profissionais que compõem esse serviço são convocados a fazer parte de um movimento de transformação em que o produto do trabalho é a produção de cuidado, a produção de sujeitos autônomos, a partir de relações dialógicas.

Em qualquer intervenção clínica, independente da abordagem, é necessária uma escuta sensível em relação à demanda de tratamento, pois muitas vezes os trabalhadores estão voltados somente para a oferta de serviços e se esquecem de questionar a eficácia das intervenções. Assim, é importante considerar que o trabalho ocorra a partir da construção de uma matriz simbólica junto ao sujeito, isto é, discutir com ele sobre aspectos da sua vida, e junto realizar intervenções (FIGUEIREDO; MINERBO, 2006).

Diante da complexidade que essa questão impõe a supervisão clínico-institucional apresenta-se como uma importante estratégia de educação permanente em saúde mental. Por meio dela é possível promover espaços de trocas de saberes e experiências, que favoreçam a construção de novos conhecimentos e fortaleça a articulação entre os princípios e diretrizes da saúde. Essa maneira de atuar no cuidado potencializa as condições dos usuários para a construção da autonomia e para o exercício da cidadania (BRASIL, 2012a).

A proposta de supervisão clínico-institucional que está sendo implantada nos CAPS objetiva fortalecer e concretizar a política de atenção em saúde mental, tendo como base os eixos norteadores da Reforma Psiquiátrica e do SUS (SILVA, 2010). Figueiredo (2008)

afirma que ela é um dispositivo de formação permanente que possibilita a responsabilidade compartilhada da equipe, e, também, auxilia os profissionais a enfrentar os impasses institucionais frequentes no cotidiano do trabalho coletivo.

1.3 O trabalhador neste contexto

A Reforma Psiquiátrica demanda de seus trabalhadores o potencial criativo, o compromisso de inovar, de fazer diferente, no entanto, não há nenhum manual que aponte como deve ser o trabalho dentro dos CAPS (ATHAYDE, 2011), em especial em CAPS AD. Isso permite que cada lugar construa seu modo de funcionar no contexto do trabalho.

Contudo, é importante que se consiga realizar movimentos de reflexão capazes de desestabilizar o que está cristalizado, e isto implica colocar em análise e produzir rupturas em intervenções dominantes e ressignificar escolhas conceituais e metodológicas. Esta proposta, também, pode apontar para a necessidade de constantes processos de reconstrução identitária do trabalhador, o que se caracteriza como um grande desafio.

Ao mesmo tempo, demanda maior envolvimento e repercussões subjetivas dos trabalhadores no cuidado prestado ao usuário. Dessa forma, torna-se indispensável relações de trabalho que transponham as barreiras de um trabalho mecânico, alienado, desintegrado do corpo e das relações afetivas.

No contexto brasileiro, é frequente observar nos serviços públicos diferentes tipos de vínculos contratuais entre o trabalhador e o empregador, isso porque o concurso público não é a única forma de ingresso, pois na legislação constituinte há brechas jurídicas no que diz respeito a alguns cargos. Com isso, na mesma organização de trabalho, há trabalhadores que dispõem de sua mão-de-obra, tanto amparados por concursos públicos, com uma legislação específica, quanto os que possuem um trabalho subsidiado por outra legislação, que historicamente tem se caracterizado pela insegurança e precarização (MARTINS, 2012). E nesse sentido, muitas vezes, têm-se trabalhadores menos comprometidos com a organização do trabalho.

Um exemplo disso é a terceirização do trabalho, que implica em jornadas de trabalho excessivas, redução de salários, insegurança, evidenciando perdas de direitos. A terceirização tem sido vista como um processo no qual as organizações têm priorizado resultados satisfatórios, isto é, o aumento da produtividade, a obtenção de lucros e a de redução dos custos. Esse raciocínio também tem sido incorporado pelo setor público (MARTINS, 2012).

É interessante destacar que, especialmente na saúde, a prestação de serviços deve ser universal e de boa qualidade. Essa ideia respalda-se em princípios da Lei Orgânica do SUS, oriunda do movimento da Reforma Sanitária ocorrida no final dos anos de 1970, início dos anos 1980.

Segundo essa lei, a política de recursos humanos para a saúde orienta que a formalização e execução do trabalho devem ser articuladas pelas três esferas governamentais, ou seja, municipal, estadual e federal, valorizando-se a dedicação exclusiva dos trabalhadores aos serviços públicos. Ainda, propõe a organização de um sistema de formação de recursos humanos (BRASIL, 1990).

Essa lei possui princípios e diretrizes que se apresentam como orientadores gerais para o trabalho em saúde, sendo que, nas atividades cotidianas os trabalhadores das equipes possuem diversas atividades em comum tais como: conhecer a realidade e as necessidades da população atendida, identificar os problemas de saúde. Para tanto se faz necessário construir coletivamente projetos comuns.

Da mesma forma, é importante considerar que o trabalho em saúde é uma prática coletiva que tem como fim a promoção da saúde das pessoas, suas famílias e comunidade. Ainda, pauta-se nas relações entre os trabalhadores dos serviços de saúde e a sociedade (GLANZNER; OLSCHOWSKY; KANTORSKI, 2011).

Além disso, nesse contexto existe um conjunto de normas que orientam o trabalho, entre elas, as ligadas aos saberes técnicos, científicos, ou seja, as concepções e conhecimentos individuais dos trabalhadores, que possibilitam a produção de cuidado em saúde (BRITO, et al., 2011). Também há normas coletivamente construídas, consolidadas em regras acordadas entre os trabalhadores, o que torna visível a necessidade do estabelecimento de redes para viabilizar suas ações.

Considerando o contexto da saúde mental, o trabalhador tem se constituído frente às transformações do modelo de atenção preconizado pela Reforma Psiquiátrica. Para Amarante (2007) trata-se de um processo social complexo que envolve diferentes sujeitos sociais e engloba dimensões teórico-conceituais ou epistemológicas, técnico-assistenciais, jurídico-políticas e socioculturais.

A Reforma Psiquiátrica levanta questionamentos que dizem respeito não somente às instituições manicomiais, mas também ao modelo psiquiátrico de tratar a loucura, isto é, de modo opressor, segregador. Isso reflete nas relações de trabalho em saúde mental, sendo que seus contornos consideram o campo de lutas políticas em que os trabalhadores exercem suas

práticas, havendo uma disputa pela legitimidade da verdade em relação ao cuidado com a loucura.

Isso pode transformar os trabalhadores dos serviços substitutivos em saúde mental em defensores, militantes da sua proposta de trabalho, acarretando em dificuldades no acolhimento de trabalhadores menos engajados (BRITO, et al., p.31, 2011). Ao mesmo tempo, verifica-se que essa atividade demanda do trabalhador envolvimento subjetivo, que, por vezes, pode mostrar-se desgastante.

Por conseguinte, os trabalhadores se deparam, no cotidiano do trabalho, especialmente em equipe nos CAPS, com a transição paradigmática do modo asilar para o modo psicossocial (YASUI, 2010). Isso impõe a eles mudanças em suas práticas de cuidado em saúde na direção de intervenções inovadoras. Em consonância o trabalhador constrói um novo entendimento em relação às estratégias de intervenção em saúde, pautado em pressupostos teóricos, epistemológicos e práticos da saúde coletiva e da saúde mental.

Outro aspecto importante diz respeito ao modo de financiamento dos CAPS, por modalidade de atendimento ao usuário, o qual contempla o atendimento intensivo, semi-intensivo ou não intensivo; e não por procedimento realizado, isto é, consulta de enfermagem, psicoterapia, grupo terapêutico, etc. Essa foi uma tentativa de marcar a diferença de um modelo de atenção ambulatorial para um modelo de atenção integral (BRITO, et al., p.31, 2011). Assim, a exigência pela produtividade na atividade do trabalhador é relativizada, caracterizando modelos ditos “flexíveis”, que, no entanto, demandam um trabalhador implicado em suas tarefas.

Nos últimos anos, há um aumento significativo na demanda de atendimentos no CAPS, por isso nem sempre tem sido possível atender a todos, bem como possibilitar os encaminhamentos necessários para a resolução desses atendimentos. Sabe-se que isso gera sofrimento patogênico nos trabalhadores (ATHAYDE; HANNINGTON, 2012).

Alguns estudos têm apontado dificuldades que potencializam o desgaste do trabalhador, tais como a falta de redes sociais de apoio, a dinâmica de trabalho polivalente, a falta de recursos humanos, a precariedade de vínculos empregatícios, a dificuldade de comunicação e a atuação intersetorial (ATHAYDE; HANNINGTON, 2012; FERRER, 2007; NARDI; RAMMINGER, 2007). Especialmente no cenário do CAPS AD, tais características contribuem para o desestímulo do usuário com relação ao tratamento, as recaídas e desistências (DIDONET, FONTANA, 2011).

Por outro lado, pesquisa aponta que o trabalho em CAPS AD torna-se satisfatório a partir da recuperação do usuário, das trocas de experiências com os colegas (DIDONET,

FONTANA, 2011). Diante dessa complexidade, espera-se dos trabalhadores certa flexibilidade para o enfrentamento de incertezas e de conflitos oriundos das relações de trabalho.

Para tanto, é importante o fortalecimento de espaços coletivos para a reflexão das práticas profissionais, dos conflitos, das diferentes pressões oriundas do contexto laboral. Segundo Vasconcelos (2008), o processo de trabalho na atenção psicossocial tem entre suas características ser sustentado por relações pessoais diretas de trabalhadores entre si e com a população em geral e mobiliza fortes implicações pessoais dos mesmos.

CAPÍTULO II

ABORDAGEM PSICODINÂMICA DO TRABALHO

Este capítulo dedica-se à teoria Psicodinâmica do Trabalho e são apresentados aspectos do cenário do trabalho, no qual esta teoria se inspirou; seus principais conceitos, atendo-se, especialmente, à organização do trabalho e à mobilização subjetiva.

2.1 Constituição do pensamento Dejouriano

A Revolução Industrial, que surgiu nos séculos XVIII e XIX, foi um marco importante para a transformação dos sentidos do trabalho. A partir dela, aqueles que não trabalhavam passaram a serem vistos como vagabundos e indignos, houve uma valorização da força de trabalho, resultante da submissão dos trabalhadores a um processo acelerado e desumano de produção (PRIEB; CARCANHOLO, 2011).

Adicionalmente Dejours (1992) aponta que esse período de desenvolvimento do capitalismo industrial, cujo contexto caracterizou-se pelo êxodo rural, pelo aumento da carga horária de trabalho e salários muito baixos, foi de luta pela saúde, isto é, de luta pela sobrevivência dos trabalhadores. Portanto, as exigências do mundo do trabalho provocavam uma ameaça física ao trabalhador, por conseguinte, podiam causar riscos de sofrimento e adoecimento.

Nesse contexto, surge a medicina do trabalho, preocupada em conhecer o efeito do trabalho sobre os trabalhadores e, ancorada nos princípios tayloristas, concretiza seus objetivos, ou seja, o estímulo à produtividade do trabalhador (MENDES; DIAS, 1991).

Assim sendo, não há interesse na valorização do trabalhador ou nos significados de sua atividade.

No século seguinte, esse sistema de produção e de organização de processos de trabalho permaneceu, sobretudo na segunda década do século XX. Ele fundamentava-se na rigidez e verticalização da produção. Com o cenário automobilístico, da indústria taylorista e fordista, impõem-se no processo de fabricação de veículos, a racionalização das operações realizadas pelos trabalhadores, reduzindo, assim, o tempo e aumentando o ritmo de trabalho. Esse padrão produtivo estruturou-se com base no trabalho fragmentado, na decomposição de tarefas, que reduzia a ação operária a um conjunto repetitivo de tarefas cuja somatória resultava no trabalho coletivo, tendo como produto o veículo (ANTUNES, 2001).

O trabalho taylorizado, conforme Dejours (1992), produz mais divisões entre os indivíduos do que pontos de união. Mesmo que eles partilhassem coletivamente da vivência do local de trabalho, das normas, do ritmo, o fato é que a estrutura dessa organização do trabalho confrontava os trabalhadores individualmente, a violência no trabalho era vivida de forma isolada, na solidão. Esse modelo de trabalho propunha, aparentemente, eliminar a subjetividade do trabalho por meio do controle dos corpos dos trabalhadores, ou seja, evitar ao máximo a possibilidade dos trabalhadores criarem obstáculos e desvios na produção. Isso oriundo de seus pensamentos e desejos na condução das atividades laborais (LANCMAN; UCHIDA, 2003). Assim, compreende-se que as lutas operárias nesse período apresentavam dois objetivos essenciais, o direito à vida, à sobrevivência e à conquista de sua liberdade de organização (Dejours, 1992).

A partir da Primeira Guerra Mundial o movimento operário adquire força política, sendo que suas principais conquistas estão no campo da saúde física. Cabe destacar que no modelo de organização do trabalho em questão, o corpo é o primeiro ponto de impacto dos prejuízos do trabalho. Sobretudo o corpo dócil e disciplinado, sem defesas, fragilizado pelo distanciamento de seu protetor, o aparelho psíquico (DEJOURS, 1992).

É importante salientar que os estudos sobre os processos psíquicos e o trabalho passam a ser um campo importante nesse período, a partir das repercussões dos princípios tayloristas na saúde física e mental dos trabalhadores. Além disso, esses princípios propunham a racionalização do trabalho e a separação entre o trabalho intelectual e o manual, com intenção de neutralização da atividade mental de operários (KATSURAYAMA; PARENTE; MORETTI-PIRES, 2012; MENDES, 2005).

Tendo em vista tais aspectos, as patologias associadas ao trabalho que eram, em grande parte, somáticas, passam a partir dos anos de 1960 a ter uma compreensão maior da

psicopatologia. A partir disso, inicia o desenvolvimento do pensamento dejouriano e Dejours começa a estudar a Psicopatologia do Trabalho, no qual afirma que a organização do trabalho exerce uma ação sobre o aparelho psíquico do trabalhador. De tal modo que, por um lado, se apresenta a liberdade de imaginação e desejos inconscientes do indivíduo; por outro, um sistema de imposições, rigidez e restrições.

2.2 A teoria

A Psicodinâmica do Trabalho é uma abordagem científica, desenvolvida na França por Christopher Dejours, psiquiatra e psicanalista. Suas bases conceituais estão fundamentadas em raízes epistemológicas da hermenêutica, e se originam do diálogo entre a psicanálise, filosofia, a sociologia e a ergonomia (MENDES, 2007). Ela é uma teoria crítica do trabalho, pois possibilita a construção e a reconstrução das relações entre o trabalho e o trabalhador na sua realidade sólida com o trabalho (SANTOS-JUNIOR, 2009).

Diante disso, o arcabouço teórico da Psicodinâmica do Trabalho inicia seu desenvolvimento em meados dos anos de 1950-1960, quando do surgimento da Psicopatologia do Trabalho, fundada por autores, dentre os quais L. Le Guillant, C. Veil, P. Sivadon. Neste período, Dejours, que inicialmente era responsável por ministrar disciplinas em “psicopatologia do trabalho”, entende que organização do trabalho era concebida como um corpo sólido, descolado do homem.

As pesquisas em psicopatologia buscavam identificar síndromes e patologias mentais, decorrendo das atribuições do trabalho (BUENO; MACÊDO, 2012). Entendia-se que as vicissitudes do trabalho podiam provocar distúrbios psicopatológicos (Dejours, 2008).

A Psicodinâmica do Trabalho, segundo Mendes (2007), está disposta em três fases distintas e complementares. A primeira delas inicia-se nos anos de 1980, quando se buscou o entendimento das origens do sofrimento no confronto entre a organização do trabalho e o sujeito. Os questionamentos de Dejours estavam voltados para os impactos do taylorismo nos aspectos do funcionamento psíquico do trabalhador, quando ocorre um dismantelamento do coletivo de trabalho, a desapropriação do saber/fazer do trabalhador e a negação da liberdade de adaptação à organização do trabalho (BUENO; MACÊDO, 2012).

Iniciam-se estudos sobre as estratégias defensivas individuais e coletivas suscitadas pelo sofrimento no trabalho (SILVA, 2004; MENDES, 2007). Aqui se agrega às questões de psicopatologia e de psicanálise, sendo que esta fase se consolida até meados da década de 1990. Ainda esta década, a segunda fase caracteriza a organização do trabalho pela

mobilidade e mutabilidade, e o funcionamento psíquico pelos mecanismos de mobilização subjetiva. O trabalho tem um papel ativo diante das imposições, possibilitando ao indivíduo a transformação do contexto de trabalho, por meio do uso da inteligência prática (MENDES, 1995; 2007).

Em decorrência disso, a teoria marca uma mudança da Psicopatologia do Trabalho para a Psicodinâmica do Trabalho (MENDES, 2007). Os estudos de Dejours foram sendo substituídos pelo que chamou de “normalidade”, isto é, a investigação voltava-se para a compreensão de que os trabalhadores faziam para resistir às pressões do trabalho e não descompensar, nem enlouquecer.

Nesse período o autor busca análises sobre as vivências de prazer e sofrimento, inerentes a qualquer contexto de trabalho. Observa que o trabalho real, nem sempre corresponde ao prescrito, e analisa a diminuição da liberdade criadora do trabalhador e o aumento da rigidez no trabalho (DEJOURS, 2004).

Ao mesmo tempo, observa-se uma não passividade do trabalhador, considerando que o trabalhador é capaz de se proteger para garantir sua integridade física e psíquica (MENDES, 2007; SANTOS-JUNIOR, 2009). As patologias deixam de ser foco, o que implica em mudança de olhar sobre a doença e a adoecimento mental, passando a normalidade a ser objeto de atenção, uma vez que ela era o enigma central na vida psíquica dos trabalhadores (DEJOURS, 2011a; MARTINS, 2012).

Em suas observações com trabalhadores em diferentes cenários, Dejours, constatou que em situações em que a organização do trabalho apresentava condições potencialmente desfavoráveis à saúde do trabalhador, com trabalho monótono, sob pressão, rígidos, via-se aí um estado de normalidade (DEJOURS; ABDOUCHELI, 1994). A partir disso, Dejours aponta que não se deve confundir esse estado de normalidade com o estado saudável, embora a normalidade possa refletir o estado saudável, pode também ser sintoma de um estado patológico. Isto é, de um equilíbrio precário entre as forças desestabilizadoras do sujeito e os esforços para manter-se produtivo e ativo no trabalho (DEJOURS, 2008).

Por conseguinte, a normalidade, aparentemente natural, passa a ser um problema a ser explicado. E é ela que marca a ampliação de seu campo de pesquisa, em que passa a formular a teoria da Psicodinâmica do Trabalho (DEJOURS, 1994).

Salienta-se que o objeto da Psicodinâmica do Trabalho é a compreensão das “relações dinâmicas entre a organização do trabalho e os processos de subjetivação, que se manifestam nas vivências de prazer e sofrimento, nas estratégias de ação para medir contradições da organização do trabalho, nas patologias sociais, na saúde e no adoecimento” (MENDES,

2007, p.30-33). Portanto, destacam-se os efeitos do trabalho sobre os processos de subjetivação do trabalhador.

A terceira fase da Psicodinâmica do Trabalho se constituiu a partir do final da década de 1990 até os dias atuais. Caracteriza-se como uma abordagem científica capaz de explicar os efeitos do trabalho sobre a subjetivação, a saúde do trabalhador. Destacam-se estudos sobre as novas patologias do trabalho, como a banalização do sofrimento, o assédio moral, a exclusão no trabalho, a servidão voluntária, os distúrbios osteomusculares, a depressão, o alcoolismo e o suicídio (MENDES, 2007).

Da Psicopatologia para a Psicodinâmica recoloca-se o trabalho como importante na vida e intermediador entre a saúde física e a descompensação mental. A investigação volta-se a problematizar o sofrimento gerado da relação homem-trabalho (BUENO; MACÊDO, 2012). Nesse processo, considera-se a história, os desejos, a personalidade e a significação subjetiva da atividade para o trabalhador. Assim, o foco estaria na maneira como o trabalhador subjetiva suas vivências, os sentidos que elas assumem e as estratégias de defesa que elas desencadeiam (MENDES, 2007).

Salienta-se que outro aspecto importante da relação do homem com o trabalho são as estratégias defensivas elaboradas contra um trabalho gerador de sofrimento. De acordo com Dejours (1992), estratégias defensivas são elaboradas diante do sofrimento no trabalho, da angústia e da insatisfação, de maneira que o sofrimento não se torna imediatamente identificável, fica disfarçado e pode assumir formas específicas conforme a profissão. As estratégias de defesa estabilizam o trabalhador a ponto de o sofrimento tornar-se suportável e o trabalho possível. À medida que essa estabilidade é rompida, assinalam Lancman e Uchida (2003), o sofrimento não é mais contornável e a patologia surge.

As estratégias defensivas são balizadas pela sutileza, engenhosidade, diversidade e inventividade, fazendo com que o sofrimento seja suportado, mas não, necessariamente, criando formas de enfrentamento frente à organização do trabalho (DEJOURS, 2011). As defesas podem ser de proteção, de adaptação e de exploração.

As defesas de proteção são modos de pensar, sentir, agir compensatórios, utilizados pelos trabalhadores para suportar o sofrimento. Constituem-se de processos de racionalização das situações de sofrimento e levam a alienação de suas causas. Desse modo, o trabalhador se distancia do sofrimento, mas atua frente à organização do trabalho, mantendo-a inalterada (DEJOURS, 2011).

As defesas de adaptação e exploração constituem-se em processos de negação do sofrimento e submissão à produção e à organização do trabalho e exigem forte investimento

psíquico, social e físico, contrários ao desejo e capacidade do trabalhador (DEJOURS, 2011). Diferentes tipos de defesa têm sido construídos pelos trabalhadores e para Mendes (2007) alguns exemplos são: o cinismo, a dissimulação, a hiperatividade, a desesperança de ser reconhecido, o desprezo, os danos aos subordinados, a negação do risco inerente ao trabalho e a distorção da comunicação.

Quando às defesas contra o sofrimento são construídas e mantidas por um grupo, embora tenham importante papel na manutenção da saúde dos trabalhadores, podem levar a alienação com a criação de ideologias defensivas. Segundo Dejours (1992), o trabalhador pode confundir com seus próprios desejos a imposição organizacional que substituiu seu livre arbítrio, sendo a fadiga o fator que assegura sua perenidade.

Com relação às ideologias defensivas, Dejours (1992) nos diz que, a par dos mecanismos de defesa classicamente descritos pela psicanálise, existem defesas construídas e empregadas pelos trabalhadores coletivamente, a qual denomina de estratégias defensivas. Essas estratégias coletivas de defesa são especificamente marcadas pelas pressões reais do trabalho e tem por objetivo mascarar, conter e ocultar uma ansiedade particularmente grave. Elaboradas por um grupo e com a participação de todos, são dotadas de certa coerência e formam arranjos rígidos com a realidade, sendo vital e absolutamente necessária para que o trabalho consiga ser realizado e o trabalhador aceito pelo grupo e substitui os mecanismos de defesa individuais (DEJOURS, 1992).

No entanto, as estratégias defensivas apresentam uma ambivalência, pois construídas de forma defensiva e reativa não promovem a mudança na organização do trabalho. Embora proteja o psiquismo e possibilite evitar a descompensação, possui uma dimensão de alienação do sujeito e do coletivo (MORAES, 2013). Assim, outro modo possível de mediação do sofrimento é a estruturação de estratégias de enfrentamento, conceito proposto por Mendes (2007).

As estratégias de enfrentamento são os modos que os trabalhadores constroem para enfrentar o sofrimento modificando a organização do trabalho. A principal característica dessas estratégias é a busca da regulação da organização do trabalho naquilo em que a mesma agrava o sofrimento, atuando na causa e não sobre o efeito (MORAES, 2013).

Dessa forma, sendo movida pelo sofrimento criativo que se fundamenta na mobilização para a ação frente ao trabalho prescrito, possui uma dimensão transgressora, pois almeja ir além, experimentar e inventar novas formas de realizar o trabalho. Essa dimensão transgressora exige a cooperação entre os pares e o consentimento dos supervisores (MORAES, 2013).

Aponta-se que a Psicodinâmica do Trabalho é um referencial teórico relativamente recente e tem permanecido em construção. De tal modo, tem demonstrado interesse em estudos sobre o trabalho na construção da identidade do trabalhador e as vivências de prazer e sofrimento no trabalho, na psicologia do reconhecimento e da sublimação como estratégia de enfrentamento. Também, em estudos sobre a clínica do trabalho, com propostas de ações transformadoras através do espaço de discussão coletiva (DIAS, 2007; BUENO; MACEDO, 2012; PIRES, 2011).

Durante esses últimos anos de estudo, a Psicodinâmica do Trabalho evidenciou que a degradação das relações entre saúde mental e trabalho ainda é forte. E no que diz respeito à evolução da teoria tem-se buscado a produção de um olhar que não tenha somente a intenção de prevenir patologias mentais decorrentes do trabalho, mas que aspire ao domínio da organização do trabalho na direção de uma potência para a construção da saúde, da autorrealização, também, da aprendizagem, da convivência e a recomposição dos vínculos de solidariedade (DEJOURS, 2012).

Vale salientar que esse referencial teórico tem possibilitado respostas interessantes a inquietações referentes ao mundo do trabalho. Sua trajetória tem produzido um olhar crítico sobre o capital e o trabalho, sobre saúde e adoecimento nesse cenário (BUENO; MACÊDO, 2012). E, tem sido considerada como clínica, ao buscar desenvolver o campo da saúde mental e do trabalho, que se desdobra para um trabalho de campo radicalmente diferente do lugar de cura (LANCMAN; SZNELWAR, 2004).

Conforme Mendes e Araujo (2011) no momento em que há uma mudança para Clínica Psicodinâmica do Trabalho ocorre uma revolução em termos metodológicos, um embate com as duas disciplinas basilares dos estudos dejourianos: a ergonomia e a psicanálise. A Psicanálise enfoca suas contribuições na escuta centrada no conteúdo latente, além do manifesto, e não mais no aparelho psíquico.

De acordo com Alves (2014), com os livros “Clínica Psicodinâmica do Trabalho: Práticas Brasileiras” (Mendes & Araújo, 2011) e “Clínica Psicodinâmica do Trabalho: O Sujeito em Ação” (Mendes & Araújo, 2012), as autoras buscam conferir uma identidade à Psicodinâmica do Trabalho a partir das experiências brasileiras.

Com isso, o método passou a ser ponto central de preocupação na proposta das autoras, e a análise dos dispositivos da demanda, a elaboração e perlaboração, a construção de laços, a interpretação e a formação do clínico foram observados de modo criterioso. Isso caracteriza o método em Clínica Psicodinâmica do Trabalho, que passou a contar com um método e uma prática carregada de compromisso social e político com as transformações da

organização do trabalho e com a luta dos trabalhadores pela saúde mental (ALVES, 2014, p. 43).

Neste momento, para subsidiar a compreensão sobre a organização do trabalho e a construção da mobilização subjetiva dos trabalhadores de um CAPS AD serão apresentados alguns conceitos importantes do referencial teórico proposto neste projeto.

2.3 A organização do trabalho

Em *A Loucura do Trabalho*, Dejours (1992) descreve a organização do trabalho como a divisão do trabalho, o conteúdo da tarefa, o sistema hierárquico, as relações de poder (DEJOURS, 1992). Dejours, Abdoucheli e Jayet (2004) a consideram resultado da dinâmica das relações intersubjetivas e sociais, das condutas e ações dos trabalhadores permitidas pela organização do trabalho.

Dessa forma, tanto as prescrições oriundas da organização do trabalho como as relações subjetivas dos trabalhadores com o trabalho têm papel relevante nas vivências de prazer e sofrimento (MENDES, 1991). De outra maneira, haverá prazer ou sofrimento no trabalho a partir do resultado das experiências subjetivas do trabalhador permitidas pela organização do trabalho.

Como menciona Mendes e Araujo (2012) o trabalho é constituído de várias dimensões, entre elas a cultural e a social, trazendo a compreensão de que trabalhar é viver junto, não apenas habitar o mesmo espaço, mas compartilhar o sofrimento e as defesas. Para Dejours (2004), o sofrimento marca a evolução de uma luta entre o funcionamento psíquico e mecanismo de defesa e as pressões organizacionais desestabilizantes, com o objetivo de subtrair a descompensação e conservar, apesar de tudo, um equilíbrio possível, mesmo se ele ocorrer ao preço de um sofrimento. Este não deve ser tomado como patologia, e sim como um sinal de alerta para que ações sejam mobilizadas. Nesse sentido, a clínica do trabalho promove um espaço de construção de estratégias saudáveis para mediar o sofrimento, resignificá-lo e transformá-lo em vivências de prazer.

A organização do trabalho é o primeiro conceito fundamental estudado pela Psicodinâmica. Se durante a construção teórica da Psicopatologia do Trabalho a organização do trabalho era caracterizada pela rigidez e restrições, assim, exercia uma ação sobre o funcionamento psíquico do trabalhador (DEJOURS 1992; MENDES, 1991). No decorrer dos estudos, já nos anos de 1990, a organização do trabalho é caracterizada pelos aspectos de mobilidade e mutabilidade. Também, supõe ajustes e, por isso, sugere que é indispensável

reinventá-la a partir da prescrição. Nesse sentido, o funcionamento psíquico é caracterizado pelos mecanismos de mobilização subjetiva, o trabalhador tem um papel ativo diante de imposições, podendo transformar seu contexto de trabalho (DEJOURS, 1999).

Para tanto, Dejours, Abdouchelli e Jayet (2004) propõem categorias para estudar a relação organização do trabalho e trabalhador, subdividindo em duas grandes categorias, a primeira delas é a Organização de Trabalho, composta por organização de trabalho; condição de trabalho e relações de trabalho. A segunda é a Mobilização Subjetiva do trabalhador, composta por inteligência prática; cooperação; espaço de discussão e reconhecimento. Na atualidade, além desses elementos constitutivos, Mendes (2007), acrescenta a ressonância simbólica.

A organização do trabalho se encontra subdividida em duas dimensões, a organização prescrita e a real. Em qualquer espaço laboral é possível compreender o trabalho a partir dessas dimensões.

O prescrito é entendido como as normas, formas previstas de fazer o trabalho. Porém, no decorrer do ato de trabalhar aparecem situações inesperadas, imprevistas, que exigem do trabalhador comprometimento para superar e transformar o prescrito. Cada organização do trabalho vive a organização prescrita de uma maneira diferente da outra, por meio das dimensões das normas, da gestão do trabalho, dos processos de comunicação, do ritmo de trabalho.

No ato entre o prescrito e o real é que o sujeito se engaja e reinventa cotidianamente o caminho. E, essa distância torna-se visível a partir da evitação da frustração, das tentativas de barrar situações de impotência, desânimo e ineficácia, como também de transformações no percurso, decorrente do prescrito. Frente a isso, o real do trabalho se concretiza durante o trabalhar, de tal forma que não é simplesmente vincular-se a uma tarefa, mas também relacionar-se, viver junto. Conforme Martins (2012) o real do trabalho se consolida pela vivência de sofrimento que mobiliza o sujeito de um modo afetivo e contribui para transpor barreiras de um trabalho posto.

Nesse aspecto, decorre a diferença entre tarefa e atividade, sendo que a tarefa se relaciona com tudo o que é necessário ao trabalhador para cumprir com as regras laborais impostas, próximo ao prescrito. Já a atividade aparece como regras de ofício, e que o trabalhador executa por meio de seu engajamento, do corpo e do afeto, aproximando-se do real (DEJOURS, 2011b; MARTINS, 2012).

É importante salientar que o trabalhador quando se ocupa de uma tarefa procura arrumá-la numa ordem, num conjunto de gestos, escolhe as ferramentas adequadas. Também,

considera-se que uma determinada tarefa realizada por diferentes trabalhadores, nem sempre é feita seguindo o mesmo protocolo por eles; ao contrário, as observações empíricas e pesquisas científicas apontam que esse processo é extremamente personalizado (DEJOURS, 1992).

Conforme Dejours (1992) a livre organização do trabalho é apenas uma estruturação do modo operatório que considera as necessidades da personalidade. Assim, torna-se uma peça essencial do equilíbrio psicossomático e da satisfação. Nesse aspecto, destaca-se que quanto maior for a rigidez da organização do trabalho, menos ela contribuirá à economia psicossomática individual.

A organização do trabalho é causa de uma fragilização somática, na medida em que ela pode bloquear os esforços do trabalhador para adequar o modo operatório às necessidades de sua estrutura mental [...] a organização do trabalho e, em particular, sua caricatura do sistema taylorista é capaz de neutralizar completamente a vida mental durante o trabalho (DEJOURS, p. 128-129, 1992).

No entanto, Dejours (2008b) aponta que mesmo que o trabalhador esteja inserido em organizações do trabalho rígidas e inflexíveis, para alcançar a níveis de qualidade é preciso haver rupturas com o prescrito. Igualmente, implicará ao trabalhador uma inventividade, mas também uma transgressão, necessárias para que o trabalhador consiga realizar seu trabalho.

Ainda, é possível observar que quanto maior a qualidade do trabalho, maior a distância do prescrito e maior o engajamento do trabalhador. Trabalhar é o que o sujeito precisa acrescentar ao que foi prescrito para poder alcançar os objetivos que lhe foram atribuídos (DEJOURS, p. 39, 2008b). Muitas atividades realizadas pelos trabalhadores correspondem a sua inteligência prática e a forma como envolve seu corpo para consolidar seu trabalho.

A organização do trabalho quando não permite erros aos trabalhadores, o impulsiona para um sofrimento patogênico (MARTINS, 2012). Isso acontece quando ocorrem, por exemplo, situações de assédio, exploração e servidão. Diante disso, o trabalhador investe em uma resposta oposta que permita a ele suportar o sofrimento e o leve a criar estratégias criativas de mudanças.

Assim, ressalta-se o conceito de sofrimento criativo, o qual se manifesta pela não aceitação situações paralisantes. Ele é imprescindível para manter o trabalhador engajado, resistindo, e pode se manifestar de forma individual ou coletiva, por meio da racionalização, do humor, do controle, da idealização, do silêncio.

Pode-se dizer, também, que é a partir do sofrimento criativo que a mobilização subjetiva ganha forma (MARTINS, 2012). Com isso, o trabalhador no contexto do trabalho está em constante situação de vulnerabilidade, portanto, busca o equilíbrio psíquico. Luta pela

sua saúde e satisfação em suas atividades laborais. Na abordagem Psicodinâmica do Trabalho “isso é chamado de mobilização subjetiva” (MARTINS, 2012, p. 37).

2.4 Mobilização Subjetiva

A obra de Dejours possui uma influência grande da psicanálise, originada da sua formação como psicanalista. Com essa referência, encontra-se o conceito de mobilização subjetiva, no qual consegue articular trabalho e subjetividade de maneira indissociável ao estudar a constituição do sujeito por meio do trabalho (MENDES; ARAÚJO, 2012).

Ao fazer alusão à psicanálise como um importante referencial epistemológico, muito embora Freud, que a desenvolveu, não tenha se dedicado claramente à problemática do trabalho em seus escritos, refere-se ao trabalho em dois sentidos fundamentalmente, a atividade profissional e a atividade psíquica. Esses dois interessam à Psicodinâmica do Trabalho a fim de compreender melhor sobre os processos do trabalho (MENDES; ARAÚJO, 2012).

O ato de trabalhar implica engajar-se no corpo, no cognitivo e no afetivo, é afetar-se pelo real, é transformar a si mesmo. Portanto, trabalhar é a mobilização subjetiva frente ao real do trabalho, que envolve um contexto laboral concreto, pois é a partir da organização do trabalho que se potencializa a atividade psíquica. Dessa forma, o desafio da clínica Psicodinâmica do Trabalho é expor ao sujeito a atividade psíquica implicada no trabalhar (MENDES; ARAÚJO, 2012).

A mobilização subjetiva é um processo vivenciado de forma diferente por cada trabalhador, que faz uso da sua inteligência para se contrapor a racionalidade gerada pela situação de trabalho (MENDES, 1991). De acordo com Ferreira (2010) ela é caracterizada pelo movimento do sujeito que viabiliza as capacidades de sentir, pensar e inventar para realizar o trabalho. É por meio da mobilização subjetiva que o trabalhador é impulsionado a resistir ao sofrimento e ressignificá-lo em direção ao prazer. É um movimento de mobilizar-se à ação, com isso, pode alterar a própria organização do trabalho, influenciando a gestão, as condições de trabalho e as relações interpessoais e sociais (MARTINS, 2012).

Assim, para Dejours a mobilização agrega os modos de engajamento do sujeito para que ele obtenha prazer na realização da tarefa (FERREIRA; MENDES, 2003). A mobilização subjetiva é um jeito de ressignificar o sofrimento, fazer a gestão das contradições da organização do trabalho e transformá-lo em fonte de prazer (BUENO; MACÊDO, 2012).

Falar em ressignificação para a Psicodinâmica do Trabalho remete ao coletivo, a uma potencialidade de um determinado grupo.

Conforme Mendes (2007), na mobilização subjetiva surgem a inteligência prática, a ressonância simbólica, a cooperação, o espaço de discussão e o reconhecimento. A inteligência prática fundamenta-se na experiência e no conhecimento adquirido pelo trabalhador, isso porque ele conhece muito bem o trabalho prescrito e o trabalho real. É a aprendizagem conquistada na execução de uma tarefa, e está relacionada com uma destreza astuciosa que, muitas vezes, possibilita ao trabalhador inovar frente às limitações e à tarefa (MARTINS, 2012).

Dessa forma, a mobilização subjetiva se apresenta em constante ruptura com as normas. Destaca-se que a sua utilização essencial no processo de gestão coletiva da organização do trabalho, à medida que permite uma maior adequação do trabalho às particularidades do sujeito. Com isso, evita a utilização de estratégias defensivas ou descompensação psicopatológica (MENDES, 1995).

A história do sujeito, seus projetos e seus desejos, constituem condições psicoafetivas que foram tematizadas pela Psicodinâmica do Trabalho com o nome de “ressonância simbólica”, a qual se faz presente entre o teatro da situação de trabalho atual e o teatro interno herdado do passado (DEJOURS, 1987). A ressonância simbólica é colocada por Dejourns e Abdoucheli (1994) como requisito individual da inteligência astuciosa.

A inteligência astuciosa tem como referência a curiosidade fundamental do sujeito. Para que ela seja solicitada e ativada pelo encontro com a situação de trabalho, é necessário que os desafios levantados pelos objetivos do trabalho tenham um sentido para o sujeito, que os façam eco, simbolicamente, à curiosidade infantil (ALVES, 2014). Ainda, para Dejourns, Abdoucheli e Jayet (2011), a ressonância simbólica ecoa no presente as condições psicoafetivas resultantes das mudanças de objetivos da pulsão no processo de sublimação, tal como ele é conhecido na psicanálise.

Para Merlo (2002), a sublimação é um processo no qual as pulsões parciais, cuja satisfação original é de natureza sexual, encontra uma saída substitutiva em uma atividade social.

A ideia subjacente é a de que essas pulsões do sujeito, que deveriam desembocar sobre relações sexuais, são redirigidas ao trabalho, supondo-se que ocorra, preliminarmente, uma dessexualização e, também, uma atividade de substituição socialmente valorizada. No entanto, essa substituição não é simples, pois se trata de manterem-se juntos os aspectos semelhantes e os aspectos diferentes e, dessa forma, fazê-los interagir. Por sua vez, o trabalho repetitivo elimina toda possibilidade de sublimação e leva, por meio da repressão, tanto a doenças somáticas, como a descompensações mentais (psiconeuróticas). (p.134)

Considerando os aspectos relatados anteriores, Dejours, Abdouchelli e Jayet (2011) referem que entre o homem e a organização prescrita para a realização do trabalho pode surgir um espaço de liberdade que autoriza uma negociação, invenções e ações de adaptação da forma de trabalho. Esse espaço estaria aberto à sublimação e à ressonância simbólica, sendo local de criação do trabalhador sobre a própria organização do trabalho, a fim de adaptá-la às suas necessidades e torná-la mais congruente com seu desejo. Tal criatividade sendo reconhecida pelos pares funcionaria como marco construtivo da individualidade e da própria identidade do sujeito.

O espaço de discussão termo sugerido por Dejours (C1999) tem a finalidade de oportunizar as pessoas à expressão, de forma democrática e livre. Essas manifestações, mesmo em grupos menores, ajudam os profissionais a suportar o trabalho desgastante. Salienta-se que a comunicação é a essência desse dispositivo. Também, é importante observar que essa prática somente produzirá resultados caso as relações estabelecidas sejam de equidade.

De tal modo, Dejours (2004) aponta que a cooperação é uma forma essencial para a socialização, constituída pela possibilidade de ação para construir um produto comum com base na solidariedade e na confiança (MENDES, 2008b). Ela supõe um compromisso, que é ao mesmo tempo técnico e social. Isso tem a ver com o fato de que trabalhar não é unicamente produzir, é, também, e sempre, viver junto. E o viver junto não é algo simples; ele supõe a mobilização dos trabalhadores visando romper com agressões, conflitos que podem nascer de desacordos sobre os modos de trabalhar.

O objeto da Clínica Psicodinâmica do Trabalho é a relação entre trabalho e trabalhar. Para tanto, o foco de análise é a organização do trabalho, em suas diferentes maneiras, na dimensão visível ou invisível, prescrita, cognitiva, afetiva, ética. Diante disso, possibilitam-se acessar os processos de prazer e sofrimento do trabalhador, os processos de subjetivação. Considera-se importante a análise de como se produzem as subjetividades no contexto de trabalho (MENDES e ARAÚJO, 2012).

Assim, o trabalho é o meio de produção de sentidos e produção de subjetividade (ROSSI, p.159, 2008). Com isso, pressupõe-se que nenhuma relação de trabalho é neutra na construção da saúde, a qualidade das relações intersubjetivas contribui para a sua constituição.

Vale destacar que para a teoria dejouriana os processos psíquicos resultantes da confrontação do sujeito com a realidade do trabalho ressaltam as vivências subjetivas dos sujeitos. Dessa forma, a intersubjetividade permeia o trabalho e o lugar ocupado pelo trabalho

nos processos de regulação psíquica. A intersubjetividade é o que une os sujeitos à organização do trabalho; é o lugar de produção de significação. Dejours, Abdouchelli e Jayet (2004), consideram que a organização do trabalho resulta das relações intersubjetivas e sociais dos trabalhadores com as organizações.

Ela é central e estruturante da vida psíquica, quando se foca a construção da identidade e da subjetividade, sendo base fundamental da constituição do sujeito e de sua rede de significados. Dessa forma, a produção de subjetividade mostra-se na identidade do sujeito (BENDASSOLLI, 2011).

A identidade é entendida como um fenômeno moderno. A partir do século XVIII ela passa a ser fortemente relacionada ao trabalho, destacando-se que as mudanças nas formas de institucionalização do emprego são inevitáveis e geram, assim, mudanças no arranjo identidade - trabalho. Ela que une a psicologia e a Psicodinâmica do Trabalho é a identidade. Segundo Bendassolli (2011), ao discutir a reconstrução psicológica do trabalho, propõe-se uma reflexão sobre a psicologia do trabalho, distinguindo em três vertentes, isto é, a industrial, a organizacional e a do trabalho. A primeira possui sua origem no final do século XIX, remonta ao que seria a primeira entrada da psicologia no campo do trabalho, e ocupou-se das atividades de seleção e treinamento de pessoal.

A segunda surge no momento em que a “empresa” é rebatizada como “organização”, com influência das teorias funcionalistas e sistêmicas, e se preocupa com temas pertencentes à relação indivíduo-organização. Já a terceira psicologia do trabalho é a mais recente e emergiu em meados do século vinte e toma como foco a relação indivíduo-trabalho. Afirma-se que o trabalho apropriado é uma atividade que não se reduz ao emprego (BENDASSOLLI, p.77, 2011), mas a uma possibilidade do indivíduo construir significados sobre si e do que o cerca.

O estudo da identidade é marcado por uma diversidade de abordagens, no entanto, alguns aspectos podem ser considerados comuns, como o que se refere à identidade possuir uma dimensão objetiva, a qual se define como um conjunto de atribuições sociais impostas aos indivíduos, como sua data e local de nascimento, seu status civil e sua nacionalidade. A outra subjetiva, em que a identidade é vista como a consciência que cada um tem de si mesmo (BENDASSOLLI, p.79, 2011)

Nessa direção, a Psicodinâmica do Trabalho investe sobre o reconhecimento um papel fundamental na constituição da identidade, sendo um elo entre o sujeito e a realidade (ATHAYDE, 2011). Desse modo, é visto como central na relação entre o sujeito o trabalho e as organizações do trabalho. A identidade é uma vivência subjetiva, que se apoia na realidade

e no reconhecimento dos outros para dar sentido ao trabalho e a falta de reconhecimento pode gerar desmotivação, com o efeito clássico de absenteísmo.

O reconhecimento se dá sobre o trabalho em si, não sobre o sujeito, o que torna a atividade uma passagem para o reconhecimento do sujeito (ATHAYDE, 2011). Ele se obtém por mediação do olhar dos outros no jogo das relações de trabalho, na forma de julgamentos entre os pares, ou seja, os colegas de trabalho, também pelos usuários, pelos superiores hierárquicos e pelo próprio sujeito (LANCMAN, SZNELWAR, 2004). Com uma dinâmica do reconhecimento bem estabelecida, seus integrantes cooperam levados individualmente por uma mobilização subjetiva, a qual é espontânea, fundada na conquista da identidade pessoal (ATHAYDE, 2011).

Na psicologia, há vários estudos resultantes de pesquisas que discutem teoricamente o conceito de reconhecimento, especialmente na Psicodinâmica do Trabalho (MARTINS, 2012; MENDES et al., 2010). Essa temática é um elemento importante, pois possibilita compreender os processos de construção de significados, mediando a relação do sujeito com o outro no contexto de trabalho, inscrevendo-o numa história coletiva.

Para que o trabalhador se mantenha saudável na dinâmica de prazer e sofrimento no trabalho é importante que ele sinta a valorização de sua contribuição. Desse modo, para Dejours (2004) a dinâmica entre a contribuição que o trabalhador oferece à organização e a retribuição recebida está relacionada à mobilização subjetiva. Essas retribuições promovem o desenvolvimento de boas tarefas, e também conferem sentido, reforçam a identidade, voltando-se para o prazer em detrimento do sofrimento. A retribuição mais significativa desta teoria chama-se reconhecimento (MARTINS, 2012).

O sofrimento é originado nas relações entre a história de vida com a realidade de trabalho, no dia a dia. A história de vida apresenta-se como portadora de desejos e projetos de vida dos sujeitos e a realidade de trabalho a uma organização de trabalho que os ignora. O sofrimento caracteriza-se por situações desagradáveis decorrentes da não satisfação destas necessidades. De tal modo, esse sofrimento começa quando o homem, no trabalho, já não pode realizar modificações na sua tarefa no sentido de aproximá-la de suas necessidades fisiológicas e a seus desejos psicológicos, isto é, quando a relação homem trabalho é impedida (DEJOURS, 1992).

A instalação do sofrimento ou de estratégias defensivas ocorre no momento em que o trabalhador não tem a possibilidade de utilizar o processo de mobilização subjetiva, ou sentir prazer resultante do investimento sublimatório. Isso por restrições de sua estrutura de personalidade ou por imposições do modelo de organização do trabalho (MENDES, 1995).

O prazer é a busca constante do trabalhador. Ele resulta da descarga de energia psíquica permitida pela tarefa. As vivências de prazer no trabalho provêm de manifestações de realização, satisfação ou gratificação das pulsões através da sublimação, conceito oriundo da psicanálise, a qual deriva de uma pulsão para um alvo não sexual, isso permite ao trabalhador se voltar para atividades que visem ao aumento do bem-estar. A sublimação passa a ser então resultado de uma negociação bem sucedida entre desejos inconscientes do sujeito e a realidade.

CAPÍTULO III

PERCURSO METODOLÓGICO

O objetivo do presente capítulo é ampliar a compreensão sobre o percurso metodológico adotado. Pretende-se apresentar os dispositivos metodológicos que subsidiaram esta pesquisa, descrevendo-se a forma como foi conduzida e as bases teóricas que a inspiraram.

3.1 Delineamento

A presente pesquisa possui uma abordagem qualitativa. Esta vê seu objeto de estudo a partir da historicidade humana, sendo necessário para as ciências sociais e humanas registrá-la, respeitando a especificidade da cultura que carrega em si (MINAYO, 2010).

As pesquisas qualitativas, nas últimas décadas, têm assumido um papel importante nas ciências sociais e humanas. Nesse aspecto, consolidaram sua dimensão epistemológica, sua validade científica e seu campo metodológico. Pautam-se na concepção em que não se busca estudar um fenômeno em si, mas entender seu significado individual ou coletivo para a vida das pessoas (TURATO, 2005).

O método clínico-qualitativo, voltado para as vivências em saúde, é aquele que busca interpretar os significados, de caráter psicológico e sociocultural, trazidos por indivíduos, acerca dos múltiplos fenômenos pertinentes ao campo dos problemas da saúde-doença. Ainda, reconhecem a subjetividade e o simbólico como partes integrantes da realidade social (MINAYO, 2010).

Considera-se que a abordagem qualitativa tem o seu papel e sua adequação, que permitem ao método conduzir a resultados importantes (MINAYO, 2010). Sendo assim, a escolha por esta abordagem advém da necessidade de compreensão, de forma dinâmica, dos

sentidos atribuídos sobre as vivências das pessoas em seu espaço de trabalho. Nessa direção, considera-se necessário ter clareza sobre quais técnicas serão utilizadas para que o pesquisador alcance seus objetivos.

Com essa perspectiva, o estudo orientou-se pelo referencial metodológico da Psicodinâmica do Trabalho, proposto por Dejours no livro “A Loucura do Trabalho”. Tal referencial é vinculado inicialmente à psicopatologia do trabalho, já nos anos de 1990 o autor introduz a clínica do trabalho e da ação como indissociável da teoria e do método em Psicodinâmica (MENDES e ARAÚJO, 2012).

O método caracteriza-se pela possibilidade de estudar os trabalhadores nas suas relações com o trabalho. Centra-se na fala e escuta do trabalhador sobre suas experiências, elaboradas no espaço de reflexão do próprio trabalho e do processo de adoecimento (MARTINS, 2009). Desse modo, a organização do trabalho torna-se o centro das interpretações intersubjetivas.

Conforme Mendes e Araújo (2012) embora a escuta do sofrimento não esteja atrelada aos princípios da escuta psicanalítica, a interpretação das situações de trabalho precisam de fundamentos teóricos encontrados na psicanálise. Além disso, esse referencial teórico sustenta o método no que se refere à “elaboração psíquica, à observação clínica e à interpretação”. (MENDES e ARAÚJO, 2012, p. 41).

Parte-se do entendimento que não há acesso fácil às situações que mobilizam subjetivamente os trabalhadores, pois a finalidade é torná-las evidentes por meio da linguagem (MULLER, 2012). Decorre disso que narrar o trabalho é condição para desvelar o sofrimento vivenciado, é a possibilidade do resgate da capacidade de pensar e partilhar o mal estar advindo da relação entre o funcionamento psíquico do trabalhador e a organização do trabalho (SANTOS-JUNIOR, 2009). Essas considerações reforçam a utilização da Psicodinâmica do Trabalho como abordagem qualitativa para compreender as narrativas dos participantes.

A Psicodinâmica do Trabalho pode ser considerada uma clínica do trabalho (MULLER, 2012), pois toda a pesquisa está baseada em situações reais de trabalho, colocadas sob análise. O objeto da Clínica Psicodinâmica do Trabalho é a relação entre o trabalho e o trabalhar, sendo que o foco da análise é “a organização do trabalho nas suas dimensões visíveis e invisíveis, prescrita, cognitiva, afetiva, intersubjetiva, política e ética” (MENDES e ARAÚJO, 2012 p. 21).

A clínica do trabalho propõe a abertura de crises, isto é, colocar em crise o que era tomado por normal no trabalho, as práticas naturalizadas; e, ao mesmo tempo, restaurar a voz

crítica do trabalhador (PÉRILLEUX, 2013). Nessa direção busca o sujeito da enunciação, quando lhe permite a expressão da singularidade (MENDES e ARAÚJO, 2012). Isso possibilita ao trabalhador olhar para a sua relação com o contexto de trabalho, a partir do espaço grupal com seus pares e com o pesquisador.

A Psicodinâmica do Trabalho propõe a realização de sessões coletivas com os trabalhadores. Os participantes da pesquisa e os pesquisadores são considerados como coletivo de pesquisa, já o grupo de pesquisadores, que discutem os dados oriundos do coletivo de pesquisa como coletivo de controle (DEJOURS, 1992).

Para a Psicodinâmica do Trabalho, ao pesquisador é necessária atenção e escuta qualificada para que os participantes da pesquisa produzam sentidos e elaborem suas vivências subjetivas relacionadas ao trabalho. Isso acontece no espaço intersubjetivo, o qual possibilita a apreensão dos fenômenos e das situações à sua volta. Por isso, entende-se como um processo de interação, no qual os trabalhadores analisam suas vivências e os pesquisadores propõem hipóteses para serem discutidas (MARTINS e MENDES, 2012).

A pesquisa em Psicodinâmica desenrola-se em três etapas, a pré-pesquisa, a pesquisa propriamente dita e a validação e refutação dos dados. A pré-pesquisa se caracteriza pela análise da demanda. A pesquisa propriamente dita, caracteriza-se pelo material da pesquisa, o método de interpretação, no qual efetivamente é discutida a relação entre a organização do trabalho e as vivências dos trabalhadores. Por último, a validação e refutação, considera o espaço onde o coletivo de pesquisa valida suas discussões, de maneira a rejeitar, retomar ou mesmo realizar novas análises (DEJOURS, 1992).

Em consonância com essas etapas, no contexto brasileiro, ocorreram muitas pesquisas e novas conformações. O método da Clínica Psicodinâmica do Trabalho está em um momento importante de discussão e de experimentação, sendo Mendes uma das principais referências em função das pesquisas que coordena no Laboratório de Psicodinâmica e Clínica do Trabalho em Brasília e de suas publicações a respeito. A citar, Mendes e Araújo (2012); Mendes, Moraes e Merlo (2013).

Esse método circunscrito no campo da pesquisa-ação pressupõe uma ação transformadora na situação investigada, sendo que as mudanças esperadas devem transcender à situação estudada. Conforme Dejours (2004) as transformações geradas pela pesquisa implicam especialmente o engajamento coletivo dos trabalhadores como corresponsáveis pela ação em si, pois se está falando de sofrimento. Ainda, o trabalho do pesquisador refere-se à análise das situações levantadas, enquanto que as soluções e estratégias encontradas pertencem aos próprios trabalhadores (Dejours, 1992).

Da mesma forma, é possível uma ligação entre a pesquisa e a intervenção, na qual a ação acontece pela palavra e propicia a transformação pelo ato. A possibilidade de narrativa sobre o trabalho é condição para a expressão do sofrimento, para o compartilhamento do mal-estar oriundo do encontro entre o funcionamento psíquico do trabalhador e a organização do trabalho (SANTOS-JUNIOR, 2009).

É interessante perceber que a Psicodinâmica do Trabalho está atrelada à ideia da ampliação do espaço público de discussões e produz nos trabalhadores uma maior mobilização e possibilitando um potencial como agentes de mudanças. Nessa direção, a intervenção permite ampliar a participação dos trabalhadores em ações e resoluções sobre suas situações de trabalho (HELOANI; LANCMAN, 2004).

O espaço de discussão, para Medeiros (2012), proporciona a possibilidade de reconstrução ou construção dos processos de subjetivação. Isso acaba por instrumentalizar os trabalhadores para o protagonismo no seu ambiente de trabalho. Contudo, para que esse espaço se concretize e fortaleça, é preciso não somente que as pessoas possam falar, mas, fundamentalmente, que sejam escutadas (DEJOURS, 1999).

3.2 Cenário da pesquisa

O cenário da pesquisa foi um CAPS Álcool e Drogas, de um município do interior do estado do Rio Grande do Sul, o qual se caracteriza por ser um serviço extra-hospitalar de base territorial e aberto. Desenvolve suas atividades desde o ano de 2009, no entanto, seu registro institucional nas instâncias federal e estadual aconteceu no ano de 2013. Isso implicou em dificuldades no atendimento aos usuários, tais como a inexistência de uma equipe mínima e falta de materiais didáticos, necessários para o desenvolvimento de algumas oficinas e grupos.

Destaca-se que o CAPS AD disponibiliza atendimento interdisciplinar a usuários com sofrimento psíquico decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas, sendo eles adolescentes, adultos e idosos. Oferece atendimento individual e em grupos, atendimento aos familiares, bem como visitas domiciliares. Diariamente, nos turnos da manhã e tarde os trabalhadores realizam o acolhimento de novos usuários e, com eles, nos primeiros dias de inserção no serviço, constroem um Projeto Terapêutico Singular (PTS).

A proposta norteadora do trabalho nesse serviço baseia-se na Redução de Danos, que se refere a estratégias terapêuticas capazes de minimizar danos associados ao consumo de substâncias psicoativas (BRASIL, 2008). Cabe destacar que esse referencial teórico-metodológico, enquanto linha norteadora do trabalho propõe aos trabalhadores

posicionamentos em defesa dessa proposta, frente a outros serviços de saúde mental do município, e isso, muitas vezes, produz entraves na relação. Salienta-se que apesar da Redução de Danos não ser uma estratégia amplamente aceita no mundo, tem conquistado cada vez mais espaços que visam à resolução de problemas associados ao uso abusivo de drogas.

Atualmente, o CAPS AD tem buscado aproximar suas ações da atenção básica, realizando encontros com uma Estratégia de Saúde da Família do município para discutir casos e formular estratégias de ações em saúde mental para aquele território. Dessa forma, retoma-se a prática de apoio matricial, já desenvolvida por um grupo de trabalhadores da saúde mental há alguns anos atrás no município. Salienta-se que os processos de trabalho são discutidos em reunião de equipe uma vez na semana.

O município de realização dessa pesquisa possui mais três CAPS, outro CAPS II AD; um CAPS infantil; um CAPS II, o qual atende a população em sofrimento psíquico grave. A população adscrita no CAPS AD compreende aproximadamente 262 mil habitantes (IBGE, 2012). Entretanto, a partir de pactuações realizadas por meio da Política Municipal de Saúde Mental, cada um dos dois CAPS AD atende a população a partir de uma divisão territorial, o que corresponde aproximadamente a cinquenta por cento da população total do município, que faz uso abusivo de álcool e drogas.

3.3 Participantes da pesquisa e sessões

O estudo foi desenvolvido com dezesseis trabalhadores de nível fundamental, médio e superior de um CAPS AD, sendo eles composto por técnicos em saúde mental, enfermeiros; assistentes sociais; psicólogos; agente de serviços gerais; redutores de danos, bem como profissionais da Residência Multiprofissional em Saúde de uma Instituição de Ensino Superior pública e acadêmicos dos cursos de serviço social e psicologia de outra Instituição de Ensino Superior privada, respectivamente.

Os trabalhadores foram convidados a participar deste estudo na fase da organização da pesquisa. Para tanto, foram considerados critérios de inclusão do participante no estudo, ser trabalhador da equipe do CAPS AD e/ou vivenciar o processo de trabalho no período da pesquisa, e aceitar participar da mesma. Destaca-se que os critérios de exclusão incluíram trabalhadores que estavam afastados do trabalho no período da coleta de dados por qualquer motivo (licença-saúde, licença-maternidade, férias, ou qualquer outro tipo de afastamento) ou não aceitarem participar da pesquisa.

Na fase da organização da pesquisa, a qual objetiva reunir informações sobre a organização do serviço, a pesquisadora conversou com distintos trabalhadores; alguns foram mediadores entre a pesquisadora e os processos de trabalho do serviço, outros narraram a(s) história(s) do serviço, dificuldades e afinidades com o trabalho. Salienta-se que nessa fase houve contribuições de muitos trabalhadores que no decorrer da pesquisa se desligaram do serviço, por dois principais motivos, ou seja, o término de seus contratos de trabalho e o término da formação na Residência Multiprofissional.

As discussões acerca do delineamento do projeto e os aspectos éticos sobre a participação dos trabalhadores ocorreram em diversos momentos; no entanto, formalmente foram duas vezes, ambas em reunião de equipe. A primeira ocorreu no início da inserção da pesquisadora. A segunda após a aprovação do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa desta instituição.

A conversa com os trabalhadores buscou estimular um maior grau de cooperação e comprometimento para a participação nesta pesquisa. Ainda, nessa oportunidade foi definido local, data e hora para a realização da coleta de dados.

A partir dessas combinações iniciam as sessões grupais, que ocorreram no espaço laboral dos trabalhadores, após as reuniões da equipe, realizadas uma vez por semana. Realizaram-se quatro sessões, com um período médio de uma hora e quinze minutos. Foram conduzidas pela pesquisadora principal desta pesquisa, sendo que a equipe de pesquisa contou ainda com duas mestrandas enfermeiras, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM.

As sessões foram gravadas em áudio, e transcritas por meio do Programa Express Scribe. O número de participantes nas sessões grupais variou entre onze e dezesseis.

3.4 Procedimentos e Condução da Clínica em Psicodinâmica do Trabalho.

Em vista da abordagem utilizada, a pesquisa se desenvolveu a partir das etapas oriundas do modelo metodológico dejouriano, descrito anteriormente. Também, observaram-se os estudos brasileiros que têm buscado contribuições para elaborar e sistematizar o fazer clínico na perspectiva da Clínica Psicodinâmica do Trabalho.

Nesse sentido, apontam-se dez condições sobre como fazer e os procedimentos que a Clínica pode lançar mão para seu trabalho. Conforme Mendes e Araújo (2012), tais condições são independentes, dinâmicas e não cronológicas e buscam não formular um manual técnico, mas sim dar um sentido, uma orientação a esse fazer.

3.4.1 Organização da Pesquisa

A pesquisadora quando da construção do seu projeto de pesquisa foi até o grupo de trabalhadores do CAPS AD, em uma reunião de equipe, e apresentou seu interesse em realizar uma pesquisa no serviço, tendo como tema a mobilização subjetiva dos trabalhadores no contexto daquela organização do trabalho. Tendo o aceite do grupo, três meses depois, com o projeto melhor definido, a pesquisadora voltou ao serviço.

Nessa ocasião, retomou-se o contrato realizado anteriormente e reafirmou-se o propósito da pesquisa. Ao entender que todo o grupo estava em acordo com o desenvolvimento da pesquisa ocorreu-se as primeiras inserções da pesquisadora no campo.

Nesse momento, ao pesquisador cabe realizar a análise documental e as observações do trabalho, voltando-se para a reunião de elementos sobre a organização do trabalho. Isso pressupõe o acesso a documentos, a arquivos que contenham a história do serviço; o acesso ao serviço, aos usuários, as atividades cotidianas, guiadas por um trabalhador. Portanto, nessa etapa, reúnem-se as primeiras informações, impressões sobre o campo da pesquisa (MENDES; ARAUJO, 2012).

Ainda, a finalidade da etapa de documentação, de visitas ao serviço, não é chegar a uma descrição objetiva da relação homem/trabalho. O que se busca é reunir conhecimentos capazes de ajudar na compreensão sobre o que os trabalhadores falam especialmente nas sessões grupais. É ter condições de representar o sofrimento (DEJOURS, 1992).

Também, neste momento, se definir o modo como se realizou a clínica, isto é, o local de realização das sessões, dias, horários e frequência dos encontros. Nesse aspecto, salienta-se que a pesquisadora participou durante três meses, três vezes na semana, durante um turno, das atividades cotidianas do serviço, que auxiliou na definição do local para a realização das sessões grupais dentro do espaço laboral, sendo realizadas em sala de ambiência, após as reuniões de equipe.

O grupo de trabalhadores entendeu, inicialmente, que as sessões grupais poderiam ocorrer após as reuniões de equipe, momento em que a maioria estava reunida. Após o primeiro encontro os mesmos redefiniram essa escolha, optando-se pelo início das reuniões, ou seja, o início das tardes, pois entenderam que estariam mais disponíveis para discutir e analisar as questões trabalhadas na pesquisa. Salientou-se a importância dos encontros serem semanais para não haver descontinuidade e favorecer os vínculos e a transferência entre os participantes.

Com relação ao número de sessões, foram pactuadas inicialmente quatro sessões. Destaca-se-se que esse número irá acompanhar a dinâmica produzida no grupo, pois está atrelada a forma como a demanda vai se esclarecendo e o grupo se apropriando do seu desejo e os possíveis encaminhamentos (MENDES; ARAUJO, 2012).

Destaca-se que essa etapa foi acompanhada em supervisão com o coletivo de clínicos, conforme proposto por Dejours (1992), as orientadoras. A relevância desse processo encontra-se na possibilidade do reconhecimento sobre o momento de finalizar as sessões, que, obviamente, também é reafirmado pelo grupo de trabalhadores. É necessário apontar o limite entre a clínica do trabalho e a clínica do sujeito, para não se transformar em um processo de psicoterapia grupal, de grupo focal ou de análise institucional.

Por fim, foi reafirmada a elaboração dos diários de campo, com observações acerca da pesquisa, a análise documental e as observações iniciais para a construção das sessões grupais.

3.4.2 Construção e análise da demanda

O início de uma pesquisa precisa estar atrelada a uma solicitação, uma demanda (DEJOURS, 1992). Ainda, é o conteúdo da demanda que propicia a formação de um coletivo ou grupo de pesquisa, e se manterá em análise durante toda a prática clínica (MENDES e ARAÚJO, 2012).

Ao estabelecer que uma demanda precisa ser formulada pelo grupo de pesquisa, entende-se que o conteúdo a ser trabalhado seja estabelecido pelo grupo. Eles precisam estar dispostos a estabelecer um diálogo com os pares e com o pesquisador (MULLER, 2012).

É importante destacar que ao ter acesso à instituição o pesquisador objetiva compreender sobre o que falam esses trabalhadores, participantes da pesquisa, assim como ter um desenho das condições ambientais do sofrimento (DEJOURS, 1992, p. 142). É a organização das condições para o desenvolvimento da pesquisa. Para tanto, é necessário que a instituição, mas, sobretudo, os trabalhadores concordem com a realização da pesquisa.

E, cabe ao pesquisador à análise das situações levantadas pelo grupo, enquanto que as soluções concretas pertencem ao próprio grupo de trabalhadores. Dejours (1992) coloca que para uma demanda ser aceitável é preciso reunir condições que, somadas, cheguem à formação do coletivo de pesquisa, que se formem em função das necessidades da pesquisa, e, ainda, consigam provocar efeitos sobre as situações vivenciadas.

A organização da pesquisa e a construção e análise da pesquisa se assemelham em muitos aspectos. Nas duas etapas a demanda precisa estar clara, no entanto, na construção e análise da pesquisa que ela vai ser posta em análise. Também, o acesso à instituição é importante. As duas caracterizam-se por fazer parte da etapa que Dejours (1992) denominou de pré-pesquisa.

3.4.3 Instituição de regras de conduta do coletivo de pesquisa e do coletivo de clínicos

Neste momento se contrasta com o coletivo de pesquisa o caráter ético do trabalho, isto é, o sigilo das exposições, o respeito às formas de expressão. Na primeira sessão foi discutido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), foi esclarecido especialmente sobre a divulgação dos resultados da análise, considerando os acordos realizados entre os pesquisadores e os participantes da pesquisa.

Também no momento levantou-se o tema de análise da pesquisa, sendo que a pesquisadora teve o cuidado de considerar essa análise ocorresse a partir do estabelecimento das relações entre o sofrimento psíquico e a organização do trabalho.

Tendo em vista, os mesmos princípios éticos, a pesquisadora, a partir dos comentários iniciais, levanta hipóteses, instiga reflexões, como dispositivos para potencializar a mobilização subjetiva do grupo, a qual poderá levar a uma mobilização coletiva, ainda que em uma microrrealidade. Desse modo, as discussões buscaram problematizar a realidade do trabalho, as condições e a organização do trabalho, na direção de construir viabilidade para a crítica, isto é, refletir sobre o que muitas vezes é banalizado, ou seja, o sofrimento, as relações.

No entanto, é importante ressaltar a impossibilidade de respostas urgentes. Pois, é possível o surgimento de sistemas defensivos, de racionalização sobre o sofrimento, os quais podem impedir o grupo de se manifestar (MENDES e ARAÚJO, 2012).

3.4.4 Constituição do espaço de fala e de escuta

A partir de agora se descreve o cenário das sessões grupais. Este espaço se estabelece a partir da observação clínica e da interpretação, onde o pesquisador atenta ao significado da fala; a observação dos gestos, das posturas, nas experiências do grupo, com objetivo de dar forma ao que é trazido como experiência de seu trabalho (MENDES e ARAÚJO, 2012).

Segundo as autoras supracitadas, referem que embora o coletivo de clínicos possua diretrizes sobre a condução das sessões, o destino do coletivo de pesquisa é inesperado. A constituição do espaço de escuta-fala será sempre provisório e constituído no encontro com o real da clínica (MENDES E ARAÚJO, 2012).

O pesquisador possibilita a abertura do discurso sobre o sofrimento e o prazer, assim, apresenta-se como um interlocutor. Nesse ínterim, na primeira sessão retomou-se o início da inserção da pesquisadora no serviço, que buscou reunir informações sobre o processo de trabalho, para que pudesse compreender nas sessões grupais sobre o que os trabalhadores falavam. Isso, com intuito de fortalecer laços afetivos.

Então, esclareceu-se aos participantes sobre a dinâmica dos encontros, a fim de que entendessem o espaço grupal como um espaço de fala sobre o que acreditassem ser importante. Da mesma forma, buscou-se o entendimento de que à Clínica do Trabalho interessa tudo o que os trabalhadores pensam; os significados atribuídos ao trabalho. Nessa direção, procedeu-se a uma questão disparadora: *como é o trabalho aqui neste serviço?* Salienta-se que as outras questões disparadoras, utilizadas em todas as sessões grupais, estão descritas no APÊNDICE C.

O foco de interesse não foi a objetividade das respostas, dos fatos, nem tampouco quem foi o porta-voz, mas sim o que é convergente e o que é divergente entre o grupo. Nesse aspecto, os trabalhadores empenharam-se em desvelar a relação existente entre expressões de sofrimento ou prazer, de silêncios legitimados pelo grupo diante de um determinado tema, e a organização do trabalho. De outra maneira, busca-se a relação do coletivo com o trabalho e os efeitos encobertos dos sistemas coletivos de defesa em relação ao sofrimento (DEJOURS, 1992, p. 144-45).

Segundo Mendes e Araújo (2012) a consolidação da pesquisa e da ação, no coletivo, é demonstrada mais claramente quando os trabalhadores formulam ideias que não estavam organizadas conscientemente. E, durante toda a execução da pesquisa são dirigidas para uma pessoa de fora do grupo, nesse caso, ao pesquisador.

Durante as sessões alguns participantes se colocavam muito pouco, ao mesmo tempo, não eram chamados pelos colegas a participar mais, o que demonstrou a mesma postura observada pela pesquisadora durante sua inserção no cenário de pesquisa. Algumas questões levantadas pelos participantes eram reafirmadas por outros. Houve algumas contradições entre eles, e quando isso ficava claro no grupo havia um movimento de argumentação, que provocava a reflexão no grupo. O silêncio caracterizou muitos momentos no grupo,

geralmente relacionado as questões das significações sobre vivências de prazer e reconhecimento do trabalho.

Na pesquisa apresentada, os trabalhadores utilizavam muitas vezes estratégias coletivas de defesa, que permitiram identificar a forma como o coletivo de pesquisa compreende a sua relação com o trabalho, isso, por meio do que foi verbalizado nas discussões grupais. Ressalta-se que a Clínica do Trabalho busca articular o trabalho e a mobilização subjetiva, para tanto, é preciso tornar visível essas articulações no coletivo.

3.4.5 Estruturação do memorial

A construção do memorial baseia-se nas falas dos trabalhadores, durante toda a Clínica do Trabalho. É um documento descritivo, deve ser feito ao final de cada sessão e lido para o grupo no encontro seguinte. Nele o pesquisador também poderá colocar suas hipóteses e interpretações, com vistas a validar com o grupo (MENDES e ARAÚJO, 2012).

Nesse estudo, os memoriais foram denominados de *relato do encontro*. O coletivo de pesquisa decidiu que a leitura dos relatos seria realizada após cada encontro, pois como precisavam validar o conteúdo, acreditaram que após a discussão tornar-se-ia mais relevante. Ao mesmo tempo, era importante não criar resistências que impedissem o desenvolvimento do trabalho.

O primeiro, segundo e terceiro relatos foram descritivos, contendo um resumo do que os trabalhadores traziam enquanto vivências de trabalho. Essa proposta foi considerada a partir das supervisões semanais com as orientadoras, a partir do entendimento de que o coletivo de pesquisa, nas primeiras sessões, começaria a pensar o trabalho na direção de colocá-lo em análise; nesta direção, o sofrimento oriundo do trabalho mostrava-se como defesa do grupo de trabalhadores. Ao mesmo tempo, o início das três primeiras sessões grupais foram utilizadas perguntas abertas, o que propiciou ao grupo discorrer sobre a temática e amadurecer a demanda clínica.

Na quarta sessão, utilizaram-se os relatos dos encontros anteriores, as observações e a interpretação do coletivo de clínicos tanto para o *relato do encontro*, como para propor questões disparadoras. Cinco questões disparadoras foram compostas e levantadas para o coletivo de pesquisa.

3.4.6 Restituição e Deliberação

Conforme Mendes e Araújo (2012) a restituição é a retomada do tema discutido na sessão anterior, que deve ser realizada no início das sessões. Entretanto, apontam que está não é uma prescrição, pois, também, dependerá das características do grupo que se está trabalhando. É tido como um espaço para acrescentar, discordar, reiterar, propor ações para resolução de conflitos expostos nas sessões.

Ressalta-se que, ainda conforme as autoras, o pesquisador faz intervenções para explorar o conteúdo, na busca de trabalhar as defesas do grupo. Ele poderá verificar se sua fala foi bem-sucedida à medida que consegue a compreensão de aspectos do que foi dito.

Destaca-se que a forma como os participantes discutiam seus conflitos estava atrelada, na maioria das vezes, a um entendimento de que apesar das dificuldades encontradas no desenvolvimento do trabalho encontravam nas relações sócio-profissionais e na união da equipe formas de se manterem fortalecidos como coletivo. Mesmo com as intervenções da pesquisadora na direção de problematizar tais compreensões e de algumas contradições dos participantes, o grupo, na maioria dos encontros, manteve o entendimento sobre uma equipe cooperativa e que dá suporte aos seus participantes.

3.4.7 Diário de Campo e registro dos dados

Os dados foram registrados utilizando-se de três fontes: diário de campo; gravação das sessões, após o aceite do grupo e relato do encontro (memorial). O diário de campo, contendo as observações clínicas, impressões, anotações sobre o que foi detectado durante a pesquisa começou a ser escrito no momento da inserção no serviço. Nas sessões grupais foram registradas diferentes situações, como os gestos, os momentos de silêncios, a postura dos participantes; os sentimentos da pesquisadora e do coletivo de clínicos; assim como o número de participantes; o tempo de duração do grupo e aspectos da condução das sessões.

3.4.8 Supervisão

Os registros dos dados foram a base para a discussão com as orientadoras nos momentos de supervisão. De acordo com Mendes e Araújo (2012) a supervisão contribui para que o pesquisador compreenda na totalidade os sentimentos e experiências relatadas. Ainda,

como forma de compreender que mobilizar a sua própria subjetividade é um modo de acessar a subjetividade do outro, sendo para isso necessário se preparar afetiva e tecnicamente.

Nessa direção, semanalmente, após cada sessão, os orientadores, auxiliavam na compreensão dos acontecimentos oriundos da pesquisa, os quais nem sempre estavam claros, o que permitiu o enriquecimento do trabalho e a interpretação adequada dos dados.

3.4.9 Apresentação dos relatos

Nesta fase, os participantes da pesquisa devem se apropriar do material coletado, pois consiste na validação dos resultados, com a elaboração de um relatório final, que ocorre num contexto em que “os trabalhadores analisam suas vivências e os pesquisadores propõem hipóteses a serem discutidas” (MERLO; MENDES, 2009, p. 148).

O relatório final foi apresentado no final da quarta sessão, tendo como base o relato dos encontros. Este relato continha a discussão dos temas dos encontros anteriores, os quais haviam sido validados com o coletivo de pesquisa. Destaca-se que quando se associou o relatório final às observações clínicas da pesquisadora, foi ganho um novo espaço de discussão e, com isso, novas interpretações feitas pelo grupo.

3.4.10 Avaliação

A avaliação foi realizada durante todas as sessões e na sessão final, quando se apresentaram pontos das sessões anteriores. No intervalo da primeira para a segunda sessão os participantes apontaram o espaço da Clínica do Trabalho como um movimento importante de pensar o cotidiano do trabalho no serviço. No entanto, o grupo não conseguiu discutir, naquele momento, possibilidades de deliberações que indicassem uma mobilização para a ação dos aspectos apontados como sofrimento no contexto do trabalho.

Por fim, apontou-se, por parte da pesquisadora, que as contribuições da Clínica do Trabalho vão ao encontro de valorizar o pensar dos trabalhadores sobre seu trabalho. Com isso, propõe que o trabalho seja posto análise, criando mobilizações que propiciem aos trabalhadores transformar o espaço laboral em vivências de prazer.

3.5 Análise e interpretação dos dados

Coerente com o trabalho descrito até aqui a análise dos dados embasa-se na abordagem qualitativa; a qual pondera todos os fenômenos que circundam os participantes do estudo, suas manifestações, silêncios, interrupções, sendo necessário analisar os significados manifestos e latentes (CHIZZOTTI, 1998). Além disso, salienta-se a importância da construção da pesquisa pautar-se em preceitos éticos que considerem, sobretudo, o cenário e os atores envolvidos no processo de pesquisar.

Fato que remete ao papel do pesquisador, tendo em vista que não há uma neutralidade do pesquisador com relação ao seu objeto (GROFF; MAHEIRIE; ZANELLA, 2010). Depreende-se que o pesquisador que trabalha com abordagem qualitativa não quer explicar as ocorrências com as pessoas, individual ou coletivamente; tampouco, listar e mensurar seus comportamentos, correlacionando quantitativamente a eventos de suas vidas. Ele pretende conhecer profundamente as vivências e representações que as pessoas têm de suas experiências de vida (TURATO, 2005).

A metodologia qualitativa quer entender como o objeto de estudo acontece ou se manifesta; e não almejando o produto, isto é, os resultados finais matematicamente trabalhados. Para tanto, a análise deve estar associada a posturas epistemológicas que privilegiem as experiências, o ponto de vista dos atores sociais envolvidos na pesquisa (TURATO, 2005).

Com essas considerações, ao finalizar a coleta de dados optou-se por utilizar como referência para análise dos dados transcritos, a técnica de análise de conteúdo proposta por Laurence Bardin (2011). Salienta-se que os dados coletados por meio das sessões grupais, foram gravados com auxílio de gravadores digitais e, posteriormente, transcritos na íntegra. Isso contribuiu para análise e interpretação fidedignas pela pesquisadora, bem como pelo grupo de pesquisadores, que tiveram acesso a todas as transcrições.

A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza meios sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. Propõe-se a desvendar os sentidos que estão por detrás dos discursos geralmente expressos de maneira simbólica e polissêmica (BARDIN, 2011).

Dentre as diferentes possibilidades de análise de conteúdo propostas pela autora, optou-se pela análise temática, por ser considerada uma das formas mais pertinentes em pesquisa qualitativa. Na análise temática, considerada uma análise dos “significados”, buscam-se os núcleos de sentido embutidos na comunicação do sujeito, e cuja presença pode

representar algum significado (BARDIN, 2011). De tal modo, apresenta-se uma breve discussão acerca deste método, já que se trata de uma construção epistemológica complexa e mais ampla que a finalidade deste trabalho permite.

Apesar de a autora considerar que não existam regras prontas em análise de conteúdo, a mesma aponta algumas orientações de base dificilmente transponíveis. E, a técnica adequada ao domínio e objetivo pretendidos no trabalho precisa ser reinventada a cada momento.

Nesse plano metodológico é possível considerar duas vertentes, a quantitativa e a qualitativa. A abordagem qualitativa, a qual se pretende orientadora da análise deste estudo, preocupa-se com a presença ou ausência de uma característica de conteúdo ou um conjunto de características em um determinado fragmento de mensagem (BARDIN, p. 27, 2011). A organização da análise aponta três etapas cronológicas: pré-análise; exploração do material e tratamento dos resultados e interpretação.

A pré-análise considerada uma fase de organização do material da pesquisa, tem-se como objetivo tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais, de modo a conduzir um plano de análise (BARDIN, p. 126, 2011). Nesse sentido, o primeiro movimento da pesquisa foi à *transcrição* das quatro sessões grupais, que juntamente com o questionário sociodemográfico preenchido pelos participantes, o diário de campo, o relatório e o documento validado no final das sessões compuseram o corpus da pesquisa. Ele é o conjunto de documentos a ser submetido aos procedimentos analíticos.

Com o corpus da pesquisa definido iniciou-se a *leitura flutuante*, caracterizada por estabelecer o primeiro contato do pesquisador com texto a ser analisado. Trata-se de uma leitura “sem compromisso”. Com isso, buscou-se criar uma proximidade com o material. Grupo a grupo realizou a leitura e as primeiras anotações em forma de resumo das compreensões da pesquisadora.

Ainda na direção da leitura flutuante realizou-se nova leitura considerando um espectro de pontos: as impressões da pesquisadora, as leituras teóricas, os objetivos e questão norteadora do projeto, também, as primeiras interpretações. Assim, realizou-se o destaque de algumas falas que pudessem ir elucidando possíveis subcategorias.

Tendo em vista o objetivo, sabe-se que o material compôs um quadro sinóptico com os seguintes tópicos: *Tema*, que se refere a um tema a ser discutido, a uma afirmação acerca de um assunto, corresponde a um recorte; *Objetivo*, segundo o projeto; *Participante*, é a identificação do participante; *Fala Literal*, refere-se a toda a fala do participante; *Extrato de Fala*, parte(s) da(s) fala(s) mais relevantes; *Contribuições dos Autores* refere-se ao recorte,

localização dos teóricos utilizados; *Reflexões e Observações da Pesquisadora* e, por fim, *Outros Registros*, que a pesquisadora entender importantes.

Com o quadro organizado, isto é, com o recorte das falas dos quatro grupos realizou-se a leitura aprofundada, baseada nos princípios da exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência (BARDIN, 2011). Então, ao olhar para o corpus, olha-se tendo estas regras claras.

A *exaustividade* salienta que é preciso considerar todos os elementos do corpus da pesquisa, ou seja, esgotar a comunicação, não omitir falas. A *representatividade* diz respeito ao fato de que a amostra utilizada deve representar o universo do material que a isso se preste. Nesse caso, os resultados obtidos para a amostra foram generalizados ao todo. A *homogeneidade* propõe que os documentos devem ser homogêneos e referir-se ao tema do estudo e não apresentar demasiada singularidade fora dos critérios adotados. E a *pertinência* refere-se ao fato de que os documentos precisam adaptar-se ao conteúdo e objetivo da pesquisa; portanto, devem ser adequados enquanto fonte de informação.

Dessa fase, buscam-se *recortes do texto* em unidades comparáveis de categorização para análise temática. Assim, considera-se o que é temática da pesquisa, nesse caso o tema trabalho.

Em decorrência do exposto até aqui, chega-se à *preparação do material*. Para Bardin (2011) trata-se de uma preparação formal. A sequência desenvolvida nesta pesquisa foi a transcrição na íntegra das sessões grupais, em documento word; foi impresso inicialmente duas cópias, uma para manter-se sem rabiscos, outra, para que após as leituras, pudesse ir anotando manualmente as primeiras impressões e amarrando com aspectos observados na fase da organização da pesquisa (MENDES, 2007).

Logo, destacam-se os pontos considerados relevantes, tendo em vista a temática abordada na pesquisa. Com os objetivos claros, construí um quadro sinóptico, com as seguintes considerações: tema, questão norteadora, participante, extrato da fala, fala literal, contribuições dos autores, reflexões e observações da pesquisadora, outros registros relevantes. O quadro sinóptico, os recortes dos textos, os relatórios iniciais, diário de campo e o material da validação, construído nas sessões grupais foram submetidos à análise.

Na fase de exploração do material, isto é, a análise propriamente dita, os fragmentos foram codificados e enumerados, conforme organização prevista na etapa anterior. Esta fase é entendida pela autora como longa e cansativa (BARDIN, 2011).

Inicialmente buscou-se fazer a leitura do corpus da pesquisa com pretensão de codificá-lo. Conforme Bardin (2011) a *codificação* corresponde a uma transformação dos

dados brutos do texto, realizada a partir de regras precisas. Nesse aspecto, realizaram-se os *recortes*, após *agregação* dos mesmos, seguido de *enumerações*, com objetivo de atingir uma representação do conteúdo.

A transformação desses dados se dá por meio de *unidades de registro* e por *unidades de contexto*. A unidade de registro permite a descrição das características do conteúdo; considerada uma unidade de significação codificada. Destacam-se recortes do corpus, esses com critérios semânticos, visando à categorização (BARDIN, 2011).

Logo, utiliza-se como unidade de registro o *tema*, que corresponde a uma frase, que objetiva uma afirmação acerca de um assunto. Ainda, salienta-se que o tema é a unidade de significação destacada da fala mediante a aplicação de procedimentos metodológicos, e que é utilizada geralmente como unidade de registro, com o objetivo de desvelar informações centrais da comunicação dos sujeitos (BARDIN, 2011). Assim, a aplicação dessa modalidade metodológica permitirá o agrupamento dos resultados obtidos, por meio da análise, em núcleos temáticos, os quais representarão diferentes aspectos da percepção dos sujeitos a cerca da temática abordada.

Realizar uma análise temática consiste em descobrir os *núcleos de sentido* contidos nas manifestações dos trabalhadores, cuja presença pode significar algo para o objetivo da pesquisa. Bardin, em seu livro “Análise de Conteúdo (2011)” nos provoca uma série de questionamentos, tais como: Quais os elementos do texto a ser considerados relevantes? Como recortar o texto em elementos completos? Ao mesmo tempo, aponta que o critério pertinência em relação aos objetivos propostos na pesquisa deve perpassar toda a fase da análise.

Por fim, nesta fase deu-se o processo de categorização. Ela consiste em uma classificação de elementos de um conjunto por diferenciação e em seguida por reagrupamentos. Ao classificar foi considerado o que cada elemento teve a ver com o outro elemento. Também, foi composta por duas etapas: o inventário, em que se isolaram os elementos, seguido pela classificação, em que houve uma divisão, procurando certa organização, tendo em vista os critérios de exclusão mútua, homogeneidade, pertinência, objetividade e fidelidade e produtividade (BARDIN, 2011).

A terceira e última etapa compreende o tratamento dos resultados e interpretação. Depois de identificada a presença ou ausência com que cada elemento apareceu nas manifestações dos trabalhadores, surgiu a categorização em temas e subtemas (BARDIN, 2011). Logo, foi realizada a inferência e interpretação dos resultados de acordo com o referencial teórico adotado.

3.6 Dimensão ética da pesquisa

Inicialmente, o projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Núcleo de Educação Permanente em Saúde da Secretaria de Saúde de Município de Santa Maria. Em seguida, registrado no Gabinete de Projetos do Centro de Ciências da Saúde da UFSM, bem como na Plataforma Brasil, seguindo para o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da instituição (CEP/UFSM). Para o desenvolvimento da pesquisa foi observada a Resolução N° 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012d) e a coleta de dados foi iniciada após a aprovação do Protocolo do Projeto de Pesquisa pelo CEP/UFSM, sob número CAAE 28649314.2.0000.5346.

Após a aproximação com o cenário de pesquisa, a fim de discutir os delineamentos desta pesquisa, os participantes foram convidados pela pesquisadora a participar da mesma. Com o aceite, apresentou-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A). Isso tudo seguiu as diretrizes da Resolução N° 10/2012, do Conselho Federal de Psicologia (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2012), e da Resolução N° 466/12 que se baseia nos princípios da bioética e informa sobre a **autonomia**, privacidade, sigilo, benefícios, riscos, não maleficência, justiça e equidade em relação à pesquisa. Nesse aspecto, o respeito ao participante da pesquisa em sua autonomia, refere-se ao compromisso da pesquisa em assegurá-lo a capacidade de decisão sobre querer ou não participar da pesquisa, após manifestação livre e esclarecida (BRASIL, 2012d).

Salienta-se que a pesquisa foi realizada no CAPS AD, em uma sala de reunião, previamente contratada com os participantes da pesquisa. Após a fase da organização da pesquisa, foi definida data e hora para a realização da coleta, conforme entendimento de todos os trâmites expostos, considerando as questões éticas. Tendo em vista a privacidade, a pesquisa assegurou a não utilização das informações em prejuízo dos participantes, conforme Termo de Confidencialidade (APÊNDICE B). Para garantir o **anonimato dos participantes**, as fala não foram identificadas. Para tanto, foi utilizado o material resultante da coleta de dados, após conclusão da pesquisa, foi armazenado juntamente aos TCLE em um armário sob posse exclusiva da pesquisadora responsável, localizado na sala 1305B do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da UFSM, Rio Grande do Sul, Brasil. Decorridos cinco anos do armazenamento do material, o mesmo será incinerado.

Dentre os **benefícios** esperados, deseja-se contribuir para um maior conhecimento sobre o tema abordado que permita aos participantes da pesquisa a conscientização da

situação laboral decorrente das vivências da organização do trabalho. Da mesma forma, apontar a utilização de espaços coletivos de discussão como capaz de propiciar melhores condições no desenvolvimento de seu trabalho. Outro benefício esperado é provocar reflexões que possibilitem o surgimento de ações que visem à potencialização e transformação no trabalho do CAPS II.

Com relação aos **riscos**, a pesquisa buscou a minimização de qualquer tipo aos participantes. Todavia, considerando o tema do projeto de pesquisa, avaliou-se a existência de riscos indiretos aos participantes, como por exemplo, algum desconforto ou constrangimento ao falar sobre questões concernentes as experiências vivenciadas pela organização do trabalho. Foi exposto que caso houvesse sido identificadas situações que apontassem para um mal-estar em algum participante da pesquisa, a pesquisadora pausaria ou até encerraria naquele momento a sessão e o trabalhador seria convidado a participar (caso se sentisse melhor) em outro momento. No entanto, não houve nenhuma situação.

O TCLE foi apresentado aos participantes, tendo a clareza sobre todos os aspectos relevantes da pesquisa, tais como a justificativa, objetivos, metodologia, riscos, benefícios, bem como informações sobre eventuais acompanhamentos de saúde mental aos participantes da pesquisa, quando entendessem necessário. Dessa forma, a pesquisadora, junto às pesquisadoras responsáveis comprometeu-se em assegurar atendimento, se necessário, no Curso de Psicologia, na UFSM, para que então pudessem sentir-se seguros e autorizar sua livre participação. Isso, além de informações sobre a garantia de manutenção do sigilo e da privacidade dos participantes da pesquisa durante todas as fases da pesquisa (BRASIL, 2012).

CAPÍTULO IV

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Análise da Psicodinâmica do Trabalho

Neste capítulo serão apresentados e discutidos os resultados obtidos neste estudo, conforme interpretação e categorização resultantes da técnica de análise empregada, de cujo curso foram reveladas e estão dispostas em três categorias, aqui organizadas em eixos: *organização do trabalho; mobilização subjetiva e sofrimento, defesa e patologias*, guardando

relação com o objetivos da presente dissertação. Destaca-se que estes resultados serão discutidos à luz dos pressupostos teóricos da Psicodinâmica do Trabalho.

4.1 EIXO I - Organização do Trabalho

A seguir serão apresentados os resultados e discussão com a caracterização da organização do trabalho.

4.1.1 Trabalho Prescrito e Real

“Mas mesmo o serviço tendo esse diferencial, o profissional pode correr o risco de acabar sendo tarefeiro, mesmo com essas diversidades”.

O coletivo de pesquisa acredita que o cotidiano de trabalho pode trazer alienação ao trabalhador, pois o submete a processos burocráticos, às normas, favorecendo o desenvolvimento do trabalho de maneira mecânica. Referem que para superar esta rigidez e transpor as barreiras do trabalho prescrito investem na formação.

“Tu acha que tu ta fazendo o teu trabalho, que é a burocracia [...] tu tem um horário para atender daí tu fica ali no teu tempo, aí tu sai, tu almoça, tu volta. Se teu paciente vem tu atende, se não, tu faz outras coisas, e tu fez teu trabalho”.

Os trabalhadores relatam maneiras de como as regras de trabalho se mostram, “... se o paciente vem tu atende, se não tu faz outras coisas.”, ao mesmo tempo, como os trabalhadores adaptam-se a elas, de forma cômoda. Ainda, apontam que o trabalhador pode enfrentar os engessamentos cotidianos, através da disponibilidade para a atividade.

De acordo com Mendes (2007) o trabalho funciona como fonte de prazer visto por meio da contribuição à identidade, à realização, ao reconhecimento e, possibilita tanto criar novas formas para executar uma tarefa, como condições de socialização, de viver o trabalho coletivamente. Mas pode ser fonte de alienação e se tornar patológico quando há falhas nos modos de enfrentamento das dificuldades impostas pela organização do trabalho.

(...) enfrentar o real do trabalho implica, para aquele que não desiste diante da dificuldade, mobilizar uma inteligência e uma engenhosidade as quais se pode mostrar que passam por transformações da subjetividade e da personalidade. (Dejours, 1997. p.37)

Entendem que para superar as normas buscam realizar investimentos na formação. Demonstram-se como um serviço que possibilita a circulação de ideias por meio de espaços

para pesquisas e formação acadêmica e profissional como o, Programa de Residência Multiprofissional e Programa Educação pelo Trabalho para Saúde (PET-Saúde).

“Tem estudo pesado desta equipe e uma estratégia que eu percebo para as coisas serem assim, [...] a abertura para a pesquisa, Escola de Redução, a Residência, tem estagiário, tem PET. Nesse espaço circulam estas ideias, sempre. Os referenciais circulam”.

“Estudar dá um gás”.

“Claro, aí tu estudar e botar na prática [...] Importante tu ter isso aqui para ti ir vendo”.

Em estudo, a forma que os trabalhadores de um CAPS encontraram para lidar com as demandas de sofrimento de seus usuários e familiares, e com isso, se proteger foi o conhecimento teórico (ATHAYDE, 2011). Os trabalhadores desta pesquisa, apontam que estudos sobre os referenciais da Clínica Ampliada, Redução de Danos, contribuem para construir formas de trabalho. E, esse investimento da equipe na formação em serviço ajuda a intervir, a reinventar a prática e especialmente a entender melhor seu fazer. Com isso, buscam ser críticos com seu trabalho.

“[...] A gente vai descobrindo outras questões a se estudar que vão dar respostas até a forma da gente vir a intervir. É um processo de crescimento profissional, de não ficar estagnado na tarefa, ir lá bater ponto e tal, e não deixar este turbilhão do cotidiano te atropelar. [...] sem conseguir pensar o que aquilo pode de fato produzir para quem tu esta oferecendo o serviço”.

“Quando tu estuda clínica ampliada, quando tu estuda redução de danos é isso que tu aprende”(esta referindo-se a realizar as atividades a partir do olhar direcionado ao usuário).

Salienta-se que a Reforma Psiquiátrica ainda é um processo em construção, que tem produzido rupturas éticas e inovações das práticas assistenciais. Ela tem investido na criação de serviços e qualificação técnica (FIGUEIRÓ e DIMENSTEIN, 2010). Nesse sentido, os trabalhadores apontam o investimento em estudos em clínica ampliada, política de humanização, redução de danos, considerando os pressupostos da saúde coletiva, no campo da saúde mental. Isso reforça a direção de uma clínica psicossocial, fundamental para avançar a Reforma Psiquiátrica.

O enfoque das discussões e a finalidade do CAPS têm sido na direção de buscar fortalecer o vínculo com diferentes serviços para superar os estigmas produzidos no ato de fazer saúde.

“Uma finalidade de tirar um pouco a especificidade do negócio do álcool e drogas, porque tem uma cara de estigma tão grande, que parece que as pessoas são tão diferentes que tem que ser atendidas só aqui [...] A gente tem que produzir uma função de chegar para os outros setores: esses caras, eles podem estar aqui! E a gente faz esta ponte”.

Apesar de o usuário estar no centro da discussão, o investimento na clínica do sujeito que considere a singularidade não está claramente demonstrada, do ponto de vista de referenciais específicos. Palombini, et al. (2014) apontam que a realização da clínica capaz de incorporar a subjetividade dos sujeitos ainda é um desafio no tocante à saúde coletiva. A autora recorre à psicanálise para reposicionar a clínica tendo como centro o sujeito, com sua participação ativa.

Segue apontando que a saúde coletiva tendeu, por algum tempo, a se posicionar contrária a clínica individual, pois a entendia em contraposição às práticas de promoção e prevenção coletivas. Porém, ela não se situa reduzida ao individual.

Em consonância com essas afirmações, Campos (1997) vai questionar a clínica do sujeito e apontar a importância de sua ampliação, pois é em sujeitos que os problemas de saúde acontecem, devendo ser considerados os aspectos subjetivos e sociais de cada usuário. Portanto, a clínica se faz por meio da escuta e da palavra, de ações de educação em saúde, da reconstituição de vínculo entre o clínico de referência e o usuário. Assim, supera-se a fragmentação entre a biologia, a subjetividade e o social, operando projetos singulares mais amplos.

Por conseguinte, embora os trabalhadores considerem a subjetividade dos usuários quando na construção da atividade, nas intervenções clínicas, aliás, pouco citadas, não demonstram nenhum direcionamento para um referencial clínico específico.

“E quando a gente se pergunta: será que aquela atividade tá legal [...] tu para e pensa, então, não está só no fazer. Vamos estudar sobre, o que a gente pode fazer?”

“Não tem como fazer as coisas mecânico, sem pensar junto, ou pensar o que aquela pessoa (usuário) está desejando”.

Busca-se não o assujeitamento do usuário, mas sim o encontro com o desejo, com a autonomia do sujeito. No processo de pensar a prática (considerando o usuário) atrelada ao investimento teórico, os trabalhadores acreditam que resulta na qualificação do cuidado.

A relação que buscam estabelecer junto ao usuário, a partir da escuta, da construção coletiva do processo terapêutico, produz diferença e este encontro com o novo a cada intervenção ajuda a refletir sobre o trabalho. No entanto, não é uma garantia de crítica ao prescrito.

“Mas mesmo o serviço tendo esse diferencial, o profissional pode correr o risco de acabar sendo tarefeiro mesmo com essas diversidades”.

É importante destacar que o trabalhador faz um esforço grande para enfrentar aquilo que é prescrito na organização do trabalho, sendo que esta o prejudica quando não permite à subversão do trabalho prescrito, a utilização da inteligência prática, o uso da criatividade para superar as dificuldades. Para atingir o objetivo de enfrentar aquilo que não é prescrito o trabalhador recorre à mobilização subjetiva, já que o conhecimento e a técnica são insuficientes ou falhos para assegurar o processo de trabalhar (DEJOURS; GERNET, 2011, p.34).

Apesar do empenho, os trabalhadores do CAPS ainda recorrem a práticas em saúde mental por eles criticadas. Um exemplo disto é a descrição de uma intervenção adotada em situação de crise de um usuário, não havendo um planejamento sobre a condução do caso.

Os recursos técnicos utilizados incluíram a participação de trabalhadores que não estão mais com vínculo institucional no serviço. Além disso, o investimento em referenciais da saúde coletiva, como clínica ampliada, redução de danos não se mostraram suficientes para essa intervenção, já que, o uso de medicações, foi o único recurso descrito.

“O menino psicótico bem agudo: Tá o que a gente vai fazer tendo que dar conta de uma outra demanda, de pesquisa de parceiros que eram do CAPS e não estão mais. Oh, vocês podem ajudar? (se referindo a pessoas que não tem vínculo formal de trabalho). O cara foi lá, planejou junto: o cara tomou medicação. No outro dia ele vem aqui (usuário), dá bom dia, pede para tomar banho. E pensei, que bom que ontem a gente manejou daquele jeito, não chamou a polícia, investiu no recurso que a gente tinha. A gente seguiu aqui uma situação de crise”.

“Tomou remédio quinta e tomou sexta”.

“A maneira de acessar ele para tomar medicação é através do café”. (As três falas referem-se à intervenção realizada com um usuário do serviço).

Conforme Lancman (2008) o trabalho no CAPS é considerado desestabilizador, pela proposta de cuidado que oferta e pelas situações-limite de trabalho, que comumente afetam dimensões subjetivas da vida do trabalhador. A autora exemplifica tais situações como casos de suicídio, mutilação do usuário. Soma-se a isso, a imprevisibilidade e a dificuldade de organizar planos antecipados em muitas atividades.

Existe uma prescrição aos serviços de CAPS como: realizar o acompanhamento clínico, trabalhar a reinserção sócio-laboral, mas também intervir em situações de crise. No entanto, a intervenção encontrada foi o uso de medicações, evidenciando que recorreram a práticas que eles criticam, dentro de um paradigma biomédico e manicomial.

Salienta-se que em certas situações semelhantes é necessária uma primeira intervenção nos cuidados básicos com o corpo, o usuário em crise pode ser medicado, mas também

acompanhado por equipe multiprofissional, que ampare a proposta de tratamento interdisciplinar, a partir da construção de um plano terapêutico singular. Tratamento esse que oportunize a substituição do estigma de usuário de drogas, sustentado muitas vezes pelo mote de doença incurável, para um espaço de fala, que contribua para a reorganização psíquica e reaproxime os sujeitos de si mesmos.

O estudo de Ferrer (2009) aponta que, no caso do trabalho em CAPS, a falta de conhecimento sobre intervenções em situações de risco ou crise costuma provocar maior angústia e insegurança nos trabalhadores. Talvez tais aspectos, na intervenção relatada, tenha restringido o uso da criatividade para inventar outros modos de intervir, construídos a partir da escuta do sujeito, da incursão da subjetividade do trabalhador. Tampouco houve um espaço de discussão capaz de colocar em análise suas práticas.

As contradições entre o prescrito e o real provocam o engajamento da subjetividade na busca de realização do trabalho (MENDES, 2007). E é sobre as vicissitudes da organização do trabalho, no real que os trabalhadores precisam superar a lógica manicomial, biomédica.

Os referenciais que estudam não são qualificados para discutirem intervenções em crise? Em que medida o conhecimento adquirido, por meio de estudos, com a supervisão clínico-institucional, com a Escola de Redução de Danos, consegue sustentar a práticas dos trabalhadores? Pois quando há situações graves o modelo adotado é o biomédico; isto é, se tomou remédio, ficou bem! Os trabalhadores afirmam que estudam clínica ampliada, acolhimento “acho que isso sustenta muito a gente aqui dentro”. Mas o que os difere do conhecimento que possuem para outros serviços de saúde?

Além disso, na intervenção exposta destaca-se a valorização do trabalhador que “pega junto”, isto é, aquele trabalhador que se dispõe a estar junto em todas as situações, característica que investem enquanto construção de identidade. Nessa intervenção relatada, envolveu-se um ex-residente que ainda participa de projetos no CAPS.

No registro do diário de campo apontam-se outras situações que caracterizam o “pegar junto”, uma delas demonstrada durante as sessões grupais, onde houve no primeiro encontro a participação de acadêmicos e estagiários. Nesse sentido, a pesquisadora questiona o coletivo de pesquisa sobre o contrato inicial realizado com o grupo desde a fase da organização da pesquisa, que previa nas sessões grupais a participação de trabalhadores (concursados e contratados) e residentes.

Como devolutiva ao questionamento feito, os trabalhadores perguntam: “Pra ti não tem problema? Se para ti não tem problema (afirmando a posição do coletivo pela participação de todos)”. Na mesma hora, lembra-se que nem todas as pessoas que estão no CAPS, na condição de

trabalhador, passam pelos mesmos processos de trabalho, pois há situações contratuais e relações de trabalho diferentes.

A identidade do serviço passa pela construção de um lugar comum a todos, ou seja, para o estagiário, o residente, o bolsista, o concursado, o contratado. Dessa forma, valoriza-se que todos vivam os mesmos processos cotidianos de trabalho. Em certa medida, uma rede protetiva contra o sofrimento do trabalho.

“Sempre teve uma discussão no CAPS de construir um lugar para o estagiário, sendo da equipe, como sendo estagiário [...] o residente. Vive as mesmas coisas. As mesmas coisas, não! Mas, enfim, está incluído no processo”.

Na busca de reinventar o prescrito pensam em produzir relações de trabalho diferentes, no entanto, por pressões da gestão em saúde e também dos usuários apontam que tiveram que endurecer suas práticas, com o estabelecimento de regras e protocolos. Para tanto, contaram com o apoio de outros serviços de saúde mental, que já possuíam uma experiência no atendimento a usuários de álcool e outras drogas, assim como, na dinâmica do sistema público de saúde do município. A partir de então foi possível ir delimitando o trabalho nesse serviço.

“A gente a partir daí teve uma discussão, chamar o pessoal dos outros serviços. A gente não tem que operar como manicômios, mas também o usuário que chega aqui precisa de um certo controle, porque ele vem de uma rotina, de uma vida onde ele está pedindo (controle)”.

“A gente começou instituir isso (protocolos) num movimento de sofrimento intenso, de pressões”.

Colocam como foi difícil instituir normas de trabalho. Talvez, pois no início do serviço os trabalhadores entendiam que a norma era trabalhar a partir do desejo do usuário, que, no entanto, nem sempre é de produção de saúde. As regras estavam permeadas por um ideal de liberdade, que está atravessado pela flexibilização nas relações de trabalho.

Todavia, relatam situação de pressões na direção do CAPS definir seus contornos, e que isso gerou sofrimento. Esse se origina do confronto entre o prescrito e o real, isto é, as regras, a rigidez impostas pela organização do trabalho, de um lado; e de outro, os desejos, anseios e ações desenvolvidas pelos trabalhadores para executar as tarefas (MORAES; GARCIA, 2011).

Ainda, Dejourns (2012) aponta que seguir a prescrição à risca significa inviabilizar o trabalho. É necessário que o mesmo coloque sua criatividade para a realização deste trabalho, pois ao se limitar às prescrições, a produção estaria em colapso. Observa-se que “o trabalho é a atividade para realizar aquilo que ainda não está prescrito pela organização do trabalho” (Dejourns, 2011, p.78).

Referem que instituíram protocolos para organizar os processos de trabalho, mas, principalmente, pela pressão da gestão, dos serviços e dos usuários. Isso se deu com algum sofrimento, pois, acreditavam ser contraditório ter regras, já que entendem a relação com o usuário como permeada pela construção de liberdade e autonomia. Dessa forma, foi necessário significar os protocolos de modo a entender que há envolvido neles um paradigma de cuidado.

“A diferença esta no modo como o protocolo foi criado. A função terapêutica de ter protocolo que marcam um certo controle, que dão certa segurança para o cara [...] Eu entendo que no início foi difícil a gente teve que sofrer na carne. Que a gente achava que era contraditório ter estas regras”.

“Porque todos eles foram muito revestidos de cuidado [...] Cada protocolo destes, pra mim, é bem claro, que é um jeito de cuidar melhor do que a gente cuidava na época”.

“[...] e a gente foi experimentando. A diferença, um jeito de cuidar”.

Para Figueiredo (2005), os protocolos contribuem para a organização do trabalho, mas o automatismo dos protocolos de intervenção que ditam o que fazer a priori, pode tornar-se um risco à medida que endurecem as relações. Destaca-se que no CAPS AD, por exemplo, só recebe o primeiro atendimento quem possui o cartão do SUS. Outra situação é que em crise, encaminha-se para o psiquiatra. Isto funciona como anteparo real e dá mais segurança ao trabalhador mas, muitas vezes, não é suficiente para o enfrentamento de situações cotidianas de trabalho.

Ainda, tais protocolos traduzidos como forma de cuidado podem funcionar ou não funcionar.

“Mas tem uns movimentos de tentar instituir uns jeitos de estar pensando as coisas [...] aí funciona, não funciona, funciona por um tempo, daqui a pouco já não dá mais para fazer, por que a gente não consegue mais se juntar para fazer”.

“A gente construiu um jeito de trabalhar que a gente trabalha com oferta e não trabalha com uma lógica a gente vai fazer tal ação visando tal resultado. Quando trabalha com uma oferta a gente sabe que pode não dar certo. Está no jogo, sabe? O negocio é servir para reforçar o vínculo, servir para conhecer um pouco mais o usuário [...]”.

“Até por que não é uma expectativa nossa (que o trabalho investido no usuário resulte sempre positivamente do ponto de vista do investimento do usuário no tratamento)”.

Observa-se, com isso, que os trabalhadores não valorizam o resultado do seu investimento subjetivo na atividade. Assim, salienta-se que é na busca por resultados que o trabalhador pode flexibilizar o prescrito, obtendo um real em que percebe o resultado de sua ação. Pelo contrário, não fazem “cobranças” sobre o seu trabalho, nem buscam a “perfeição”

do mesmo. Utilizam estratégias de defesa frente ao que poderia produzir ansiedade e sofrimento.

Ainda, o excesso de carga de trabalho traz dificuldade aos trabalhadores em pensar sobre o próprio trabalho.

“Como todos os profissionais estão em alguma atividade que a gente não consegue parar para organizar um plano B [...] a gente não consegue pensar, dar conta o plano A, com o cuidado com o colega, com o cuidado do usuário (fala cansada) [...] tu mal dá um respiro para ti pensar no que tu vai fazer na semana, com uma qualidade”.

Essa fala não ressoa nos demais trabalhadores, o que talvez reforce que em algumas situações há um grupo cansado para realizar a transformação na organização do trabalho. Para tanto, é imprescindível ao trabalhador buscar recursos para o engajamento da mobilização subjetiva.

4.1.2 Condições de Trabalho

Como em outros estudos, as condições de trabalho aparecem de maneira relevante na contribuição ao sofrimento do trabalhador (CASTRO e MERLO, 2011; RÉGIO e OLIVEIRA, 2010; FERRER e HENNINGTON, 2009; RAMMINGER e BRITO, 2008). Nesse estudo, fica evidente que as limitações vivenciadas pelos trabalhadores são referidas pelo pouco apoio da gestão, demonstrada na falta de recursos materiais, nas más condições da estrutura física do serviço e na falta de trabalhadores concursados.

Tais condições precisam ser compreendidas a partir da contextualização da história do CAPS, tem sido apresentadas pelos trabalhadores na etapa da organização da pesquisa, que compreendeu as primeiras inserções da pesquisadora no campo, com o acompanhamento das atividades e a pesquisa documental.

O CAPS AD foi proposto, no município, a partir de uma demanda para o atendimento de usuários de drogas, especialmente de crack, sendo que nos primeiros anos o serviço foi chamado de “CAPS Crack”. Quando da composição da equipe, alguns trabalhadores foram chamados por concurso e outros remanejados de serviços de saúde mental do município. E, desde esse momento, a equipe é constituída por um corpo mínimo, conforme estabelecido pela Portaria 336/2002 (BRASIL, 2002).

A alocação do serviço deu-se em uma casa alugada, sendo que a primeira foi uma casa ampla, no centro da cidade, com uma estrutura que teve que ser adequada, de acordo com a

vigilância sanitária. No entanto, não havia materiais suficientes para que os trabalhadores propusessem as atividades terapêuticas.

A permanência nessa casa ocorreu por aproximadamente dois anos, pois os moradores da vizinhança fizeram abaixo-assinados pedindo a retirada do CAPS, pela dificuldade de convivência com usuários de álcool e outras drogas. Logo, a situação ficou insustentável e o serviço teve que encontrar novo endereço. Destaca-se de que no período a casa não possuía identificação de serviço de saúde.

Na atual casa, também no centro, os trabalhadores e usuários enfrentam a mesma precariedade na estrutura física, pois apesar de salas amplas, são pouco acolhedoras e há restrições de materiais para as atividades. Salienta-se, também, que o serviço passou aproximadamente três anos sem os vínculos institucionais, tanto com a Secretaria de Saúde do Estado como com o Ministério da Saúde. O serviço foi aberto em 2009, porém somente em 2013 finalizou-se o cadastramento, obtendo as autorizações institucionais necessárias. Isso refletiu dificuldade de acesso a recursos para gerir o seu trabalho.

Nessa direção, ainda hoje, os CAPS têm problemas na aplicação de seus recursos financeiros em prol das atividades, pois os trabalhadores não os gerenciam. Além disso, não sabem especificar quais os valores totais que recebem e quando fazem solicitação de recursos materiais, encontram inúmeras dificuldades oriundas da burocracia envolvida.

Com relação ao número de profissionais, citado pelos trabalhadores, a falta desses parece ser um problema histórico. Nas conversas com os trabalhadores pode-se compreender que há uma série de solicitações para a secretaria de município da saúde, que em sua maioria não são atendidas.

Um exemplo disso é a carência de trabalhadores para o cargo administrativo. Sua falta, em muitos momentos da história do serviço fez com que o envio de documentos, como listas de passagens e alimentação, para os usuários, assim como, o Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS) não fosse enviado aos órgãos de gestão da secretaria de saúde.

Além disso, a partir da alimentação de dados no sistema sobre as ações realizadas, o CAPS recebe um adicional de valor, que é variável. Ou seja, quanto mais o CAPS produzir atividades e registrá-las no sistema, mais recurso virá.

Vale dizer que isso tudo por meio de um formulário de atenção psicossocial, o RAAS. Ele contempla a identificação do usuário do SUS, com dados de identificação pessoais; dados do atendimento, com o registro da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID); informação sobre uso e abuso de álcool e/ou outras drogas; se

existe cobertura de Estratégia de Saúde da Família (ESF) na região de moradia do usuário; ainda, informações sobre as ações realizadas no CAPS ou no território.

Para os valores dispensados por ações realizadas, isto é, atendimentos individuais, intervenções grupais, entre outras, há um valor fixo, em torno de 38 mil, independente do preenchimento, e outro valor variável, a partir da alimentação desses dados. Atualmente ela tem ocorrido de forma inconstante, pois não possuem conhecimento e formação técnica suficiente. Segundo alguns trabalhadores, houve uma capacitação, mas pouco qualificada, pois não foi realizada por um técnico que entendesse sobre o formulário, e isso gerou algumas dúvidas por parte dos trabalhadores que não foram esclarecidas.

Diante dessa realidade “a gente pede um administrativo. Já fizemos várias solicitações por meio de memorando. Mas a secretaria diz que não haverá reposição neste momento. Aí, algumas vezes, o serviço não envia um documento ou outro, como a listagem de passagens, de alimentação. E se perguntam, a gente justifica que é pela falta de profissional específico”.

Nesse sentido, quando no início da pesquisa, havia três profissionais contratados, duas enfermeiras e uma assistente social. Todos três sabiam que seus contratos findariam no mês seguinte. Tal situação provocou nesses trabalhadores instabilidade, especialmente pela questão financeira. No entanto, o tema: a saída e a falta dos trabalhadores nas atividades do serviço foram discutidas em reuniões de equipe apenas na última semana de trabalho desses profissionais.

Na primeira situação trazida pelos trabalhadores, relacionam-se com dificuldade na construção conjunta de trabalho com a gestão, até mesmo, uma maior autonomia sobre seus recursos financeiros. Isso fica visível quando apontam a falta de recursos materiais para desenvolver o trabalho.

“O ideal seria que a gente disponibilizasse o que o cara quer, não o que o serviço tem. Mas para ti disponibilizar o que o cara quer, por exemplo, para uma oficina de grafite tu tem que ter material para isso, [...] ter uma gestão que trabalha junto contigo. Tu pode até disponibilizar uma oficina, mas ela precisa ter um suporte mínimo”.

Há uma crítica à gestão que centraliza as decisões econômicas e, portanto, minimiza a autonomia do serviço, que é o mais qualificado para aplicar seus recursos em atividades estratégicas, a fim de alcançar os objetivos de seu trabalho na relação com o usuário. A cada proposta de trabalho pensada, os trabalhadores do CAPS precisam listar os materiais necessários e pesquisar orçamentos; e, muitas vezes, abrem-se processos de licitações. Contudo, não é garantia de que terão os materiais de trabalho.

Isso desmobiliza o trabalhador a envolver-se com a gestão do serviço, inclusive com o planejamento das ações. Martins (2012) afirma que a qualidade dos serviços está ligada a muitos fatores, dentre eles, as condições de trabalho.

Todas as atividades propostas precisam ter condições favoráveis para serem desenvolvidas. Ao citar uma das propostas com que trabalham, a ambiência, os trabalhadores compartilham com a gestão da saúde sobre as condições da estrutura física, que reflete na qualidade da oferta e na forma como pensam a construção do próprio trabalho.

“mas a gente sabe que não é tu colocar uma ambiência e tá pronto! Não existe. A gente vai colocar do jeito que a gente consegue, dentro do possível, dentro do ambiente físico é deficiente”.

De maneira não tão expressiva, o número de profissionais concursados e/ou contratados é trazido de forma insuficiente frente a oferta de atividades. Nesse sentido, a realização das atividades com um número maior de profissionais possivelmente fizesse a diferença nas atividades desenvolvidas.

“Eu vejo como grande dificuldade é o número de funcionários”.

“Faz diferença na atividade (o número de trabalhadores)”.

Nos relatos registrados no diário de campo, os trabalhadores trazem histórias sobre a entrada de usuários e dos próprios trabalhadores no serviço. Contam que pela manhã, sempre é preciso um trabalhador aguardar a chegada de um outro colega para abrir o serviço, então, os usuários podem entrar. Essa dinâmica foi estabelecida a partir de uma situação em que um usuário obrigou uma trabalhadora a abrir a porta de manhã e ficaram os dois sozinhos dentro do CAPS. Embora o usuário não estivesse em crise, o relato da trabalhadora foi de momentos de medo e tensão, até a chegada de outros usuários e trabalhadores.

Conforme estudo de Santos-Junior (2009) o CAPS segue a premissa da universalidade. Nessa situação é preciso questionar como a organização do trabalho pode oferecer recursos para regular a carga psíquica do trabalhador diante da imprevisibilidade. Observa-se que as condições de trabalho são importantes ao logo da história da loucura, sendo determinante, nas décadas de 70 e 80, para a ruptura do paradigma psiquiátrico no Brasil. Ainda, salienta-se que os trabalhadores tiveram um papel ativo nesta mudança, pois as condições de trabalho suscitam ameaças de greves, mobilização em manifestações coletivas, as quais incluíram familiares e usuários dos serviços de saúde mental (BRASIL, 2001).

Embora o trabalho no CAPS aponte para relações socioprofissionais flexíveis e o discurso dos trabalhadores também, a organização do trabalho demonstra-se, muitas vezes, inflexível, tendo o trabalhador que se submeter a condições já impostas para permanecer na equipe. Assim como em estudo de Santos-Junior (2009), nas relações socioprofissionais entre os pares é percebido o apoio, o qual se sustenta mais pela condição de vulnerabilidade dos trabalhadores e menos por uma mobilização coletiva promovida pela atividade.

4.2 EIXO II - Mobilização Subjetiva

A seguir serão apresentados os resultados do eixo mobilização subjetiva, que inclui a inteligência prática, o reconhecimento, o espaço de discussão e a cooperação. As falas dos participantes ilustram cada um dos temas e são transcritas literalmente, em destaque.

A mobilização subjetiva é um elemento da Psicodinâmica do Trabalho que busca a transformação do sofrimento em prazer, em realização do trabalho. Salienta-se que é no coletivo que se encontra sua potência e que ela pode alterar a organização do trabalho, afetando a gestão, as condições de trabalho e as relações interpessoais.

4.2.1 Inteligência Prática

O uso da inteligência prática baseia-se no conhecimento adquirido pelo trabalhador considerando que, ninguém sabe melhor sobre seu trabalho que ele próprio, e, isto, acontece pela sua experiência no fazer do trabalho. Nesse estudo, os trabalhadores apontam que frente a situações já conhecidas, que por vezes lhes causaram sofrimento, foram aprendendo.

“A gente, no início bateu muito de frente, com essas coisas (com a gestão), a gente foi aprendendo como é que vai fazer para não bater de frente e compor [...]”.

Vale destacar que a experiência adquirida pelos trabalhadores possibilita-os entender que uma atuação permeada pelo confronto com a organização do trabalho não os traz benefícios, no sentido de obter realização, tanto que apontam à necessidade em estabelecer relações de composição e não de fragmentação.

Essa compreensão é possível a partir da análise do trabalho real e concreto como lugar de construção da identidade do trabalhador. Assim, considera-se que para transformar um trabalho que faz sofrer (confronto) em um trabalho prazeroso (composição) é necessário que a

organização do trabalho propicie maior liberdade ao trabalhador para usar sua inteligência prática (ALVES, 2014).

“A gente chegou em um momento que teve que fazer escolhas mais claras. Vamos escolher primeiramente fazer alguma atuação que a gente não se detone muito, que a gente possa se cuidar. Também, com o usuário, que ele sofra menos. E se tiver que ter um respaldo negativo na gestão, vamos cuidar que não seja contra de nos destruir enquanto serviço, de querer fechar”.

Os trabalhadores demonstram que essa tomada de decisão resulta na obtenção de proteção do coletivo e não de prazer. No uso da sua inteligência acabam preservando-se contra o aniquilamento, muito mais do que imprimindo seu potencial criativo para transformar a realidade. Nesse aspecto, o que pode contribuir para o pouco engajamento no trabalho é a restrição da liberdade do trabalhador e a falta de flexibilização da própria organização do trabalho, o que dificulta que o trabalhador imprima sua marca pessoal (MENDES E ARAÚJO, 2012).

A busca pelo prazer no trabalho se encontra na possibilidade do trabalhador vencer os desafios e encontrar soluções para os problemas cotidianos. Entretanto, isto é um longo processo, uma vez que exige passar pelos desafios do real do trabalho, pelo sofrimento. (MENDES e ARAÚJO, 2012).

Conforme Merlo e Mendes (2009) o engajamento da inteligência prática para a ressignificação do sofrimento ocorre no espaço da relação do sujeito com o real do trabalho. Ainda, ela torna-se possível nas relações socioprofissionais e pode permitir o reconhecimento nas dimensões do ser e não somente do fazer.

A gratificação e a mobilização da inteligência prática relacionam-se com a realização do trabalho, e, principalmente estão ligadas à constituição da identidade e subjetividade do trabalhador. Com isso, o trabalho poderá ser considerado um emancipador e não gerador de sofrimento (LANCMAN, 2004).

Na resolução de situações de trabalho utilizam como estratégia a compreensão da precariedade da gestão. Tal compreensão permite aos trabalhadores “se moverem” dentro da organização. Com isso, assinalam que sofrem menos.

“Agente pede um administrativo, pede, pede, mas não tem. A gente sofre um pouco, mas. A gente tem um município de gestão super precária e isso reflete direto na gente [...] Tem que aprender a se mover nesta gestão que é muito fragilizada”.

Observa-se que eles apontam que cada um possui um papel na rede de saúde mental, e a gestão em especial nas condições de trabalho. Realizar essa reflexão a partir da sua

experiência é importante, pois acabam evitando o desgaste frente ao adoecimento e aprendendo a trabalhar com isso.

“A gente veio para esta casa e não tinha corrimão. A gente não vai atender na parte de baixo enquanto não tiver corrimão. “Ah! Como que não vai ter atendimento o dia inteiro?”. O pessoal não vai descer escada sem ter corrimão, [...] a partir daí a gente conseguiu de alguma maneira entender um pouco isso”.

É interessante reiterar que eles usam estratégias de resistência para solucionar as dificuldades e imprevistos do real do trabalho, com isso buscam fazer com que a gestão olhe para o serviço. Ao mesmo tempo, essa estratégia reforça a postura de proteção e defesa do serviço, pois a não realização de um trabalho que promova a satisfação, sensação de que o trabalhador não conseguiu atingir os objetivos do trabalho e a falta de resolutividade é explicada por razão da gestão não proporcionar condições favoráveis. Contudo, os trabalhadores afirmam não transgredir as normas, mas sim, sustentar posicionamentos que forcem uma mudança de atitude da gestão.

4.2.2 Espaço de Discussão

O espaço de discussão é trazido nas sessões grupais como um lugar para dar voz ao sofrimento, prevenindo o adoecimento. Nesse sentido, tanto as reuniões de equipe como outros espaços de trocas informais são apontados como efetivos para a construção coletiva de um fazer cotidiano.

Frente a uma questão levantada sobre como pensam a resolução de situações de sofrimento, sinalizam que a troca entre os colegas é um dispositivo importante que consegue fazer com que dividam tais situações, pois desabafam e se apoiam. Sinalizam a comunicação como a base desse recurso que ajuda a diminuir angústias, amenizar e suportar o trabalho, mantendo o trabalhador saudável.

“Eu acho que todo mundo tenta resolver aqui dentro”.

“Mas eu sempre trago pros meus colegas, tanto individual como na reunião de equipe”.

“[...] e falam dos seus sentimentos “Olha, tô sofrendo com tal caso”.

“A gente utiliza este dispositivo de reunião para manter a equipe saudável. Eu acho que estas conversas [...] a gente desabafa, que tu esta tentando, que não está dando certo. Aí vem uma colega e te apoia”.

A criação de um espaço de discussão é importante, pois dá voz ao sofrimento dos trabalhadores e potencializar a mobilização subjetiva do coletivo para a construção das regras

sobre o fazer e o viver no espaço de trabalho (Mendes e Araújo, 2012). Para os trabalhadores, há construído no CAPS um ambiente de compartilhamento das situações de trabalho, o qual é reconhecido por seu potencial de apoio entre os colegas. Além disso, contribui para preencher a distância entre o prescrito e o real do trabalho.

Discutir situações de trabalho é essencial para este grupo, pois compreendem que produz saúde ao trabalhador. Apontam que as cargas de trabalho no CAPS são pesadas, pois os casos são complexos. Acrescentam que as relações estão permeadas por valores como o afeto e a preocupação com o colega.

“Quando eu trago e resolvo aqui entre nós, a gente junto vai conseguir construir juntos. [...] Todos os casos são complexos, com cargas super pesadas, afetivas, sofrimento e tal. Essa troca de afeto, discutir o caso, trocar um monte de coisa que ta ali, para a saúde da gente”.

O trabalho no CAPS exige dos trabalhadores que sua atividade seja realizada em conjunto, como um espaço coletivo de ação e reflexão de suas práticas profissionais, no qual as relações da equipe devem ser colocadas em discussão. Salienta-se, também, que as transformações do modelo de atenção preconizado pela reforma psiquiátrica precisam ser compartilhadas e, que, em muitos momentos, tais mudanças são vivenciadas pelo trabalhador do CAPS como um fator de prazer e sofrimento (GLANZNER; OLSCHOWSKY; KANTORSKI, 2011).

O espaço de discussão é um espaço de deliberação e construção de novas regras de trabalho, ancoradas na aprendizagem sobre o viver e compartilhar um ambiente de trabalho. Isto é, viver junto à experiência da pressão, da construção do sentido do trabalho, do sofrimento, o que implica, portanto, transformação do eu, além de pressupor a dimensão da convivência (DEJOURS, 1997, 1999a, 2004c).

A convivência melhora quando se entende a forma de trabalhar e de ser dos outros. Assim, propõe-se pensar que os acordos normativos técnicos e éticos entre os trabalhadores sobre a forma de trabalhar é um processo em construção de regras compartilhadas (LIMA, 2012).

Ainda, na discussão sobre a complexidade dos casos que os trabalhadores precisam discutir e resolver, no cotidiano de trabalho, é colocado um contraponto. Há situações em que apesar de haver espaços de troca, eles se sentem sozinhos e inseguros no processo de cuidado.

“Eu acho que se a gente tomar uma decisão errada aqui, tu pode estragar a vida de uma pessoa. Eu fico muito insegura de tomar uma decisão sozinha [...] também, para que não fique só sobre o profissional de referência”.

Os trabalhadores vêm reafirmando um espaço de construção coletiva sobre o fazer. No entanto, diante dessa fala apresentam uma incoerência, ou seja, a tomada de decisão é solitária? Ao mesmo tempo, a fala que segue não demonstra acolhimento com a insegurança apontada pelo colega, conforme dito inúmeras vezes pelos trabalhadores. Do contrário, parecem desconsiderar o conteúdo verbalizado, para reafirmar a existência de um espaço de trocas coletivo e efetivo.

“O plano (de trabalho) é construído com a pessoa, não é uma decisão minha [...] se eu tenho que tomar uma decisão, eu não sinto que é uma decisão minha, eu sinto que é uma decisão pelo coletivo, pelo fato da forma como a gente esta inserido na equipe”.

“Geralmente sempre tem gente para conversar, nem que tenha que ligar para alguém”.

Verifica-se na fala anterior que não houve senso crítico e promoção da conscientização dos problemas apontados pelo grupo. Talvez esse fato se dê porque as pessoas estão envolvidas no processo, com isso, muitas vezes não conseguem realizar uma avaliação crítica. Da mesma forma, esse espaço de discussão, facilitado pela pesquisa, não favoreceu que as pessoas discutissem sobre algumas questões relevantes do seu trabalho, tampouco compartilhassem da inteligência prática para solucionar situações sobre diferenças individuais do coletivo.

4.2.3 Cooperação

As dificuldades enfrentadas pelos trabalhadores os levaram a criar estratégias de cooperação. Relatam que uma delas é o desenvolvimento de relações solidárias, com o apoio do colega.

“O trabalho aqui tem problemas, sim, mas sempre tem alguém para te apoiar, diferente de outros trabalhos que eu tive que tu tem que resolver sozinho [...] Se tiver alguma coisa que esta me afligindo sempre tem alguém para te ajudar a responder [...] Acho que é muito forte a cooperação no trabalho aqui no CAPS”.

Diante dos problemas, a relação entre os colegas produz segurança e confiança, pois relatam que há uma disponibilidade para investir nesta relação e como efeito se produz cumplicidade. Isso não ocorre pelo estabelecimento de regras no trabalho, mas sim, espontaneamente. Para Lancmam e Sznelwar (2008) é necessário que haja o envolvimento da confiança e do espaço de discussão. As autoras apontam que a confiança, ética e visibilidade

são necessárias para que as pessoas possam cooperar. A cooperação aparece como uma linha de trabalho clara.

“[...] todo mundo trabalha igual, e quando precisa de alguma coisa a gente sabe pra quem recorrer”.

“Por mais que não tenha um núcleo, tem uma linha, capaz de dar o apoio”.

Os trabalhadores destacam a cooperação enquanto uma linha orientadora para o trabalho no CAPS, independente do cargo ou profissão que possuam. E ela ocorre a partir do comprometimento e disponibilidade do trabalhador para a relação com o outro. Entretanto, para o desenvolvimento da cooperação, é importante que haja vínculos sociais maduros, o que também, conforme afirma Alves (2014), é essencial para a Psicodinâmica do Trabalho.

Na clínica da cooperação, Dejours (2009) afirma que o coletivo de trabalho e a teoria do reconhecimento são essenciais para compreendê-la. Ainda, para ela se concretizar muitos desafios devem ser enfrentados, como a problemática da confiança, das controvérsias, das deliberações, da arbitragem e do consentimento.

Na direção do fortalecimento da confiança, demonstram que buscam a construção de laços afetivos, a partir da atenção ao outro.

Tem com o colega essa entrada pelo afeto.

O jeito de acolher o usuário não dissocia do jeito que tu acolhe o colega. Tem uma relação super boa com o usuário e com o colega tu nem está! Não separa.

A capacidade dos trabalhadores em construir laços afetivos favorece um espaço para a mobilização, para ressignificar o sofrimento e agir sobre a organização do trabalho, pois se coloca o investimento do corpo e do afeto do trabalhador. Mesmo ao relatarem uma das situações de difícil resolução no serviço, que gerou medo, apontam que ele pode ser superado por meio da cooperação, da solidariedade e confiança.

“Agora pensei a coisa de se ajudar: desde o momento que eu e a colega quase apanhamos, eu fiquei com medo, mas estava as duas lá, junto”.

“Porque uma pessoa sozinha não daria conta. Uma equipe inteira se divide”.

“A equipe pegar junto produz saúde para o usuário [...] E para nós, também”.

“Todo mundo atento... Isso é equipe”.

Essa produção de saúde relatada pelos trabalhadores pode resultar da ação coletiva. Ressalta-se que a mobilização subjetiva do trabalhador é o meio de construir o trabalho coletivo, embasado no aspecto da solidariedade, que de acordo com Rossi (2008), a solidariedade é essencial para o trabalho e favorece vivências de prazer.

Entende-se que o apoio da equipe é o ponto central para a estruturação subjetiva do sujeito. Nesse aspecto, o trabalho marcado pela solidariedade pode levar a um trabalho mais saudável. Na experiência do viver junto, do enfrentar a resistência do real, os trabalhadores constroem um sentido para o trabalho, para o sofrimento. Isto favorece o engajamento do trabalhador.

Com relação às diferenças de opiniões dos trabalhadores sobre seu contexto de trabalho, relatam situações distintas. Uma delas relaciona-se com o resultado do trabalho. Apesar de valorizarem uma relação sócio-profissional construída com base no apoio e no cuidado entre si, o grupo não se demonstra tão cooperativo quando não há resolutividade no trabalho. Nesse sentido, os encaminhamentos para tais divergências ocorrem de forma individualizada, isto é, um problema para o trabalhador resolver individualmente, e não uma tarefa do coletivo.

“Tem gente que consegue levar, eu acho que tem trabalhadores que vão conseguir levar bem. [...] tem gente que não percebeu ainda, que tem que trabalhar isso toda vez que acontece alguma coisa que é frustrante, que não deu certo”.

Assim, a cooperação, constituída de uma ação coordenada para construir um produto comum, conforme Mendes (2008) fica descaracterizada. Dejours (1999) observa que a tolerância e cumplicidade devem estar presentes no ambiente de trabalho e se as pessoas acreditarem que os problemas dos outros não lhes dizem respeito, logo, haverá descomprometimento nas relações de trabalho, e dificilmente conseguirá atingir os processos de trabalho.

A outra situação sobre diferença de opiniões refere-se aos membros da equipe afirmar que há diferenças que se tornam potentes na produção de cuidado. E é importante compartilhá-las, na busca de encontrar um lugar comum.

“Eu acho que a gente tem o espaço para o diferente”.

“É importante um não compartilhar com o outro, porque às vezes a gente se dá conta que não é bem assim”.

“Até quando um usuário chega para gente [...] e duas pessoas diferentes numa reunião, discussão de caso, “Ah! Eu não enxerguei assim, eu enxerguei que ele estava querendo dizer isso, aquilo”. Nenhum olhar está errado ao outro. E desse olhar diferente tentar achar uma discussão, algo comum”.

No espaço da diferença é possível rever opiniões, há uma abertura para discutir o fazer do trabalho, e, ao mesmo tempo, construir formas de lidar com o sofrimento; sendo que uma delas é a cooperação. A reunião de equipe é um espaço legítimo onde, por meio da comunicação, os trabalhadores tem conseguido discutir os seus diferentes posicionamentos. A participação coletiva e a possibilidade de aprendizagem e crescimento profissional dentro da equipe é condição para o desenvolvimento de um trabalho com qualidade.

Nesse contexto, este grupo demonstra que divergir não é ruim, ao contrário, contribui para o amadurecimento do coletivo. Além disso, nas falas acima referenciavam a potencialidade das discussões na composição e acompanhamento do plano terapêutico singular do usuário.

Salienta-se que as equipes de trabalho nos CAPS possuem a característica de se reinventar e recriar cotidianamente, na busca da produção de vida e saúde dos sujeitos em sofrimento (GLANZNER; OLSCHOWSKY; KANTORSKI, 2011). Disso, decorre a flexibilização de espaços de discussão e superação das controvérsias.

Em consonância, descreve-se um exemplo na discussão sobre redução de danos, política de cuidado adotada pelo CAPS. Na fase da organização da pesquisa, momento em que a pesquisadora pode conhecer o contexto de trabalho, conversar com os trabalhadores teve a impressão de que nem todos possuem a mesma compreensão sobre RD e sua utilização como estratégia de cuidado. Conforme diário de campo, uma trabalhadora afirma que gostaria, quando na intervenção com o usuário, reforçar a abstinência no tratamento deste, “mas a gente aqui trabalha com redução de danos”.

Qual a compreensão de redução de danos que os trabalhadores possuem? Pois, a redução de danos, considerada uma forma ampliada de olhar para a questão da droga, é eixo central da política atual do Ministério da Saúde para a atenção integral à saúde de usuários de álcool e outras drogas; e utiliza o rompimento com as metas de abstinência como única possibilidade terapêutica (CORTES, et al., 2014). Tendo em vista, uma abordagem humanizada, singular e integral, com o estímulo a autonomia do sujeito.

Ao mesmo tempo, questiona-se se ao trabalhador foi possibilitado espaço de escuta para a discussão e o acolhimento desse posicionamento, o qual a pesquisa conseguiu captar. Embora de maneira tímida, a trabalhadora colocou um ponto de vista diferente do restante do grupo. A equipe mostra-se cheia de contradições, já que afirmam que há espaço para a manifestação diferente quando opiniões sobre o cuidado divergem.

Ainda na perspectiva da compreensão que possuem sobre redução de danos, outro exemplo, referenciado pelo diário de campo, foi de uma trabalhadora em uma intervenção com um indivíduo em um plantão terapêutico¹. Tratava-se de um homem, saído de uma internação com a finalidade de desintoxicação, com histórico de tratamento e identificação com uma abordagem de abstinência e uma experiência, em uma internação em hospital geral, com a redução de danos, relatada por ele como “desastrosa”. Falava, ainda, que queria “por em prática os doze passos”, metodologia utilizada na perspectiva da abstinência.

Neste momento, a trabalhadora diz que “a abordagem do CAPS e dos Alcoólicos Anônimos é diferente, com o tempo, tu vai ter que optar”. Diante desse trecho da intervenção, coloca-se: A abordagem no tratamento não é construída com/a partir do usuário, ou seja, se ele quiser ficar abstinente, ele será excluído do serviço? Argumenta que o CAPS ao trabalhar com a redução de danos “trabalha a frustração caso fique muito fissurado e queira voltar a usar”.

Apesar dos trabalhadores salientarem que as controvérsias e as divergências possibilitam o amadurecimento do coletivo, também apontam que há normas criadas e investidas pelo grupo cotidianamente. Todavia, os trabalhadores que encontram dificuldades para a aceitação destas regras são excluídos, portanto, da equipe. Então, quais divergências são possíveis? Nesse aspecto, divergir das regras do coletivo torna o trabalhador vulnerável.

Uma das regras apontadas é o cuidado com o outro.

“A gente preza muito pelo cuidado do colega, aí começa a complicar muito [...] (se) começa a faltar muito, não cumprir horário [...] a pessoa não se sente bem, porque a gente cobra que a pessoa esteja ali [...] (Então) ela pede para sair, não consegue ficar na equipe”.

“Para quem ouve de fora parece que a gente tem pouca tolerância, [mas] faz parte da nossa constituição. Eu acho que tem que ter um acolhimento ao colega [...]”.

Uma das regras mais importantes construídas pelo grupo para se proteger das pressões do trabalho foi o cuidado com o colega, construído desde a implantação do serviço e traduzido principalmente pelo cumprimento de horários. Empenham-se na realização desse princípio.

“Por que a gente vai daí conversa e conversa e a pessoa continua complicando, não fazendo, não cumprindo”.

“A gente entende como descuidado contra os colegas, que sempre vai sobrecarregar se alguém não fizer sua parte. [assim] Não deixa chegar num grau de sofrimento maior”.

¹ Nome dado para o acolhimento de pessoas no serviço; sejam elas, usuários do serviço que precisam de uma escuta ou pessoas que procuram o serviço em situação de primeiro atendimento.

Do contrário, a falta de acolhimento é vista como inegociável nas relações, pois acreditam no acolhimento como uma maneira de manter a saudabilidade do grupo. Ao mesmo tempo, criam rigidez nas relações socioprofissionais impossível de ser sustentada por todos; e a cooperação, traduzida aqui pela solidariedade com o colega fica fragilizada em nome da norma estabelecida. Nesse sentido, há um contrassenso.

“A pessoa tem um tipo de pensamento de droga diferente [...] não é difícil de lidar com a diferença [...] Agora tem características de diferenças que não são negociáveis; estas diferenças que acabaram fazendo com que as pessoas pedissem para sair ou a gente pedir para sair. A gente teve que sofrer muito por causa disso. A gente teve um ano em que a gente tolerou uma colega, ficou o ano inteiro tendo que tapar o furo dela [...] a gente gostava dela, mas tinha estas questões de trabalho, de tu não saber quando pode contar com ela. [...] Como era ruim. Inclusive de fazer uma dramatização de como a gente ia falar para ela que a gente não queria mais ela na equipe”.

“E diferenças de opinião, isso não é um problema para nós, a gente consegue discutir e conversar, mas é essa coisa do não cumprir, sempre o problema na equipe é isso”.

As características da organização do trabalho manifestadas pela falta de condições de trabalho, pelo excesso de burocracia, pela exigência de bons resultados e traduzidas por pressões no trabalho conduziu os trabalhadores a buscar estratégias na direção da obtenção do prazer, dentre elas, a união e o fortalecimento do grupo de trabalho. Tais estratégias são incorporadas pelo grupo como regras fundamentais para o desenvolvimento do trabalho.

Para Dejours (1999), diante das pressões que o trabalho exerce o trabalhador busca subvertê-las por meio da reapropriação, processo pelo qual o sujeito não fica passivo às contradições do trabalho e cria formas para sua autorealização. Para tanto, essa subversão deve envolver uma dinâmica coletiva. Ainda, conforme o autor, essa dinâmica exige um comprometimento com os objetivos da organização, que é concreto, mas também simbólico.

A reapropriação contribui para que o trabalhador resista às patologias. É ela que pode permitir aos trabalhadores a mobilização que vai possibilitar mudanças necessárias para tornar o trabalho mais saudável (HELOANI; LANCMAN, 2004).

Conforme Mendes e Araújo (2012) a clínica da cooperação volta-se para analisar e potencializar a mobilização subjetiva, a construção de laços de ofício e de convivência de um mesmo coletivo. E é no coletivo que se encontra as possibilidades para a mobilização subjetiva, neste momento que o psíquico e o social tornam-se inseparáveis.

Como já visto umas das regras fundamentais construídas por este coletivo decorre do apoio ao colega, sustentado por relações solidárias e de confiança. Com isso, parece terem alcançado uma finalidade de proteção e segurança, que contribui para o não adoecimento. Entretanto, não é condição para a mobilização subjetiva do coletivo.

Então, às diferenças entre os trabalhadores, mostram-se um tanto quanto controversas. Pois, por um lado às diferenças de opiniões sobre o cuidado ao usuário são aceitáveis, potencializam o próprio cuidado e contribuem para o crescimento da equipe. Por outro lado a diferença que se refere a estar presente, dividir o cotidiano de trabalho e as atividades acordadas, torna-se um problema para as relações.

Nesse aspecto, a regra cristaliza-se, torna-se indiscutível e inflexível. O valor dessa regra diz respeito ao sentimento de que, apesar de todas as dificuldades vivenciadas pelos trabalhadores, a característica que deve sobrepor na equipe é a preocupação/cuidado entre si. E à medida que essa regra é quebrada, gera um sofrimento ao grupo, pois, acreditam que há um descuido com o trabalhador.

4.2.4 Reconhecimento

Os participantes da pesquisa relataram experiências de reconhecimento em duas situações mais claras, ambas pela retribuição de seus pares. Também, expressaram sentimentos de não serem reconhecidos, originados especialmente da relação com os superiores hierárquicos. Assim, o reconhecimento é apontado como uma retribuição das pessoas que obtiveram a vivência do trabalho no CAPS e também de pessoas que ouvem os trabalhadores relatarem sua experiência. Com isso, há uma valorização sobre a importância da atividade que realizam dentro do serviço.

“Quando eu ouço eles falarem em parceiros, eu fico pensando numa coisa menor [...] bacana quando alguém pede para estar aqui porque “eu conheço”, ou já estive como estagiário e acabou voltando porque acredita e quer estar junto nisso”.

“O pessoal que nos escuta fala [...] eu quero trabalhar com vocês”.

A experiência do reconhecimento, por um lado surge a partir do momento que as pessoas que conhecem intimamente o cotidiano de trabalho, vivenciaram o fazer e até mesmo os enfrentamentos dos trabalhadores, valorizam o engajamento e a proposta de trabalho do CAPS. Por outro lado, é possível compreender que “os parceiros”, considerados pelos trabalhadores, são aquelas pessoas que voltam ou gostariam de voltar a trabalhar neste serviço. Nesse sentido, o reconhecimento advém dos que são iguais, tornando tênue a possibilidade de críticas ao trabalho; do contrário, poderia ser fator de análise.

O reconhecimento, no campo do trabalho, funciona dentro do coletivo e para a Psicodinâmica do Trabalho é entendido como gratificação ou constatação, que passa pelo processo de julgamento (MARTINS, 2014). Para Dejours (2011) há julgamentos específicos,

o julgamento de utilidade e o julgamento da beleza. O primeiro diz respeito à utilidade da contribuição técnica, social e econômica do sujeito e é proferido pela hierarquia, subordinados ou clientes, neste caso, pelos usuários.

O segundo, diz respeito à qualidade, singularidade e originalidade de uma tarefa e é proferido pelos pares, por aqueles que conhecem bem as regras de ofício e o estado da arte. Neste aspecto, as pessoas que já vivenciaram a experiência de trabalho no CAPS avaliaram e julgaram o trabalho de forma positiva. Ainda, de acordo com Dejours (2010) o julgamento de beleza é expresso ou pode ser traduzido pelo vocabulário “belo trabalho”, “belo jeito de fazer”.

O reconhecimento também é evidenciado por instituições que não dividem o cotidiano de trabalho, no entanto, promovem neste cotidiano, condições favoráveis para a obtenção de prazer. Como efeito dessa retribuição, o trabalhador sente-se seguro sobre a sua atividade, e isso possibilita a realização e o engajamento do mesmo.

“A sensação é bacana quando [...] outros lugares o pessoal aponta “olha vocês tão fazendo uma coisa interessante”. Quem faz isso? Vem um pessoal do LAPPIS, e eles escolhem a nossa experiência que vão estar estudando. Estado, o pessoal vai lá e nos chama para falar sobre o protagonismo do usuário. Quem vem de fora consegue dizer, a gente se fortalece. Estamos indo pelo uma linha certa!”

Evidencia-se que o CAPS consegue por meio de seu discurso estabelecer, com as instituições de fora do seu município uma relação melhor, do ponto de vista do reconhecimento, do que com os demais serviços da rede municipal. Talvez, porque, por meio das construções discursivas, do testemunho do trabalhador sobre as práticas que buscam alcançar, muitas vezes, permeadas pela resistência, é que consigam a obtenção do reconhecimento. Assim como, a mobilização para concretizar seu trabalho.

De acordo com Mendes (2008) para que se obtenha prazer no trabalho e se consiga ressignificar o sofrimento transformando-o em realização, é necessário que o trabalhador se engaje. Para que isso ocorra é necessário reconhecimento. Ainda, a dinâmica de engajamento do trabalhador decorre da seguinte situação: o trabalhador contribui para o seu trabalho, a organização retribui (de maneira material ou simbólica) reconhecendo sua realização, assim, o trabalho torna-se prazeroso e o trabalhador engaja-se na ação.

A fragilidade desta dinâmica de engajamento é demonstrada no pouco envolvimento do trabalhador nos processos de gestão do próprio serviço. Todos os CAPS do município recebem um recurso mensal, no entanto, os serviços não possuem gerência sobre o mesmo; e, a maioria dos trabalhadores desconhece o valor deste recurso, conforme dito pelo trabalhador

e registrado no diário de campo, “bah! A gente não sabe quanto vem, porque estes valores a gente tem que implorar para reverter para alguma atividade aqui no CAPS”.

Na medida em que os trabalhadores não se envolvem com os recursos destinados ao CAPS, reflexo de uma organização que apresenta limitações (assim como toda a organização do trabalho), a mobilização para a criação e desenvolvimento das atividades fica prejudicada. O engajamento do trabalhador se depara com a desmobilização, pois há uma compreensão de que não haverá nenhuma retribuição material para o esforço por ele realizado. Salienta-se que o engajamento na tarefa não se dá apenas como consequência da autonomia na gerência dos recursos, mas encontra nela uma limitação significativa, pois restringe o poder decisório do trabalhador.

Contudo, retoma-se a questão do apoio da gestão como importante na sustentação da lógica de trabalho, mas, sobretudo, na sustentação da identificação subjetiva dos trabalhadores com a proposta antimanicomial. Portanto, sentir-se valorizado por instituições que não compõem a rede municipal de saúde, formal, embora traga certa segurança, como já apontado, traz também instabilidade ao trabalhador na direção de sua identidade, de acordo com a fala a seguir.

“[...] mas até que ponto esta sustentação ela consegue dar conta da gente aqui dentro? [...] quanto o serviço é capaz de resistir às várias tensões [...] quanto vale tu sustentar uma lógica dentro de um serviço, mas que fora, muitas vezes, uma parte da burocracia te limita”.

Esta parece ser uma importante questão colocada. Pois, quais aspectos conseguem produzir um efeito de sustentação dos trabalhadores dentro do trabalho, capaz de fazê-los suportar, resistir, mas também, reinventar o sofrimento? É possível compreender que o reconhecimento, oriundo do olhar do outro, é trazido como um aspecto fundamental para promover o engajamento do trabalhador.

Salienta-se que as políticas públicas de saúde mental, por meio de seus marcos legais e diretrizes, conseguem indicar um caminho de trabalho, dentro da perspectiva da reforma psiquiátrica. Entretanto, a prática da atividade realizada pelo trabalhador, no cotidiano, é um ato inventivo, que depende da criatividade do mesmo, das relações que se estabelecem no trabalho (relações sócioprofissionais, com os usuários, etc.), e, sobretudo, nas condições de autorealização possibilitadas pela organização do trabalho.

O trabalho, de acordo com Martins (2014), é o espaço para o sujeito agir e determinar o sentido da sua atividade, mesmo com privações intrínsecas à organização do trabalho, seja elas por dificuldades no registro do reconhecimento do trabalho. Ainda, trabalhar é afirmar a

possibilidade de construir coletivamente a atividade, encontrando obstáculos numa organização do trabalho dura. Desse modo, os trabalhadores citam que a burocracia limita e mata o desejo do trabalhador em ser reconhecido como alguém que usa seus conhecimentos dentro de uma causa maior e que, portanto, deveria ser notado.

“Tu deseja lutar e construir coisas, mas aí existe uma burocracia que esta a serviço de matar o teu desejo. Desejo de construir coisas que tu sabe que, de alguma forma, podem dar um retorno melhor, todos os processos, tanto teu de vida, quanto profissional, digamos, acreditar num processo que é atender a saúde do outro, não separada da tua”.

A burocracia é traduzida em uma gestão que se mostra pouco apoiadora das práticas do serviço, como consequência, tem dificuldades em ofertar retribuição aos trabalhadores. Por isso, um dos únicos momentos em que se questionam relaciona-se com a falta do olhar do outro e as implicações disso para sustentar o engajamento e a mobilização da subjetividade do trabalhador.

Conforme Mendes e Araújo (2012) o trabalhador deseja se engajar na atividade, mas muitas vezes o excesso de burocracia exigido nas organizações desestimula o potencial do sujeito. Com isso, ele perde a liberdade para transformar o trabalho, para colocar sua marca pessoal para o exercício do ser.

Acreditam que há uma afirmação sobre a necessidade da existência de serviços como os CAPS, mas que, de maneira geral, o cuidado ao usuário de drogas, na perspectiva do projeto terapêutico deste CAPS, não é algo considerado importante para a sociedade. E com isso, o objetivo do trabalho desenvolvido é pouco valorizado, reconhecido.

A visibilidade que buscam quando procuram inovar sua atividade entendem que não traz retribuição. De outra maneira, não traz uma vivência de prazer, ao contrário sentem-se solitários e não reconhecidos no seu fazer, que resulta, algumas vezes, numa posição de vitimização.

“Parece que tem que ter este serviço [...] eu quero que a sociedade veja que as pessoas fazem uma coisa bonitinha aqui. E quando aparece através de um grafite, daí a coisa apareceu, então, existe mesmo um usuário de drogas e ele apareceu ali ó, na fachada, sabe? Existe um serviço, mas não é para aparecer muito”.

“A gente aparece quando a gente esta lá querendo fazer alguma coisa diferente, aí não tem muito apoio, tá lá toda a semana pedindo, fazendo e aparecendo [...] E, no começo a gente se perguntava: é isso mesmo? Porque sempre tinha alguém querendo ir contra”.

Neste estudo, os trabalhadores não acreditam que haja uma consideração pela atividade por eles proposta. O investimento no tratamento do usuário, que envolve o

desenvolvimento do protagonismo e da autonomia, não é algo que tem resultado em reconhecimento do engajamento do trabalhador, especialmente quando há um esforço para realização de uma atividade inovadora no cenário municipal. Embora o trabalho seja construído na perspectiva de rede, acreditam viver a mesma exclusão dos usuários, pois ainda há muito preconceito na sociedade e nos serviços de saúde.

Há inúmeras atividades realizadas pelos trabalhadores que fazem parte da forma como ele engajará seu corpo para concretizar seu trabalho, sendo que a essência desse muitas vezes é imperceptível. Dessa forma, há várias atividades invisíveis antes de o trabalho tornar-se concreto. Ainda assim, poderão permanecer invisíveis para o expectador. Nesse aspecto, encontra-se dificuldade do reconhecimento do trabalho (Martins, 2012).

Em estudo com trabalhadores de um CAPS, sinaliza que eles esperam uma retribuição simbólica, espera que julguem seu trabalho, avaliem seu interesse e engajamento, julguem pelo valor social do que se faz. Aguarda-se um julgamento de utilidade social do trabalho como promotor de mudança na vida dos usuários do CAPS. Essas “avaliações possuem valor simbólico para o trabalhador, pois se reconhece o quanto ele investiu e investe para realizar a tarefa da reabilitação psicossocial” (SANTOS-JUNIOR, 2009, p.21).

Salienta-se que o julgamento realizado pelo social os coloca no campo da invisibilidade. Conforme Dejours (1999) o que é julgado não é a pessoa, mas o trabalho executado, sendo que o próprio trabalhador busca esse reconhecimento em relação ao seu fazer.

Para tanto, há um investimento da inteligência não somente corporal, mas fundamentalmente subjetiva e afetiva, que é ao mesmo tempo, invisível. Como afirma Dejours (2012).

“Todo lo que es afectivo y subjetivo no pertenece al mundo visible. (...) Hay en punto un problema central: no se puede medir objetivamente el trabajo. Se mide, por cierto, pero lo que se mide es el resultado del trabajo, nunca el trabajo mismo. Ahora bien, no hay proporción alguna entre lo visible y lo invisible, entre el resultado de la producción y el trabajo vivo que ha sido necesario desplegar para obtener ese resultado” (DEJOURS, 2012, p. 36).

A busca por uma política de saúde mental libertadora, na direção da construção coletiva do tratamento e autonomia dos sujeitos confere ao serviço uma identidade de resistência. A qual, muitas vezes, coloca os trabalhadores a lutar, no cenário municipal, pela efetivação do que acreditam dos princípios que estão estabelecidos no cotidiano de trabalho.

Como efeito, há uma compreensão de que são chatos e fazem seu trabalho de forma errada, assim, são mal vistos. Essa percepção, inclusive, minimiza a possibilidade de sentirem-se reconhecidos pelo que fazem.

“A gente é mal visto sempre, porque desde o começo a gente era ‘os malas’ que estava lá na secretaria de saúde [...] querendo uma casa para começar um CAPS. [...] Fiquei com esta coisa, que a gente é meio que o primo pobre, é o patinho feio! Então, quando a gente tem este reconhecimento [...] que o pessoal do Estado vê a gente como um CAPS que resiste, que luta e tal, é uma surpresa”.

Apesar da compreensão de que sua proposta de trabalho esta pautada em referenciais teóricos consolidados, a falta de reconhecimento tem feito com que os trabalhadores tenham a sensação e o seguinte questionamento: por que o que eu faço todo mundo discorda? Ao mesmo tempo, o reconhecimento tem sido visto por estes trabalhadores como uma surpresa.

Quando a gestão e os colegas, trabalhadores de outros serviços, não conseguem valorizar no trabalhador o ato de pensar, a sua experiência, dedicação e seu engajamento cognitivo, afetivo e físico, não há reconhecimento, no sentido da gratidão e constatação. Pois o reconhecimento é proporcional às contribuições, aos esforços (DEJOURS, 2011).

Nessa direção, segue algumas falas dos trabalhadores:

“Ele não é só tarefeiro (o trabalhador), ele pensa também. Quanto mais tu pense, fale, tu é sinônimo de ameaça”.

“Porque tu pode mudar alguma coisa”.

Os trabalhadores afirmam que há um sujeito pensante no ato de trabalhar que é barrado pela organização do trabalho. Nesse estudo, ela tem favorecido o distanciamento entre o trabalho prescrito e real, ainda, apresentado um modelo de gestão que dificulta o aparecimento criatividade. Dessa forma, não há espaço para criar, negociar, constituir e consolidar o coletivo, predominando as defesas (Mendes; Araújo, 2012). Conforme Dejours (2004) o sofrimento patogênico e as estratégias de defesa aparecerão em situações em que não há reconhecimento, onde o trabalhador não consegue construir sentido, nem prazer no que realiza.

4.2.4.1 Construção de Identidade e Reconhecimento

Resistentes: ser ou não ser, eis a questão!

Ser ou não ser... Eis a questão.

Que é mais nobre para a alma: suportar os dardos e arremessos do fado sempre adverso, ou armar-se contra um mar de desventuras e dar-lhes fim tentando resistir-lhes?

William Shakespeare.

A identidade só pode ser conferida a partir do olhar do outro. Desta forma, o reconhecimento está diretamente ligado à identidade. (DEJOURS, 2011)

A resistência aos trabalhadores do CAPS é um aspecto relevante para a construção da sua identidade. Eles se vêem como um serviço que resiste a uma lógica de atenção manicomial e acreditam que, desde o início, buscam construir um lugar diferente da lógica de atenção instituída na rede municipal de saúde mental. E essa construção acontece a partir da experimentação de práticas antimanicomiais. Como resultados veem-se como um serviço que resiste ao modelo manicomial.

“[...] ajudar a montar o CAPS a partir de algumas noções que a gente acha bacana, daí tentar experimentar uma prática, que não sabia muito no que ia dar, sabia que era um pouco diferente do que estava acontecendo”.

“Como efeito a gente acaba ocupando um lugar de resistência, no sentido de uma lógica que ainda é muito biomédica, de produção de preconceito, de ortopedia, muito mais do que autonomia das pessoas. A gente tenta ocupar um lugar na rede e produzir alguma coisa diferente. Este lugar social [...] sustenta muito com o jeito que a gente consegue se relacionar enquanto equipe”.

O trabalho de construir uma prática de saúde mental não asilar é central para a sua construção de identidade e caminho de reconhecimento por meio do fazer. Essa resistência, que contribui para definir o trabalho no CAPS, pode ser considerada importante do ponto de vista das relações interpessoais, e, também, da mobilização do trabalhador, pois há uma produção de sentido coletiva que fortalece o grupo.

Martins (2007) aponta que a identidade é um processo que esta sempre em construção e possui lugar fundamental no campo social do trabalho. Assim sendo, o sujeito busca o reconhecimento do outro por meio do seu fazer. Com isso, é possível estabelecer uma dinâmica de troca, isto é, do sofrimento e do esforço para a gratidão e reconhecimento social. Também, a relação do sujeito com o seu trabalho será mediadora de autorrealização e construção de identidade a partir do que a organização do trabalho ofertar ao investimento do desejo de reconhecimento.

Apontam que, ao persistir em propostas inovadoras, deparam-se com situações que desacomodam. Conforme fala a seguir:

“[...] quando tu quer fazer uma coisa diferente, produz uma tensão e aí desacomoda, as vezes, produz um mal estar”.

Assumir essa postura de trabalho antimanicomial requer um investimento na produção de propostas inovadoras. Tal postura desacomoda, pois mexe com uma lógica de atenção fragmentada, pautada em tecnologias de cuidado duras.

Os CAPS prometem no discurso antimanicomial ser alternativo e substitutivo a outro modo de produzir saúde, ou mesmo fazer leituras críticas das formas hegemônicas de construir suas práticas, por isso, estão no “olho do furacão”. Isto que dizer que é um lugar de manifestação de grandes conflitos e muitos desafios. Como tal, devem e podem usufruir das dúvidas e das experimentações, contra a opinião de que o CAPS sempre será um lugar de certezas antimanicomiais (MERHY, 2007, p. 55).

“A gente aqui esta compactuado com a política de humanização, política de redução de danos, políticas que regem diretrizes clínica e de gestão do serviço. Então, isto dá uma segurança, de certa forma, pra transitar perante atuação no campo, o território dos usuários”.

“Mas, estar fazendo o que se preconiza, bate, às vezes, com uma resistência da gestão [...] e que em alguns momentos a gente pensa “até que ponto vale a pena estar sempre batendo?” Mas eu acho que sim, que é isso que a gente tem que fazer”.

As políticas de gestão, que muitas vezes são definidas por pressões econômicas, sociais, nem sempre estão alinhadas com as políticas de cuidado. Considera-se que os CAPS, assim como este, tornam-se estratégicos para a organização de uma rede de saúde mental complexa. São constituídos a partir de uma política de cuidado acolhedora, baseada na escuta qualificada, no protagonismo do usuário e na promoção de reinserção social e laboral, por meio de iniciativas de trabalho e renda (BRASIL, 2002). Isso é considerado produto da política vigente como, também, estratégia de consolidá-la.

Salienta-se que a política pública de saúde mental brasileira é a Reforma Psiquiátrica. Ela é processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide sobre três esferas do governo (municipal, estadual e federal). Ainda, destaca-se que ela propõe um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, que avançam marcados por impasses, tensões, conflitos e desafios, no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais (BRASIL, 2005).

Nessa direção, para que um serviço avance e consolide suas estratégias de cuidado é importante o respaldo de uma política pública de saúde mental. Entretanto, o município onde o CAPS se encontra não possui tal política clara, definida e, portanto, instituída. Ao mesmo tempo, embora o serviço tenha autonomia para implementar seu projeto de cuidado, o qual tem realizado com respaldo de políticas de âmbito nacional, os trabalhadores acreditam que a gestão da saúde não tem conseguido garantir o acolhimento das suas propostas de trabalho.

Sabe-se que isso tem lhes trazido sofrimento, já que não há sintonia entre o que os trabalhadores realizam, enquanto atividade e o que a gestão da saúde consegue respaldar. Nesse sentido, não se sentem reconhecidos.

De acordo com os trabalhadores o reconhecimento, obtido pelo julgamento de utilidade, oriundo da hierarquia e da clientela (usuários) é pouco demonstrado, o que tem tornado o diálogo cada vez mais difícil. Como efeito tem-se o estabelecimento de uma relação de resistência e não de submissão por parte dos trabalhadores.

Para tanto, diante da falta de apoio da gestão municipal de saúde buscam o apoio de serviços de uma rede extensa, seja ela fora do município, ou uma rede não institucionalizada. E esse apoio quando expresso, afirma a direção de ser um serviço que resiste aos aspectos duros do campo da saúde mental.

“afirmar o que se propõe a fazer aqui, sustentar isso de uma forma mais solitária em relação a saúde, [...] não quer dizer que faz sozinho, mas achar outros parceiros que não sejam da saúde, demonstra de alguma forma a resistência”.

“Esse vínculo com educação, universidade, com a cultura, com projetos de hip hop, entre outras atividades; elas dão uma cara para o serviço, de que a saúde mental não é feita somente de dito saúde”.

Os trabalhadores demonstram não ficar submetidos às definições e conduções da gestão sobre seus processos de trabalho. Diante da busca em fazer a ruptura com o modelo manicomial, sobre a qual possuem pouco apoio e reconhecimento, se fortalecem com o estabelecimento de parcerias, que não os serviços de saúde e a gestão pública de saúde. Em presença desse apoio a produção de sofrimento diminui; e, além de contribuir para o fortalecimento da identidade, favorece a estabilização psíquica e somática do sujeito (MENDES, 2007).

Esse trabalho de aliança com outros serviços e setores é relevante, no entanto, neste caminho, corre-se o risco de desqualificar estratégias já existentes, ao mesmo tempo, que recusar parcerias com serviços da rede de saúde, sem a devida análise sobre o papel e a implicação do CAPS nesse processo. O mais saudável seria encontrar dispositivos que potencializassem o cuidado e não, simplesmente, substituir serviços de saúde.

Ainda, a identidade do serviço passa pela construção de um lugar comum todos, isto é, para o estagiário, o residente, o bolsista, o concursado, o contratado. Dessa forma, valoriza-se que todos vivam os mesmos processos cotidianos de trabalho. Isso forma em certa medida uma rede protetiva contra o sofrimento do trabalho.

“Sempre teve uma discussão no CAPS de construir um lugar para o estagiário, sendo da equipe, como sendo estagiário [...] o residente. Vive as mesmas coisas. As mesmas coisas, não! Mas, enfim, está incluído no processo”.

4.3 EIXO III - Sofrimento, defesas e patologias

Esse eixo levanta as situações de sofrimento, o uso de defesas e as patologias vivenciadas pelos trabalhadores do CAPS. Trata-se de entender o sofrimento não como um caráter negativo *a priori*, mas sim, apreender quais destinos os trabalhadores dão a ele, tanto na direção da transformação em prazer, tornando-se operador de saúde; como no uso da criatividade e cooperação na busca em modificar e/ou minimizar a percepção do sofrimento.

Nesse estudo, os motivos que levam os trabalhadores a experimentarem o sofrimento psíquico no cotidiano do trabalho são relatados nos aspectos da construção e reconhecimento de sua identidade; na relação com os demais serviços da rede de saúde do município; na sensação de impotência; nas queixas direcionadas à gestão da saúde, expressas pela falta de apoio, mas, sobretudo na desvalorização, violência e ameaças sofridas pelos trabalhadores.

Compreendem que uma de suas finalidades é produzir acesso aos usuários. À medida que os serviços da rede intersetorial demonstram dificuldades em acolher esses usuários, expressas por meio de preconceito e estigma, os trabalhadores do CAPS mostram-se em sofrimento.

“O mais interessante é que o mais duro acaba sendo a rede de saúde, de assistência [...], aí que vem o sentimento mais difícil no dia a dia, tu encaminha o cara a UPA, não vão atender o cara porque ele é craquero, suspeita de tuberculose, HIV, e tal. O abuso de drogas é um, mas não é o foco”.

“O outro menino agora que a gente vai lá numa escola discutindo, definindo vários pontos da rede. O cara chega na escola: “Mas esse guri não dá! Será que ele usa só maconha mesmo? Será que ele não é usuário de crack? Ah! Tem ameaça de morte deve ter crack junto”. E a gente lá tentando construir acesso pro cara. O ponto mais difícil é o do cotidiano, a rede que a gente acessa todo o dia”.

Os trabalhadores apontam que a vivência de sofrimento surge quando outros serviços, necessários para a realização do objetivo do seu trabalho, qual seja, produzir acesso aos usuários, falham na tarefa do acolhimento e da produção de reinserção social. Eles acreditam que ao desmistificar o uso de drogas é possível efetivamente promover a inserção dos usuários em outros serviços. Para tanto, colocam-se como intermediários nessa relação.

“Uma finalidade de tirar um pouco a especificidade do negócio do álcool e drogas, porque tem uma cara de estigma tão grande, que parece que as pessoas são tão diferentes que tem que ser atendidas só aqui [...] A gente tem que produzir uma função de chegar para os outros setores: esses caras, eles podem estar aqui! E a gente faz esta ponte”.

De tal modo, o CAPS possui papel de fomentar a desconstrução do imaginário dos serviços, sobre a questão de drogas. Conforme Portaria Ministerial, o CAPS tem que ter capacidade de realizar a formação permanente das equipes de saúde, atenção básica e outros serviços e programas de saúde mental, no âmbito do seu território. Além disso, desenvolver atividades comunitárias com enfoque para a integração dos usuários na comunidade e sua inserção social e familiar (BRASIL, 2002).

Assim sendo, para produzir acesso é necessário que os trabalhadores façam o enfrentamento de concepções duras e um esforço na direção de produzir diálogo com os serviços. Portanto, possibilita-se que as drogas passem a ocupar um lugar de inclusão e cuidado, de acordo com o projeto terapêutico de cada usuário, e não de exclusão.

Os trabalhadores também relatam que o acesso e vínculo dos usuários de drogas no CAPS apresentam-se fragilizados. Já que os usuários pouco participam das atividades ofertadas pelo serviço.

“Aqueles pessoas que precisariam estar aqui, poucas são as que vêm. A gente atende a parcela pequena dos usuários em potencial que podiam estar aqui, muitos não vem”.

Vale dizer que essa afirmação é contraposta quando comparada a finalidade de produzir acesso aos usuários em outros serviços da rede intersetorial.

“Mas será que elas precisam daqui? Ou elas estão precisando de outros acessos, em outras partes?”

As falas que antecedem, mostram uma percepção dolorosa aos trabalhadores, se referindo à falta de frequência e a dificuldade do usuário em formar vínculo e permanecer no serviço. Conforme Lancman e Sznelwar (2008), tal fator parece constituir um ponto cego de análise sobre a relação de trabalho com o usuário. Na primeira fala aponta-se uma reflexão sobre dificuldades na realização de seu fazer; já a segunda fala remete a finalidade de seu trabalho, a qual precisa ser compartilhada com outros serviços.

Igualmente, essa percepção da realidade transforma-se em defesa, pois a análise sobre a lacuna na produção de vínculos satisfatórios, que pressupõe confiança, é deslocada para um contexto que envolve outros serviços. Nesse sentido, acrescenta-se que o sofrimento do trabalhador incide na dificuldade em consolidar uma atenção psicossocial em que haja um vínculo forte entre o serviço de saúde mental e o usuário e que, com isso, possibilite a conquista de outras relações sólidas, fora do CAPS.

Os trabalhadores referem que na direção de desenvolver práticas pautadas no cuidado ideal, viram-se pressionados a endurecer suas ações para evitar o sofrimento.

“[...] Quanto era difícil instituir algumas coisas, por exemplo, o horário de café, a gente ficou quase um ano discutindo que horário vai ser o café e não consegui. Todo mundo que chegava achava que tinha que dar café a hora que chegasse [...] (E) quantas vezes quissem”.

“A gente tem que endurecer um momento para parar de sofrer”.

Sendo assim, os trabalhadores mostram-se frustrados na construção de um serviço de saúde mental ideal, conforme referências teóricas e legais da reforma psiquiátrica. No entanto, de maneira ingênua parecem não compreender que é no cotidiano, com os atores sociais que a política de saúde mental, o movimento de militância é efetivado, ainda, sobre influência da organização do trabalho.

E nesse ínterim, há necessidade de contornos organizativos para o andamento de um serviço. Mas, ter práticas definidas é visto como algo negativo e não como algo importante para a gestão das relações sócio-profissionais.

Destaca-se que o sofrimento é representado de maneira mais intensa através da sensação de invisibilidade como resultado do seu trabalho. Athayde (2012) aponta que o serviço de CAPS possui uma natureza imaterial, o que dificulta a visibilidade especialmente dos níveis hierárquicos superiores. O sofrimento é, também, demonstrado pelo sentimento de falta de apoio de instâncias superiores. E, nesse sentido, apontam que não conseguem lidar muito bem, ficam “mais mexidos”.

“Eu acho mais difícil lidar com esta frustração que é a falta de apoio. Porque, às vezes, a consequência disso acaba estourando no usuário [...] quando a frustração é do usuário que não vai embora feliz é uma coisa, mas quando a frustração é com município, com gestão parece que a gente fica mais mexido”.

Diferente de outros estudos em que o cansaço e a sobrecarga pelo excesso de demanda aparecem como queixas importantes dos trabalhadores (ATHAYDE E HENNINGTON, 2012; FERRER E ONOCKO-CAMPOS, 2009). Neste estudo, a falta de apoio da gestão aparece como uma das principais situações relacionadas ao sofrimento. Tal apoio relaciona-se a sua proposta de trabalho antimanicomial e ao reconhecimento do esforço dos trabalhadores para implementá-la.

Quando o esforço pela realização do trabalho não é reconhecido, fragiliza-se o trabalhador, pois não há uma atribuição satisfatória ao conteúdo do seu trabalho, tanto por parte dos pares, usuários, sociedade, como gestão da saúde. Ainda, as falas demonstram o

quanto o reconhecimento é significativo do ponto de vista da dimensão subjetiva, que está sempre envolvida na interface da assistência. E quando ele não ocorre, diminuem-se as possibilidades de mudança na direção da superação do sofrimento.

A mobilização subjetiva ocorre ao nos depararmos com o sofrimento, com o real do trabalho, expresso muitas vezes pela frustração frente à realidade. Isso pode despertar diferentes maneiras para criar formas de trabalhar que deem conta dos problemas. Ainda, se o sofrimento passa pela dinâmica do reconhecimento, há uma via de estruturação saudável (LANCMAN e SZNELWAR, 2008).

Contudo, os trabalhadores do CAPS, não têm conseguido superar esse sofrimento, utilizam-se de vias criativas e saudáveis. Visto que, os espaços de discussão têm refletido em um espaço de vitimização frente às críticas e, como já dito neste estudo, não se torna um espaço mobilizador, de enfrentamento.

“O que me faz sofrer eu acho é um certo desrespeito com o nosso serviço, sem conhecer [...] a gente ouve por aí, fofocas, digamos assim [...] Isso me deixa muito chateada, porque eu acho que a gente esta sempre tentando fazer uma coisa diferente, [...] não entrar na mesmice”.

Novamente frente ao sofrimento queixam-se. Tais queixas não permitem questionamentos sobre o lugar da crítica no espaço do trabalho. Ao encontro disso, muitas vezes é difícil no serviço a abertura para discursos que não estejam afinados com discursos já estabelecidos pelo CAPS. O que reafirma a pouca circulação do diferente. Diante dele, há um mecanismo de interpretação recorrente, de que o diferente é contra o trabalho realizado pelo serviço, portanto, uma ameaça. Com isso, fecham-se em si mesmos. Como consequência os espaços de interrogação e análise sobre o seu fazer tornam-se inexistentes.

“O próprio Conselho de Saúde que teve aqui, e o pessoal pedindo dados, pedindo números, ou seja, não compreendendo nosso trabalho”.

“[...] trabalha com profissional de referência, com plantão, com ambiência, explicando todo esse processo. Depois de uma hora, ela: como não tem? Depois disse: ah tá! Gostei deste negócio, legal! Tinha que ter em outros lugares. Poxa, a gente que estuda e lá no conselho gente que se diz entendido de SUS, faz umas perguntas supergerencial”.

“Um reconhecimento negativo. Querendo especializar o cuidado”.

A interpretação realizada pelos trabalhadores frente à pergunta do Conselho de Saúde distancia uma instituição da outra, pois o primeiro movimento do CAPS foi de desqualificá-lo. Considerando que os dados quantitativos também são importantes à gestão das políticas públicas de saúde para qualificar, dentre outras coisas, tal questionamento ao invés de tornar-

se um processo de análise do trabalho, pelo contrário, é entendido como um ataque. Ou seja, o outro não o compreende, persegue-o, ou o CAPS não precisa do “outro”.

Em consonância, encontra-se uma afirmação infantilizada apresentada por um trabalhador e descrita no diário de campo: “estamos aqui tentando fazer algo diferente e as pessoas não compreendem isso”. Essa fala os coloca como vítimas desse contexto, pois há uma compreensão de que os serviços não conseguem escutar sobre o trabalho que o CAPS busca realizar.

Outro exemplo é trazido por um trabalhador

“Uma colega minha do CRAS me questionou, o serviço de vocês lá a gente não encaminha mais, porque todos eles (usuários) voltam reclamando, as mães voltam reclamando que os filhos não são atendidos. (trabalhadora do CAPS diz) Tá, mas, então, vocês discutiram isso em reunião de equipe? Estas questões quando acontece com outros serviços a gente reuni na equipe [...] é muito um “diz que diz que”.

Mais uma vez demonstra-se a impossibilidade de trazer o questionamento realizado para dentro do CAPS como uma possibilidade de análise, de entender por que há inúmeras críticas e de diferentes lugares. Talvez, ele não suporte situações de críticas e questionamentos. Nesse sentido, o espaço de discussão do coletivo, mesmo sendo o espaço de reunião de equipe, torna-se vazio e não mobilizador.

Há uma queixa do outro serviço que o CAPS não consegue escutar. Assim sendo, a equipe responde da mesma forma que ela critica, isto é, se por um lado alguns serviços e a gestão não os escutam, por outro, ele também não tem conseguido realizar essa tarefa. Não tem conseguido criar minimamente um canal de comunicação propositivo.

Além disso, sentem-se desrespeitados e desvalorizados, mesmo quando acreditam fazer um bom trabalho. As possibilidades de mobilização são enfraquecidas, por meio de estratégias de violência no trabalho (trabalhador descartável), que pode transformar-se em adoecimento.

“Desvalorização do serviço [...] da gestão, quando tu vai lá lutar por um ideal, uma ideia, da a cara a tapa, o quanto isso vale a pena? [...] Não muda nada, tu fica mais triste com as coisas que acontecem contigo [...] Não te dão motivação para trabalhar: “tem gente que ia gostar de estar no teu lugar”. Esse é o tipo de motivação. E aí a maioria dos profissionais, acaba tendo uma aversão àquele local de trabalho”.

“A gente tem tentado por um serviço melhor, só levar xingamento, ameaça, coação [...] fica uma coisa focada no servidor”.

Apontam como efeito duas formas de lidar como as situações de violência no trabalho. Uma delas refere-se à realização do prescrito para execução da tarefa, isto é, aquilo que é imposto ao trabalhador. Isso reflete em desmobilização do trabalhador.

“Eu vou ficar aqui dentro trabalhando, fazendo o melhor possível e deu. Essa coisa de levantar bandeira por um serviço que tenha que ter enfrentamento, eu não faço mais”.

Outra forma refere-se à busca por saídas coletivas, em conjunto com os colegas. No entanto, não descrevem o resultado do uso dessa estratégia.

“Aquilo lá para ti acaba sendo uma tortura, tu precisa achar uma estratégia para ficar bem naquele lugar, que tu não tem como mudar [...] se aliar com os outros profissionais [...] um cooperativismo entre os colegas”.

Diante de o trabalho ser considerado uma tortura, os trabalhadores apontam para a cooperação, entre colegas, como forma de se defenderem e de minimizar a percepção de uma realidade que possui grande sensação de impotência. Os espaços de diálogo entre a gestão e o serviço, assim como o reconhecimento pelo trabalho que realizam, mostram-se insuficientes. Isso inviabiliza a organização do trabalho a produzir sujeitos saudáveis. Em estudo realizado por Abelha, et al. (2008) destaca-se o apoio dos colegas como fonte geradora de satisfação, minimizando o impacto negativo na saúde do trabalhador.

Ainda, relatam sentimento de impotência em relação ao trabalho com os usuários principalmente quando este não aceita as intervenções sugeridas pelo trabalhador. Reafirmam que o plano terapêutico é construído com o usuário, e, nesse sentido, o mesmo precisa ser ativo na tomada de decisões.

“Pra mim não ser muito resolutivo [...] isso me faz sofrer, quando a pessoa não, não quero! [...] Por eu me achar que estou sendo impotente, eu não estou conseguindo fazer o meu trabalho [...] a pessoa tem a opção de não querer. [...] Eu já consegui perceber que não depende de nós melhorar a vida da pessoa, a pessoa estar vindo aqui, diminuir seu uso, se organizar, já é uma grande coisa?!”

No entanto, os trabalhadores do CAPS demonstram-se confusos, pois referem sentimento de frustração e impotência quando os usuários não realizam o que foi construído nos seus planos terapêuticos. Dessa forma, a resolutividade do trabalho está relacionada à aceitação do usuário sobre aspectos de seu tratamento, do contrário, sempre haverá frustração e sofrimento.

Ainda, sofrimento é oriundo do fracasso do trabalhador em não conseguir despertar no usuário o desejo para determinada proposta terapêutica. Assim, o que está em análise é o trabalhador e suas falhas, e não a valorização dos resultados, mesmo que pequenos, de seu trabalho com o usuário, isso por meio da diminuição do uso de drogas – já que trabalham com redução de danos, a reorganização de suas vidas nos aspectos sociais, familiares e psíquicos.

Conforme Athayde (2012) o serviço que o CAPS oferta é personalizado e exige uma relação próxima entre usuário e trabalhador. Esta relação pressupõe a autonomia do usuário

para opinar e decidir sobre as questões referentes ao tratamento, e isso se concretiza no ato do trabalho em saúde. Também, o serviço não trabalha na perspectiva direta da cura, sendo que uma das finalidades dos trabalhadores é “[deixar] a pessoa vivendo melhor” (ALONSO, et al; 2009, p.36). Nesse aspecto, conforme o autor é um dever ético das equipes atenderem a esse preceito.

Além disso, sentem-se uns bobos por não conseguirem fazer a mudança no cenário de saúde mental. Já que incentivam, junto aos usuários, uma lógica de transformação.

“Tu vai trabalhar para tentar com o usuário fomentar uma lógica de transformação, de mudança na própria vida e nos próprios meios dele. E como tu vai fazer isso, se tu enquanto profissional, com a tua rede tu não esta conseguindo [...] Então, é tipo uma falácia, coloca o nariz de palhaço”.

O uso de drogas é considerado pela sociedade atual como um mal, algo que precisa ser combatido. Nessa direção, o usuário é considerado perigoso, bandido, o que torna, portanto, impossível a sua circulação nos lugares públicos. Toda essa exclusão não tem sido superada pela reforma psiquiátrica, o que implica certa dificuldade dos trabalhadores do CAPS em articular estratégias de cuidado junto a outros serviços de saúde da rede. Isso gera sofrimento patológico, pois não conseguem transformar a realidade em que atuam.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

*“O silêncio também fala e fala muito!
O silêncio pode falar mesmo quando as palavras falham”.*
OSHO

Este estudo pretendeu conhecer a influência que a organização do trabalho tem sobre a mobilização subjetiva dos trabalhadores. Para tanto, embasou-se nos pressupostos teóricos e metodológicos da Psicodinâmica do Trabalho. Sendo que esta metodologia permitiu conhecer as formas adotadas pelos trabalhadores para enfrentar situações desgastantes, que lhes causam sofrimento.

O uso da Clínica do Trabalho, que representa uma oportunidade de promover a mobilização subjetiva dos trabalhadores, possibilitou descobrir sobre a organização do trabalho, as vivências de prazer e sofrimento, e, com isso, conhecer sobre a postura defensiva que os trabalhadores têm frente às situações do trabalho. Ao mesmo tempo, as sessões grupais possibilitaram ao grupo reafirmar o espaço de discussão como fundamental para significar as vivências de trabalho, assim como, o espaço de cooperação para compartilhar destas vivências na direção de buscar recursos e destinos para o sofrimento.

Contudo, os trabalhadores apresentaram dificuldades no processo de análise sobre seu trabalho, expressas em contradições nas falas; também, quando um trabalhador trazia algo que propunha uma crítica ao trabalho no CAPS, não havia ressonância, permaneciam como declarações individuais. O grupo conseguiu, apenas, apontar que algumas destas questões poderiam ser discutidas no espaço de supervisão clínico-institucional.

Com base nas articulações teóricas, nos resultados e discussões este trabalho apresenta, ainda, às seguintes considerações finais:

Os trabalhadores compreendem que a organização do trabalho coloca-se de forma burocratizada, demonstra-se desinteressada pelo desejo do trabalhador, desconsidera seu percurso pessoal e profissional. E, que isto pode resultar em adaptação, comodismo e alienação do trabalhador à medida que ele realizar, somente, o que está prescrito.

Diante disto, os trabalhadores criaram estratégias de enfrentamento, tais como, o investimento na formação e a valorização do “pegar junto”. A primeira, a partir da aproximação com instituições de ensino, contribui para a circulação de ideias e para encontrar formas de superar as restrições oriundas da relação com a organização do trabalho. Mas, nem sempre estas formas são suficientes; elas falham justamente quando não conseguem se refletir

neste processo, quando não conseguem analisar sua postura. A segunda, o “pegar junto” traduz-se na sensação de que todos os trabalhadores estão comprometidos entre si. Por um lado, produz saúde, à medida que conduz à cooperação; por outro, produz rigidez, já que os trabalhadores devem seguir tal prescrição.

Ainda, na direção de subverter o trabalho prescrito se deparam com a construção da relação com o usuário do serviço, esta permeada pelo encontro das subjetividades. Portanto, precisam recorrer a sua inteligência e criatividade para assegurar processos de trabalho que permitam a construção de vínculo e afeto, autonomia e protagonismo.

Não obstante, os trabalhadores recorrem a intervenções manicomiais. É possível afirmar que nem sempre as estratégias de investir na formação, especialmente, em referenciais da saúde coletiva, conseguem superar as práticas duras, persistentes no campo da saúde mental. É preciso, um engajamento coletivo para buscar estratégias de enfrentamento e transformar o modelo de assistência manicomial, por eles criticada.

Acrescentam que muitas das limitações em seu trabalho ocorrem pelo pouco apoio da gestão da saúde, no que se refere à falta de recursos materiais, às más condições na estrutura física e poucos profissionais para desenvolver as atividades. No entanto, envolvem-se pouco com os processos de gestão.

A partir de suas experiências os trabalhadores compreendem que o confronto com este modelo de organização não gera realização, mas sim fragilização. Assim sendo, eles utilizam sua inteligência prática para se proteger do sofrimento e estratégias de resistência frente à inflexibilização da organização do trabalho.

Os espaços de discussão de equipe tornam-se dispositivos que contribuem para diminuir angústias, amenizar e suportar o desgaste no trabalho. No entanto, limitam-se a compartilhar situações de trabalho, mas não analisar suas implicações dentro deste processo.

A cooperação é trazida como um aspecto fundamental para o trabalho dentro do CAPS, traduzido no apoio ao colega, em relações solidárias e de cumplicidade sobre situações da vida pessoal e profissional; tudo implica em construção de laços afetivos entre os trabalhadores. Por meio da cooperação os trabalhadores conseguem superar as dificuldades oriundas do cotidiano laboral e obter vivências de prazer.

Salienta-se que a cooperação foi instituída como regra de trabalho. Desta forma, tem a função de proteção diante das pressões exercidas pela organização do trabalho, mas também, institui-se como um acordo normativo e tornou-se rígido e excludente. O trabalhador que não mostra-se cooperativo com o colega é excluído ou se exclui do serviço. Tal norma torna-se

tão intensa que acaba exercendo uma pressão semelhante a que criticam quando na relação com a gestão da saúde.

O reconhecimento obtido pelos trabalhadores advém da retribuição dos pares, isto é, de pessoas que vivenciaram a experiência de trabalho no CAPS, que compartilham dos mesmos ideais e projetos de trabalho. Tal retribuição possibilita aos trabalhadores o engajamento na atividade, e isso favorece a transformação da realidade.

Outro aspecto diz respeito às vivências de não reconhecimento, muitas vezes, trazidas com sofrimento. O trabalhador não se sente valorizado e apoiado, especialmente, pelos superiores hierárquicos, em aspectos que dão sentido ao seu trabalho, isto é, intervenções que produzam sujeitos mais autônomos, dentro de um sistema social mais igualitário. Isto mexe com a mobilização subjetiva, diminui o potencial criativo, pois não é conferido ao trabalhador uma retribuição simbólica, um julgamento positivo acerca de seu engajamento.

As estratégias defensivas surgem frente a situações em que o trabalhador não é reconhecido, pois há uma dificuldade dele em significar de modo positivo a atividade que realiza. Neste processo, têm interpretado toda a relação que propõe questionamento e crítica sobre o resultado da atividade que realizam como uma ameaça. Para não desestabilizarem psiquicamente acabam, muitas vezes, desqualificando serviços e ações em saúde. Com isso, isolam-se dentro da rede de saúde.

Os trabalhadores possuem segurança nos referenciais teóricos que adotam, na perspectiva da saúde coletiva, pois sustentam ideais políticos e clínicos no campo da saúde mental. No entanto, ao mesmo tempo em que a segurança referida pode dificultar a criatividade no ato de trabalhar, já que se conhece o caminho a ser seguido, é possível compreender que a mesma segurança os mobilizam a buscar meios de transformar a realidade. Porém, com certa limitação, pois o modelo de organização do trabalho, burocrático, com pouca oferta de apoio, tem dificultado ao trabalhador envolvimento do seu corpo e sua subjetividade de modo a imprimir como gostariam o modelo de cuidado que acreditam. E, desta forma, conquistando realização no trabalho.

Agrega-se as considerações desta pesquisa, além dos objetivos, a compreensão sobre uma das questões que me instigou a realizá-la, ou seja, quais implicações as críticas, oriundas de diferentes serviços da rede saúde, produziam na relação sujeito/trabalho. Este estudo possibilitou a compreensão de que há efeitos sobre a subjetividade do trabalhador, que reage de forma a se defender, criticar e desqualificar os serviços.

Nesta direção, o uso da inteligência prática, da cooperação e do espaço de discussão para ressignificar as vivências de sofrimento, não tem sido suficientes para transforma-lo em

prazer. Ainda, há falta de espaços de análise sobre o trabalho, que conduz os trabalhadores a posicionarem-se como vítimas, negando a realidade. Desta forma, as estratégias de defesa, que possuem o papel de atenuar o sofrimento, se sobrepõem à mobilização subjetiva.

CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO

Aos trabalhadores

Acredita-se que o estudo tenha contribuído para reforçar a compreensão sobre a importância dos espaços de cooperação e de discussão, institucionalizados ou não, na manutenção da saúde. Por meio deles, encontram-se destinos para o sofrimento.

A realização da Clínica do Trabalho possibilitou aos participantes colocar em análise situações de trabalho – mesmo as consideradas normais. Ao mesmo tempo em que valorizou o espaço de fala do trabalhador, permitiu a expressão de sua singularidade. No entanto, este grupo em diversas situações levantadas utilizou suas defesas, o que dificultou a compreensão sobre sua co-responsabilidade diante de tais situações.

Gestão da saúde

Atualmente a relação estabelecida com a gestão baseia-se na desconfiança, na falta de apoio e cooperação. Isto compromete os processos de trabalho, inclusive na sensação de realização no trabalho. Porém, conforme diário de campo, em muitas circunstâncias a gestão não se coloca nesta relação de modo a atacá-los; às vezes, busca o diálogo e a composição. Não obstante, é importante considerar a dimensão subjetiva que a leitura feita pelos trabalhadores possui na construção sobre o sentido do trabalho.

À gestão (mas não somente) é relevante buscar estabelecer uma relação de confiança com o serviço. O estudo propõe contribuir ao entendimento de que é essencial para a relação espaços de escuta e diálogo, que permitam aos trabalhadores desvelarem seus sofrimentos.

Este é um caminho interessante para que o trabalhador possa efetivamente mobilizar sua inteligência prática e engajar sua subjetividade para realizar aquilo que está para além do prescrito. Desta forma, poderá haver a elaboração de aspectos da organização do trabalho, readequando-a, com isso, o trabalhador obterá relações sócio-profissionais mais saudáveis e a diminuição de adoecimento físico, psíquico e social.

Campo científico

Tendo em vista os resultados desta pesquisa acredita-se relevante propor novas investigações sobre as possíveis contribuições da teoria Psicodinâmica do Trabalho com trabalhadores da saúde mental. Salienta-se que o pequeno número de estudos com trabalhadores de CAPS, nesta perspectiva teórica, dificultou maiores comparações.

Aponta-se, também, para investigações que aprofundem as vivências dos sujeitos e suas possibilidades de modificar a percepção da realidade. Com isso, indicando possíveis estratégias que favoreçam os processos de análise e compreendam os caminhos de proteção, utilizados pelos trabalhadores, contra o adoecimento. Ainda, espera-se que este estudo contribua para o fortalecimento do campo teórico metodológico da Psicodinâmica do Trabalho no cenário nacional.

Ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia

Frente à proposta do Programa de Pós-Graduação em Psicologia com ênfase na Saúde, o qual pretende enfrentar as questões que envolvam a área da saúde, por meio da utilização dos conhecimentos e técnicas psicológicas direcionadas ao estudo dos processos de promoção e manutenção da saúde, assim como a prevenção e o tratamento das doenças, acredita-se que este estudo contribuiu para o fortalecimento da psicologia enquanto um campo teórico importante. Além disso, colaborou para o campo das políticas públicas no que se refere à saúde do trabalhador ser transversal a toda política de saúde.

REFERÊNCIAS

- ABELHA, L.; LEGAY, L. F.; LOVISI, G.M. & REBOUÇAS, D. O trabalho em saúde mental: um estudo de satisfação e impacto. **Cadernos de Saúde Pública**; 24(3): 624-632, mar. 2008.
- ALVES, J.J. **Mobilização Subjetiva para o Prazer-Sufrimento no Trabalho dos Taquígrafos Parlamentares: Uma Prática em Clínica Psicodinâmica da Cooperação**. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Departamento de Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações. Universidade de Brasília, Brasília, 2014.
- ALONSO, C.M.C; LANCMAN, S; SILVA, M.T. Consequencias da intangibilidade na gestão dos novos serviços de saúde mental. **Revista de Saúde Pública**; 43 (supl. 1): 36-42. 2009.
- AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. 2. ed. Rio de Janeiro:Fiocruz, 2007.
- ANTUNES, R. **A Dialética do Trabalho I em Marx e Engels**. São Paulo: Expressão Popular, 2001.
- ATHAYDE, V. **Profissionais do Centro de Atenção Psicossocial: a saúde do trabalhador da saúde**. Dissertação (Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2011.
- ATHAYDE, V; HENNINGTON, E. A. A saúde mental dos profissionais de um Centro de atenção Psicossocial. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.22 , n.3, p. 983-1001, 2012. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/physis/v22n3/08.pdf>> Acesso em: 26 de out. 2013
- ATHIE, K. ; FORTES, S. ; DELGADO, P. G . Matriciamento em Saúde Mental na Atenção Primária: uma revisão crítica (2000-2010). **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 8, 2013. Disponível em <<http://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/536>>. Acesso em: 28 de out. 2013
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011, 229 p.
- BENDASSOLLI, P.; SOBOL, L.A.P. **Clínicas do trabalho: novas perspectivas para compreensão do trabalho na atualidade**. São Paulo: Atlas, 2011.

BENDASSOLLI, P. F. Crítica às apropriações psicológicas do trabalho. **Psicologia & Sociedade**, v. 23, n.1, p. 75-8, 2011. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v23n1/a09v23n1.pdf>>. Acesso em: 28 de out. 2013

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília. 1990. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm Acesso em 15 de agosto de 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 336/GM**. Brasília, 2002. Disponível em < Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm> Acesso em 15 de agosto de 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva Coordenação Nacional de DST e AIDS. **Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas**. Brasília, 2003. Disponível em < <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/A%20politica.pdf> > Acesso em 15 de agosto de 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, nov. 2005. Disponível em < <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/A%20politica.pdf> > Acesso em 15 de agosto de 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Prevenção ao uso indevido de drogas: Curso de Capacitação para Conselheiros Municipais**. Brasília: Presidência da República, Secretaria Nacional Antidrogas, 2008, 288p. Disponível em < <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/A%20politica.pdf> > Acesso em 15 de agosto de 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 3.088 Brasília**, 2011. Disponível em < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis./gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html> Acesso em 15 de agosto de 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental em Dados - 10**, ano VII, nº 10. Informativo eletrônico. Brasília: 2012a. Disponível em < <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/mentaldados10.pdf> > Acesso em 15 de agosto de 2013.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.823. **Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.** Brasília, 2012b. Disponível em < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html > Acesso em 07 de setembro de 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística,** 2012c. Disponível em < <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm> > Acesso em 07 de setembro de 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466 do Conselho Nacional de Saúde,** 2012d. Disponível em < http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2013/06_jun_14_publicada_resolucao.html > Acesso em 07 de setembro de 2013.

BRITO, J; MUNIZ, H. P.; SANTORUM, K; RAMMINGER, T. O trabalho nos serviços públicos de saúde: entre a inflação e a ausência de normas. In: **Trabalhar na Saúde: experiências cotidianas para a gestão do trabalho e do emprego.** ASSUNÇÃO, A. A; BRITO, J. (Org.). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

BUCHELE, F.; CRUZ, D. D. de O. Aspectos socioculturais do uso de álcool e outras drogas e exemplos de projetos de prevenção. In: **Capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias. Prevenção ao uso indevido de drogas.** –3. ed. – Brasília: Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD, 2010. 424 p.

BUENO, M; MACÊDO, K.B. A Clínica psicodinâmica do trabalho: de Dejours às pesquisas brasileiras. **Estudos Contemporâneos da Subjetividade,** Rio de Janeiro, v.2, n.2, 2012. Disponível em < <http://www.uff.br/periodicoshumanas/index.php/ecos/article/view/1010/723> >. Acesso em 07 de set de 2013.

CAMPOS, G.W.S. Extratos. **A Clínica em Gramsci, Sartre e Basaglia.**1997. Disponível em < http://www.hc.ufmg.br/gids/textos_seminarios/clinica_do_sujeito.pdf >. Acesso em 13/12/2014.

CASTRO, T. C. M.; MERLO, A. R. C. **Reconhecimento e Saúde Mental na Atividade de Segurança Pública.** Psico, Porto Alegre, PUCRS, v.42, n.4, p.474-480, out/dez. 2011.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais.** 3 o ed. São Paulo: Cortez, 1998.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA. Resolução CFP nº10 de 26 de junho de 2012. Revoga a Resolução CFP nº 016/2000, publicada no DOU nº 246, Seção 1, Página 91 no dia

22 de dezembro de 2000, que dispõe sobre a realização de pesquisa em Psicologia com seres humanos. Disponível em

<http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2014/07/Resolu%C3%A7%C3%A3o-CFP-n%C2%BA-010-12.pdf>. Acesso em 15 janeiro de 2015.

CÔRTEZ L. A. S; SILVA, M. V. O; M. L. JESUS. A atenção domiciliar em saúde mental realizada por estagiários de Psicologia no Programa de Intensificação de Cuidados, São Paulo. **Psicologia: Teoria e Prática**, v. 13, n.2, p.76-88, 2011. Disponível em <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=193821393006>>. Acesso em 07 de set de 2013.

CORTES, L.F. et al. Atenção a usuários de álcool e outras drogas e os limites da composição de redes. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v.16, n1, p.84-92, 2014. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i1.20279>> Acesso em 14 de out de 2014.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**. 5ª Ed ampliada. São Paulo: Cortez. Oboré, 1992.

DEJOURS, C.; ABDOUCHELLI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do Trabalho: Contribuições da Escola Dejouriana à Análise de Prazer, Sofrimento e Trabalho**. São Paulo: Atlas, 1994.

DEJOURS, C. **O Fator Humano**. Rio de Janeiro: Editora da FGV; 1997.

DEJOURS, C. Sofrimento, prazer e trabalho. In: _____. C. **Conferências Brasileiras: Identidade, Reconhecimento e Transgressão no Trabalho** São Paulo: FGV, p. 15-33, 1999.

DEJOURS, C. Subjetividade, trabalho e ação. **Revista Produção**, São Paulo, v. 14, n.3, p. 27-34, 2004. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/prod/v14n3/v14n3a03.pdf>>. Acesso em 07 de set de 2013.

DEJOURS, C. A avaliação do trabalho submetida a prova do real – crítica aos fundamentos da avaliação. In **Trabalho, Tecnologia e Informação**. Sznelwar, L. I; Mascia F. (Orgs). São Paulo; Blucher. 2008b. p. 31-90.

DEJOURS, C. **Da Psicopatologia à Psicodinâmica do Trabalho**. In: Lancman, S; Sznelwar, L. I. (Org.) (F. Soudant, Trad.) (pp. 49-106). Rio de Janeiro: Fiocruz; Brasília: Paralelo 15. 2008c.

DEJOURS, C; BÉGUE, F. **Trabalho e Suicídio: O que fazer?** Brasília: Paralelo 15, 2010.

DEJOURS, C. Alienação e Clínica do Trabalho. In Lancmam, S. Sznelwar, L. I. (Ogs). Christophe Dejours: **Da Psicopatologia à Psicodinâmica do Trabalho**. Edição Paralelo 15 e Co-edição Fiocruz, Brasil, p.255-286. (3ª ed.) Revista e ampliada, 2011.

DEJOURS, C; GERNET, I. **Trabalho, Subjetividade e Confiança**. In SZNELWAR, I. L. (org). Saúde dos Bancários. SP. Publisher Brasil: Editora gráfica atitude Ltda. 2011.

DEJOURS, C.; ABDOUCHELLI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do Trabalho**-contribuições da escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 2011. 145 p.

DEJOURS, C. **Trabajo Vivo: Sexualidade y Trabajo**. Buenos Aires: Topia Editorial, 2012b. 200p.

DEJOURS, C. **Psicodinâmica do Trabalho e Teoria da Sedução**. [Versão eletrônica]. Psicologia em Estudo, v.17, n.3, p.363-371, 2012a. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v17n3/a02v17n3.pdf>>. Acesso em 07 de nov de 2013.

DIAS, F. R. **As Vivências dos Trabalhadores de uma Organização de Entretenimento: uma abordagem psicossociológica e Psicodinâmica**. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2007.

DIDONET, A. C. H; FONTANA, R. T. O trabalho com dependentes químicos: satisfações e insatisfações. **Revista Rene**, Fortaleza, v.12, n.1, p. 41-48, jan/mar. 2011. Disponível em <http://www.revistarene.ufc.br/vol12n1_html_site/resumo_portugues/a06v12n1.html>. Acesso em 07 de nov de 2013.

ESTELLITA-LINS, C; OLIVEIRA, V. M; COUTINHO, M.F Clínica ampliada em saúde mental: cuidar e suposição de saber no acompanhamento terapêutico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 195-204, 2009. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n1/a26v14n1.pdf>>. Acesso em 01 de nov de 2013.

FERRER, A. L. **Sofrimento Psíquico dos trabalhadores inseridos nos Centros de Atenção Psicossocial: entre o prazer e a dor de lidar com a loucura**. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2007.

FERRER, A. L; ONOCKO-CAMPOS, R. O trabalho nos centros de atenção psicossocial de Campinas/SP: um estudo hermenêutico - narrativo sobre o sofrimento psíquico dos trabalhadores. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 1, p. 9-22, 2009.

FERREIRA, M.C; MENDES, A.M. **Trabalho e riscos de adoecimento: o caso dos auditores fiscais da Previdência Social brasileira**. Brasília DF: Edições Ler, Pensar, Agir LPA. 2003.

FERREIRA, J.B. Análise Clínica do Trabalho e processo de subjetivação: um olhar da psicodinâmica do trabalho. In: Mendes, A. M, Merlo, A.R. C, Morrone, C. F, Facas, E. P. (Orgs.). **Psicodinâmica e clínica do trabalho: temas interfaces e casos brasileiros**. Curitiba: Juruá. 2010.

FIGUEIREDO, A.C. **Uma Proposta da Psicanálise para o Trabalho em Equipe na Atenção Psicossocial**. Mental. Ano 3. n.5, p.45-55. Barbacena, 2005.

FIGUEIREDO, L. C.; MINERBO, M. Pesquisa em Psicanálise: algumas ideias e um exemplo. **Jornal de Psicanálise**, São Paulo, v.39, n.70, p. 257-278, jun, 2006. Disponível em < <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/jp/v39n70/v39n70a17.pdf>>. Acesso em 12 de novembro de 2013.

FIGUEIREDO, A.C. Duas ou três coisas que aprendemos sobre a função da supervisão na atenção psicossocial, em 12 anos de CAPS na cidade do Rio de Janeiro. **Revista da Escola de Saúde Mental**, SMS-Rio, n.1, dez, 2008.

FIGUEIRÓ, R. A; DIMENSTEIN, M. O cotidiano de usuários de CAPS: empoderamento ou captura? Fractal: **Revista de Psicologia**, v.22, n.2, p.431-446, mai-ago, 2010.

GLANZNER, C. H.; OLSCHOWSKY A.; KANTORSKI, L. P. O trabalho como fonte de prazer: avaliação da equipe de um Centro de Atenção Psicossocial. **Revista Escola de Enfermagem**. São Paulo, v. 45, n.3, p.716-721, 2011. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n3/v45n3a24.pdf>>. Acesso em 07 de julho de 2013.

GROFF, A. R; MAHEIRIE, K; ZANELLA, A.V. **Constituição do(a) Pesquisador(a) em Ciências Humanas**. Arquivos Brasileiros de Psicologia, v. 62, n. 1, 2010.

GOMES, B.R; CAPPONI, M. Álcool e outras drogas: novos olhares, outras percepções. In: Álcool e outras drogas. Conselho Regional de Psicologia da 6ª Região (org). **Álcool e Outras Drogas**./ Conselho Regional de Psicologia da 6ª Região. São Paulo: CRPSP, 2011.

GUIMARÃES, J. M. X; JORGE, M. S. B; ASSIS, M. M.A. (In)satisfação com o trabalho em saúde mental: um estudo em Centros de Atenção Psicossocial, **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.4, p.2145-2154, 2011. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n4/v16n4a14.pdf>>. Acesso em 01 de novembro de 2013.

HELOANI, R; LANCMAN, S. Psicodinâmica do trabalho: o método clínico de intervenção e investigação, **Revista Produção**, v. 14, n. 3, p. 077-086, Set./Dez. 2004. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/prod/v14n3/v14n3a08.pdf> >. Acesso em 01 de novembro de 2013.

KATSURAYAMA, M; PARENTE, R. C. P; MORETTI-PIRES, R.O. Construção de um modelo teórico Dejouriano destinado à avaliação da saúde do trabalhador. **Revista Brasileira de Promoção da Saúde**, Fortaleza, v.25, n3, p. 374-380, jul./set., 2012.

LANCMAN, S. (Org.) **Políticas Públicas e Processos de Trabalho em Saúde Mental**. Brasília: Paralelo 15. 2008.

LANCMAN, S.; SNELWAR, L. I., **Christophe Dejours – Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2008.

LANCMAN, S; UCHIDA, S. Trabalho e subjetividade: o olhar da Psicodinâmica do Trabalho. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, São Paulo, v. 6, p. 79-90. 2003. Disponível em < <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cpst/v6/v6a06.pdf> >. Acesso em 23 de outubro de 2013.

LIMA, S. C. da C. O trabalho do cuidado: uma análise psicodinâmica. **Revista de Psicologia Organizacional e Trabalho**. v.12, n2. Florianópolis, 2012.

MACHADO, K; DOMINGUEZ, B. A palavra é intersetorialidade. **RADIS: Comunicação em Saúde**. Rio de Janeiro. Ed. RADIS, nº 97, set, 2010. URL Disponível em < www.ensp.fiocruz.br/radis >. Acesso em 01 de agosto de 2013.

MARTINS, M. **A Psicodinâmica do Reconhecimento no Trabalho de Informática de Terceirizados e Concursados de uma Instituição Pública**. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Departamento de Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações. Universidade de Brasília, Brasília, 2012.

MARTINS, S.R. Subjetividade e adoecimento por DORTs nos trabalhadores em um banco público de Santa Catarina. Em: Mendes, A.M. **Psicodinâmica do Trabalho: Teoria, Método e Pesquisas**. Casa do Psicólogo, 2007.

MARTINS, S. R; A. M. MENDES. A clínica da psicodinâmica no trabalho, **Revista Psicologia Organizacional e do Trabalho**, v.12 n.2, p. 171-184, maio-ago 2012.

MEDEIROS, S. N. **Clínica em Psicodinâmica do Trabalho com a Unidade de Operações Aéreas do DETRAN: O Prazer de Voar e a Arte de se Manter Vivo**. 168 f. 2012. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações) – Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2012.

MENDES, R; DIAS, E. C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Revista de Saúde Pública**, p. 341-349, 1991.

MENDES, A. M. Aspectos psicodinâmicos da relação homem-trabalho: as contribuições de C. Dejours. **Psicologia Ciência e Profissão**, v.3, n.1, p.34-38. 1995.

MENDES, A. M. et al. Da psicodinâmica à psicopatologia do trabalho. In _____ (Org.). **Psicodinâmica do Trabalho: Teoria, Método e Pesquisas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

MENDES, A.M. Prazer, reconhecimento e transformação do sofrimento no trabalho. In _____ (Org.). **Trabalho e Saúde**. Curitiba: Juruá. 2008a.

MENDES, A.M. **Trabalho E Saúde: O Sujeito da Emancipação e Servidão**. Curitiba; Juruá. 2008b.

MENDES, A. M.; MERLO, A.R.C.; MORRONE, C.F.; FACAS, E.P. **Psicodinâmica e clínica do trabalho: temas, interfaces e casos brasileiros**. Curitiba: Juruá, 2010.

MENDES, A. M; ARAÚJO, L. K. **Clínica Psicodinâmica do Trabalho: Práticas Brasileiras**. Brasília: Ex Libris, 2011.

MENDES, A. M; ARAÚJO L. K. R. **A Clínica Psicodinâmica do Trabalho: O Sujeito em Ação**. Curitiba: Juruá, 2012.

MERHY, E. H. Os CAPS e seus trabalhadores: no olho do furacão antimanicomial. Alegria e alívio como dispositivos analisadores. In: MERHY, E. H.; AMARAL, H. (Orgs.) **A Reforma Psiquiátrica no Cotidiano II**. São Paulo: Editora Hucitec, .1ed. 313p. 2007.

MERLO, A. R. C. **Psicodinâmica do Trabalho**. In: JACQUES, M. da G.; CODO, W. (Org.). **Saúde mental e trabalho leituras**. Petrópolis: Vozes, 2002.

MERLO, A. R. C; MENDES, A. M. B; Perspectivas do uso da psicodinâmica do trabalho no Brasil: teoria, pesquisa e ação. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, v. 12, n. 2, p. 141-15, 2009.

MERLO, Álvaro Roberto Crespo; MENDES, Ana Magnólia; MORAES, Rosângela Dutra de (Orgs.). **O Sujeito no Trabalho: Entre a Saúde e a Patologia**. Curitiba: Juruá, 2013. 291p.

MINAYO, M. C. de S. **Os Desafios do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 12. ed. São Paulo: HUCITEC, 407 p. 2010.

MORAES, R. D. & GARCIA, W. I. Fundamentos teóricos da Psicodinâmica do Trabalho. In Moraes, R. D. & Vasconcelos, A. C (Orgs). **Subjetividade e Trabalho com Automação: Estudo no Polo Industrial de Manaus**. (pp. 68-82). Manaus: Edua, 2011.

MORAES, R. D. Estratégias de enfrentamento do sofrimento e conquista do prazer no trabalho. In: MERLO, A. R. C.; MENDES, A. M.; MORAES, R. D. **O Sujeito no Trabalho: Entre a Saúde e a Patologia**. Curitiba: Juruá, 2013. p. 175-186.

MULLER, D. **Uma polícia especial: possibilidades de prazer no trabalho de militares do pelotão de operações especial**. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

NARDI, H.C.; RAMMINGER, T. Modos de subjetivação dos trabalhadores de saúde mental em tempos de Reforma Psiquiátrica. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 265-87, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Redução dos Riscos, promover uma vida saudável. **O Relatório Mundial de Saúde**. Genebra, 2002.

PALOMBINI, A. L. et al. **Acompanhamento Terapêutico na Rede Pública: A Clínica em Movimento**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2004.

PALOMBINI, A.L. et. Al. Relações entre pesquisa e clínica em estudos em cogestão com usuários de saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, 18(10): 2899-2908, 2013.

PÉRILLEUX, T. O trabalho e os destinos políticos do sofrimento. In: **O Sujeito no Trabalho: Entre a Saúde e a Patologia**. MERLO, A.R.C.; MENDES, A.M; MORAES, R.D. Curitiba: Juruá, 2013.

PIRES, R. V. **“Eu suporto tudo só para me sentir artista” As vivências dos profissionais de uma companhia de teatro em relação ao seu trabalho: uma abordagem psicodinâmica.** Tese (Doutorado em Psicologia), Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, p. 239, 2011.

PRIEB, S. A. M; CARCANHOLO, R.A. O trabalho em Marx. In: **Capital: Essência e Aparência.** Reinaldo Carcanholo (Org.). São Paulo: Educação Popular, 2011.

RAMMINGER, T., BRITO, J.C de. “Cada CAPS é um CAPS”: uma coanálise dos recursos, meios e normas presentes nas atividades dos trabalhadores de saúde mental. **Psicologia & Sociedade;** v.23, n. spe; p. 150-160, 2011.

REBOUÇAS, D.; ABELHA, L. LEGAY, L.F; LOVISI, G.M. O trabalho em saúde mental: um estudo de satisfação e impacto. **Caderno de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 24, n.3, p. 624-632, mar, 2008.

RONZANI, T. M.; MOTA, D. C. B. Políticas de saúde para a atenção integral a usuários de drogas. In: **Capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias. Prevenção ao Uso Indevido de Drogas.** – 3. ed. – Brasília: Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD, 2010. 424 p.

ROSSI, E. Z. **Reabilitação e Reinserção no Trabalho de Bancários Portadores de LER/DORT: Análise Psicodinâmica.** Tese (doutorado em Psicologia). Departamento de Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações. Universidade de Brasília, Brasília, 2008.

SANTOS-JÚNIOR, A. V. **Organização Do Trabalho e Prazer-Sofrimento de Profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial.** Dissertação (mestrado em psicologia). Departamento de Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações. Universidade de Brasília. Brasília, 2009.

SILVA, G. **Processo do Trabalho do Supervisor Clínico-Institucional nos Centros de Atenção Psicossocial na Percepção dos Supervisores.** Dissertação (mestrado em psicologia). Departamento de Psicologia Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria 2010.

SZNELWAR, L. I. Introdução. In: LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. I. (Org.). **Christophe Dejours: Da Psicopatologia à Psicodinâmica do Trabalho.** 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; Brasília: Paralelo 15, 2008.

TAVARES, R.C.; SOUSA, S.M.G. Os Centros de Atenção Psicossocial e as possibilidades de inovação das práticas em Saúde Mental. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 82, p. 252-263, maio/ago, 2009.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: DEFINIÇÕES, DIFERENÇAS E SEUS OBJETOS DE PESQUISA. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 507-514. 2005.

VASCONCELLOS, E.M. Abordagens Psicossociais. **História, Teoria e Trabalho no Campo**, 2008.

ZGIET, J. Reforma Psiquiátrica e os trabalhadores da saúde mental: a quem interessa mudar? **Revista Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 37, n. 97, p. 313-323, abr./jun. 2013.

YASUI, S. **Rupturas e Encontros: Desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010.

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

Título do projeto: A organização do trabalho e a mobilização subjetiva de trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial, Álcool e Drogas em um município da região central do Rio Grande do Sul.

Orientadora/ Pesquisadora responsável: Profa Dra Carmem Lúcia Colomé Beck

Co-orientadora: Profa Dra Cláudia Maria Perrone

Pesquisadora Mestranda: Katiusci Lehnhard Machado

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria

Telefone para contato (inclusive a cobrar): (55) 9998-4397 ou (55) 9990-5353

Pesquisadores participantes: Natiellen Quatrin e Thais Sangoi

Telefones para contato: (55) 91161582 e (55) 99179184

Gostaríamos de convidar você a participar, como voluntário, da pesquisa “*A organização do trabalho e a mobilização subjetiva de trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial, Álcool e Drogas em um município da região central do Rio Grande do Sul*”. Você precisa decidir se quer participar ou não. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que segue e pergunte ao responsável pelo estudo qualquer dúvida que você tiver. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é da pesquisadora responsável. Em caso de recusa você não será penalizado(a) de forma alguma.

Trata-se de uma pesquisa que tem o objetivo de compreender como a organização do trabalho influencia na mobilização subjetiva dos trabalhadores de um CAPS AD. Sua participação se dará em quatro sessões grupais com os trabalhadores deste serviço, realizadas no espaço físico do mesmo. As sessões serão gravadas, caso consentir, para melhor compreensão da coleta. Os dados coletados, depois de organizados e analisados, serão divulgados e publicados garantindo o anonimato dos participantes da pesquisa. Assim, não ocorrendo nenhuma identificação.

Dentre os benefícios esperados, deseja-se contribuir para um maior conhecimento sobre o tema abordado, que permita aos trabalhadores a conscientização da situação de trabalho decorrente das vivências, da organização do trabalho e a utilização de espaços coletivos de discussão capaz de propiciar melhores condições no desenvolvimento de seu trabalho. Outro benefício esperado é provocar reflexões que possibilitem o surgimento de ações transformadoras no trabalho. Contudo, apenas no final de todo o processo poderemos verificar a presença de algum benefício.

Com relação aos riscos, a pesquisa busca a minimização de qualquer tipo aos seus participantes. O preenchimento deste questionário não representará, a princípio, nenhum risco de ordem física ou psicológica para você. No entanto, ao aceitar participar da pesquisa, sinaliza-se que poderá haver uma mobilização emocional, já que em alguns momentos a pesquisa abordará situações difíceis decorrentes de experiências vivenciadas pela organização do trabalho. Também, você poderá experimentar constrangimento ao responder algumas perguntas, no entanto, não se sinta obrigado(a) a responder.

As informações fornecidas por você terão sua privacidade garantida pelos pesquisadores responsáveis. Lembre-se que em qualquer etapa do estudo você terá acesso aos responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas.

Consentimento da participação da pessoa como participante da pesquisa

Eu, _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo “Organização do Trabalho e a mobilização subjetiva de trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial, Álcool e Drogas em um município da região central do Rio Grande do Sul”, como participante da pesquisa. Declaro que fui informado (a) dos objetivos desta pesquisa de forma clara e detalhada. As minhas dúvidas foram respondidas pela pesquisadora, mestranda, Katiusci Lehnhard Machado, e sei que posso solicitar novas informações e esclarecimentos a qualquer momento, assim como modificar minha decisão em participar da pesquisa. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso ao tratamento em serviços de saúde, eventualmente desencadeado por situação da pesquisa.

Também, foi-me assegurado o sigilo e o anonimato das informações por mim prestadas durante a pesquisa e após seu término; o direito de me retirar da pesquisa, se assim eu desejar, sem que isso me implique prejuízos; também, que as informações coletadas durante a pesquisa serão arquivadas junto ao banco de dados da pesquisadora responsável

Profª. Drª. Carmem Lúcia Colomé Beck na Universidade Federal de Santa Maria, que pode ser contatada pelo telefone (55) 3220 8263 e da pesquisadora Katusci Lehnhard Machado pelo telefone (55) 9998 4397. Ficando assim disponíveis para posteriores análises. Os dados serão incinerados após 05 anos.

Ressalta-se que a participação nesta pesquisa é voluntária. Portanto, sinta-se à vontade para esclarecer qualquer dúvida antes de decidir. Caso não queira participar, você não deve assinar este termo.

Declaro que recebi cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Santa Maria, ___/___/___.

Nome e Assinatura do sujeito ou responsável:

Santa Maria ____, de _____ de 20__.

Katusci Lehnhard Machado
Pesquisadora Mestranda

Carmem Lúcia Colomé Beck
Pesquisadora Responsável

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM - Cidade Universitária - Bairro Camobi, Av. Roraima, nº1000 - CEP: 97.105.900 Santa Maria – RS. Telefone: (55) 3220-9362 – Fax: (55)3220-8009
Email: comiteeticapesquisa@smail.ufsm.br. Web: www.ufsm.br/cep

APÊNDICE B - Termo de Confidencialidade

Título da Pesquisa: “Organização do Trabalho e a mobilização subjetiva de trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial, Álcool e Drogas em um município da região central do Rio Grande do Sul”,

Pesquisadores responsáveis: Profa. Dra. Carmem Lúcia Colomé Beck

Profa Dra Cláudia Maria Perrone e Mestranda Katiusci Lehnhard Machado

Instituição/ Departamento: Universidade Federal de Santa Maria/ Departamento de Psicologia/ Programa de Pós-Graduação em Psicologia

Telefones para contato: (55)3220 8263 e (55) 9998 4397

Local da coleta de dados: Um município da região central do estado do Rio Grande do Sul

As pesquisadoras do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos participantes da pesquisa. Os dados para esse projeto serão coletados por meio de encontros grupais com os trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial, Álcool e Drogas em um município da região central do Rio Grande do Sul. Os participantes da pesquisa concordam, igualmente, que as informações serão utilizadas para execução do presente projeto, assim como para futura produção científica. Elas somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas na UFSM por um período de cinco anos sob a responsabilidade da Profa. Dra. Carmem Lúcia Colomé Beck. Após esse período, os dados serão destruídos. Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em ___/___/___, com o número do CAAE_____.

Santa Maria, ___ de _____ de 2013.

Pesquisadora Responsável: Profa. Dra. Carmem Lúcia Colomé Beck

Pesquisadora Responsável: Profa. Dra. Cláudia Maria Perrone

Pesquisadora Mestranda: Katiusci Lehnhard Machado

APÊNDICE C – Questões Norteadoras

Data:

Sessão 01: Como é o trabalho aqui no CAPS?

Data:

Sessão 02: O que representa para vocês o trabalho que realizam no CAPS?

Data:

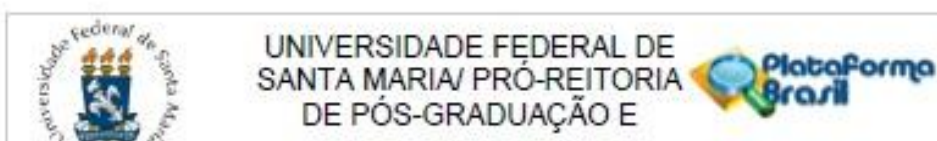
Sessão 03: Qual a finalidade do trabalho de vocês aqui no CAPS?

Data:

Sessão 04:

- Como vocês buscam fazer um trabalho diferenciado frente a série de protocolos estabelecidos no serviço?
- Qual o espaço que possuem para rediscutir cada processo de trabalho instituído?
- Vocês apontam que há entre a equipe um cuidado e um respaldo muito forte, no entanto, apontam que alguns trabalhadores “não aguentam ficar na equipe”, especialmente quando se comportam de maneira diferente da maioria do grupo. Como vocês lidam com as diferenças de quem e do que diverge de vocês enquanto grupo de trabalho.
- Vocês usam mais de uma hora da reunião de equipe para fazer a escala dos profissionais para o atendimento semanal. Em diferentes momentos vocês demonstram-se chateados com isso. Ainda, no decorrer da semana muitas vezes estes acordos na escala são descumprindo e houve o cancelamento de atividades com os usuários. Como o grupo entende e trabalha com isto?
- Como vocês podem usar os espaços coletivos para superar e transformar as dificuldades do contexto de trabalho?

ANEXO A -



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA
DE PÓS-GRADUAÇÃO E

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Organização do Trabalho e a Mobilização Subjetiva de Trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial, Alcool e Drogas.

Pesquisador: Camem Lúcia Colomé Beck

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 28649314.2.0000.5346

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 626.751

Data da Relatoria: 22/04/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de dissertação de mestrado em psicologia, que tem por objetivo "compreender como a organização do trabalho afeta a mobilização subjetiva dos trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial, Alcool e Drogas em um município da região central do estado do Rio Grande do Sul". Informa que o cenário da pesquisa será um Centro de Atenção Psicossocial, Alcool e Drogas, os participantes serão trabalhadores de nível fundamental, médio e superior deste serviço, totalizando, em média, 13 participantes. Como metodologia opta pela análise de conteúdo para o resultado das entrevistas.

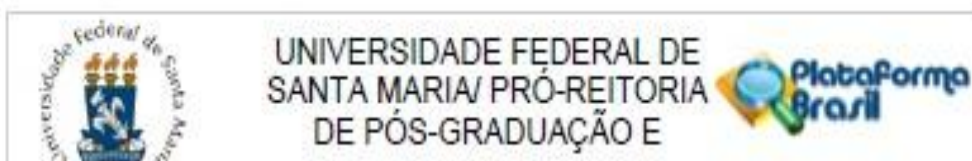
Objetivo da Pesquisa:

Compreender como a organização do trabalho afeta a mobilização subjetiva dos trabalhadores de um CAPS AD em um município da região central do estado do Rio Grande do Sul.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Adequadamente avaliados. Quanto aos riscos informa sobre o desconforto que pode sentir o entrevistado e a possibilidade de interrupção da entrevista. Quanto aos benefícios informa que

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
 Bairro: Camobi CEP: 91.050-900
 UF: RS Município: SANTA MARIA
 Telefone: (55)3220-9362 E-mail: cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 628.791

serão dirigidos à qualificação dos serviços nos CAPS.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é relevante e se encontra bem fundamentada, inclusive pela opção metodológica.

Apresenta todos os termos obrigatórios para avaliação por esse CEP.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentos obrigatórios adequados: TCLE; TC; autorização do Município; registro do projeto no GAP.

Cronograma adequado. População alvo justificada.

Apresentou o "questionário norteador" a pedido do Colegiado do CEP, com questões abertas e adequadas a metodologia proposta.

Recomendações:

.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

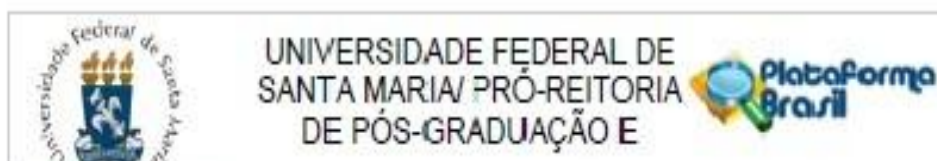
Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar

Bairro: Camobi CEP: 91.050-000

UF: RS Município: SANTA MARIA

Telefone: (55)3220-9362

E-mail: cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 628.751

SANTA MARIA, 28 de Abril de 2014

Assinado por:
CLAUDEMIR DE QUADROS
(Coordenador)

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
Bairro: Camobi CEP: 91.850-000
UF: RS Município: SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-6362 E-mail: cep.ufsm@gmail.com