



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE, AMBIENTE E
TRABALHO



ANA CAROLINA CERQUEIRA MEDRADO

O TRABALHO EM SAÚDE MENTAL: SOFRIMENTO E
TRANSFORMAÇÃO DOS SUJEITOS

Salvador

2017

ANA CAROLINA CERQUEIRA MEDRADO

**O TRABALHO EM SAÚDE MENTAL: SOFRIMENTO E
TRANSFORMAÇÃO DOS SUJEITOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho, Faculdade de Medicina da Bahia, Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do título de mestra.

Orientadora: Profa. Dra. Liliane Elze Falcão Lins Kusterer
Co-orientador: Prof. Dr. Elizeu Clementino de Souza

Salvador

2017

Modelo de ficha catalográfica fornecido pelo Sistema Universitário de Bibliotecas da UFBA para ser confeccionada pelo autor

M492 Medrado, Ana Carolina Cerqueira
O trabalho em saúde mental: sofrimento e transformação dos
sujeitos / Ana Carolina Cerqueira Medrado. -- Salvador, 2017.
82 f.

Orientadora: Liliane Elze Falcão Lins Kusterer.
Coorientador: Elizeu Clementino de Souza.
Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-Graduação em Saúde,
Ambiente e Trabalho) -- Universidade Federal da Bahia,
Faculdade de Medicina da Bahia, 2017.

1. Saúde mental. 2. Saúde do trabalhador. 3. Educação
Permanente em Saúde. 4. Narrativas em saúde. I. Kusterer,
Liliane Elze Falcão Lins. II. Souza, Elizeu Clementino de .
III. Título.

ANA CAROLINA CERQUEIRA MEDRADO

**O TRABALHO EM SAÚDE MENTAL: SOFRIMENTO E
TRANSFORMAÇÃO DOS SUJEITOS**

Dissertação apresentada como requisito para a obtenção do título de Mestra em Saúde, Ambiente e Trabalho, Faculdade de Medicina da Bahia, Universidade Federal da Bahia.

Aprovada em 29 de março de 2017.

Prof.^a Dr.^a Liliane Elze Falcão Lins Kusterer (orientadora)

Doutora em Patologia Humana pelo Centro de Pesquisa Gonçalo Muniz/
Fundação Oswaldo Cruz

Faculdade de Medicina da Bahia – Universidade Federal da Bahia

Prof. Dr. Elizeu Clementino de Souza (co-orientador)

Doutor em Educação/ Universidade Federal da Bahia

Departamento de Educação – Universidade do Estado da Bahia

Prof.^a Dr.^a Maria do Carmo Soares de Freitas

Doutora em Saúde Coletiva/ Universidade Federal da Bahia

Faculdade de Medicina da Bahia – Universidade Federal da Bahia

Dedico este trabalho a Giselia Antônia Pita (in memoriam), minha vó, que “nunca alisou o banco da ciência”, mas foi a mulher mais sábia que conheci, fonte de inspiração contínua.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu marido, Rodrigo, que sempre esteve ao meu lado, como esteio, acolhida, abrigo. Meu amor, minha casa.

Agradeço ao meu filho, Thor, por ser fonte de esperança, por todos os beijos e abraços enquanto escrevia, por ser o meu maior orgulho, por ser meu melhor feito.

Agradeço aos meus pais: Walter, por ser um sonhador e sempre tentar me fazer embarcar nos seus sonhos; e minha mãe, Meire, por ser sempre meu pé na realidade e sempre ter me cobrado mais.

Agradeço a minha sogra, Gildete, quem muito me apoiou e ajudou com a maior boa vontade.

Agradeço a minha tia Ana por ter me apresentado o PPGSAT como uma possibilidade de continuação dos meus estudos.

Agradeço a Liliane, minha orientadora, por todo apoio e pela confiança depositada em mim.

Agradeço a Elizeu, pelo trabalho de co-orientação, pelo suporte e por acreditar no potencial do meu trabalho.

Agradeço aos meus professores do PPGSAT por todos os ensinamentos ao longo destes dois anos, em especial aos professores Marco, Fernando, Moraes, Carminha, Gardênia e Paulo.

Agradeço a Caroline, Marivalda, Solange, funcionárias do PPGSAT, pela atenção e profissionalismo.

Agradeço a minhas colegas de mestrado, principalmente a Mariana, Rafaela, Noemia, Taís, Tatiane, Louise, Ivone, Patrícia, mulheres maravilhosas que me ajudaram muito a crescer e me tornar uma pessoa melhor.

Agradeço a todos os residentes e profissionais que entrevistei e ao serviço que me recebeu, tenho enorme admiração e respeito pela história de cada um.

Agradeço à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) pela concessão de bolsa para realização da pesquisa.

Eu procurei recheiar o meu texto das palavras mais bonitas, de sonhos, utopias, procurando honrar as histórias que me foram contadas. Dito isso, acho que devo agradecer a cada amigo, familiar, conhecido que sustentou meu sonho com palavras, pequenos ou grandes gestos que me ajudaram a manter a chama da esperança, aqueles que caminham contra o vento, que desbravam as estradas, os que lutam, erguem a voz e levantam os punhos para combater qualquer tipo de injustiça. Cada um destes está presente no meu texto, me acenando numa vírgula, declamando uma poesia em algum ponto, me sorrindo em um acento. Muito obrigada!

A ciência pode classificar e nomear os órgãos de um
sabiá
mas não pode medir seus encantos.
A ciência não pode medir quantos cavalos de força
existem
nos encantos de um sabiá.

Quem acumula muita informação perde o condão de
adivinhar: divinare.

Os sabiás divinam.

Manuel de Barros (2016, p. 41)

RESUMO

Esta pesquisa tem como objetivo analisar o trabalho em saúde mental como fonte de sofrimento e transformação de sujeitos. É uma pesquisa de natureza qualitativa que adotou a entrevista narrativa como dispositivo de produção de dados e a hermenêutica como perspectiva de análise. O campo de estudo foi um Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas (CAPS ad) de Salvador e os informantes foram três residentes e seis profissionais que atuam no citado serviço. A pesquisa divide-se em dois artigos. O primeiro intitulado “Sofrimento dos trabalhadores de saúde mental e sua relação com a precarização do trabalho” centrando-se na análise do sofrimento dos trabalhadores de saúde mental e sua relação com a precarização do trabalho. A análise evidencia que, entre os fatores de sofrimento identificados estão: conflito no ambiente de trabalho, falta de reconhecimento profissional, sobrecarga de trabalho, insegurança quanto à técnica de intervenção, carga horária excessiva, alta demanda emocional e contato com contextos de violência. Tais fontes de sofrimento são provenientes da própria peculiaridade do trabalho em saúde mental, mas também indicam processos de precarização adentrando a esfera do Sistema Único de Saúde (SUS). Constatou-se ainda a invasão do trabalho no tempo livre dos trabalhadores, o que pode estar relacionado com a flexibilização do trabalho aliado às tecnologias de informação e comunicação. Conclui-se que o labor em saúde mental tem sido penetrado pela lógica neoliberal, o que contradiz os valores ideológicos do sistema de saúde. Não foi narrada condição de adoecimento, o que pode estar relacionado com estratégias defensivas ou com a transformação do sofrimento em realização pessoal. O segundo artigo é “O trabalho como espaço educativo: transformando práticas e profissionais do campo da saúde mental”, destacando o papel da educação pelo trabalho como potencial transformadora de práticas e de profissionais do campo da saúde mental. Os resultados revelam que as reuniões, o matriciamento e as residências multiprofissionais são espaços/ferramentas que conseguem promover a intersecção entre educação e trabalho. Encontrou-se ainda que o trabalho que incorpora características educativas alinhadas à Educação Permanente em Saúde tem impacto não apenas no serviço de saúde, mas também reverbera na transformação dos sujeitos. Conclui-se que o trabalho pode ser um campo fértil para a formação de trabalhadores em saúde mental, sobretudo em CAPS comprometidos com os princípios da Reforma Psiquiátrica.

Palavras-chave: Saúde mental; Saúde do trabalhador; Precarização do Trabalho; Educação Permanente em Saúde; Narrativas em saúde.

ABSTRACT

This research aims to analyze mental health work as a source of suffering and transformation of the subjects. It is a qualitative research with narrative interviews that used hermeneutics for data analysis. It was conducted at the Psychosocial Care Center for alcohol and other drugs (CAPS ad) of Salvador. Three residents and six professionals who worked in the center were interviewed. The research is divided into two articles. The first one, entitled "Suffering from mental health workers and their relation to the precariousness of work" aimed to analyze the suffering of mental health workers and their relation to the precariousness of their work. The findings showed the following suffering factors: workplace conflict, lack of professional recognition, work overload, insecure about the intervention technique, excessive workload, high emotional demands and contact with contexts of violence. These sources of suffering stem from the very peculiarity of work in mental health, but also indicate a process of precariousness in the sphere of the Unified Health System (SUS). It was also verified the invasion of the work in the free time of the workers, what can be related to the flexibilization of the work allied to the technologies of information and communication. It is concluded that the work in mental health has been changed by the neoliberal logic, which contradicts with the ideological values of the health system. Illness was not reported, which may be related to defensive strategies or the transformation of suffering into personal fulfillment. The second article is entitled "The Work as an educational space: transforming practices and professionals in the field of mental health". The objective was to analyze the potential of work as an educational space in the field of mental health. The results showed that the system of meetings and practices of the multiprofessional residences are tools that may promote the intersection between education and work. It was also found that the work that incorporates educational characteristics, aligned to the Permanent Education in Health, impacts not only on the health service, but also reverberates on the transformation of the subjects. It is concluded that the work can be a fertile field for the training of mental health workers, especially in the CAPS that are committed to the principles of Psychiatric Reform.

Keywords: Mental health; Worker's health; Precariousness of Work; Permanent Education in Health; Health work; Narratives in health.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	8
1.1 Contextualização histórica: a reforma sanitária e a reforma psiquiátrica	11
1.1.1 A reforma sanitária e o Sistema Único de Saúde (SUS)	11
1.2.2 A loucura, o paradigma psiquiátrico e as reformas psiquiátricas mundiais	13
1.2.3 A reforma psiquiátrica brasileira e a Rede de Atenção Psicossocial	19
1.2 O trabalho em saúde mental	21
2. OBJETIVOS	26
3. ARTIGO 1	27
SOFRIMENTO DOS TRABALHADORES DE SAÚDE MENTAL E SUA RELAÇÃO COM A PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO	28
Introdução	29
Metodologia	32
Resultados e Discussão	34
Consideração finais	44
Referências	44
4. ARTIGO 2	48
O TRABALHO COMO ESPAÇO EDUCATIVO: TRANSFORMANDO PRÁTICAS E PROFISSIONAIS DO CAMPO DA SAÚDE MENTAL	49
Introdução	50
Metodologia	54
Resultados e discussão	57
Considerações finais	70
Referências	71
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	74
6. REFERÊNCIAS	75
7. APÊNDICES	78
APÊNDICE A- Questionário sócio demográfico	79
APÊNDICE B- Questões exmanentes entrevista narrativa	80
APÊNDICE C- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	81

1. INTRODUÇÃO

A presente dissertação pretende analisar o trabalho em saúde mental como fonte de sofrimento e transformação dos sujeitos, ao destacar os fatores de sofrimento presentes neste tipo de trabalho e o potencial de transformação dos sujeitos através de processos educativos no trabalho.

Para tanto, fará uma breve contextualização histórica da reforma sanitária e reforma psiquiátrica que desvelam os valores basilares do trabalho em saúde mental no Sistema Único de Saúde (SUS). Discorre-se também sobre a Rede de Atenção Psicossocial, na qual se inscrevem os Centros de Atenção Psicossocial e a Atenção Básica, que foram serviços nos quais os informantes se inseriram e se formaram enquanto trabalhadores e são citados em suas narrativas. Além disto, serão descritas as características do trabalho em saúde mental.

A pesquisa foi desenvolvida em dois artigos. O primeiro, intitulado “Sofrimento dos trabalhadores de saúde mental e sua relação com a precarização do trabalho”, discorre sobre os fatores de sofrimento no trabalho apontados por residentes e trabalhadores inseridos em um CAPS ad de Salvador. Promove um diálogo entre a psicodinâmica do trabalho, a sociologia do trabalho e a saúde coletiva.

O segundo artigo intitula-se “O trabalho como espaço educativo: transformando práticas e profissionais do campo da saúde mental”, situa as deficiências da formação em saúde para o trabalho no SUS e no campo da saúde mental. Aborda a Educação Permanente em Saúde (EPS) no campo da saúde mental e seu reflexo nos serviços e nos trabalhadores, adotando referências da saúde coletiva.

Ambos os artigos se valeram de metodologia qualitativa, tendo como recurso de produção de dados as entrevistas narrativas; bem como análise de documentos e observações do serviço registradas em diário de campo. Este tipo de entrevista tem sido muito usado nos estudos de saúde mental por Rosana Onocko Campos (CAMPOS, 2005; ONOCKO CAMPOS; FURTADO, 2008; CAMPOS; BACCARI, 2011; ONOCKO-CAMPOS *et al.*, 2013), referência em saúde coletiva e saúde mental, e serviram de inspiração para esta pesquisa.

Trata-se de entrevista em profundidade que adota o fluxo da narrativa ao invés de perguntas mais diretas (JOVCHELOVITCH; BAUER, 2002). Este tipo de entrevista coloca os sujeitos como produtos e produtores da história, o fluxo da narrativa permite associar a história de formação e de trabalhador dos sujeitos, que se acredita que não podem ser dissociadas, sobretudo quando se trata de formação ao longo da vida, como é o caso da EPS. Além disso, segundo Campos e Furtado (2008), as metodologias tradicionais dos estudos de saúde não têm dado conta de investigar o contexto de novos serviços e práticas no SUS, sendo válido os estudos narrativos tanto nas pesquisas de histórias de usuários quanto de trabalhadores.

Para análise dos dados utilizou-se princípios da hermenêutica de Ricoeur (2012; 2011). Visto que o texto ganha independência em relação ao tempo e ao autor, sua apropriação é possível a partir do compartilhamento de um mundo e linguagem comum. Concomitantemente, o texto narrativo abre outros mundos ao leitor, na medida em que possibilita a este uma inscrição em outros contextos, outras subjetividades e outras relações para além do seu próprio universo. O trabalho interpretativo promove um diálogo entre o texto e o leitor e, neste caso, entre as narrativas transcritas e a pesquisadora. Ademais, narrar é dizer de si e dizer do mundo, pois: “o discurso refere-se ao seu locutor ao mesmo tempo que se refere ao mundo” (RICOEUR, 2012, p. 37). Neste sentido, fazer pesquisa é ao mesmo tempo narrar sobre si e sobre o mundo.

O serviço que serviu de campo foi um Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas (CAPS ad) de Salvador. Preferiu-se não identificar o CAPS como mais uma forma de preservar a identidade dos informantes da pesquisa. A instituição também não será caracterizada posto que Salvador só tem três CAPS ad, qualquer caracterização já seria uma forma de identificação do serviço. Apesar disso, em cada artigo é sinalizado algum atributo da instituição que foi considerado válido na análise de cada estudo.

Os informantes da pesquisa foram nove, correspondendo a três residentes que atuaram no CAPS no ano de 2016 e seis profissionais do referido serviço. Prezou-se pela diversidade de formações dos sujeitos, integrando-se: psicólogo com especialização e mestrado; licenciada em biologia e química, especialista; enfermeiro, especialista e mestrando; artista plástico autodidata; dois redutores de danos, com ensino médio completo; dois educadores físicos, residentes multiprofissionais em saúde da família; uma psicóloga, residente multiprofissional

em saúde mental. Acredita-se que tal composição representa a multiplicidade de sujeitos envolvidos no cuidado em saúde mental.

Considerando que o estudo é uma pesquisa qualitativa, o desenvolvimento da pesquisa foi se transformando no decorrer da realização em sua interação com o campo. Algumas dificuldades fizeram com que os sujeitos originais que compunham o projeto de dissertação, no caso estudantes de graduação e demais profissionais de outros serviços capacitados pelo CAPS em questão, fossem desconsiderados na abordagem. Escolheu-se incluir apenas os trabalhadores do referido CAPS e os residentes, estes últimos por conta da proposta de analisar a Educação Permanente em Saúde. Além disto, é preciso ressaltar que os dados aqui apresentados são apenas um recorte do que foi possível produzir na coleta, enfatizando os mais alinhados às discussões do programa de mestrado em que se insere.

Este produto é um convite para adentrar-se a significação de algumas vidas, para dialogar com alguns “eus”, ou, ao menos, com alguns fragmentos que os sujeitos escolheram narrar como forma de superar a condição de solidão da existência:

[...] o estar junto, enquanto condição existencial da possibilidade de qualquer estrutura dialógica do discurso, surge como um modo de ultrapassar ou de superar a solidão fundamental de cada ser humano. Por solidão não quero indicar o facto de, muitas vezes, nos sentirmos isolados como numa multidão, ou de vivermos e morreremos sós, mas, num sentido mais radical, de que o que é vivido por uma pessoa não se pode transferir totalmente como tal e tal experiência para mais ninguém. A minha experiência não pode tornar-se diretamente a vossa experiência. Um acontecimento que pertence a uma corrente de consciência não pode transferir-se como tal para outra corrente de consciência. E, no entanto, algo passa de mim para vocês, algo se transfere de uma esfera de vida para outra. Este algo não é a experiência vivida, mas a sua significação. Eis o milagre. A experiência vivida, como vivida, permanece privada, mas o seu sentido, a sua significação, torna-se pública. A comunicação é, deste modo, a superação da radical não comunicabilidade da experiência vivida enquanto vivida. (RICOEUR, 2012, p. 30).

As histórias de vida dos sujeitos se dão em relação à determinado contexto social, se entrelaçam com a história do Brasil, com a história do SUS e com a história da saúde mental, sobretudo as dos profissionais deste CAPS, com grande inserção no percurso da redução de danos no Brasil. Apesar do texto ganhar autonomia semântica (RICOEUR, 2011), o contexto histórico e as questões ideológicas que atravessam o trabalho em saúde no SUS são válidos para a interpretação das narrativas. Neste sentido, explana-se sobre estas questões a seguir.

1.1 Contextualização histórica: a reforma sanitária e a reforma psiquiátrica

1.1.1 A reforma sanitária e o Sistema Único de Saúde (SUS)

O sistema público de saúde brasileiro derivou de três subsistemas: a saúde pública, a medicina previdenciária e a medicina do trabalho; sofrendo também influências da medicina liberal, das instituições filantrópicas e da medicina popular (Paim, 2009). Paim (2009) destaca o apartamento de cada um desses subsistemas: de um lado a saúde pública responsabilizando-se pelas ações sanitárias; por outro lado ações curativas e individuais a cargo da medicina previdenciária; e a saúde do trabalhador sob competência do Ministério do Trabalho. Assim, tinha-se um sistema de saúde desintegrado, com diferentes concepções e abordagens sobre a saúde.

Anteriormente ao surgimento do SUS os investimentos de saúde do Estado nos serviços públicos eram mínimos, prevalecendo a compra de serviços médico-hospitalares do setor privado. Esse processo de privatização intensificou-se durante o regime militar, dando margem a amplos esquemas de corrupção. Paim (2009) ratifica que, nessas circunstâncias, o sistema de saúde brasileiro entrou em crise. Apesar dos diversos tipos de serviços e instituições, havia um grande vazio assistencial à boa parte da população. O autor cita estudo realizado em 1975 pelo Ministério da Previdência e Assistência Social que caracterizava o sistema de saúde da época como: “insuficiente; mal distribuído; descoordenado; inadequado; ineficiente; ineficaz” (p.39) e acrescenta ainda “[...] mais quatro adjetivos que caracterizariam aquele *não-sistema*: autoritário, centralizador, corrupto e injusto” (p.39).

É no bojo desta crise que começa a estruturar-se o movimento de Reforma Sanitária. O movimento inicia a se delinear em meados dos anos 70 sendo composto por estudantes, pesquisadores e profissionais de saúde, bem como entidades como a Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC), o Centro de Estudos da Saúde (Cebes) e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco). O movimento sanitário tinha como proposta a democratização da saúde e ganha força nos debates da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986. Em texto proferido durante a VIII Conferência, Paim (1986) deixa claro a proposta do movimento sanitário, pontuando que a saúde não se restringe aos serviços, trazendo uma visão ampliada do conceito: “resulta das condições de vida –

biológica, social e cultural – e, particularmente, das relações que os homens estabelecem entre si e com a natureza, através do trabalho” (p. 4).

O movimento repercute na Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) que garante em seu artigo 196 que a saúde é um direito de todo cidadão. Contudo, o maior desdobramento da Reforma Sanitária foi a promulgação da Lei nº 8.080/90, que institui o Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, segundo a Lei nº 8.080/90:

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

[...]

Art. 3º A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

É possível perceber um compromisso do SUS em garantir a saúde em uma perspectiva integral, explicitado ainda em um dos seus princípios: a integralidade da assistência. De acordo com a Lei nº 8.080/90 em seu artigo 7º, inciso II a integralidade da assistência é um “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”. Desta forma, para atingir o ideal de uma saúde integral é preciso coordenar os serviços por meio de redes assistenciais, reconhecendo que os problemas de saúde da população são deveras complexos e que o sujeito é um ser íntegro e indivisível, de tal maneira que somente uma rede de serviços pode vislumbrar a sua singularidade (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004; SOUZA; COSTA, 2010).

Apesar da proposta de articulação trazida na Lei Orgânica da Saúde, Mendes (2011) afirma que a atenção à saúde no Brasil era fragmentada e não respondia bem às mudanças das condições de saúde brasileiras que, além das doenças agudas, enfrenta também a ascensão das doenças crônicas. O autor ratifica que tais questões podem ser contornadas pelo delineamento de Redes de Atenção à Saúde (RASs):

[...] há que se restabelecer a coerência entre a situação de saúde e o SUS, o que envolverá a implantação das redes de atenção à saúde (RASs), uma nova forma de organizar o sistema de atenção à saúde em sistemas integrados que permitam responder, com efetividade, eficiência, segurança, qualidade e

equidade, às condições de saúde da população brasileira (MENDES, 2011, p.18).

Em virtude de tal debate, o Ministério da Saúde lançou em 2010 a Portaria nº 4.279 que estabelece diretrizes para a RAS no SUS. A partir de então foram definidas redes temáticas (DAB, 2015), entre elas a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída pela Portaria nº 3.088/11 (BRASIL, 2011), que será discutida mais adiante.

1.2.2- A loucura, o paradigma psiquiátrico e as reformas psiquiátricas mundiais

Foucault (2007) afirma que o louco é o “passageiro por excelência” o “prisioneiro da passagem” (p.12). As definições de loucura também parecem ser passageiras, transitórias. A loucura, ou melhor, o conceito de loucura a todo tempo ganha novas faces, reinventa-se, metamorfoseia-se. A loucura não desce mais o rio, ela caminha com a sociedade, transforma-se com ela. O definitivo, quando se trata de loucura, é o fato de que esta nunca foi tratada com naturalidade sendo ora encarada como divinatória e sendo exaltada, ora vista como horrenda e desprezível.

Pessoti (1994), a partir da obra de Homero, afirma que, até os tempos pré-socráticos ainda não existia uma concepção sobre o que seria a natureza humana. Não havendo uma delimitação do que seria o humano, não existiria então as distorções, as bizarrices, o inumano. Somente no século V a.C. é que tal definição começa a ser articulada, aparecendo, desta forma, tudo aquilo que “não cabe dentro do humano”. A partir de então a loucura começa a surgir associada às divindades. A loucura seria uma maneira dos deuses imporem suas vontades sobre os homens. O louco seria aquele que “padece” de uma possessão divina, sobre sua influência o homem perde o controle de si mesmo não lhe sendo imputada culpa ou responsabilidade pelas suas ações.

Segundo Silveira e Braga (2005), esse caráter sobrenatural também aparece entre os filósofos, e por isto a loucura passa a ser considerada um privilégio. Sócrates e Platão ressaltaram a existência de uma forma de loucura tida como divina, utilizando até a mesma palavra (manikê) para designar tanto o divinatório como o delirante. Era através do delírio que alguns “privilegiados” podiam ter acesso à verdades divinas (SILVEIRA; BRAGA, 2005).

Na Antiguidade Clássica a loucura assume outra conotação. Esta aparece representada nas pinturas por animais e figuras grotescas “em forma de tentação, expondo o mundo com tudo que nele existe de impossível, de fantástico, de inumano” (SILVEIRA; BRAGA, 2005). Nesta época o louco é visto com horror, torna-se um tormento para a sociedade. A prova disto é a Nau dos Loucos descrita por Foucault (2007): o louco passa a ser expulso de sua cidade sendo condenado a navegar ao longo dos rios, tendo um destino tão errante quanto a sua razão.

Essa navegação é simultaneamente a divisão rigorosa e a Passagem absoluta. Num certo sentido, ela não faz mais que desenvolver, ao longo de uma geografia semi-real, semi-imaginária, a situação do liminar do louco no horizonte das preocupações do homem medieval – situação simbólica e realizada ao mesmo tempo pelo privilégio que se dá ao louco de ser fechado às portas da cidade: sua exclusão deve encerrá-lo; **se ele não pode e não deve ter outra prisão que o próprio limiar, seguram-no no lugar de passagem.** [grifo nosso] (FOUCAULT, 2007, p. 12).

Já na Idade Média o mecanismo de exclusão do louco começa se estruturar ainda mais. Agora os loucos assumem o papel e o espaço que antes era destinado ao leproso. Estas instituições funcionavam apenas como uma forma de contenção do louco, retirando do convívio social aqueles que não se adaptavam a ele, ainda não havia nenhum caráter terapêutico nessa reclusão (FOUCAULT, 2007).

Somente no século XVIII começa-se a construir um saber em torno da loucura. A partir de então o louco é visto como uma figura perigosa e inconveniente, que não sabe nada sobre si mesmo e que por isso deve viver num mundo à parte sob os cuidados de um especialista: o psiquiatra (AMARANTE, 1995).

O desenvolvimento da psiquiatria está intimamente vinculado com as práticas de Pinel nos hospícios, que têm como foco a categorização dos sintomas criando uma classificação das doenças, bem como, uma organização da estrutura asilar e implementação de ações terapêuticas nestes espaços. É a partir de então que a loucura passa a ser da competência do psiquiatra e o hospício a se constituir como seu *locus* de atuação. Com a evolução deste saber, no século XIX, a psiquiatria passa a incorporar a lógica das ciências naturais, ganhando características positivistas, pretendendo dessa forma garantir uma legitimidade científica (AMARANTE, 1995).

Tais ações de Pinel nos manicômios podem ser consideradas como o primeiro movimento de reforma da instituição asilar, já que, a partir de suas intervenções, o espaço asilar sofre uma

nova estruturação, deixando de ser um local de ação social e filantrópica para, a partir de então, tornar-se uma instituição psiquiátrica de fato. Desde este primeiro momento surgem críticas dirigidas a esta nova instituição, isto devido ao seu caráter fechado e autoritário, o que acabou culminando num movimento de reformulação deste espaço: as colônias de alienados (AMARANTE, 1995).

O objetivo de tais colônias era operar num sentido de maior liberdade, um regime de portas abertas (não se pode perder de vista a influência da Revolução Francesa, com seus ideais de liberdade, igualdade e fraternidade, neste processo). Apesar deste intuito, as colônias de alienados não conseguiram se diferenciar dos asilos pinelianos. Será preciso que ocorra outro fato histórico de grande impacto, a II Guerra Mundial, para que se originem os movimentos de reforma psiquiátrica de maior relevância (AMARANTE, 1995).

Assim, em 1946, na Inglaterra, surge o movimento de Reforma Psiquiátrica que ficou conhecido como comunidade terapêutica. Tais comunidades se caracterizavam por uma mudança de perspectiva do funcionamento dos asilos, visando uma participação mais coletiva e democrática, como esclarece Amarante (1995):

[...] por meio da concepção de comunidade, procura-se desarticular a estrutura hospitalar considerada segregadora e cronificadora: o hospital deve ser constituído de pessoas, doentes e funcionários, que executem de modo igualitário as tarefas pertinentes ao funcionamento da instituição. Uma comunidade é vista como terapêutica porque é entendida como contendo em si mesma princípios que levam a uma atitude comum, não se limitando somente ao poder hierárquico da instituição (p.31).

Entretanto, Rotelli (*apud* AMARANTE, 1995) salienta que tal proposta não conseguiu colocar em pauta o problema da exclusão do doente mental, já que as práticas da comunidade terapêutica ficavam restritas ao hospital, não se preocupando com a inserção do louco na comunidade externa.

Conforme Amarante (1995), outra importante contribuição para a reforma psiquiátrica foi a psicoterapia institucional que surgiu em 1952, na França, a partir do trabalho de François Tosquelles no Hospital Saint-Alban. A psicoterapia institucional caracterizava-se por acreditar no potencial terapêutico das instituições asilares (embora tenha sido reconhecido pelo próprio movimento que tal potencial não estava sendo bem aproveitado) tendo por objetivo a revisão da hierarquia e da verticalidade destas instituições. Sendo assim, propunha

o “tratamento” da própria instituição psiquiátrica, já que “é impossível tratar um indivíduo inserido numa estrutura doentia” (AMARANTE, 1995, p.34). Este projeto pecou por não questionar a função social da psiquiatria, bem como por se restringir ao asilo.

A psiquiatria de setor surgiu justamente questionando a estrutura asilar. Movimento desenvolvido na França, teve como proposta a adaptação de pavilhões hospitalares ao contexto sócio-cultural em que o doente mental estava inserido. Porém, o maior diferencial deste movimento foi a compreensão do hospital psiquiátrico como um mero auxiliar no tratamento, a internação era apenas uma etapa do processo, o restante do tratamento poderia ser conduzido dentro da própria comunidade. A partir dos anos sessenta, essas práticas passam a ser política oficial na França. Contudo, a experiência não obteve êxito por não ter sido aceita socialmente, principalmente devido aos preconceitos difundidos em relação ao louco (AMARANTE,1995).

Já nos Estados Unidos surgiu a psiquiatria preventiva ou comunitária. A psiquiatria preventiva teve como estratégia a intervenção nas causas da doença mental e na prevenção da mesma, objetivando a promoção da saúde mental. Com esta proposta

instaura-se a crença de que todas as doenças mentais podem ser prevenidas, senão detectadas precocemente, e de que, então, se a doença mental significa distúrbio, desvio, marginalidade, pode-se prevenir e erradicar os males da sociedade. Dessa forma, urge a identificação de pessoas potencialmente doentes, de candidatos à enfermidade, de suscetíveis ao mal (AMARANTE, 1995, p.38).

Tais práticas configuravam-se como alternativas de desinstitucionalização, termo que passou a ser usado desde então. Mas estas ações também possuíram suas ressalvas já que acabaram caindo numa normatização e controle sociais, definindo um padrão de desvio social como possível indício de doença mental (AMARANTE, 1995).

Durante a década de 1960, na Inglaterra, surge o movimento chamado de antipsiquiatria. A antipsiquiatria sofreu grande influência dos movimentos de contracultura, movimentos estes que introduziram novas formas de compreensão social e, conseqüentemente, novas maneiras de enxergar o louco (AMARANTE, 1995).

Sendo assim, nesse período, o louco é visto como “uma vítima da alienação geral tida como norma, e é segregado por contestar a ordem pública e colocar em evidência a repressão da

prática psiquiátrica, devendo por isso ser defendido e reabilitado” (AMARANTE, 1995, p. 47). Este movimento, fazendo uso de referências como o existencialismo, a fenomenologia, o pensamento de Foucault e o marxismo, passou a ver o saber psiquiátrico como inadequado (principalmente no que se referia ao tratamento da esquizofrenia), como mais um mecanismo de dominação, sendo questionado pelos próprios psiquiatras como Laing, Cooper e Esterson. Destarte, surgem novas propostas de comunidades terapêuticas, subvertendo a hierarquia e a disciplina do hospital; além de uma prática que não tem como foco o tratamento químico ou físico, valorizando o discurso do louco. Porém, o que fica claro neste período é que não eram apenas as práticas psiquiátricas que precisariam de transformações, mas sim toda a realidade social.

Enquanto no movimento de antipsiquiatria fica implícito a participação de um componente político na relação que se estabelece com a loucura, o movimento de Psiquiatria Democrática Italiana, originário das práticas de Basaglia, diferencia-se por seu caráter eminentemente político (AMARANTE, 1995).

A grande questão que fica evidenciada a partir da tradição basagliana é a liberdade do louco. Para Basaglia (2005), o primeiro passo que deve ser seguido no tratamento do louco é conceder-lhe a liberdade de que foi privado dentro dos asilos psiquiátricos, já que tais espaços se constituem como mais uma forma de alienação do louco. Nestes locais, o louco torna-se um objeto, sendo desprovido de relações pessoais, individualidade, autonomia e desejos, tendo que se enquadrar a regras e rotinas que lhe são impostas e que não atendem às suas particularidades.

Ademais, ele destaca que, para o psiquiatra, o louco é identificado apenas por sua doença, perdendo sua condição de sujeito e tornando-se apenas uma patologia que deve ser tratada. Basaglia propõe então que a doença mental seja “colocada entre parênteses”, o que não implicaria em negar a dor, o mal-estar e sofrimento oriundo da doença, mas colocaria o sujeito em primeiro plano (BASAGLIA, 2005).

Tais reflexões de Basaglia refletem sua experiência no manicômio de Gorizia. Ele comandou durante três anos a reorganização deste hospital, que passou pelos seguintes passos: introdução de fármacos, evitando a contenção; reeducação teórica e humana do pessoal; reatamento dos vínculos do louco com o exterior; destruição das redes e grades do

manicômio; abertura das portas; criação do Hospital Dia; organização do hospital como uma Comunidade Terapêutica (BASAGLIA, 2005).

Todavia, Basaglia reconhece que estas estratégias se configuravam somente como uma tentativa de humanização dos hospitais, não colocando em foco a lógica de exclusão que orientava as práticas psiquiátricas. O movimento de Psiquiatria Democrática vai além da humanização dos manicômios, destacando-se pela

[...] possibilidade de denúncia civil das práticas simbólicas e concretas de violência institucional, e, acima de tudo, à não restrição dessas denúncias a um problema dos 'técnicos de saúde mental'. A possibilidade de ampliação do movimento da Psiquiatria Democrática Italiana e seu alcance além da propriedade ou competência médico-psiquiátrica-psicológica permite alianças com forças sindicais, políticas e sociais. **A Psiquiatria Democrática Italiana traz ao cenário político mais amplo a revelação da impossibilidade de transformar a assistência sem reinventar o território das relações entre cidadania e justiça** [grifo nosso] (AMARANTE, 1995, p. 52).

A experiência de Basaglia em Trieste torna-se um modelo de desinstitucionalização para muitos países, inclusive o Brasil (AMARANTE, 2007). Basaglia (2005) denunciou a objetificação da pessoa em sofrimento psíquico e propôs colocar a doença entre parêntesis para enxergar o sujeito. Neste sentido, Basaglia (2005) destaca o papel do hospital psiquiátrico e do psiquiatra em violentar o sujeito ao transformá-lo em objeto e denuncia: “a objetificação não é a condição objetiva do doente, mas reside dentro da relação entre doente e terapeuta, e portanto dentro da relação entre doente e a sociedade, que delega o tratamento e a tutela do doente ao médico” (p.103-104). Por conta disto, para Basaglia (2005) o hospital psiquiátrico é uma instituição a ser negada e superada.

Em Trieste Basaglia dá início a um processo de desconstrução do aparato manicomial, fundando novas estruturas como os centros de saúde mental; grupos-apartamentos, onde os usuários moravam sozinhos ou acompanhados por técnicos e voluntários; cooperativas de trabalho; e o Serviço de Diagnose e Cura, que serviria de apoio para as outras estruturas (AMARANTE, 1995). As práticas de Basaglia acabam repercutindo na aprovação da Lei Basaglia em 13 de maio de 1978, que impedia as internações compulsórias, entretanto, colocava sobre o julgamento do médico a decisão sobre a periculosidade social do louco (AMARANTE, 1995).

1.2.3- A reforma psiquiátrica brasileira e a Rede de Atenção Psicossocial

No Brasil, em paralelo ao Movimento de Reforma Sanitária, surge o Movimento de Reforma Psiquiátrica. Segundo Tenório (2002), a partir da segunda metade da década de 70, surgiram várias denúncias sobre os hospitais psiquiátricos do país. Estes eram acusados de violência, abandono e maus-tratos aos internos. Além disto, apareceram acusações de fraude no financiamento dos serviços. Diante deste quadro, constitui-se em 1978 o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM).

Amarante (1996) afirma que, se a princípio o MTSM apenas reivindicava a reforma da assistência psiquiátrica no país através de propostas de desospitalização, o desenrolar do movimento passa a ser marcado por uma crítica ao saber psiquiátrico, delineando as propostas de Reforma Psiquiátrica brasileira. Assim, o autor afirma que o grande diferencial da Reforma Psiquiátrica no Brasil é a busca do resgate da cidadania do louco, sendo constituída por propostas que requerem reconstruções teóricas, políticas, culturais e sociais.

Devido à grande proporção que o movimento atinge, ele acaba culminando num processo de revisão legislativa: o projeto de lei nº 3.657/89, apresentado em 1989 pelo deputado Paulo Delgado. O projeto propunha: o impedimento da construção e da contratação de hospitais psiquiátricos pelo governo; o direcionamento de verbas para a criação de recursos alternativos aos manicomiais; e a denúncia de internações compulsórias à autoridade judiciária. A lei só conseguiu ser aprovada em 2001 (lei nº 10.216/01), embora com a supressão do artigo referente à construção e contratação de hospitais psiquiátricos (TENÓRIO, 2002).

A Lei nº 10.216/01 (BRASIL, 2001) trata sobre os direitos e a proteção das pessoas com transtornos mentais e reconfigura a assistência em saúde mental no país. Sendo assim, o tratamento muda de um modelo manicomial/hospitalocêntrico para um modelo de base comunitária. A principal repercussão de tal mudança são os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Os CAPS são serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos e objetivam:

[...] dar um atendimento diuturno às pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, num dado território, oferecendo cuidados clínicos de reabilitação psicossocial, com o objetivo de substituir o modelo hospitalocêntrico, evitando as internações e favorecendo o exercício da

cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias (BRASIL, 2004, p. 12).

Os trabalhos desenvolvidos nos CAPS, tanto os atendimentos individuais quanto os grupais, são realizados em um meio terapêutico. Para tanto, preza-se por um ambiente acolhedor, estruturado e facilitador de relações, onde são executados diversos tipos de tratamento. Tais atividades vão além da administração de medicamentos e das consultas, o que se convencionou chamar de clínica ampliada. Por meio desse funcionamento o CAPS visa oferecer atendimento às pessoas de seu território de abrangência que sofrem com transtornos mentais graves e persistentes realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários por meio do exercício da sua cidadania e da sua (re)integração com seus familiares e sociedade em geral.

O CAPS possui diversas modalidades: o CAPS I atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, além daquelas com necessidades decorrentes do uso de drogas, de todas as faixas etárias. O CAPS II atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e pode atender aquelas com necessidades decorrentes do uso de drogas. O CAPS III atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, oferece atenção contínua todos os dias da semana, vinte quatro horas por dia. O CAPS ad é específico para pessoas com uso problemático de drogas, o CAPS ad III atende a mesma população em regime integral, todos os dias da semana. O CAPS ia atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e aquelas com uso problemático de substâncias psicoativas. Diferem também quanto ao tamanho da população de abrangência e ao quantitativo de profissionais que compõe a equipe (BRASIL, 2011).

Após dez anos da promulgação da Lei nº 10.216/01, o Ministério da Saúde instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) através da Portaria nº 3.088/11 (BRASIL, 2011). O objetivo da referida portaria é “a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)” (BRASIL, 2011, p. 02). Destarte, pretende-se integrar a rede de cuidados dirigida às pessoas com transtornos mentais, que muitas vezes ficava centralizada no CAPS devido às inúmeras barreiras assistenciais com as quais se deparavam os usuários de tal serviço.

Assim, compõem a RAPS: atenção básica em saúde; atenção psicossocial especializada; atenção de urgência e emergência; atenção residencial de caráter transitório; atenção hospitalar; estratégias de desinstitucionalização; reabilitação psicossocial.

1.2 O trabalho em saúde mental

Após o delineamento das questões ideológicas que permeiam tanto a Reforma Sanitária, quanto a Reforma Psiquiátrica, que moldou as atuais políticas de saúde mental, é válido explicar sobre as características do trabalho em saúde mental. O trabalho, assim como a educação, se dá ancorado num determinado contexto sócio-histórico. Ambas instituições, o trabalho e a educação, podem manter e reproduzir o que está posto e instituído, ou abrir-se ao novo, através de movimentos instituintes (BAREMBLITT, 2002) e, tanto no trabalho em saúde em geral, como no trabalho em saúde mental é possível encontrar o compromisso com o *status quo* ou movimentos vanguardistas.

Delineando o trabalho em saúde, Nogueira (1997) afirma que tal trabalho envolve três aspectos: compartilha características dos demais processos produtivos; se configura como um serviço; e, o mais importante, prescinde de um laço interpessoal entre cuidadores e aquele que é cuidado. Assim, o grande diferencial do serviço saúde quando comparado a outros trabalhos é justamente este último aspecto: ele se dá através da relação entre as pessoas. Sendo assim, o sujeito que é cuidado faz parte do processo de trabalho, seja fornecendo informações sobre o seu padecimento, seja colocando em prática ou se contrapondo às prescrições médicas: “ele [o usuário] é co-partícipe do processo de trabalho e, frequentemente, co-responsável pelo êxito ou malogro da ação terapêutica” (NOGUEIRA, 1997, p.72).

Ainda segundo Nogueira (1997), apesar desta relação entre sujeito e cuidador ser fundamental, não se pode perder de vista que o trabalho em saúde tem seu aspecto técnico e científico, que corresponde a ações planejadas onde instrumentos físicos, químicos e bioquímicos são utilizados com o intuito de atingir um fim específico. Contudo, é preciso que esta técnica e cientificidade esteja subordinada ao sujeito, que as ações do trabalhador de saúde se adequem às circunstâncias e às idiossincrasias daquele que carece de cuidados.

O autor também afirma que outra característica do trabalho em saúde é a fragmentação das ações. O cuidado em saúde muitas vezes exige o deslocamento entre diferentes níveis de

atenção para a realização de uma série de exames e de terapêuticas. Desta forma, ao se compartimentalizar as ações de cuidado, desenha-se uma alienação do trabalho em saúde, alienação esta que engloba tanto o trabalhador quanto o usuário (NOGUEIRA, 1997).

Mattos (2008) não se contrapõe às ideias de Nogueira (1997), mas traz outros elementos importantes para a compreensão das especificidades do trabalho em saúde. Mattos (2008) define o trabalho em saúde como “práticas de cuidado”. Embora as práticas de cuidado não se restrinjam aos profissionais de saúde, as ações destes profissionais se configuram como tal e, segundo o autor, cada vez mais os profissionais de saúde tendem a se apropriar ou regular as práticas de cuidado, num trilhar que ele denomina como medicalização da vida social. Assim, as práticas de cuidado são: “conjunto de práticas sociais que se constituem como esforços (ou tentativas) de assegurar a continuidade da vida, quer da vida de indivíduos, quer da vida de um grupo social, quer da vida da espécie. Nesse sentido, cuidar é algo inerente à vida humana” (MATTOS, 2008, p.322).

Mattos (2008) identifica três eixos das práticas de cuidado: a medicalização (já citada acima), a racionalidade médica e a influência do capitalismo. A racionalidade médica diz respeito a uma prática centrada nas doenças e que submete os sujeitos à perscruta invasiva de procedimentos e técnicas. Remonta à origem da clínica e da própria medicina. Tal racionalidade subjuga os sujeitos e a sociedade, e é a valorização demasiada deste saber científico que tutela a vida e respalda as ações de medicalização.

O autor também situa o trabalho em saúde dentro de uma sociedade capitalista. Assim, o trabalho em saúde dentro desta conjuntura encontra-se fortemente influenciado pelo complexo industrial e por corporações (incluindo-se as corporações profissionais) fazendo com que seus insumos e, até mesmo o cuidado em si, tornem-se bens de consumo (MATTOS, 2008).

A partir do exposto pelos dois autores pode-se encarar um trabalho em saúde que mantém e reproduz iniquidades e, de certa forma, se distancia do cuidado com a vida. Entretanto, o próprio Mattos (2008) sinaliza rotas de fuga. Como dito anteriormente, o trabalho e a educação podem manter e reproduzir o *status quo*, mas também é possível produzir o instituinte. Nesse sentido, ele afirma:

Profissionais que são ao mesmo tempo agentes da reprodução dessas práticas e de sua eventual transformação. Penso que, no meio mesmo desse complexo

arranjo de práticas sociais, há sujeitos (profissionais da saúde ou não) que, indignados, buscam alternativas ao que existe, lutando por valores que, embora pareçam ser impossíveis, permitem criar contradições e tensões de modo a instaurar relações emancipatórias. Uma das manifestações dessa indignação com as formas predominantes das práticas do cuidado feitas pelos profissionais da saúde vêm-se dando no Brasil na luta em torno do princípio da integralidade em saúde (p. 347).

Mattos (2008) aponta a integralidade como um caminho para a mudança das práticas de saúde. Como exposto anteriormente, a integralidade ascende como uma das diretrizes do SUS e pode se configurar como uma forma de organização dos serviços de saúde. Contudo, a ideia de integralidade vai além, surge também como um ideal que se relaciona à busca por uma sociedade mais justa. Diferencia-se de uma utopia na medida em que se crê que na sua concretização num tempo delimitado, caracterizando-se como uma “imagem objetivo” para o SUS (MATTOS, 2001):

Especificamente no que se refere às práticas dos profissionais da saúde, integralidade adjetiva o cuidado: aspiramos a um cuidado integral. Um cuidado no qual as intervenções dos profissionais da saúde se façam apenas na medida em que efetivamente possam alargar os limites do modo de andar a vida. Portanto, um cuidado profundamente centrado na compreensão do sofrimento manifesto ou do sofrimento antecipado pelos profissionais no contexto de vida do sujeito que sofre ou poderá vir a sofrer. Ademais, um cuidado que se preocupe em descolonizar, reduzir as tutelas, deixar de vigiar e controlar, para dar lugar à emancipação, à maior autonomia por parte dos sujeitos que sofrem ou que podem vir a sofrer (MATTOS, 2008, p. 347).

A ideia de integralidade se alinha à propostas das Redes de Atenção à Saúde, explicitadas por Mendes (2011) e, concernente a este estudo, da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Referente a isto, é importante discutir o conceito de clínica do sujeito ou clínica ampliada apresentado por Campos (1996/1997).

Campos (1996/1997), dialogando com Gramsci, Sartre e, principalmente com Basaglia, propõe um novo modelo de clínica: “uma clínica centrada nos Sujeitos, nas pessoas reais, em sua existência concreta, inclusive considerando-se a doença como parte destas existências” (p.04). Para tanto, o autor parte da proposta de Basaglia de “colocar a doença entre parêntesis” de modo a desvelar o sujeito. A ideia de clínica ampliada se contrapõe à clínica clássica fundante da medicina. O autor discute que a clínica clássica parte do pressuposto de uma clínica única que se vale da ciência e da ética. Contudo, tal clínica encontra-se demasiadamente comprometida com a doença -como exposto por Mattos (2001) - e se escusa de dar conta dos sujeitos, caindo num processo de fragmentação do cuidado. Trocando-se a

ênfase passa a ser a pessoa e seu contexto o objetivo do trabalho, e as ações passam a ser dirigidas para a “invenção da saúde” (CAMPOS, 1996/1997). Atualmente, o trabalho em saúde mental norteia-se pela ideia de clínica ampliada, que demanda trabalho em equipe, por isso opera em conjunto com ferramentas como equipe/profissional de referência e apoio matricial e projeto terapêutico singular.

O apoio matricial e a equipe/profissional de referência também são propostas de Campos. Os conceitos surgiram como forma de reorganização do trabalho em saúde e têm sido amplamente utilizados nos serviços de saúde mental. O apoio matricial tem por objetivo oferecer suporte especializado a uma equipe ou profissional de saúde através de ações pedagógicas e/ou assistenciais. Parte da ideia de um compartilhamento do cuidado entre a equipe que apoia e a equipe/profissional de referência (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

A equipe/profissional de referência é diretamente responsável pelo acompanhamento do caso e é aquele que tem o vínculo mais estreito com o sujeito; suas ações serão sempre pactuadas conjuntamente com o aquele que é cuidado, respeitando sua peculiaridade e autonomia (CAMPOS; DOMITTI, 2007). Ambos os conceitos partem do pressuposto do trabalho interdisciplinar e transdisciplinar em saúde como essenciais para a integralidade do cuidado:

Apoio matricial e equipe de referência são, ao mesmo tempo, arranjos organizacionais e uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde, objetivando ampliar as possibilidades de realizar-se clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões. A composição da equipe de referência e a criação de especialidades em apoio matricial buscam criar possibilidades para operar-se com uma ampliação do trabalho clínico e do sanitário, já que se considera que nenhum especialista, de modo isolado, poderá assegurar uma abordagem integral. (CAMPOS; DOMITTI, 2007, p. 400).

Já o Projeto Terapêutico Singular (PTS) é o desenho da terapêutica do sujeito. Deve ser construído na parceria entre o profissional de referência e o usuário, podendo contar com o apoio matricial. É muito utilizado no trabalho em saúde mental como forma de fugir do tratamento apenas medicamentoso, sendo incorporado ao PTS diversos serviços e ações terapêuticas (BRASIL, 2007).

É relevante pontuar também que a terapêutica instituída pela RAPS para as pessoas em uso abusivo de drogas baseia-se em ações de Redução de Danos definidas como: “[...] um conjunto de estratégias que, dirigidas a pessoas que não conseguem ou **não querem** parar de

consumir drogas, tem por objetivo reduzir as consequências negativas que o uso pode ocasionar” [grifo nosso] (SILVEIRA, 2008, p. 09). Assim, a Redução de Danos não impõe a abstinência, na medida em que o abandono do uso da droga não é imposto para que se dê o prosseguimento do tratamento, respeitando o direito de escolha dos sujeitos e visando relações mais horizontais entre os usuários dos serviços e os profissionais.

Como pode-se notar a Reforma Psiquiátrica trouxe inúmeras reformulações na atenção em saúde mental no país, a mudança de modelo trouxe em seu bojo uma série de novas competências aos trabalhadores da área: “[...] defende um deslocamento do saber médico-psiquiátrico para a interdisciplinaridade, da noção de doença para saúde, dos muros dos hospitais psiquiátricos para a circulação para a cidade, do doente mental para o indivíduo com sofrimento psíquico, do incapaz tutelado para o cidadão” (GLANZNER; OLSCHOWSKY; KANTORSKI, 2011, p. 717).

Knoke (2011) investigou o processo de trabalho dos profissionais dos CAPS de Salvador e descobriu que esses profissionais têm um rotina composta por oficinas terapêuticas, grupos terapêuticos, atendimentos individuais, visitas domiciliares, atendimento à família, matriciamento, atualização de prontuário, atendimento de referência, elaboração e acompanhamento de plano terapêutico individual, acolhimento, trabalhos burocráticos, além de assistência aos SRTs naqueles CAPS onde existe tal dispositivo no território de abrangência. A autora também ressalta que, em média, o serviço recebe cerca de 45 usuários diariamente. No serviço que serviu de campo ainda se acresce a estas atribuições atividades formativas com estudantes de graduação, residentes, bem como realização de cursos com profissionais que compõe a RAPS baiana.

A pesquisa de Knoke (2011) também demonstra que o trabalho no CAPS é uma fonte de desgaste para tais profissionais relacionadas com a excessiva carga de trabalho, a infraestrutura física inadequada das unidades, as atribuições profissionais nebulosas, alta carga psíquica devido ao cuidado dirigir-se à pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, insegurança no trabalho. A situação torna-se mais crítica considerando-se a justaposição de outros fatores como jornada dupla ou tripla de trabalho (a maioria dos trabalhadores possuem outros vínculos), os contratos de trabalho precários aos quais estão submetidos e a relação conflituosa com a gestão. Adiante serão explicitados e analisados os aspectos de precariedade no trabalho em saúde mental.

2. OBJETIVOS

Objetivo geral:

- Analisar o trabalho em saúde mental como fonte de sofrimento e transformação dos sujeitos.

Objetivos específicos:

- Analisar os fatores de sofrimento no trabalho em saúde mental e sua relação com a precarização e flexibilização do trabalho;
- Analisar a educação pelo trabalho como potencial transformadora de práticas e de profissionais do campo da saúde mental.

3. ARTIGO 1

**SOFRIMENTO DOS TRABALHADORES DE SAÚDE MENTAL E SUA
RELAÇÃO COM A PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO¹
SUFFERING OF MENTAL HEALTH WORKERS AND THEIR RELATION TO THE
PRECARIOUSNESS OF WORK**

Resumo: Este artigo tem como objetivo analisar o sofrimento dos trabalhadores de saúde mental e sua relação com a precarização do trabalho. Para tanto valeu-se de aproximações entre a sociologia do trabalho, a psicodinâmica do trabalho e a saúde coletiva. Trata-se de uma pesquisa qualitativa que teve como campo um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de Salvador e adotou as entrevistas narrativas como técnica de produção de dados. Os informantes foram profissionais do referido CAPS e residentes que atuaram na instituição. Como procedimento de análise utilizou-se princípios da hermenêutica de Ricoeur. Os dados foram organizados nas seguintes categorias: padecimentos dos trabalhadores de saúde mental; o trabalho capturando o corpo e o tempo. Os resultados demonstram que, entre os fatores de sofrimento identificados estão: conflito no ambiente de trabalho, falta de reconhecimento profissional, sobrecarga de trabalho, insegurança quanto à técnica de intervenção, carga horária excessiva, alta demanda emocional e contato com contextos de violência. Tais fontes de sofrimento são provenientes da própria peculiaridade do trabalho em saúde mental, mas também indicam processos de precarização adentrando a esfera do Sistema Único de Saúde (SUS). Constatou-se ainda a invasão do trabalho no tempo livre dos trabalhadores, o que pode estar relacionado com a flexibilização do trabalho. Conclui-se que o trabalho em saúde mental tem sido penetrado pela lógica neoliberal, o que contradiz os valores ideológicos do sistema. Não foi narrada condição de adoecimento, o que pode estar relacionado com estratégias defensivas ou com a transformação do sofrimento em realização pessoal.

Palavras-chave: Saúde mental; Sistema Único de Saúde; Saúde do trabalhador; Precarização.

Abstract: This article aimed to analyze the suffering from mental health workers and their relation to the precariousness of work. In order to do so, it relied on approximations between the sociology of work, the psychodynamics of work and public health. This qualitative research was conducted at the Psychosocial Attention Center (CAPS) of Salvador. The CAPS professionals and residents were interviewed using the narrative interview technique. The Ricoeur hermeneutics was used as the method of analysis. Data were organized in the following categories: mental health suffering; work capturing body and time. The identified suffering factors were: workplace conflict, lack of professional recognition, work overload, insecure about the intervention techniques, excessive workload, high emotional demands and contact with violence contexts. These sources of suffering come from work peculiarities in mental health, but also indicate the processes of precariousness in the sphere of Unified Health System (SUS). It was also verified the invasion of the work in the free time of the workers, what can be related to the flexibilization of the work allied to the technologies of information and communication. It is concluded that the work in mental health has been changed by the neoliberal logic, which contradicts with the ideological values of the health system. Illness was not reported, which may be related to defensive strategies or the transformation of suffering into personal fulfillment.

Keywords: Mental health; Brazilian National Health System; Worker's Health; Precariousness.

¹ Formatado de acordo com as normas da revista Saúde e Sociedade.

Introdução

A psicodinâmica do trabalho afirma que o “trabalhar” é um compromisso da personalidade em transpor uma tarefa marcada por restrições materiais e sociais (DEJOURS, 2006; 2013). Assim, por mais que o trabalhador siga aquilo que está prescrito para a realização de seu serviço, o cotidiano do trabalho é permeado de imprevistos, acidentes e incoerências, o que faz com que o trabalhador se equilibre no manejo entre o prescrito e o real, manejo tal que deve ser criado ou descoberto por aquele que trabalha. Atender a estas exigências da realidade coloca em cheque a competência técnica do trabalhador o que pode repercutir em percepções de impotência, irritação, decepção e desalento. Por outro lado, Dejours (2006; 2013) também afirma que o trabalho é uma fonte de construção da saúde e de auto realização do homem, justamente porque mobiliza a subjetividade para dar conta das exigências do real, bem como permite a aprendizagem da convivência e o resgate dos vínculos de solidariedade. Desta forma, para a psicodinâmica do trabalho, todo trabalho gera prazer e sofrimento, e, além de transformar o meio, transforma o próprio sujeito através da evolução de sua personalidade.

Sobre outra perspectiva, a partir da Sociologia, Sennett (2009) também crê no trabalho enquanto essencial na construção da personalidade, ou caráter, na definição deste. No livro *A corrosão do caráter* o autor explicita como os males do trabalho flexível afetam a subjetividade, esfacelam a personalidade, destruindo sua unidade na medida em que os sujeitos não conseguem construir uma carreira enquanto trabalhador, dado que migram de um trabalho para outro e valorizam a instabilidade profissional. Manter-se vinculado ao mesmo tipo de trabalho é encarado como covardia e acomodação. Sennett (2009) compreende o caráter como traços pessoais que constituímos a longo prazo. Neste sentido o autor questiona:

Como se podem buscar objetivos de longo prazo numa sociedade de curto prazo? Como se podem manter relações sociais duráveis? Como pode um ser humano desenvolver uma narrativa de identidade e história de vida numa sociedade composta de episódios e fragmentos? (p. 27).

Ambos os teóricos vão discutir a influência da organização do trabalho na subjetividade do trabalhador. Dejours (1988) define organização do trabalho como “a divisão do trabalho, o conteúdo da tarefa (na medida em que ele dela deriva), o sistema hierárquico, as modalidades de comando, as relações de poder, as questões de responsabilidade etc” (p. 25). O sofrimento do trabalhador relaciona-se com a maneira que o trabalho se organiza. Neste sentido, a rigidez da organização do trabalho é diretamente proporcional ao sofrimento do trabalhador. Isto

porque uma organização rígida tolhe a criatividade e a inteligência do profissional, dando pouca margem para a transformação do sofrimento (inerente ao trabalho) em realização pessoal. Por outro lado, Sennett (2009) aborda a nova organização do trabalho no sistema capitalista caracterizado por: empresas mais flexíveis, estruturadas em redes que se reconfiguram constantemente; especialização flexível, que faz com que a produção seja frequentemente remodelada de acordo com as necessidades do mercado; e descentralização do poder, que acarreta a falsa crença de autonomia do trabalhador na gestão do seu labor. Tais particularidades denotam um processo de trabalho flexível que implica em laços sociais fracos, fragilização dos sentimentos de confiança e lealdade, bem como desvalorização da história de vida.

Este tipo de organização fortalece o sistema capitalista na medida em que se destrói o sentimento de coletividade no trabalho, o que reverbera na competitividade no ambiente laboral, adoecimento do trabalhador e desmonte dos sindicatos (DRUCK, 2011; ANTUNES; PRAUN, 2015; DEJOURS, 2013; ANTUNES, 2015). A flexibilização e o processo de precarização do trabalho se retroalimentam e se manifestam através do desemprego estrutural, terceirização, perda de direitos sociais, baixa remuneração, desregulamentação dos direitos trabalhistas, trabalho temporário, insegurança no trabalho, intensificação do trabalho e cobrança por produtividade (ANTUNES, 2015; ANTUNES; PRAUN, 2015; DRUCK, 2011). Como explicita Druck (2011):

[...] a mesma lógica que incentiva a permanente inovação no campo da tecnologia e dos novos produtos financeiros, atinge a força de trabalho de forma impiedosa, transformando rapidamente os homens que trabalham em obsoletos e descartáveis, que devem ser “superados” e substituídos por outros “novos” e “modernos”, isto é, flexíveis. É o tempo de novos (des)empregados, de homens empregáveis no curto prazo, através das (novas) e precárias formas de contrato (p. 42-43).

O trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS) não passa incólume a este processo de precarização e capitalização. Soares (2014) discute a capitalização no SUS, explicitada pelo funcionamento em paralelo de um sistema privado, representado pelo mercado de planos de saúde, seguros de saúde, insumos, equipamentos, redes hospitalares e farmácias privadas; muitas vezes utilizados pelo sistema público. Além disto, o SUS tem terceirizado a gestão dos serviços para empresas privadas como organizações sociais e fundações estatais de direito privado. Assim, insere-se no setor público uma lógica de administração de mercado que se vale da produtividade e estabelecimento de metas, com a justificativa de conferir redução dos

gastos, eficácia e eficiência à gestão pública. O que por sua vez reverbera em uma assistência individualista, curativa e fragmentada, contrariando os valores ideológicos do SUS. Tais elementos têm sido identificados como um movimento de contrarreforma da saúde na medida em que atacam conquistas sociais oriundas do processo de Reforma Sanitária (ANDREAZZI; BRAVO, 2014; SOARES, 2014).

Esta forma de gestão assentada na produtividade reflete no trabalho em saúde tendo como consequências os vínculos precários, sobrecarga de trabalho (sobretudo devido ao baixo contingente de trabalhadores para dar conta da alta demanda), baixos salários, diminuição da autonomia profissional, a não realização de concurso público (o que sustenta indicações políticas e clientelismo na ocupação das vagas) (SOARES, 2014). Por vezes esta lógica de gestão não fica restrita aos serviços de gerenciamento terceirizado, o que tem representado uma precarização do trabalho e da assistência em saúde, o que serve aos interesses de desmonte do SUS (SOARES, 2014).

Neste sentido, Soares (2014) destaca que, mesmo propostas alternativas, podem ser distorcidas dentro de um sistema que assume configurações tão contraditórias. Sobre este aspecto, é válido discutir a proposta do trabalho em saúde mental no SUS. O cuidado em saúde mental no Brasil foi reorientado a partir da promulgação da Lei nº 10.216/01, lei da Reforma Psiquiátrica. Sendo assim, o tratamento muda de um modelo manicomial/hospitalocêntrico para um modelo de base comunitária. A principal repercussão de tal reestruturação são os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Contudo, é preciso marcar que a Reforma Psiquiátrica brasileira, vai além da reestruturação dos serviços: representa uma mudança paradigmática, com desafios na esfera assistencial, clínica, política, de formação de recursos humanos, jurídica e sociocultural (BEZERRA JR., 2007). Assume um compromisso ético, na medida em que se pauta pela reabilitação psicossocial, que tem como ponto fundamental o resgate à cidadania do louco através de ações centradas na singularidade do usuário e que englobam profissionais, familiares e sociedade em geral (SARACENO, 2001).

Destarte, os trabalhadores em saúde mental têm como exigência uma contínua revisão de suas práticas, o trabalho prescrito é sobrepujado pelo trabalho real, já que o cuidado deve ser construído em interação com os usuários, é preciso descobrir, desenhar, criar o trabalho. Nesta

medida, o profissional tem mais autonomia na gestão da sua prática. Além disso, o labor é construído em equipe e preza-se pela horizontalidade das relações (UCHIDA *et al.*, 2011). Todavia, estudos (JORGE *et al.*, 2007; GUIMARÃES; JORGE; ASSIS, 2011) têm apontado para um processo de precarização do trabalho em saúde mental no SUS, o que pode vir a comprometer a saúde dos trabalhadores e a qualidade da assistência.

Neste sentido, esta pesquisa tem como objetivo geral: analisar os fatores de sofrimento no trabalho em saúde mental e sua relação com a precarização e flexibilização do trabalho.

Metodologia

Este trabalho é derivado de uma pesquisa de mestrado de natureza qualitativa, descritiva e interpretativa. Teve como campo de estudo um CAPS ad de Salvador, escolhido devido à sua afinidade com a docência.

A produção de dados se deu através de entrevistas narrativas, que são caracterizadas como entrevistas em profundidade e procuram substituir o esquema pergunta-resposta das entrevistas convencionais pelo fluxo da narrativa. O desafio da entrevista narrativa é integrar questões exmanentes, que surgem a partir de inquietações do pesquisador, e questões imanentes, que surgem a partir do relato dos informantes. Para tanto, o pesquisador deve se valer da própria linguagem do entrevistado, pois o entrevistador deve intervir e influenciar o mínimo possível, transformando marcas da própria narrativa em questões de pesquisa (MUYLAERT, 2013; JOVCHELOVITCH; BAUER, 2002). Nesta pesquisa uma das questões exmanentes referiu-se ao sofrimento e fatores do trabalho que poderiam intervir na saúde dos informantes. Além disto, foi aplicado questionário sociodemográfico e feitas observações de campo e análise de documentos. A imersão no campo foi de abril a novembro de 2016.

Foram realizadas nove entrevistas, considerando o ponto de saturação teórica para a interrupção das mesmas (FONTANELLA *et al.*, 2011). As entrevistas foram conduzidas pela primeira autora em recinto que garantisse o sigilo e todas foram gravadas e transcritas na íntegra. Todos os entrevistados assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) após explicitação dos objetivos da pesquisa. O critério de inclusão dos participantes foi atuar no CAPS ad em questão, tanto na condição de residente, quanto de trabalhador

efetivo; e consentir participar do estudo. Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra.

Prezou-se pela diversidade de formação profissional na seleção dos informantes. Destarte, compuseram o estudo: um psicólogo, um enfermeiro, uma licenciada em biologia e química, dois redutores de danos (ensino médio completo), um artista plástico autodidata, e três residentes. Totalizando seis homens e três mulheres, com idades entre 26 e 61 anos. Entre os residentes, dois eram profissionais de educação física, cursando residência multiprofissional em saúde da família; e uma era psicóloga, cursando residência multiprofissional em saúde mental. Para garantir o sigilo dos informantes as narrativas foram identificadas por códigos. Não se percebeu a necessidade de discriminar a profissão dos sujeitos nos extratos das narrativas.

A análise dos dados foi a partir da hermenêutica de Ricoeur (2011) adequada para o estudo de narrativas fixadas na escrita. Para Ricoeur (2011), a análise das narrativas se faz possível através de sucessivas leituras, cada vez mais aprofundadas do texto, num trânsito e sobreposição entre compreensão e explicação, num caminho que vai da conjectura à apropriação. Assim, de acordo com Jervolino (2011):

O novo conceito de interpretação que Ricoeur promove é [...] aquele que nasce de uma dialética entre compreensão e explicação, definindo a compreensão como “a capacidade de retomar em si mesmos o trabalho de reestruturação do texto” e a explicação como “a operação de segundo grau que se conecta em tal compreensão e que consiste em trazer à luz os códigos subjacentes a esse trabalho de estruturação do texto que este acompanha” (p. 58).

A análise também se valeu de estudos em saúde coletiva e saúde mental que utilizaram a entrevista narrativa e a hermenêutica (MUYLAERT, 2013; REBELLO; GOMES, 2009; FIGUEIREDO, 2006; CAMPOS; BACCARI, 2011). Inspirado nestas pesquisas, mas assumindo também um percurso próprio, o processo de análise se valeu de inúmeras leituras aprofundadas a partir de referenciais da sociologia do trabalho, psicodinâmica do trabalho e saúde coletiva. A princípio os dados foram organizados em tabelas com pré-categorias analíticas que foram sucessivamente refinadas, as categorias foram definidas tanto em relação às comparações entre as narrativas, quanto à similitude das temáticas com referências teóricas. Para este artigo foram definidas as seguintes categorias analíticas: padecimentos dos trabalhadores de saúde mental, que se refere aos fatores do trabalho que os sujeitos

identificaram como tendo impacto na própria saúde; o trabalho capturando o corpo e o tempo, onde discute-se a penetração do trabalho no tempo livre dos sujeitos.

A pesquisa foi realizada mediante aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFBA, parecer nº 1.443.135/16. Durante o desenvolvimento da pesquisa respeitou-se as normas da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados e Discussão

Padecimentos dos trabalhadores de saúde mental

Os resultados desta pesquisa demonstraram que, no campo da saúde mental, os trabalhadores têm diversas fontes de sofrimento. As narrativas apontam os seguintes fatores: falta de reconhecimento profissional, conflitos entre a equipe, sobrecarga de trabalho, insegurança quanto à técnica de intervenção, carga horária excessiva (no caso dos residentes), alta demanda emocional e contato com contextos de violência.

A falta de reconhecimento profissional e os conflitos entre a equipe, neste caso, foram fatores que se interpenetraram e estão relacionados a uma cisão entre a equipe de trabalho de campo (composto pelos redutores de danos, que não tem ensino superior, e respectiva coordenação) e o restante da equipe técnica, composta por profissionais de diferentes graus de formação acadêmica. A fala a seguir explicita este conflito:

[...] e... o que afeta minha saúde também... a forma como muitas vezes veem o redutor aqui [...] isso me faz mal [...]. Às vezes fico com raiva de ver a hipocrisia, às vezes fico com raiva de ver como eles [os redutores de danos] são utilizados pro que lhes convém e isso me incomoda muito! Porque eles [os redutores de danos] fazem coisas muito importantes, muito! Que não são vistos, apenas quando eles erram e isso deixou de ser feito [...] porque eu fui dura, me converti numa pessoa dura, só para defender eles [...] eu fui começando a colocar o corretivo, isso se tornou um problema porque eu comecei a tirar o redutor que era quem acompanhava o paciente até ele tomar banho [...] e os profissionais dentro dos consultórios, esperando que lhes levassem o paciente limpinho (Informante 8).

O discurso sobre a desvalorização do redutor de danos foi frequente na fala da entrevistada e sinaliza uma fonte de conflitos entre a equipe. Isto decorre, de acordo com a informante acima, por conta de uma questão de classe referente à formação acadêmica, o que de certa

maneira contradiz a proposta de horizontalidade das relações no CAPS. Conflito semelhante foi encontrado por Campos e Baccari (2011) entre os trabalhadores de nível médio (auxiliares e técnicos de enfermagem) e os profissionais de nível superior de um CAPS III. Segundo as autoras, a equipe de nível médio se sentia discriminada pelos demais trabalhadores, o que transparecia a partir da falta de escuta e respeito à opinião destes profissionais

Outra declaração mostra uma contradição entre a falta de reconhecimento e, ao mesmo tempo, a exigência da presença dos redutores de danos em todas as atividades realizadas pelos técnicos do serviço: “[...] um profissional aí não sai para fazer uma busca ativa que não tenha um redutor, um profissional não faz uma visita domiciliar que não tenha um redutor, um profissional não vai com um paciente para outro lugar que não tenha um redutor, tudo o redutor tem que tá” (Informante 7). Ressalta-se que tal declaração foi feita num tom de insatisfação, e transparece tanto a dimensão do conflito quanto tenta demarcar a importância do trabalho dos redutores de danos.

Para compreender melhor o impacto da falta de reconhecimento no trabalho é válido recorrer à Dejours (2004; 2013). Este afirma que um dos desafios do trabalho é a cooperação necessária para o labor em equipe. De acordo com o autor, a cooperação no trabalho faz com que o trabalhador tenha que abdicar da sua própria subjetividade, do seu próprio desejo. Neste sentido, Dejours (2004; 2013) ratifica que o trabalhador renuncia de questões pessoais em prol de recompensas que vão além das recompensas materiais, entre elas está o reconhecimento. O reconhecimento refere-se ao juízo de utilidade, que diz respeito à utilidade do trabalho oferecido pelo profissional e o reconhecimento pelo seu superior hierárquico; e ao juízo de estética, que surge através de elogios dos próprios pares, que demarca o pertencimento deste trabalhador a um coletivo. Segundo Dejours (2004; 2013) é o reconhecimento que dá ao trabalho seu sentido subjetivo, a dimensão de autorrealização do sujeito, é ele que pode transformar o sofrimento em prazer e está intimamente relacionado com a saúde mental do trabalhador. Além disso, é o reconhecimento que faz com que pessoas sem afinidades se sintam à vontade para colaborar no âmbito laboral. Assim, a falta de reconhecimento pode servir de barreira ao trabalho colaborativo, bem como provocar adoecimentos no profissional.

Referente a isto, Uchida *et al.* (2011) descobriram que a solidariedade entre a equipe do CAPS era um fator de proteção à saúde frente uma prática árdua que envolvia constante

sentimento de impotência. O reconhecimento e apoio entre os colegas permitia que o trabalho se tornasse uma fonte de suporte mútuo, afetividade e integração da equipe. É importante pontuar que a sinalização de conflitos na equipe e falta de reconhecimento só foi citada por parte dos informantes de trabalho de campo e não foi referida em nenhum momento pelo restante dos entrevistados.

Outro fator de sofrimento foi a sobrecarga de trabalho, como demonstra o relato a seguir:

[...] tem a questão [...] de ser um serviço que não fecha o acolhimento, nós não fechamos o acolhimento aqui no CAPS, a gente atende todas as pessoas que chegam no CAPS [...]. A sobrecarga vem dessa questão, do não saber interdisciplinar, das demandas de metas que a Sesab exige, vem da cobertura de 33% de um território gigantesco, a gente é responsável por... se for dividir igualzinho [...] um milhão de pessoas, pelos problemas decorrentes ao uso e abuso de substâncias psicoativas de um território composto por um milhão de pessoas e isso para um fazer psicossocial é complexo (Informante 6).

A declaração demonstra, entre outras questões, a estrutura deficitária da Rede de Atenção Psicossocial de Salvador, que só conta com três CAPS ad para atender toda a população da cidade. Chama a atenção também que um espaço que preza pela horizontalidade das relações e liberdade do trabalhador em gerir seu próprio trabalho tenha que dar conta de metas de produtividade. Esta declaração desmascara a ideia de trabalho flexível como liberdade individual (SENNETT, 2009). Conforme Sennett (2009), a flexibilização do trabalho relaciona-se com três elementos: “reinvenção descontínua de instituições; especialização flexível de produção; e concentração de poder sem centralização” (p. 54). Referente a este estudo vale destacar a ideia de poder descentralizado. Sennett (2009) afirma que o poder descentralizado, a concepção de que os sujeitos têm mais controle sobre suas atividades é falaciosa, já que o controle pode surgir inclusive com a imposição de metas, como no caso em questão. Segundo o autor, as estruturas de poder permanecem, só que não se organizam mais de forma piramidal e sim de maneira mais difusa. Contudo as exigências de produtividade continuam as mesmas, embora quem concentre o poder não ofereça as respostas sobre como as metas serão alcançadas (SENNETT, 2009).

Affonso e Bernardo (2015) discorrem sobre o trabalho neoliberal no âmbito do SUS, destacando as incongruências de um sistema que adota a humanização em saúde e a universalização de acesso ao mesmo tempo que sustenta uma lógica neoliberal como a compra de serviços privados e a terceirização do trabalho. Outra característica que desvela esta contradição é a exigência de produção como principal indicador do trabalho dos

profissionais. O ônus desta produção fica a cargo do trabalhador e do usuário (AFFONSO; BERNARDO, 2015), já que a maneira como as metas serão cumpridas não é prioridade (SENNETT, 2009). Destarte, tal prática reverbera em maior sofrimento para as equipes de saúde, bem como os princípios do SUS são atropelados (AFFONSO; BERNARDO, 2015).

Ainda sobre as contradições do SUS, Silva e Brotto (2016) discorrem sobre as incoerências das Residências Multiprofissionais em Saúde (RSM). Os autores indagam o porquê do sistema continuar investindo recursos em programas de residência ao invés de contratar trabalhadores ou estruturar os serviços de saúde. Salientam o regime precário de trabalho instituído pelas residências marcado pela carga horária de sessenta horas semanais, bolsa abaixo do piso salarial para algumas categorias profissionais, falta de 13º salário e adicional de insalubridade, bem como a inserção em campos de estágio-trabalho precarizados. Destarte, os autores creem na influência de fatores neoliberais nesta modalidade de formação, o que pode comprometer tanto os serviços quanto a residência em si. Neste sentido, as narrativas dos residentes também desvelam as contradições deste tipo de especialização:

[...] parece que pela nossa formação a gente dá um braço da nossa vida [...]. Isso é questionável quando a gente vai pensar em... em um sistema mais humano de vida, em um sistema mais humano de saúde, a gente tá ali se formando e parece que a nossa saúde fica toda ali [...]. Se a gente é um sistema de saúde, por que a gente tá trabalhando na mesma lógica de uma indústria? Por que a gente trabalha na mesma lógica do lucro? A gente tá dando lucro para quem? (Informante 3).

A declaração do entrevistado refere-se à carga horária de sessenta horas exigida dos residentes. Relato diverso demonstra que esta carga horária pode ser maior, dependendo da semana. Lima, Santos e Araújo (2015) encontraram entre as dificuldades dos residentes de saúde mental justamente o cumprimento da carga horária, que afirmaram ser até maior do que a instituída, já que precisam fazer leituras, escrever relatórios e projetos, o que não é computado no horário. Outro sujeito declarou a dificuldade de conciliar a rotina da residência com outras demandas cotidianas:

[...] eu não tenho tempo, hoje eu não tenho tempo, dentro dessas 60 horas a gente tem os horários de estudo e os horários pedagógicos, só que esses horários eles são divididos com a sua vida, o seu dia a dia [...]. Só esse deslocamento [a residência é em uma cidade da zona metropolitana de Salvador] ele já tem um cansaço. Porque lá a gente tem turnos de tutoria, turnos de núcleo, nós temos roda de campo, roda de núcleo, que são após o horário de encerramento da unidade, temos os sábados que temos seminários, que não são todos, mas são de quinze em quinze [dias]. Então a gente tá dançando entre os horários para dar conta, porém a gente fica debruçado muito nesse serviço (Informante 5).

Destaca-se que, no caso destes residentes, o trabalho torna-se ainda mais precarizado, na medida em que assumem algumas unidades de saúde de determinado território de uma cidade da zona metropolitana de Salvador, o que é interessante para o município, já que não precisam arcar com direitos trabalhistas de uma equipe, é necessário avaliar em que medida isto é válido para os usuários, residentes e profissionais que estão fora do mercado de trabalho e poderiam assumir estas vagas; embora um dos entrevistados afirme que esta configuração foi positiva para o seu processo de formação, apesar de ter menos tempo para estudar.

Outra contradição que surge a partir da extensa carga horária é sua relação com o adoecimento do trabalhador, o que pode colocar o residente no ambíguo espaço de trabalhador e usuário do sistema. Entretanto, a maneira como se configuram as residências não deixam brecha sequer para o tratamento de uma enfermidade mais grave:

[...] se você colocar um atestado, você terá que pagar esses dias de atestado [...]. Então a gente fica no dilema entre o cuidar da gente e o viver, porque a gente necessita ter uma estrutura de programação de vida [...]. Então dentro dessa estrutura a gente se organiza para isso, mas é muito difícil a gente da saúde pensar na nossa saúde, ter espaço para nossa saúde. Geralmente a gente se preocupa com a saúde do usuário e às vezes o meio em que nós vivemos, o meio de gestão mesmo, não se preocupa com esse espaço para gente, a gente acaba adoecendo (Informante 5).

Outro indício de sofrimento foi falta de domínio da técnica no trabalho em saúde mental, que apareceu relacionado à sobrecarga de trabalho:

[...] a sobrecarga, talvez esteja, inclusive, articulada com esse vazio, aquele vazio [...] do não saber técnico, digamos, que não é apenas meu. Mas [...] o desafio de conseguir compreender como é que a gente articula o trabalho em um trabalho que não seja pesado, desgastante, num serviço como esse (Informante 6).

Campos (2005) acredita que os trabalhadores do SUS inseguros quanto à sua técnica são os mais passíveis de sofrimento psíquico. Este sofrimento decorre justamente do seu não saber, o que faz com que se hiper dimensione as demandas e isto pode repercutir em uma prática burocratizada e que cristalize relações de poder na instituição, na medida em que deposita no outro o espaço de saber.

Entretanto, é preciso reconhecer que esta incerteza pode estar relacionada ao próprio trabalho em saúde mental. Merhy (2013) acredita que o trabalho do CAPS deve partir justamente deste não saber, de ser capaz de inovar, de experimentar, o fazer antimanicomial deve ser inventado. Conforme crê o próprio informante:

Tem uma técnica aí que eu não tenho conseguido acessar, mas aí eu já tenho achado que essa técnica que eu não consigo acessar seja uma técnica que está por ser construída. Essa técnica do cuidado em saúde mental ela não está dada, ela está para ser construída ainda, existem muitas coisas sendo feitas. Eu lembro de uma fala de Desviat num seminário que ele fez lá no Instituto de Saúde Coletiva [...] e aí ele fala da necessidade de ressignificarmos a psicopatologia, porque a psicopatologia ela é construída e tomada por elementos da indústria farmacêutica [...] e aí ele fala da necessidade de ressignificarmos. E aí eu acho que essa ressignificação está por ser construída, que a gente tá nesse processo, e eu sinto às vezes que essa ausência que me bate, é muito por conta disso também [...] (Informante 6).

Tal empenho pode ser experimentado na forma de fracasso porque se dá através do confronto entre o real e o prescrito. Todavia, este sofrimento pode ser transformado:

O sofrimento é, também, um ponto de partida. Nesta experiência se concentra a subjetividade. O sofrimento se torna um ponto de origem na medida em que a condensação da subjetividade sobre si mesma anuncia um tempo de dilatação, de ampliação, de uma nova expansão sucessiva a ele. O sofrimento não é apenas uma consequência última da relação com o real; ele é ao mesmo tempo proteção da subjetividade com relação ao mundo, na busca de meios para agir sobre o mundo, visando transformar este sofrimento e encontrar a via que permita superar a resistência do real. Assim, o sofrimento é, ao mesmo tempo, impressão subjetiva do mundo e origem do movimento de conquista do mundo. O sofrimento, enquanto afetividade absoluta, é a origem desta inteligência que parte em busca do mundo para se colocar à prova, se transformar e se engrandecer (DEJOURS, 2004, p. 28-29).

A falta de domínio técnico descrita pelo entrevistado, no entanto, pode estar encobrindo a impotência da técnica diante do sofrimento mental. Uchida *et al.* (2011) descobriram que um dos incômodos dos trabalhadores de saúde mental era justamente sentir que o seu conhecimento não era o suficiente para dar conta da complexidade de determinados casos. Referente a isto, outro achado do estudo relaciona-se à alta demanda emocional decorrente do contato constante com o sofrimento de outrem:

[...] não é fácil suportar essa pressão psicológica, são vidas [...]. A gente termina se ferindo quando a gente trabalha com gente vulnerável, com situação de desgaste, com situação inadequada. Tudo isso faz com a gente a gente se fira também, a gente carrega, carrega isso para casa, então precisa de apoio para poder aliviar. Então têm momentos que eu tô arrasado, têm momentos que eu tô desgastado mesmo. Como se a gente tivesse dentro daqui, lutando dentro daqui, como se a gente tivesse... a nossa vida também tivesse próxima disso. Então toda hora a gente tá sentindo isso, toda hora a gente tá refletindo e não se tem tempo, uma válvula de escape aqui dentro [...] (Informante 9).

Deparar-se com o sofrimento do outro é algo que mobiliza o trabalhador pois lhe remete a sua própria experiência de sofrimento. Para dar conta de uma situação de sofrimento do usuário o

profissional precisará fazer uso de habilidades adquiridas, mas, sobretudo, se dispor a inventar e descobrir novos recursos a partir da convocação de situações da prática, especialmente em situações de crise (AZEVEDO; FIGUEIREDO, 2015).

Destaca-se que, no caso do CAPS em questão, grande parte das pessoas assistidas estão em diversas condições de vulnerabilidade social, inclusive vivendo em situação de rua. O contato com tal demanda foi descrito por Azevedo e Figueiredo (2015) como causadora de esgotamento profissional em profissionais de um CAPS, sobretudo porque o trabalho neste tipo de serviço se faz prioritariamente através do vínculo entre usuário e técnico. O relato a seguir revela como uma situação vincular pode ser fonte de padecimento:

[...] o fim de semana eu não passei bem, porque.... você sabe que mataram um paciente? [...] Eu estou chorando muito por ele e hoje é um dia que... me afeta [chorando]. São meninos que eu vi desde muito pequenos, eu sofro com isso [...]. Eu não sei porquê [fala rindo e chorando], eu não quero sofrer [chorando, pausa], não quero... sofro muito por isso e... a morte de [suprimido] para mim ainda é muito duro (Informante 8)².

Mais do que uma situação vincular como causadora de sofrimento, a narrativa enfoca a injustiça social como fonte de sofrimento no trabalho em saúde mental. A narrativa diz respeito a um adolescente que foi assassinado pela polícia militar, fato que apareceu em dois relatos como bastante mobilizador. Assim, surge novamente a dimensão do inesperado no trabalho em saúde mental, que não se restringe às crises dos usuários, mas inclui a morte, a morte de paciente jovens, sem condição terminal, que padecem da violência social.

Estes tipos de situações com as quais se deparam a equipe de CAPS ad são definidas por Lancman *et. al.* (2009) como violência indireta: “[...] que ocorre quando, no exercício de suas funções, o trabalhador convive com situações de miséria intensa, associadas à falta de recursos para resolvê-las e à impotência para propor-lhe alternativas”. Os autores afirmam que este contato com realidades tão hostis permitia que os trabalhadores da atenção básica tivessem uma visão mais crítica e humanizada, por outro lado, também emergia como sensação de impotência, vulnerabilidade e solidão diante da miséria e da morte de usuários vitimados pela violência.

Knoke (2011), em pesquisa realizada em CAPS de Salvador, descobriu que a violência em ambientes externos ao serviço era fonte de estresse no trabalho em saúde mental. O contexto

² Ressalta-se que, neste momento, foi sinalizado à entrevistada que ela poderia interromper a entrevista ou falar de outro assunto que não fossem tão mobilizador. Ela preferiu continuar a entrevista.

de violência surgia para os trabalhadores principalmente quando realizavam atividades extramuros como visitas domiciliares, matriciamento e busca-ativa, mas dentro dos serviços a equipe também não se sentia segura, isto por conta das instituições localizarem-se em territórios dominados pelo tráfico ou considerados mais perigosos (KNOKE, 2011). O contato com a violência social também foi destacado por uma residente que atua no Rio de Janeiro e que realizava estágio eletivo no CAPS que serviu de campo à pesquisa:

Eu acho que a gente trabalha muito, eu acho que o serviço [...] é precarizado assim, e não é tranquilo trabalhar na saúde mental o tempo inteiro, num CAPS que tipo acolhe a crise [...] fazer trabalho no território, são territórios violentos, de milícia [...]. Eu tinha [...] que ficar o tempo todo mediando conflito de polícia com milícia. E a saúde eu acho que impacta sim. E eu acho que o meu primeiro período na residência foi muito difícil até eu perceber que eu tava [...] me deixando sugar por aquilo, poder separar um pouco as coisas. Eu fiquei bem impactada, cheguei num lugar bem esquisito, depois foi melhorando (Informante 1).

Apesar de não ter sido citado nas entrevistas narrativas, durante a observação de campo surgiu a temática da gestão terceirizada. Em diálogo com residente do Rio de Janeiro após entrevista, esta disse que os CAPS da cidade são todos de gestão terceirizada e tratou sobre a situação precária dos trabalhadores que tinham seus contratos renovados a cada mês, ficando sempre na iminência de perder o emprego. A residente crê que tal fato é prejudicial tanto para os trabalhadores quanto para os usuários, visto que o acompanhamento é longitudinal e carece do estabelecimento de vínculo. Nenhum dos entrevistados do CAPS que serviu de campo identificou a forma de gestão da instituição (gerido por uma fundação) ou o vínculo de trabalho como fator de sofrimento. Entretanto, nos momentos de observação de campo foi constante o debate sobre um provável fim do contrato de gestão, o que gerou inquietações nos profissionais e usuários quanto ao fechamento do serviço. Guimarães, Jorge e Assis (2011) identificaram entre equipes de CAPS a insatisfação quanto a este processo de precarização do trabalho. Os profissionais sentiam-se inseguros, receosos e tensos quanto à vinculação precária, bem como tolhidos quanto ao seu direito de protesto por melhores condições de trabalho devido à instabilidade profissional.

O trabalho capturando o corpo e o tempo

O que padece, o que se transforma, o que trabalha é o corpo. Não há subjetividade desencarnada de um corpo. É através do corpo que o sujeito explora o mundo, é ele a primeira ferramenta de trabalho. Como afirma Dejours (2004, 2013), o corpo vai além da dimensão

biológica, o corpo é também afeto, é marcado em sua relação com o outro. E é este corpo integral que é atravessado e se forma pelo trabalho.

Os dados deste estudo puderam desnudar como o trabalho se inscreve no corpo e no tempo livre dos trabalhadores investigados. Uchida *et al.* (2011), em pesquisa sobre o labor em um CAPS, revelaram que os profissionais se sentem exauridos dada a situação de constante vigília em uma prática forjada por sobressaltos e inconstâncias que surgem como crises, agressões e, até mesmo, condutas terapêuticas que podem emergir ao acaso a partir da interação entre usuários e técnicos do serviço. Tal especificidade do trabalho parece ser incorporada pelos sujeitos, extrapolando o ambiente laboral, como narra um dos entrevistados:

[...] eu não consigo, por exemplo, não consigo fazer nenhuma atividade que me exija concentração, por quê? O trabalho aqui no CAPS não possibilita concentração. Eu fiz o teste psicológico minha atenção concentrada é infinitamente pior do que a atenção dividida, isso é legal, é bom ter essa atenção dividida. Isso é importante pro trabalho no CAPS, mas para outras coisas, tipo... eu não consigo meditar, eu tento meditar o juízo tá em diversos lugares ao mesmo tempo. Ler um texto às vezes é muito difícil porque eu fico nessa coisa de ter que ter atenção em tudo, que é um pouco da exigência do espaço de trabalho, não é exigência, mas algo necessário no CAPS estar disponível para o que acontecer, afeta [a saúde dele] nesse aspecto [...] (Informante 6).

A declaração supracitada remete à discussão de Dejours (1988) sobre “a contaminação do tempo fora do trabalho”. O autor aventa que o homem é um ser íntegro, sendo impossível separar trabalhador de sujeito. Sendo assim, os comportamentos que são moldados pelo trabalho tenderão a se repetir fora do espaço laboral: “despersonalizado no trabalho, ele permanecerá despersonalizado em sua casa” (p. 46). A caricatura perfeita disto foi interpretada por Chaplin no filme *Tempos Modernos*.

Dejours (1988) situa esta contaminação no trabalho repetitivo, embora o trabalho em saúde mental não tenha esta faceta, a fala acima demonstra que esta contaminação pode estar acontecendo. Destaca ainda que assim como trabalhador e sujeito não se dissociam, tempo livre e tempo de trabalho são um contínuo, o trabalho penetra na vida “fora do trabalho”. Na verdade, é como se não existisse o “fora do trabalho”, como explicita um dos informantes ao falar da sua rotina como residente:

[...] isso é desumano [...]. Vai ser algo extenuante sempre, 60 horas de sua vida numa semana destinadas a fazer algo. Isso, para mim, no meu entendimento de ser humano, de pessoa, de trabalhador [...] isso de alguma

forma afeta nossa saúde. Apesar de enriquecer nossa formação nosso contraponto é nosso próprio corpo, não tem como você trabalhar 60 horas, você estudar, você ainda tem outras demandas da sua própria vida pessoal, além das 60 horas tem as demandas de sua vida pessoal, de cuidado, de outros afazeres, de cuidado com a casa, de cuidado com as outras pessoas que convivem com você. Isso tudo é afetado e com certeza sua saúde é afetada. Há uma forte diminuição de momentos de lazer, há uma forte diminuição de momentos de autocuidado, há uma forte tendência a você só ler coisas da área. **A captura [...] dos profissionais de saúde ela é praticamente 24 horas, você sai e volta do trabalho e praticamente você não consegue deixar de pensar no trabalho [...]** [grifo nosso] (Informante 3).

O extrato acima denota um sujeito refém do trabalho, capturado pelo sistema produtivo, por um trabalho que aprisiona seu tempo livre, que encarcera sua subjetividade. A contaminação do tempo livre pelo trabalho não se faz sem intenção, ela encobre a estratégia de se manter o trabalhador sempre no ritmo produtivo, sem escapes para comportamentos espontâneos (DEJOURS, 1988).

A captura também se vale das novas tecnologias de comunicação, que enredam os sujeitos, que lhes colocam num emaranhado de constantes exigências:

[...] as fontes tecnológicas, a estrutura de trabalho que se tem praticamente faz com que a gente fique o dia todo no trabalho. Isso é incrível assim, como a gente sai do trabalho e fica conectado no trabalho. A gente chega e que abre nossos e-mails, nossas redes sociais e a gente ainda tá no trabalho, e as pessoas nos procuram, e praticamente a conexão é quase o tempo todo. Quando a gente não tá dormindo praticamente a gente tá trabalhando. Interessante que no último período [da residência] eu até saí do facebook pra ver se eu conseguia me desconectar um pouco mais [...] (Informante 3).

Segundo Antunes e Praun (2015) a diminuição entre as fronteiras entre o espaço de trabalho e a vida privada é uma das facetas da flexibilização do trabalho, que é potencializada pela incorporação de novas tecnologias. A relação entre o tempo e a flexibilização é discutida por Sennett (2009) através do conceito de flexitempo. O flexitempo diz respeito à jornadas de trabalhos flexíveis, o que aparentemente representaria uma maior liberdade para o trabalhador gerir sua rotina. Contudo este aparece como um “benefício” para determinadas parcelas de trabalhadores e, pode representar também um maior controle do trabalhador por parte da empresa, sobretudo para aqueles que trabalham no ambiente doméstico, que acabam sendo mais fiscalizados através de constantes e-mails e ligações. Mais uma vez o logro de liberdade se impõe, o sujeito pode escolher onde e quando vai trabalhar, mas não tem controle sobre como fará o trabalho:

Na revolta contra a rotina, a aparência de nova liberdade é enganosa. O tempo nas instituições e para os indivíduos não foi libertado da jaula de ferro do passado, mas sujeito a novos controles do alto para baixo. O tempo da flexibilidade é o tempo de um novo poder (SENNETT, 2009, p. 69).

Consideração finais

Os resultados desvelaram diversas fontes de sofrimento entre os trabalhadores de saúde mental, relacionados tanto com as peculiaridades do próprio trabalho em saúde mental, quanto com fatores que indicam um processo de precarização do trabalho em saúde no SUS. Nenhum dos trabalhadores reconheceu-se adoecido, mas identificaram que os padecimentos oriundos do trabalho não ficam restritos ao espaço laboral. O fato de não se reconhecerem doentes pode estar relacionado com o processo de trabalho em saúde mental, que favorece o gerenciamento do trabalho pelo profissional, embora autores da sociologia do trabalho indiquem que esta ideia de liberdade pode ser falaciosa, o que foi parcialmente corroborado pelos dados. Além disto, os próprios trabalhadores podem estar se valendo de recursos para contornar seus sofrimentos, seja através de estratégias defensivas, seja através da experimentação deste sofrimento como fator para impulsionar a mudança.

A pesquisa desnudou um sistema de saúde que tem operado cada vez mais em diálogo com valores da interpretação neoliberal do capitalismo, colocando o ônus de tal alinhamento para os trabalhadores e usuários. Neste sentido, compromete-se o próprio ideário de saúde preconizado na medida em que o sistema tem transformado progressivamente seus profissionais em potenciais usuários devido à organização precária do trabalho. Ressalta-se que, no serviço estudado as condições de trabalho são mais favoráveis que os demais CAPS de Salvador, contando com maiores recursos materiais e melhor estrutura física. Desta forma, acredita-se que vale a pena investigar as demais instituições de saúde mental do município e o impacto que uma Rede de Atenção Psicossocial empobrecida tem gerado nas práticas e na saúde das equipes.

Referências

AFFONSO, P. H. B.; BERNARDO, M. H. A vivência de profissionais do acolhimento em unidades básicas de saúde: uma acolhida desamparada. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 13, p. 23–43, 2015.

ANDREAZZI, M. DE F. S.; BRAVO, M. I. S. Privatização da gestão e organizações sociais na atenção à saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 12, n. 3, p. 499–518, 2014.

ANTUNES, R. *Adeus ao trabalho?* Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 16ª ed. São Paulo: Cortez, 2015.

ANTUNES, R.; PRAUN, L. A sociedade dos adoecimentos no trabalho. *Serviço Social & Sociedade*, n. 123, p. 407–427, 2015.

AZEVEDO, A. P. F.; FIGUEIREDO, V. C. N. Vivências de prazer e sofrimento mental em um Centro de Atenção Psicossocial. *Revista Psicologia Organizações e Trabalho*, v. 15, n. 1, p. 30–42, 2015.

BEZERRA JR., B. Desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 17, n. 2, p. 243–250, 2007.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União*, 09 de abril de 2001; Seção 1, p.02.

CAMPOS, R. O.; BACCARI, I. P. A intersubjetividade no cuidado à saúde mental: narrativas de técnicos e auxiliares de enfermagem de um Centro de Atenção Psicossocial. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 4, p. 2051–2058, 2011.

CAMPOS, R. O. O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 10, n. 3, p. 573–583, 2005.

DEJOURS, C. *A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*. São Paulo: Cortez – Oboré, 1988.

DEJOURS, C. Subjetividade, trabalho e ação. *Revista Produção*, v. 14, n. 3, p. 27–34, 2004.

DEJOURS, C. *Trabajo Vivo – Tomo 2: trabajo y emancipación*. Buenos Aires: Topia Editorial, 2013.

DRUCK, G. Trabalho, precarização e resistências: novos e velhos desafios? *Caderno CRH*, v. 24, n. 01, p. 37–57, 2011.

FONTANELLA, B. J. B; *et al.* Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 27, n. 2, p. 389–394, 2011.

FIGUEIREDO, M. D. *Saúde mental na atenção básica: um estudo hermenêutico-narrativo sobre o apoio matricial na rede SUS-Campinas (SP)*. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 2006. Originalmente apresentado como dissertação de mestrado. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=000370049>. Acesso 13 de janeiro de 2016.

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.

JERVOLINO, D. *Introdução a Ricoeur*. São Paulo: Paulus, 2011.

JOVCHELOVITCH, S.; BAUER, M. W. Entrevista narrativa. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. (Org.). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. Petrópolis: Vozes, 2002, p. 90-113.

KNOKE, M. F.P. *Trabalho em saúde mental no Centro de Atenção Psicossocial em Salvador: processo laboral e a saúde dos trabalhadores*. Salvador: UFBA/Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho, 2011. Originalmente apresentada como dissertação de mestrado. Disponível em: <http://www.sat.ufba.br/site/db/dissertacoes/1892013144340.pdf>. Acesso em 30/09/2014.

LANCMAN, S. *et al.* Repercussões da violência na saúde mental de trabalhadores do programa saúde da família. *Revista de Saúde Pública*, v. 43, n. 4, p. 682–688, 2009.

LIMA, M.; SANTOS, L.; ARAÚJO, D. Terrenos educativos em uma residência multiprofissional na Bahia-Brasil. In: NUNES, M.; TORRENTÉ, M. de; PRATES, A. (Org.). *O otimismo das práticas: inovações pedagógicas e inventividade tecnológica em uma Residência Multiprofissional em Saúde Mental*. Salvador: EDUFBA, 2015, p. 443-481.

MERHY, E. E. Os CAPS e seus trabalhadores: no olho do furacão antimanicomial. Alegria e alívio como dispositivos analisadores. In: FRANCO, T. B.; MERHY, E. E (Org.). *Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2013, p. 213-225.

MUYLAERT, C. J. *Formação, vida profissional e subjetividade: narrativas de trabalhadores de Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil*. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2013. Originalmente apresentado como dissertação de mestrado. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde-05022013-110537/pt-br.php>. Acesso 03 de novembro de 2015.

REBELLO, L. E. F. de S.; GOMES, R. Iniciação sexual, masculinidade e saúde: narrativas de homens jovens universitários. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, n. 2, p. 653–660, 2009.

RICOEUR, Paul. *Teoria da interpretação: o discurso e o excesso de significação*. Lisboa: Edições 70, 2011.

SARACENO, B. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, A. (org). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. 2ª ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2001, p. 13-18.

SENNETT, R. *A corrosão do caráter - consequências pessoais do trabalho no novo capitalismo*. 14ª ed. Rio de Janeiro: Record, 2009.

SILVA, L. da C. E; BROTTTO, M. E. Residência Multiprofissional em Saúde e Serviço Social: dilemas na formação e trabalho profissional. *Revista em Pauta*, v. 14, n. 37, p. 126–149, 2016.

SOARES, R. C. Contrarreforma na política de saúde e a ênfase nas práticas assistenciais e emergenciais. In: GARCIA, M. L. T. (Org). *Análise da política de saúde brasileira*. Vitória: EDUFES, 2014, p. 15-41.

UCHIDA, S. *et al.* O trabalhar em serviços de saúde mental: entre o sofrimento e a cooperação. *Laboreal*, v. 7, n. 1, p. 28-41, 2011.

4. ARTIGO 2

O TRABALHO COMO ESPAÇO EDUCATIVO: TRANSFORMANDO PRÁTICAS E PROFISSIONAIS DO CAMPO DA SAÚDE MENTAL³
THE WORK AS EDUCATIONAL SPACE: TRANSFORMING PRACTICES AND PROFESSIONALS OF THE MENTAL HEALTH FIELD

Resumo

Este artigo tem como objetivo analisar a educação pelo trabalho como potencial transformadora de práticas e de profissionais do campo da saúde mental. Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, descritiva e hermenêutica, que teve como produção de dados entrevistas narrativas, observações de campo e análise de documentos. O campo de investigação foi um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de Salvador e os informantes foram técnicos do serviço e residentes que atuaram no citado CAPS. A análise dos dados foi feita a partir de princípios da hermenêutica de Ricoeur. A partir da análise surgiram as seguintes categorias: onde trabalho e educação se encontram; e o trabalho como transformador de práticas e sujeitos. Os resultados demonstram que as reuniões, o matriciamento e as residências multiprofissionais são espaços/ferramentas que conseguem promover a intersecção entre educação e trabalho. Encontrou-se ainda que o trabalho que incorpora características educativas alinhadas à Educação Permanente em Saúde tem impacto não apenas no serviço de saúde, mas também reverbera na transformação dos sujeitos. Conclui-se que o trabalho pode ser um campo fértil para a formação de trabalhadores em saúde mental, sobretudo em CAPS comprometidos com os princípios da Reforma Psiquiátrica.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde; saúde mental; Educação Permanente em Saúde; trabalho em saúde.

Abstract

This article aims to analyze work potential as an educational space in mental health field. This is a qualitative, descriptive and hermeneutical research, which had as data production narrative interviews, field observations and document analysis. The investigation was conducted at the Psychosocial Attention Center (CAPS) of Salvador. CAPS technicians and residents were interviewed. Data analysis was based on Ricoeur hermeneutics. The analysis led to the following categories: where the work and the education meet each other and the work as a practice and a subject transformer. The results showed that the system of meetings and practices of the multiprofessional residences are tools that may promote the intersection between education and work. It was also found that the work that incorporates educational characteristics, aligned to the Permanent Education in Health, impacts not only on the health service but also reverberates on the transformation of the subjects. It is concluded that the work can be a fertile field for the training of mental health workers, especially in the CAPS that are committed to the principles of Psychiatric Reform.

Keywords: Brazilian National Health System; mental health; continuing education in health; work in health.

³ Formatado de acordo com as normas da revista Trabalho, Educação e Saúde.

Introdução

A VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, trouxe à tona o imperativo de articulação entre educação e saúde na formação dos profissionais da área, de forma a garantir a efetivação do sistema de saúde almejado pelo movimento de Reforma Sanitária (BRUNHOLI, 2014). Pode-se vislumbrar repercussões desta proposta na Constituição Federal de 1988, que coloca a formação de recursos humanos entre as competências do sistema de saúde, e na legislação do Sistema Único de Saúde (SUS) que define que as três instâncias do governo são responsáveis por tal formação, inclusive em nível de pós-graduação e aperfeiçoamento.

Vale ressaltar que a formação de recursos humanos para o SUS não se restringe apenas a um aspecto quantitativo responsivo à expansão do sistema; vai além, abrangendo, sobretudo, uma questão qualitativa, já que o modelo de saúde estabelecido pelo SUS exige trabalhadores comprometidos tanto com as evidências científicas como com os aspectos sociais que compõem a saúde (HADDAD *et al.*, 2010; ALMEIDA FILHO, 2013). Entretanto, a formação destes profissionais vem acontecendo de forma apartada das demandas do sistema, é hiperespecializada, distanciada das questões políticas e ideológicas do movimento de Reforma Sanitária, tem visão humanística comprometida e coaduna-se com um ideário liberal de saúde. Destarte, forma-se profissionais alheados da realidade da saúde do país, minando o sistema de saúde (HADDAD *et al.*, 2010; ALMEIDA FILHO, 2013; BRUNHOLI, 2014).

A formação de profissionais do campo da saúde mental também é problemática, sendo considerada por alguns autores como um ponto frágil da Reforma Psiquiátrica (BEZERRA JR., 2007; DAL POZ; LIMA; PERAZZI, 2012). A equipe que compõe os serviços de saúde mental é multiprofissional, sendo formada por diversos trabalhadores de saúde e também de outros setores. Denota-se a complexidade das relações de trabalho e da formação de um corpo

profissional para o campo que, além de ser composto por uma diversidade atores, também transita pelos três níveis de atenção à saúde (DAL POZ; LIMA; PERAZZI, 2012).

Concernente a isto, Amarante (2008) destaca a relevância da formação humanística e salienta o compromisso político da Reforma Psiquiátrica, que não se restringe a uma mera reconfiguração de serviços, mas com a assunção de “outro lugar social para o sofrimento humano, a diferença, a diversidade” (p. 68). Assim, o “profissional ideal”, sob essa perspectiva, não será, necessariamente, aquele que domina o psicodiagnóstico ou determinada terapêutica, mas aquele comprometido com os sujeitos, disposto a colocar a “doença entre parêntesis”, como propôs Basaglia (2005).

Amarante (2008) ratifica que, para garantir uma formação comprometida com tais princípios, é preciso investir em políticas públicas que democratizem o apoio a programas de formação multidisciplinares, transdisciplinares e que predomine a formação em território. Entretanto, a universidade tem caminhado na contramão dessa proposta, com destaque para as práticas de estágios que privilegiam as instituições fechadas ao invés de dialogar com a comunidade, assumindo como campo os hospitais psiquiátricos, serviços que se contrapõem ao ideal reformista (LOBOSQUE, 2010; AMARANTE, 2008).

Além disto, a formação para o campo enfrenta três desafios: carência quantitativa de trabalhadores para atender à expansão dos serviços; necessidade de ajuste da formação ao atual modelo de cuidado em saúde mental; necessidade de capacitar os trabalhadores que já estão atuando no campo (DAL POZ; LIMA; PERAZZI, 2012).

Uma alternativa para esse panorama seria a adoção de ações problematizadoras, que adotam os serviços de saúde como espaço formativo. Abrahão e Merhy (2014) afirmam que o campo da formação em saúde abriga a disputa de dois movimentos operando concomitantemente: um que crê a prática pedagógica apenas através da ciência aplicada; e outro que toma as ações de saúde, os espaços de encontro micropolítico entre trabalhadores e usuários, como férteis para o ensino/aprendizagem. O ensino/aprendizagem que parte apenas de uma lógica cientificista e protocolar reverberaria nos serviços de saúde como barreiras à integralidade, como anteparo no cuidado em saúde, surge como técnica que se orienta pela doença, pelo diagnóstico, em detrimento dos sujeitos. Por outro lado, o ensino contextualizado nas instituições de saúde dá outra configuração à educação, libertando-se da dimensão conteudista e disciplinar, abrindo espaço para a experiência, que emerge como afetos e novos sentidos, como transformação dos sujeitos e das práticas de saúde (ABRAHÃO; MERHY, 2014).

Uma educação que adotasse tais feições estaria em consonância com a Educação Permanente em Saúde (EPS), uma das estratégias do Ministério da Saúde para adequar a formação profissional às demandas do SUS. Entretanto, não é coerente com a proposta de EPS limitar seu escopo a um “reparo” de déficits educativos. É importante enfatizar que a EPS não é uma atualização profissional; é um projeto político-pedagógico com o intuito de transformação das práticas, articulando o saber técnico científico à ética, à transformação dos sujeitos e de seu entorno. A EPS alinhasse à aprendizagem significativa, conectada com o cotidiano e relevante socialmente: “será ‘educação permanente em saúde’ o ato de colocar o trabalho em análise, as práticas cotidianas em análise, as articulações formação-atenção-gestão-participação em análise” (CECCIM; FERLA, 2009).

A EPS no Brasil extrapola uma prática de ensino-aprendizagem e consolida-se como política a partir da Portaria nº 198 de 13 de fevereiro de 2004 (BRASIL, 2004) e pela Portaria GM/MS nº 1.996 de 20 de agosto de 2007 (BRASIL, 2009a). A EPS, enquanto política pública, aparece como uma articulação entre educação, trabalho, cidadania e gestão, bem como espaço de cogestão, pois as ações de EPS são pactuadas entre diferentes instâncias da sociedade em polos locorregionais considerando a realidade de cada território (GIGANTE; CAMPOS, 2016). Ademais, a EPS se aproxima da cogestão de coletivos de Campos (2000), que propõe que o trabalho se amplie e ganhe também a finalidade de produção de sujeitos e caráter pedagógico, o que ele denomina de Função Paidéia. Destarte, expande-se o caráter do trabalho, que deixa de ter apenas função produtiva e passa a englobar uma função social (GIGANTE; CAMPOS, 2016; CAMPOS, 2000).

Neste sentido, a EPS pode ser uma alternativa aos problemas referentes aos recursos humanos nos serviços de saúde mental. Acreditando nisto, o Ministério da Saúde tem desenvolvido algumas estratégias, como o financiamento de programas de residência que tenham como campo de atuação os serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), tanto no caso das residências em psiquiatria, mas, sobretudo, nas residências multiprofissionais (BRASIL, 2015). A proposta do Ministério é priorizar programas de residência que levem à superação do paradigma manicomial. As residências caracterizam-se como EPS e, como tal, propõem uma metodologia ativa de aprendizagem; cada programa deve dialogar com a realidade de saúde de seu território (BRASIL, 2006). Configuram-se como pós-graduação *lato sensu* com carga horária de 60 horas semanais e duração de dois anos, orientadas pelos princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, 2009b).

Uma inovação dos programas de residência encontra-se entre as Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS), justamente por conta da sua tentativa interprofissional ao propor o diálogo entre diferentes categorias profissionais ocupando o mesmo campo no cuidado em saúde. Assim, o grande desafio é respeitar a peculiaridade de cada saber e promover intersecções entre eles ao compreender que comungam de uma mesma linguagem: a integralidade em saúde (RAMOS *et al.*, 2006; BRASIL, 2006).

Considerando as temáticas apresentadas, este artigo tem como objetivo analisar a educação pelo trabalho como potencial transformadora de práticas e de profissionais do campo da saúde mental

Metodologia

Este artigo foi fruto de uma dissertação de mestrado em que se realizou uma pesquisa qualitativa de cunho descritivo e hermenêutico que teve como campo de estudo um CAPS ad situado em Salvador. Este serviço tem caráter docente-assistencial, sendo responsável pela formação de profissionais e estudantes.

Foram realizadas entrevistas narrativas, definidas por Jovchelovitch e Bauer (2002) como “situação que encoraje e estimule um entrevistado [...] a contar a história sobre algum acontecimento importante de sua vida e do contexto social” (p. 93). Caracteriza-se como uma entrevista em profundidade e não estruturada, na qual deve haver poucas intervenções do entrevistador em prol do desenrolar da narrativa do informante. No caso dessa pesquisa, a narração foi estimulada a partir de assertivas disparadoras tais como “fale-me sobre seu percurso profissional” e outras semelhantes que correspondessem aos objetivos da pesquisa.

Complementarmente às entrevistas narrativas, foi inserido um questionário sócio demográfico para dar conta dos objetivos da investigação.

A produção de dados foi interrompida após constatação de saturação teórica das entrevistas: “há saturação teórica quando a interação entre campo de pesquisa e o investigador não mais fornece elementos para balizar ou aprofundar a teorização” (FONTANELLA *et al.*, 2011, p.390). Nove entrevistas foram conduzidas pela autora principal no próprio CAPS que serviu de campo de investigação, com exceção de uma, realizada na Faculdade de Educação da Universidade Federal da Bahia, devido à disponibilidade do entrevistado. Todas foram realizadas em recinto que preservasse a intimidade dos participantes e contaram com o consentimento dos informantes mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra.

A produção de dados também contou com observações participantes (registradas em diário de campo) da dinâmica do serviço e dados oriundos de documentos elaborados pelo serviço investigado. Tanto a participação em atividades quanto a coleta de documentos contaram com a prévia autorização da instituição mediante apresentação de projeto de investigação e explicitação dos objetivos da pesquisa pela autora principal. A imersão no campo durou oito meses.

Os critérios de inclusão dos informantes na pesquisa foram: atuar no referido CAPS, seja como profissional efetivo, seja como residente e aceitar participar da pesquisa mediante assinatura do TCLE. Os informantes da pesquisa foram seis homens e três mulheres, de idades entre 26 e 61 anos, média de 42 anos. Entre estes, três eram residentes de programas multiprofissionais, sendo dois educadores físicos e uma psicóloga. Todos cumpriram estágio

eletivo no serviço no ano de 2016, tendo uma média de dois meses de atuação na instituição. As áreas de concentração da residência eram saúde da família (os dois educadores) e saúde mental. Entre os profissionais do serviço, foram entrevistados um enfermeiro, um psicólogo, um artista plástico autodidata, uma licenciada em biologia e química que atua como coordenadora das atividades de campo e dois redutores de danos, estes últimos sem formação universitária. Entre os trabalhadores do serviço que participaram do estudo, dois foram residentes, um de saúde da família e outro de saúde mental.

A análise dos dados se deu a partir da hermenêutica de Ricoeur (2011) que afirma que a interpretação propõe uma dialética entre compreensão e explicação, como um movimento que vai da primeira para a segunda: “Da primeira vez, a explicação será uma captação ingênua do sentido do texto enquanto todo. Da segunda, será um modo sofisticado de compreensão apoiada em procedimentos explicativos” (RICOEUR, 2011, p. 105).

Os informantes foram identificados por números para preservar a confidencialidade da pesquisa. Referências a nomes e locais que poderiam identificar os informantes foram suprimidas dos relatos. Devido ao caráter interprofissional do campo da saúde mental, não se identificou a necessidade de especificar a profissão dos sujeitos nas narrativas.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFBA, parecer nº 1.443.135/16, seguindo as normas da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Todos os participantes da pesquisa assinaram TCLE, após o pesquisador informar o objetivo do estudo.

Resultados e discussão

A análise das narrativas permitiu identificar duas categorias: 1) onde trabalho e educação se encontram, em que são exploradas narrativas que identificam espaços educativos no âmbito do trabalho; e 2) o trabalho como transformador de práticas e sujeitos, que demarca as narrativas sobre transformações dos sujeitos e suas práticas a partir da experiência do trabalho.

Onde trabalho e educação se encontram

No discurso dos investigados, foi corrente a menção a uma formação que se faz pelo e durante o trabalho. Foram apontados os seguintes espaços/ferramentas de intersecção entre educação e trabalho: reuniões de equipe, sejam as gerais envolvendo toda a equipe, sejam as com categorias específicas de trabalhadores, e as reuniões de Projeto Terapêutico Singular (PTS); matriciamento; e a residência multiprofissional.

O CAPS investigado realiza reunião geral de equipe uma vez por semana, reuniões de PTS duas vezes na semana e reuniões da equipe de redutores de danos uma vez na semana. Todos esses espaços foram identificados pelos informantes da pesquisa como lugar de incremento de saber.

As reuniões gerais do CAPS acontecem uma vez por semana e são compostas por todos os técnicos do serviço, os redutores de danos, a equipe de enfermagem, os profissionais da recepção, os profissionais da limpeza, os estudantes e residentes que atuam no serviço. A partir de análise de documento institucional que discorre sobre a dinâmica do serviço foi possível constatar que o espaço da reunião geral é mencionado como um espaço de EPS para

a equipe. Ainda de acordo com esse documento, a reunião é dividida em dois momentos; nas primeiras duas horas são discutidos aspectos administrativos, informes, casos clínicos; nas duas horas seguintes, acontece o Fórum Clínico Institucional que é definido como atividade clínico-pedagógica na qual são articuladas discussões teóricas a casos clínicos/institucionais do CAPS. Este último momento tem o intuito de promover a educação da equipe e dos estagiários e residentes, e conta com supervisão externa no auxílio às discussões de casos, embora no período em que foram realizadas as observações de campo das reuniões o Fórum não estava ocorrendo devido à falta de supervisor. Silva *et al.* (2013), em estudo sobre a formação de profissionais que atuam nos serviços de saúde mental, encontraram que as supervisões clínicas/institucionais são uma valorosa ferramenta de EPS, sendo importante tanto na resolução de casos mais complexos quanto na integração da equipe.

Os profissionais do CAPS e os residentes também referiram acreditar que as reuniões são um locus educativo, apontado como adequado até para a discussão de textos:

[...] minha reunião de segunda-feira não é para avaliar o trabalho deles [redutores de danos], é para estudar também. A gente faz estudo, temas que escolhemos para estudar, sobre saúde mental mesmo [...] (6).

Outro entrevistado citou o trabalho em diferente aparelho de saúde mental identificando o momento da reunião como local onde tinham “aulas” sobre diversas temáticas e vendo semelhanças com o modelo de reunião do seu atual espaço de trabalho. Contrapondo os achados deste estudo, Lima, Santos e Araújo (2015) relataram que residentes de saúde mental inseridos em diversos tipos de CAPS de Salvador não citaram as reuniões de equipe como espaços de aprendizagem. As reuniões se limitavam à discussões de problemas burocráticos como cronogramas de atividades e a participação dos residentes era limitada, reduzindo-se ao debate sobre algum caso clínico sob acompanhamento.

As reuniões de PTS também foram referidas como momento de intersecção entre trabalho e educação. Um dos informantes relatou que não se sentia seguro quanto à sua técnica, apesar de sua formação. Questionado sobre recursos educativos a que recorria para dar conta dessa insegurança ele afirmou:

Aqui no CAPS, o que me dava tranquilidade, eram... são as reuniões de PTS. Onde eu consigo compartilhar com os colegas algumas questões, dúvidas, eu fico bem aberto para falar dos meus limites e acho que os colegas, as colegas se abrem também bastante para falar dos limites e a gente vai construindo a partir disso (8).

O PTS é definido como “[...] conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, voltadas para um sujeito individual ou coletivo como resultado da discussão grupal de uma equipe interdisciplinar [...]” (CUNHA; CAMPOS, 2010, p.43). É muito utilizado nos serviços de saúde mental e visa a adoção de outras práticas terapêuticas além das medicamentosas, tais terapêuticas devem ser sempre pactuadas entre o usuário e seu profissional de referência (CUNHA; CAMPOS, 2010).

Neste CAPS o PTS acontecia também como uma reunião que ocorria duas vezes por semana, de maneira a contar com a participação dos trabalhadores em ao menos um encontro, diante da impossibilidade de conciliar a agenda de todos eles mais de uma vez por semana. Nesse espaço os diversos profissionais discutem e pactuam estratégias para a condução de um caso que é tido como complexo. Não há uma estruturação prévia dessa reunião; geralmente, o técnico de referência ou algum outro trabalhador que teve contato com o caso, situa os demais sobre a problemática e os colegas apresentam acréscimos ao relato e sugestões de como o caso poderia ser conduzido.

O matriciamento ou apoio matricial também apareceu como espaço/ferramenta educativa durante o trabalho. Caracteriza-se como suporte assistencial e técnico-pedagógico

especializado a uma equipe de referência em determinado caso no qual a equipe precisava de auxílio. O matriciamento se afina à proposta da EPS, aparecendo como ferramenta peculiar à aprendizagem na medida em que promove a troca de saberes entre equipes (CUNHA; CAMPOS, 2010). Um dos informantes ponderou:

[...] matriciamento é quando a gente mune o outro da sua competência de forma com que ele possa estar também abrindo o seu olhar [...] para intervir e quando não puder intervir, ativar a gente para que a gente possa intervir ou matriciá-lo para que ele possa fazer esse elo. Porque se você quer olhar o indivíduo de forma integral a gente precisa ter [...] ferramentas para que a gente possa fazer isso em todos os instantes e o matriciamento favorece isso. Então a gente tá o tempo todo... o professor de educação física tá matriciando o nutricionista e o fisioterapeuta da equipe mínima. Essa troca existe o tempo todo e complementa o profissional e consegue dar vazão para gente estar fazendo um trabalho melhor [...] (2).

Ainda de acordo com este entrevistado, o apoio matricial também aparece nos momentos pedagógicos entre residentes multiprofissionais de seu programa que não ocupam o mesmo campo de estágio-trabalho, o que faz com que o ensino/aprendizado aconteça também de maneira horizontal, pois favorece o compartilhamento de experiências entre os colegas:

Agora o bacana, os outros residentes, que estão nos outros serviços, a gente consegue fazer essa conexão, essa apresentação do que é o serviço que você passou [...]. A gente começa a conhecer o serviço de forma indireta, então teve gente que foi para vigilância sanitária, teve residente que foi para o DAB [Departamento de Atenção Básica], que é o órgão de gestão [...] e outros serviços, o Cerest [Centro de Referência em Saúde do Trabalhador]. Então, de certa forma, isso é matriciamento, a gente não estava lá presente de corpo, mas a gente conseguiu adquirir um pouco dessa experiência (2).

A residência multiprofissional foi outra estratégia identificada como aliando constantemente o trabalho e a educação. Assim, o discurso dos sujeitos permitiu entrever que a proposta da residência tem se efetivado. Todos os profissionais em formação entrevistados reconheceram a importância da residência em seus desenvolvimentos como trabalhadores do SUS e a pujança do trabalho como espaço formativo:

[...] parece que a residência fez uma escolha diferente nesse contexto [fala sobre o fato de, no seu programa, os residentes assumirem totalmente alguns serviços], de colocar os profissionais no campo mesmo. Estando no campo, tem pontos positivos e negativos. A gente estando ali junto da coisa

acontecendo, sendo responsável, isso dá um valor ao trabalho muito grande. A gente se forma muito no próprio trabalho [...] trabalhando mesmo, efetivamente, inclusive [...]. A evolução de uma pessoa que nunca tinha trabalhado e dois anos depois é muito grande [...]. Porque eu fiz de tudo [...] a gente construiu grupos, eu conduzi os grupos, a gente fez fluxos, a gente conduziu os fluxos, aí mudou os fluxos, refez os fluxos. Isso tudo em muito pouco tempo assim, eu acho que é interessante [...] (1).

[...] acho que o privilégio da residência é você estar no serviço e ter um espaço para pensar sobre ele. Porque eu acho que às vezes quando a gente já está trabalhando a gente naturaliza muitas coisas. Eu acho que o cuidado da residência é a gente poder analisar a nossa prática, a nossa implicação, isso que ela faz de diferente, o que ela dá de diferença para o profissional [...] (4).

Lima e Santos (2012), ao pesquisarem a experiência da residência multiprofissional em saúde mental entre psicólogas em Salvador, constataram que esta modalidade de ensino foi compreendida pelas participantes como uma qualificação de suas práticas dada à capacidade de produzir uma interrogação contínua de seus labores. Entretanto, apesar de reconhecerem o valor da residência em seus percursos profissionais, os residentes não o fazem de maneira acrítica. Assim como foi uníssona a valorização desta formação, críticas também foram feitas:

[...] eu acho que o que eu imaginava da residência para o que ela é exatamente é... eu fiquei um pouco decepcionada. O primeiro ano eu fiquei bem, bem decepcionada. Eu não sei, eu esperava uma formação... acho que eu esperava que as coisas fossem mais direcionadas, meio estilo universidade, que a gente tem uma grade e que a gente vai construindo a partir disso. A residência não é assim, a gente vai para os serviços, e aí se coloca lá dentro e a partir do que a gente pode construir com os profissionais, mas no fim assim, depois dos primeiros seis meses, eu acho que a residência tem que ser assim mesmo [...] (4).

A fala acima revela um certo desconforto quanto ao desenho didático no qual se dá o ensino da residência. Tal incômodo surge a partir de uma comparação com a formação a nível de graduação, o que é compreensível no caso da entrevistada, que fez a transição da graduação direto para o programa de residência. Contudo, essa indisposição pode denotar também deficiências dos próprios programas de residência, como explicita a declaração de um ex-residente que se tornou profissional do CAPS em questão. Ele revelou que o seu programa de residência não tinha um projeto político-pedagógico bem estruturado, o que ele avalia como

ruim, mas que, ao mesmo tempo, conferiu autonomia a ele e aos seus colegas para escolherem os campos de estágio-trabalho que desejavam se inserir e os conteúdos que queriam discutir.

Referente às residências também é válido considerar os campos de prática onde têm ocorrido as formações. Amarante (2008) sugere a superação da formação em instituições asilares, tais como os hospitais, dando espaço a uma formação realizada no território que promova a participação na formulação de políticas e que incorpore os CAPS e dispositivos similares como campo de prática. Destarte, o ensino em saúde mental se comprometeria com os princípios da Reforma Psiquiátrica.

Os dados dessa pesquisa revelaram vários campos de prática adotados pelos residentes e ex-residentes, principalmente aqueles na área de concentração da saúde mental. Os serviços que serviram de experiência aos trabalhadores em questão, em sua maioria, encontravam-se inseridos na RAPS, com exceção do ambulatório de saúde mental, adotado por um dos residentes. A narrativa que segue ratifica que, muitas vezes, a escolha dos campos acontece a partir das inquietações dos próprios residentes:

[...] e o que eu achei de mais legal dentro da residência é que quando eu entrei era uma possibilidade a gente escolher passar por um manicômio. E aí a gente durante o primeiro ano, a gente pôde, em espaços coletivos da formação, decidir que a gente não acha que manicômio é formador. E aí a gente agora... os residentes a partir da minha turma, no primeiro ano, não passam pelo núcleo de atenção à crise dentro do manicômio, tem que ser no Hospital Geral. Eu acho que é isso, a gente faz pensando e pautando a Reforma Psiquiátrica enquanto também norte para uma formação [...] (4).

Os desconfortos diante do descompasso entre a rede de saúde e as propostas da Reforma Psiquiátrica foi outro dado relevante que apareceu no relato dos residentes e demais trabalhadores e, como aparece na fala acima, tal desencontro foi tema de debate entre os residentes. Lima, Santos e Araújo (2015) também encontraram resultados semelhantes em pesquisa realizada com residentes multiprofissionais de saúde mental em Salvador. Residentes

que tiveram como campo um hospital psiquiátrico não reconheceram essa instituição como espaço de aprendizagem, principalmente no que concerne a práticas antimanicomiais e interprofissionais, o que levou o programa de residência a substituir o hospital por um CAPS II.

Outro residente, ao narrar sua experiência no ambulatório de saúde mental, explicitou os questionamentos que ele e seus colegas suscitaram dada a existência daquela instituição, frente aos avanços da Reforma Psiquiátrica. Isso se relaciona a uma consequência da formação que adota os campos de prática: a aprendizagem diante da concretude dos serviços, diante do que é possível construir na realidade do trabalho que se impõe, afastando-se de uma dimensão idealizada das instituições e rede de saúde (NUNES, 2015).

Entretanto, o contato com a realidade, com os problemas dos serviços, não deve servir como enclausuramento, como impossibilidade de fazer diferente, dado que o caráter questionador e a dimensão problematizadora é inerente à tal formação, alinhado à modificação das práticas. Vislumbra-se uma educação transformadora, que não se contenta com o que está posto, mas que indaga de dentro à medida que desenha rotas de fuga a partir dos estranhamentos e tensões “entre o que já se sabe e o que há por saber” (CECCIM, FERLA, 2009, s/p) e, poder-se-ia ainda dizer: entre o que está feito e o que se pode fazer.

O trabalho como transformador de práticas e sujeitos

O estudo desvelou um processo de trabalho em diálogo com a educação. O produto deste encontro não se restringe a uma mera ferramenta para o aumento da produtividade ou adequação de determinado trabalhador ao seu posto e se aproxima da Função Paidéia descrita por Campos (2000). Foi possível perceber que os espaços de trabalho dos informantes

mostraram-se produtivos, no sentido de reformulação das práticas dos serviços/trabalhadores e, até mesmo, de transformação dos sujeitos.

Nesta tônica, a presença dos residentes nos serviços foi importante para a transformação das práticas institucionais:

[...] o [CAPS] ele foi instituído numa lógica que não dialogava muito com o território. Eu cheguei no CAPS no momento em que a própria equipe que instituiu isso já estava... por conta de intervenções [...] dos residentes que passaram por aqui, dos estudantes, de pessoas que circulavam pelo serviço, dos usuários, principalmente [...] da própria rede, o serviço, a equipe, já estava refletindo, se avaliando [...] (8).

O movimento de autoavaliação, segundo o informante, culminou num processo de redirecionamento da inserção no território. É relevante pontuar que, além da presença dos residentes, a circulação de diferentes sujeitos constantemente pelo serviço pode estar contribuindo para que este tenha uma postura mais aberta à diversidade e à mudança. Deste modo, percebe-se que a inserção de estudantes e residentes no campo em questão também favorece o incremento da própria instituição. Corroborando tal achado, Gama e Zanerato (2010) acreditam que a residência é um tipo de formação que promove tanto a qualificação profissional quanto a qualificação do campo da saúde pública e, na especificidade da saúde mental, compreendem-na como essencial para catalisar os avanços necessários à Reforma Psiquiátrica no país.

Relatos distintos destacaram a transformação operada pela residência em outros campos de estágio/trabalho, conforme a seguinte narrativa:

[...] os trabalhadores da atenção básica, num primeiro momento que a gente foi conhecendo, eles vêm com esse questionamento “ah, isso aqui não era para ser aqui, era para ser lá no CAPS...” e a residência, como ela tem um certo.... Uma audácia para estudar mais, para procurar mais, é o local que a gente tá se capacitando, as coisas foram aparecendo [...] (1).

Este relato demonstra resistência dos trabalhadores da atenção básica em assumir demandas de saúde mental que acreditam restritas aos CAPSs, o que revela desconhecimento do papel da atenção básica na RAPS. Outra declaração também demarcou tal desconhecimento ao afirmar que as visitas domiciliares realizadas pela atenção básica muitas vezes não se atinham aos sujeitos com transtorno mental, pois acreditavam não ser sua atribuição, o que tem sido reconfigurado pela residência. Essa “audácia”, como menciona o entrevistado, pode estar relacionada à própria condição de residente, de acordo com Nunes (2015):

O perfil híbrido desses agentes [os residentes], metade estudantes, metade profissionais, parcialmente trabalhadores do serviço, parcialmente alienígenas, tem-lhes garantido uma presença expressiva e interferente. Essa presença caracteriza-se pela intensidade na participação, uma vez que, tendo em vista o seu pertencimento transitório, esse tempo de permanência ganha um significado de condensação da experiência, sendo necessário realizar bem mais coisas em um período limitado, onde o processo de aprendizagem deve ser potencializado. Além disso, há um potencial questionador e problematizador quase inerente à condição de um agente que se insere no espaço social em uma posição de aprendiz participativo. Aliado a isso, o residente, pela sua juventude, real ou estimulada pelo papel de estudante, apresenta-se com um ampliado horizonte de expectativas associado a um certo sentimento de onipotência, que, juntos, efetivamente, funcionam como um dispositivo realizador. Por outro lado, a sua inserção acadêmica aliada à falta de vinculação institucional no serviço como trabalhador, sujeito a certas hierarquias e obrigações, tendem a favorecer um estado de espírito de liberdade reflexiva e propositiva (p.25).

Não é possível prever de que maneira as interferências desses agentes externos serão incorporadas ao serviço após suas saídas, ou se ao menos serão incorporadas de alguma forma. Todavia, Lima, Santos e Araújo (2015) também creem que a presença destes sujeitos no campo, pela expansão dos limites profissionais proposta pela RMS, provoca reverberações nos trabalhadores do serviço quanto às suas ações e fronteiras de suas práticas. Vasconcelos, Stedefeldt e Frutuoso (2016) convergem com estes pesquisadores ao relatarem que a entrada da residência multiprofissional em saúde nos campos de prática configura-se como uma estratégia de EPS para os trabalhadores efetivos, visto que pressupõe momentos de interlocução de saberes, reconfigurando as ações de saúde.

Independente da discussão sobre de que maneira as instituições incorporam as influências dos residentes, o que se pôde constatar foi a transformação das práticas dos trabalhadores em formação, antes mesmo da conclusão de sua especialização:

[...] essa semana mesmo, chegou um senhor lá [na atenção básica], eu estava no acolhimento lá no posto de saúde, ele chegou totalmente em crise e eu percebia que aquele senhor estava em crise, porque eu tive exemplos de pessoas em crises nesse espaço que eu passei. A característica era muito comum. Se fosse em um outro momento, eu diria que aquela pessoa era mal-educada [...] então o quanto isso me qualificou para eu estar nesse espaço?! Então o tratamento já se transforma, já muda, você começa a querer entender aquela pessoa, a querer colher mais dela para se certificar que ela é uma pessoa que realmente está precisando da ajuda de forma ampliada [...] (2).

A qualificação a que ele se refere é a sua passagem pelo CAPS que serviu de campo de pesquisa a este estudo. É importante demarcar que os três residentes entrevistados realizaram estágio eletivo, ou seja, a passagem pelo CAPS foi escolha deles. Salienta-se ainda que o período médio de atuação desses sujeitos foi em torno de dois meses. Quantitativamente, poder-se-ia afirmar que é um período curto, mas, principalmente para os residentes de saúde família, com menor inserção nos serviços de atenção especializada, a experiência no serviço não pode ser medida por tais parâmetros.

Além da mudança de práticas, pôde-se perceber a mudança nos sujeitos, o que extrapola sua atuação enquanto trabalhadores e os qualifica com novas maneiras de enxergar os fenômenos sociais, promovendo a revisão de estigmas e preconceitos que interferem no cuidado em saúde, mas também em suas visões de mundo:

[Sobre sua experiência em um grupo do CAPS] Também foi muito bacana, porque eu cheguei aqui [no CAPS] com uma ideia das drogas e, na verdade, aqui eu consegui ver que às vezes a redução de agravos é... redução de danos, seria a melhor forma e não a extinção das drogas como preconiza a mídia, como preconizam as pessoas que não têm o conhecimento da relação da pessoa com a droga [...]. Então muita coisa aí foi um aprendizado muito bom, muito bom (2).

Pesquisa de Lima, Santos e Araújo descobriu que residentes de saúde mental de Salvador compreenderam sua passagem pela residência como uma forma de apropriação das práticas do campo da saúde mental, e, ainda, de habilidades interpessoais. Entre tais habilidades destacaram: capacidade de negociação com a equipe que atua no serviço e com os próprios colegas residentes; e cuidado na maneira como emitem opinião, visando evitar conflitos desnecessários nas equipes em que atuam. Assim, os residentes adquiriram capacidade de diálogo e tolerância, inerentes ao trabalho em equipes multiprofissionais, mas que também extrapolam o espaço do trabalho, já que favorecem a construção de relações interpessoais mais harmônicas (LIMA; SANTOS; ARAÚJO, 2015).

Estes aspectos não foram citados de maneira explícita pelos informantes deste estudo, mas é possível perceber em suas falas suas transformações para além da dimensão do trabalhador, suas transformações enquanto sujeitos:

Eu e um colega que passamos [pelo CAPS] nós tivemos que construir um trabalho para apresentar para própria residência [...]. Durante a construção do trabalho a gente viu o quanto rico foi a gente ter passado aquele período ali no CAPS [...]. Uma que a nossa visão de sociedade ela se amplia [...]. Eu estava conversando com ele que eu só consegui reconhecer em mim algumas coisas que não ajudavam no cuidado, como estigma... estigmatização dos indivíduos e das doenças, [...] impor desejo ao outro, não respeitar a história do outro... várias coisas que são muito comuns no nosso dia a dia... eu fiz uma reflexão a partir do [CAPS] (1).

Estas mudanças operadas pelo trabalho durante a formação do profissional são possíveis através dos encontros que ocorrem entre os diversos sujeitos que habitam o campo de práticas. Tomar os serviços como espaço formativo é crer também na potência dos encontros como locus de formação; é produzir-se, formar-se a partir daquilo que nos toca, que nos sensibiliza. É encarar o trabalho e a formação em saúde como produtores de subjetividades, de novas formas de ser, estar e cuidar. Desvincula-se da ideia de formação como mera transmissão de saber, já que não há um saber cristalizado, visto que os encontros que se sucedem entre

trabalhadores-usuários-estudantes-professores são irreprodutíveis (ABRAHÃO; MERHY, 2014).

Um aprendizado e um trabalho que se valem da potência dos encontros nos dispositivos do SUS não se restringe apenas às interlocuções que envolvem estudantes, abarcam ainda as transformações que se gestam nas díades entre trabalhadores e usuários. Um dos entrevistados destacou a importância do contato com os usuários de substâncias psicoativas como forma de rever seus próprios preconceitos, de lidar com o outro além de um estigma, enxergando o sujeito e seu sofrimento. Silva e Knobloch (2016), ao estudarem a EPS em um CAPS ad, também salientaram o valor do aprendizado dos trabalhadores a partir da convivência com os usuários do serviço, o que promoveria uma melhor compreensão do ser humano e de outras alternativas de vida. As autoras demarcam a relevância de incluir a revisão de valores morais e preconceitos nos espaços de EPS de serviços ad, já que isso reflete diretamente no cuidado que é ofertado.

Foi referido que os aprendizados que ocorreram na prática de trabalho extrapolaram os limites laborais e convocaram os sujeitos a repensar vários aspectos de suas vidas:

[...] o CAPS tem sido uma escola, em vários sentidos, na vida profissional, na vida pessoal, nas relações, no cuidado com o outro, no repensar a saúde, na produção de tecnologias de cuidado em saúde mental, álcool e drogas, na forma de fazer funcionar as coisas [...] (9).

Um dos desafios do SUS é justamente fazer com que os serviços de saúde atendam às demandas da população e, ao mesmo tempo, sejam também locais de realização dos trabalhadores, equilibrando a dimensão de alienação do trabalho (inerente ao trabalho no sistema capitalista) e do trabalho livre e que tenha sentido para o trabalhador. A proposta da cogestão de coletivos (CAMPOS, 2000; CUNHA; CAMPOS, 2010) visa conciliar essas contradições, crendo na autonomia dos trabalhadores quanto à gestão do seu processo de

trabalho, o que repercutiria na realização e aprendizagem dos sujeitos nos campos laborais. Quanto a isso, os serviços de saúde comunitários (CAPS, Atenção Básica) se aproximam da proposta de uma gestão mais horizontalizada e compartilhada entre os trabalhadores, apesar das incoerências entre as políticas e as suas concretizações na prática. O panorama encontrado no serviço investigado é semelhante: os trabalhadores têm exigências quanto à produtividade, ao passo que conseguem atribuir sentido ao seu labor.

O trabalho também apareceu como meio para a obtenção de novas habilidades, não por uma exigência verticalizada, mas decorrente da própria relação do trabalhador com os sujeitos que são cuidados:

[...] eu não sou músico, não tocava instrumento, mas eu fiz uma parceria com a UFBA e trouxe a UFBA para dentro do CAPS. A partir disso peguei um instrumento para também tocar porque além de coordenar eu gostava também de estar junto tocando com eles, isso cria um laço bem mais forte (3).

A narrativa trata de uma oficina de música que foi realizada em parceria com a Escola de Música da UFBA em que os usuários do CAPS aprenderam a tocar um instrumento e compuseram uma banda do serviço. O citado profissional se propôs a aprender juntamente com os usuários, se colocando no mesmo patamar deles. Tal disponibilidade faz transparecer um trabalho e um aprendizado aberto à experimentação da pujança dos encontros.

A produção de novas formas de cuidado a partir da imersão no trabalho também serviu para que um dos informantes revisse sua própria relação com as substâncias psicoativas, tanto pelas demandas do trabalho, que percebeu sendo incompatíveis com seu perfil de uso, quanto pelo constante cuidado com outros usuários de substâncias, o que fez com que refletisse sobre as consequências do seu consumo. Em síntese, o seu próprio saber é visto como um norte, a redução de danos deixa de ser apenas ferramenta de trabalho e passa a fazer sentido em sua

própria vida. É possível afirmar que tal significação foi elaborada a partir da narrativa. O momento de narrar sua história enquanto trabalhador de saúde mental permitiu o encontro dos inúmeros fragmentos de sujeito se unificassem na narrativa, permitiu dar sentido à sua vida enquanto obra (FABRE, 2011), enquanto permanência.

Considerações finais

Conclui-se que o trabalho é um campo fértil de formação, principalmente para os residentes, talvez porque estes estejam em um contexto de EPS que tem o trabalho como espaço soberano para o aprendizado. Contudo, os demais profissionais também reconhecem o serviço em que se inserem como campo formativo, o que pode estar relacionado à peculiaridade do serviço docente-assistencial, fazendo com que tivessem contato constante com estudantes e residentes de diversos contextos, e à própria proposta de EPS assumida.

Destarte, uma ação produtiva para o aprendizado dos trabalhadores em serviço seria dar um caráter educativo ao próprio espaço de trabalho, fazendo com os trabalhadores tivessem autonomia nesse processo. O que reafirma a importância da EPS, a relevância de investir na formação dos profissionais que estão atuando, mas que não têm dado conta das complexidades do SUS e, mais especificamente, da saúde mental. Acredita-se ainda que as características dos CAPSs de maneira geral (que propõe uma gestão mais horizontalizada e participativa, incluindo os usuários e familiares através das assembleias) demarca a potência dos serviços substitutivos como *loci* de aprendizado, sobretudo quando assumem o compromisso com a desinstitucionalização das práticas e com a incessante progresso necessário à reforma psiquiátrica.

Referências

- ABRAHÃO, Ana L.; MERHY, Emerson E. Formação em saúde e micropolítica: sobre conceitos-ferramentas na prática de ensinar. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, v. 18, n. 49, p. 313–324, 2014.
- ALMEIDA FILHO, Naomar M. de. Contextos, impasses e desafios na formação de trabalhadores em saúde coletiva no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, n. 6, p. 1677–1682, 2013.
- AMARANTE, Paulo. Cultura da formação: reflexões para a inovação no campo da saúde mental. In: AMARANTE, P.; CRUZ, L. B. da (Org.). *Saúde Mental, Formação e Crítica*. Rio de Janeiro: Editora da FIOCRUZ, 2008, p. 65-79.
- BASAGLIA, Franco. *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*. Tradução de: Joana Angélica d'Ávila Melo. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.
- BEZERRA JR., Benilton. Desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 17, n. 2, p. 243–250, 2007.
- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal, 1988.
- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 19 de setembro de 1990. Seção 1, p. 18055.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde*. Brasília/ DF: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 1077, de 12 de novembro de 2009b. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde, e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Disponível em: <http://www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/resenf/LEGISLACAO/Portaria%20Interministerial%20MEC-MS%201077%20de%202009.pdf>. Acesso: 14 de janeiro de 2016.

BRASIL. *Saúde mental em dados - 12*. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental. 48p. Disponível em: www.saude.gov.br e www.saude.gov.br/bvs/saudemental. Acesso: 03 de dezembro de 2015.

BRUNHOLI, Gislene do N. Trabalho e formação em saúde: entre os dilemas das reformas. In: GARCIA, M. L. T (Org.). *Análise da política de saúde brasileira*. Vitória: EDUFES, 2014, p. 147- 175.

CAMPOS, Gastão W. de S. *Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda*. São Paulo, SP: Hucitec, 2000.

CUNHA, Gustavo T.; CAMPOS, Gastão W. D. S. Método Paidéia para co-gestão de coletivos organizados para o trabalho. *Revista Org & Demo*, v. 11, n. 1, p. 31–46, 2010.

CECCIM, Ricardo B.; FERLA, Alcindo A. Educação Permanente em Saúde. In: *Dicionário da educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2009. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/edupersau.html>. Acesso: 20 de novembro de 2015.

DAL POZ, Mário R.; LIMA, José C. de S.; PERAZZI, Sara. Força de trabalho em saúde mental no Brasil: os desafios da reforma psiquiátrica. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 22, n. 2, p. 621–639, jun. 2012.

FABRE, Michel. Fazer de sua vida uma obra. *Educação em Revista*, v. 27, n. 01, p. 347–368, 2011.

FONTANELLA, Bruno J. B; *et al.* Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 27, n. 2, p. 389–394, 2011.

GAMA, Jairo de A, ZANERATO, Elisa. Cursos de Especialização e Residências Multiprofissionais em Saúde. In: LOBOSQUE, Ana M. (Org). *Caderno saúde mental 3 - saúde mental: os desafios da formação*. Belo Horizonte: ESP-MG, 2010. v. 3.

GIGANTE, Renata L.; CAMPOS, Gastão W. de S. Política de formação e educação permanente em saúde no Brasil: bases legais e referências teóricas. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 14, n. 3, p. 747-763, 2016.

HADDAD, Ana E.; *et al.* Formação de profissionais de saúde no Brasil: uma análise no período de 1991 a 2008. *Revista de Saúde Pública*, v. 44, n. 3, p. 383–393, 2010.

JOVCHELOVITCH, Sandra; BAUER, Martin. W. Entrevista narrativa. In: BAUER, Michel W.; GASKELL, George. (Org.). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. Petrópolis: Vozes, 2002, p. 90-113.

LIMA, Mônica; SANTOS, Lívia. Formação de psicólogos em residência multiprofissional: transdisciplinaridade, núcleo profissional e saúde mental. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 32, n. 1, p. 126-141, 2012.

LIMA, Mônica; SANTOS, Lívia.; ARAÚJO, Diego. Terrenos educativos em uma residência multiprofissional na Bahia-Brasil. In: NUNES, Mônica; TORRENTÉ, Maurice de; PRATES, Adriana (Org.). *O otimismo das práticas: inovações pedagógicas e inventividade tecnológica em uma residência multiprofissional em saúde mental*. Salvador: EDUFBA, 2015, p. 443-481.

LOBOSQUE, Ana M. A formação em saúde mental: ousemos avançar. In: LOBOSQUE, Ana M. (Org.). *Caderno saúde mental 3 - saúde mental: os desafios da formação*. Belo Horizonte: ESP-MG, 2010. v. 3.

NUNES, Mônica. Refletindo sobre a prática de uma Residência Multiprofissional em Saúde Mental- produções epistemológicas e pedagógicas. In: NUNES, Mônica; TORRENTÉ, Maurice de; PRATES, Adriana (Org.). *O otimismo das práticas: inovações pedagógicas e inventividade tecnológica em uma residência multiprofissional em saúde mental*. Salvador: EDUFBA, 2015, p. 17-48.

RAMOS, Alexandre de S.; *et al.* Residências em saúde: encontros multiprofissionais, sentidos multidimensionais. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006, p. 375-390.

RICOEUR, Paul. *Teoria da interpretação: o discurso e o excesso de significação*. Lisboa: Edições 70, 2011.

SILVA, Nathália dos S. *et al.* Desenvolvimento de recursos humanos para atuar nos serviços de saúde mental. *Texto & Contexto - Enfermagem*, v. 22, n. 4, p. 1142–1151, dez. 2013.

SILVA, Daniela L. S. E; KNOBLOCH, Felícia. A equipe enquanto lugar de formação: a educação permanente em um Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, v. 20, n. 57, p. 325–335, 2016.

VASCONCELOS, Ana C. F. de; STEDEFELDT, Elke; FRUTUOSO, Maria F. P. O que pensam os profissionais da atenção básica sobre a residência multiprofissional. In: UCHOA-FIGUEIREDO, Lúcia da R.; RODRIGUES, Terezinha de F.; DIAS, Ieda M. Á. V (Org.). *Percursos interprofissionais: formação em serviços no Programa Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde — Rede Unida*. Porto Alegre: Rede Unida, 2016, p. 343-358.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Assumindo a perspectiva da psicodinâmica do trabalho, acredita-se que todo trabalho é fonte de realização e sofrimento. Neste sentido, a partir dos resultados desta pesquisa o trabalho em saúde mental não se distancia desta afirmação. Os dois artigos, apesar de a priori aparentarem contradição, se complementam na medida em que se alinham a esta assertiva de tal teoria. Emergiram dos textos narrados fontes de sofrimento identificados pelos profissionais na realização de seu labor, que se relacionam tanto às características do trabalho em saúde mental, quanto aos processos de precarização do trabalho no SUS. Quanto a dimensão de realização e transformação a partir do labor, esta pesquisa analisou sua relação com a Educação Permanente em Saúde, que se revelou ferramenta potente para o incremento das práticas e desenvolvimento dos sujeitos. Assim, o sofrimento inerente ao trabalho pode estar sendo transformando, entre outros motivos, pela possibilidade de aprender a partir da prática de trabalho, uma aprendizagem que vai além da questão produtiva, tanto para os residentes quanto para os profissionais do CAPS.

Apesar das condições de sofrimento, os trabalhadores do referido CAPS apresentam melhores condições de trabalho quando comparados com os demais serviços desta natureza em Salvador. Contam ainda com supervisão institucional, bem como outros espaços onde são desenvolvidas práticas de Educação Permanente em Saúde. Estas peculiaridades podem estar contrabalanceando as sensações de sofrimento, já que nenhum dos profissionais se reconheceu adoecido pelo contexto de trabalho. Quanto aos residentes, além das condições de trabalho a que são submetidos em diferentes serviços (muitas vezes precários) e das particularidades do labor em saúde mental, o sofrimento se agudiza quando encara-se a carga horária excessiva a que estão submetidos. Demarca-se aqui que a intenção desta pesquisa não é de rechaço ao serviço que serviu de campo ou aos programas de residência. Espera-se que esta dissertação lance luz quanto às melhorias que poderiam ter as vivências de trabalho dos profissionais de saúde mental.

Destaca-se também o contexto de violência a que estão subjugados os sujeitos, sejam eles usuários ou trabalhadores. Quanto a isto, enfatiza-se a inépcia do poder público em garantir melhores condições de vida para toda a população baiana. Enquanto tal deficiência não for suprimida, os trabalhadores de saúde mental, que lidam constantemente com camadas marginalizadas da sociedade, continuarão nadando contracorrente à exaustão.

6. REFERÊNCIAS

- AMARANTE, P. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.
- AMARANTE, P. *O Homem e a Serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Editora da FIOCRUZ, 1996.
- BAREMBLITT, G. *Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática*. Belo Horizonte: Instituto Felix Guattari, 2002.
- BARROS, M. de. *Livro sobre o nada*. Rio de Janeiro: Alfaguara, 2016.
- BASAGLIA, F. *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*. Tradução de: Joana Angélica d'Ávila Melo. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.
- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal, 1988.
- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 19 de setembro de 1990; Seção 1, p. 18055.
- BRASIL. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União*, 09 de abril de 2001; Seção 1, p.02.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, 30 de dez de 2011; Seção 1.
- CAMPOS, R. O.; BACCARI, I. P. A intersubjetividade no cuidado à saúde mental: narrativas de técnicos e auxiliares de enfermagem de um Centro de Atenção Psicossocial. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 4, p. 2051–2058, 2011.
- CAMPOS, R. O. O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 10, n. 3, p. 573–583, 2005.

- CAMPOS, G. W. de S. *A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada*, 1996/1997. Disponível em:
<http://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/CLINICAampliada.pdf>. Acesso: 03 de março de 2016.
- CAMPOS, G. W. de S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. In: *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, vol. 2, n. 23, p. 399-407, 2007.
- FOUCAULT, M. *História da loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva, 2007.
- GLANZNER, C. H.; OLSCHOWSKY, A.; KANTORSKI, L. P. O trabalho como fonte de prazer: avaliação da equipe de um Centro de Atenção Psicossocial. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 45, n. 3, p. 716–721, 2011.
- HARTZ, Z. M. de A.; CONTANDRIOPOULOS, A. P. Integralidade da Atenção e Integração de Serviços de Saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. In: *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 20, suppl. 02, 2004.
- JOVCHELOVITCH, S.; BAUER, M. W. Entrevista narrativa. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. (Org.). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. Petrópolis: Vozes, 2002, p. 90-113.
- KNOKE, M. F.P. *Trabalho em saúde mental no Centro de Atenção Psicossocial em Salvador: processo laboral e a saúde dos trabalhadores [Dissertação]*. Salvador: UFBA/Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho, 2011. Disponível em:
<http://www.sat.ufba.br/site/db/dissertacoes/1892013144340.pdf>. Acesso em 30/09/2014.
- MATOS, E.; PIRES, D. E. P. de; CAMPOS, G. W. de S. Relações de trabalho em equipes interdisciplinares: contribuições para novas formas de organização do trabalho em saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 63, n. 5, p. 775–781, 2009.
- MATTOS, R. A. de. Integralidade, trabalho, saúde e formação profissional: algumas reflexões críticas feitas com base na defesa de alguns valores. In: MATTA, G. C.; LIMA, J. C. F. *Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008, p. 313-352.
- MATTOS, R. A. de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. de (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO, 2001, p. 39-64.
- MENDES, E. V. *Redes de Atenção à Saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2ª ed., 2011.
- NOGUEIRA, R. P. As dimensões do trabalho em saúde. In: AMÂNCIO FILHO, A.; MOREIRA, M. C. G. B (Org.). *Saúde, trabalho e formação profissional*. Rio de Janeiro: FICRUZ, 1997, p. 71-76.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. *et al.* Narrativas no estudo das práticas em saúde mental: contribuições das perspectivas de Paul Ricoeur, Walter Benjamin e da antropologia médica. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, n. 10, p. 2847–2857, 2013.

ONOCKO-CAMPOS, R. T.; FURTADO, J. P. Narrativas: utilização na pesquisa qualitativa em saúde. *Revista de Saúde Pública*, v. 42, n. 6, p. 1090–1096, 2008.

PAIM, J. S. 8ª Conferência Nacional de Saúde: direito à saúde, cidadania e estado. In: *Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987, p. 45-59.

PAIM, J. S. *O que é SUS*. Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz, 2009.

PESSOTI, I. *A loucura e as épocas*. São Paulo: Editora 34, 1994.

RICOEUR, P. *Teoria da interpretação: o discurso e o excesso de significação*. Lisboa: Edições 70, 2011.

RICOEUR, P. *Tempo e Narrativa: a intriga e a narrativa histórica*, vol. 1. Tradução Claudia Berliner. São Paulo: Martins Fontes, 2012.

SILVEIRA, D. X. da. Reflexões sobre a prevenção do uso indevido de drogas. In: NIEL, M., SILVEIRA, D. X. da (orgs.). *Drogas e Redução de Danos: uma cartilha para profissionais de saúde*. São Paulo: PROAD, UNIFESP, Ministério da Saúde, 2008, p. 07-11.

SILVEIRA, L. C.; BRAGA, V. A. B. Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto*, v. 13, n. 4, p. 591-595, 2005.

SOUZA, G. C. de A.; COSTA, I. do C. C. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. *Saúde & Sociedade*, vol.19, n. 3, 2010.

TENÓRIO, F. A Reforma Psiquiátrica Brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *Revista História, Ciência e Saúde*. Vol. 9, n. 1. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.

7. APÊNDICES

APÊNDICE A- Questionário sócio demográfico

Questionário sócio demográfico para profissionais do CAPS

Sexo: () Fem () Masc Data de nascimento: _____

Qual a sua formação? _____

Universidade/Faculdade: _____ Ano de formação: _____

Tem pós-graduação? Qual? _____

Há quanto tempo atua na saúde mental? _____

Já teve experiência em algum outro tipo de serviço de saúde mental? Qual?

Tem experiência prévia na docência? Qual? _____

Carga horária no CAPS: _____

Atividades realizadas no CAPS: _____

Atua em outro serviço? Qual? Qual carga horária? _____

Questionário sócio demográfico para os residentes

Sexo: () Fem () Masc Data de nascimento: _____

Formação/Universidade/Faculdade: _____

Ano de formação: _____

Curso de pós-graduação: _____

Carga horária semanal no CAPS: _____

Tempo do estágio em meses: _____

Já teve experiência em algum outro tipo de serviço de saúde mental? Qual?

APÊNDICE B- Questões exmanentes entrevista narrativa

- 1- Esta é uma entrevista narrativa. Então, eu gostaria que você me narrasse o seu percurso formativo/profissional.

- 2- Como se deu sua aproximação com o SUS e a saúde mental? (caso não tenha tocado na temática).

- 3- Conte para mim sua experiência nesse CAPS (caso não tenha tocado na temática).

- 4- Narre sua história como residente (somente para os residentes e ex-residentes, caso não tenham narrado).

- 6- O seu trabalho afeta sua saúde de alguma maneira?

- 5- Para você, qual seria o diferencial do trabalho em saúde na perspectiva da RAPS? (caso não tenha tocado na temática).

APÊNDICE C- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Gostaríamos de convidá-lo(a) a participar como voluntário(a) do estudo intitulado “Percurso Formativos em Saúde Mental” desenvolvido pelas pesquisadoras Liliane Elze Falcão Lins Kusterer e Ana Carolina Cerqueira Medrado, vinculadas ao Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho (PPGSAT), FAMEB, UFBA. Este termo de consentimento fornecerá informações sobre o estudo, peço que o(a) senhor(a) leia atentamente cada item deste documento e sinta-se à vontade para realizar os questionamentos que julgar necessário antes de assiná-lo.

1- Objetivo do estudo: Avaliar o quanto a formação de profissionais de saúde está adequada à Política de Saúde Mental vigente no Brasil.

2- Caso consinta em participar da pesquisa, o(a) senhor(a) responderá a um questionário sócio demográfico contendo dados como idade, sexo e escolaridade; bem como responderá a uma entrevista que será gravada e transcrita na íntegra. O(a) senhor(a) não será identificado pelo nome no estudo, todos os participantes serão identificados por um código, garantido o sigilo e a confidencialidade da pesquisa. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados na FAMEB/UFBA sob responsabilidade do pesquisador responsável por um período de cinco anos, após esse período serão destruídos.

3- Sua participação é totalmente voluntária, ou seja, o(a) senhor(a) não receberá qualquer vantagem financeira; o(a) senhor(a) também não terá que arcar com nenhum custo. Caso se sinta desconfortável em algum momento da pesquisa, o(a) senhor(a) poderá retirar sua participação, sentindo-se constrangido(a) com qualquer pergunta o(a) senhor(a) não será obrigado(a) a responder e, em caso de dúvida, poderá contactar as pesquisadoras em qualquer momento da pesquisa: Ana Carolina, e-mail accm100@yahoo.com.br; Liliane Lins, e-mail liliane.lins@ufba.br; ou no PPGSAT pelo e-mail ppgsat4@gmail.com, tel (71) 32835573. A negativa em participar ou retirada da participação não acarretará nenhum tipo de ônus para o (a) senhor(a) ou para o andamento da pesquisa.

4- Benefícios para o participante: Os resultados deste estudo poderão ser úteis para o próprio CAPS ad Gregório de Matos, para docentes e discentes, possibilitando a contribuição no processo formativo dos profissionais e alunos envolvidos, bem como para a comunidade científica em geral e Sistema Único de Saúde (SUS), na medida em que pretende-se contribuir na discussão das especificidades da formação para atuar no vigente modelo de atenção em saúde mental brasileiro.

5- Desconfortos e riscos: O estudo poderá causar alguma espécie de constrangimento no senhor (a), que poderão ser contornados pela recusa em responder determinada questão ou retirada da participação. Contudo, reitera-se que será mantido sigilo, minimizando os riscos e não gerando prejuízos para sua atuação profissional, já que todas as entrevistas serão codificadas para preservar seu sigilo e privacidade.

6- Divulgação dos resultados: Pretende-se publicar os resultados dessa pesquisa em revistas de divulgação científica, bem como em eventos científicos. Não haverá identificação de nenhum participante em todo o material produzido.

Se você concorda em participar da pesquisa e acredita que foi esclarecido a respeito das informações que leu ou que foram lidas para você, assine esse documento que é em duas vias, uma ficará em sua propriedade e outra será anexa aos documentos a serem arquivados na pesquisa.

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador

Salvador, _____ de _____ de 2016.

CEP- Comitê de Ética em Pesquisa Faculdade de Medicina da Bahia, Terreiro de Jesus. Fone: (71) 3286-5574.

Pesquisadora responsável: Prof^ª Dra. Liliane Elze Falcão Lins Kusterer.

Pesquisadora/Colaboradora: Ana Carolina Cerqueira Medrado.

Endereço do PPGSAT: Faculdade de Medicina da Bahia - Largo do Terreiro de Jesus, s/n - Centro Histórico, Salvador, Bahia 40.026-010. Fone do PPGSAT: +55 (71) 3283.5573