



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

BRUNA CAROLINE FERREIRA LUZ

**TRAJETÓRIAS DE VIDA E SUAS CONTRIBUIÇÕES PARA A SUSTENTAÇÃO  
DAS PRÁTICAS DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NO CAPS III**

LIFE TRAJECTORIES AND THEIR CONTRIBUTIONS TO SUSTAINING MENTAL  
HEALTH CARE PRACTICES IN CAPS III

CAMPINAS

2020

BRUNA CAROLINE FERREIRA LUZ

TRAJETÓRIAS DE VIDA E SUAS CONTRIBUIÇÕES PARA A SUSTENTAÇÃO DAS  
PRÁTICAS DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NO CAPS III

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos para a obtenção do título de Mestra em Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde, na área de Política, Gestão e Planejamento.

Orientadora: PROFA. DRA. SABRINA HELENA FERIGATO

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DA DISSERTAÇÃO DEFENDIDA PELA ALUNA BRUNA CAROLINE FERREIRA LUZ, E ORIENTADA PELA PROFA. DRA. SABRINA HELENA FERIGATO.

Campinas

2020

Ficha catalográfica  
Universidade Estadual de Campinas  
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas  
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

L979t Luz, Bruna Caroline Ferreira, 1986-  
Trajetórias de vida e suas contribuições para a sustentação das práticas de cuidado em saúde mental no CAPS III / Bruna Caroline Ferreira Luz. – Campinas, SP : [s.n.], 2020.

Orientador: Sabrina Helena Ferigato.  
Dissertação (mestrado profissional) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Saúde mental. 2. Formação profissional. 3. Práticas de cuidado. I. Ferigato, Sabrina Helena, 1982-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

**Título em outro idioma:** Life trajectories and their contributions to sustaining mental health care practices in CAPS III

**Palavras-chave em inglês:**

Mental health

Professional formation

Care practices

**Área de concentração:** Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde

**Titulação:** Mestra em Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde

**Banca examinadora:**

Sabrina Helena Ferigato [Orientador]

Ricardo Sparapan Pena

Taís Quevedo Marcolino

**Data de defesa:** 14-02-2020

**Programa de Pós-Graduação:** Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde

**Identificação e informações acadêmicas do(a) aluno(a)**

- ORCID do autor: <https://orcid.org/0000-0001-5850-8286>

- Currículo Lattes do autor: <http://lattes.cnpq.br/4982595426186726>

---

# **COMISSÃO EXAMINADORA DA DEFESA DE MESTRADO**

**BRUNA CAROLINE FERREIRA LUZ**

---

**ORIENTADORA: PROFA. DRA. SABRINA HELENA FERIGATO**

---

## **MEMBROS:**

**1. PROFA. DRA. SABRINA HELENA FERIGATO**

**2. PROF. DR. RICARDO SPARAPAN PENA**

**3. PROF. DRA. TAÍS QUEVEDO MARCOLINO**

---

Programa de Pós-Graduação em SAÚDE COLETIVA: POLÍTICAS E GESTÃO EM SAÚDE da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

A ata de defesa com as respectivas assinaturas dos membros encontra-se no SIGA/Sistema de Fluxo de Dissertação/Tese e na Secretaria do Programa da FCM.

**Data de Defesa: 14/02/2020**

## **AGRADECIMENTOS**

São tantas as pessoas a agradecer!

Primeiramente, gostaria de agradecer aos meus pais, por todo cuidado.

Aos meus irmãos, que trazem tanta leveza na minha vida.

Aos tantos familiares, tios, tias, primos e primas que me ensinam desde pequena o que é realmente a vida em coletivo, nos seus impasses e amores!

Aos avós, Maria e Valdomiro, “lindezas” da minha vida. Figuras de “guerreiros da vida”, cada qual com sua doçura e força. Aos avós, Ana e Guina (este que no último ano se tornou luz!), sempre tão carinhosos.

Aos amigos, por acolherem as maluquices, desabafos, choros, risadas.

Ao marido, que veio para “me tirar os eixos”, temos intensamente aprendido um com o outro. Foi o casamento de dois mundos, como ele sempre diz, “juntos somos mais fortes”. Obrigada amor por todo incentivo!

Aos sogros, sempre tão queridos comigo.

A todos os pacientes que pude acompanhar, a todas as parcerias de trabalho, carrego um pouquinho de cada um. Muito amor com o que vivemos.

A todos os participantes desta pesquisa, gratidão pela abertura, pela disposição e cumplicidade!

A minha orientadora, pela paciência com o meu percurso. Começamos este trajeto com ela dizendo sobre a minha organização, a vida nos atravessou e ela teve que lidar com a minha desorganização! Obrigada, obrigada por tudo!!!

## O Que Será (À Flor da Pele) - Chico Buarque

*“O que será que me dá  
Que me bole por dentro, será que me dá  
Que brota à flor da pele, será que me dá  
E que me sobe às faces e me faz corar  
E que me salta aos olhos a me atraiçoar  
E que me aperta o peito e me faz confessar  
O que não tem mais jeito de dissimular  
E que nem é direito ninguém recusar  
E que me faz mendigo, me faz implorar  
O que não tem medida, nem nunca terá  
O que não tem remédio, nem nunca terá  
O que não tem receita*

*O que será, que será  
Que dá dentro da gente e que não devia  
Que desacata a gente, que é revelia  
Que é feito uma aguardente que não sacia  
Que é feito estar doente de uma folia  
Que nem dez mandamentos vão conciliar  
Nem todos os unguentos vão aliviar  
Nem todos os quebrantos, toda alquimia  
Que nem todos os santos, será que será  
O que não tem descanso, nem nunca terá  
O que não tem cansaço, nem nunca terá  
O que não tem limite*

*O que será que me dá  
Que me queima por dentro, será que me dá  
Que me perturba o sono, será que me dá  
Que todos os ardores me vêm atiçar  
Que todos os tremores me vêm agitar  
Que todos os suores me vêm encharcar  
Que todos os meus nervos estão a rogar  
Que todos os meus órgãos estão a clamar  
E uma aflição medonha me faz suplicar  
O que não tem vergonha, nem nunca terá  
O que não tem governo, nem nunca terá  
O que não tem juízo”*

## RESUMO

Luz BCF. Trajetórias de vida e suas contribuições para a sustentação das práticas de cuidado em saúde mental no CAPS III. 132 p. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Políticas e Gestão em Saúde da Universidade de Campinas – UNICAMP. Campinas/SP, 2020.

Este trabalho objetiva pesquisar as trajetórias de vida dos trabalhadores que atuam no cenário da saúde mental, especificamente dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS III), entendendo trajetórias enquanto linhas de vida. Buscou-se mapear experiências que retratam e produzem processos formativos e clínicos para o campo de trabalho. Utilizou-se o método da cartografia que intrinsecamente caracteriza-se como pesquisa-intervenção. Assim, investigou-se como os percursos singulares levaram ao encontro com o trabalho no campo da Saúde Mental e como estes podem contribuir com a sustentação das práticas de cuidado. Trata-se de uma pesquisa qualitativa e participativa, que utilizou como técnica de produção de dados a entrevista semiestruturada com profissionais dos CAPS III, e registros em diário de campo. Os resultados são apresentados por meio de narrativas produzidas a partir dos “encontros-entrevistas” que buscaram dar relevo aos aspectos singulares de cada entrevistado, ao fim, evidenciando o entrelaçamento e a potencialização de um coletivo.

**Palavras-chave:** Saúde Mental. Formação Profissional. Práticas de Cuidado.

## **ABSTRACT**

Luz BCF. Life trajectories and their contributions to sustaining mental health care practices in CAPS III. 132 p. Professional Master's in Collective Health: Policies and management in health. University of Campinas – UNICAMP. Campinas/SP, 2020.

This research aims at investigating the life trajectories of professionals in Mental Health scenario, specifically in the Psychosocial Care Centers (CAPS III), understanding trajectories as life routes. It seeks to map experiences that portray and produce training and clinical processes for the field of working. Cartography method was used because it is intrinsically characterized as research-intervention. Thus, it investigated how the singular paths led to the encounter with Mental Health field and how they can contribute to support care practices. Therefore, it is a qualitative and participatory research which used semi-structured interview applied to CAPS III professionals as data production technique, in addition to a diary reporting the researcher's own experience. The results are presented through many narratives produced from the “meeting-interviews” that sought to highlight personal aspects of each interviewee. Finally, it demonstrates the intertwining and potentiation of a collective.

**Keywords:** Mental Health. Professional Formation. Care Practices.



## SUMÁRIO

<b>Apresentação.....</b>	<b>11</b>
<b>Introdução.....</b>	<b>13</b>
<b>Capítulo I – Contextos, trajetos e experimentações.....</b>	<b>19</b>
Palavras têm poder de criação.....	19
1.1. A rede de saúde mental: contextos.....	20
Então, a Reforma Psiquiátrica.....	22
Minha loucura não difere da sua.....	29
“Fotografia” da rede de cuidados em saúde mental no município de Campinas/SP.....	29
CAPS III: trabalho vivo.....	33
1.2. Processos formativos: trajetos e experimentações.....	36
<b>Capítulo II – Percurso metodológico.....</b>	<b>37</b>
2.1. Metodologia e método.....	37
2.2. Instrumentos e técnicas de produção de dados: entrevista e diário de campo.....	40
2.3. Delimitação e apresentação do campo.....	43
2.4. Participantes da pesquisa.....	44
2.5. Procedimentos éticos e etapas de inserção no campo.....	46
2.6. Análise dos dados.....	47
<b>Capítulo III – Trajetórias de vida, metamorfoses e coletivo sustentado.....</b>	<b>49</b>
3.1. Da infância na comunidade ao trabalho no CAPS.....	50

3.2. Dançar um cotidiano.....	55
3.3. A busca por sentidos: café da tarde e levezas.....	58
3.4. O estar com o “corpo” em sua práxis.....	65
3.5. Cuidar, rever-se, cuidar-se.....	72
3.6. Objetividade necessária.....	78
3.7. Uma realidade a ser sustentada.....	84
3.8. Da complexidade ao simples da vida.....	88
3.9. A música e a força da inquietude.....	97
3.10. O “ser gente” no trabalho.....	101
3.11. Sobre alguns aspectos que emergem num plano comum.....	108
<b>Considerações finais, ou “fim temporário”?!.....</b>	<b>113</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>115</b>
<b>APENDICE A – Roteiro de entrevista.....</b>	<b>119</b>
<b>APENDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido.....</b>	<b>121</b>
<b>APENDICE C – Declaração do pesquisador sobre o retorno da pesquisa.....</b>	<b>126</b>
<b>ANEXO – Parecer Consubstanciado do CEP.....</b>	<b>127</b>

## **Apresentação**

Quando criança, eu morava próxima de um hospital psiquiátrico (Hospital Indaiá) e frequentemente ouvia alguma história, lia notícias no jornal da cidade, sobre “os loucos que fugiam de lá”. Era um prédio antigo, bonito de ver, mas “estranho” em sentir. Via pessoas em janelinhas. Gerava-me curiosidade. Passei anos com vontade de entrar naquele lugar e entender o que acontecia ali dentro. Com o passar dos anos, vi “casas” no bairro, com os “moradores egressos” do hospital.

Paralelo, era vida que corria com escola, amigos, família numerosa e com relações intensas. Já buscava por experiências que pudessem me transportar para um outro mundo, mais ligado ao subjetivo, como cursos de teatro. Passava horas desenhando, escrevendo, ouvindo música, criando sonhos! Era alguma forma de mediar a minha conexão com a realidade, que já me tocava, já me sensibilizava. Ficava atenta ao que sentia, ao que os outros estavam sentindo, passando.

Chegado o momento do vestibular: “jornalismo, arquitetura ou terapia ocupacional?”, como fazer a junção de coisas que gostamos tanto? Como garantir na vida que alguns trajetos que escolhemos nos trarão prazer, retorno financeiro, valoração social? Ou simplesmente, como no trajeto inventamos mais alegria? Como suportamos os desafios e produzimos a vida? E a decisão veio, por crer que “queria cuidar, estar com as pessoas”.

Escolhi fazer o primeiro estágio em saúde mental no antigo Núcleo de Atenção à Crise (NAC) do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira. “Querida acompanhar a crise” e na tentativa de descobrir, explorar um caminho, passei a desejar outros caminhos, “não era mais a crise que me interessava, era o processo de acompanhar invenções de vida”. Não queria esses encontros recortados, fechados de um hospital, não queria que permanecessem vendo o mundo através de uma “janelinha”. Fui fazer o aprimoramento em planejamento e gestão de serviços de saúde, que também enfatizava o trabalho com saúde mental. Atendi em centro de saúde, trabalhei novamente, mas “contratada” no NAC, trabalhei numa organização não governamental (especificamente com autismo), atendi em consultório particular. Mas, de todos os espaços que pude circular, o mais

significativo e que permaneci trabalhando por 9 anos, foi no CAPS III, este foi um dos motivos para fazer o recorte do campo da pesquisa.

Muitas pessoas me questionavam como eu dava conta de sustentar o trabalho no CAPS e como sustentava estar no mesmo espaço por tantos anos. Com o tempo, percebi a relação de “amor” construída nesse trabalho, a relação de identidade profissional estabelecida, a relação de amadurecimento da clínica, de acompanhar vidas por anos e assim, ver mudanças, ou melhor dizendo, metamorfoses, mutações.

Em especial, quando comecei a trabalhar no CAPS, “uma das borboletas” que pude encontrar, estava “morando no leito-noite”, fazendo um “leito-social”, ateou fogo em sua própria casa, desejava morrer. O pouco que sobrou dos móveis ficou guardado no próprio CAPS. Sim, estes são uns dos muitos excessos que a instituição pode cometer, mas na época foi a alternativa possível encontrada pela equipe. Aos poucos, com atendimentos intensivos, muitos acompanhamentos terapêuticos, algo encasulado pode aparecer, pode se mostrar mais. Era uma “demanda infinita por cuidado”, era uma história de abandono, de abuso infantil e de muitas autoagressões. Além do que, demonstrava cuidado extremo com o outro e quase nada era para si mesma. Aos poucos, construímos outros espaços fora do casulo, espaços de confiança, de autocuidado, de discernimento e aceitação das dores emocionais, de acolhimento de si. Já não precisava mais do CAPS com toda a intensidade anterior. Já podia fazer trajetos, voar mais com sua singularidade. Pude acompanhar “essa borboleta” por nove anos, e sempre brincava com ela “você me ensinou a ser terapeuta”.

São inúmeras as “borboletas”, algumas escolhem permanecer em casulos, outras avançam um pouco mais no percurso, rompendo com o conformismo, outras não possuem muitas forças para lutarem e necessitam de muito suporte, outras se lançam ao voo, experimentam o risco para expandir-se. Assim, nos acontece. A metáfora não está apenas para os tantos pacientes acompanhados, está para nós mesmos. Nada se movimenta sem ruptura.

E com muitas rupturas, percorri o caminho do mestrado, guardava o desejo há anos de fazer o curso. Com o tempo de trabalho no CAPS, vi que precisava alimentar o “amor” pelo trabalho na saúde mental, que precisava viver

outros formatos do trabalho, mudar. Mas, no meio do trajeto, encontrei por outros amores. Vi que precisava olhar um pouco mais para a vida pessoal, por mais que achasse a vida pessoal e profissional inseparáveis, fui entendendo que há fins temporários, que precisava encerrar alguns ciclos para viver outros.

Compilar este trabalho foi um ato de “costurar-malabarista”. Foi difícil aceitar isso, foi difícil aceitar tantas mudanças, apesar do desejo por mudar. A vida de fato não cabe em textos formatados, não cabe em planos idealizados. A cada momento do curso, da escrita, algo novo aconteceu (do caos a calma, da sobreimplicação a implicação!), encontro com novas metodologias, transformar-se pesquisadora, rumações teóricas, conflito por ficar horas na frente de um computador e não mais nas invenções com os pacientes, contextos das políticas públicas que mudavam ou melhor que perdíamos, despedir-me de identidades criadas, perder o avô, casar-se, mudar de país, de língua, de clima, criar outras identidades, aumentar a inquietação e crítica com esquemas produtivos, com realidades socioeconômicas, aumentar a tolerância num mundo predominantemente material, físico, exato, reafirmar ao mundo meu mundo subjetivo, humano, inexato. Um mundo que pode ter mais afeto e compreensão ao que se trata “à flor da pele”.

As falas aqui transmitidas por narrativas, apesar de trazerem sobre histórias de vida de cada um, têm muito de um coletivo compartilhado, de experiências vividas juntas. Concluir este trabalho de pesquisa tem algo de responsabilidade ética, de compromisso com um coletivo e tem um pouco de cada pessoa que encontrei ao percorrer os trajetos da rede de saúde mental em Campinas/SP.

## **Introdução**

O presente trabalho tem como objeto de pesquisa as trajetórias de vida dos trabalhadores da saúde mental, especificamente dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS III) do município de Campinas/SP, com o intuito de mapear experiências determinantes para a construção do processo de trabalho e a partir desse mapeamento, identificar pistas e analisadores que elucidem como essas trajetórias produzem processos formativos e clínicos. Almeja-se saber como se dão

essas trajetórias e como elas se atualizam e contribuem com a sustentação da produção de conhecimento e das práticas de cuidado cotidianas em saúde mental.

Foram delimitados os CAPS III como campo de estudo por serem equipamentos estratégicos para a saúde mental e a saúde pública no Brasil, ao mesmo tempo que representam um espaço expressivo dos princípios da Reforma Psiquiátrica. Além do que, a escolha desse objeto de pesquisa está atrelada a minha trajetória profissional, ou seja, com minhas próprias inquietações com o tema da formação, sustentação do trabalho em saúde mental.

Desde 2007 tenho transitado na área da saúde mental, como terapeuta ocupacional, experimentando o trabalho em rede, a articulação entre os diferentes equipamentos substitutivos da saúde mental e suas propostas de ações contemporâneas. Minha atuação profissional é desenvolvida, principalmente no CAPS III serviço vinculado ao SUS, no município de Campinas/SP. Neste percurso pude acompanhar muitos “olhares estrangeiros”, que eram inquietos e me deixavam inquieta diante das práticas de cuidado no CAPS, pude acompanhar diversas pessoas em processos de formação (por estágios, residências – diferentes profissões no campo da saúde mental). De fato, acompanhar alguém em formação é um modo recíproco de processo de formação, de construção de conhecimento. Assim como, muitos pacientes nos ensinam a ser terapeutas<sup>1</sup>.

Considerando que o processo de formação profissional na saúde mental é uma construção contínua, entendemos que ele agrega muito das experiências de cada um, da sensibilidade e abertura para o novo (ou não), das relações cotidianas entre equipe e usuários, que se somam a algumas balizas norteadoras mais ou menos compartilhadas coletivamente, como por exemplo, o conhecimento teórico e técnico. Deste modo, a questão norteadora colocada para esta pesquisa foi: como as trajetórias de vida dos profissionais contribuem em seus processos formativos e assim, na sustentação das práticas de cuidado em saúde mental?

Como objetivo geral, pretendeu-se analisar como as trajetórias de vida dos profissionais que atuam na saúde mental podem contribuir para a sustentação das práticas de cuidado num coletivo, sustentação essa, que é fortemente atravessada pelos encontros e desencontros de múltiplas trajetórias, de experiências singulares em produção. Sendo os objetivos específicos, traduzidos em:

- Conhecer as trajetórias de vida dos profissionais e compreender o que os levou ao trabalho na saúde mental.

- Mapear os processos formativos (pessoais e profissionais) que os participantes da pesquisa têm buscado e/ou compreendido como importantes para sustentar o trabalho na área da saúde mental e ainda, se identificam processos formativos no cotidiano, desde experiências que vivem no trabalho ou até mesmo fora deste.

Tem sido comum encontrarmos a afirmação de que o trabalho em saúde mental pede por constante postura de reinventar-se diante das práticas de cuidado, diante da clínica. Mas então, o que seria esse processo de reinvenção? Que mecanismos precisam ser acionados para que essa (re)invenção aconteça?

Portanto, apostamos que o que se reinventa e o que se transforma deste processo não é algo exclusivo do trabalho em saúde mental, mas talvez, um processo inerente à vida e mais singularmente à vida imersa no mundo do trabalho imaterial - o trabalho que se refere a todas aquelas atividades que possuem como característica fundamental o uso do conhecimento e da cooperação um tipo de trabalho que produz um bem imaterial, como serviço, saúde, produto cultural, saberes ou comunicação no contexto do capitalismo mundial<sup>2</sup>.

O trabalho em saúde, e mais especificamente o trabalho em saúde mental, como um trabalho imaterial, se configura como um trabalho complexo e relacional, que contém em sua natureza, a característica de incluir em seus processos, as bagagens profissionais e pessoais, conscientes e inconscientes de seus trabalhadores não apenas como apêndice, mas como substância de um processo de trabalho em constante transformação.

Além disso, o trabalho nos possibilita algo de transformação da relação de si consigo mesmo<sup>3</sup>. Neste sentido, não se reinventam apenas pessoas; reinventam-se (ou não) processos e equipes, coletivos, em movimentos que podemos denominar de instituídos e instituintes<sup>4</sup>. O cotidiano nos mostra em registro ativo o movimento do instituído e do instituinte, tendo a universalidade como algo correspondente a supremacia do instituído, enquanto forma abstrata instituída, verdadeira que produz a base social, a institucionalização como organização funcional. Todos estes elementos por sua vez, produzem condições para a atuação do instituinte.

Sobre o jogo constitutivo entre a dialética do instituído (formas) e do instituinte (processo), estes seriam pontos analisadores dos sistemas de institucionalização, pensando-se a instituição tanto por suas condições materiais (estrutura, estabelecimento), como por seu organograma, fluxo, dinâmica de funcionamento<sup>5</sup>. Passa-se a fazer a junção dos fatores na tentativa de análise, de compreensão dos fenômenos. Há uma preocupação em compreender as práticas instituintes que engendram instituições e atravessam os mais diversos locais ou situações. Sendo as instituições:

(...) Instâncias de saber que permitem a todo tempo recompor as relações sociais, organizar espaços e recortar limites. A despeito de sua forma virtual, imaginária e simbólica, não estão desvinculadas da prática social. Cada sociedade, segundo o modelo infraestrutural a que obedece, cria um tipo de instituição, que será mantida e sustentada em todos os níveis, do Estado à família, Igreja, escola, relações de trabalho, sistema jurídico etc. Quando há uma prevalência do instituído, as instituições e seus estabelecimentos capturam os processos de subjetivação singulares, impondo-lhes seu próprio modelo através da centralidade do poder, do saber, do dinheiro, do prestígio, da disseminação da culpa. Por outro lado, quando as forças instituintes emergem, tem-se a possibilidade da produção de novos agenciamentos, novas composições e arranjos próprios de subjetividades livres e desejan<sup>6</sup>.

A instituição se encontra entre a possível inventividade do instituinte e o conservador do instituído. As relações sociais e os processos institucionais encontram-se numa dinâmica cotidiana, dentro de forças conflitantes. Os processos entre instituído e instituinte estão imersos nos processos sociais que constituem a vida, como num emaranhado de forças abstratas, invisíveis. Em momentos atuais, observamos nos processos de trabalho em saúde, especificamente, nos CAPS III, a escassez de um olhar voltado para o instituinte enquanto o operante do cuidado, que também necessita de espaços de cuidado para si e que ao mesmo tempo, também necessita de maior sistematização na instrumentalização para o trabalho. Diria até que em determinadas situações a instrumentalização para o trabalho e o cuidado de si estão entrelaçados, um não faz sentido sem o outro. O trabalhador da saúde mental produz conhecimento embasado na vida, na experiência e assim por diante, operam o cuidado, sustentam o cuidado intensivo com o outro, então, dedicar o olhar e afeto de estudo para a trajetória de vida de quem escolheu, tem escolhido, se preparado e se mantido no protagonismo da atuação profissional na saúde mental pública, se torna sim, um ato de resistência, um caminho investigativo e



propositivo de infinitas reflexões que nos ajudam a produzir zonas de convergência entre o trabalho prescrito (a tarefa) e o trabalho real (o efetivo).

Sempre haverá discrepância entre a tarefa e a atividade, entre o prescrito e a realidade concreta da situação. Por isso, a ação, aqui no caso sendo o ato de trabalhar, nos possibilita o preenchimento da lacuna entre o prescrito e o real. Porém, o que é preciso fazer para preencher esta lacuna não tem como ser previsto antecipadamente.

O caminho a ser percorrido entre o prescrito e o real deve ser, a cada momento, inventado ou descoberto pelo sujeito que trabalha. Assim, para o clínico, o trabalho se define como sendo aquilo que o sujeito deve acrescentar às prescrições para poder atingir os objetivos que lhe são designados; ou ainda aquilo que ele deve acrescentar de si mesmo para enfrentar o que não funciona quando ele se atém escrupulosamente à execução das prescrições<sup>7</sup>.

Longe de instituir ideais de práticas para os CAPS III, de desejar um ideal instituído para a atuação dos trabalhadores, de desejar um ideal de cuidado da instituição para com os trabalhadores, temos a intenção de nos aproximar e dar visibilidade às suas trajetórias. Que continue existindo os espaços vazios, não ideais para que possamos persistir com os processos criativos, inventivos, derivados da práxis, da corporificação nos processos de cuidado em ato. Mas que possamos enquanto cuidado ético, também associar, incluir, o instituído (diretrizes, normas, o trabalho prescrito) que norteiam as ações, que balizam até mesmo as reinvenções para fazer o trabalho real, com a expansão de possibilidades instituintes (processos de criação que fazem o trabalho vivo funcionar).

Ou seja, conceitos teóricos, como instituído e instituinte, trabalho prescrito e trabalho real, entre tantos outros que usaremos aqui, são facetas não antagonistas, estão imbricadas, ora de forma mais convergente ou divergente, constituindo um coletivo, uma rede, sendo uma tentativa de transcrever e traduzir em palavras, algo mais condizente com a realidade que experimentamos nos processos de trabalho num CAPS III. O que seríamos sem os hibridismos teóricos frente ao real da vida? O que seria do mundo sem esses diferentes percursos de produção de subjetividade?

Para conhecer, intervir/atuar numa instituição se faz necessário trabalhar a partir do que nos liga a ela, ou seja, nossa “implicação”<sup>8</sup>. Transformar algo no

âmbito institucional se faz dentro do próprio cotidiano, da análise desse cotidiano institucional. Levar em consideração a implicação do trabalhador do CAPS III em seu cotidiano, levar em consideração a minha implicação com a pesquisa e com o campo de trabalho fez emergir a relevância da pesquisa-intervenção, como uma forma de produzir conhecimento e transformação do cenário pesquisado em um só tempo.

Para transformar em texto a investigação destes processos, desenvolvemos este trabalho em três capítulos. O primeiro que aborda os dispositivos e conceitos centrais para a estruturação dos temas a serem debatidos: a rede de saúde mental, a formação profissional e as práticas de cuidado. No segundo capítulo tratamos sobre o percurso metodológico utilizado para a pesquisa, incluindo: metodologia e método, procedimentos éticos, etapas da pesquisa e no terceiro capítulo apresentamos as narrativas, as análises e discussões disparadas pelo processo participativo da pesquisa. Como a prática da vida é sempre maior que a nossa capacidade de teorização, fazemos a tentativa de aproximação dos cerne das questões, mas não daremos conta da total compreensão destes objetos de estudos, e nem nos propomos a isso.

E por afirmar que um processo de pesquisa é sempre insuficiente para compreender ou explicar fenômenos complexos, que exista então, espaços de expressão “do não saber”, do sentir, e do devir. Esperamos assim, poder avançar e contribuir para a produção de conhecimento em saúde mental e saúde coletiva, mas também olhar para as lacunas, vazios, faltas, frustrações, desencontros que nos refazem a cada momento, como pesquisadoras, bem como profissionais da saúde.

O encontro com pessoas que estão em sofrimento psíquico exige mais que aparato técnico, é necessário permitir algo do mais humano. Abrimos então à possibilidade de mapear, cartografar, fotografar em palavras as linhas do tempo dos profissionais, identificando os trajetos, durezas e delicadezas que resultam em experiências do trabalho vivo.

## Capítulo I - Contextos, trajetos e experimentações

### Palavras têm poder de criação

Eu creio no poder das palavras, na força das palavras, creio que fazemos coisas com as palavras e, também, que as palavras fazem coisas conosco. As palavras determinam nosso pensamento porque não pensamos com pensamentos, mas com palavras, não pensamos a partir de uma suposta genialidade ou inteligência, mas a partir de nossas palavras. E pensar não é somente “raciocinar” ou “calcular” ou “argumentar”, como nos tem sido ensinado algumas vezes, mas é sobretudo dar sentido ao que somos e ao que nos acontece. E isto, o sentido ou o sem-sentido, é algo que tem a ver com as palavras. E, portanto, também tem a ver com as palavras o modo como nos colocamos diante de nós mesmos, diante dos outros e diante do mundo em que vivemos. E o modo como agimos em relação a tudo isso<sup>9</sup>.

Desde pequena gostava de compreender “o mundo das palavras”, o sentido amplo que uma palavra pode carregar, ficava procurando no dicionário, nas enciclopédias, cheguei a criar uma pasta em que listava e descrevia as palavras que eram mais diferentes pra mim e com o tempo as palavras na pasta se transformaram na atividade de desenhar e em “escrituras” da adolescência. Eis que quando começo a estudar e a trabalhar com o campo da saúde mental, vejo que de fato compreender o sentido amplo das palavras era mesmo algo valioso. Nomear, expressar, resgatar sentidos, simbolizar, transformar palavras e ações. Quando compreendemos as palavras e suas origens, compreendemos que linguagem, comunicação se faz de diferentes maneiras. Palavras dão sentido para as coisas do mundo, e interferem em nossa ação no mundo. Ampliamos a nossa disposição criativa para o acolhimento, receptividade, conexão com outros.

Hoje, me vejo morando em outro país, experimentando outra cultura, vivendo a experiência da construção de outro modo de linguagem, processo que tem me feito lembrar intensivamente de encontros na instituição CAPS, com os usuários, com a equipe que muitas vezes mostravam linguagens, meios simbólicos peculiares, diferentes dos meus, e tentava me colocar ali disposta para aprender sobre o que estavam me apresentando. Era o encontro com outros mundos, era a construção de espaços subjetivos e intersubjetivos, era a tentativa de criar afeto e vínculo, era a tentativa de elaborar meios para acessar outros códigos para relacionar-se, para engajar-se (entre ambas as partes).

Apesar da admiração com o “mundo das palavras”, estou longe de querer e de ser “alguém muito conectada com o mundo teórico”. Evidencio aqui que

compreender, estar aberto para “as palavras e seus desdobramentos” me situam e me dão suporte para o trabalho clínico. Existem momentos que sinto a necessidade de retomarmos as definições das palavras, dos conceitos para seguirmos a diante com o trabalho na saúde mental e de fato transformar as ações, por isso volto a procurar as palavras no dicionário<sup>10</sup> e me permito brincar com seus desdobramentos e expressões. Como exemplo, a palavra “contexto”, que significa colocar alguém a par de algo, alguma coisa, uma ação premeditada para situar um indivíduo em um lugar no tempo e no espaço desejado. Tecer junto com texto. O que compõe o texto em sua totalidade, a reunião dos elementos do texto que estão relacionados com uma palavra ou frase e contribuem para a modificação ou esclarecimento de seus significados. Elo, encadeamento ou conexão entre diferentes partes que constituem um todo. Quando procuro nos dicionários, estes são alguns achados. E se faz emergente compreender, nos situar nos contextos sejam históricos-passados e reais-presentes. Contextos criam trajetórias, que criam experiências.

Trajeto como distância (espaço) que precisa ser percorrida para se chegar de um lugar a outro, percurso ou trajetória. Caminho, curso, itinerário, percurso, rota. Trajetória enquanto linha do tempo. Experiência como conhecimento ou aprendizado, obtido através da prática ou da vivência: experiência de vida, experiência de trabalho. Modo de aprendizado obtido sistematicamente, sendo aprimorado com o passar do tempo. Todo conhecimento adquirido através da utilização dos sentidos. Compreender contextos, trajetórias, experiências nos fazem compreender o “hoje”. Dão-nos referência e norteamento<sup>1</sup>.

### **1.1. A rede de saúde mental: contextos**

No contexto, pós-movimento da Reforma Psiquiátrica, tenho sentido cada vez mais um estranhamento do que vivo, uma percepção incomodada diante do cotidiano do trabalho e suas práticas. Atualmente, nos deparamos com novas problemáticas - novos diagnósticos, novas demandas gerenciais, institucionais e de cuidado clínico, além, dos desinvestimentos crescentes na saúde pública, este último, sendo um dos resultados da realidade política e econômica do país<sup>1</sup>.

Antes de falarmos sobre “o cenário atual da rede de saúde mental”, acredito na necessidade de retomarmos alguns aspectos históricos sobre os movimentos sociais que culminaram na reforma da saúde pública e na reforma da

saúde mental no país, pois ambos os movimentos estão imbricados no tempo e nos sentidos. Ou seja, são movimentos sociais que aconteceram na década de 70 dentre muitos outros movimentos (do micro ao macro) que surgiram na época como resposta ao sistema político ditatorial, parte destes nasceram nas periferias das grandes cidades e da emergência das necessidades básicas para a vida, como moradia, saneamento básico, saúde, transporte<sup>11</sup>. Foram nos encontros espontâneos em lugares públicos, nas conversas entre vizinhos, nas discussões nos salões das igrejas, que surgiram ações pautadas em reivindicações vinculadas às condições de vida, possibilitando a identificação e o reconhecimento de interesses coletivos comuns.

Tais organizações coletivas fizeram emergir um novo cenário político, um novo sujeito social e histórico, sendo interlocutores para a reconstrução da cidadania, de uma política constituída a partir das questões da vida cotidiana. Há uma concepção de política a partir da intervenção direta dos interessados, sendo sujeitos com autonomia que lutam contra as instituições de poder estabelecidas<sup>12,13</sup>.

Diante das intensas transformações sociais no Brasil, marcado pelo esgotamento das possibilidades do chamado “milagre econômico” e pelo declínio do governo militar, que sustentava tal modelo, produziu-se de um lado, uma forte crise econômica, acentuando a dependência do país aos mercados externos e a desigualdade na distribuição de renda da população. Por outro lado, houve a contribuição para o processo de redemocratização que resultou nos anos 80, na volta das eleições diretas e na criação de novos partidos. A crise econômica também se refletia fortemente no setor da saúde, diminuíram-se os recursos destinados à saúde pública e, em compensação, houve o aumento dos gastos com a assistência médica individual, mediante aos repasses de dinheiro público à Previdência Social para a compra de serviços do setor privado. Desde os anos 60, os processos de mudanças ocasionaram um reordenamento da política de saúde para fazer face a essa crise político-financeira, principalmente porque o setor da assistência médica previdenciária sempre foi considerado hegemônico, por defender interesses do capital<sup>14</sup>.

E neste contexto, iniciou-se a Reforma Sanitária e por consequência, dispara-se o fortalecimento do movimento de medicina social, de saúde coletiva

dentro dos departamentos de medicina preventiva. Passa-se a refletir mais sobre o trabalho e a formação em saúde e os modos de enfrentamento contra o pensamento autoritário. A expressão *saúde coletiva*, é uma invenção tipicamente brasileira, na perspectiva de constituir um paradigma que permitisse uma nova articulação entre as diferentes instituições do campo da saúde. Abrangendo um conjunto complexo de saberes e práticas relacionadas ao campo da saúde, envolvendo desde organizações da sociedade civil, compreendendo práticas técnicas, científicas, culturais, ideológicas, políticas e econômicas<sup>15</sup>.

O termo coletivo é empregado enquanto conjunto de indivíduos, coletivo/interação entre elementos, coletivo como conjunto de efeitos ou consequências da vida social, coletivo transformado em social como campo específico e estruturado de práticas<sup>16</sup>. Com relação à produção de conhecimentos, a saúde coletiva – constituída nos limites do biológico e do social – ainda continua a ter pela frente a tarefa de investigar, compreender e interpretar os determinantes da produção social das doenças e da organização dos serviços de saúde tanto no plano diacrônico como sincrônico da história<sup>17</sup>.

A saúde não se dissocia dos seus determinantes sociais, o que implica em pensá-la como resultante da complexidade de fatores sociais, econômicos, culturais e políticos. Transformar a saúde é transformar a sociedade que a produz enquanto processo social. Trata-se também, de nos aproximarmos das diversas maneiras pelas quais as pessoas experimentam o estar com saúde ou o sentir-se doente. Trata-se de perceber o usuário/paciente como uma pessoa portadora de vontades e de desejos, capaz de agir e reagir diante do que está sendo oferecido a ele como resposta às suas queixas e aos seus incômodos<sup>11</sup>. Todo movimento culminou com a formação do Sistema Unificado de Saúde (SUS), a partir de 1988.

### **Então, a Reforma Psiquiátrica**

A Reforma Psiquiátrica caracteriza-se por ser um movimento mundial de luta por transformações nas práticas de atenção ao sofrimento psíquico e mental que, a partir da década de 60, se desdobrou em experiências concretas em diversos países, cuja diversidade se estende desde mudanças superficiais na lógica

manicomial, até propostas de desospitalização, de desinstitucionalização e de total extinção dos manicômios<sup>18</sup>. A Itália, especificamente, teve destaque com o movimento, em 1978 teve a aprovação da Lei 180 que determinou o fechamento de todos os manicômios no país. Torna-se intrínseco ao movimento um teor de resistência, de alteridade à própria psiquiatria.

O processo envolve desinstitucionalizar o paradigma psiquiátrico fortemente instituído por seus poderes sociais e políticos, ou seja, existe uma necessidade histórica, constante e emergente de reconstruir a complexidade do objeto, desmontando o conceito de doença, retomando o contato com a existência e o sofrimento do sujeito e sua ligação com o corpo social, não mais para curar, mas para a produção de vida, de sentidos, de sociabilidade e de espaços coletivos de convivência. O campo da saúde mental se dá como um lugar de encontro do singular e do social, do eu e do outro. É lugar de confronto de ideias de liberdade, autonomia e solidariedade contra o controle e a segregação, da inclusão e da exclusão, da afirmação da cidadania e de sua negação<sup>11</sup>.

Partimos desse “plano de ideias” com a hipótese de que, por sua complexidade, diversidade e abrangência, a Reforma Psiquiátrica não poderia e não deveria ser confundida com uma modificação apenas nas estruturas dos serviços de saúde ou de mudanças nas instituições. Sua natureza é mais ampla. A Reforma Psiquiátrica é um processo civilizador, que no encontro cotidiano com o sofrimento, por vezes intenso, inventa dispositivos de cuidado, diversifica ações tecendo uma rede com o território, cria formas de sociabilidade, produz valor social, constrói uma ética, insiste em sonhar com um outro mundo possível<sup>11</sup>. O que está implícito aqui é a necessidade de uma postura de resistência, de reinvenção do cotidiano, tal postura, ação é politizar-se.

No Brasil, dentro dos caminhos históricos da Reforma Sanitária, localizamos a saúde mental cursando a mesma trajetória, sendo ambos os processos carregados de características de transformações sociais. Criada a partir da mobilização de trabalhadores de saúde, no cotidiano de suas práticas institucionais e nas universidades, buscou-se politizar a questão da saúde mental, especialmente, na luta contra as instituições psiquiátricas, produzindo reflexões críticas que provocaram uma ruptura epistemológica, inventando-se experiências e

estratégias de cuidado contra hegemônicas, conquistando mudanças em normas legais e produções com efeitos no campo sociocultural<sup>11</sup>.

Entre as décadas de 70 e 80, o movimento da Reforma Psiquiátrica no país desenvolve a ampliação do pensamento crítico à institucionalização da loucura. Os conceitos de institucionalismo, poder institucionalizante e instituição são evidenciados. Ocorrendo mudanças que vão desde as mais radicais que propunham a extinção dos manicômios até a extinção do “manicômio reformulado, o hospital psiquiátrico”, sendo substituído por enfermarias de curta permanência em hospitais gerais e por internações curtas em instituições abertas com características diversas até ao surgimento de outros dispositivos, que buscam realizar a atenção ao sofrimento psíquico, incluindo o mais grave, substituindo por completo as instituições fechadas, o que, entretanto, não significou prescindir absolutamente da psiquiatria, o novo contexto exigiu que ela redefinisse os contornos de suas ações, tal como as demais disciplinas na atenção psicossocial<sup>18</sup>.

Em 1979, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) realizou o primeiro Encontro Nacional, que aconteceu após denúncias sobre maus-tratos e condições extremamente precárias nos hospitais psiquiátricos públicos. Na época, foram demitidos 263 profissionais por fazerem coro com as denúncias. Muitos destes começaram a fazer reuniões e assembleias, expandindo o alcance das denúncias contra a cronificação do manicômio, o eletrochoque e as precárias condições de higiene e trabalho<sup>19</sup>.

Com a inclusão dos princípios do SUS na Constituição de 1988, foi aberta uma nova perspectiva para a autonomia e desenvolvimento das políticas municipais de saúde. A rede de dispositivos substitutivos criados em diversos municípios do país adquiriram maior visibilidade, quando regulamentados pelas portarias 189, em 1991, que introduziu os códigos NAPS/CAPS na tabela do SUS e pela 224, de 1992, que os define como unidades de saúde locais/regionalizadas sendo responsável pela cobertura de uma população definida pelo nível local a oferecer cuidados intermediários entre a rede ambulatorial e a internação hospitalar. Criam-se os hospitais-dia, centros de convivência e cultura, centros de referência, oficinas terapêuticas, dentre outros<sup>20</sup>.



Em 1987, ocorre o Manifesto da Carta de Bauru, onde também profissionais da saúde reivindicavam mudanças na política de saúde mental e garantia dos direitos básicos dos usuários. Ainda em 1989, dois marcos no campo da saúde mental acontecem: criada a primeira política pública com base na redução de danos para pessoas que fazem uso abusivo de drogas e foi apresentada a primeira versão da Lei da Reforma Psiquiátrica 10.216/2001 (Paulo Delgado), no entanto, sendo aprovada com modificações somente após 12 anos<sup>21</sup>. Os efeitos de todo o movimento da época, somaram-se a outras articulações coletivas, estabelecendo uma forte militância que transcendia então a questão específica da saúde mental, surgindo o Movimento da Luta Antimanicomial. Agregando não apenas setores da saúde mental, como profissionais, associações de usuários e familiares, mas também, estudantes, artistas, jornalistas, intelectuais<sup>11</sup>.

A Reforma Psiquiátrica no país fica marcada por influenciar de forma significativa a construção das políticas públicas, não só na saúde, mas em outros setores - cultura, justiça, direitos humanos, trabalho e seguridade social. Outros marcos históricos das políticas de saúde mental no SUS foram a Portaria/GM nº336, de 19/02 de 2002, que redefiniu os CAPS em categorias ao porte e à especificidade da clientela atendida. Organizados então, em: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS IJ (infantil ou infanto-juvenil) e CAPS AD (álcool e drogas). Portaria 154 de 2008 que estabeleceu a constituição do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), com o objetivo de propiciar “apoio matricial” às equipes de Saúde da Família, cumprindo um importante papel de dar suporte tanto técnico quanto institucional na atenção básica<sup>20</sup>.

Em 2011, foi instituída a RAPS – Rede de Atenção Psicossocial<sup>22</sup> que possibilitaria uma nova dimensão ao conjunto das ações em saúde mental no SUS, cujos objetivos principais foram definidos como a ampliação do acesso à atenção psicossocial da população, em seus diferentes níveis de complexidade; promoção do acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso do crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; e garantia da articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências<sup>20</sup>. De acordo com o Ministério da Saúde, a Rede de Atenção Psicossocial seria constituída pelos seguintes componentes (quadro 1):

I - Atenção básica em saúde, formada pelos seguintes pontos de atenção: a) Unidade Básica de Saúde; Núcleo de Apoio à Saúde da Família. b) Equipe de atenção básica para populações específicas: equipe de Consultório na Rua e equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório; c) Centros de Convivência.
II - Atenção psicossocial especializada, formada pelos seguintes pontos de atenção: a) Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades.
III - Atenção de urgência e emergência, formada pelos seguintes pontos de atenção: a) SAMU 192; b) Sala de Estabilização; c) UPA 24 horas; d) Portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro; e) Unidades Básicas de Saúde, entre outros.
IV - Atenção residencial de caráter transitório, formada pelos seguintes pontos de atenção: a) Unidade de Recolhimento; b) Serviços de Atenção em Regime Residencial.
V - Atenção hospitalar, formada pelos seguintes pontos de atenção: a) Enfermaria especializada em Hospital Geral; b) Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.
VI - Estratégias de desinstitucionalização, formada pelo seguinte ponto de atenção: a) Serviços Residenciais Terapêuticos e reabilitação psicossocial (como exemplo, as cooperativas).

**Quadro 1:** Estrutura da Rede de Atenção Psicossocial. Fonte: Ministério da Saúde (2011).

Apesar da importância da RAPS e da organização articulada da rede que ela instituiu, é importante destacar que, para as atividades de cultura e trabalho e geração de renda, não foram definidos recursos orçamentários, revelando assim o pouco significado estratégico atribuído a tais iniciativas que poderiam ser mais bem utilizadas, quando pensado na regulamentação do Programa de Geração de Renda e Trabalho (Resolução CODEFAT nº 59/1994) e dos Pontos de Cultura (LEI nº 12.343/2010)<sup>20</sup>.

Há mudanças no cenário político onde aparecem desalinhamentos de matizes ideológicas distintas, incongruentes com a Reforma Psiquiátrica e com as orientações da Organização Mundial de Saúde. A partir de 2015, com o Ministério da Saúde sendo objeto de negociação política e com ele os princípios do SUS, e ainda, após a instalação do estado de exceção pelo qual o país passa no momento, o SUS e a Reforma Psiquiátrica passaram a ser alvo de mudanças radicais e de importantes retrocessos<sup>20</sup>.

Leonardo Pinho, vice-presidente da Associação Brasileira de Saúde Mental<sup>23</sup>, ao fim do ano de 2018, se posiciona com um texto intitulado de “Saúde

Mental: Retrocessos ou Contra-Reforma?”, refletindo e fazendo uma linha do tempo sobre as políticas públicas de saúde mental e sobre como tem ocorrido este processo de desmonte, elencando alguns pontos importantes: 2017, a Comissão Intergestores Tripartite aprovou uma resolução que desconfigura a Política Nacional de Saúde Mental, colocando novamente a centralidade nos hospitais psiquiátricos e na ampliação do financiamento e legitimação das Comunidades Terapêuticas. Ainda, no mesmo ano o Ministério da Saúde publicou a Resolução 32 e a Portaria nº 3.588 que oficializa as medidas que desconfiguram a RAPS e, em conjunto com o Ministério do Trabalho, Ministério do Desenvolvimento Social e Ministério da Justiça, publicaram a Portaria Interministerial nº 2, que inicia um redesenho nas políticas de drogas, baseada no financiamento e na ampliação das comunidades terapêuticas.

A instituição psiquiátrica eleva-se atualmente por meio de legislações que adotam medidas que vão à direção contrária às ações construídas ao longo de décadas. A Coordenação Geral de Saúde Mental divulgou no início de 2019 a nota técnica nº11, que traz em um só documento a síntese de várias legislações e redefine toda política de saúde mental; porém, esta não foi publicada em Diário Oficial. O conjunto dessas legislações, entre muitas imposições, definem: o retorno e ampliação dos hospitais psiquiátricos como elementos da Rede de Atenção Psicossocial, a intensificação da utilização das Comunidades Terapêuticas como dispositivos da Raps, a retirada da Redução de Danos como estratégia de atenção, sendo substituída pela abstinência total e a permissão à internação de crianças e adolescentes em dispositivos hospitalares, inclusive hospitais psiquiátricos. Seria possível dizer que cedo ou tarde a instituição psiquiátrica se sobressairia em relação ao modelo da atenção psicossocial, afinal, ficara latente devido a não extinção dos hospitais psiquiátricos – ou permeada entre a própria rede substitutiva<sup>19</sup>.

Alguns exemplos do caminho na contramão: leitos de hospitais psiquiátricos que foram reduzidos de 51.393 em 2003 para 25.126 em 2015, número de hospitais psiquiátricos passou de 228 em 2006 para 159 em 2015. O número de Centros de Atenção Psicossocial aumentou de 424 em 2003 para 2328 em 2015. Porém, com as novas legislações, cessa-se o fechamento de leitos e hospitais psiquiátricos, priorizando-se também o tratamento em Comunidades Terapêuticas em detrimento dos CAPS<sup>24</sup>.

Voltamos a passagem sobre a Reforma Psiquiátrica não se tratar apenas de mudanças em estruturas de serviços, em desospitalizar o cuidado. Persiste-se a lógica do controle e da reclusão. Mesmo em serviços substitutivos, pode-se oferecer maior espaço no qual a loucura também permanece reclusa, perpetuando a mesma lógica cronicante da instituição total. O caminho deveria ser norteado pela possibilidade de construir junto com a loucura, construir condições nas quais se possa reconstituir a vida<sup>19</sup>.

A diretora geral da Organização Mundial da Saúde, Dra. Margaret Chan, descreveu o Plano de Ação Integral de Saúde Mental (2013-2020) na 66ª Assembleia Mundial da Saúde, como sendo um problema há muito tempo negligenciado e que está firmemente enraizado nos princípios dos direitos humanos. O plano de ação exige mudanças, como mudanças nas atitudes que perpetuam o estigma e a discriminação que isolam as pessoas desde os tempos antigos, e exige ainda, uma expansão dos serviços, a fim de promover maior eficiência no uso dos recursos. Os quatro principais objetivos do plano de ação são: fortalecer liderança e governança eficazes para a saúde mental, fornecer serviços abrangentes, integrados e responsivos de saúde mental e assistência social em contextos comunitários, implementar estratégias de promoção e prevenção em saúde mental, fortalecer sistemas de informação, evidências e pesquisas em saúde mental. Cada um dos quatro objetivos é acompanhado por um ou dois objetivos específicos, que fornecem a base para a ação coletiva mensurável e a realização pelos Estados Membros em relação às metas globais<sup>25</sup>.

O momento atual no país vai totalmente à contramão dos princípios citados acima. Além, da reviravolta com as políticas públicas, enquanto as instituições manicomiais são restabelecidas, há uma tendência na modificação e retirada de direitos sociais, com diminuição de recursos em diversos setores (saúde, educação, trabalho e outros). Vive-se um período em que as instituições de controle fazem-se presentes<sup>19</sup>.

## **Minha loucura não difere da sua**

Há muito tempo tenta-se elaborar sobre o que é a “anormalidade”, existe um grande jogo imaginário que perpassa essa questão. Antes explicada por representações de forças da maldição divina perante os de alma impura, por exemplo, ser “leproso”, sofria-se com a força do divino, com a perda “da terra, do céu garantido”. Qualquer sofrimento que se diferencia o corpo, as ações, sempre era visto imaginariamente como algo pertencente ao ruim, ao que precisava ser afastado, descartado, excluído. Entretanto, esse imaginário ainda persiste, ainda circunda mascarado por outras forças instituintes. No começo do século XIX, já estava instalado outro grupo de anormais, não mais a “lepra”, mas entra em cena “os loucos”, os que possuídos de tal desrazão, desorganizam e intranquilizam aos que se consideram no máximo “pouco louco”. Para “ser humano” precisava-se possuir a capacidade de fazer uso da boa razão, que evoluiria para ser cada vez mais aprimorada, mas que também e por isso “humanizaria” o mundo dos incivilizados. Nessas sociedades, já não tão aprisionadas pela metafísica divina, constitui-se uma nova metafísica a da razão e do agir racional do humano<sup>26</sup>.

O que então, se chama de loucura? Quando procuramos em dicionários, alguns dos achados são: distúrbio, alteração mental caracterizada pelo afastamento mais ou menos prolongado do indivíduo de seus métodos habituais de pensar, sentir e agir. Sentimento ou sensação que foge ao controle da razão. É necessário certo cuidado nesta discussão, que muitas vezes percorre em extremos que vão da negligência do sofrimento psíquico, negação das dores emocionais, psicossomáticas, negação ao que é abstrato, ligado ao subjetivo e não mensurável até aos diagnósticos fechados e medicalização da vida. Longe de nós sentirmos nossos vazios, perto de nós um mundo capitalista que nos assedia com tantos recursos paliativos. Torna-se cada vez mais difícil olharmos para as nossas próprias loucuras, para os nossos próprios desvios. Quem dirá compreender e acolher o desvio do outro, que a fundo se parece tanto com a minha dor. Quem dirá entender que qualquer crise nos dá pistas para nos vermos mais humanos e interdependentes<sup>1</sup>.

## **“Fotografia” da rede de cuidados em saúde mental no município de Campinas/SP**

Campinas é um município brasileiro localizado no interior do estado de São Paulo, possuindo hoje 1.204.073 habitantes<sup>27</sup>. Durante anos teve destaque com seu pioneirismo na construção do SUS, devido a descentralização da assistência à saúde, o que implicou no pioneirismo também da atenção psicossocial. Na década

de 1990, os serviços de saúde mental, atenção básica e da área hospitalar sofreram mudanças organizacionais, orientados por referenciais, como a metodologia Paideia (Método da Roda), criando-se arranjos e dispositivos de gestão, co-gestão do processo de trabalho, como: “apoio institucional”, “equipes de referência” e “apoio matricial”. Buscava-se, com isso, a democratização institucional e a qualificação do atendimento à população<sup>28</sup>.

O Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira é uma instituição que contribui expressivamente com a rede de saúde mental da cidade e destaca-se no país diante do movimento da Reforma Psiquiátrica com a inovação das suas práticas de cuidado. Foi inaugurado em 1924 como um hospital psiquiátrico e a partir de 1990, iniciou um convênio de co-gestão com a prefeitura municipal de Campinas/SP, regulamentado pela Lei 6.215 de 1990. Baseando-se nos princípios do SUS, passou a ampliar suas ações através da realização de serviços comunitários, promovendo maior inclusão social dos usuários de saúde mental. O atendimento prestado é para todas as faixas etárias e estabeleceram-se dispositivos de cuidado por todo o município, sendo: Centros de Atenção Psicossocial, Centros de Convivência, Consultório na Rua, Residências Terapêuticas, Oficinas de Inclusão Social pelo Trabalho, além, da realização dos projetos: Cândido Escola, Residência Médica, Coletivo da Música, Coletivo do Esporte, Inclusão e Letramento Digital, Coletivos dos Encontros na Arte, Ponto de Cultura Maluco Beleza, Jornal Candura, Rádio Maluco Beleza, Casa das Oficinas e Armazém das Oficinas<sup>29</sup>.

Como neste trabalho, optamos por fazer um recorte do cenário para estudo e escolhemos um tipo de equipamento substitutivo para ser “fotografado” e acompanhado em seus processos, sendo o CAPS, especificamente o CAPS III. Por questão informativa, este dispositivo o “CAPS”, conforme se reafirma com a RAPS, teria o cuidado desenvolvido por intermédio de Projeto Terapêutico Singular, envolvendo em sua construção a equipe, o usuário e sua família, e a ordenação do cuidado estaria sob a responsabilidade do Centro de Atenção Psicossocial ou da Atenção Básica, garantindo permanente processo de cogestão e acompanhamento longitudinal do caso. Estando organizados conforme modalidades (quadro 2):

CAPS I: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias; indicado para municípios com população acima de vinte mil habitantes.
CAPS II: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, conforme a organização da rede de saúde local, indicado para municípios com população acima de setenta mil habitantes.
CAPS III: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de Saúde Mental, inclusive CAPS Ad, indicado para municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes.
CAPS AD: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço de Saúde Mental aberto e de caráter comunitário, indicado para municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes.
CAPS AD III: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo doze leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; indicado para municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes.
CAPS IJ: atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço aberto e de caráter comunitário indicado para municípios ou regiões com população acima de cento e cinquenta mil habitantes.

**Quadro 2:** Modalidades de CAPS. Fonte: Ministério da Saúde (2011).

Os CAPS, enquanto serviços substitutivos, possuem essas diferentes modalidades que variam conforme número da população da região/município e conforme a clientela atendida, ou seja, são separados entre: atenção para psicose e neurose grave, atenção para uso de álcool e outras drogas e atenção para o sofrimento psíquico infanto-juvenil. Possuem delimitadores que norteiam os modos de operar, entretanto, estes norteadores podem variar conforme o território de abrangência, conforme a gestão, conforme a equipe, entre inúmeros aspectos. Campinas destaca-se com a implantação destes serviços, sendo ao todo: 14 CAPS, 11 geridos pelo SSCF e 3 pela prefeitura. Também por questão informativa e de dar maior visibilidade para o tamanho do contexto que estamos tocando, descrevemos quais são os CAPS que compõe a rede da cidade (quadro 3):

- CAPS III Norte "Estação"
- CAPS III AD Sul "Independência"
- CAPS III Sul "Antônio da Costa Santos"
- CAPS III Leste "Esperança"
- CAPS III AD Leste "Reviver"
- CAPS III Sudoeste "Novo Tempo"
- CAPS III Sudoeste "David Capistrano da Costa Filho"
- CAPS III AD Sudoeste "Marielle Franco"

- CAPS III Noroeste “Integração”
- CAPS II AD Noroeste “Antônio Orlando”
- CAPS Infanto-Juvenil “Espaço Criativo”
- CAPS Infanto-Juvenil “Carretel”
- CAPS Infanto-Juvenil “Travessia”
- CAPS Infanto-Juvenil Roda Viva

**Quadro 3:** CAPS da rede municipal. Fonte: Diário de Campo da Pesquisadora (2019).

Por muito tempo essa cogestão entre a prefeitura e o SSCF foi incentivada, até o momento em que se iniciaram reviravoltas nos cenários políticos e muitos desinvestimentos em diversos sentidos. Hoje, a instituição funciona como uma organização social, não há mais o acordo de co-gestão. O financiamento tem sido realizado por produtividade, quando não atingido a meta de produtividade, há corte de repasse, ou seja, a todo instante e já é algo crônico, os recursos financeiros são insuficientes. Assim tem sido a realidade da instituição que transformou e ampliou a atenção psicossocial no município. A rede de atenção está bem delimitada, serviços que são do SSCF e serviços que são da prefeitura. Anteriormente, havia uma relação mais amistosa e de cooperação. Na prática, se vive o desmonte da Rede de Atenção Psicossocial, perda de equipes de saúde mental em centros de saúde, entrada das Comunidades Terapêuticas e assim, por diante. Fora a ruína na vida dos usuários, alguns exemplos: corte de alimentação nos CAPS, perda de benefícios e aposentadorias por conta de mudanças no INSS, entre outras ocorrências. Sim, um caos instalado. A grande sustentação dos serviços, a grande máquina de ação tem sido os próprios trabalhadores e os próprios usuários, o que tem ido muito além do trabalho prescrito, do trabalho real em si.

O trabalho no campo da saúde mental e especificamente nos CAPS III tem sido demasiadamente sustentado pelo corpo de quem trabalha, pelo desejo e muitas vezes pelo não desejo do trabalhador. A expressão do “profissional polivalente”, que necessita “fazer tudo”, “dar conta de tudo”, sendo tentativas de condensar em um único profissional toda a diversidade dos efeitos da demanda social que requerem ajuda, porém, o modo pelo qual se tenta alcançar este ideal parece longe de dar conta da complexidade exigida pelo processo de trabalho<sup>18</sup>. A complexidade na organização da assistência e os impactos subjetivos nos profissionais próprios do trabalho com a psicose e com a neurose grave conferem ao CAPS constante acompanhamento e análise<sup>30</sup>.



Assim, observamos os trabalhadores, na prática cotidiana, sendo convocados pela urgência da vida do paciente – algo prioritário e ao mesmo tempo convocados pela burocracia, convocados pelo campo e pelo núcleo profissional, pela clínica e pela gestão, pela militância e pelo trabalho. Haja inventividade do profissional de saúde para sustentar o trabalho frente a sociedade e frente aos novos rumos das políticas públicas, frente a processos cada vez mais retrógrados e limitantes. Acumulamos manejo clínico, assumimos mil e uma funções no dia a dia institucional, e ainda, precisamos ser resilientes a ponto de também gerir uma postura de defesa à vida.

Os CAPS na condição de serviços públicos para atender a área da saúde mental deveriam garantir acesso, integralidade e resolutividade na assistência prestada. Em contrapartida, lhes são disponibilizados poucos recursos materiais e imateriais para o trabalho em ato, somados as dificuldades gerenciais, escassa oferta de educação permanente mais sistematizadas dentro dos serviços. O campo da saúde mental sofre cronicamente por falta de recursos financeiros, sofre cronicamente por negligência social. Por isso, resgatar o tema das trajetórias de vida e dos percursos de formação, pode possibilitar um olhar diferente, um retorno para a instrumentalização de si para si e para o cuidado do outro, alguma resistência de vida para tantas “crises” enfrentadas neste cotidiano.

### **CAPS III: trabalho vivo**

Em um processo produtivo existem os elementos meios, o trabalho morto que possui componentes limitantes, como exemplo, sistemas protocolares, burocráticos, e existe o trabalho vivo, componentes que compõe o ato ao vivo dos trabalhadores. Sem o trabalho vivo o trabalho morto não tem sentido algum, não “age” produtivamente. Todo conjunto de atos produtivos carrega em si uma tensão constitutiva entre componentes do trabalho morto e do trabalho vivo. O trabalho vivo, os trabalhadores em ato podem até dar outros sentidos para o trabalho morto, podendo transformá-lo. O mundo do trabalho em saúde, que promete a produção do cuidado, é uma cartografia do trabalho vivo em ato<sup>31</sup>.

Então, o que seria realmente o CAPS, enquanto trabalho vivo? Contextos, trajetos e experimentações que se fundem: chaves para abrir o portão do serviço e para abrir algumas portas, cartão-ponto, passagem de plantão, turno da manhã, turno da tarde, turno da noite. Plantão/acolhimento, acolhedor do dia. Leito-noite, número excessivo de usuários inseridos, alta, articulação com a família, licença terapêutica, invenção do “leito-dia”. Refeições dadas para o usuário que irá passar o dia no CAPS, reduzido, prioritariamente só come quem for do leito-noite. Tem vezes, que falta hospitalidade, falta lençol, falta toalha para banho. Falta sofá para a sala de convivência. Faltam medicações. Falta transporte para a visita domiciliar e para a assistência na Residência Terapêutica. Falta ambulância do SAMU para transportar o usuário da “clínica mental” com urgência da “clínica física” para o Pronto-Socorro. Falta passe, vale transporte da Transurc para chegar ao atendimento. Tem vezes que falta sulfite. Tem vezes que faltam recursos humanos e somos terapeutas-porteiros, porteiros-terapeutas, secretarias-terapeutas, terapeutas-secretarias e assumimos, acumulamos diversas funções, e transgredimos para algo que chamam de equipe transdisciplinar. Sobra a necessidade do improvisado.

Evoluir prontuários, relatórios ao INSS, relatórios para a farmácia de alto-custo, relatórios para conseguir passe de ônibus para vir aos CAPS, relatórios para: Conselho Tutelar, Defensoria Pública. Sim, inúmeros relatórios. Memorandos. E ainda, encaixar um diagnóstico do usuário nessa papelada para que consiga algo que é de direito.

Respira. Como é a vida desse usuário? Tem vezes que possuem uma rede de apoio extra instituição, no mundo perfeito, alguns moram com seus familiares e são acolhidos em suas necessidades, mas outros moram com seus familiares, mas as relações são extremamente conflitantes. Tem aqueles que moram sozinhos, que moram em pensões, em quartos sem janelas, que moram na rua. Que moram longe, que moram ao lado, que estudaram, que não sabem escrever. Que trabalham formalmente, que trabalham nas oficinas de geração de renda, tem os que gostariam de trabalhar, mas pela condição de adoecimento não conseguem entrar em sistemas ordenados. Tem os que sobrevivem recebendo um benefício da assistência social, tem os que recebem aposentadoria por invalidez. Tem os que precisam da nossa ajuda para fazer as contas do mês e de como se virar com um salário mínimo para pagar pensão, mercado e tudo mais. Tem atualmente, com os

novos rumos, os que perderam o benefício, que perderam a aposentadoria. O perito do INSS, parece pouco acreditar na vulnerabilidade da usuária que engoliu, além de inserir no corpo cerca de 100 agulhas ou em outra usuária que já ateou fogo em sua própria casa e que ambas dependem intensivamente dos atendimentos do CAPS e do recebimento financeiro para inventarem minimamente uma vida melhor.

Portão atendimento, calçada, rua atendimento, corredor, jardim, café, cigarro atendimento. O CAPS, a saúde mental em si, exige uma clínica que transborda, que transgride (no melhor dos sentidos) os muros, as formatações. A clínica da saúde mental está ligada ao que é a vida e em aonde a vida acontece. Alguns agendamentos e grande parte são atravessamentos. A agenda é líquida, a crise não tem hora marcada para chegar. Disponibilidade interna para atravessamentos é um requisito. Se deixar atravessar é afirmar que não existe um protocolo de cuidado, não existe uma receita, existe uma ética em defesa da vida, uma ética no cuidado que vai sendo construído longitudinalmente com o usuário e em algumas vezes com os familiares.

Silêncio, choro, grito, agressão, socorro, medo, vozes, angústias, paranoia. Preconceitos. Sentir-se excluído, sentir-se não pertencente. Muitos encontros, alguns desencontros. Relações de afeto entre usuários e trabalhadores. Muitos cafés compartilhados. Muitos cigarros. Muita música, desenhos, escrituras. Muitas festas, danças, fantasias, bingos. Sorveteria, padaria do território. Risadas, desabafos, paqueras, namoros, novas amizades, novas habilidades, novos projetos de vida. Atendimento individual, grupal, oficinas, acompanhamento terapêutico, atendimento/visita domiciliar, atendimentos por telefone. Invenção do agir sem material, sem “caixinha”. Memórias de tempos difíceis, depois memórias de tempos dourados quando o SSCF cria o Hospital-Dia e depois recria-se como CAPS, tempos bons, contam os funcionários mais antigos. Por agora, declínio e reinvenção. Articulação com a rede: matriciamento com os Centros de Saúde, negociações com o SAMU, com o Hospital Geral, com a Guarda Municipal, com o Consultório na Rua, com o Centro de Convivência entre outras tentativas de construção de uma rede “mais plena” para o usuário da saúde mental. Inspira. Novos modos de apresentação do sofrimento psíquico, que não se encaixam num Código Internacional de Doenças, mas se encaixam quando analisados os nossos contextos sociais.

Reuniões de equipe. Reunião de equipe de referência. Reunião de núcleos profissionais. Discussões e discussões de casos complexos que nos mostram a impossibilidade de agir, paralisam, nos mostram limites para a tentativa de superpoderes. Supervisão clínico-institucional. Comemorações também, carnaval, festa junina, festa de aniversário, nada como uma mesa com bolo para acalantar corações agitados da própria equipe e dos usuários. Confraternizar. Estar junto. Como quantificar tudo? Preenchimento de formulários para atestar a produtividade e receber financiamento. Mal estar geral com a parte burocrática, talvez porque escolhemos mesmo é trabalhar com o que é vivo. Mas, a morte é necessária também e nos dá parâmetros para a vida, que se olhe então para os protocolos. Que se enxugue as práticas de cuidado e se olhe para os papéis. Requisitos de malabarismo também são exigidos. Muitos tensionamentos. Perceber grandes ganhos em coisas mínimas. Infinitas contações de histórias. A tragédia se faz bonita. Suspira. Muito, muito afeto. Muitos projetos de vida, muitas reconstruções de vida. Muita dor, mas muito prazer!

## **1.2. Processos formativos: trajetos e experimentações**

Num sentido geral, é possível afirmar que o trabalho em saúde mental é atravessado por um modelo de produção de política pública que globalmente indica os objetivos sem se preocupar em propor alguma solução no plano da organização do trabalho. Ao confiar seus objetivos à performance dos trabalhadores deixa uma questão como desafio: como cuidar da loucura sem enlouquecer?<sup>32</sup>.

A prática clínica e, sobretudo, a prática de cuidado em saúde mental está estreitamente relacionada ao que constitui e como se produz a performance de trabalho. Compreendemos que parte importante dessa constituição e produção é atravessada pelo percurso de vida de cada um, frente ao plano singular e coletivo. Sintetizamos então, que as trajetórias de vida dos profissionais se trata de uma série de experimentações constantes de quem se coloca para cuidar do outro. Não bastam balizas teóricas e técnicas, a prática de cuidado, exige mais que isso. A experiência fundamental de se submeter à presença do outro, ou seja, “trabalhadores que deveriam se posicionar no mundo do cuidado para serem afetados. Afetados pela presença do outro e, através desse efeito da presença do

outro, poder operar nesse encontro a construção de qualquer coisa que pudéssemos chamar de prática de um cuidado”<sup>31</sup>.

E ainda, relacionando a constituição das trajetórias de vida, dos percursos formativos, trajetórias de quem está para cuidar, o confronto no encontro entre a identidade do trabalhador e o *modus operandi* do trabalho modifica mutuamente as subjetividades implicadas neste processo, no qual, tanto o trabalhador quanto a organização do trabalho sofrem alterações. Há relevância em identificar a realidade destes processos de experiência e sob quais estratégias teremos que orientar nossos modelos e práticas de produção de saúde<sup>33</sup>.

Tratar sobre trajetórias de vida de profissionais da saúde mental se torna um dispositivo para descortinar processos multiprofissionais, problematizar, rever e ampliar o conhecimento sobre o que é a saúde mental, a partir dos múltiplos caminhos que se pode produzir, sobre o que é cuidado em saúde a partir da processualidade de corpos cuidadores em formação, frente às práticas cotidianas de afetar e ser afetado pelo mundo, do que cada um carrega em sua bagagem para a sustentação da vida e do próprio trabalho.

A experiência e o saber que dela deriva são o que nos permite apropriar-nos de nossa própria vida [...] Se chamamos existência a esta vida própria, contingente e finita, a essa vida que não está determinada por nenhuma essência nem por nenhum destino, a essa vida que não tem nenhuma razão nem nenhum fundamento fora dela mesma, a essa vida cujo sentido se vai construindo e destruindo no viver mesmo, podemos pensar que tudo o que faz impossível a experiência faz também impossível a existência<sup>9</sup> (p. 27-28).

## **Capítulo II - Percurso metodológico**

### **2.1. Metodologia e método**

Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo intervenção. Sobre as pesquisas qualitativas, enfatiza-se as qualidades das entidades, sobre os processos e os significados que não são examinados ou medidos experimentalmente em termos de quantidade, quantia, intensidade ou frequência. Ressalta-se a competência da pesquisa qualitativa como o mundo da experiência vivida, por isso foi elencada neste estudo, por abordar a análise de elementos subjetivos da experiência humana<sup>34</sup>.

Por muito tempo na história das pesquisas em saúde, os modelos biomédicos e quantitativistas eram os referenciais hegemônicos de investigação em saúde coletiva, porém, nas últimas décadas, diante da incorporação de determinantes culturais, econômicos, históricos e psicossociais no entendimento do processo saúde-doença-intervenção, foi necessária a incorporação de procedimentos mais amplos, de metodologias qualitativas ou quanti-qualitativas no universo da produção de conhecimento. Deste modo, reconhecendo as múltiplas maneiras de expressão da realidade, o que exige uma multiplicidade não excludente de formas de abordagem do objeto ou de metodologias de pesquisa<sup>35</sup>.

Portanto, no campo da saúde, um conjunto amplo de métodos qualitativos tem sido incorporado como possibilidades investigativas, e entre esse universo de possibilidades optou-se pela utilização do método da cartografia que intrinsecamente caracteriza-se como pesquisa-intervenção, possibilitando construções, elaborações coletivas. A pesquisa-intervenção está ligada a processos de subjetivação e desterritorialização, no sentido de transformação, que conduzem ao novo, e a cientificidade nisso, tenta incluir a complexidade e se efetua na sustentação dos planos de análise que compõem a realidade, nos jogos de forças que atravessam os pesquisadores, os objetos de estudos, as instituições, o campo do social, os quais são percorridos, transversalizados por forças de produção, reprodução e anti-produção<sup>36</sup>.

A pesquisa-intervenção está atenta à encomenda, à produção de demanda, ao modo como o serviço é ofertado, à totalidade da intervenção como análise da implicação, trabalhando com analisadores. A pesquisa-intervenção afirma, a um só tempo, a inseparabilidade entre campo de intervenção e campo de análise, teoria e prática, fazer e pensar, quando mostra que sujeito e objeto, pesquisador e pesquisado se constituem no mesmo processo<sup>37</sup>.

O método da cartografia, possibilita o acompanhamento das conexões que o campo da pesquisa oferta, a partir da inclusão das implicações do próprio pesquisador. Sendo os desejos, perguntas, curiosidades e o estar atento ao compromisso ético-estético com a vida, exercício de análise de implicação do pesquisador. E ainda, a escolha deste método vai ao encontro de ser uma profissional da saúde mental, que também tenta tatear, se aproximar, na tentativa de

descobrir os caminhos para ser pesquisadora e quais são as junções, indissociações destes campos. Então, ressaltamos que a escolha do método cartográfico se legitima por tratar essencialmente sobre processualidade, sobre o conjunto sujeito e seu campo social, sobre o modo de compor a subjetividade, sobre o modo de arquitetar a vida.

O pesquisador cartógrafo, parte da concepção de que toda prática de saúde opera no campo dos processos de subjetivação, que a produção de cuidados opera por fluxos de intensidade e afetos que circulam entre usuários, trabalhadores e gestores envolvidos no processo saúde-doença-intervenção<sup>35</sup> (p. 56).

A cartografia como método de pesquisa liga-se aos campos de conhecimento das ciências sociais e humanas, sendo mais que um mapeamento físico (referindo à origem da palavra em geografia), mas também um mapeamento de movimentos e relações, jogos de poder, enfrentamento entre forças, modos de objetivação e subjetivação, de estetização de si mesmo, práticas de compreensão das composições, das trajetórias de um sujeito, possibilitando linhas de ruptura e resistência<sup>38</sup>.

A etapa de produção de dados procura escapar da ideia de coleta, de extrativismo, sendo algo que acontece desde o início, no contato com o território a ser cartografado, em conjunto com sujeitos, forças e ritmos<sup>39</sup>.

O caminho da pesquisa cartográfica pressupõe que os momentos de produção, análise e discussão de dados aconteçam simultaneamente, como o ato de caminhar, que é constituído por *passos que se sucedem sem se separar*, em um movimento contínuo, desenhado pelo anterior e pelo que vem em seguida. A tônica da processualidade está igualmente presente no momento da escrita. Neste sentido, o leitor (da pesquisa) é convidado a partilhar preocupações, desejos e variações de velocidade. Ritmos que se alternam, sobretudo, nos rituais de avanço e recuo. Uma viagem com roteiro mais ou menos definido, mas, que é influenciada pelos elementos do entorno: instituições, pessoas, acontecimentos, contextos, possibilidades e interdições. Próprios de um cotidiano vivo, pulsante<sup>39</sup> (p.207).

Para a análise dos dados, será utilizada a triangulação metodológica, construída processualmente e de forma atemporal com a orientadora e com relatos dos participantes da pesquisa, que se entrelaçam com as minhas vivências. O uso da triangulação pode assegurar maior compreensão em profundidade do que se pretende captar na pesquisa. O exercício de triangulação de métodos é algo complexo, que todos os que são essenciais para a investigação podem ser

confrontados e enriquecidos transversalmente, elementos que também vão de encontro com a própria cartografia<sup>40</sup>.

Deste modo, pretende-se dar visibilidade aos percursos de experiências de vida dos profissionais e pretende-se ainda, rever e contribuir com o campo da saúde, especificadamente com a saúde mental pública. Que por diante, possamos contribuir com as reflexões, discussões de alcance teórico, mas principalmente, que possa fazer sentido na práxis dos trabalhadores, na vida dos usuários, na vida institucional. A elaboração de uma pesquisa assemelha-se a prática da clínica em saúde mental, há múltiplos caminhos, tentativas, múltiplas questões, importando mais os meios, a contação e vivência de processos do que um fim a ser alcançado, ideias que vão diretamente ao encontro do que é a pesquisa intervenção.

Diferentemente da arte e da poesia que se concebem na inspiração, a pesquisa é um labor artesanal, que se não prescinde da criatividade, se realiza fundamentalmente por uma linguagem fundada em conceitos, proposições, métodos e técnica, linguagem esta que se constrói com um ritmo próprio e particular. A esse ritmo denominamos ciclo da pesquisa, ou seja, um processo de trabalho em espiral que começa com um problema ou uma pergunta e termina com um produto provisório capaz de dar origem a novas interrogações<sup>40</sup> (p. 25-26).

## **2.2. Instrumentos e técnicas de produção de dados: entrevista e diário de campo**

Os instrumentos para coleta de dados foram o roteiro de entrevista e o diário de campo. Sendo as técnicas de produção de dados, as entrevistas semiestruturadas com profissionais de nível superior que compõem os CAPS III, além da prática de registros das observações em campo e das vivências como terapeuta ocupacional também de um CAPS III.

O roteiro da entrevista foi um dos instrumentos que possibilitou a produção deste trabalho. Sendo a entrevista, caracterizada em semiestruturada, diferenciando apenas em grau da entrevista não estruturada, pois nenhum instrumento de pesquisa se coloca de forma totalmente aberto ou fechado, ainda mais na cartografia, que não há modelos predominantes a seguir. Com o decorrer do processo, passo a denominar o momento da entrevista de “encontro-entrevista”, o roteiro transformou-se mais em um norteador dos encontros, criou-se espaços em



que os participantes podiam experimentar a fala, experimentar contar sobre si, sobre um coletivo, compartilhando escolhas, ganhos, medos e tudo mais que envolve vidas em produção.

A entrevista na cartografia está conectada ao “*ethos* cartográfico”, o que significa que em toda a pesquisa, em seu começo, meio e fim (não fim), há construções, há problematizações de processos. Além disso, a entrevista na cartografia se dá por um manejo, por um cuidado também implicado, interventivo. Há uma inversão do método, do sentido etimológico. A palavra método em si, nos traz a compreensão sobre o “*metá-hódos*”, sendo *hódos* o caminho, o percurso, que vem depois e inteiramente condicionado pela *metá*, que é o que antecipa, o que pré-determina, mas podemos pensar no inverso, “*hódos-metá*”, apostando na experimentação do método, na produção e visibilidade das subjetividades. “O cartógrafo não varia de método, mas faz o método variar”<sup>41</sup>.

Realizamos neste trabalho, dez “encontros-entrevistas”, a tentativa foi de sustentar certa heterogeneidade com relação às formações profissionais e locais de trabalho, apesar de haver o recorte de campo (CAPS III). Os participantes puderam escolher os locais para o nosso encontro, dois escolheram locais fora do contexto de trabalho. Os encontros com cada participante duraram entre o mínimo de uma hora e o máximo de duas horas e meia. Produziu-se espaços de confiabilidade, cumplicidade, muitos desabafos emergiram. Como terapeuta, colega do mesmo campo de trabalho e em processo de retornar, após anos distante, aos moldes acadêmicos, em descobrir novos autores, conceitos e modos de pesquisa, concluo que o roteiro de entrevista foi algo extenso. Durante as entrevistas, de fato foi necessário manejar o roteiro para acompanhar mais o que estava “vivo”, o que emergia.

O trabalho de tratamento e análise das entrevistas passou pelos seguintes momentos: primeiramente, as entrevistas foram transcritas na íntegra, posteriormente foram produzidas narrativas a partir do esforço de sintetizar todo o encontro e ao mesmo tempo entrelaçar o conteúdo com um pouco das minhas próprias percepções. Esse modo de tratar as entrevistas se aproxima da técnica da tradução das entrevistas<sup>42</sup>. Nesta técnica, compreende-se que:

(...) traduzir é realizar a passagem de uma língua a outra, no nosso caso, da linguagem da narrativa sobre a experiência à linguagem da produção do conhecimento científico. Nesse sentido, não se trata de garantir uma correspondência de princípio ofertada por uma suposta universalidade de tecnologias previamente dadas. No procedimento de tradução, temos, ao contrário, que produzir equivalentes. Nos termos da pesquisa intervenção, a equivalência produzida não é sinônimo de correspondência, mas se dá como sintonia que opera a comunicação entre singularidades das ações e semióticas individuais das entrevistadas e as construções coletivas<sup>42</sup> (p. 519).

Outro instrumento de produção de elementos para elaborar este trabalho, foi o diário de campo. Como falado anteriormente, meus relatos transpassam, diferentes momentos desta composição. Em alguns momentos se tornam fundidos, misturados com o texto. Há totalmente, um movimento de resistência à neutralidade. Entendendo que produção de conhecimento se faz a partir, de experiências de um corpo sensorial, emocional, motor e não só cognitivo. O diário de campo possibilita a criação de um acervo de impressões, notas sobre as diferenciações entre falas, comportamentos e relações que podem tornar mais verdadeira a pesquisa de campo. Ou seja, retrata-se sobre o que viveu, o que sentiu, importam os processos<sup>40</sup>.

O procedimento do “estudo diarístico” é uma das potentes ferramentas para a análise da implicação, do engajamento do pesquisador com o campo. Inspirado pelas leituras de Malinowski e tantos outros autores, aponta a importância da conexão dos registros, dos textos com o fora, com o que é externo, fazendo emergir avanços e retrocessos, dúvidas e certezas a partir da produção de conhecimento advinda da prática<sup>43,44</sup>.

Sobre a função do pesquisador cartógrafo, este, antes mesmo de se comprometer com o campo, já está nele implicado e já está atravessado por múltiplas referências. Tais movimentos geram a pesquisa-intervenção, questionando a suposta neutralidade científica da produção de conhecimento e promovendo a explicitação de suas condições processuais. “No lugar da assepsia da ciência, as “mãos sujas” do pesquisador que vai a campo. Dessa forma, aquilo que só aparecia em rodapés, notas ou no final do texto como informações quase infames, pode difundir-se, promovendo uma análise da implicação”. E ainda, ressaltam sobre uma necessidade de discernimento e cautela na análise da implicação, para não gerarmos a sobreimplicação, “demanda generalizada de cobrança de engajamento

do outro: captura produtivista como imperativo incessante de estar em ação no trabalho”<sup>37</sup>.

### 2.3. Delimitação e apresentação do campo

A escolha do CAPS III como campo de investigação se deu por ser um dispositivo da saúde mental com importante relevância para saúde pública e por ter sido meu campo de trabalho durante nove anos. Em capítulo anterior discorremos sobre o processo histórico e mais atualizado destes serviços. Mas, ressalto a proposta original de ser um equipamento substitutivo nascido dos movimentos da Reforma Sanitária, culminando na Reforma Psiquiátrica, trazendo em si o enfrentamento contra a lógica manicomial. Como dito, nosso campo primordial foram os CAPS-III.

(...) Centro de atenção psicossocial é um serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS). Ele é um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida. O objetivo dos CAPS é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. É um serviço de atendimento de saúde mental criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos<sup>45</sup> (p.13).

Em nossa concepção, o CAPS atua essencialmente como um dispositivo de promoção, tratamento e reabilitação em saúde mental. Em muitos momentos deste trabalho, usamos a palavra dispositivo, então o esclarecimento se faz importante. Os dispositivos são um tipo de montagem de elementos heterogêneos, criado para situações específicas de intervenção. Não há o desejo aspirante da verdade ou busca pela técnica fechada, mas de operar com a função de intervenção, de analisador de alguma situação. “Não é certo que todo dispositivo seja um analisador, mas todo analisador é um dispositivo”. O conceito de dispositivo vai de encontro com a pesquisa cartográfica e vai de encontro com a definição/função do que compreendemos ser o CAPS<sup>37</sup>.

De modo geral, existem diferentes categorias/modalidades com relação ao modo de funcionamento dos CAPS. Nesta pesquisa, o CAPS III também foi

escolhido por seu nível de complexidade e por ser um tipo de serviço significativamente numeroso no município de Campinas/SP. Os CAPS III funcionam todos os dias (dia e noite), possuem leito-noite (retaguarda noturna) e atendem a população de determinado território, sendo a população atendida, aquela que apresenta intenso sofrimento psíquico, como já citado.

Os CAPS na condição de serviços públicos para atender a área da saúde mental devem garantir acesso, integralidade e resolutividade na assistência prestada. O CAPS deve se constituir como lugar de passagem, do contrário, sem essa revisão e crítica, a tendência dos serviços são de retorno à institucionalização<sup>46</sup>. Interessante notar a complexidade na organização da assistência destes dispositivos e o quanto estes processos provocam impactos subjetivos nos profissionais próprios do trabalho com a psicose e com a neurose grave; por estes motivos, o acompanhamento, análise dos CAPS, dos movimentos clínico-institucionais se tornam necessidades constantes<sup>30</sup>.

Atualmente, enfrentamos uma realidade radical de crise política e financeira no país, e por isso, a configuração destes equipamentos de saúde, assim como todo o sistema de saúde pública, tem sofrido desinvestimentos, e processos de precarização. Embora, esses dispositivos sempre tenham tido pouca visibilidade, sendo desvalorizados pela estigmatização da doença mental e subfinanciamento crônico do SUS, com todo o atual desmonte, temos vivenciado mais desafios, mais processos que limitam as práticas de cuidado. Neste momento, tratar sobre as trajetórias de vida e os percursos formativos, possibilita-se a criação de novos olhares e percepções, provocando desvios nos caminhos, nos desejos, e quem sabe, uma “pausa no tempo” para a instrumentalização de si para si e para o cuidado do outro, produzindo algum grau de resistência de vida para tantas “crises” enfrentadas neste dia a dia. Alguma forma de sentir, processar, inventar e seguir.

#### **2.4. Participantes da pesquisa**

O desejo de origem desta pesquisa pretendia incluir todas as categorias de trabalhadores que compõe um CAPS III, ou seja, analisar, compreender as trajetórias de todos que constituem uma equipe, pois de alguma forma ou de outra,

todos que estão ali enquanto trabalhadores, esbarram, atravessam ou são atravessados pela demanda de cuidado com o outro, desde o porteiro, que muitas vezes se torna o recepcionista, oficineiro e cuidador da ambiência, a auxiliar administrativa, que tem habilidades manuais e vire e mexe decora a ambiência, ajuda nas festas e faz a cobrança constante para que seja preenchido a RAAS, para que se evolua os prontuários de forma mais adequada, a auxiliar de higiene, dona de uma paciência de dar inveja, que transgride junto com outros trabalhadores e cede cafezinhos fora dos horários institucionalizados, ou uma outra auxiliar de higiene que tem medo dos usuários e fala sobre sua dificuldade em lidar com determinadas situações, tem o técnico de enfermagem ora tão rígido e ora tão doce, assim como, tem os monitores, os enfermeiros, psiquiatras, terapeutas ocupacionais, entre outros.

No entanto, por se tratar de uma pesquisa para a conclusão de um mestrado profissional, sendo então, exigido algum recorte mais preciso para se chegar a algum “fim temporário”, optou-se por delimitar que os participantes fossem profissionais de nível superior dos CAPS III de Campinas/SP. Levando em consideração, a publicação do Ministério da Saúde, *Saúde Mental no SUS: OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL*, “a equipe de profissionais de nível superior de um CAPS III pode ser composta por psiquiatra, enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou até outra categoria profissional que for necessária”<sup>45</sup>.

Outro ponto que levou a essa escolha foi a própria experiência da pesquisadora como terapeuta ocupacional de um CAPS III e suas percepções diante das diferentes formações, dos diferentes discursos, consensos e conflitos que estavam sempre presentes no dia a dia do trabalho. Existem poucos consensos numa equipe e há riscos quando existem muitos consensos, visões tão semelhantes, não questionáveis, porém, observamos que um dos poucos consensos que ganha destaque nos dias de hoje, predominantemente, tem sido os desgastes dos trabalhadores com suas relações e práticas no trabalho.

Então, como critério de inclusão foi proposto que o participante trabalhasse num CAPS III em Campinas/SP, que tivesse nível superior e que desejasse espontaneamente participar da pesquisa. Os trabalhadores foram

convidados após breve explicação do processo da pesquisa. O convite para participação da pesquisa foi aberto para todos os CAPS III e cinco destes serviços envolveram-se efetivamente com o processo. Após elencar os interessados, foi combinado horário, local para o “encontro-entrevista”. Foi entrevistado um total de dez trabalhadores. Todos assinaram o TCLE e suas identidades estão e serão preservadas. Os nomes nas narrativas são fictícios.

## **2.5. Procedimentos éticos e etapas de inserção no campo**

O processo da pesquisa de campo iniciou após aprovação dos comitês de ética do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira (SSCF), da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) e da Plataforma Brasil, com o parecer de número 2.542.784.

O convite para participação na pesquisa foi realizado para todos os CAPS III do município, sendo estes: CAPS Estação, CAPS Antônio da Costa Filho, CAPS Integração, CAPS Davi Capistrano, CAPS Novo Tempo e CAPS Esperança.

Primeiramente foi realizado o contato com as gestoras de cada serviço e explicado sobre a pesquisa, tendo sido decidido junto às gestoras a proposta de como convidar os trabalhadores. Em 3 serviços foi possível ir até a reunião de equipe e apresentar a proposta, em 2 serviços a própria gestora levou a proposta para a reunião de equipe e em apenas 1 serviço a gestora colocou sobre a dificuldade em receber a proposta da pesquisa, pois já estavam participando de vários outros processos de investigação acadêmica.

Entretanto, percebe-se o momento mais fragilizado, de retrocessos em toda a rede de saúde do município e o quanto isto tem influenciado os processos de trabalho e emperrado o fluxo de abertura para novas propostas nos serviços. Em 1 dos serviços que foi possível estar na reunião de equipe para o convite aos trabalhadores, estes permaneceram bastante silenciados e inicialmente nenhum demonstrou interesse em participar. A única questão levantada foi sobre o tempo que seria despendido para participar da entrevista, que foi estimado em uma hora e meia, alguns acharam muito tempo frente a tanto trabalho já acumulado no serviço,

ou seja, que seria uma tarefa a mais. Tentei acolher e garantir também que esta era uma estimativa variável a cada entrevistado, porém, a discussão não foi aprofundada, limitando-se a isso, mesmo ofertando espaço para outros questionamentos.

Após a etapa de contato e proposta feita aos trabalhadores, foi delineado o grupo que tinha o desejo em participar. Ao todo foram entrevistados individualmente dez trabalhadores de diferentes categorias profissionais – uma assistente social, duas terapeutas ocupacionais, dois médicos psiquiatras, um enfermeiro, quatro psicólogas (sendo uma delas gestora de um CAPS III).

As entrevistas foram transcritas na íntegra e depois transformadas em narrativas. Toda parte textual desta pesquisa tem um pouco das minhas próprias experiências. A elaboração da pesquisa num todo passou por diferentes fases, como contado na apresentação. Foram convidados os participantes da pesquisa para o momento da defesa e, além disso, ao fim de todo o processo, será enviada uma cópia do estudo para o Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira.

## **2.6. Análise dos dados**

A experiência, a possibilidade de que algo nos aconteça ou nos toque, requer um gesto de interrupção, um gesto que é quase impossível nos tempos que correm: requer parar para pensar, parar para olhar, parar para escutar, pensar mais devagar, olhar mais devagar, e escutar mais devagar; parar para sentir, sentir mais devagar, demorar-se nos detalhes, suspender a opinião, suspender o juízo, suspender a vontade, suspender o automatismo da ação, cultivar a atenção e a delicadeza, abrir os olhos e os ouvidos, falar sobre o que nos acontece, aprender a lentidão, escutar aos outros, cultivar a arte do encontro, calar muito, ter paciência e dar-se tempo e espaço<sup>9</sup>.

Os “encontros-entrevistas” produziram um material extenso e profundo, repleto de analisadores. Foi desafiador todo o processo, estabeleceu-se um labirinto compartilhado de histórias, de difícil lapidação para um desfecho. Por isso, ressaltamos que o material produzido pode ser ainda usado, desdobrado, fragmentado, juntado para muitos outros trabalhos. Mas, seguimos com o tempo real, imposto pela vida que convoca a outras fases, contornadas por limites necessários e por prazos acadêmicos.

O que moveu essa análise em cartografia, portanto, foram as ramificações das histórias vividas em suas singularidades, mas que emergem em pontos comuns. A criação, composição deste texto-pesquisa se deu de forma atemporal, não linear, não houve uma fase dedicada apenas para a análise dos dados. Aconteceu como num mosaico, como a vida de fato acontece, muito planejamento, muitas ideias, muita teorização, inspirações, mas o real mesmo acontece de outra forma. Não se trata da comum produção de dados, informações, de um fim, mas se trata de dar relevância para processos, trata-se de compartilhar, de contar-se a partir do possível da vida. Assim, analisar é um procedimento de multiplicação de sentidos e inaugurador de novos problemas:

Se há algo de analítico na escolha inicial dos procedimentos a serem empregados é porque, em cartografia, não há como separar a análise das demais fases da pesquisa. Ela não é uma etapa a ser realizada apenas ao final do processo, na qual o material de campo poderia ser, enfim, compreendido. A atitude de análise acompanha todo o processo, permitindo que essa compreensão inicial passe por transformações. Por isso, em cartografia não há uma separação entre as fases de coleta e análise; tal atitude subentende também algum tipo de separação entre o objeto e o sujeito que o conhece. Como consequência de separar radicalmente a análise da dita “coleta” do material de campo, há a caracterização da análise como um procedimento de decomposição em relação ao sentido, isto é, como um meio de determinar onde se localiza o sentido obtido ao final do processo – se no mundo objetivo ou na subjetividade do pesquisador<sup>47</sup>.

Mas, embora reafirmamos que a análise tenha atravessado todo o processo da pesquisa, houve dois momentos mais intensivos do ponto de vista do “fazer analítico”: a análise da implicação, que se inicia desde a construção da apresentação deste trabalho e o momento em que nos debruçamos sobre a elaboração das narrativas.

Os “encontros-entrevistas”, que se deram de forma singular com cada entrevistado, em temporalidades diferentes, foram ganhando alguns contornos coletivos. Inicialmente, adentramos um primeiro grau de análise, no ato do encontro, após, nas transcrições e finalmente na compilação das narrativas. Fomos identificando “pontos-força” de cada entrevista, ou seja, reconhecendo momentos



das falas dos entrevistados que ganhavam relevo do ponto de vista de sua intensidade de conexão com a pergunta inicial e/ou com a inauguração de novos questionamentos, de novas problemáticas. Muito do que se destacou como ponto-força, baseou a denominação dos títulos de cada encontro-entrevista, marcando zonas de singularidade.

Num segundo grau de análise, foi realizado um esforço de sintetização e elaboração das entrevistas entremeadas com as análises da própria pesquisadora. As narrativas são o resultado dos encontros-entrevistas, do diário de campo e de intercessores teóricos. Por fim, identificamos zonas de comunidade entre os entrevistados, ou seja, aspectos que não são necessariamente generalizáveis, mas que transversalizam as narrativas apresentadas.

### **Capítulo III – Trajetórias de vida, metamorfoses e coletivo sustentado**

Aqui apresentaremos as narrativas dos trabalhadores e trabalhadoras, a partir de um esforço teórico-metodológico que interpola as experiências e análises de participantes da pesquisa e pesquisador. Fomos identificando alguns elementos-força ao longo da experiência de fala de cada entrevistado(a); esses elementos dão nome ao subtítulo de cada narrativa e nos dão algumas pistas para problematizar nossa pergunta inicial.

A partir dessa etapa da pesquisa, convidamos o leitor a dedicar-se à escuta do outro, a abrir-se para a leitura, espaço e tempo, para dedicar-se a entrar em contato com a trajetória de profissionais da saúde mental, pessoas comuns que dedicam parte importante de suas vidas a ouvir e transformar trajetórias alheias. E se você é ou já foi um trabalhador da saúde mental, possivelmente poderá (ou não) permitir-se viver processos de identificação, de rememoração e de novas conexões teórico-práticas com sua própria trajetória pessoal e profissional. Compartilho agora, a palavra, com os trabalhadores da rede de saúde mental de Campinas/SP.

### 3.1. Da infância na comunidade ao trabalho no CAPS

Mariana tem 43 anos de idade, nasceu no Recife/PE, é assistente social e trabalha no CAPS III há sete anos. Ao chegar no trabalho de Mariana, me sugerem que aguardasse na sala de equipe, espaço pequeno, mas cheio de gente, cheio de movimento. Ela estava bastante atarefada, conta que logo tiraria férias e que precisava cuidar das coisas para se ausentar, sugiro marcarmos um outro dia para a entrevista, mas insiste que fizéssemos naquele dia mesmo. Aguardo.

O trabalho no CAPS III pode ir nos deixando assim, “fazedores” de múltiplas coisas e com uma agenda idealizada, pois ao final de todos os dias sempre nos damos conta que trabalhamos essencialmente com o não planejado, com o não esperado. Por experiência, compreendo este processo “dos dias que antecedem as férias”, a sensação é que o trabalho se multiplica, há uma lista imaginária de tarefas para cumprir, há a necessidade de intensificar as discussões dos casos, verificar quem assumirá os atendimentos que você faz, quem será a referência para os pacientes que você atende, deixar as evoluções dos prontuários em dia, entre outras infinitas demandas e que então, se torna emergencial nos desligarmos, darmos conta de separar, distanciar, limitar. Para alguns profissionais a “ficha” dessa separação cai mais fácil, para outros não. É, não somos responsáveis por tudo, ainda bem!

Naquela tarde muitas coisas aconteciam, equipe de manutenção consertando partes estruturais da casa, muita gente por ali (usuários e equipe) e muito barulho (marteladas, vozes, ventiladores). Fomos para uma sala de atendimento e ali tentamos iniciar a entrevista. Novamente me fala das férias e conta que antes das férias passaria por um processo cirúrgico do maxilar, que não era a primeira cirurgia que fazia para tratar o problema, que isto era resultado de uma agressão que sofreu. Foi agredida por um usuário em crise, conta de forma natural, como se a situação fizesse parte do seu trabalho, como algo comum. Rapidamente, emenda a falar sobre os demais assuntos. Impactada com a ocorrência dos fatos, me vi com a questão, aliás com a triste afirmativa, do quanto temos banalizado, não reconhecido e não discutido sobre a violência nos espaços de trabalho.

Mariana desde criança acompanhava os pais em trabalhos voluntários na igreja, participavam de movimentos sociais, com educação popular. E foi aí que conheceu uma assistente social. *“Apaixonou-se”* pelo trabalho da assistente social na comunidade e passou a desejar *“ser como ela quando crescesse”*. Concomitante, manteve o interesse pela área jurídica. Logo que se formou, foi trabalhar como assistente social no sistema penitenciário, depois em ONG's até chegar ao trabalho no CAPS III.

Acreditava que não suportaria o trabalho em saúde mental, mas com o tempo desenvolveu outra percepção, conseguindo relacionar as experiências de trabalho na penitenciária com as experiências de trabalho no CAPS III, entendendo a questão sobre o lidar com o vulnerável, excluído, esquecido, *“o preso e os pacientes da saúde mental são as escórias da sociedade, são pessoas que não cabem investimentos, que não são olhadas, não é interessante para o governo, nesse ponto, tem essa igualdade, desse deixar de lado, esse não investimento e acho que sou mais pirada ainda, porque foram os dois lugares que amei trabalhar, que me apaixonei”*.

Baseada no pensamento de que produção de saúde mental se trata de produzir qualidade de vida e abandonar o olhar voltado para a doença, quando iniciou seu trabalho no CAPS III, *“desenfreadamente”* se envolveu com muitos grupos de atividades, entendendo que aí estava a resposta, proporcionar afazeres, ocupações. Além disso, prestava assistência para as moradias, desenvolvia atividades externas e burocráticas ligadas ao serviço social e ligada a função de referência. Conta que aos poucos foi se desligando de algumas funções e que fez isto para ter *“mais tempo livre”*, pergunto se reduziu suas atividades para poder se organizar, visto o tanto de tarefas que acumulava, que se responsabilizava e me responde que foi para poder *“criar coisas novas”*.

Então, nesse mesmo momento, me vejo tomada pelas questões: que produção de saúde buscamos, se tentamos operar o tempo todo por um desejo descomedido de acabar com qualquer vazio, seja lá do jeito que for? Parece que existe constante reatividade, constante necessidade de dar respostas, de tamponar tudo. Nossas ações frente à realidade, parecem se confundir entre sustentação clínica e enfrentamento por demanda de angústia. De qual angústia queremos

cuidar? Da angústia do outro ou da nossa? Se permitirmos, entramos num labirinto da sobreimplicação, numa mistura das nossas angústias com angústias alheias, seja dos usuários e/ou até mesmo com as angústias da equipe, da instituição em si. Perdemos de vista, o estar disponível, o acompanhar processos, o fazer junto, o fazer criativo.

Por diversas vezes, Mariana fala sobre se sentir “*muito brava, cansada*”, “*muito sozinha*” no trabalho, “*que tem que fazer por mil*”. É a única profissional do seu núcleo, por isso atende todas as equipes de referência. Tenta criar parcerias, mas aponta que é necessário “supervisionar” o trabalho do outro, para que de fato exista resolução. Observa que a equipe deveria se envolver mais com as questões do serviço social, que poderiam aprender a fazer alguns processos e não dependerem apenas dela. Cita exemplos, como fazer cadastramento dos pacientes para o INSS, que precisa da ajuda da equipe, que lhe passem informações, que falem do assunto com os pacientes, mas acaba sobrando muito de todo o processo para ela resolver. Acredita que muitas confusões no dia a dia do trabalho, derivam do relacionamento entre as pessoas da equipe, que “*misturam*” as questões pessoais, acha que falta “*maturidade profissional*”.

Sente que a maior parte do que faz, é “*trabalho de formiguinha*”, mas do quanto aos poucos consegue ter resultados. Relembra casos que encaminhou para a judicialização e dos ganhos que tiveram. Como um usuário do CAPS que foi indenizado e recebeu 80 mil reais, fala entusiasmada sobre um fruto visível do seu trabalho, sobre a possibilidade de produzir mudanças de vida. Ressaltando, o lugar de importância do seu núcleo profissional, do quanto possui função facilitadora para a vida dos usuários. Mariana reconhece o sucesso do seu trabalho, algo que é importante para a sustentação da própria trajetória e sobrevivência de um coletivo, por muitas vezes não reconhecemos, nos acostumamos a falar mais das dificuldades, do que a comemorar algo que deu certo na prática clínica-institucional.

Mariana conseguiu alinhar os desejos das áreas de conhecimento do serviço social e do direito, como coloca, “*briga*” por isso, pela garantia de direitos dos usuários da saúde mental. Contesta que dentro das políticas públicas da assistência social, o espaço que deixam para a saúde mental é pequeno e ainda, há falta de informação da população em geral sobre os direitos destes usuários. E que sentiu

falta de ter tido a disciplina de saúde mental na faculdade, acredita que isso deveria ser acrescentado na grade curricular. Acrescenta que a imersão no campo da saúde mental, trouxe outro sentido para a vida, que é um conhecimento *“agregador”*.

Acha que *“o lugar”* do assistente social não é legitimado, consolidado como as demais profissões. Entretanto, a meu ver, nenhuma profissão garante um *“lugar dado”*, ainda mais no campo da saúde mental, que exige-se algo que vai além da formação técnica, da formação de núcleo, sendo sempre necessário essa construção de espaços. Mesmo as profissões com percursos mais instituídos socialmente, com núcleos mais delimitados, como exemplo, a medicina e a enfermagem, ambas necessitam se transformar, se transpor para a atuação no campo da saúde mental.

Mariana não vê a lida com os usuários como algo desafiador, *“não dá pra falar que isso é um desafio”*, porque *“aqui é o CAPS”*, *“lugar de tratar a crise, é um lugar para esse tratamento”*. Mas, *“confessa”* que ficava *“assustada, chocada”* com o CAPS, por experimentar situações que nunca havia imaginado e sentia-se com medo, insegura, por achar que não tinha conhecimento específico para a área. Hoje em dia, gosta dessa *“loucura do CAPS”*, desse *“não existir uma rotina para o dia de trabalho”*. Trata-se de um trabalho constituído por uma forma, não forma, por contradições sentidas em corpo.

Realiza trabalhos voluntários numa instituição que cuida de idosos, auxilia com questões do benefício, aposentadoria, organiza festas. *“Acho que o meu trabalho é muito pesado e a gente fica o tempo todo na loucura e gosto de ficar também um pouco com os normais”*, coloca que estar com os idosos é fazer algo diferente. Continua a participar de movimentos sociais com grupos de amigos para ajudar em espaços de *“invasão”*. Sendo o momento de cuidado mais de si, é quando vai no pilates, no curso de inglês, no curso de maquiagem, no cinema com familiares. *“É meio corrido, mas dá”*. Tem feito curso de maquiagem como algo que gosta, como algo para si, mas em seguida já emenda, dizendo que associa o curso como proposta também de trabalho, *“fazer o dia de beleza”* com os usuários do CAPS. O trabalho nos contamina, nos transforma, trazendo dimensões, densidades infinitas para a vida.

Continuamos a falar sobre a importância dessas formações mais informais e Mariana acredita que tudo pode ser somado ao trabalho e que ao fazer algo com prazer, cria-se “*impacto*”, diferença, que vem tentando praticar isso. Vê que a formação é algo contínuo, que tudo que aprende, pode ser sempre aprimorado, muitas vezes, possibilitando até transformar a própria teoria, “já que a teoria não dá conta de tudo”. Acredita na informação disseminada, compartilhada, na formação de multiplicadores de informação, trabalhos em rede e comunidades.

Entende que a instituição em que trabalha oferece espaços formativos, que quando se interessa em cursos, congressos e outros fora do CAPS, sempre esteve autorizada a participar. Além disso, existe no CAPS as reuniões de núcleos, mas que por ser a única assistente social, acaba por vezes cobrindo o plantão para que os demais profissionais possam se reunir. A gerente, também tem feito um levantamento com toda a equipe, sobre temas que podem ser discutidos, então, convidam alguém para falar sobre determinado assunto ou profissionais do próprio serviço apresentam algo.

Acredita que exista um “tempo” para trabalhar no CAPS III, acha saudável, o que não significaria deixar a saúde mental. Que seria interessante um rodízio, experimentar outros dispositivos, conhecer como outras equipes funcionam, fazer um intercâmbio entre os serviços da rede. Sente que há muito tempo está no mesmo trabalho, mas também acredita que “*tem coisas que precisam de um tempo maior para se ver o resultado*”. Que o tempo traz amadurecimento, “*a pessoa que entra hoje aqui, com 30 dias já é outra, porque você tem um desenvolvimento assim que é fora do comum (...) ensinam na vida que temos que ser um quadradinho, mas você pode ser a forma que você quiser, (...) tem que viver e sem estes rótulos, lógico, tem que ter uma postura, mas não precisa ficar o tempo todo se repreendendo, se segurando, você pode ser você, mas de uma forma mais leve (...)*”.

Novamente fala sobre a importância dos processos de formação para o trabalho, da necessidade social de se compreender mais sobre o que é saúde mental. “*Porque é isso que a gente trabalha o tempo todo, protagonismo e autonomia do usuário e que eles possam realmente ter um lugar, que eu acho que isso agrega*”. Diz ainda, sobre a formação do assistente social estar contaminada

por algo *“muito moralista”*, que são formatadas *“caixinhas na faculdade”* e que o campo da saúde mental *“acaba com elas”*. Complementa, *“a partir do momento que você muda, quando você muda o pensamento, consegue olhar as coisas de uma outra maneira, aí, isso melhora bem. Traz um outro resultado, fica tudo mais leve, você consegue pensar em saídas”*. Mariana é o próprio movimento de luta, de desconstrução e reconstrução!

### **3.2. Dançar um cotidiano**

Beatriz tem 32 anos de idade, nasceu em São Paulo/SP, é psicóloga e trabalha no CAPS III há 6 anos. Desde o início do encontro apresentou-se bastante reflexiva. Seu percurso de escolha profissional foi vivido como uma *“crise pessoal”*. Primeiramente, cogitou prestar vestibular para ciências sociais, mas ficava preocupada com o que poderia ter de retorno financeiro com um trabalho de cunho mais filosófico, havia o receio de como se inserir na prática exigente do mercado de trabalho. Por isso, prestou administração, videologia, fez mais tempo de curso pré-vestibular e foi amadurecendo os desejos. Ressalta com força, de como *“foi tenso”* todo processo até chegar numa conclusão, de que queria mesmo era estar próxima das pessoas e ter uma função do social, do coletivo.

Durante a graduação em psicologia, tudo foi ganhando mais sentido. O campo da saúde mental foi surgindo e ganhando espaço para Beatriz, o tema era algo predominante nas ações da sua universidade. Foi incentivada a ter *“paixão”* por esse trabalho e ao percorrer os caminhos a fora, percebeu que não se encontrava, não se satisfazia mesmo com o *“formato da psicologia mais clássica de consultório”*, de atendimentos tão individualizados. Então, fez o aprimoramento em saúde mental (curso de pós-graduação), que também proporcionava uma visão mais crítica, um olhar mais filosófico sobre a função do que se faz, provocava nuances do tipo a *“desconstrução da psicologia”*. Foi percebendo o quanto a área da saúde mental, o CAPS em si, possibilitava trabalhar de outro modo, possibilitava ampliar o olhar, ampliar a atuação da psicologia. A saúde mental casava-se com o desejo anterior de Beatriz de trabalhar com questões do social.

Acredita que o trabalho na saúde mental, carrega processos indissociáveis da experiência de vida de cada um, afinal, *“a gente traz um tanto de si”*. Pois, trata-se de um trabalho centrado na relação com o outro e a forma como nos relacionamos com os outros se faz e parte do que a gente vai vivendo e da forma que vivemos. E não se trata apenas do que vivemos, mas o que dessas vivências investimos em nós mesmos, do quanto essas experiências permitiram ou não aberturas para superar preconceitos, para entender mais do outro (na medida em que fomos ou não fomos entendidos). Essas trajetórias (de experiências) dizem das diferenças ou mesmo das nossas próprias relações, com a família, com os nossos amigos. Se a gente está conectado, se está disposto a se entender, a se investir, a negar ou afirmar essa trajetória no trabalho. Para Beatriz, a saúde mental é *“essa integridade mesmo, estar inteiro”* e considera que isso seja um fato social, o poder de conviver, *“o poder estar inteira com seu corpo, inteiro com a sua comunidade, poder fazer as coisas terem um pouco mais de sentido, acho que isso vai viabilizando uma pessoa sustentar a sua saúde mental”*.

Depois das experiências iniciais, Beatriz permaneceu 2 anos desempregada e retornou para a casa dos pais em sua cidade natal. Enquanto estudava para concursos públicos, passou também a investir em cursos de dança. A dança foi algo tão importante naquele momento da vida, que chegou a prestar vestibular para a área. A atividade de dançar, deu suporte para o momento pelo qual passava, acolheu-a e ainda, ampliou sua relação com o próprio corpo. Certamente todos esses processos se atualizam cotidianamente em seu trabalho. Embora pareça superficialmente que no CAPS, o verbal seja a matriz do trabalho, pelo contrário, é um trabalho que exige o tempo todo *“estar corpo”, “ser corpo presente”*. Beatriz refere que no CAPS, *“seu corpo está ali, no jogo, o tempo todo”*.

Foi nesse período que fez os cursos de dança, quando aparentemente estava *“afastada da saúde mental”*, enquanto não conseguia passar em processos seletivos para trabalhar como psicóloga, que Beatriz fortalecia ser *“corpo-terapeuta”*, até ingressar no trabalho de um CAPS III e permanecer até os dias de hoje. Somando o processo de um corpo dançante com a formação em psicologia, com percepções necessárias sobre fortalecimento da saúde coletiva, percebe que são bagagens que fortalecem o enfrentamento do cotidiano. E que a vivência das



próprias dificuldades pessoais, a possibilita, traz luz, ao sentimento de empatia pelo sofrimento do outro. O sofrimento psíquico deixa de ser um objeto exterior.

Beatriz relembra de momentos de ansiedade que viveu na graduação e do *“pezinho na loucura”* que tem toda família. Ao entrar em contato com essas experiências de sofrimento, reconhece que *“racionalmente”* todos os terapeutas sabem da importância de incluir atividades de autocuidado no cotidiano, ao mesmo tempo que percebe o quanto é fácil se descuidar frente ao processo desgastante e extensivo do trabalho. Recentemente, voltou para a terapia (como paciente) e tem percebido a dimensão do quanto o trabalho toma conta da sua vida. De como veio à Campinas/SP por conta do emprego, de como todos os dias está no CAPS e vive intensamente o CAPS, seu círculo de amigos, que os momentos de lazer são praticamente circunscritos por pessoas com quem trabalha, e por isso, o tema do trabalho está presente a todo momento.

Refere que com o sucateamento do SUS, reduziram-se algumas possibilidades formativas antes existentes, como a supervisão clínico-institucional, espaços de educação permanente, antes oferecidas pela instituição e secretaria municipal de saúde. Pelo esforço dos trabalhadores, foi mantido no CAPS, um espaço de roda, mensal, denominado *“reunião de núcleo”*, onde cada núcleo se reúne para discutir demandas da especificidade, podem se atualizar, discutir casos. Para Beatriz este é um momento de alívio, de compartilhamento e de conexão com o núcleo profissional. Percebe que desde a instauração da crise política e econômica no município, ampliaram-se os momentos de socialização dos problemas, corresponsabilização com as soluções (entre todos - usuários e profissionais). Conclui que é importante ter crítica de toda conjuntura, do quanto tem gerado desestrutura no trabalho, mas não perde de vista que toda crise possui potencial criativo.

Beatriz pensava em trabalhar no CAPS por no máximo 3 anos, mas tem compreendido que quando está envolvida, engajada no processo, vai ficando difícil se desvincular, *“a gente vai se refazendo e se reinventando, tem um momento que parece que não vai dar mais conta, que quero ir embora amanhã, mas depois, respira, volta. Isso vai ressignificando, mas ainda sim, acho que tem sim, acho que não dá para fazer uma longa carreira.”* Utiliza a palavra *“gratidão”* para expressar o

retorno que o trabalho no CAPS produz em sua vida. *“É algo que eu levo pra vida mesmo (...), apesar das dificuldades, a clareza que tenho é de evolução pessoal, de ser grata aos pequenos retornos que existem nas histórias que a gente atende e acompanha, por que não tem nada de retorno grandioso mesmo, são processos de vida, de histórias, de situações que a gente começa agora para os retornos virem a longo prazo, no dia a dia é muito aprendizado, é muito mesmo. Fica até meio hippie, falar isso, mas é muita gratidão mesmo”.*

Ao fim da entrevista, Beatriz nos dá uma breve devolutiva, de que estávamos no caminho certo em relação aos pressupostos da pesquisa-intervenção: *“Queria dar uma devolutiva do quanto que é interessante responder tudo isso, é algo que vai reeditando também nossa própria história e externalizar nessa maneira mais organizada, nesse roteiro também vai trazendo à tona alguns sentidos, é uma pesquisa que é algo que você está fazendo mas, que pra aquele que está respondendo acho que ajuda. (...) A gente está em um momento que precisa conversar sobre isso, sobre a história dos trabalhadores. É isso que faz sentido e o sentido vai se perdendo se a gente não cuida dele, não cuida disso, talvez seja o momento de voltar lá trás. Olha, realmente existe uma trajetória. (...) Nesse dia a dia, talvez precisemos é respirar um pouco com calma, olhar para as coisas e resgatar um pouquinho. Puxar o fio de novo, as coisas vão se ligando e fazendo sentido”.*

### **3.3. A busca por sentidos: café da tarde e levezas**

Luisa tem 31 anos de idade, nasceu em Campinas/SP, é terapeuta ocupacional e trabalha no CAPS III há 8 anos. Escolheu um lugar bem acolhedor para que nosso encontro acontecesse, uma padaria! O “encontro-entrevista” passou pelos temas: vida, café, desejos, gestação e muito trabalho. Mostrou-se surpresa quando perguntei sobre como se deu a escolha da profissão, *“nossa... da profissão? Nossa que difícil”.* Parece que esse é um tipo de escolha que equivale a “escolha da vida”, ter que escolher a profissão a partir de um curso, o que muitas vezes, carrega complexidade e peso. Primeiro vindo a teoria para depois viver a prática e ainda, há certa exigência imaginária, de como se a escolha fosse algo definitivo, para a vida

toda. E ainda, podemos vivenciar sensações do tipo, “não podemos nos permitir ao erro, voltar atrás ou trilhar outros caminhos”. Mas, nessa tentativa de criar alguma trajetória, nos permitirmos aos devires. Experimentamos a vida e a cada momento podemos amadurecer algo e nos aproximar daquilo *“que faz mais sentido para as nossas vidas”*.

Luisa sempre gostou da área da saúde, por anos desejou fazer medicina, ao mesmo tempo, gostava das artes, do teatro. Lendo um manual de profissões conheceu a terapia ocupacional, *“uma profissão da área da saúde, mas que também fazia uso das atividades enquanto recurso terapêutico”*. *“Achei aquilo muito legal, vi que poderia trabalhar com duas coisas que gostava, que eram as artes e a saúde”*. Procurou conhecer profissionais que atuavam na área. Mesmo assim, sentiu-se insegura, prestando o vestibular para diferentes áreas: medicina, biologia e terapia ocupacional. Passou no curso de terapia ocupacional e resolveu fazê-lo.

Retoma o percurso de identificação com o campo da saúde mental, *“(…) acho que também fui gostando mais dos professores da mental, do que dos professores da reabilitação”*. Achava as aulas, os casos da saúde mental mais interessantes, *“as coisas pra mim fazia muito mais sentido”*. Chegou a fazer estágio em reabilitação física, mas persistia o interesse em *“pensar a vida do sujeito, a história do sujeito, do que na reabilitação física em si”*, sentia-se até culpada por não engajar-se com as condutas da reabilitação física, temia ser negligente no cuidado.

Com preferências mais delimitadas, resolveu prestar concurso municipal para estágios na saúde mental. Podia escolher um campo de estágio entre as diferentes modalidades de CAPS e optou pelo CAPS de álcool e drogas, permaneceu pelo período de 2 anos. Ao mesmo tempo, continuou os estágios pela faculdade em Centro de Saúde e em CAPS III. Foi reconhecendo que o trabalho com a psicose e neurose grave, *“fazia sentido na minha vida”*.

O campo da saúde mental é algo que a estimula, que a fascina, que a interessa, *“particularmente, gosto muito de trabalhar com os casos de psicose (...) pensar em como o sujeito lida com o delírio, como vive a vida, como funciona, mesmo tendo uma distorção tão grande da realidade”*. *“Pensar em como ele interage com a família, pensar em como consegue às vezes trabalhar, estudar, conviver em*

*meio a tanta loucura (...), então assim, saúde mental não é a ausência da loucura ou a razão, a racionalidade, na verdade é como o louco aprende a viver e a lidar com a loucura". "Saúde Mental para mim é quando o sujeito tem muita resiliência e capacidade para enfrentar as adversidades, na verdade a gente vive numa sociedade bem doente mental, cada vez mais vemos pessoas extremamente frustradas, extremamente intolerantes, enfim, (...) saúde mental é a capacidade de resiliência, de conviver (...) de conseguir fazer o que gosta".*

Luisa acaba revelando algo de muita delicadeza: teve um irmão com transtorno afetivo bipolar que cometeu suicídio. *"Acho que querendo ou não essa experiência de vida acabou me despertando (...) pela área".* Conta sobre outras dificuldades familiares e do quanto vê, que não existe família perfeita, brinca, *"a minha família é um bando de loucos"*, como todas as famílias são! Acha que o fato de ter que lidar com tantas situações no ambiente familiar a tornou capaz de orientar, de acolher. Quando faz um resgate da sua história, reconhece que sempre foi alguém que escutava, que aconselhava, que cuidava. Era vista pelos amigos como a mais capaz de acolher. Coloco que desde sempre teve a função de conciliar e Luisa concorda, dizendo *"as pessoas me contavam os segredos mais difíceis, que não contavam para mais ninguém"*.

Após a faculdade, fez aprimoramento em planejamento e gestão na saúde coletiva. Na época as aulas e supervisões deste aprimoramento aconteciam juntamente com o aprimoramento em saúde mental. Luisa sabia disso, e sentia-se atraída por ambos os temas – gestão e saúde mental. O tema da gestão se tornou uma questão desde que se viu no estágio no CAPS AD e presenciava os impasses ligados a gestão do serviço, a questão sobre como gerenciar um serviço tão complexo se tornou algo inquietante. Durante o aprimoramento, escolheu como campo de prática um CAPS III e mais tarde, neste mesmo serviço prestou processo seletivo para trabalhar e lá está como TO até os dias de hoje. Em alguns momentos já substitui a gestora do seu serviço.

Com o tempo de trabalho no CAPS III despertou-se para os estudos de psicanálise, conta que aprendeu *"muitas coisas"*, mas que não era bem o que queria, o que precisava, então começou a participar de um grupo de estudos em TO. Conversamos sobre o quanto os processos de formação profissional são

importantes para sustentação do trabalho no CAPS e Luisa sente que há certo “*emburrecimento*” quando se distancia dos estudos, acha que o mundo teórico pode “*apaziguar e alimentar*”. Recorda-se de quando foi supervisora da residência multiprofissional em saúde mental, que participou de algumas aulas deste curso, que achou que iria ver conteúdos repetidos, mas surpreendeu-se ao se ver repensando a prática de trabalho e olhando para questões já adormecidas.

Pergunto se haviam outros elementos que podiam compor com a prática de trabalho, que pudessem também auxiliar nessa sustentação do cotidiano para além dos cursos formais do núcleo e/ou campo e fala, “*ah eu acho, por ser terapeuta ocupacional, também valorizo muito a questão do fazer e pra mim faz muito sentido pensar na criatividade*”. Aí então, conta do curso que faz de confecção de bonecas de pano, dos cursos que fez para decoração, mostra-se entusiasmada com estas atividades, inclusive já tentou trabalhar com decoração paralelo ao trabalho do CAPS. Diz que essas vivências ampliam o sentido de criatividade, e diria que ampliam o sentido de prazer, “*(...) experimentar a criatividade, poder explorar esse lado, que querendo ou não com o trabalho do CAPS, acaba ficando meio adormecido (...) experimentar um outro tipo de trabalho, que exige outras coisas de você, isso também vai trazendo uma outra capacidade de resolver problemas e conflitos que querendo ou não me ajudam no meu trabalho no CAPS*”.

Avalia que não existe espaços formativos oferecidos pela instituição em que trabalha, mas que há flexibilidade da instituição em liberar o trabalhador para participar de algo fora, sendo algo que parte do desejo do trabalhador, que busca por um curso, congresso, etc. Quanto ao cotidiano do trabalho, acredita que se aprimora nas trocas, nas discussões dos casos em equipe, nas relações que estabelece também com os usuários, ou seja, quando existe alteridade. “*Na verdade, acho que a relação entre os pares na equipe é o que mais fortalece, além disso, ultimamente, percebo que cresço muito nos meus atendimentos individuais, no sentido de que sou uma pessoa que pensa muito, penso muito nas minhas ações, nas minhas atuações, no modo como intervenho nos casos, aí depois eu fico pensando muito naquilo que foi bacana, se aquilo faz sentido, o que aquele caso está querendo me dizer*”.

Com relação ao trabalho do núcleo da terapia ocupacional, Luisa acredita que se afastou do atendimento *“stricto sensu”*, da formação primária, percebe que sua atuação ampliou-se. Acha reducionista pensar que toda intervenção da TO tenha sempre que empregar o uso da atividade enquanto recurso terapêutico. E de fato, o trabalho no CAPS III tem exigido um lidar diferente com o tempo, na maior parte das vezes, não existe possibilidade de planejar um *setting* terapêutico, não existe possibilidade do acompanhamento começo, meio e fim da atividade, análise da atividade. Existem urgências gritantes e que o contorno se dá por outras vias, por outros manejos e os núcleos profissionais podem se dissolver nisso.

Luisa continua a contar sobre seu trabalho, que seu foco de intervenção é o cotidiano, é as atividades de vida diária, o autocuidado, promover habilidades para que o sujeito possa ser mais funcional na vida. Então me questiono, o trabalho com as atividades rotineiras não são recursos terapêuticos? Entramos no clássico conflito do núcleo da TO, o uso das atividades enquanto recursos terapêuticos, conceito que ao mesmo tempo auxilia na definição e sustenta a profissão, mas que ao mesmo tempo negamos com o receio de sermos reducionistas e não valorizadas. Claro que essa conversa só se produziu, por sermos ambas - pesquisadora e participante - terapeutas ocupacionais. Mas se não é a ação, a experiência pela atividade, a vida é composta pelo que? Tentamos catalogar situações e meios não catalogáveis e continuamos a fazer confusões a partir de pré-conceitos.

Com o decorrer da conversa, reconhece que a experiência de acompanhar as residências terapêuticas/moradias, a fez retornar ao núcleo, a *“fez experimentar mais as atividades enquanto recurso terapêutico”*. Nada como o próprio ambiente dos usuários, nada como trabalhar o real da vida. Ser esse profissional mais amplo, talvez seja não enrijecer os modos de atendimentos e trabalhar com projetos de vida para além de paredes e muros. *“Há muita tutela com os moradores das residências terapêuticas e a gente foi pensando, ele pode fazer o próprio prato (...), tinha um paciente, por exemplo, que nunca saía da casa e ele tinha dinheiro e não gostava de gastar, andava mal vestido, aí a gente foi fazendo um trabalho dele de sair, dele conhecer o shopping, dele conhecer a padaria, de conhecer outros espaços e ele hoje adora sair, quer gastar e quer se vestir bem, quer comprar”*. Abriu-se para possibilidades, ampliaram-se os caminhos, despertou-se para mais desejos!

Coloca que a lida com os casos emaranhados entre a doença mental e a marginalização social (falta de recurso econômico, cultural etc.) tem sido um dos maiores desafios no dia a dia do CAPS. As gravidades se misturam, não se sabe o que é grave, as questões sociais ou o adoecimento, ou ainda o que veio primeiro, provavelmente originam-se juntos. Outro desafio para Luisa, são as relações de trabalho, é estar em equipe, lidar com a diferença de pensamentos, *“enfim, (...) meu serviço, é um serviço que no momento passa por um adoecimento assim da equipe, por conta de várias coisas do processo de trabalho que foram se complicando ao longo do tempo e aí eu percebo que a gente foi perdendo um pouco a capacidade de discutir os casos com mais maturidade, com mais conteúdo clínico, às vezes, as discussões ficam rasas, ficam muito com valor moral e eu acho que é uma dificuldade quando você tem que discutir casos tão complexos sem a capacidade de fazer o raciocínio clínico”*.

Ainda aponta sobre os desafios gerados pela escassez de recursos da instituição, *“sucateamento do SUS (...), você ter redução de marmita, você ter redução de RH, você ter redução de dinheiro pra manter projeto, também traz o sucateamento do serviço, uma dificuldade muito grande para trabalhar”*. Como estratégia de enfrentamento dos problemas, acredita no investimento das relações de parceria, de compartilhamento, vai tentando identificar estas parcerias no trabalho, com quem pode contar, o que traz mais *“apaziguamento, paciência, tolerância”*.

Com relação as práticas de autocuidado, permanece pensativa com a questão, parece que nós trabalhadores da saúde nos acostumamos a falar sobre o autocuidado do outro e muitas vezes ficamos meio pasmados quando nos questionam sobre as práticas de cuidado de si mesmo, como cuidamos de nós mesmos, como seguimos com os próprios projetos de vida? Luisa conta que parou com a terapia nos últimos meses e tem achado isso ruim. Mas, vem entendendo que seu autocuidado está em valorizar e fazer as coisas que gosta, *“poder encontrar um amigo, bater papo, tomar um café numa padaria! Poder estar com meu filho, com meu marido e agora com a minha neném que vai chegar, cuidar das coisas para recebê-la (...) arrumar minha casa que é uma coisa que adoro, poder passear. Acho que já teve épocas que fazia coisas mais concretas, de fazer massagem, de fazer análise, nesse momento eu parei um pouco com essas coisas”*.

Falamos sobre o “cuidar-se” como dispositivo de promoção de bem-estar, de tentar alguma regulação das emoções. Luisa coloca que trabalhar com saúde mental é algo *“puxado, que ti suga, que muitas vezes mexe com você, que desperta coisas”* e que *“muitas vezes o que se desperta não são necessariamente coisas boas”*, por isso complementa que *“ter uma boa relação consigo mesmo”*, com sua subjetividade facilita o desenvolvimento do trabalho em saúde mental. O trabalho em saúde mental modifica a vida, Luisa brinca que *“nunca pode sair e contar para uma pessoa leiga que trabalha com saúde mental, que você é terapeuta, que se não a pessoa já quer desabafar a vida, (...) procuro evitar dizer o que faço, porque acho que quando as pessoas descobrem que você é cuidadora, elas ti colocam num lugar de cuidado logo de cara (...) decidi isso pra minha vida. Ao mesmo tempo (...) tenho uns amigos ou familiares que sabem o que eu faço, aí eles vêm com olhar de curiosidade, conta como é que é, nossa eles são muito loucos, nossa o que que eles falam? Então, de um modo também, lógico, posso falar sobre como é estar tão perto de tanta loucura e sobreviver a isso para pessoas que não convivem tão perto assim. Acho que o meu trabalho me traz mais paciência pra lidar com outras pessoas, me traz tolerância, me traz uma mente mais aberta pra lidar com questões de muito tabu, mais ao mesmo tempo traz muito sofrimento, porque acho que a gente desenvolve uma capacidade de autocrítica e de ficar repensando e interpretando muitas coisas da vida, isso também é ruim. E acho que como TO a gente sempre pensa também se o trabalho que faço é um trabalho que gosto, acho que é uma questão que fica sempre presente, de que o que você faz tem que ser prazeroso, tem que fazer um sentido, aí acho também que acaba sempre fazendo esse questionamento da nossa vida assim (...)”*.

Há sofrimento, há desgaste, mas há muito aprendizado com o trabalho no CAPS, na saúde mental em geral, por isso, Luisa acredita que existe “um tempo” para trabalhar no CAPS, *“acho que a gente pode trabalhar com saúde mental sem ser necessariamente num CAPS, como ir para universidade estudar, acho que como assumir um cargo de gestão, como exercer outros tipos de cargo, de gestão que não necessariamente estão ligados a assistência tudo, uma vez vi um vídeo de uma TO, que é a Berenice de Rosa Francisco, uma aula que ela deu, que ela falou que a terapia ocupacional ensinou a ela que ela poderia ser o que ela quisesse na vida (...), carregou isso pra minha vida, acho que posso ser o que quiser assim, posso*



*trabalhar no CAPS se quiser, posso ser gestora se quiser, se eu quiser e tiver vaga. Posso estudar, posso fazer faculdade, posso ser decoradora e fazer uma coisa que não tem nada a ver, acho que a TO dá essa capacidade de pensar nas outras possibilidades de ação”.*

Luisa diz que nosso “encontro-entrevista” a fez pensar, rever muitas coisas. O sentido de vida que ela tanto nos fala, talvez seja essa elaboração de significados, mas que só se tornam possíveis em processos de implicação, de entrelaçamento entre os processos da própria vida com a vida do outro. Talvez o sentido esteja aí, em fazer o que gosta, costurar bonecas de pano e tomar café em boa companhia! O poder de criar, de inventar a vida, que se traduz na busca de sentidos para então fazer muito sentido!

### **3.4. O estar com o "corpo" em sua práxis**

Fernanda tem 24 anos, nasceu em Guarulhos/SP, é terapeuta ocupacional e trabalha no CAPS III há 4 meses. O primeiro contato com a profissão aconteceu ao acompanhar um familiar que fazia tratamento num hospital e lá conheceu um grupo de terapeutas ocupacionais da saúde mental. Pretendia fazer jornalismo ou letras, queria trabalhar com algo que envolvesse a escrita, mas ao fim, mesmo sem saber muito sobre a terapia ocupacional, “*arriscou*” e prestou vestibular para este curso. Naquela época não compreendia muito bem a identificação com a terapia ocupacional, só depois veio a concluir que a afinidade se deu pela aproximação com o campo da saúde mental.

Percebia que a saúde mental trazia “*algo mais amplo*”, levando em conta fatores para além do biológico. Durante a graduação se envolveu com iniciação científica e estágios na área. Após, fez residência em saúde mental, neste período norteou-se por “*sair um pouco dessa coisa da clínica stricto sensu (...) Por isso fui olhar pra uma coisa que impactava na saúde mental, mas que não era, não estava no sujeito, não estava simplesmente na relação dele com a família, estava nas situações de vulnerabilidade, na pobreza, num país desigual, num país racista, fui muito compreendendo a saúde mental como um fruto de uma série de coisas que envolve o ser no mundo, e como que esse mundo é, esse mundo é enlouquecedor*”.

Acredita que o trabalho em saúde mental traz muito das experiências de vida de cada um, *“o quanto que o nosso encontro com a profissão, com a prática e com o sujeito diz muito de nós (...) eu sei que alguns psicólogos piram com isso (risos) porque dizem que não pode ser, mas isso pode ser uma coisa potente. Nos últimos dois anos venho me deparando mais em como a minha vivência e o meu lugar no mundo geravam algumas identificações quando eu estava nos serviços, então, fiz residência num CAPS AD e eu tinha uma entrada com os usuários que era muito diferente do que os outros profissionais tinham, em algum momento isso começou a ficar mais claro pra mim, que era muito por conta da minha cor, eles falarem (...) que legal ter uma profissional negra, de conseguirem falar de outras coisa, de se identificarem de outra forma, de uma coisa que não é tão distante, ser alguém que pode ser alguém que entenda o que estou falando, e desde então, eu fui diante disso, o que que eu faço com isso assim, como que isso pode provocar, como que eu posso levar isso para o meu trabalho de um jeito que não seja também uma imposição da minha parte, enfim, mas encima do que o sujeito está trazendo, (...) eu fui percebendo, e hoje no CAPS assim pra mim isso é muito gritante o quanto que tem dado abertura para algumas coisas desse tipo aparecerem, então, paciente em crise que me pede turbante, que vai contando de como que era em Santos, o percurso dela enquanto mulher negra, enfim, de conseguir ir também me capacitando pra usar isso como um instrumento terapêutico quando isso aparecesse assim, mas sei que isso é muito por ser negro. Talvez se eu não fosse, eu não conseguiria olhar para isso dessa forma (...), quanto que pra compreender alguém você também precisa ter noção de algumas formas de opressão, que são presentes no mundo e que isso também vai provocar sofrimento, adoecimento nesse mundo (...) tive colegas que deram conta de ir construindo isso sem ser negro, sem ser mulher e tal, mas eu sei que no meu caso está totalmente ligado a minha vida pessoal, as minhas escolhas, não é algo que está descolado”*. Fernanda tocou em algo tão genuíno, que só vi a saída de deixar este trecho expresso por suas próprias palavras.

Durante a residência também fez um estágio eletivo, sendo um processo marcante, ficou por um mês num quilombo na Chapada dos Veadeiros, *“foi uma experiência punk (...) foi no auge das denúncias lá no território de exploração sexual, trabalho infantil, então esse encontro de trabalhador da saúde mental e ao mesmo*

*tempo também uma pessoa negra, uma mulher lá, foi algo bastante difícil*". Acompanhava os agentes de saúde em algumas intervenções na comunidade e ressalta sobre as condições de vida, de estrutura, não tinha internet, em alguns pontos não tinha energia elétrica, não tinha transporte público. Todas estas experiências, a fez concluir o quanto suas escolhas profissionais estavam relacionadas com a sua vida pessoal, com aquilo que se identificava.

Dentre os percursos de estágios, também passou pelo CAPS AD, Centro de Convivência, oficina de geração de renda. E é a primeira vez que experimenta o trabalho num CAPS III, a clínica da psicose e neurose grave, há essa peculiaridade, está vivendo algo novo, *"(...) foi meio na raça mesmo, ainda estou aprendendo muita coisa, é bem uma descoberta (...)"*. Fernanda tem pouco tempo de trajetória profissional, mas tem muita intensidade no desejo, na produção de vida. Observamos que tempo de experiência é algo relativo, ao fim o que importa na trajetória que se faz, está ligado ao nosso engajamento, à nossa implicação.

Fernanda percebe que o trabalho em saúde mental interfere, altera o tempo todo o seu modo de viver, que é algo denso, que invade, toma dimensão, às vezes, sente-se na *"bolha da saúde mental"* e sente falta de sair desse estado de operar na vida, de estar sempre pensando no sentido de tudo. Diz que há o lado interessante dessa dimensão, mas é necessário *"o esforço de cavar outras coisas"*. E faz um contraponto, do quanto seria interessante que a atenção básica fizesse essa imersão na saúde mental e aponta o outro lado também, considerando que muitas vezes, *"o nosso olhar enquanto (...) da mental é muito viciado"* e que sair um pouco disso pode possibilitar abertura para novas ferramentas de trabalho.

Acredita que os profissionais que estão trabalhando há muito tempo e que ficaram com o foco limitado ao trabalho, não buscando alternativas, como estudar, se encontram em situações mais vulneráveis, visto que o CAPS é um tipo de serviço que pode nos *"cronificar"*. Ou seja, existe a necessidade de que se mantenha algum dispositivo, seja qual for, que seja capaz de promover alteridade e que por sua vez possa promover, sustentar desejos. Sobre esse *"cronificar"*, percebeu que logo quando entrou no CAPS foi tomada por um fazer excessivo, por uma infinidade de demandas e que já estava *"fazendo tudo no automático"*.

Considera infeliz a situação de que só o trabalhador por si, tenha que buscar recursos para a sustentação do seu trabalho. Compreende que a instituição em que trabalha dispensa algumas horas para participar de processos formativos como congressos etc. Mas acha isso complexo, pois a condição permanece dependente do interesse pessoal de fazer ou não algum tipo de capacitação. Acha importante essa iniciativa pessoal, mas coloca que a equipe, a gestão, o município, deveria instituir estratégias de educação permanente para dentro dos serviços. Entende que se as ações de formação profissional fossem instituídas pelo serviço num todo, a condição viraria algo fundamental para o trabalho, o que não iria somar sobrecarga de trabalho, mas pelo contrário, ajudaria a identificar problemas, a identificar até o retrabalho, algo tão comum no cotidiano do CAPS, num cotidiano de trabalho em equipe.

Fernanda fala sobre a situação de “*sucateamento*”, sobre o corte de recursos para o CAPS, que perderem o espaço de supervisão clínico-institucional, dispositivo/espaço fundamental para discussão dos casos, para discussão de processos relacionais e estruturais do serviço. *“O cotidiano é você fazer o exercício de nadar contra isso, de não perder a capacidade de pensar (...), acho que os usuários sofrem muito, a clínica perde muito o sentido e a riqueza quando a gente vai deixando de pensar no que está fazendo, até porque trabalhar com saúde mental não é uma coisa leve, é uma coisa pesada, é uma coisa que tem dia que você sai exausto, que se deixar você não quer fazer mais nada da vida, você quer sair e dormir, é algo que toma muito da gente enquanto pessoa, toma muito do nosso afeto, (...) criatividade, inventividade não é uma coisa que brota do nada, a gente precisa, é algo que a gente precisa beber de alguma fonte pra conseguir produzir isso, se a gente não tiver pilares de estudo, de espaços de troca, as reuniões de equipe, que às vezes poderiam funcionar como espaço de troca, mas às vezes está tão burocratizado o serviço que enfim, isso se perde, mas que isso podiam ser coisas importantes para a sustentação da prática, ah sim”.*

Acha fundamental a entrada de novas pessoas no serviço, possibilitando outros questionamentos e outros modos de operar. Percebe que algumas pessoas da equipe se sentem desafiadas com o que é novo, com o que é diferente, que surgem conflitos, mas existem outras que se abrem para a possibilidade de fazer diferente. *“(...) é possível fazer outras coisas, a gente chega a discutir um caso e fala*

*a gente não tem mais o que fazer com o fulano, já tentou de tudo, acho que você sempre tem que desconfiar dessa fala. Mesmo usuários e profissionais que já estão no CAPS há anos e que sim já tentamos muitas coisas, mas será? Será que se viesse hoje uma pessoa que tem vivência em outra rede, com outras coisas, será que não faria uma outra aposta?”.*

Enquanto terapeuta ocupacional, refere que consegue olhar não só para as relações, para a vinculação com o paciente, mas também para incômodos simples, que quando cuidados fazem diferença, *“como um usuário que você vê todos os dias, suspendendo a calça e ninguém parou pra ir perguntar para o cara se é porque a calça está folgada, se não dá pra botar um cinto, amarrar um cadarço (...)”*, o que se torna também promoção do autocuidado. Observa que seu núcleo profissional possui recursos técnicos que possibilitam um olhar mais operacional, referindo-se ao domínio da práxis.

A equipe do CAPS em que trabalha, sempre foi composta em sua maioria por psicólogos e Fernanda questiona o que isso representa. Muitos profissionais e usuários chegam a falar, *“o que que eu vou falar pra você se você não é psicóloga”* ou ainda, não a identificam como terapeuta ocupacional, mas sim como psicóloga. Acredita que não seja necessário que os usuários identifiquem os núcleos, mas que entre os profissionais da equipe isso é prioritário, enxergar o que cada núcleo pode contribuir. Fernanda vem tentando compor diferentemente o funcionamento do CAPS, onde predomina os atendimentos individuais, *“o verbal”*. Tem criado mais propostas de grupos, tem investido nos espaços coletivos com os usuários e percebe que encontrou *“gás”* com esse trabalho. Mas, sente falta de maior parceria da equipe, de que mais pessoas investissem no coletivo. Entende por outro lado, que a equipe passa por uma readequação e até por uma fase de luto, pelas demissões, diminuição do número de funcionários, troca de gestor.

Compreende que fazer clínica é um ato político, que o profissional da saúde possui função política e mesmo que isso seja negado, mesmo assim, estes profissionais de algum modo exercem ação política. Carregamos visões de mundo e de alguma forma, isto sempre estará em jogo durante a ação clínica. Sempre participou de movimentos sociais de rua, de ocupações culturais, antes mesmo da graduação e que não são movimentos necessariamente ligados ao campo da saúde

mental, mas ligados ao básico da cidadania, dos direitos humanos. Fernanda vê que seu engajamento nos movimentos sociais também alimenta a prática de trabalho no CAPS e sua aposta no coletivo.

Conta que um dos maiores desafios no trabalho tem sido o *“contexto caótico na rede, de sucateamento das políticas públicas de modo geral”*, essa realidade vem impactando diretamente nos casos, que cada vez mais se apresentam de forma complexa, passam por violações de direitos, sendo “n” atravessamentos. E que então, o trabalhador *“se vê também perdendo coisas, como não morrer assim? Como não sucumbir a um trabalho (...), como não perder o sentido do trabalho, acho que este tem sido o meu maior desafio (...)”*. Acha que diante da impotência, diante de sentir-se de mãos atadas no trabalho, há uma tendência em trabalhar na defensiva, em se proteger. E vai citando outros exemplos desafiadores, sente que *“ninguém ensina”*, como lidar com a rotina do CAPS, como atender 40 casos sozinha, como acionar, envolver a rede, entre tantas outras demandas. *“Como construir isso de um jeito que você não adoença, sem ter a ilusão de que você vai dar conta de tudo, mas também não cair no marasmo de não precisar dar conta de nada”*. Como estratégia de enfrentamento da realidade, Fernanda tem tentado estudar, mesmo que sozinha, sente que isso continua a nutri-la. Quando entrou no CAPS, chegava até a propor textos, leituras nas reuniões de referência, mas viu que isso não funcionou, apesar da equipe mostrar interesse na discussão, a leitura é sempre postergada.

Com relação ao autocuidado, vem sentindo que seu corpo tem sido invadido pela tensão do trabalho, há poucos dias estava com uma inflamação muscular (nos ombros), estava *“travada”*, e que isso foi um reflexo do seu dia a dia, que seu investimento de energia está voltado intensivamente para o CAPS. Fazer terapia tem sido um recurso para dar um respiro, assim como, participar do movimento vital expressivo, tem a ajudado. Conta que por certo tempo fez terapia com uma terapeuta ocupacional, justamente por ter que lidar com dificuldades do cotidiano, que diziam sobre outras coisas, mas era ali na prática da vida que emergiam, era algo do básico que precisava fazer, organizar e não conseguia.

Crê que a saúde mental tem algo muito peculiar, que a ferramenta de trabalho é o próprio trabalhador, é a relação, é o afeto. Então, que cuidar de si, pode

ser traduzido em alimentar-se, que só assim se torna possível ofertar algo para o outro, o que vai muito além dos processos de estudo. Cita ainda, sobre a necessidade de levarmos em conta que em algum momento também podemos adoecer diante do trabalho *“desgastante, com situações tão complicadas, porque trabalhar em equipe não é fácil (...) tem dias caóticos. Acha que o trabalho em saúde mental produz impactos no corpo do trabalhador, impactos que as vezes nem se consegue ver, nem se consegue dar nomes. Por isso, considera o autocuidado como um dos pilares do próprio trabalho”*.

Sobre ter um tempo determinado para trabalhar no CAPS III, brinca que com seus quatro meses de contrato, já chegou na conclusão de que exista um tempo. Que há profissionais apaixonados e que podem decidir que este trabalho é para a vida toda, mas vê que mesmo estando com tantos deslumbres, que mesmo estando num momento de descobertas da sua prática, tanto de pontos positivos, como de pontos mais frágeis, de que está em processo de aprendizagem, de todo modo, acha que é *“um trabalho muito pesado, que mexe com a gente, que é vulnerável, ainda mais por se tratar da vontade política para a manutenção do projeto”*, que sente que isso já é um desgaste, principalmente por ter *“todos os sonhos diante deste dispositivo de saúde”*.

Não acha que “este tempo” seja igual para todo mundo, acredita que o trabalho em saúde mental possibilita condições de autopercepção, de notar como vem intervindo, relacionando-se, se o trabalho tem sido eficaz ou não. Que dá para perceber o investimento da libido, se o trabalho se tornou algo automatizado e por quais razões. E se existe desejo em continuar com o trabalho, porque não rever-se. Acha que todo mundo chega num limite, tem trabalhado com pessoas que estão há 10-15 anos no CAPS e que estão cheios de energia, enquanto há aqueles que estão há 4 anos no serviço e que já trabalham *“na meia fase”*. Tenta finalizar, me perguntando, mas na realidade perguntando a si mesma: *“e agora como a gente descobre quando dá o tempo? Como a gente identifica”?! E vai seguindo com a resposta, “acho que tem algumas pessoas que são mais críticas, que são mais reflexivas, que conseguem perceber, (...) mas acho que não dá pra ficar só a mercê do porquê de cada um, porque em algum momento se essa pessoa já estiver adoecida ou se já não estiver mais pensando mesmo, não vai perceber, então tem um tempo que acho que é da estrutura, se a gente tivesse sei lá, uma coisa de plano*

*e carreira mais claro, possibilidade de mudar de função, mudar de serviço, com mais facilidade”.*

Fernanda gostou do nosso “encontro-entrevista”, interessa-se pelo tema, há tempos vem se questionado sobre o que alimenta a sua prática de trabalho. Acha que é um desafio gerenciar o trabalho com um mestrado, ficar nesse “*dentro e fora*” da equipe, mas percebe que ouvir sobre o trabalho, sobre as experiências de alguém também pode ser algo que alimenta e que reduz a sobrecarga do trabalho, no próximo ano quer ingressar no mestrado. Sentiu-se identificada com a pesquisa, assim como, me senti identificada com muitos pontos da sua trajetória.

### **3.5. Cuidar, rever-se, cuidar-se**

Leandro tem 40 anos, nasceu em São Paulo/SP, é enfermeiro e trabalha no CAPS III há 18 anos. Ao todo trabalha na saúde mental há 21 anos. A mãe sempre foi uma figura de referência para ele, era muito “*caridosa*”, era voluntária nas igrejas e asilos. O pai não era alguém muito presente e por isso a mãe acabava levando os filhos para todos os lugares que tinha que ir. Leandro chegava a passar horas em asilos, por conta dos trabalhos da mãe. Lembra-se de situações, como uma idosa que carregando uma boneca, “*mais infantilizada, mais na fase da demência, mas eu não sabia de nada (...)*”. Na época, não entendia o comprometimento cognitivo que ela apresentava, mas já tinha a atenção despertada, mesmo como criança, já questionava o motivo daqueles idosos morarem lá e estarem distantes da família.

Chegou a querer ser médico, mas foi compreendendo que queria mesmo era cuidar “*do ser humano, das carências humanas*” e que a enfermagem acompanharia o paciente mais de perto, que o médico faria isso pontualmente e que formar-se médico, exigiria recurso financeiro e tempo, coisas que não dispunha, então partiu para o curso de auxiliar de enfermagem. A decisão foi embasada em prioridades, “*precisava trabalhar*”. Conta que logo se apaixonou pela profissão e que durante o curso aprendeu bastante sobre saúde mental.



Logo, começou a trabalhar em UTI pediátrica, mas o que mais gostava de fazer era permanecer na convivência com os pacientes e seus familiares, por isso começou a buscar por trabalhos na saúde mental, interessava-se pelas relações e por entender os *“mistérios da passagem da vida, os ciclos, a razão de alguns adoecimentos”*. Trabalhou no hospital psiquiátrico Tibiriçá e após algum tempo fez o curso de técnico de enfermagem, sentia que devia expandir, oferecer algo mais e com esta segunda formação começou a trabalhar no CAPS. Depois, paralelamente começou a graduação em enfermagem e em seguida, fez especialização em saúde mental e dedicou-se aos estudos do cuidado com o cuidador, aí outra questão havia surgido, *“achei que ninguém olhava pra gente também, sabe como trabalhador?”*.

Ressalta que no CAPS sempre foi possível criar laços de amizade, que o ambiente é familiar, que existe convívio, conta relacionando com a lembrança de quando trabalhou no hospital psiquiátrico Tibiriçá, *“é aquela coisa mecânica”,* entrar, pegar plantão, não se sabe sobre a vida do colega. *“Eu achei que faltava essa parte mais humana também, de prestar esse cuidado não só com o paciente, mas de repente você dá ouvido para o funcionário, porque no Tibiriçá tinha muito afastamento, tinha amigos nossos que surtavam, a gente não sabia o que acontecia (...) tem um até que se matou (...)”*. Mal se entendia que quem estava ali cuidando dos demais estivesse tão adoecido. Não existia trocas sobre a vida, sobre os casos, não havia proximidade, não havia possibilidades de compartilhamento do cotidiano do trabalho, muito menos *“do ser humano”*. Leandro trabalhou como auxiliar de enfermagem no hospital Tibiriçá por uns três anos, ficou até o fechamento do serviço, depois foi transferido para a instituição Cândido Ferreira, responsável pelo CAPS, onde trabalha até hoje.

Na época o Cândido Ferreira estava montando os serviços substitutivos e Leandro auxiliou no processo de transferência dos pacientes que moravam no hospital psiquiátrico para as residências terapêuticas, este também foi um marco para ele, foi aí que começou a vivenciar um espaço de trabalho mais potente, com trocas de saberes, em que todos estavam aprendendo algo, experimentando formas diferentes de trabalho. Foi desconstruindo o pensamento inicial de que o CAPS III seria um ambulatório, onde os pacientes iriam somente para consulta, e que seriam poucos casos atendidos.

Para Leandro, o campo da saúde mental não trata-se apenas do adoecimento, mas sim sobre as condições de vida, *“muitos chegam aqui já não tendo mais nada na vida”*. Diz que o tema deveria ser mais estudado, debatido nos centros de saúde, nas escolas, *“fala-se de sexualidade”*, mas não se fala em saúde mental. E que este cuidado deveria estar para todos, *“pacientes, funcionários”*. Acredita que o fato de trabalhar, estudar sobre o campo da saúde mental, seja algo que contribui em seu fortalecimento, em sua *“evolução”*. Relembra de quando perdeu o pai e a mãe, *“minha família foi embora de uma hora para outra”*, do quanto foi encontrando mecanismos para sobreviver e superar as perdas, vê que algumas pessoas não possuem estes mecanismos de resiliência. *“Se eu não tivesse na saúde mental, será que eu teria condições de suportar a perda? Será que eu seria um potencial usuário do serviço também?”*.

Concomitante ao trabalho no CAPS deu aula num curso de técnico de enfermagem, coordenou um centro de HIV e um abrigo, até chegar ao ponto de reconhecer o próprio cansaço de estar em tantos trabalhos, percebendo a necessidade de *“qualidade de vida, pra ter saúde mental (...)”*, passou a entender que em toda sua história de vida estava sempre buscando por *“qualificação”* para ajudar o outro, que colocava os outros em primeiro lugar e que passou a tentar olhar mais para si. Destaca que fazer terapia foi também fundamental para o processo.

Há 6 anos tem trabalhado como enfermeiro do plantão da noite, sendo responsável por um grupo de funcionários deste período, que na maior parte das vezes são três técnicos de enfermagem. Acredita que todas as experiências pelas quais passa, contribuem com a sua prática de trabalho, seja para coordenar o plantão da noite, seja para acolher, atender os pacientes. Sente que o trabalho no CAPS no período da noite é mais tranquilo, porém, mais solitário, vê a importância do trabalho em equipe multidisciplinar. Entretanto, por vezes, fala sobre gerir os técnicos de enfermagem, ficando visível algo específico do núcleo de formação do enfermeiro sobre coordenar, organizar, controlar rotinas de trabalho.

Considera o dispositivo da passagem de plantão algo importante, sendo o espaço que pode trocar informações com a equipe, estabelecer prioridades e fazer algum tipo de divisão de tarefas. Resumidamente, vem a organização do jantar dos usuários, o convívio e atendimento das necessidades destes, realização da parte

burocrática (anotações da produção para o repasse de verba, evolução em prontuários, anotações em livro de plantão e outros) e ainda reserva uma parte do seu horário para estar com os técnicos de enfermagem, “(...) *depois que você acaba de cuidar dos pacientes cuida dos funcionários*”.

As vivências pessoais se tornam recursos de trabalho para Leandro, lembra-se de algumas situações, de grupos terapêuticos que já criou e coordenou. Destacando o grupo “*Espelho Meu*”, sendo o espelho um objeto intermediário para trabalhar a questão da autoestima entre os pacientes. “*A aparência faz parte do tratamento, (...) mexer no cabelo, fazer as unhas, coisas que aprendemos em casa, na sua casa, no contexto de mãe (...) por exemplo, eu que pintava o cabelo da minha mãe, depois minha mãe teve um tratamento de câncer, ela ficou muito tempo internada no clínico, então, eu tive que ajudar, eu tive que cortar unha, tive que aprender a passar um esmalte*”. Compreende que a autoestima, o autocuidado auxilia a parte psíquica. Outra experiência associada foi o grupo de culinária que também já acompanhou no CAPS, que traz em sua bagagem de vida, as histórias da família materna, italianos que adoravam cozinhar, que a ação de preparar comida, pode possibilitar acolhimento, “aconchego”, uma retomada e até criação de memórias afetivas através dos sentidos do corpo.

Sobre manter algum estudo, sente-se “*numa fase mais preguiçosa*” por estar “*completando 41 (...) já estudei tudo o que poderia estudar, só que eu também nunca paro, a gente tem uma paciente que está internada aqui, ela é autista, aí quando eu sinto uma certa dificuldade, (...) acho que estou errando no cuidado, o cuidado não está sendo efetivo, então, vou buscar ler*”. Tenta pesquisar sobre o assunto e ainda, quando necessário pede ajuda para a equipe. Anteriormente, conseguia participar das reuniões de equipe, o que ajudava a saber mais detalhes dos casos, do que acontecia, mas atualmente, não pode ultrapassar seu horário estipulado de trabalho, não pode gerar banco de horas, normativa aplicada para todos os serviços do Cândido Ferreira, aí sente que ficou ainda mais distante da equipe da manhã e da tarde.

Considera que existe flexibilidade da instituição em permitir que os funcionários participem de atividades de caráter formativo fora do trabalho. Mas que anteriormente, existia mais ofertas de educação permanente dentro da própria

instituição. *“Por conta dessa fase de corte, de readequação do orçamento, acho que deu uma boa diminuída”*. Havia um cronograma com temas para capacitação que era elaborado no planejamento do CAPS, hoje em dia isso não existe mais. *“Teve um tempo”* que convidavam outros profissionais para irem ao serviço, faziam algum debate, algum tipo de capacitação ou ainda, iam funcionários da matriz do Cândido Ferreira para auxiliar na instrumentalização da equipe.

Retoma sobre a necessidade de maior instrumentalização do trabalho em saúde mental para os auxiliares, técnicos e enfermeiros, já que a grade curricular destes cursos aborda superficialmente o tema, ou nem abordam. *“(…) até mesmo quando a gente participa de um processo seletivo, você explica o que é saúde mental e quando você pergunta o que é saúde mental, ela nem sabe ou vai saber porque tem um parente que trabalha no Cândido, ou um usuário que é da família (...), enquanto profissional então, a gente tem essa carência. Acho que o técnico de enfermagem vem completamente cru para o serviço, não tem a capacitação, não tem a parte de explicar o que é um delírio, o que é um quadro de alucinação, vem despreparado (...)”*. Acredita que a instituição deveria preparar melhor o funcionário que está chegando no serviço e não colocá-lo direto no trabalho.

O núcleo da enfermagem permanece bem delimitado no CAPS, possuem procedimentos palpáveis, como aferir pressão, fazer destro, checar e dar medicação, fazer curativo, dar injeção, checar suprimentos de urgência e assim por diante. Leandro entende que possui uma atuação mais ampliada, que consegue acolher em escuta, que acolhe o que é da ordem mais subjetiva, além de intervir em cuidados mais ligados ao seu núcleo, *“mas também faço atuação do enfermeiro, como se fosse um enfermeiro clínico em um centro de saúde”*.

Mesmo sem querer, nós profissionais da saúde mental, ainda colocamos *“o clínico”* como algo oposto *“ao mental”*, como se a saúde mental não fosse uma área clínica, como se não houvesse clínica em saúde mental. Por um lado, o solo se torna fértil, pois se pode concluir que a saúde mental é um campo que ultrapassa as questões da saúde, sendo algo também ligado as questões do social. Por outro, não incluindo a saúde mental como algo *“clínico”*, parece que afirmamos não considerar a prioridade e urgência que a saúde mental possui.

Leandro fala do cuidado a partir de sua perspectiva, cuidado também como prática de caridade, mas ainda, podemos apontar, o quanto que “nosso trabalho no CAPS, ultrapassa o trabalho em si”, sendo mais que o trabalho prescrito, sendo mais que o trabalho real. E assim, o CAPS pode ir ocupando um lugar do cuidado totalitário, mesmo sem querer, mas por urgência da vida, por urgência de não negligenciar, por resposta a uma rede que nem sempre funciona, que nem sempre olha para a saúde mental, nem sempre inclui. O trabalho no CAPS nos convoca para além do trabalho prescrito, mas falo algo do mais humano, dessa tal “*alma caridosa*”, do quanto se desperta algo do mais humano e do quanto é necessário discernirmos nossos limites, objetivos, funções. São muitas linhas tênues nesse percurso.

Com relação a sua rotina, além de trabalhar no CAPS, produz essências de aromatizadores, sendo algo que sente prazer em fazer, como “*um momento de lazer*”, gosta de cuidar da casa, estar com o parceiro, de viajar, conhecer culturas e diferentes modos de viver. Gostaria de viajar mais, mas falta recurso financeiro. “*Tem, momento que você deixa de respirar o serviço e passa a se olhar também (...)*”. Fala sobre buscar por momentos de bem estar para conseguir se desligar do trabalho. Acredita que quando cuida de si mesmo, se prepara também para cuidar do outro.

Considera que não exista um tempo determinado para trabalhar no CAPS, que esse tempo “*está na cabeça de cada um*”, que deve-se contar não só com a parte financeira, mas com a condição de ter consciência de que o trabalho lhe faz bem ou não, “*então eu tenho que abrir mão de alguma coisa, não adianta ficar por conta do dinheiro e minha vida lá fora ser destruída, acho que as duas coisas tem que andar com equilíbrio*”. Brinca que nunca irá deixar de trabalhar no CAPS, mostrando satisfação com o que faz. “*A partir do momento que começa a descompensar um, descompensa o outro, aí você tem que parar, pensar e refletir (...) para o meu lado eu acho assim, que o tempo é igual a idade, cada tempo que passa, você vai tendo um olhar, um saber, uma coisa bastante diferenciada, esse é o amadurecimento profissional*”.

Fala que nosso “encontro-entrevista” permitiu proximidade por termos conversado, não sendo simplesmente uma entrevista de horário marcado, seguindo

e terminando em um roteiro. Acha importante ter a devolutiva desse trabalho e que a produção final deveria servir para melhorias institucionais, acrescenta, serve “(...) *pra gente mesmo, pra parar um pouco, analisar, desacelerar*”. Desacelerar é importante, né? E ele me responde, “*é a gente acaba tropeçando nas coisas, mas é bom também fazer esse flashback mental, a gente não tem esse tempo, ou então, a gente lembra-se de algumas coisas, mas não de tudo, na entrevista, nas perguntas a gente vai fazendo um flashback mental*”. Leandro ficou preocupado, achando que falou demais, mas diz ter se sentido à vontade. Frente a tanta história vivida, ainda bem que há tanto para se dizer!

### **3.6. Objetividade necessária**

Gustavo tem 42 anos, nasceu em Tupã/SP, é psiquiatra e trabalha no CAPS III há 1 ano, ao todo trabalha há 15 anos com saúde mental. Quando estava no ensino médio, queria e acreditava que seria engenheiro químico e só ao fim de todo trajeto escolar que resolveu fazer medicina. Surgiu a vontade de ser cirurgião plástico, entretanto, estudando técnicas cirúrgicas durante a faculdade, viu que não era bem o que queria. Na mesma época teve contato com a “*psicologia médica, com a saúde mental, na verdade com a psicopatologia e gostei muito da área, foi aí que decidi ser psiquiatra*”.

Então, a decisão de migrar a escolha de engenharia para medicina foi de uma hora para outra, tinha um forte imaginário sobre o perfil do médico, focado em algo “*bem técnico*”, assim como podia ser na engenharia. A psiquiatria, o campo da saúde mental trouxeram outras perspectivas para Gustavo, “(...) *uma coisa totalmente não técnica, não dá pra ver, não é palpável igual a cirurgia*”. E apesar de encantar-se com tudo isso, ainda mantinha em si o interesse em um conhecimento e prática mais estruturada, se identificava com os estudos da “*classificação nosológica das doenças (...) principalmente das doenças mais graves, neurose e psicose grave, bipolaridade são as minhas áreas de especialização (...) área que trabalho, basicamente*”. Também foi percebendo que “*como médico, era bom em escutar as pessoas*”, que se interessava em compreender como se sentiam frente ao adoecimento. Chegou a estudar psicanálise, mas não conseguiu dar continuidade.

Durante estágios e monitoria na faculdade, descobriu o gosto por trabalhar nas áreas de emergência em saúde mental e saúde comunitária, conhecendo mais as estruturas de trabalho que fazem parte do SUS.

O tempo de trabalho trouxe mudanças, mais percepções sobre si, passou a entender com mais clareza que esse *“escutar as pessoas”* era algo que gostava de fazer de modo objetivo, *“gosto de escutar as pessoas sendo prático, o que tem pra resolver vamos resolver, a pessoa fica falando muito, eu falo, olha não sou assim”*. Conta sobre ter dificuldade *“quando a coisa fica meio nebulosa”*, que quando atende os psicóticos, tenta ter uma organização prática, o que o paciente quer, não quer, o que pode ser feito, não gosta de *“ficar enrolando muito”*, acha que *“o psicótico apesar da sua desorganização, é bem concreto”*. Por várias vezes, fala sobre a preferência em atender *“paciente psicótico, paciente grave, na crise”*. E mesmo na vida pessoal, possui a dinâmica de ser mais objetivo, pragmático.

Além dos estágios da faculdade, fez residência em psiquiatria, depois fez residência em emergência e foi trabalhar no Cândido Ferreira num serviço de dependência química, na época chamado de NADEQ (Núcleo de Atenção a Dependência Química). Não tinha muita experiência com a clínica da dependência química, mas foi contratado assim mesmo. Os serviços do Cândido Ferreira também estavam em processo de constituição. Depois trabalhou no antigo NAC (Núcleo de Atenção à Crise), que passou a ser chamado de Núcleo de Retaguarda (sendo que, estes serviços que correspondiam aos espaços de internação psiquiátrica não existem mais).

O trabalho no CAPS III ainda é uma experiência nova para Gustavo, quando comparado com os demais serviços pelo qual passou, *“não tinha essa circulação aberta do território, do cuidado no território, no cuidado mais fluído, mais aberto (...) eu acho um pouco difícil ainda, estou aprendendo, inclusive com expectativas pessoais, angustias pessoais (...) essa coisa muito aberta às vezes me desconcentra e me angustia muito”*. O espaço, a lógica do trabalho, *“a divisão dos serviços, porque apesar de eu ter essa coisa do meu núcleo, tem muita coisa que na retaguarda, na internação faço muito diagnóstico a partir do momento que eu vi o paciente, pesco coisas da enfermagem, da equipe multi, da TO, do psicólogo, mas é*

*muito do que eu vejo no paciente. Aqui é muito do que a equipe está vendo, alguns pacientes eu vejo mais, mas eu vejo poucos pacientes, são muitos pacientes”.*

Teme não dar conta do trabalho, de faltar com algo, *“porque no outro CAPS que trabalhei, fiz uma lógica muito de ambulatório, de consulta era um CAPS I, não tinha pacientes internados, de leito-noite, fazia uma lógica um pouco mais fechada”.* Brinco com ele, dizendo que “o trabalho tinha um fim”, que “o dia começava e terminava” e ele repete dando risada, *“tinha um fim (...), era mais fechadinho”.* Trabalhar em moldes de um CAPS III, é ter que lidar com uma demanda infinita, sempre haverá algo a ser feito. Ao mesmo tempo, Gustavo parece tentar dizer algo, que diz respeito à formação médica, onde o núcleo de formação mostra-se mais enrijecido para o trabalho no campo, para o trabalho mais multidisciplinar, descentralizado, poderia dizer até transdisciplinar.

Hoje em dia, além do trabalho no CAPS III, Gustavo atende em dois hospitais gerais, sendo que em um, atua na enfermagem psiquiátrica e em outro, na emergência psiquiátrica. É também preceptor de residência em psiquiatria, função que lhe traz ampliação da prática de trabalho. Observa que durante o acompanhamento dos residentes em psiquiatria, sempre foi muito questionado sobre o modo de organização dos CAPS, sobre a estruturação, que tenta acolher as críticas, o estranhamento e apresentar os modelos de atenção, as propostas de trabalho dos serviços substitutivos.

*“Fazer cartinha (...) é simplesmente encaminhar, agora você ligar no CAPS discutir o caso, explicar, ou mesmo falar pode mandar aqui a gente faz a triagem, mas eu queria que você viesse, isso é articular, porque eu tenho que ligar, porque eu tenho que discutir, porque eu tenho que explicar para o CAPS, porque eu pensei tal remédio, isso é articulação, eu acho que o campo de trabalho, de estudo modifica como esse residente vai ver os serviços”.* Gustavo sempre coloca para os residentes, *“não vamos estudar ambulatório, vamos estudar a RAPS”.* Vê que existem carências na formação contínua em saúde mental, em saúde pública, em farmacologia, acredita que nem todos que estão trabalhando no CAPS sabem de fato o que é *“haldol, olanzapina, porque o psiquiatra chama de bipolar, uma pessoa que é psicótica, chama de esquizofrênico, o outro de paranoide (...) O que é isso!?”*



*Transtorno de pânico, é um neurótico ou não é*”. Acha que o treinamento em serviço é fundamental para formação do profissional que vai trabalhar na saúde mental.

Acredita que são insuficientes as supervisões de casos, discussões clínicas dentro dos próprios CAPS, entendendo que estes espaços são também de formação profissional. Que poderia existir processos formativos mais formalizados, estruturados pela instituição, principalmente para aqueles que não têm acesso, condições de fazer capacitação fora do próprio trabalho, cita exemplos, *“profissionais de nível mais técnico, para aprender, o pessoal da área de apoio, faxina (...) olha um curso de farmacologia, um curso de diagnóstico, um de psicopatologia”*.

Saúde mental para Gustavo significa *“ter a chance de fazer o que quer, livremente (...), acordar de manhã ir para o seu trabalho, ir pra escola, cuidar dos filhos, sair no final de semana, sair com os amigos (...)”*. Entende que a falta de recursos traz limitações para a vida, gerando perda de possibilidades de fazer *“aquilo que gosta”*. Entende que o trabalho na saúde mental não é só *“entrevista, diagnóstico, medicação e papelada”* e sim estar, *“conversar com os pacientes de outras coisas”*, buscando por vínculo. Que muitas vezes o pedido por medicação é o pedido por uma conversa, *“doutor eu preciso mudar meu remédio, nossa fulano, mas o remédio de novo, a gente está aqui conversando, vamos falar de outra coisa”*, (risos).

Então, conversamos sobre o lugar do médico no imaginário dos usuários, que sempre se direcionam ao médico com o tema da medicação, que mesmo nas tentativas do médico participar de outras atividades, ainda persiste o tema *“doutor, meu remédio, meu exame, meu sintoma”*, *“é, aí eles vão perguntar o senhor faz essa atividade? (...) a gente montou um grupo de jogos com os residentes e os funcionários também perguntam olha o doutor também está”*. É um outro desafio deslocar o poder da imagem construída, instituída socialmente sobre ser médico.

Acrescenta, *“a arte da coisa”* está em conhecer mesmo o paciente, em fazer com que ele use a medicação, entender o motivo daquela pessoa estar ali. Sente que sua prática fica restrita, que falta saber mais sobre os pacientes, assim como *“as referências”* sabem sobre a história de vida dos pacientes, sobre *“as*

*crises”, sobre “o que faz a pessoa melhorar” ou que a “faz surtar”, “vejo eles em momentos de consulta ou de remédio”, acha que esse encontro com o paciente tem se dado de forma muito limitada, provavelmente pela quantidade de pessoas que precisa atender, visto que a carga horária do profissional médico está reduzida no CAPS em que atua, vê que isso prejudica o seu trabalho, o seu melhor acesso ao paciente.*

A demanda de serviço do CAPS só vem aumentando, no entanto, a quantidade de profissionais para atender a essa demanda continua a mesma e ainda, só vem reduzindo. Passamos por um período que Gustavo, também denomina de *“sucateamento”* dos serviços, *“(…) você consegue fazer com menos, a gente consegue, só que a nossa disponibilidade para estar com o paciente e para olhar, cuidar melhor, fica diminuída (...) isso tem a ver com o SUS, que está sempre passando menos para a Saúde Mental, para o convênio, no caso do Cândido, sempre cortando os gastos, vai cortando coisa (...)”*. Ou seja, a questão limitante da construção dos casos a partir de acessar e acompanhar histórias e projetos de vida, a partir do que é função do CAPS, são elementos que estão cada vez mais fragilizados, não sendo uma realidade apenas para a categoria médica, mas para todas as demais formações. A categoria médica possui agravantes nessa realidade, poucas horas médicas contratadas por CAPS, devido a questões financeiras e ainda, poucos médicos desejando trabalhar em CAPS.

Quando questionado sobre como as experiências de vida poderiam influenciar o trajeto mais profissional, recorda-se da sua família, *“nunca tive ninguém diagnosticado com alguma doença mental, a não ser meu pai muito obsessivo, mãe muito... (risos) histriônica, muito neurótica, mas nada que seja de experiência pessoal minha”*. Entretanto, características familiares, mais do que imaginamos, podem dizer de nossos percursos pessoais e repercutem em nossas escolhas e implicações! Como autocuidado para sustentar o dia a dia, entende que a psicoterapia foi algo que o auxiliou, mas parou o processo há dez anos, *“(…) eu poderia pensar em outras coisas que me ajudam”*, parece ficar mais reflexivo, conseguindo responder que fora da área mais *“psica”*, fora da área da saúde mental, tem feito balé clássico há três anos e que isso tem ajudado bastante. *“Distrai, sai disso aqui”*. Logo em seguida, fala que está com problemas na sua grade horária, com a organização da semana, devido à intensa carga horária de trabalho. No

CAPS tem feito 20 horas semanais, mas contando com os demais trabalhos, *“são 60 horas semanais no total (...), tem semana que está mais ok e tem semana que dou 80 horas juntas”*. Questiono sobre qual era então a importância da organização da rotina, sobre conseguir manter ações que lhe davam prazer e responde que isso possibilitaria dar um tempo, entendo como possibilidade de *“dar um respiro”*.

O trabalho em saúde mental modifica as visões de vida e Gustavo se relaciona com isso ao acompanhar casos que vivem em situações de escassez de recursos sociais, financeiros, psicológicos, diz que diante de alguns casos se sente *“anestesiado”*, enquanto em outros casos, ao ver as pessoas se queixando de coisas mais simples, acha um *“absurdo”*, que a dimensão de gravidade dos problemas se alteram diante do que vive no trabalho, *“(...) meu paciente tentou matar a mãe num surto psicótico essa noite (...)”*, indicando que este seria um problema de verdade. Acha que não daria conta de consultório particular, de pacientes que se queixassem de situações mais corriqueiras, do dia a dia. Parece que para Gustavo, exista certa exigência, certa *“classificação de gravidade, de crise, de dor”*, coloco se *“não há direito ao sofrimento”*, damos risada e ele complementa, *“sim, quando fazia terapia, isso era uma questão, tipo de não permitir sofrer”*. Questiono, *“de não se cuidar, de não poder ficar no lugar de quem precisa de cuidado?”* e responde, *“isso, isso, tenho esse vício, às vezes”*.

Acha importante fazer mudanças e não permanecer por muito tempo no mesmo serviço, tenta a cada quatro, cinco anos mudar, apesar de continuar na área de saúde mental. *“Aumentando horas aqui, diminuído ali, é (...) eu digo que assim, quando fico muito crica com o serviço, muito implicante, porque é hora de mudar, vejo isso em mim, férias é essencial para o trabalhador de saúde, não só da psiquiatria, mas de qualquer área da saúde (...) preciso ficar em casa sem fazer nada, aí você falou como eu me cuido, em casa também, como eu trabalho com muitas pessoas, falando o tempo inteiro, seja coisa boa ou ruim, eu chego em casa e eu preciso não ouvir pessoas (...) só na minha casa eu, meu livro e meu seriado”*.

Gustavo aponta que o nosso *“encontro-entrevista”*, tem relação direta com a saúde do trabalhador e que achou muito interessante, *“acho que assim, está muito vinculado o fato de trabalhar com o estado de saúde pessoal, acho que todas as pesquisas que trabalham com isso, como as pessoas trabalham na saúde mental,*

*no SUS, como as pessoas estão bem ou estão adoecidas, são sempre muito interessantes, uns três anos atrás, (...) vi um trabalho de conclusão de curso sobre saúde do trabalhador, de um residente, acho isso muito interessante, acho que a gente tem que estudar como a gente trabalha, acho que no Cândido falta isso, estudar como a gente trabalha e colocar no papel".* Repito a frase "estudar como a gente trabalha" e completa "é, às vezes a gente só trabalha, só estuda, mas a gente não estuda como a gente trabalha".

Fala que devíamos enquanto coletivo, "colocar no papel, seja por pesquisas qualitativas ou quantitativas", registrar como estamos operando no trabalho em saúde mental, se achamos que o que estamos fazendo "está certo", "provar para quem está contratando o nosso serviço". Entende que essa seria uma maneira de evidenciar, de defender a saúde mental, produzindo maior conhecimento. Questionar a própria produção de trabalho para Gustavo, pareceu algo fundamental, "e isso faz a gente mudar também".

### **3.7. Uma realidade a ser sustentada**

Laura tem 28 anos, nasceu em São José do Rio Preto/SP, é psicóloga e trabalha no CAPS III há 3 anos e meio. Sempre desejou fazer psicologia, passou por alguns momentos de dúvida, mas estes foram bem passageiros. Queria trabalhar com o que "lidasse com o ser humano, com as pessoas". Durante o terceiro ano da graduação começou a ter mais contato com o campo da saúde mental, "(...) por conta de onde fiz a graduação, falavam dessa área com muito encanto, aí acabei me encantando também (...), de ser uma coisa de uma ideologia bonita, né".

Acha que "saúde mental é tudo (...), que é a subjetividade, tudo que envolve a subjetividade da pessoa assim, desde como ela está no mundo, como ela se relaciona, desde isso assim, a subjetividade da pessoa". Considera que as experiências de vida são influenciadas pelo trabalho e vice-versa, que não há como não relacionar uma coisa com a outra, por mais que se tente separar, "é claro a gente separa, a gente tenta. Tem que ter uma separação, mas não tem como não (...), trabalha com isso e às vezes, vai pra casa pensando nisso, às vezes, acontece alguma coisa na vida pessoal e que te faz retomar um pouco do que você vive no

*trabalho, poder me cuidar, poder fazer terapia, poder fazer coisas que gosto, me fortalece pra poder lidar com as situações ali do dia a dia do trabalho”.*

Sobre situações de vida que a marcam e que acredita que influenciou ir ao encontro da profissão, foi que desde pequena conviveu com pais separados. Na época, fez acompanhamento com psicólogo e foi aí que começou a dizer que seria psicóloga, *“porque eu ia cuidar de crianças de pais separados”*. Outra passagem que a marca foi crescer ouvindo sobre a avó, que tinha algum diagnóstico psiquiátrico, mas que não fazia nenhum tratamento, a família pouco compreendia o que acontecia, *“(...) mas isso não me pegou tanto, talvez tenha pegado, mas eu fui ligar os fatos depois de estar na saúde mental, não era uma coisa que conseguia ter clareza ou ligar antes, entende?”*.

Sobre o percurso de formação profissional, fala que se sente com sorte por seus planos terem dado certo, pois o único plano era após a graduação, passar no aprimoramento em saúde mental em Campinas/SP. Durante a faculdade ouvia muito sobre a rede de saúde mental de Campinas/SP ser referência no país. Passou no aprimoramento, mas surgiu a questão financeira, de como iria se bancar com a bolsa, *“e calhou”* de abrir a residência multiprofissional em saúde mental, modalidade que substituiu o aprimoramento. O valor da bolsa estudantil era mais razoável, então, prestou a residência e conseguiu entrar. Ao fim da pós-graduação já desejava trabalhar no CAPS e logo conseguiu ser contratada. Chegou a participar de grupos de pesquisa em saúde mental e investiu em cursos de psicanálise, terapia breve. Aponta que estes também são caminhos que dão sentido para sustentar seu trabalho no SUS.

Entendendo que os processos de formação profissional são fundamentais para sustentação do cotidiano no CAPS, *“(...) são demandas de todos os aspectos da vida do sujeito, você tem que ter algo que te sustente tecnicamente para você não se perder. Para você não se identificar, achar que precisa responder todas as demandas, fazer as leituras dessas demandas de um outro jeito, por que senão é um trabalho que esgota e se a gente não tivesse um respaldo técnico, se esgotaria ainda mais, entende? De criar uma angústia mesmo, de lidar com aquilo e pensar que não consegue lidar com aquilo, sei lá, é tanta demanda, que aí se você for pensar em só responder as demandas e não pensar clinicamente o que que aquilo*

*quer dizer, acho que não daria conta assim. (...) a gente tem que dá conta, dos aspectos... aonde o sujeito mora, da saúde, da educação, do afeto, da família e é isso não temos que dar conta de tudo isso (...) mas, a gente vai sendo colocado o tempo todo, acho que pela alta vulnerabilidade, pelo próprio sujeito, às vezes, dependendo do adoecimento dele, neste lugar de quem precisa dar conta, e aí poder pensar nisso de um outro jeito facilita, senão se perde. Porque não vai dar conta, você não dando conta, você vai achar, sou péssima. Quando na verdade não passa muito por aí”.*

Considera que o serviço em que trabalha promove espaços de aprimoramento profissional, que são levantados alguns temas para serem debatidos, que convidam pessoas para falarem destes temas nas reuniões de equipe, “(...) recentemente a gente discutiu do porquê que a gente trabalha, quando a gente pensa em reforma psiquiátrica, o cuidado no território, porque que a gente também pensa em trabalhar como equipe multi”. Enquanto equipe, também conseguem se organizar em esquema de plantão para participarem de eventos, dias atrás participaram do “Encontro Nacional de Saúde Mental” do município. Avalia que em seu trabalho, há uma força do núcleo da psicologia, que atualmente a maior parte dos que constituem a equipe, são psicólogos. Os outros núcleos estão mais enfraquecidos por conta das mudanças no quadro de profissionais, devido ao corte de custos que a instituição tem feito, há demissões e não reposição das vagas. “(...) Nós psis discutimos muito entre a gente né (...) o núcleo em si faz todos os tipos de atividades, então tem desde atendimento de psicoterapia até de referência, até estar em grupo corporal, por exemplo (...), mas acho que a linha de pensamento de como conduzir, está muito psicentrado”.

Para Laura um dos maiores desafios enfrentados no CAPS, tem sido sentir “certa solidão” e que isto só vem aumentando, cada vez mais aumenta a demanda de trabalho no CAPS e cada vez mais, o compartilhamento do cuidado em rede tem sido conflituoso, ineficaz. Vive se questionando sobre como não se perder nesse volume de coisas que tem que fazer, sobre como conseguir fazer um bom trabalho. “Eu falo assim que não quero nunca perder a mão, de estar anos e estar perdendo a mão e não estar me percebendo, porque você vai sendo afundada pelo tanto de coisas que vem e como cuidar pra que isso não aconteça, acho que é sempre supervisionando caso, sempre podendo discutir. É, tenho parado muito para

*pensar em como as coisas estão ali, parar para pensar no que está fazendo de fato ali, se está fazendo sentido, acho que é isso”. Sente que as pessoas da equipe estão muito cansadas e que isto tende cada vez mais ao enrijecimento, que as discussões tem se tornado muito duras, “(...) isso pega pra mim assim sabe, essa dureza, fico muito incomodada com algumas discussões, e aí como você pode falar que não, não é assim e conseguir ser escutada, sabe?”.*

Com relação ao autocuidado, gosta de praticar atividade física, que isso a faz estar bem consigo mesma. Observa que fazer as coisas que gosta traz sentido para vida, que fortalece este estar no dia a dia do trabalho, sendo práticas de lazer, práticas esportivas, viajar, estar com pessoas que lhe interessam. *“Acho que vai aumentando o repertório assim, é isso aumenta o repertório no sentido, que conheço coisas diferentes, converso sobre assuntos diferentes, isso me ajuda a lidar ali no trabalho”.*

Além de trabalhar no CAPS, atende em consultório particular e participa de espaços de estudo. Outros pontos que acredita que lhe servem de sustentação é fazer análise e atender em sua clínica. Acha que este segundo trabalho possibilita respirar, auxilia a pensar nos casos que atende no CAPS, que um trabalho complementa o outro. Fala sobre um imaginário preconceituoso que transpassa algumas pessoas, *“se você tem clínica, você não quer mais estar no SUS”*, que não concorda com esta ideia, e pelo contrário, sustentar os dois mundos de trabalho, implica estar numa posição desafiadora, mas que fortalece sua atuação em ambos os lugares, pensa-se por outras perspectivas.

Fica espantada com alguns amigos que possuem outras visões de vida, outras noções de mundo, que estão muito distantes das realidades de que vivem com tanta escassez de recursos de vida, *“(...) não estão na saúde pública, não lutam pelo SUS, sabe, então eu sofro um pouco, evito discutir política, evito discutir essas questões polêmicas. Porque senão eu acabo chorando. Então, acho que me faz valorizar as coisas de um outro jeito, me faz entender que o mundo é além do meu umbigo”.* *“(...) Fico pensando, não posso estar aqui e não fazer um bom trabalho com essas pessoas, que já não tem boas respostas do mundo em geral sabe (...)”.*

Costumava dizer que não existia prazo determinado para trabalhar no CAPS, mas que a partir das dificuldades que vem vivenciando na instituição, tem sentido que não dá mais conta de trabalhar por muito tempo nestas condições, tendo tantas horas extras, vendo o pouco investimento político-financeiro, *“(...) é muito trabalho e em vez da equipe aumentar, a equipe diminui, é muito difícil pensar os casos e a gente não ter supervisão, é muito difícil a relação entre a equipe e a gente não ter respaldo da instituição, não tem respaldo da gestão, parece que faz coisas que pioram a relação da equipe, então é de dias de chegar a chorar, eu chego e choro”*.

Laura não tem o desejo de deixar a saúde pública, mas tem o desejo por mudanças, por mudar a estrutura de trabalho, cita que iria para o NASF, para um centro de saúde, circularia. Mudar do CAPS III para outro CAPS IIII, não resolveria sua questão, pois acha que é necessário ser repensado a organização do cuidado nestes dispositivos. Acha que nosso encontro-entrevista *“veio em boa hora”*, que coincidiu com o momento em que se encontra, *“tenho começado a ter esse pensamento, de que talvez, não consiga ficar por muito mais tempo, isso de me questionar porque que a gente tem que ficar dando conta da vida das pessoas em todos os sentidos, de uns meses pra cá questionava, mas agora está mais intensa a questão”*.

### **3.8. Da complexidade ao simples da vida**

Rodrigo tem 37 anos, nasceu em Barretos/SP, é psiquiatra e *“entre idas e vindas”* trabalha no CAPS III há 3 anos. Contando o tempo que esteve na residência em psiquiatria trabalha na saúde mental há 6 anos. Pretendia fazer engenharia, o pai era engenheiro civil e a mãe era professora de matemática, então, como algo que já *“estivesse dado”*, achava que iria para a área de exatas. Quando estava na fase dos dezoito anos de idade, passou no curso de engenharia e na mesma época o pai faleceu, ficando bastante reflexivo, em dúvida sobre seguir a mesma carreira do pai, pensando o quanto a engenharia poderia ser estressante, *“aí eu falo, não é isso que quero para a minha vida”*. Outra importante figura familiar era o tio materno, que era médico. Acredita que isso influenciou parte da sua escolha, apesar de



concluir que *“a gente não sabe muito por que escolhemos as coisas né, (...) a gente acha que sabe e vai fazendo um monte de elaborações, mas na verdade são outras coisas que acho que vão fazendo a gente escolher”*. Parece que nossas escolhas originam-se de multifatores e assim, não temos acesso consciente, clareza a tudo que nos acontece e que nos faz definir por algo.

Ser médico também representava para Rodrigo, *“ter carreira estável”*. Ainda, identificado por outros familiares, pensou em seguir com a especialidade de radiologia e durante o processo da graduação foi percebendo que queria algo oposto, queria ter maior contato com o paciente, queria se relacionar. No momento de prestar a residência, não tinha muitas condições de se manter financeiramente, então logo começou a trabalhar no IML - Instituto Médico Legal, o cargo era de auxiliar de necropsia, *“auxiliava o médico legista a fazer as autópsias nas pessoas que tinham tido uma morte violenta ou suspeita (...)”* e para lidar com as experiências que ali vivia, com o espaço policial, com o contato com a morte, com toda a dificuldade de estar ali, tentava sempre pensar que aquela seria uma forma de aprender. Tomou para si essa lógica, associando os campos de trabalho, *“já que estou dissecando cadáveres (...)”* então, poderia seguir com a área cirúrgica. Resolveu aprofundar-se nas áreas de *“cirurgia vascular, cirurgia plástica”*.

No decorrer do tempo, diante de problemas pessoais, começou a fazer análise, interessou-se pelo tema e foi estudar psicanálise, *“a psicanálise veio primeiro que a psiquiatria (...)”*. Logo se viu desejando cursar psiquiatria, se viu com outros questionamentos, de que não *“iria conseguir se submeter a hierarquia institucional”*, a uma verticalização do trabalho, a um trabalho médico-centrado. Diante do próprio sofrimento psíquico foi descobrindo caminhos, amadurecendo trajetórias. *“(...) Eu passei em consulta com um professor meu da faculdade, na primeira consulta ele me tacou três medicamentos, um ansiolítico, um outro para dormir, (...) eu falei não vou tomar isso, preciso entender o que está acontecendo comigo, porque não estou conseguindo dormir, porque estou angustiado, ficando nervoso, irritado, aí nesse momento fui buscar um pouco desse conhecimento de saber de mim mesmo, é um momento que começo a me interessar por isso tudo, por transtornos psíquicos e mentais, por isso eu acabo indo para a psiquiatria”*.

Quando questiono o que significa saúde mental para Rodrigo, rapidamente responde que a pergunta era complexa, chegando a dizer *“nossa, eu não sei”*. Depois complementa, dizendo que tem passado por diversas situações que tem feito compreender, que há a saúde mental mais vinculada com a visão psiquiátrica, com o adoecimento e que existe o conceito de saúde mental mais referenciado pela psicanálise, que dá outro entendimento. Acredita que pela via da psicanálise seja mais possível pensar sobre *“como você vai conseguir estar consigo mesmo e de uma maneira menos dura”*, menos exigente, que gosta da mistura das correntes teóricas *“psiquiatria e psicanálise”*. Diz ainda, que a questão *“o que seria saúde mental para você”*, cai como uma *“pergunta capciosa”*, coloco que não há uma resposta x, exata, mas que era algo para irmos conversando, demos risada nesse momento.

Emenda o assunto contando sobre a principal área em que trabalha, que apesar de atuar no CAPS III, tem dedicado a maior parte da carga horária para o trabalho em saúde mental na infância e adolescência, que sente-se *“cativado”*, tem pensado muito sobre *“quais condições hoje, a gente tem dado para esse sujeito se desenvolver de uma forma saudável”*, referindo-se aos problemas sociais vividos no país, *“(...) isso desde as crianças dentro do útero dessas mães, que sofrem violências constantes, principalmente a população marginalizada, (...) com poucos recursos que a gente atende aqui no CAPS, são coisas que vem realmente lá desde o começo da vida (...) então em relação a tudo, as relações, as violências, tipo de alimentação (...), no quanto na verdade a gente vem produzindo sofrimento psíquico o tempo inteiro”*. Ao mesmo tempo em que fico com certo paradoxo, quando vou pensando um pouco nessa linha de raciocínio, de que mesmo em países que você tem uma boa qualidade de vida, esses países também padecem de casos de suicídio, então um pouco do que fico tentando compreender, é por onde que passa o sofrimento psíquico, não tem jeito, toda hora você passa o seu próprio sofrimento. O quanto para gente mesmo é difícil de entender, o porquê que a gente está sofrendo, nossas escolhas, o quanto elas influenciam no bem estar”.

Para Rodrigo, é fundamental trabalhar a *“relação de empatia”*, de *“se colocar no lugar do outro, não tem como pensar em tratar alguém, se não tiver minimamente essa perspectiva, de conseguir se colocar no lugar do outro. Uma das coisas que se falavam muito, é que na psicose você não consegue se colocar no*

*lugar do outro, não consegue se empatizar com o psicótico, de uma certa maneira você não vivencia o que ele vivencia, mas acho que a gente vivencia essas situações de desorganizações, às vezes, por substâncias psicoativas, que te dão de uma certa maneira, uma visão de uma pessoa no estado paranoico e como lidar então (...)*". Coloca que cuidar do outro, significa "sair do lugar do médico", sair do lugar daquele que possui saber, se colocar na tentativa de ser outro. Fala do quanto a posição de saber, de superioridade pode produzir uma experiência paranoica, principalmente para o psicótico. Pensa numa clínica mais horizontal, igualitária, com manejos terapêuticos que possuam afeto.

Retomando sua trajetória profissional, após a graduação, trabalhou então, como auxiliar de necropsia, trabalhou em consultório como clínico geral, trabalhou como médico emergencista numa mina de extração e só depois foi fazer a residência em psiquiatria, "pautada no SUS, nos modelos substitutivos". Conta que foi "um choque" e que qualquer residente que vem de uma formação "conservadora da medicina", apresenta este estranhamento ao se deparar com os serviços substitutivos da saúde mental, pois são espaços que também dão "voz" ao residente, é democrático, é permitido e é dado lugar, legitimidade para se colocar na reunião de equipe. Compara e valoriza estes espaços mais abertos, diferentemente do residente trabalhar num hospital geral, por exemplo, onde a dinâmica institucional, estrutural é enrijecida, verticalizada.

Rodrigo foi para a França ao fim da residência em psiquiatria, queria se aprofundar em duas áreas, saúde mental na clínica do álcool e drogas e saúde mental na clínica da infância e adolescência, mas o planejado acabou não acontecendo, permanecendo somente numa instituição voltada ao cuidado de crianças e adolescentes, que envolvia educação, preparação para o mercado de trabalho, atenção à crise, acolhimento 24 horas e outros níveis de assistência. Era um serviço com equipe multiprofissional, pautado na psicanálise. Fala do quanto estes serviços na França tinham estrutura, ofereciam recursos, "(...) era uma coisa assim, de outro planeta". Por outro lado, deparou-se com a intensa presença da psicanálise e observa que pouco se abordava sobre as correntes teóricas da saúde mental, da reforma psiquiátrica em si, que ainda era sustentado a institucionalização, "o manicômio, a internação". O que causou muito estranhamento em Rodrigo e por seguinte muitos questionamentos.

Ao voltar para o Brasil, foi trabalhar num projeto de desinstitucionalização dos hospitais psiquiátricos de Sorocaba/SP. Um destes hospitais tinha mais de 800 pacientes inseridos, relembra a época que trabalhou como auxiliar de necrópsia e do quanto recebia pacientes falecidos deste hospital por *“situações de agressão, por desnutrição, hipotermia, por falta de cuidado”*. Naquele tempo não associava as mortes com a problemática da saúde mental, mas quando passou a trabalhar no hospital citado, veio à tona os casos que recebia para fazer necrópsia. Quase não conseguia permanecer no hospital, *“(...) o que era aquilo que eu estava me deparando, não conseguia fazer diagnóstico nenhum dos pacientes (...), era um grau de horror (...)”*. Era violência de paciente com paciente, de profissional com paciente e vice-versa. A maioria dos casos, eram pacientes sem comunicação verbal, mais isolados, comportamentos repetitivos, *“algo que se aproximava muito de um quadro autístico, um adulto autista”*, eram pessoas que permaneceram institucionalizadas *“por 20, 30 anos, (...) com tratamentos absurdamente inadequados né, medicamentos só sedativo, não dava pra fazer uma clínica”*. Consequências da institucionalização, da negligência de cuidado, do histórico de “depositar pessoas em caixas”.

Conta sobre pacientes que apresentaram quadro psicótico precoce e que foram internados antes dos 18 anos de idade, ou seja, permaneceram mais tempo de suas vidas numa internação, fora os casos que foram internados ainda bem jovens, mas por terem realizado pequenos furtos ou ainda, aqueles que apresentavam algum comportamento desviante e que a “falsa” solução de tudo se dava através do confinamento, do isolamento social. *“(...) Foi muito impactante aquele momento, (...) conseguimos fechar três manicômios, durante o período que estava lá, o quarto fechou agora, então, é uma alegria muito grande de ter passado por esse processo, mas também com todas as dificuldades, vivenciar aquilo que não era nada simples, passar por aquela situação, quando venho pra cá, de uma certa maneira o Cândido reformado, um pouco mais de qualidade de tratamento, lá a gente estava ainda na cena do horror (...)”*.

Ainda trabalhou no CAPS infanto-juvenil por quatro anos, depois circulou entre alguns serviços do Cândido Ferreira, chegou a atender em três diferentes CAPS III. Paralelamente, trabalhou como diretor técnico de uma escola da sua família e auxiliava nos processos de inclusão escolar dos alunos com o diagnóstico

de autismo. Passou a conhecer mais profissionais que trabalhavam com autismo, encanta-se com a área e passa a se dedicar aos estudos sobre autismo. Na busca em compreender melhor o autismo, o tratamento de casos graves com esse diagnóstico, conhece e passa a estudar o canabidiol, *“(...) eu nunca tinha ouvido falar das perspectivas terapêuticas do canabinóide, aí começo a investigar, começo toda uma investigação da parte do sistema canabinóide, como isso pode estar alterado em diversas condições clínicas e psíquicas, qual a função do canabinóide nos diversos sistemas do nosso organismo.”* Conta seu percurso nestes estudos, desde conhecer um grupo chamado *“MamáCultiva”*, formado por mais de 500 mães de vários países da América Latina, que plantam a cannabis e produzem, caseiramente, o óleo de canabidiol para darem aos filhos que possuem quadro de autismo e epilepsia. Rodrigo se surpreende com a experiência.

Também assumiu temporariamente a coordenação da residência em psiquiatria do Cândido Ferreira e por várias vezes tem sido preceptor, dado aulas, palestras. Rodrigo permite que seus caminhos, trajetos fluam! E por ter experimentado o trabalho em diferentes lugares, sempre acaba colocando em destaque os CAPS III de Campinas/SP, de como a estruturação destes serviços são inovadoras e potentes. Cita situações que vivencia em outros serviços e em outras cidades, como agenda de atendimento de meia hora para cada paciente, o que muitas vezes não é o suficiente, que há sempre mais pacientes do que horas contratadas, sendo o trabalho frequentemente atravessado por urgências e emergências, por partes burocráticas. Sendo que estas instituições visam o atendimento, à atenção para a saúde mental pública. Sente que é *“um trabalho quase tão solitário, quanto o consultório (...), acho que são coisas muito difíceis de mudar, acho que vou muito com uma perspectiva de que talvez seja possível uma mudança, mas você vai vendo que é difícil quando você não tem esses espaços instituintes”*, referindo-se e valorizando os espaços coletivos de compartilhamento, como as reuniões de equipe. Rodrigo entende que o trabalho em saúde mental é uma constante busca de *“por sentido naquilo que se faz”*. Existem lugares que barram essa intenção e outros lugares que são cheios de potência para *“fazer sentido”*, mesmo diante da falta de condições de trabalho. Há uma realidade dissociada, lugares com estrutura, mas com intervenções empobrecidas, lugares

sem estrutura, mas que a intenção de trabalho direciona-se na construção de sentidos.

Acredita que é necessária a manutenção de desejo para trabalhar na saúde mental. Que a maioria das pessoas que estão trabalhando no CAPS, estão ali sempre se dedicando para além daquilo que foram contratadas, que se disponibilizam, que há um desejo maior, *“uma coisa talvez ideológica, (...) que é um baita de um gás, que ti dá uma vontade, um tesão de trabalhar, mais do que isso você vai passando por fatos e momentos”*, aponta que quando não há implicação no trabalho, *“vai fazendo algo de rotina, como algo só burocrático”*. E que o trabalho coletivo estimula uns aos outros, *“uma coisa maluca, de certa maneira te inspira pra sair do lugar, sair fora da caixinha, pensar para além daquilo que você está enxergando, (...) sou subversivo (...)”*. Rodrigo gosta da alteridade, *“nunca gostei de estar em um lugar confortável, quando eu começo a ver que estou muito confortável (...) acabo indo para outra coisa porque gosto dessa parte do desafio, (...) quando você trabalha em uma equipe, de certa maneira você está o tempo inteiro sendo colocado para desafios, porque vai ter uma ou outra pessoa ali, pensando de um jeito diferente de você. Acho que conseguir colocar sua posição, escutar a posição do outro, a opinião do outro, acho que isso é um exercício fantástico”*.

Acha que o processo de análise deu grande suporte para a vida, inclusive diante do encontro com o campo da saúde mental, que foi algo impactante, *“(...) se não tivesse uma análise que pudesse direcionar minhas angústias, num momento de grande desconstrução de um saber médico instituído para uma possibilidade de construção, para um outro saber-lugar médico. Acho que sem dúvida, a análise foi fundamental (...)”*. Além disso, Rodrigo acha que suas relações de amizade e até amorosa, são fundamentais para a sustentação do trabalho, sua parceira também é psiquiatra e encontra aí acolhimento afetivo e identitário, acolhem-se diante das discussões mais técnicas, diante das angústias, *“choros”* do trabalho.

Atualmente no trabalho do CAPS III, se vê sendo acessado por toda a equipe, não só pela equipe de referência, faz muitos atendimentos em conjunto com outros profissionais, tem *“muitas questões burocráticas”* para cuidar, *“prontuário, receitas de alto-custo, prescrições, relatórios”*. Nota que tem se envolvido mais com os desafios da macropolítica do que com desafios da micropolítica, cita situações

nas quais tem se engajado, como garantia do paciente ao acesso do tratamento medicamentoso mais adequado, falta de medicação na rede, dificuldades que a farmácia de alto-custo tem colocado para conseguir medicação de qualidade, direito do paciente de conseguir ou manter benefício, aposentadoria.

Sobre o autocuidado, diz *“sempre fui de cuidar bastante, mas atualmente eu não tenho me cuidado”*. Não faz análise há alguns anos, não tem conseguido fazer alguma atividade física, *“tenho dificuldade, vou me lançando em muitas coisas, eu acabo ficando com uma restrição de tempo”*. Na maior parte do tempo tem se dedicado ao trabalho, aos estudos. Recentemente se tornou pai, coloca que precisa se organizar para essa nova fase e que muitos planos já mudaram. Outro desejo tem surgido, investir em agricultura orgânica, boas práticas alimentares, algo que já faz parte da sua clínica quando se trata do trabalho com autismo, da relação alimentar com alguns diagnósticos de autismo. Mas pensa em trazer algo para a sua vida, para a vida dos seus filhos.

No momento sua rotina de trabalho está dividida em trabalhar no CAPS III, num centro de referência de autismo, na clínica particular e num CAPS infanto-juvenil, fora os horários de estudos. Trabalha ao todo em três cidades, considera as viagens cansativas, mas que é um momento que *“fica sozinho no carro”*, *“um momento de parada”*, que se vê pensando em muitas coisas, sente prazer neste momento. Outra simples ação que lhe traz prazer na correria do dia a dia é *“dar uma volta com os cachorros”*. Talvez estes, sejam mesmo os momentos de parada, de menos convocação do pensamento, de menos exigência de produção. Há importância no coletivo, na produção, mas há importância na “parada”, na suspensão do pensamento, aquietamento que apazigua, que também dá contorno. Observa que esse apaziguamento, esse tranquilizar-se são modulações importantes para se trabalhar na saúde mental.

Mostra-se “apaixonado”, parece ir “mergulhando” a cada cena que vive. E apesar de trabalhar no CAPS III, atendendo adultos, atualmente, está tomado pela atuação na saúde mental infanto-juvenil e mesmo que esta pesquisa tenha um recorte diferente, acho interessante esse encontro com Rodrigo, que trouxe sobre tantas outras dimensões da saúde mental. O trabalho em saúde mental modifica sua trajetória de vida, interfere, afeta seu cotidiano o tempo todo, com *“mudanças de*

*paradigma, de perspectiva de vida, de visão política social”, tudo “mudou radicalmente” desde a faculdade. Desde então, a visão de mundo vem se alterando, se desprendendo de uma “lógica mais liberal, de consumo” e não tem dúvida que o percurso pela saúde mental, atendendo casos em vulneráveis condições de vida, lidar com o sofrimento alheio, o faz repensar a própria vida, o tempo todo. “Acho que há dez anos atrás, tinha uma visão de mundo, em relação a qualquer coisa a se imaginar, benefício, cota, meritocracia, qualquer coisa que você possa imaginar, acho que a saúde mental me jogou para o lado da esquerda (...). Não tenho dúvida disso, de uma mudança de visão de mundo, sou muito grato a saúde mental (...).” Acredita que se tivesse seguido por outros caminhos, “engenharia, cirurgia plástica” não traria consigo essa bagagem de vida. “Não tem como você não se afetar, acho isso, não tem como, você está ali vendo o sofrimento do outro, se deixando afetar, pela trajetória, pela vida do outro (...).”*

Observa que não exista um tempo determinado para trabalhar no CAPS III, *“(...) tem gente que vai ficar a vida inteira, não acho que isso seja um problema, desde que a pessoa não se engesse e não se cristalize nas práticas de trabalho, (...) fico pensando no instituinte, você pode estar ali 20, 30 anos no CAPS, agindo como uma força instituinte e querendo mudar ou você pode ficar 2 anos no CAPS instituída, cristalizada (...), tem pessoas que teriam capacidade de trabalhar a vida inteira no CAPS, nunca vão se acomodar, tem pessoas que vão ficar um ano aqui e vão ter o seu jeito de trabalhar e vão continuar nesse lugar. E para um serviço como se propõe a ser, acho que a força instituinte tem que estar o tempo inteiro, com espaço de formação, com a entrada de residentes, dos estagiários, são coisas que acabam movimentando muito, por essa externalidade e internalidade, que acho que é fundamental para o serviço (...).”* Mas, acredita também que um tempo determinado dá *“certa liberdade”, “vou ficar um tempo, vou fazer acontecer”,* como se encorajasse a manifestação da opinião, de questionar o serviço, cita como exemplo, o funcionamento da residência, há um começo, meio e fim. Circulando por tantos lugares, também se livra da mesmice, *“da estagnação”*. Com todo esse movimento de vida, sente-se *“menos à mercê da melancolia e da desesperança”*.

Gostou de participar do “encontro-entrevista”, *“foi bem legal, deu pra pensar bastante coisa, deu pra lembrar bastante coisa do meu percurso, da minha trajetória e é até uma maneira de, da ausência de espaço de fala, de se colocar a*



*trabalho, a repensar um pouco quais são os próximos caminhos a serem trilhados aí". Ao fim, coloca sobre como temos perdido a resistência, a luta social, do quanto parece estarmos nos conformando em perder espaços, mas que se recusa a recuar com as práticas inovadoras em saúde mental e segue desejanste.*

### **3.9. A música e a força da inquietude**

Júlia tem 37 anos, nasceu em Ribeirão Preto/SP, é psicóloga e trabalha no CAPS III há 12 anos. Desde adolescente gostava muito de ler, tinha e mantém uma paixão pelo mar, mas também gostava de estar, trabalhar com as pessoas. Por isso prestou vestibular para três cursos, filosofia, biologia marinha e psicologia. Ao fim a escolha pela psicologia se deu por alguns acontecimentos, *"(...) foi difícil pra sair de casa por conta de uma série de fatores, mas sobretudo financeiro, era a mais velha e a primeira pessoa a sair assim, aí (...) uma amiga de infância estava fazendo psicologia em Assis, ela falou presta, se você passar te ajudo aqui, aí foi isso (...) eu queria ir embora então, eu sei que me dediquei mais para as provas de fora da cidade. Sei lá, escolhi psicologia, mas não sabia muito bem o que era realmente, sabia que trabalhava com pessoas e lia algumas coisas, tipo filosofia, já lia antes assim, sabe adolescente que lê algumas obras? Por curiosidade assim (...), mas já tinha contato com alguma coisa que falava sobre a humanidade, sobre o humano (...), pensei, ah essas coisas vou me dar bem".* Os vínculos afetivos são pontos norteadores em sua trajetória de vida.

Na faculdade fez diferentes estágios, mas nenhum diretamente ligado ao campo da saúde mental, participou de pesquisas para ter bolsas de estudos, precisava de auxílio financeiro. Muitas coisas foram acontecendo devido a necessidade de ter que fazer algo com a vida, o que a fez se aproximar de outros elementos e descobrir mais sobre os próprios interesses. Durante o estágio da clínica, aproximou-se do trabalho com a subjetividade, *"(...) gostei muito de conhecer vidas que não foram institucionalizadas pelas suas estruturas, mas por outro lado percebia que era muito difícil entrar em um circuito recém-formada, como ia abrir um consultório sem grana então. O que aconteceu, terminei e falei, preciso fazer alguma coisa que agregue minha profissão e me dê mais recursos, para que na hora que*

*abrir a portinha do consultório, tenha um pouco mais de chão ou vou fazer uma pós, direto, aí soube do aprimoramento profissional”.*

Com o curso do aprimoramento em saúde mental, conheceu o CAPS, a rede de Campinas/SP, gostou das possibilidades de trabalho, da abertura para a criação frente às situações de vulnerabilidade, *“é tão limite as experiências de vida que chegam ao campo da saúde mental (...)”*, se tornando constante a necessidade de inventar a vida. Por isso, associou elementos artísticos ao trabalho, a música tem sido algo central na sua atuação com os usuários, ressoando como intervenção até na própria instituição.

Ao longo dos anos do trabalho na saúde mental, também pode resgatar a sua própria trajetória de vida, compreendendo mais sobre sua *“inquiétude”*. Durante a infância recebeu um diagnóstico psiquiátrico e foi cuidada com este modo de *“inventar a vida”*, de recriar-se. Descobriu na atividade física algo fundamental para apaziguar a *“inquiétude”*, e ainda ser uma *“pessoa inquieta”* na família, também trazia o lado de ser altamente funcional, fazia múltiplas tarefas, *“dava conta do colégio, da casa, dos irmãos, do vôlei, da vó e de alguma outra coisa que sobrava”*. Atualmente, sente-se mais *“tranquila internamente”* para lidar com a sua própria inquietação. Precisa gastar a energia em alguma atividade física, que precisa esvaziar, extravasar o cotidiano vivido no CAPS, ao mesmo tempo em que fazer alguma atividade física organiza sua atenção, sua velocidade de pensamento. *“O cansaço me deixa mais objetiva”*, conseguindo estar alerta, atenta as coisas, conseguindo filtrar, mediar os estímulos, se não alguns processos vividos se tornam sofridos, aprendeu isso ao longo dos anos. Tenta manter a rotina de *“tocar sua música”*, de cozinhar, de correr, de fazer aquilo que gosta, estes elementos a sustentam e por sua vez, a fazem sustentar o trabalho no CAPS. Acredita que suas experiências de vida constroem a sua clínica em saúde mental, ao mesmo tempo em que é atravessada pela mesma.

Saúde mental para Júlia se traduz em *“produção de vida”*, em lidar com as próprias questões e expressões com menos sofrimento e com mais alegria. Entende que saúde mental se dá como *“atividade humana”*, que vivemos um momento em que as atividades humanas, as nossas ações, estão banalizadas por questões valorativas e econômicas. Aponta que nossas *“inquiétudes”* casam-se com

os discursos instituídos, valorizados pela cultura, pela economia. A saúde mental passa por essa identificação dos desejos, passa pelo discernimento das forças sociais, passa por escolher fazer aquilo que se gosta.

Aprende muito com o trabalho, mas em determinado momento percebeu, que a vida girava em torno do mesmo tema, a roda de amigos, os encontros para diversão, sempre acabavam falando sobre algum caso, sobre alguma situação do trabalho. Por isso, tentou ampliar seu percurso, além dos cursos de acompanhamento terapêutico, aulas de filosofia, mestrado em saúde coletiva, entrou no doutorado em artes. Acha que se não tivesse a externalidade dos processos formativos para reflexão do seu fazer laborativo, não conseguiria sustentar seu lugar no CAPS. Acredita que a importância do processo de estudo não se dá pela busca de respostas aos problemas da prática, mas sim pelo processo que isso pode implicar, de como se *“passa a pensar a partir de estar em trabalho de pensar, (...) não é a técnica em si, mas como que cada um desses agenciamentos técnicos, te levam a um outro movimento de criação, dentro do seu plano de experiência, seja laborativa, seja de pesquisa, seja de produção de si, demorei pra entender isso, eu percebo que sempre busquei um tanto disso assim (...)”*.

Comenta que os próximos cursos que pretende se envolver, serão mais voltados para canto, técnicas manuais, que realmente irá *“tomar um ar”* da área acadêmica, que está num momento que pode se permitir *“viver mais os frutos de uma profissão mais amadurecida, poder investir mais naquilo que é um recurso profissional pra mim hoje, mas que é muito mais íntimo”*. Existe a necessidade de se *“deslocar”* e depois voltar a habitar o mesmo lugar, sente que precisa sempre de uma ruptura, de um desvio para que possa tomar um outro ar, para depois continuar.

Acha que seu núcleo de formação, a psicologia, ainda é muito precarizada no país, muito atrelada as visões assistencialistas, que seu núcleo vive problemas ultrapassados. Por isso, se vê estudando elementos outros e não mais da própria psicologia. Também traz a crítica sobre a dificuldade que é se especializar, se atualizar, que os cursos são caros e que há uma onda de *“personal coaching”*, que esse é um momento de muita precaução, cautela, num campo de disputa tão econômico e de pouca consistência. Ainda, comenta sobre o núcleo da psicologia no CAPS, que hoje e sempre, tem sido muito atravessado pelo campo da saúde mental

e há muito da psicanálise envolvida nisso, que as pessoas falam como se fossem analistas e não se sabe necessariamente se estas são analistas ou não, ou se é possível um trabalho efetivo de análise dentro de um equipamento heterogêneo e aberto.

Entende que a instituição em que trabalha não oferece espaços de formação profissional, mas pode-se negociar algumas horas para realização de cursos e outros, no entanto, essa negociação tem estado mais difícil. Gostaria que fosse possível a fomentação de mais “*espaços e tempos*” para trocas e elaborações mais aprofundadas sobre as práticas de cuidado no CAPS.

Como estratégia de vida para lidar com os desafios, continua a apostar, no investimento das relações afetivas, acredita nas conversas francas, nas relações de confiança enquanto ética, no sentido de ser capaz de ouvir o outro, de legitimar o que o outro está falando, de se sentir autorizado a falar com o outro. Algo de um respeito mútuo. Acha que estes elementos estão em falta no dia a dia do trabalho no CAPS.

Quanto ao tempo de trabalho num CAPS III, diz ter uma “*resposta ideal*”, de que existe um tempo determinado para exercer este trabalho, que sente falta de uma organização no sentido de um plano de carreira, não por um salário, mas que permitisse que as pessoas transitassem mais entre os serviços, “*(...) não acho que a rede tinha que ser sempre jovem, mas acho que a rede tinha que ser sempre aberta (...), porque tem uma hora que você também acumula um certo saber e uma experiência e você pode crescer com isso e passar a fazer outras leituras, a fazer outros campos de práticas e de troca. Sei lá, sabe supervisionar, a ser apoio mesmo (...) acho que você pode organizar frentes de trabalho (...) a resposta ideal é essa. Agora a resposta real, é que de verdade (...) acho que a tecnologia, isso que a gente inventou da saúde mental, o mundo não quer muito saber né, tem uma afronta direto assim com a medicalização da vida e com o capital, é uma afronta o que a gente faz, em todos os sentidos (...)*”, acha difícil sair de um trabalho no coletivo, acha difícil depois de toda essa construção de sentidos, encarar outros espaços de trabalho, exemplo, trabalhar num hospital, sendo um lugar sem muitas flexibilizações clínicas. Que o real para ela fica em como fazer a saída desse campo que tanto nos toca, nos toma, o campo da saúde mental dá muitas condições para recriar a vida.

Quando pergunto se gostaria de dar alguma devolutiva sobre nosso encontro-entrevista, Júlia me questiona sobre qual era a questão principal da pesquisa, aí conversamos sobre o processo de elaboração deste trabalho, que estava sendo construído a cada experiência com os trabalhadores, que estas se entrelaçavam também com as minhas histórias. Então, conta sobre uma passagem da cantora Maria Betânia, que enquanto cantava ela percebeu que ia descobrindo, entendendo, aprendendo sobre seu ofício. Complementa, *“a gente nunca sabe onde a gente realmente está aprendendo o nosso ofício, e assim fazer, porque acho que a nossa atividade laborativa, ela é realmente um trabalho sobre si (...) não estou dizendo só nós da saúde mental não, acho que isso é desde os primórdios assim né, acho que desde que você pensa o que é o labor, o trabalho, o trabalho é o gasto de energia para determinada ação, velocidade”*. Diz que não há necessidade de uma pergunta inicial para o trabalho de pesquisa, mas que eu pudesse contar sobre o que ouvi, sobre o que pensei. Coloco que era isso mesmo, *“que não se tratava de saber, de dar respostas, mas de se tratar, falar sobre processos”*. Júlia concorda que o dia a dia já está tomado por respostas imediatas e que o que tem importado sobretudo, são os processos, o caminhar disso tudo.

Lembrou-se sobre a experiência de ir viajar e ter esquecido sua mala, e que o importante do processo da viagem não foi mesmo a mala e sim rever o amigo. E chegando na cidade do amigo, precisou se haver com uma porção de novas experiências, de novos trajetos, novos arranjos para se virar. Se não se permitisse falhar, questiona o que seria dela num trabalho como o do CAPS? São caminhos, são tentativas de vida. A experiência nos possibilita a capacidade reflexiva para suportar não ter respostas e viver algum tempo da resposta, um tempo de invenção. *“A experiência destrói a sua teoria, (...) a gente tem que ter experiência e depois a gente usa da teoria para também elaborar a experiência (...)”*, e não ao contrário, teorizando sem antes ter vivido, o real da vida se mostra de outro jeito.

### **3.10. O "ser gente" no trabalho**

Marcela tem 52 anos, nasceu em Ribeirão Preto/SP, é psicóloga e trabalha no CAPS III há nove anos como gestora. Ao todo atua na área de saúde

mental há 20 anos. Fez sua primeira graduação em ciências sociais, ao terminar o curso, se viu com muitos questionamentos, *“se tudo é uma construção social, onde entrava aquilo que me dava a singularidade, que era diferente dos meus irmãos, mesmo pai e mãe, etc e tal (...)”*, fica emocionada ao relembrar da sua trajetória.

Vem de uma família de artistas, músicos, diz do quanto isso também marca suas escolhas de vida pela arte, pela filosofia, pela psicologia. Morou em colônia, perto de um hospital psiquiátrico, então, *“vire e mexe”*, ouvia que alguns pacientes tinham fugido, o que já gerava curiosidade pela loucura, antes mesmo de iniciar a trajetória profissional. Desde criança ouvia sempre do pai, que se deveria *“(...) conhecer outras maneiras de pensar e viver”*, que logo começou a compreender o que era a prostituição, o que era o louco e que o pai a deixava conviver, que ele apresentava o mundo e que isto proporcionou a criação de muitas aberturas dentro de si. Sente-se muito influenciada pela figura paterna e que saiu a *“explorar o mundo”*. Viajou muito e tentou conhecer outras culturas, modos de vida.

Durante a graduação em ciências sociais, conta que tinha muitos *“amigos doidos”* e que estes sempre a procuravam para conversar. Lembra, que infelizmente, um amigo da mesma época, suicidou-se. Conta sobre alguns momentos da sua vida de forma bem detalhada, do como passou pela fase de não saber qual caminho trilhar, sobre não saber o que queria fazer, dos encontros que a marcam, como o encontro com uma amiga que era professora de psicologia, os primeiros contatos com a literatura de psicologia. O começo de um mestrado em história da arte, da decisão em fazer um *“mochilão pela Europa”*, mas que acabou ficando por lá, morando na Alemanha e depois na Itália. Chegou a trabalhar de babá na Europa, uma de suas contratantes era psicóloga. E que tomada por muitos questionamentos e pelas experiências da vida, decidiu começar o curso de psicologia ainda na Itália e concluiu no Brasil. Depois veio o contato maior com as políticas públicas em saúde, mais especificamente com a saúde mental.

No curso de psicologia, um dos marcos foi estudar psicologia criminal, começou a fazer estágio na FEBEM e lá atendeu um garoto que tinha tentado estuprar e matar uma pessoa, *“ele era doido, um adolescente claramente doido (...)”*. Marcela começou a juntar os conteúdos de psicologia criminal com a psicanálise, a juntar *“o que é do social, da construção social, do ambiente, o que é da escolha do*

*sujeito (...)*”. Ainda na faculdade, teve contato com a teoria psicanalítica de Lacan e “*entre 1991, 1993*”, chegou a acompanhar alguns processos do movimento da reforma psiquiátrica, especificamente nas cidades de Campinas/SP e Santos/SP. E que aí seus “*questionamentos se casaram*”, que perpassavam os conceitos sobre ambiente, subjetividade.

Trabalhou alguns anos com pesquisa científica e teve outra experiência fora do país, foi para a Inglaterra, lá conheceu o sistema de saúde público e inclusive a rede de saúde mental da cidade em que ficou. Ao concluir o curso de psicologia, a propuseram de fazer mestrado, mas quis “*ir para a vida*”, não queria mais a vida acadêmica. Prestou o aprimoramento em planejamento e gestão em saúde, na época este curso também abrangia as questões da subjetividade, da psicanálise, enfim, o campo da saúde mental, sendo o aprimoramento uma pós-graduação, especialização com caráter mais da prática do trabalho. Acrescenta que, mesmo direcionando seu percurso profissional para saúde mental, para saúde pública, diz que sempre manteve em si os “*traços das ciências sociais*”. Bagagens que não se desfazem.

Durante o aprimoramento fez estágio no Cândido Ferreira, ao encerrar o curso prestou seleção para o mesmo serviço e passou. Trabalhava com as internações e lá percebeu que queria acompanhar os pacientes para além do momento da internação, do momento da crise. Ainda no Cândido Ferreira, vai trabalhar no Hospital-Dia, que era um dispositivo já um pouco semelhante ao CAPS, os pacientes iam para alguns atendimentos, grupos, convivência, se fosse preciso passavam o dia no serviço, mais tarde este serviço se transformou em CAPS. Em alguns momentos ainda, substituía a gestão do serviço. E neste meio-tempo, Marcela também teve dois filhos.

Após algum tempo se tornou apoiadora institucional de saúde mental de um distrito de Campinas/SP, função que articulava questões do cuidado da saúde mental entre a rede – atenção básica, CAPS e outros serviços. Diz que sentia-se mais apoiadora matricial do que institucional, pois se colocava para fazer um trabalho junto com os profissionais da rede, cita o exemplo, de chegar a fazer grupos no Centro de Saúde, “era um pé na clínica e outro na gestão”. Concomitante passou também a atender em consultório particular. Em seguida, começa seu mestrado em

saúde coletiva, encerra o trabalho como apoiadora do distrito e passa na seleção para ser gestora de um CAPS III, função que permanece até hoje. O processo seletivo para a gestão do CAPS foi importante para Marcela, porque a fez pensar muito sobre o quanto queria ou não, estar na função de gestora. Aponta que um dos desafios iniciais do CAPS em que vai trabalhar como gestora, era uma forte postura institucional fechada para a rede, fechado para o novo, a origem deste CAPS vinha do Hospital-Dia.

Marcela conta que saúde mental se dá como um campo de atuação, com origem na psiquiatria, retoma que a concepção de saúde mental surgiu no Brasil com todo o movimento da reforma, associado com as questões da saúde pública. Que se dá como o trabalho com pessoas em intenso sofrimento psíquico, algumas destas apresentam dificuldades na busca de outras saídas, invenções de vida e por isso precisam ser acompanhadas em como estar na vida. Não acha que estas saídas, invenções, soluções de vida são padronizadas. *“(...) o que sempre digo ninguém está na saúde mental a troco de nada, cada um tem o seu motivo de estar ali, ela é instigante. E uma outra característica que é inerente à saúde mental, é que de fato, é uma prática coletiva, uma prática de resposta coletiva a essa dor (...)”*.

Refere que a *“clínica do CAPS”*, possibilita respostas coletivas para os casos que necessitam disso, *“de como se dá o vínculo, como é a crise, como são as relações transferenciais”*, sendo mais possível manejar *“um caso de extrema esquizofrenia paranoide”*, porque é uma clínica coletiva e que funciona 24 horas, se dá como um *“serviço de proteção”*, mas sem perder do horizonte, as possibilidades de soluções que o sujeito pode ter para seguir com a própria vida.

Acredita que os processos formativos para o trabalho também estão nas experiências de quando se transmite sobre o trabalho que faz, *“quando você é convidada a falar, você reflete sobre o seu processo de trabalho, sobre o seu lugar (...)”*, que parar para refletir sobre a sua prática também é um processo de capacitação e acha isso fundamental. A prática de estudos no dia a dia de Marcela é algo constante, conta que está sempre lendo e que participa de grupos de estudos, *“estou sempre com um livro, sempre estudando”*. Participa de congressos e frequentemente procura fazer supervisão do seu trabalho como gestora e participar de supervisões de casos. Acha que a educação continuada pode se dar de



diferentes maneiras a partir mesmo dos processos de trabalho, a partir das discussões de casos, das trocas de saberes. Vê que a instituição Cândido Ferreira valoriza a educação continuada, mas com o corte de recursos financeiros, houve por exemplo, o corte da supervisão clínico-institucional, Marcela sente-se impactada com isso, acha que o espaço de supervisão tinha potência, produzia externalidade, produzia certo aprimoramento na dinâmica do trabalho.

A formação técnica e os saberes que vão sendo agregados ao trabalho, são pilares de sustentação e para além disso, as próprias experiências de âmbito mais pessoal são elementos para compor a prática de trabalho em saúde mental. Cita que o processo de análise a auxilia também com o trabalho. Observa que por sua *“história familiar, por sua história pessoal, por sua subjetividade, pelo trabalho no campo da saúde mental”*, seus ideais de vida têm caído cada vez mais por terra.

Sente-se pertencente “ao povão”, como gente do povo, como alguém muito humana, gosta da diversidade. Que suas experiências com a diversidade a trouxeram a pensar e tentar viver uma vida menos consumista. Aprecia as relações de trabalho igualitárias, aprecia circular em diferentes grupos, em diferentes mundos. E que assim por diante, não existe mais um ideal de serviço, de CAPS III. Muitas vezes escuta a equipe do serviço e percebe que há uma reivindicação desse coletivo, que há a espera por um ideal, por algo distante do real dado ali, mas o que se pode fazer é qualificar, melhorar a assistência etc. Mas não há uma resolução ideal, que vá suprir a tudo.

Conta que como gestora precisa ter muito cuidado com a transmissão das palavras, porque quando diz algo um pouco fora do lugar, já é entendida de maneira negativa, já é colocada na posição de quem não cuida dos processos. Então, de algo muito pequeno, transforma-se em outro extremo quando se trata de trabalhar num coletivo, ainda mais no papel da gestão, que há o imaginário que a gestão responda por tudo. Outro ponto colocado como desafio em seu trabalho, além do gerenciamento da subjetividade de toda equipe, escutar isso, e também para implementar uma *“tecnologia mais dura”*, como checagem de medicação pela enfermagem, avaliação do trabalho - *“me perdi muito nisso, ora sendo muito dura e querendo consertar tudo no ideal, eu mesmo crítico, tem muito a ver comigo esse ideal, querendo ser dura tudo e hora flexibilizando algumas coisas, que de fato*

*comprometia o coletivo então faço uma supervisão disso (...) que foi fundamental pra mim, de cuidar mais, trazer aquilo que é do coletivo no coletivo então, não é a troca de nada (...)*”.

Sente-se sozinha com este estar na gestão, dificilmente encontra espaços para dialogar sobre as dificuldades que enfrenta em seu dia a dia, por isso em alguns momentos, por si mesma, busca fazer supervisão do seu trabalho. *“A equipe quer ser um coletivo, mas no fundo tudo é o gestor”*, fala novamente sobre a responsabilização que é dada para sua função, como se tivesse que dar resposta sobre tudo. Tem tentado recriar o espaço do colegiado gestor no CAPS, estar mais presente nos momentos das passagens de plantão e sustentar, persistir com algumas pautas para dentro da reunião de equipe, estas tem sido algumas estratégias de trabalho para permanecer mais próxima de toda a equipe.

Percebe que *“quando se angustia, se perde muito, que fica confusa”*, por isso vem tentando anotar tudo em sua agenda, vem tentando descobrir novas estratégias para se organizar. E que sim, com todas as mudanças institucionais, mudança de superintendência do Cândido Ferreira, reformulações devido à crise política-financeira, o cotidiano tem estado mais difícil, tem sido mais angustiante “gerir” diante deste cenário. Os processos de demissões que vem ocorrendo por toda a instituição Cândido Ferreira, tem abalado Marcela, questiona-se sobre *“esse descarte (...), eu sei que cada um que trabalha aqui, trabalha com seu corpo”*.

Acha que a equipe do CAPS que trabalha, *“é uma equipe que fala”* e que ela permite esse lugar democrático, faz questão de promover este lugar da fala. Mas, obviamente sendo necessário lidar com a exigência que sempre surge no coletivo, de um ideal! *“Dá essa sensação, que enquanto coletivo, se você faz A tem uma queixa, se você faz B tem uma outra queixa”*, mas também entende que essa relação conflituosa está inerente ao trabalho de gestão de grupos, diria até, de um modo geral, inerente as relações sociais.

Quanto a exercer a clínica do seu núcleo de formação para dentro do CAPS, diz que é algo que *“adora”*, discutir os casos, atender, acompanhar um caso ou junto com outro profissional, manejar a crise, tem feito grupo/atendimento de

famílias, feito plantões, assim também compondo o trabalho com a equipe. Sente que estas experiências lhe dão “gás” na gestão, que é “*muito prazeroso*”.

Como práticas de autocuidado, conta que faz análise, que gosta de caminhar, cozinhar, dançar, namorar, estar com a família, “*me deixar ser cuidada pelo outro (...)*”, que cada vez mais tem refletido sobre isso, sobre se permitir ser cuidada e não se opor a isso, “*virar a chavinha*” do trabalho, “*virar a chavinha*” do imaginário “*fálico*” de quem tem que o tempo todo, cuidar do outro, cuidar de tudo. A tentativa tem sido norteadas em “*ter uma vida mais leve, mais feliz*”. O trabalho em saúde mental nos contamina a ponto de olharmos muito para o que o outro precisa, interessante e importante este ponto que Marcela coloca.

O trabalho em saúde mental modifica muito a vida, Marcela brinca que “*começamos a sentir cheiro de doidinho*”, que captar a loucura se torna algo constante, que existe alguma sensibilidade que nos aproxima. Tem algo que se “*incrusta*” quando se trata do trabalho num coletivo, como o CAPS, como se não fosse mais possível trabalhar de outras maneiras e tem repensado sobre o seu lugar na gestão, seus anos na instituição, sobre “*a dor e a delícia do trabalho em saúde mental num coletivo*” e tem se questionado sobre o momento de mudar, “*de sair*”, sobre o que faria, sobre como se reinventaria, mas que esse ainda não era o momento de tomar decisões. Sente que a experiência de ser gestora do CAPS há 10 anos, só tem amadurecido sua prática. Paralelamente, mantém os atendimentos no consultório particular e dá aulas na residência em psiquiatria.

Faz uma devolutiva para o nosso encontro, dizendo que entendia o motivo de algumas pessoas se emocionarem durante as entrevistas, pois se tratava de falar sobre situações que ela mesma estava tentando trabalhar internamente e do quanto isso podia ser difícil, falar, tratar de tantas questões internas e de olhar para as dimensões da vida. Marcela compartilhou questões bem pessoais, estabeleceu-se um espaço de confidências.

### 3.11. Sobre alguns aspectos que emergem num plano comum

Os encontros, a lapidação das histórias narradas, a junção de relatos da experiência em ser terapeuta, em se transformar pesquisadora e os elementos norteadores discutidos em orientação, nos permitiu concretamente, dar visibilidade e dizibilidade para um conjunto de elementos que chamamos aqui de sensibilidades constitutivas do trabalho em saúde mental. Sensibilidades povoadas pelas tecnologias leves, entendidas como algo intrínseco a produção de subjetividades, podendo ser a criação de vínculo, de autonomia, acolhimento, gestão do cuidado, ou seja, diz mais das invenções que fazemos entre o ideal da tarefa, e o real, vivo do trabalho<sup>48</sup>.

A equipe interdisciplinar que atualiza diariamente o trabalho clínico nos serviços de saúde mental é muito mais do que um grupo de psicólogos, terapeutas ocupacionais, psiquiatras, enfermeiros, muito mais que categorias profissionais. O que constituiu as práticas de cuidados nestes dispositivos, é mais do que o encontro dos usuários com trabalhadores da saúde, mais sim, o encontro de um conjunto de trajetórias de vida, de um conjunto de experiências que conduzem a uma sustentação coletiva, produzida em agenciamentos micro e macropolítico.

A experiência é algo que nos passa, que nos acontece, que nos toca<sup>9</sup>. O excesso de informação, de tarefas, as velocidades dos acontecimentos, a obsessão pela novidade não nos permite a produção de saber da experiência. Precisamos da suspensão, da pausa, do silêncio, do respiro. A experiência nos ocorre como passagem da existência, como abertura à própria transformação. É incapaz a experiência aquele a quem nada afeta, a quem nada se expõe, a quem nada se arrisca. Sobre este arriscar-se, tem-se que, afirmar a vida é colocar-se na condição de risco, de estar para a alteridade<sup>49</sup>.

Ressalto que o material produzido nesta pesquisa pode se desdobrar ainda em outras profundidades e em outros trabalhos. Nesta parte da pesquisa, optamos em dar destaque para alguns aspectos compartilhados semelhantemente, que emergem num plano comum (coletivo).

As trajetórias de vida e formações profissionais: não apenas interferiram nas escolhas pela profissão e pelo campo da saúde mental, assim como, tracejados

da vida pessoal influenciam o tempo todo o cotidiano do trabalho, por mais que se tente separar a partir de balizas mais técnicas.

Diferentes narrativas explicitam as ambivalências, contradições e desafios de não atuar o tempo todo como “terapeuta”, de não analisar, interpretar o tempo todo a vida. Ao mesmo tempo em que são narradas tentativas de se policiar em relação ao cuidado do outro, são narradas tentativas cotidianas de usar o aporte de seus conhecimentos em saúde mental para cuidar de si e de sua vida diária, mesmo que, nem sempre se tenha sucesso neste processo.

Ao tratarmos dos temas sobre escolhas, cuidado de si, autocuidado, gerou-se uma pausa, os trabalhadores da saúde, de modo geral, apresentam certa conformidade em falar e cuidar do outro, falar sobre a instituição, no real do dia a dia, pouco sobra de espaço e tempo para contar, refletir sobre si mesmo. Muitas questões trazidas no encontro geraram a sensação de surpresa. De fato, a imersão no campo da saúde mental pode trazer mudanças no modo de ver e pensar a vida.

Observamos que as escolhas pelas profissões, foram fortemente influenciadas por vivências de saúde mental na infância, adolescência e juventude e/ou vivências pessoais na relação com o sofrimento psíquico. As narrativas demonstram claramente, como a prática clínica de cada profissional, independentemente de seu referencial teórico, são também atravessadas pelas trajetórias e características pessoais de cada um.

Chamou-nos a atenção, a compreensão do que é cuidado para cada um, para alguns envolve a benevolência, para outros a empatia, para outros facilitar a construção de alternativas para a vida. Enquanto a compreensão sobre saúde mental, foi destacada nas narrativas como “poder fazer o que gosta”, “buscar sentido para vida”.

Os processos acadêmicos apontam em geral para insuficiência da formação em saúde mental nos currículos em geral, especialmente entre enfermeiros, médicos e assistentes sociais, apontando para a necessidade de espaços mais formalizados, instituídos de Educação Permanente e formações complementares dentro do próprio serviço. No campo investigado, a interface entre saúde mental e saúde coletiva como campos de formação profissional, se expressou

como um potencial para o trabalho em saúde mental na rede de saúde pública, com ênfase importante para a função estratégica dos programas de aprimoramento e/ou residências em saúde mental, além da hegemonia da psicanálise, como formação e referencia teórica para dar maior sustentação para a prática profissional. Pouco se discute sobre os processos formativos não formais, sobre os processos de experiências da vida e do trabalho que também auxiliam, podem compor a clínica em saúde mental.

Os núcleos de formação profissional: evidenciam-se pelas narrativas a forma como os núcleos são importantes para a sustentação cotidiana dos CAPS (em especial para produzir processos de identificação social, construção da identidade profissional, autoafirmação, pluralidade nas práticas de cuidado etc), ao mesmo tempo que produzem elementos conflitantes como disputas de saber-poder, práticas corporativistas e enrijecimentos. Ao mesmo tempo, que estes núcleos podem ser dissolvidos pelo cotidiano institucional, mas devemos operar ao contrário disso, dessa massificação. O núcleo indica a concentração de saberes e práticas, sem, contudo, romper com o todo da dinâmica do campo, funcionando numa flexibilização, numa via de democratização<sup>50</sup>.

O engajamento e a presentificação do corpo no processo de trabalho: foi outro elemento que ganhou uma intensidade (em sua capacidade de afetação), embora não tenha ganhado extensividade (em repetições de outros participantes), mas deixamos aqui registrado a importância no investimento de estudos posteriores sobre ser “corpo-terapeuta”. As narrativas explicitaram que o corpo se constitui e se transforma a cada experiência, é por ele que elaboramos aprendizagens, ou seja, o corpo se cansa, o corpo pode ter registros de agressão, sente e expressa prazer, se reinventa na dança, ganha um novo agenciamento clínico pela cor da pele (apontamos a necessidade de nos aproximarmos cada vez mais de estudos da contemporaneidade sobre como os aspectos relacionados ao gênero, classe social e componente étnico-racial interferem na produção de saúde mental e nas práticas de cuidado).

Não há precisão, lógica explicativa, é nosso corpo em jogo, elaborando a experiência, dando algum tempo para a invenção, para as respostas. Na saúde mental, isso se torna imprescindível, a capacidade reflexiva e a capacidade de

suportar não ter respostas, não ter desfechos imediatos. Corpo e tempo constroem clínica.

O intercruzamento de trajetórias individuais e o processo de trabalho coletivo: destacou-se para nós, o quanto sentimentos individualmente percebidos (impotência, solidão, esgotamento) podem ser coletivamente produzidos, sustentados e/ou enfrentados. Esses processos, fortemente relacionados ao processo de trabalho em saúde mental em rede e como se configuram na atualidade (que incluem o acúmulo, sobrecarga de atividades, processos de violência institucional, lidar com a crise e com o inesperado, falta de tempo, escassez de recursos), também é, ao mesmo tempo, gerador de prazeres, resistências coletivas, processos inventivos, engajamento em movimentos sociais e processos de autocuidado.

Quando pensado no trabalho coletivo, enquanto funcionamento de uma equipe, foram revelados elementos ambivalentes, como algo muito positivo, fértil, mas que também impõe uma série de desafios e tensões. Muitos falam sobre se sentirem sozinhos no trabalho, outros falam sobre a potência de trabalho num coletivo.

O processo de pesquisa como momento de intervenção: foi outro ponto que ganhou relevo nas narrativas, sobretudo para nós que optamos por analisar, correlacionar situações da vida e do trabalho. À medida que o processo da pesquisa foi acontecendo, percebíamos o quanto há de obviedade esquecida, do quanto muitas questões surgem no cotidiano dos serviços de saúde e vão sendo suprimidas, deixadas de lado. Notou-se que houve importância para os trabalhadores participarem do “encontro-entrevista”, que puderam rever questões, que puderam rever-se. Voltando um olhar para as constituições de si, de como estão no contexto atual, permitiu-se pausa, permitiu-se “encontrar sentidos”, como muitos falaram. Permitiu-se problematizar passado, presente e projetar, rascunhar futuros, no plural.

As narrativas também indicaram que o trabalho em saúde mental proporciona força motriz para a vida, que aí está uma nuance de prazer para o profissional, apesar das queixas de exaustão. Passamos por processos de

reconhecimento, valoração das histórias de vida, do trabalho que se faz, frente a realidade desgastante das instituições com sobrecarga do trabalho e escassez de recursos (investimentos sociais, políticos e econômicos). Para além disso, o trabalho em saúde mental se dá ao olhar para o invisível, subjetivo, não lidamos com resultados palpáveis, com a exatidão, então, os profissionais precisam se empenhar, se alimentar com relação ao investimento de desejo, e o processo da entrevista de alguma forma proporcionou isto.

Reafirmamos que o trabalho em saúde mental se estende em ramificações, por isso existe a necessidade de interdependência da rede de assistência, ou melhor, não há saúde sem integralização de rede, sem compreensão de integralização da vida, somos tudo isso, psíquico e físico, casa e trabalho, solidão e coletivo, subjetivo e objetivo, abstrato e concreto e tudo o mais.

Trajetórias de vida são linhas do tempo em metamorfoses. E com este trabalho nos aproximamos ou ainda, resgatamos o sentido de *“aprender o ofício, fazendo o ofício”*, como nos coloca a entrevistada (Júlia), *“a gente nunca sabe onde a gente realmente está aprendendo o nosso ofício e assim fazer, porque eu acho que a nossa atividade laborativa ela é realmente um trabalho sobre si.”*



## **Considerações finais, ou “fim temporário”!?**

A cartografia possibilita outros modos de fazer pesquisa, notamos com a realização deste estudo, que os caminhos, meios já são investigativos por si. Foi uma desconstrução e reconstrução de conceitos para a vida. Outros problemas, outras questões surgiram no decorrer de todo o processo, múltiplas possibilidades de percursos a seguir, a serem inventados, reinventados. Não há necessidade de condicionamento, de atender à exigência de alcançar todos os objetivos, de provar algo, como em tradicionais moldes acadêmicos. O “mundo das infinitas teorias, das palavras”, “o mundo da ciência”, estes necessitam acima de tudo “falar sobre a vida”, “produzir vida” e de forma alcançável, acessível a todos. Emerge a necessidade social de que se volte o olhar para as diferenças, ambiguidades, quebra de saberes, para a diversidade, para espaços de questionamentos e não conformismo.

Vimos que não se trata de estabelecer uma clínica ideal para o CAPS, um ideal protocolar de processos formativos e de práticas de cuidados na saúde mental. Mas, apontamos uma chamada para resistências diárias, para uma reinvenção possível, para transformações das práticas no dia a dia. O trabalho em equipe já é por si um trabalho em território, já é por si o movimento de circular, conflitar e construir com diferentes mundos. Este território pode e deve extrapolar “janelas, paredes, muros”, levando em conta que qualquer encontro é um encontro com outro território, no sentido mais subjetivo.

O campo da saúde mental, enquanto território subjetivo, também precisa extrapolar seus limites encapsulados, sua especificidade e se dispor com as demais áreas e vice-versa. Frequentemente, nos deparamos com falas dos profissionais, que indicam a necessidade de engajamento em outras atividades para darem conta do trabalho no CAPS, de se envolverem com outros temas, com outros grupos na vida. E isso fica também para a construção dos processos clínicos, o CAPS não precisa e não deve dar conta do todo da vida dos usuários/pacientes. Agora, as experiências, o arriscar-se, os devires, estes sim, devemos nos atentar, para estes, devemos nos dispor.

E como a gente se inventa na vida? Como a gente se inventa para estar no trabalho, e mais especificamente para atuar na saúde mental? Como nossas trajetórias de vida foram e são constituídas? Permanecemos com mais perguntas do

que respostas, e a constante tentativa de elucidar algo para “alimentar” a prática. Nossos trajetos têm emaranhados de sentir, nosso corpo carrega, constitui-se por experiências do sentir, nosso corpo carrega um tempo não tempo. Vivemos situações que só ganham sentido após algum tempo, após experimentarmos outros e outros trajetos. Corpo e tempo, se fundem, há lógica e não lógica. Somos a criança, o idoso, o terapeuta, o paciente, o filho, a mãe, o amante, o professor, o aluno e tantos outros, que isso então, nos potencialize, nos inquiete!

E como nos colocamos para cuidar? Como cuidamos de nós mesmos e como cuidamos dos outros? Como entendemos a prática do cuidado? Como continuamos a cuidar quando não estamos bem? Como promovemos o cuidado num ambiente instável? Como podemos promover cuidado em ambientes politicamente desinvestidos? Cuidado enquanto práxis, que se aprende também trilhando experiências (livre de prescrições, modelos), que acontece nas desconstruções, nas crises, nas inversões, nas falhas, vazios, no inesperado, nos problemas que nos fazem tomar pausa, desviar, afastar e voltar, pensar e organizar maneiras de continuar. Há muito da cartografia em ser, estar para cuidar.

## REFERÊNCIAS

1. Diário de Campo da Pesquisadora. Arquivo pessoal da mestranda Bruna Caroline Ferreira Luz. 2018.
2. Hardt M, Negri A. Império. Rio de Janeiro: Record, 2005.
3. Dejours C, Oliveira Barros J, Lancman S. A centralidade do trabalho para a construção da saúde. Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo. 2016 Aug 17;27(2):228-35.
4. Lourau R. A análise institucional. Vozes, 1975.
5. Rossi A, Passos E. Análise institucional: revisão conceitual e nuances da pesquisa-intervenção no Brasil. Revista Epos. 2014 Jun;5(1):156-81.
6. Pereira WC. Movimento institucionalista: principais abordagens. Estudos e pesquisas em psicologia. 2007 Jun;7(1):0.
7. Dejours C. Subjetividade, trabalho e ação. Production. 2004 Dec;14(3):27-34.
8. Romagnoli RC. O conceito de implicação ea pesquisa-intervenção institucionalista. Psicologia & Sociedade. 2014;26(1):44-52.
9. Bondía JL. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. Revista brasileira de educação. 2002 Apr(19):20-8.
10. Michaelis Dicionário. Disponível em:< <http://michaelis.uol.com.br>>. Acesso em 30.out. 2019.
11. Yasui S. Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro. Tese (Doutorado em Ciências na área de Saúde), Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz. 2006.
12. Jacobi P. Políticas públicas. São Paulo, Cortez, 1989.
13. Sader E. Quando novos personagens entraram em cena: experiências falas e lutas dos trabalhadores da Grande São Paulo (1970-1980). 3ª reimpressão. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.
14. L'Abbate S. Institutional analysis and collective health. Ciência & Saúde Coletiva. 2003;8(1):265.
15. Carvalho SR. Saúde coletiva e promoção à saúde: uma reflexão sobre os temas do sujeito e da mudança. Tese de doutorado em saúde coletiva. Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Unicamp, Campinas. 2002.
16. Donnangelo MC. A pesquisa na área da saúde coletiva no Brasil: a década de 70. In: Ensino da saúde pública, medicina preventiva e social no Brasil; volume 2 1983 (pp. 19-35).

17. Nunes ED. Saúde coletiva: história de uma ideia e de um conceito. *Saúde e sociedade*. 1994;3(2):5-21.
18. Costa-Rosa A. *Atenção psicossocial além da Reforma Psiquiátrica: contribuições a uma clínica crítica dos processos de subjetivação na saúde coletiva*. São Paulo: Editora Unesp, 2013.
19. Martins ME, Assis FB, Bolsoni CC. Ressuscitando a indústria da loucura?!. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*. 2019 Sep 16;23:e190275.
20. Amarante P, Nunes MD. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. 2018; 23 (6): 2067-2074.
21. Delgado PG. Saúde mental e direitos humanos: 10 anos da Lei 10.216/2001. *Arquivos brasileiros de psicologia*. 2011;63(2):114-21.
22. 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). 2011.
23. Abrasme. Saúde Mental: Retrocessos ou Contra-Reforma?. Recuperado de [https://www.abrasme.org.br/informativo/view?ID\\_INFORMATIVO=402](https://www.abrasme.org.br/informativo/view?ID_INFORMATIVO=402). Acesso em 31.out. 2018
24. Ministério da Saúde. Saúde Mental no SUS: cuidado em liberdade, defesa de direitos e rede de atenção psicossocial. Relatório de gestão 2011-2015. 2016.
25. Organização Mundial da Saúde. Comprehensive mental health action plan 2013–2020. 2013. Recuperado de [https://www.who.int/mental\\_health/action\\_plan\\_2013/en/](https://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/en/).
26. Merhy EE. Anormais do desejo: os novos não humanos? Os sinais que vêm da vida cotidiana e da rua. Conselho Federal de Psicologia. Grupo de Trabalho de Álcool e outras Drogas. *Drogas e cidadania: em debate*. Brasília, DF: CFP. 2012:9-18.
27. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades e estados. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/sp/campinas.html>. Acesso em 30.out. 2019.
28. Campos GW, Figueiredo MD, Pereira Júnior N, Castro CP. A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*. 2014;18:983-95.
29. Cândido Ferreira. Reintegrando pessoas à sociedade. Recuperado de <https://candido.org.br/portal>. Acesso em 30.nov. 2019
30. Campos RT, Furtado JP, Passos E, Ferrer AL, Miranda L, Gama CA. Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. *Revista de Saúde Pública*. 2009 Aug;43:16-22.

31. Merhy EE. Desafios de aprendizagens no trabalho em saúde: em busca de anômalos. *Cad. Saúde Ment.* 2010;23-36.
32. Silva JDG. Discursos, saberes e práticas na reforma psiquiátrica brasileira e suas implicações na Saúde Mental dos(as) trabalhadores(as) dos serviços substitutivos. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva), Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo. 2015.
33. Dejours C. *A Loucura no Trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho.* São Paulo: Cortez-Oborê. 6.ed. 1980.
34. Denzin NK, Lincoln YS. *The qualitative inquiry reader.* Sage; 2002.
35. Ferigato SH. Cartografia dos Centros de Convivência de Campinas – Produzindo redes de encontro. Campinas. 2013. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva), Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. 2013.
36. Paulon SM, Romagnoli RC. Pesquisa-intervenção e cartografia: melindres e meandros metodológicos. *Estudos e pesquisas em psicologia.* 2010;10(1):85-102.
37. Rossi A, Passos E. Análise institucional: revisão conceitual e nuances da pesquisa-intervenção no Brasil. *Revista Epos.* 2014 Jun;5(1):156-81.
38. Prado Filho K, Teti MM. A cartografia como método para as ciências humanas e sociais. *Barbarói.* 2013 Aug 9(38):45-59.
39. Martines WR, Machado AL, Almeida Colvero L. A cartografia como inovação metodológica na pesquisa em saúde. *Tempus Actas de Saúde Coletiva.* 2013 Sep 25;7(2):203-11.
40. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde.* São Paulo: Hucitec. 14.ed. 2014.
41. Tedesco SH, Sade C, Caliman LV. A entrevista na pesquisa cartográfica: a experiência do dizer. *Fractal: Revista de Psicologia.* 2013 Aug;25(2):299-322.
42. Oliveira MT, Ferigato SH. The attention to women victims of domestic and family violence: care technologies of occupational therapy in basic health care. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar.* 2019;27(3):508-21.
43. Lourau R. *Lourau na UERJ. Análise institucional e práticas de pesquisa.* Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 1993.
44. Lourau R. *Implicação e sobre implicação (1990). Analista Institucional em tempo integral.* Hucitec: São Paulo, 2003.
45. Brasil. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial.* Ministério da Saúde; 2004.
46. Hirdes A. The psychiatric reform in Brazil: a (re) view. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2009;14(1):297.

47. Barros LM, Barros ME. O problema da análise em pesquisa cartográfica. *Fractal: Revista de Psicologia*. 2013 Aug;25(2):373-90.
48. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. 1997.
49. Yasui S, Pena RS. Repetição e invenção: o cotidiano do trabalho em saúde, suas tensões, ambiguidades e contradições. *Ayvú: Revista de Psicologia*. 2015;1(2):66-78.
50. Campos GW. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2000;5(2):219-30.

## APÊNDICE A

### Roteiro de entrevista

Trabalho de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva - Políticas e Gestão em Saúde, intitulado: Trajetórias de formações profissionais e suas contribuições para sustentação das práticas de cuidado em Saúde Mental.

#### **1. Ficha de caracterização (dados gerais dos participantes)**

Nome:

Idade:

Naturalidade:

Estado civil:

Profissão:

Local de trabalho:

Carga horária semanal:

Tempo de trabalho no CAPS:

Outros cursos de formação profissional/pessoal que realizou para além da escolarização formal:

#### **2. Questões semiestruturadas**

1- Conte como se deu a escolha da profissão.

2- O que levou ao trabalho na área da Saúde Mental? Qual o motivo de trabalhar nessa área?

- 3- O que é Saúde Mental para você?
- 4- Como suas experiências de vida podem contribuir ou não com o trabalho em Saúde Mental?
- 5- Conte seu percurso, sua trajetória de formação profissional para a atuação em Saúde Mental.
- 6- Você entende que os processos de formação profissional são importantes para sustentar o trabalho cotidiano na área da Saúde Mental?
- 7- Como sua formação técnica e os saberes agregados à sua formação auxiliam na sustentação da sua prática de cuidado?
- 8- Que outros elementos de sua trajetória contribuem para a sustentação da prática de trabalho cotidiana, para além dos recursos técnicos e tecnológicos?
- 9- Tem se atualizado com relação a sua prática de trabalho? Como?
- 10- A instituição em que trabalha oferece espaços para capacitação profissional formal, educação permanente?
- 11- Como tem sido o trabalho do seu núcleo de formação no CAPS III?
- 12- Quais estratégias tem criado para lidar com os desafios colocados pelo cotidiano do trabalho?
- 13- O que tem feito para seu autocuidado? Qual a importância disso para a complementação nas práticas de trabalho em Saúde Mental?
- 14- Como o trabalho em Saúde Mental modifica sua trajetória de vida, isso interfere sua vida cotidiana?
- 15- Você acha que existe um tempo determinado para se trabalhar no CAPS III, na área da Saúde Mental?
- 16- Você gostaria de incluir alguma observação ou comentário que não tenha sido abordado nas questões anteriores?



## APÊNDICE B

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Trabalho de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva - Políticas e Gestão em Saúde, intitulado: Trajetórias de formações profissionais e suas contribuições para sustentação das práticas de cuidado em Saúde Mental.

**Nome da pesquisadora responsável:** Bruna Caroline Ferreira Luz

**Orientadora:** Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Sabrina Helena Ferigato

**Número do CAAE:** 80823817.4.0000.5404

Você está sendo convidado a participar como voluntário da pesquisa “Trajetórias de formações profissionais e suas contribuições para sustentação das práticas de cuidado em Saúde Mental”, este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos como participante e é elaborado em duas vias, uma que deverá ficar com você e outra com o pesquisador.

**Justificativa, objetivos e procedimentos:** Trata-se de uma pesquisa para a elaboração da tese de mestrado, vinculada a Faculdade de Ciências Médicas - Departamento de Medicina Preventiva e Social da UNICAMP. A pesquisa tem como objetivo descrever e analisar as trajetórias de formação profissional e os processos que direcionaram para a atuação na área de Saúde Mental e assim, o que sustenta as práticas de cuidado nesse campo de atuação. A participação é voluntária e se dará por meio da realização de entrevista individual, com roteiro semiestruturado e gravada em áudio. O tempo estimado para cada entrevista é de uma hora e meia. O local da entrevista poderá ser em próprio local de trabalho ou em local de escolha, desde que não ofereça riscos diretos aos envolvidos e não comprometa o sigilo do

conteúdo das entrevistas. A publicização dos dados analisados da entrevista se dará de forma que a identidade dos entrevistados permanecerá preservada. Participar desta pesquisa não traz nenhum benefício ou prejuízo de caráter financeiro.

**Desconfortos, riscos, acompanhamento e assistência:** A seguinte pesquisa não irá expor seus participantes a riscos desnecessários e situações constrangedoras, ou seja, não apresenta riscos previsíveis. Entretanto, caso a pesquisa gere algum tipo de incômodo para os participantes, como constrangimento ou sofrimento psíquico decorrentes de um processo de pesquisa que aborda temas pessoais e cotidianos, a pesquisadora se disponibiliza a reparar esses riscos, fazendo uso do material apenas se for autorizado pelo entrevistado e ainda estará à disposição se for necessário algum suporte de acolhimento/acompanhamento dos entrevistados, já que a pesquisadora tem formação em Saúde Mental e está apta para este tipo de cuidado/intervenção. Além disso, compromete-se a dar devolutiva dos resultados da pesquisa a todos os envolvidos. Ainda, se depois de consentir sua participação e desejar desistir do processo da pesquisa, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer momento, seja antes ou depois da entrevista, independente do motivo e sem nenhum prejuízo. A pesquisadora se compromete a prestar qualquer tipo de esclarecimento que se fizer necessário, antes, durante e após a pesquisa.

**Benefícios:** Caso aceite participar, estará concordando que os resultados obtidos podem ser utilizados para fins acadêmicos, contribuindo para discussões sobre o tema, possibilitando visibilidade para as necessidades emergentes nos processos de formação profissional para maior sustentação dos cuidados na Saúde Mental.

**Sigilo e privacidade:** Na divulgação dos resultados desse estudo, seu nome não será citado. Contudo, por se tratar de trajetórias de formação profissional, ou seja, surgirão narrativas sobre aspectos da história de vida, então, há a possibilidade de ser identificado(a) pelo leitor, prejudicando o sigilo de sua identidade. As entrevistas

serão gravadas em áudio, será mantido o sigilo destas, sendo usado apenas para a elaboração da pesquisa.

**Ressarcimento e Indenização:** Não será disponibilizado nenhum benefício de caráter financeiro devido a sua participação na pesquisa e não haverá ressarcimento com possíveis despesas geradas, uma vez que o local para a realização da mesma foi escolhido por você, ocasionando que a pesquisadora fosse ao seu encontro. Você terá a garantia ao direito a indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

**Contato:** Caso tenha dúvidas sobre a pesquisa, o participante poderá entrar em contato com a pesquisadora Bruna Caroline Ferreira Luz nos seguintes endereços e contatos - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas - Departamento de Medicina Preventiva e Social, localizada na Rua Tessália Vieira de Camargo, 126 - Cidade Universitária Zeferino Vaz - Barão Geraldo, Campinas-SP, telefone (19) 35219087 ou no Serviço de Saúde Dr.º Cândido Ferreira, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS III) Esperança, localizado na Rua Padre Domingos Giovanini, 290 – Parque Taquaral, Campinas-SP, telefone (19) 32437782. Ou ainda, pode ser localizada pelos contatos pessoais (19) 981186946, bruna.terapiaocupacional@gmail.com. Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação e sobre questões éticas do estudo, o participante poderá entrar em contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNICAMP das 08:30hs às 11:30hs e das 13:00hs às 17:00hs na Rua Tessália Vieira de Camargo, 126 - CEP 13083-887, Campinas-SP, telefone (19) 3521-8936 ou (19) 3521-7187, e-mail: cep@fcm.unicamp.br.

**O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP):** O papel do CEP é avaliar e acompanhar os aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. A Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), tem por objetivo desenvolver a regulamentação sobre proteção dos seres humanos envolvidos nas pesquisas.

Desempenha um papel coordenador da rede de Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs) das instituições, além de assumir a função de órgão consultor na área de ética em pesquisas.

**Consentimento livre e esclarecido:** Após ter recebido esclarecimentos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, aceito participar e declaro estar recebendo uma via original deste documento assinada pelo pesquisador e por mim, tendo todas as folhas por nós rubricadas. Além disso, estou ciente sobre a autorização ou não autorização da gravação da entrevista em áudio:

**( ) Autorizo a gravação da entrevista em áudio.**

**( ) Não autorizo a gravação da entrevista em áudio.**

---

Nome do participante

---

Contato telefônico e e-mail

---

Assinatura do participante

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Responsabilidade do Pesquisador:** Asseguo ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguo, também, ter explicado e fornecido uma via deste documento ao participante. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado e pela CONEP, quando pertinente. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante.

Assinatura do pesquisador:

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## APÊNDICE C

### Declaração do pesquisador sobre o retorno da pesquisa

O trabalho final, ou seja, os resultados da pesquisa serão apresentados como devolutiva para os profissionais envolvidos na entrevista e para a comissão de ensino da instituição. Uma cópia do estudo será entregue ao Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira.

## ANEXO



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Trajetórias de formações profissionais e suas contribuições para sustentação das práticas de cuidado em saúde mental

**Pesquisador:** BRUNA CAROLINE FERREIRA LUZ

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 80823817.4.0000.5404

**Instituição Proponente:** Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.542.784

#### Apresentação do Projeto:

Desde 2007 tenho transitado na área da saúde mental, como Terapeuta Ocupacional, experimentando o trabalho em rede, a articulação entre os diferentes equipamentos substitutivos da saúde mental e suas propostas de ações contemporâneas. Atuação profissional desenvolvida, principalmente no CAPS III (Centro de Atenção Psicossocial) serviço vinculado ao SUS, no município de Campinas – SP. E assim, tenho observado que pouco tem sido tratado, sobre o operante do cuidado, sobre o trabalho real e o trabalho prescrito, sobre a trajetória do trabalhador, como este tem escolhido, se preparado e se mantido na atuação profissional na saúde mental pública. Quais tem sido os mecanismos de enfrentamento e de cuidado de si para estar frente as novas e antigas problemáticas, pois certas questões ainda não foram superadas, amenizadas no cotidiano da instituição. Ou seja, o desejo de pesquisar e escrever foi motivado por esses questionamentos - como toda a trajetória de formação profissional pode influenciar, refletir na realidade clínico-institucional e vice-versa, como essas trajetórias podem contribuir com as práticas de cuidado. (maiores informações, vide Projeto de Pesquisa original anexo). Hipótese: As trajetórias de formações dos profissionais podem ser norteadores fundamentais para a sustentação das práticas de cuidado em saúde mental. Metodologia Proposta: Trata-se de uma pesquisa qualitativa, que os instrumentos para coleta de dados serão a entrevistas semiestruturadas e o diário de campo. As entrevistas semiestruturadas serão com profissionais de nível superior que compõem os CAPS III e o diário de campo será elaborado a partir das vivências que tenho como terapeuta ocupacional

**Endereço:** Rua Tessália Vieira de Camargo, 126  
**Bairro:** Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887  
**UF:** SP **Município:** CAMPINAS  
**Telefone:** (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 2.542.784

também de um CAPS III. Ressalto que as entrevistas semiestruturadas não ocorrerão no mesmo CAPS III que atuo, por uma questão de cuidado ético com a pesquisa e com os demais envolvidos nesta. A pesquisa qualitativa foi escolhida, pois aborda a análise de elementos subjetivos da experiência humana, como afirma Minayo sobre a metodologia (2014, p.57): O método qualitativo é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam. As entrevistas semiestruturadas serão o principal instrumento para a investigação, sendo gravadas e transcritas na íntegra. Esse tipo de entrevista difere apenas em grau da não estruturada, pois nenhum instrumento de pesquisa se coloca de forma totalmente aberta ou fechada. Neste caso, a entrevista semiestruturada tem um roteiro estabelecido para assegurar que a conversa com o entrevistado contemple os objetivos, os pressupostos da pesquisa (MINAYO, 2014, p.267). O diário de campo será elaborado a partir de escritos baseados no meu cotidiano de trabalho no CAPS III, serão usados trechos destes escritos para compor, complementar a pesquisa, auxiliando no aprofundamento dos temas e questões colocadas. Como já explicado anteriormente, farei as entrevistas com sujeitos de outros CAPS III e não no qual atuo. Sobre o diário de campo, Minayo (2014, p.295) aponta que é por esse acervo de impressões e notas sobre as diferenciações entre falas, comportamentos e relações que podem tornar mais verdadeira a pesquisa de campo.(maiores informações, vide Projeto de Pesquisa original anexo).

#### **Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário: Analisar como as trajetórias de formações dos profissionais que atuam na saúde mental contribuem para a sustentação das práticas de cuidado nesta área. Objetivo Secundário: - Conhecer as trajetórias dos profissionais e o que levou ao trabalho na saúde mental. - Identificar e analisar de que maneira o profissional teve contato com a área da saúde mental no percurso de sua formação. - Analisar as contribuições do núcleo de formação para o campo da saúde mental, assim como analisar as contribuições do campo da saúde mental para as intervenções do núcleo profissional. - Mapear os processos formativos que o profissional tem buscado e/ou compreendido ser importante para sustentar o trabalho na área da saúde mental e ainda, se identificam processos formativos no cotidiano, desde experiências que vivem no trabalho ou até mesmo fora deste.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

A seguinte pesquisa não irá expor seus participantes a riscos desnecessários e situações constrangedoras, ou seja, não apresenta riscos previsíveis. Será mantido o sigilo dos dados

<b>Endereço:</b> Rua Tessália Vieira de Camargo, 126	
<b>Bairro:</b> Barão Geraldo	<b>CEP:</b> 13.083-887
<b>UF:</b> SP	<b>Município:</b> CAMPINAS
<b>Telefone:</b> (19)3521-8936	<b>Fax:</b> (19)3521-7187 <b>E-mail:</b> cep@fcm.unicamp.br





Continuação do Parecer: 2.542.784

coletados, assim como a identidade dos envolvidos na pesquisa. Os participantes poderão se recusar a responder as perguntas que por ventura se sintam incomodados ou até interromper o processo das entrevistas. O tempo de duração para cada entrevista está estimado em uma hora e meia. A pesquisadora se colocará à disposição dos participantes das entrevistas caso ocorra algum sofrimento psíquico, por se tratar de uma pesquisa que abordará trajetórias de formações para o trabalho em saúde mental. A participação na pesquisa não trará nenhum benefício de caráter financeiro aos participantes. Todos os envolvidos deverão estar de acordo e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para que sua participação na pesquisa seja possível. As entrevistas somente serão iniciadas após a aceitação do comitê de ética.

**Benefícios:** Pretende-se compreender as experiências de vida dos sujeitos e por diante as experiências profissionais e até mesmo instrumentalizá-los para o trabalho. E ainda, rever e contribuir com o campo da saúde, especificadamente com a saúde mental pública e que estas contribuições tenham alcance teórico, mas principalmente, façam algum sentido, alcancem a práxis dos trabalhadores nas instituições. Ao fim da pesquisa, além da devolutiva conclusiva para os sujeitos envolvidos, pretendo fazer rodas de conversas com as equipes que compõem os CAPS III que forem eleitos como campo do estudo." Este protocolo refere-se ao projeto de pesquisa de mestrado profissional intitulado: "Trajetórias de formações profissionais e suas contribuições para sustentação das práticas de cuidado em saúde mental", cuja pesquisadora responsável é BRUNA CAROLINE FERREIRA LUZ sob a orientação de Sabrina Helena Ferigato. A pesquisa foi enquadrada nas áreas: Ciências da Saúde, Ciência Sociais Aplicadas e Ciências Humanas, a Instituição proponente é a Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP e envolverá 8 participantes. Segundo as Informações Básicas do Projeto, a pesquisa tem orçamento estimado em R\$ 400,00 (Quatrocentos reais) e o cronograma apresentado no formulário da PB contempla a pesquisa de campo para 05/03/2018 e término da pesquisa em 31/05/2018. Comentários e

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Este protocolo refere-se ao projeto de pesquisa de mestrado profissional intitulado: "Trajetórias de formações profissionais e suas contribuições para sustentação das práticas de cuidado em saúde mental", cuja pesquisadora responsável é BRUNA CAROLINE FERREIRA LUZ sob a orientação de Sabrina Helena Ferigato. A pesquisa foi enquadrada nas áreas: Ciências da Saúde, Ciência Sociais Aplicadas e Ciências Humanas, a Instituição proponente é a Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP e envolverá 8 participantes. Segundo as Informações Básicas do Projeto, a pesquisa tem orçamento estimado em R\$ 400,00 (Quatrocentos reais) e o cronograma apresentado no formulário da PB contempla a pesquisa de campo para 05/03/2018 e término da pesquisa em

**Endereço:** Rua Tessália Vieira de Camargo, 126  
**Bairro:** Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887  
**UF:** SP **Município:** CAMPINAS  
**Telefone:** (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 2.542.784

31/05/2018.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

A pesquisadora apresentou: Projeto de pesquisa no formulário da PB, Projeto detalhado, Folha de Rosto assinada pela pesquisadora e pelo Diretor da FCM/UNICAMP, TCLE alterado, Histórico Escolar da pesquisadora, Carta de autorização para coleta de dados assinada pela Superintendente do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, roteiro de entrevistas, Cronograma de atividades alterado, documento "Aspectos éticos da pesquisa", Carta de autorização para coleta de dados e Carta resposta ao CEP.

**Recomendações:**

Nada consta.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Em consideração ao parecer anterior (Número do Parecer: 2.478.674) de 30 de Janeiro de 2018, pesquisador adequa:

- riscos da participação na pesquisa
- TCLE.

Conclusão: projeto aprovado.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

- O sujeito de pesquisa deve receber uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado.

- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Se o pesquisador considerar a descontinuação do estudo, esta deve ser justificada e somente ser realizada após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou. O pesquisador deve aguardar o parecer do CEP quanto à descontinuação, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de uma estratégia diagnóstica ou terapêutica oferecida a um dos grupos da pesquisa, isto é, somente em caso de necessidade de ação imediata com intuito de proteger os participantes.

**Endereço:** Rua Tessália Vieira de Camargo, 126  
**Bairro:** Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887  
**UF:** SP **Município:** CAMPINAS  
**Telefone:** (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 2.542.784

- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial.

- Relatórios parciais e final, em formulário próprio do CEP, devem ser apresentados ao CEP, inicialmente seis meses após a data deste parecer de aprovação e ao término do estudo.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1041279.pdf	26/02/2018 11:31:53		Aceito
Outros	Aspectos_Eticos_da_Pesquisa_Riscos_Beneficios_Alterado_para_Plataforma.pdf	26/02/2018 11:28:00	BRUNA CAROLINE FERREIRA LUZ	Aceito
Outros	Carta_resposta_para_as_recomendacoes_do_CEP.pdf	26/02/2018 11:27:37	BRUNA CAROLINE FERREIRA LUZ	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Alterado_para_plataforma_2.pdf	26/02/2018 11:26:52	BRUNA CAROLINE FERREIRA LUZ	Aceito
Outros	Autorizacao_coleta_de_dados.pdf	29/01/2018 10:50:12	BRUNA CAROLINE FERREIRA LUZ	Aceito
Cronograma	Cronograma_das_Atividades_Alterado_para_Plataforma.pdf	29/01/2018 10:49:15	BRUNA CAROLINE FERREIRA LUZ	Aceito
Outros	Roteiro_de_Entrevista.pdf	04/12/2017 14:52:42	BRUNA CAROLINE FERREIRA LUZ	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Dezembro_2017.pdf	04/12/2017 14:52:12	BRUNA CAROLINE FERREIRA LUZ	Aceito

**Endereço:** Rua Tessália Vieira de Camargo, 126  
**Bairro:** Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887  
**UF:** SP **Município:** CAMPINAS  
**Telefone:** (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 2.542.784

Outros	Historico_Escolar_Ref_Setembro_2017.pdf	04/12/2017 14:52:03	BRUNA CAROLINE FERREIRA LUZ	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_sobre_autorizacao_do_cam po_de_pesquisa.pdf	04/12/2017 14:51:51	BRUNA CAROLINE FERREIRA LUZ	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	04/12/2017 14:51:14	BRUNA CAROLINE FERREIRA LUZ	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

CAMPINAS, 14 de Março de 2018

---

**Assinado por:**  
**Maria Fernanda Ribeiro Bittar**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Rua Tessália Vieira de Camargo, 126  
**Bairro:** Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887  
**UF:** SP **Município:** CAMPINAS  
**Telefone:** (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br