

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA

NATHÁLIA GOMES PACHECO

**“QUANTOS PONTOS TEM ALI? Um coletivo de trabalhadores em Saúde Mental
narrando suas experiências”**

NITERÓI

Novembro de 2016

NATHÁLIA GOMES PACHECO

**“QUANTOS PONTOS TEM ALI? Um coletivo de trabalhadores em Saúde Mental
narrando suas experiências”**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Instituto de Psicologia da Universidade Federal Fluminense, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Psicologia, na área de concentração Subjetividade, Política e Exclusão Social.

Orientadora: Prof. Dr^a Cláudia Osório da Silva

Niterói/2016

**“QUANTOS PONTOS TEM ALI? Um coletivo de trabalhadores em Saúde Mental
narrando suas experiências”**

Dissertação apresentada por Nathália Gomes Pacheco ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Instituto de Psicologia da Universidade Federal Fluminense, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Psicologia, na área de concentração Subjetividade, Política e Exclusão Social.

Banca examinadora:

Profa. Dra. Claudia Osório da Silva – orientadora

Prof. Dr. Luis Antonio Baptista - UFF

Profa. Dra. Erotildes Maria Leal - UFRJ

Profa. Dra. Maria Elizabeth Barros de Barros – UFES (suplente)

Agradecimentos

À Deus por me dar forças e coragem para seguir essa empreitada.

À minha amada família por se mostrar mais uma vez como o porto seguro onde me refugio e encontro estímulo para me aventurar em águas revoltosas. Pai, mãe, Fá e Dedê amo vocês sem medida!!

À minha amada avó Alice que, com sua ternura e carinho, torna minha vida muito mais serena.

À minha querida orientadora Claudia Osorio, que acreditou no meu potencial em me tornar uma pesquisadora quando nem mesmo eu sabia que podia. Seu apoio, generosidade, gentileza e paciência foram imprescindíveis para que pudesse chegar aqui.

À querida equipe do CAPS Pedro Pellegrino pela parceria, aprendizado e as fortes emoções. Sem vocês nenhuma palavra desse texto existiria, então espero ter conseguido trazer aqui, ao menos, uma ínfima parte da riqueza que é partilhar desse coletivo.

Ao NUTRAS, outro coletivo de fundamental importância para a concretização desse texto, pois nutrida de suas potentes trocas, consegui constituir meu corpo-pesquisadora.

Aos componentes da banca de avaliação dessa pesquisa pelas preciosas contribuições.

Aos colegas da turma 2014 da pós-graduação em Psicologia da UFF, com os quais fiz conexões que abriram muitos caminhos para o processo de pesquisa e para a vida.

Aos professores da pós-graduação em Psicologia da UFF pelo valioso aprendizado que me transportou para lugares impensados.

Aos meus amados amigos por oferecerem incentivo e acolhimento ao longo desse processo.

Aos trabalhadores de Saúde Mental que muito me ensinaram sobre as belezas e a complexidade desse delicado ofício.

“Compositor de destinos

Tambor de todos os ritmos

Tempo Tempo Tempo Tempo

Entro num acordo contigo

Tempo Tempo Tempo Tempo

Por seres tão inventivo

E pareceres contínuo

Tempo Tempo Tempo Tempo

És um dos deuses mais lindos

Tempo Tempo Tempo Tempo”

(Oração do tempo – Caetano Veloso)

Resumo:

Conjugado à luta pela redemocratização do país, nasceu o Movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira no fim dos anos 70. Da proposta reformista, surgem os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), serviços substitutivos ao modelo asilar e articuladores estratégicos dessa rede e da política de saúde mental em um determinado território. Nesses mais de 30 anos, nas atividades cotidianas de trabalho são constituídas estratégias e saberes que tomam como direção o rompimento do paradigma psiquiátrico tradicional, procurando criar outras vias para o tratamento e inserção social dos sujeitos em sofrimento psíquico, primando pela produção de autonomia e ampliação de direitos. Porém, muitas vezes onde reside a maior potência deste trabalho, revela-se também como contexto povoado de inseguranças e angústias. Nesse sentido, faz-se necessário investir na construção e fortalecimento dos coletivos de trabalho neste campo, a fim de que representem tanto suporte quanto recurso para a criação das atividades cotidianas. Marca-se ainda a importante função de tais coletivos para a produção de saúde no trabalho. Para analisar a atividade de constituição de recursos coletivos para o trabalho em equipe em um CAPS da cidade do Rio de Janeiro, foram realizadas gravações em áudio de 4 seminários internos do serviço e o material colhido foi debatido no encontro de coanálise e restituição. Esta pesquisa foi realizada em consonância com o referencial teórico-metodológico da Clínica da Atividade e conta ainda com contribuições trazidas do autor alemão Walter Benjamin.

Palavras-chave: saúde mental; CAPS; atividade; coletivo de trabalho.

Abstract:

Combined with the struggle for the re-democratization of the country, the Brazilian Psychiatric Reform Movement was born in the late 1970s. From the reformist proposal, the Psychosocial Attention Center (CAPS) emerges, services that replace the asylum model and strategic articulators of this network and mental health policy in a certain territory. In these more than 30 years, in the daily activities of work are constituted strategies and knowledges that take as direction the rupture of the traditional psychiatric paradigm, trying to create other ways for the treatment and social insertion of the people in psychic suffering, giving priority to the production of autonomy and enlargement of rights. However, often where the greatest power of this work resides, it also reveals itself as a context full of insecurities and anguishes. In this sense, it is necessary to invest in the construction and strengthening of the collectives of work in this field, in order to represent both support and resource for the creation of daily activities. The important role of such collectives of work for the production of health at work is also highlighted. In order to analyze the activity of constitution of collective resources for the team work in a CAPS of the city of Rio de Janeiro, audio recordings of 4 internal seminars of the service were done and the collected material was debated in the coanalysis and restitution encounters. This research was conducted in accordance with the theoretical-methodological reference of the Clinic of Activity and also has contributions brought by the German author Walter Benjamin.

Keywords: mental health; CAPS; activity; collectives of work

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	10
CAPÍTULO 1: CONTEXTO E CONSTRUÇÃO DA PESQUISA-INTERVENÇÃO	
1.1 - A Reforma Psiquiátrica brasileira: conjuntura atual e desafios.....	17
1.2 - Trajetória da Reforma Psiquiátrica na cidade do Rio de Janeiro - o nascimento do CAPS Pedro Pellegrino - e Panorama atual.....	25
1.3 – Trabalho em Saúde Mental.....	34
1.4 - Encontrando o CAPS Pedro Pellegrino.....	40
1.5 – Trajetória da Pesquisa.....	47
1.6 – Inspirações Metodológicas.....	58
CAPÍTULO 2: ALIANÇAS TEÓRICAS	
2.1 Clínica da Atividade.....	71
2.2 Conceito de coletivo.....	78
2.2.1 Conceito de coletivo na Clínica da Atividade e outras clínicas do trabalho.....	89
2.2.2 Outros operadores conceituais relevantes ao trabalho em Saúde Mental.....	105
2.3 Explorando o universo de Walter Benjamin.....	109
2.4 O Encontro da Clínica da Atividade com Walter Benjamin.....	124
CAPÍTULO 3: EFEITOS DA PESQUISA-INTERVENÇÃO: Enredo	
3.1 Durante.....	137
3.2 Depois.....	170
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	181
SIGLAS.....	189
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	190
ANEXOS.....	198

INTRODUÇÃO

“Não é preciso saber de filosofia ou de literatura para saber o quanto a errância e a ‘perda’ de tempo são imprescindíveis para inventividade no pensar.” – Jeanne Marie Gagnebin

Gostaríamos de inaugurar este texto esclarecendo ao leitor como foi construído seu título, o que de saída já explicita alguns elementos fundamentais que irão permear todo o corpo desta dissertação. Começamos, então, pela questão “Quantos pontos tem ali?”. Esta surgiu a partir de uma conversa entre a autora dessa pesquisa e um parceiro de trabalho, o oficinairo do CAPS. Numa tarde, como tantas outras, enquanto caminhávamos pelo espaço do CAPS Pedro Pellegrino, nos deparamos com uma das obras de T. Esta usuária produz artigos diversos, mas sempre com seu traço e presença marcantes, elaborando de forma totalmente livre suas criações. A peça em questão, um tapete tramado com retalhos de pano, incitou um comentário do oficinairo: *“olha o que T. fez hoje, muitas pessoas acham feio. Mas quem sou eu para implicar com a produção dela, você já pensou quantos pontos tem ali?”*. Assim, desenrolou-se um longo papo sobre o precioso e delicado modo de criação artesanal e sua complexidade, já que nunca se poderá combinar os mesmos elementos da mesma forma, levando à cabo um produto único, genuíno. Diante dessa cena, várias questões começaram a ser delineadas, mas principalmente, ficou marcada a riqueza contida nos processos criativos presentes no trabalho. Nesse sentido, buscaremos ao longo deste texto, expor ao leitor as peculiaridades que se passam nas relações cotidianas de trabalho no campo da Saúde Mental, a qual excede e muito o que podemos abordar por meio de palavras, já que o vivido é composto também de elementos outros que não passam pela consciência, mas sim pelo calor dos encontros, em todas suas cores, sabores, aromas, texturas, sensações, sentimentos...

Outro ponto importante no que se refere ao nome da dissertação, trata do conceito de coletivo de trabalho. Em relação a isso, cabe afirmar, primeiramente, que nosso foco nesta pesquisa está voltado para a atividade de trabalho da equipe do serviço de Saúde Mental onde foi desenvolvida esta pesquisa. No entanto, com o

intuito de dar relevo a um modo especial de construção do trabalho em equipe, optamos por utilizar o conceito de coletivo de trabalho, uma vez que esse ressalta a composição compartilhada das atividades de trabalho. Em poucas palavras, o coletivo de trabalho é constituído por trabalhadores que ao trabalharem juntos, seguem as mesmas regras, construindo, elaborando e cultivando os recursos deste coletivo. Para a configuração de um coletivo de trabalho tem de haver, “simultaneamente, vários trabalhadores, uma obra e linguagem comuns, determinadas regras de ofício, além do respeito duradouro dessas regras por cada um, o que impõe uma evolução individual que vai do conhecimento das regras à sua interiorização” (Cru, 1995 *apud* Clot, 2010a:167). Neste sentido, o coletivo de trabalho diz da colaboração, cooperação e co-atividade entre vários trabalhadores, que mediante uma elaboração coletiva, constroem um referencial comum para desenvolver suas atividades em um espaço e momento situados. A negociação coletiva que funda o referencial comum torna possível superar os conflitos para a realização da atividade, devendo ainda aumentar o poder de agir do coletivo de trabalho. Desse modo, enquanto encontro entre trabalhadores em um dado local e com objetivos compartilhados, o coletivo de trabalho se apresenta como recurso e também como suporte para as criações cotidianas, num movimento constante em que trabalhadores se fazem ao mesmo tempo em que constroem suas ações.

Diante disso, é preciso marcar a diferença entre coletivo de trabalho e trabalho coletivo, assinalando ainda que ambos se diferenciam, mas não se separam. Para tanto, trazemos Marx (1996a), que afirma que a forma mais simples de trabalho coletivo acontece quando vários trabalhadores se completam mutuamente fazendo o mesmo ou algo da mesma espécie. Sendo que, forma mais desenvolvida de trabalho coletivo se efetiva por meio da cooperação, que não é apenas do aumento da força produtiva individual, mas a criação de uma força produtiva que tem de ser, em si e para si, uma força de massas, já que ao cooperar com outros de um modo planejado, o trabalhador se desfaz de suas limitações individuais e desenvolve a capacidade de sua espécie.

Nessa direção, nos fiamos na visão da Clínica da Atividade, que afirma que o trabalho é sempre coletivo, mesmo quando um trabalhador está agindo sozinho ou em situação de aparente isolamento. Isto porque, este campo teórico-metodológico tem como princípio a atividade como processo de criação de si e de mundo, e assim, privilegia a ação clínica por uma renovação no conceito de atividade aproximando-a

da produção de subjetividade no trabalho. Segundo Clot (2010a), a atividade, do ponto de vista da Clínica da Atividade, inclui tanto os elementos já vividos, os componentes possíveis de serem realizados que já são conhecidos, quanto abre possibilidades inusitadas, não experimentadas. Pois, a atividade subtraída, ocultada ou recuada não está ausente, mas influi com todo seu peso, na atividade presente, fazendo com que o trabalhador para realizar sua atividade, tenha que criar e escolher dentre as diversas possibilidades. Tal característica, apresentou-se para nós, como uma fonte rica para se abordar a constituição coletiva da prática em Saúde Mental, contexto de trabalho tão complexo e por isso mesmo tão potente para os processos de criação. Por conta disso, a Clínica da Atividade foi escolhida como uma das balizas teóricas que dão sustentação a esta pesquisa, demonstrando ser uma preciosa ferramenta de intervenção no campo estudado.

Esclarecida esta primeira parte do título, sigamos examinando as temáticas da experiência e da narrativa. Para tanto, precisamos revelar ao leitor, que em nossa pesquisa utilizamos como outro ponto de ancoragem teórica, algumas formulações oferecidas pelo autor alemão Walter Benjamin. Portanto, é deste autor que tomamos emprestado os conceitos de experiência, narrativa e ainda de tradição. Nessa perspectiva, Benjamin (1987a) indica que o termo “experiência” (*Erfahrung*) se refere a um saber transmitido entre gerações por meio de compartilhamento de práticas construídas coletivamente ao longo do tempo, em que estão incluídas não somente maneiras de agir, mas de sentir e de estar no meio com outros. Influenciado pela definição benjaminiana, Bondía (2002: 21) declara que “a experiência é o que nos passa, o que nos acontece, o que nos toca. Não o que se passa, não o que acontece, ou o que toca”. Dessa maneira, segundo este autor, o sujeito da experiência é um sujeito “ex-posto”, ou seja, aquele se abre para ser tocado, afetado pelos acontecimentos que experiencia, assumindo com isso também a vulnerabilidade e os riscos envolvidos nesse processo.

Seguindo nesse caminho, Benjamin (1987b), define a tradição como sendo o saber que vinha de longe, tanto de um longe espacial das terras estranhas, como do longe temporal que persistia, e justamente por isso, dispunha de uma autoridade válida aos que dela partilhavam. Assim, é a tradição enquanto herança dos modos ser e agir que permanecem como bens comuns, que viabiliza a criação e manutenção das relações em uma comunidade. Por não estar comprometida com um encadeamento lógico e formal, e sim com os saberes construídos para lidar com as adversidades

cotidianas, a tradição, portanto, não é linear e abstrata, mas tecida pelos elementos múltiplos pertinentes ao coletivo que a constituiu e a sustenta.

Benjamin (1987b) afirma que a narrativa surgiu no meio artesão, por conta disso podemos configurá-la também, em certo sentido, como uma forma artesanal de comunicação, posto que o narrador dispõe da matéria viva da experiência – a sua e de outros – transformando-a em um produto útil e único. Benjamin (1987b) aponta, dessa forma, a dimensão utilitária da narrativa, a qual pode aparecer como um ensinamento moral, uma sugestão prática ou uma norma de vida, sendo o narrador, então, um homem que sabe dar conselhos. Mas é preciso ressaltar, que aconselhar nesse contexto, tem como propósito suscitar a continuação de uma história, procura instrumentalizar o ouvinte para dar seguimento à experiência, à sua existência. Assim, diz Benjamin (1987b: 204) que a narrativa “conserva suas forças e depois de muito tempo ainda é capaz de se desenvolver”.

Vale sublinhar, que além dos conceitos apresentados, nossa escolha por adotar as proposições de Walter Benjamin se deu, em grande parte, pela crítica e também pela força com que o autor nos oferece sua discussão acerca das mudanças no mundo contemporâneo. Nessa direção, Benjamin traz inspiração à potência coletiva de criação, assim como provoca a necessidade de enfrentarmos os desafios do movimento atual de individualização e interiorização da existência, nos engajando politicamente na busca de ampliar os espaços comuns.

Gostaríamos de assinalar, então, que nossa escolha por sustentar a argumentação teórica em Walter Benjamin e nos autores da Clínica da Atividade, reside, especialmente, no fato de que estes nos ajudam a entender que o patrimônio coletivo é onde a vida ocorre, onde encontramos a diversidade de sentidos que nos ligam como sujeitos e nos fazem agir em nosso meio munidos das experiências transmitidas pelas narrativas.

Dito isso, agora que o leitor já conhece os alicerces que sustentam nossa pesquisa, precisamos deixar claro a que esta pesquisa se destina e porque ela foi construída. Nesse intuito, vamos trazer as questões que nortearam o processo de pesquisa: Mas então, além de ter um agrupamento de profissionais em um CAPS, que mais é necessário para que uma equipe se configure um coletivo de trabalho? As atividades construídas por tal coletivo de trabalho tornam o trabalho mais potente? Quais os efeitos da constituição do coletivo de trabalho em equipe ou falta deste para os profissionais envolvidos?

A fim de encontrar possíveis respostas para estas questões, partimos, principalmente, em busca de analisar a atividade de constituição de recursos coletivos para o trabalho em equipe no CAPS. Procurando ainda, compreender como ocorrem os processos de criação e recriação das atividades em comum, assim como investigar alguns caminhos que levam à ampliação do poder de agir dos trabalhadores, apontando seus efeitos na produção de saúde para os atores envolvidos. Vale ressaltar que não pretendemos com esta pesquisa construir protocolos, ou uma prescrição de como uma equipe deve funcionar ou ser formada, mas propor uma reflexão, que na melhor das hipóteses, produzirá algum efeito de abertura à criação de novos modos de ser e agir no trabalho em Saúde Mental. Portanto, o que queremos é afirmar um posicionamento ético-político que oriente as ações, mas acima de tudo, traga a potência dos bons encontros para o cuidado tanto dos usuários quanto dos profissionais.

Assim, realizamos uma análise situada das experiências de trabalho desta equipe, utilizando a gravação de áudio como dispositivo metodológico em quatro Seminários Internos do CAPS, ocorridos em 09/12/2014; 05/05/2015; 01/09/2015 e 29/12/2015. O uso deste dispositivo foi feito em consonância com o referencial da Clínica da Atividade, que afirma este como uma ferramenta de ampliação do diálogo entre os trabalhadores, por meio da organização de uma nova atividade, a de análise, que soma-se às atividades de trabalho já existentes. Com isso, apostamos na transformação dos recursos para ação pelo intermédio da gravação e posterior retomada das experiências narradas no encontro de coanálise de trechos do material gravado, encontro este que ocorreu no dia 06/09/2016. Além deste dispositivo metodológico, confeccionamos também ao longo de todo o processo de pesquisa um diário de campo a partir da proposta da Análise Institucional. Vale ressaltar, que tal procedimento de pesquisa foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Universidade Federal Fluminense e da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro.

Mas nada disso faz sentido, se não apresentarmos ao leitor que serviço é este e quem é essa equipe. Vamos lá, o Centro de Atenção Psicossocial - CAPS Pedro Pellegrino, foi inaugurado em 13 de janeiro de 1997, sendo o segundo deste tipo de serviço a ser implantado na cidade do Rio de Janeiro. É um serviço da rede do Sistema Único de Saúde, sob gestão direta da Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro e situa-se no bairro de Campo Grande, zona oeste da cidade. Por ser um

CAPS II, seu horário de funcionamento vai de 8 até 17 horas, de segunda a sexta-feira. É referência de assistência em Saúde Mental à uma população de mais de 300 mil habitantes, moradores da região Campo Grande Sul e Guaratiba,

No momento de produção deste texto a equipe técnica do CAPS está composta por um médico psiquiatra, uma terapeuta ocupacional, um nutricionista, duas enfermeiras, cinco psicólogas (dentre elas a diretora e a coordenadora técnica), um oficinheiro e dois técnicos de enfermagem. Somam-se ao corpo de funcionários um administrador, duas auxiliares administrativos, uma funcionária da limpeza, um copeiro, um cozinheiro e seguranças que se alternam por plantão. Sublinhamos que esta equipe é composta tanto por profissionais concursados sob sistema estatutário, quanto por contratados via Organização Não Governamental (ONG) em sistema celetista. A fim de organizar a assistência prestada, o serviço se orienta por grupos de referência, os chamados 'grupos de área', que são responsáveis pela assistência aos usuários que vivem em um dado território geográfico. Existem três grupos atualmente - Santíssimo, Centro e Guaratiba – sendo que cada grupo é (ou melhor, deveria ser) formado por miniequipe de 3 profissionais de nível superior e 2 de nível técnico, como referência para cerca 100 usuários matriculados e suas famílias.

Como espaço formalizado de diálogo coletivo sobre as atividades cotidianas de trabalho, ocorre semanalmente, nas terças-feiras pela manhã, a reunião de supervisão clínico-institucional. Existe ainda outro espaço formalizado de discussão coletiva, os Seminários Internos, que são realizados de forma menos sistematizada, sem uma regularidade pré-definida e contam com duração de dois turnos (manhã e tarde). Tal irregularidade se deve ao fato, de que seu agendamento surge a partir da demanda da própria equipe, quando, em geral, sente-se a necessidade de se debruçar com mais cuidado sobre algum tema específico, assim como de tratar de alguma questão que tem sido mais frequente ou significativa diante das atividades cotidianas. Nos seminários, por vezes são utilizados textos e produções teóricas como disparadores do debate, que também cumprem uma finalidade de estimular a formação dos trabalhadores, assim como visam ampliar os recursos dos mesmos no enfrentamento dos conflitos e desafios diários do trabalho.

Pois bem, para esmiuçar os temas aqui assinalados organizamos o corpo desta dissertação da seguinte forma:

O Capítulo 1 destina-se a apresentar o contexto e o processo de construção da pesquisa. Nessa direção, o leitor irá encontrar uma análise da

conjuntura atual e alguns apontamentos sobre os desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira hoje. Partindo disso, poderão conhecer um pouco sobre a história do CAPS Pedro Pellegrino, o que conta também a respeito de como a Reforma se desenrolou na cidade do Rio de Janeiro, sendo que traremos ainda alguns dados que fornecem ao leitor um panorama de como esse processo está no presente momento. Depois, será abordada a temática do trabalho no campo da Saúde Mental, o que permite ao leitor a possibilidade de entrar em contato com as peculiaridades desse contexto. Em seguida, faremos uma visita ao CAPS Pedro Pellegrino para saber como ele está hoje. O próximo passo levará que o leitor a explorar a trajetória de construção da pesquisa, como se desenrolou esse processo. Por fim, discorreremos sobre as inspirações metodológicas que tornaram possível esta pesquisa.

No segundo capítulo, serão detalhadas as alianças teóricas realizadas na pesquisa. Desse modo, o leitor poderá ter acesso às propostas da Clínica da Atividade e de Walter Benjamin. Mas também, conseguirá situar-se melhor quanto ao conceito de coletivo na visão de diversos autores e campos de estudo, dentre eles, a Clínica da Atividade. E para concluir este capítulo, encontra-se o diálogo que travamos entre a Clínica da Atividade e as proposituras de Benjamin.

O terceiro e último capítulo dessa dissertação traz os efeitos da pesquisa-intervenção. Melhor dizendo, é nesta parte que o leitor poderá localizar a discussão dos materiais colhidos ao longo da pesquisa, na qual buscamos assinalar alguns pontos de vista e possíveis desdobramentos. E finalmente, será apresentado e comentado o encontro de coanálise e restituição realizado junto à equipe-coletivo do CAPS.

Ufa! Esperamos que faça uma boa leitura, mas mais do que isso. Queremos que você, leitor, faça alguma coisa com ela!

CAPÍTULO 1: CONTEXTO E CONSTRUÇÃO DA PESQUISA

1.1 - A Reforma Psiquiátrica brasileira: conjuntura atual e desafios

Nesta parte, nos propusemos a vasculhar alguns estudos que tratam sobre o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil. A fim de situar o leitor sobre o panorama mais recente, daremos ênfase na temática do estado atual do processo reformista e seus desafios. Sendo que, mais à frente versaremos sobre como este processo se desenrolou no contexto local e alguns dados atualizados sobre a rede de Saúde Mental do Rio de Janeiro.

Conjugado à luta pela redemocratização do país, nasceu o Movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira no fim dos anos 70¹. Serpa Júnior *et al* (2014) esclarecem que no Brasil, em consonância com a tendência mundial de transformação da assistência psiquiátrica, iniciou-se nesse período, um processo de reformulação da assistência psiquiátrica pública que, nas décadas seguintes, pautou a política pública de assistência em Saúde Mental. Segundo os autores, a partir do ano de 2002, basicamente dois eixos – redução dos leitos hospitalares e criação de uma rede de atenção à Saúde Mental, de base comunitária e territorial, para o atendimento a pessoas com transtornos mentais graves e persistentes – sustentaram a direcionalidade da política pública de Saúde Mental. Devemos lembrar, que isto se deve, principalmente, a publicação da lei 10.216 em abril de 2001, que trata da proteção e dos direitos de pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em Saúde Mental, e foi aprovada com uma série de alterações depois de muitos anos de tramitação.

Para dar relevo aos princípios éticos que inspiram a Saúde Mental em sua proposta reformista, traremos as palavras de Vasconcelos, que afirma que estes

“baseiam-se particularmente nos pressupostos de valorização da autonomia do sujeito, de um mínimo de intervenção involuntária, de atenção em ambiente não restritivo, e em apoio farmacológico capaz de diminuir os sintomas mais agudos a níveis mais toleráveis no curto prazo, o que por sua

¹ Para mais informações sobre a história e características do processo de Reforma consultar Amarante (1995; 2007). Além destes e outros livros já publicados, é possível encontrar diversos artigos que apresentam um apanhado sobre algumas influências e os eventos que conformaram e concretizaram tal processo, dentre eles: Devera & Costa-Rosa (2007).

vez diminui a pressão por formas de contenção espacial e institucional bem como possibilita ao próprio sujeito gradualmente ser capaz de tomar decisões e buscar novas direções em sua vida.” (Vasconcelos, 2010: 52)

Foi neste cenário, portanto, que surgiram os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), a partir de experiências pioneiras, especialmente do CAPS Luiz Cerqueira em São Paulo e da cidade de Santos-SP. Com efeito, os CAPS são equipamentos “estratégicos” (Leal & Delgado, 2007: 137) que visam tanto a promoção da saúde/saúde mental quanto o desenvolvimento de práticas clínicas promotoras de atenção integral e a reabilitação psicossocial das pessoas diagnosticadas com transtornos mentais graves.

Cardoso *et al* (2014) corroboram essa conjuntura, quando afirmam que entre, 2002 e 2012, a Reforma Psiquiátrica se consolidou como política do Estado brasileiro e o processo de desinstitucionalização² de pessoas longamente internadas foi impulsionado pelo Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria), pelo Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS (PRH), pela expansão de serviços substitutivos (CAPS e as Residências Terapêuticas) e pela criação do Programa De Volta para Casa (PVC). Após mais de 30 anos de luta, a Reforma Psiquiátrica encontra-se com alicerces importantes do ponto de vista da Política Nacional de Saúde Mental, pois conseguiu construir um contexto estruturado de leis e portarias que regulamentam serviços, redirecionam recursos financeiros e propõem ações de Atenção Psicossocial³. Nessa direção, Bezerra Jr. (2007) afirma que no lugar do modelo hospitalocêntrico e manicomial, de características excludentes, opressivas e

² Por desinstitucionalização, apoiados em Rotelli *et al* (2001), entendemos um processo social complexo que mobiliza como atores os sujeitos sociais envolvidos, visando transformar as relações de poder entre pacientes as instituições, para produzir estruturas de Saúde Mental que substituam inteiramente a internação no hospital psiquiátrico e que nascem da desmontagem e reconversão dos recursos materiais e humanos que ali estavam. Portanto, não se restringe a um processo de desospitalização, posto que implica na retomada de direitos civis e busca pela produção de autonomia dos sujeitos em longa internação psiquiátrica, assim como qualifica a rede de serviços que deve promover e sustentar tal processo.

³ São algumas delas: Lei 10.216 de 2001, a Lei da Reforma Psiquiátrica; a Portaria nº 336 de 2002 que regulamenta os CAPS; Portarias nº106 de 2000 e nº 3090 de 2011 de versam sobre as Residências Terapêuticas; a lei 10.708 de 2003 que institui o Programa De volta pra Casa (PVC); o Programa nacional de avaliação dos Serviços hospitalares (PNASH) com as Portarias n.º 251 e n.º 77 de 2002, começando o processo de avaliação e reclassificação dos hospitais psiquiátricos; Portarias nº 52 e 53 de 2004 do PRH, que estabelecem a redução progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos do país; Portaria nº 245 de 2005, que cria um incentivo financeiro para os municípios que estão implantando o CAPS; Portaria 3.088 de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS); a Portaria n.º 276 de 2012, que institui o RAAS - novo sistema de Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde, refere-se, especificamente, às ações que fazem parte do processo de trabalho das equipes dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS; entre outras.

reducionistas, vem sendo construído um sistema de assistência orientado pelos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (universalidade, equidade e integralidade), acrescido da proposta de *desinstitucionalização* - cujo alcance ultrapassa os limites das práticas de saúde e atinge o imaginário social e as formas culturalmente validadas de compreensão da loucura.

Operando uma análise longitudinal desse processo, Vasconcelos (2010) identifica três grandes fases da Reforma no Brasil:

“1ª fase: 1978-1992: denúncia, primeiras tentativas de controle e humanização da rede hospitalar, I Conferência Nacional de Saúde Mental (1986), emergência do movimento antimanicomial (1987) e primeiras experiências inspiradoras de novas estratégias e serviços (notadamente em Santos e na cidade de São Paulo);

2ª fase: 1992-2001: II Conferência Nacional (1992), mobilização e conquista da hegemonia política do modelo da desinstitucionalização de inspiração italiana e início do financiamento e implantação dos novos serviços substitutivos;

3ª fase: 2001-2010 (?): III Conferência Nacional (2001), aprovação da Lei 10.216 (2001), expansão e consolidação da rede de atenção psicossocial, e ampliação inicial da agenda política para novos problemas a serem enfrentados (crianças e adolescentes, abuso de drogas, etc.).” (Vasconcelos, 2010: 20-1)

De acordo com esse autor, as dificuldades enfrentadas pela Reforma Psiquiátrica e a Reforma Sanitária no Brasil estão, certamente, também relacionadas a um contexto muito mais amplo. Isto é, para o autor, o processo de universalização das políticas sociais, vem se dando em plena crise das políticas de bem-estar social no plano mundial, sob a hegemonia e expansão de um longo ciclo histórico de políticas neoliberais, marcadas pelo desemprego estrutural e pela precarização das políticas sociais públicas o que induz a desassistência. Diante disso, Vasconcelos reconhece que,

“O nosso SUS atual é marcado, entre outras coisas, por dificuldades estruturais e financiamento, difícil acesso, precária resolutividade, e baixa capacidade de absorver novos desafios. Em contextos como esse, análises históricas em outros países e no próprio Brasil demonstram que toda vez que conseguimos eventualmente, aumentar mais o patamar de benefícios e serviços apenas no campo da saúde mental, ele vira desaguadouro de outras mazelas sociais, o que acaba gerando psiquiatrização de problemas societários mais amplos.” (Vasconcelos, 2010: 26)

Todavia, o autor sublinha que, em conjunturas difíceis como essa, é preciso notar as conquistas feitas no processo de consolidação das políticas sociais universais em geral em nosso país, e da ação política de movimentos, atores e forças sociais comprometidas com os interesses popular-democráticos, que pressionam de fora e ocupam os espaços possíveis de luta e gestão dentro do aparelho de Estado, para garantir o financiamento e a implantação das novas políticas e programas. Nesse sentido, Vasconcelos (2010) refere dois movimentos sociais de maior relevância no campo da Saúde Mental, são eles: o Movimento Antimanicomial, composto em sua maioria pela sociedade civil, trabalhadores, e sobretudo, usuários e familiares, tendo como característica central sua autonomia e busca de sustentação principal na sociedade civil; e o Movimento de Reforma Psiquiátrica mais amplo e com articulações mais institucionais, no campo universitário, dos trabalhadores e (até há pouco tempo) na gestão estatal. Ressaltando que os movimentos coexistem e se interpenetram, Vasconcelos (2010: 24) assevera que “quando diminui o espaço político no campo institucional e no Estado, o movimento antimanicomial ganha ainda mais importância, porque tem mais autonomia para mobilizar forças na sociedade para pressionar o Estado de fora”. Dessa forma, considerando características desfavoráveis na conjuntura social e política, fica marcada a imprescindível necessidade de articulação intersetorial de políticas, programas e, em nossa visão, de mobilização social, que visem em primeiro lugar,

“do ponto de vista epistemológico, teórico e ético-político, inserir nossas lutas da saúde mental no campo mais geral da conquista dos direitos sociais de cidadania e por uma sociedade mais justa e solidária. [Tendo em vista que] avanços mais significativos na saúde mental só serão possíveis se conseguirmos avançar na luta popular-democrática no seu conjunto, o que implica condições de vida/trabalho e políticas sociais mais condizentes com os interesses históricos da maioria da população. Em segundo lugar, a articulação intersetorial busca garantir maior efetividade das ações públicas, ao reconhecer a complexidade e multidimensionalidade dos problemas e dos caminhos para se atingir a integralidade do cuidado, articulando investimentos e ações interdisciplinares e multiprofissionais [...] Em terceiro lugar, ela busca construir alianças políticas interinstitucionais [...] passando por cima da tradicional fragmentação financeira, institucional e política típica dos aparelhos do Estado, em uma conjuntura neoliberal, marcada pela maior escassez de recursos e por maior competição entre as diferentes agências por essas fontes de financiamento.” (Vasconcelos, 2010: 28-9)

Em suma, baseado em sua investigação sobre os desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira, o autor afirma que, mesmo com todos os empecilhos colocados pela conjuntura neoliberal e das próprias limitações políticas e econômicas dos governos, “um balanço geral de nossas conquistas assinalaria sem dúvida alguma um significativo sucesso de nossa estratégia destinada à desativação dos leitos e da reinserção dos antigos moradores de hospitais na vida social” (Vasconcelos, 2010: 41-2). Diante disso, já podemos compreender alguns elementos que compõem no contexto mais recente da Reforma, vislumbrando tanto pontos positivos a serem reforçados, quanto disputas a serem enfrentadas, ressaltando, assim, que muito já foi conquistado e muito ainda há por vir, e para isso, precisamos intensificar nossos esforços coletivos de mobilização.

Nesse sentido, Bezerra Jr. (2011) assinala a importância de uma certa tensão entre os dois movimentos citados por Vasconcelos, pois acredita que a participação de um maior número de atores pode qualificar este debate, tornando-o um potente instrumento de fermentação de ideias e controle de práticas, que em última instância não deve procurar um consenso. O autor acrescenta ainda, a necessidade de se construir mecanismos sensíveis e convincentes de avaliação, que levando em conta a natureza complexa da atenção em Saúde Mental, possam evidenciar a superioridade desse tipo de assistência, ponto essencial para sua sustentação.

Seguindo com o processo normativo de Reforma, em 2011 por meio da Portaria 3.088 GM/MS, foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). A finalidade desta é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Cardoso *et al.* (2014) afirmam que a RAPS corresponde à solução organizativa proposta para a implementação do modelo assistencial em Saúde Mental no SUS e é constituída por dispositivos assistenciais diversos que devem funcionar de forma articulada. A RAPS caracteriza-se por ser essencialmente pública, de base comunitária e por estar submetida a um controle social fiscalizador e gestor. Designa território não apenas como uma área geográfica, mas inclui as pessoas, as instituições, as redes e os cenários nos quais se desenvolve a vida comunitária. Nesta proposta, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) “são os articuladores estratégicos dessa rede e da política de saúde mental em um determinado território.

[..] Para a implementação desse modelo assistencial em saúde mental aberto e de base comunitária, os CAPS passaram a ser estratégicos para a organização da Porta de Entrada e para a regulação da rede. Mas todos os dispositivos⁴ da RAPS precisam estar em total sintonia e sinergia no território.” (Cardoso *et al*, 2014: 61)

O Artigo. 7º da Portaria afirma que o ponto de atenção da RAPS na Atenção Psicossocial especializada é o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Os parágrafos deste artigo, caracterizam que o CAPS é constituído por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo, e não intensivo. As atividades no CAPS são realizadas prioritariamente em espaços coletivos (grupos, assembleias de usuários, reunião diária de equipe), de forma articulada com os outros pontos de atenção da rede de saúde e das demais redes. Denomina ainda que, o cuidado no CAPS é desenvolvido por intermédio de Projeto Terapêutico Individual, envolvendo em sua construção a equipe, o usuário e sua família, e a ordenação do cuidado estará sob a responsabilidade do CAPS ou da Atenção Básica, garantindo permanente processo de cogestão e acompanhamento longitudinal do caso. (Brasil, 2011)

De acordo com Leal & Delgado (2007) o CAPS deve ser entendido principalmente como modo de operar o cuidado e não como um mero estabelecimento de saúde. O modo CAPS de operar o cuidado abrange um “conjunto heterogêneo de discursos, instituições, estruturas arquitetônicas, medidas administrativas, grade de tarefas dos profissionais, grades das atividades realizadas no cotidiano dos serviços, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais e filantrópicas; e da ligação que se estabelece entre tais elementos” (pg. 137). Sendo que, a constituição de suas atividades rotineiras deve se basear no tripé – rede, clínica e o próprio cotidiano⁵. Dois

⁴ Os dispositivos ou Pontos de Atenção da RAPS são: Unidade Básica de Saúde, Equipes de Atenção Básica para populações em situações específicas, Núcleo de Apoio à Saúde da Família, Centro de Convivência, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em suas diferentes modalidades, Unidade de Pronto Atendimento (UPA), SAMU 192, Unidades de Acolhimento Adulto e Infante-juvenil, Comunidade Terapêutica, Atenção Hospitalar (leitos e enfermaria especializada), Serviços Residenciais Terapêuticos, Cooperativas de geração de renda e trabalho.

⁵ Os autores definem rede como as linhas que preenchem o território, o que implica uma articulação viva entre as instituições, processo em que acontecem os encontros e as separações, mas principalmente gera movimento. Já a clínica é a relação que se estabelece entre o sofrimento psíquico apresentado pelo paciente, o serviço e a comunidade, por meio de um conjunto particular de princípios e preceitos que definem uma prática de cuidado, um modo de conhecer e conceber o homem e seu sofrimento.

aspectos são destacados nessa ideia de clínica – a vivência do cuidado e a experiência da loucura – na qual “importa sobremaneira o que se passa entre a equipe de cuidado e o paciente” (pg. 143).

Ainda acompanhando os autores acima, sublinhamos a necessidade de que o cotidiano do CAPS seja aberto para considerar o cotidiano do usuário como um modo de vida, sua forma de existir, de estar no mundo. Assim, as atividades do CAPS precisam ser construídas como ferramentas de ressignificação das difíceis experiências daqueles que vivenciam o sofrimento psíquico de forma intensa. De tal modo, que essas atividades-ferramentas sejam capazes de abrir possibilidades de promover a conexão do usuário com o serviço e a partir daí com o território, com a cidade. Território esse que se apresenta vivo, em constante construção e desconstrução.

Para fornecer um ponto de vista do serviço a partir daqueles que o utilizam, podemos encontrar a importante contribuição de um estudo sobre as narrativas de usuários e psiquiatras de CAPS elaborada por Serpa Júnior *et al* (2014). Neste, os autores trazem a declaração dos usuários de que o CAPS se apresenta como “parte do conjunto maior de recursos que contribui para o enfrentamento da experiência de adoecimento e para a criação de oportunidades de restabelecimento” (Serpa Júnior *et al*, 2014: 1069). Muitos usuários caracterizam o CAPS como um serviço que oferece diversas possibilidades terapêuticas, marcando ainda que os CAPS e os hospitais psiquiátricos, propiciam experiências diferentes. Pois, para eles, a experiência de melhora após o início do tratamento no CAPS se dá mesmo com o relato de recidivas da crise e de outras manifestações da doença. Tal estudo traz subsídios da pertinência dos efeitos do paradigma da Atenção Psicossocial nas vidas desses sujeitos, assim como da variedade de modos de engendramento de práticas que a constituem.

Em um artigo sobre o trabalho em equipe nos CAPS, Milhomem e Oliveira (2007) ressaltam a complexidade de composição e de objetivos que se apresentam para as equipes dos CAPS, requisitando a articulação dos diferentes modos de trabalho na constituição de um processo peculiar, o que certamente é, por si só, um grande desafio a ser enfrentado. Segundo os autores, maior desafio ainda é articular os diferentes modos de trabalho presentes nas equipes com as dificuldades impostas

O cotidiano diz respeito ao espaço de vida, feito de heterogeneidade de atividades, espaços e movimentos modulados pelos interesses de seus protagonistas, não é apenas o contexto que nos determina, mas também o texto, a obra que construímos na nossa vida.

pela situação da precarização do trabalho nos serviços públicos de saúde, especificamente nos serviços de Saúde Mental. Fato que, pode-se verificar em larga escala tanto no contexto nacional quanto local, por meio dos vínculos empregatícios instáveis e mal remunerados, poucos recursos materiais para execução de ações, falta de investimento em melhorias nos ambientes físicos, meios de transportes, entre outros empecilhos que vivenciamos no cotidiano dos serviços.

Após essa breve apresentação, gostaríamos de assinalar que embora os marcos normativos da Política Nacional de Saúde Mental sejam imprescindíveis na consolidação da Reforma Psiquiátrica, podemos observar atualmente que esses não são suficientes para sustentar uma expansão e sustentação da proposta em Saúde Mental pelo território nacional. Ou ainda como Pitta (2011) descreve, tal avanço prescritivo não se faz acompanhar de ações consequentes que viabilizem o dito ou o escrito na intensidade na qual se faz necessária. Diante disso, Bezerra Jr. (2007) acrescenta que a própria consolidação da Reforma vem trazendo à tona uma quantidade crescente de desafios que precisam ser incorporados à agenda dos campos da Saúde Mental e da Saúde Coletiva. Uma vez que, a “construção de um sistema assistencial, um imaginário cultural e uma rede de laços sociais inspirados nos ideais da Reforma exige que a imaginação, a criatividade e a reflexão crítica encontrem uma maneira de delinear com clareza quais são os desafios específicos que este horizonte de transformação enfrenta nas condições de nosso país.” (Bezerra Jr., 2007: 243)

Por meio dos estudos acima apontados e também tantos outros, podemos vislumbrar o tamanho do desafio colocado para o processo da Reforma, que necessita ser construído tanto num nível macro, das políticas públicas, mas principalmente nesse momento, precisa investir em ações nos níveis locais, diríamos ainda, nos relacionais. Assim, procurando trazer para uma perspectiva mais próxima da presente pesquisa, podemos compreender que o trabalho no CAPS é de grande complexidade, pois sendo o CAPS uma estratégia de mudança, precisa reinventar-se todo tempo, articulando diferentes atores, saberes e necessidades para construir intervenções territoriais. Dessa forma, torna-se inconcebível trabalhar de forma isolada, fragmentada, demarcando limites rígidos entre disciplinas e profissões. Isto pode ser reforçado quando entendemos que uma das premissas fundadoras da Reforma Psiquiátrica justamente aponta para a direção de fomentar a contribuição dos

diversos modos de ser e viver, contando com a riqueza de recursos afetivos, culturais, conceituais e práticos, na elaboração das atividades cotidianas.

Nessa direção, após visitarmos algumas características atuais da Reforma e seus diversos desafios, gostaríamos de ressaltar nossa aposta no urgente enfrentamento de tais questões e, encorajados por Vasconcelos (2010), encarar os desafios como estímulo para a renovação e aprofundamento das premissas que nos orientam desde o princípio da Reforma. Buscando, dessa forma, realizar os ajustes necessários, que possam viabilizar politicamente a continuidade do processo de reforma, os quais só podem ser construídos por meio do debate coletivo e da mobilização de todos os atores envolvidos. Concluindo,

“Queremos recuperar aqui o **sabor da política**, com tempero forte, a ser apreciada quente, forjada no calor da militância, da luta e dos desafios mais candentes da prática profissional, e que mobiliza nossas forças heroicas mais profundas, para transformar a realidade e enfrentar com coragem os desafios que a conjuntura apresenta.”
(Vasconcelos, 2010: 15)

1.2 - Trajetória da Reforma Psiquiátrica na cidade do Rio de Janeiro - o nascimento do CAPS Pedro Pellegrino - e Panorama atual.

A fim de conhecer um pouco sobre o processo de Reforma no Rio de Janeiro, o que levou à criação do CAPS Pedro Pellegrino, vamos consultar a dissertação elaborada por Rietra (1999). Nesta, a autora se propôs a estudar como ocorreu a construção dos CAPS na cidade, enfatizando sua modalidade de gestão e para isso utilizou o caso do CAPS Pedro Pellegrino (Campo Grande) como referência. Rietra (1999) conta que, para orientar a construção de uma rede que invertesse o modelo manicomial, foi realizado em 1995, o primeiro Censo dos Internos nos Hospitais Psiquiátricos. O Censo tinha como objetivo conhecer o perfil clínico e sócio-econômico da clientela psiquiátrica internada, fornecendo as informações necessárias para subsidiar o planejamento das ações em Saúde Mental a serem implementadas pela Secretaria Municipal de Saúde. Com base nos dados do Censo, ainda em 1995, a então Gerência de Saúde Mental apresentou um documento de caráter normativo estabelecendo as diretrizes do Programa de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Dessa forma, de posse dos dados referentes ao local de moradia dos

pacientes internados e dos mapas de distribuição de serviços na cidade, no ano de 1996, iniciou-se a construção da rede, priorizando-se, inicialmente, as áreas mais carentes de serviços. Nesse processo de construção de uma rede assistencial voltada para a reabilitação psicossocial, como ponto de partida dessa política, optou-se pela construção de uma rede de Centros de Atenção Psicossocial, criando assim o primeiro CAPS do Rio de Janeiro, o CAPS Rubens Corrêa (Irajá).

Para a implantação destes serviços, de acordo com Rietra (1999), a SMS procurou o apoio das Coordenações da Área Programática (CAP) e Conselhos Distritais, e no caso da implementação do CAPS Irajá, estabeleceu parcerias com a Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social (SMDS) e a Fundação Lar São Francisco de Paula (FUNLAR). Já na implementação dos CAPS Pedro Pellegrino e Simão Bacamarte (Santa Cruz), a parceria foi com a ONG Instituto Franco Basaglia (IFB). Este convênio teve como objetivo a colaboração técnica, pois o IFB ficou responsável pela supervisão clínica dos casos e contratação de pessoal. O que, na visão de Rietra (1999), permitia a contratação de profissionais com maior flexibilidade, facilitando a reposição de pessoal, no caso de abandono dos profissionais concursados. Nesse molde, a Secretaria Municipal de Saúde continua responsável pela gestão e as parcerias são estabelecidas como alternativas, para a flexibilização da gestão do trabalho. No entanto, a autora afirma, que enquanto a orientação para a mudança no modelo assistencial presente na construção dos CAPS foi comemorada nessa época, já a escolha por parcerias com ONG's e Fundações como alternativa de gestão, recebeu uma série de críticas.

Dentro desse contexto, em 13 de janeiro de 1997⁶, nasce o segundo CAPS do Rio, o CAPS Pedro Pellegrino, na parceria com o IFB. O quadro de profissionais tinha uma composição mista, uma parte composta por servidores do município e outra por trabalhadores contratados pelo IFB. Segundo Rietra (1999), nas primeiras reuniões de supervisão foram discutidos alguns procedimentos do dia a dia do CAPS, como a definição da grade de horários dos profissionais; como seriam utilizados os espaços físicos; quais seriam as primeiras oficinas e os profissionais que iriam conduzi-las; o horário de chegada dos profissionais; o perfil dos usuários e como seria a triagem. Houve, também, uma preocupação em visitar os serviços de Saúde Mental da rede, como o Instituto Philipe Pinel, o Centro Psiquiátrico Pedro II (hoje, Instituto

⁶ Vale lembrar que, a criação desse CAPS ocorreu, portanto, antes da aprovação da lei 10.216 e da Portaria 336.

Nise da Silveira), a Colônia Juliano Moreira e os postos de saúde da área, para apresentar a proposta de trabalho do CAPS, facilitando os encaminhamentos e futuros contatos.

A autora conta que, em dados referentes ao ano de 1997, apresentados no Relatório Técnico do convênio do IFB, 832 pessoas foram atendidas durante este ano, destes 69 foram matriculadas, com proposta de acompanhamento em atendimento intensivo. Dos 69 pacientes matriculados, 51, ou seja, 75% apresentou uma frequência regular ao serviço. Já em novembro de 1998, o CAPS tinha 89 pacientes matriculados, sendo esta clientela constituída basicamente de pessoas de baixa renda, moradores da área e com várias internações anteriores. Nesse momento, estimava-se que o CAPS tinha capacidade para atender 35 pacientes por turno. Como propostas terapêuticas, eram oferecidas oficinas, atendimentos individuais ou com a família, visitas domiciliares, o grupo de família e um passeio, realizado uma vez por mês. Em relação ao grupo de família, Rietra (1999) após realizar entrevistas e observações, afirma que além das trocas de experiências, esse espaço de discussão possibilitou que os familiares comesçassem a participar mais dos problemas do CAPS e da construção de soluções, chegando a considerar a criação de uma associação de familiares e usuários. Desse modo, o grupo representava um excelente apoio aos familiares, ao CAPS e à sua equipe, contribuindo ainda para uma mudança na concepção da loucura e de seu tratamento.

Rietra (1999) aponta que inicialmente os projetos terapêuticos era mais rígidos, pois a equipe se prendia a algumas regras pré-determinadas, esperando que os pacientes se adequassem a ele. Mas com o passar do tempo, a equipe foi percebendo os movimentos dos pacientes e suas necessidades, e ao se colocar em questão, pôde reposicionar-se, adquirindo, assim, uma flexibilidade na construção dos projetos. A autora marca que nas supervisões clínico-institucionais, ficava clara a forma como a equipe via cada caso em sua singularidade e partindo disso, construía estratégias também singulares, afinada, portanto, às propostas da Reforma Psiquiátrica. A equipe compreendia tais estratégias como possibilidades, como tentativas, sem nenhuma garantia de sucesso, o que demonstrava que não haviam respostas prontas, muito menos definitivas, ressaltando o CAPS como um serviço em construção. Seguindo nessa direção, autora baseia-se em alguns dados, para afirmar que mesmo atendendo pacientes graves, com muitas internações anteriores, o CAPS vinha conseguindo modificar a concepção de que crise é sinônimo de internação. Por

outro lado, a autora já naquele tempo traz uma questão que hoje nos parece um tanto pertinente e urgente, “como o serviço vai manter esse padrão de atendimento e toda essa diversidade, caso haja um aumento do número de pacientes?” (Rietra, 1999: 53)

A autora considera a estrutura material fornecida pelo município e a supervisão técnica do IFB como algumas condições que possibilitavam o trabalho no CAPS naquele momento, mas sobretudo, credita à equipe o sucesso desta proposta, visto que esta equipe “mais do que conhecimento teórico, técnico ou do que experiência profissional, apresenta uma disponibilidade interna de refletir sobre o trabalho que está sendo feito, para melhorar sempre” (Roquette, 1998 *apud* Rietra, 1999: 56). Bem, neste ponto, precisamos fazer uma breve pausa, isto para lembrar ao leitor do que se trata a pesquisa atual. Ora, pois é justamente dessa abertura, de potencializar tal disponibilidade que estamos falando e para qual buscamos apoio para seguir sustentando. Nesse sentido, nos parece que esse CAPS tem uma história de equipes empenhadas e batalhadoras na construção, conservação e ampliação das propostas reformistas da Saúde Mental.

Agora voltando às análises de Rietra (1999), ela pontua que trabalhar no CAPS requer uma equipe que esteja preparada para assumir um papel bastante diferente do modelo antigo, em que predominava o distanciamento e as relações de poder muito desiguais entre profissionais e pacientes. Por isso, já nessa época a montagem da equipe era uma das preocupações mencionadas pela Gerência de Saúde Mental, a qual afirmava que a equipe deveria ser composta “por um conjunto de pessoas com afinidades entre si, com a firme convicção em um projeto comum de tratamento” (Fagundes & Libério, 1997: 34 *apud* Rietra, 1999: 57)

No momento em que a autora desenvolveu sua pesquisa, a equipe do CAPS Pedro Pellegrino era composta por 4 psiquiatras, 4 psicólogos, 3 terapeutas ocupacionais, 1 enfermeira - que era a Coordenadora - um oficineiro, um nutricionista, a administradora e 6 funcionários que trabalhavam na copa. No início, o desejo de trabalhar num serviço alternativo parecia ter sido a única afinidade entre os profissionais da equipe, que, de acordo com Rietra (1999), formava um grupo em que era difícil se solidarizar com os problemas dos outros. Contudo, próximo ao término da pesquisa de Rietra, quando a equipe já apresentava maior integração, as diferenças já eram mais discutidas e flexibilizadas entre a equipe. Vale salientar que, uma das principais preocupações da equipe era que uma mudança na gestão da prefeitura pudesse definir que o projeto CAPS não seria mais prioridade, levando ao

fim todo o trabalho que vinha sendo construído. A autora afirma, que tal preocupação trazia ainda mais responsabilidade para a própria equipe, que deveria insistir na importância deste trabalho junto a Secretaria Municipal de Saúde, como ainda deveria procurar integrar a comunidade para que esta defendesse o serviço caso fosse necessário. Com isso, em nosso entendimento, vemos que em seu princípio, mas também nos dias atuais, o projeto reformista precisava e precisa ser defendido pela via da articulação macropolítica, mas primordialmente, pelas alianças locais convocando usuários, familiares, a comunidade e os movimentos sociais na sustentação dos avanços produzidos. A autora comenta sobre rompimento com o modelo manicomial e as exigências que isto implica para que se promova uma assistência de qualidade nos novos moldes trazidos pela Reforma, afirmando que uma condição para que isso aconteça está ligada ao questionamento constante do trabalho e das relações que estão sendo estabelecidas, diminuindo, assim, os riscos de se reproduzir o modelo que se quer substituir. Portanto, a comunidade e os familiares devem ser convidados a conhecer o trabalho e a participar do tratamento, para que, somente desse modo, possa se construir uma nova forma de lidar com a loucura.

Concluindo, Rietra (1999) assevera que neste serviço, as respostas e certezas tradicionais dão lugar à um tratamento em permanente construção, que procura diminuir o sofrimento dos pacientes e oferecer novas possibilidades de vida e, embora, vinham contribuindo para a transformação do imaginário social, permitindo uma nova relação com a diferença, essa nova relação ainda não significava sua aceitação. Nesse sentido, reafirma que, social e culturalmente, ainda havia muito a ser feito para diminuir o sofrimento de familiares e pacientes, salientando que tanto os profissionais do CAPS, quanto a Gerência de Saúde Mental e o IFB sabiam que o CAPS não era suficiente para que se pudesse oferecer uma assistência integral em Saúde Mental. No entanto, no que tange especificamente a este serviço, a autora constatou em sua observação das reuniões do Grupo de família e nas entrevistas realizadas, que os familiares mostravam-se muito satisfeitos com o trabalho do CAPS, reconhecendo o carinho e a atenção entre profissionais e pacientes e a proximidade nas relações, diferente das relações de poder e submissão encontradas nos serviços tradicionais.

Diante do que foi apresentado pela autora, podemos ver que desde sua fundação até os dias de hoje, muito tem sido feito neste CAPS. Encontramos aproximações e também diferenças, como seria esperado, mas sobretudo,

percebemos que o CAPS Pedro Pellegrino carrega em si uma história que é atravessada por muitos atores e muitas batalhas. Desse modo, acreditamos, mais uma vez, que 'atualizar' (em termos benjaminianos, como veremos mais à frente) esta história, pode trazer uma força para os enfrentamentos correntes nesse campo, intensificando processos e desenterrando recursos que muitos poderiam julgar extintos.

Vimos que para que fosse criado o CAPS, foi firmado convênio entre a gestão municipal e o terceiro setor, numa parceria que se restringia à contratação de profissionais e à supervisão técnica. Já nos dias correntes, tornou-se um direcionamento político das recentes gestões municipais, o estabelecimento de contratos de gestão com OS's para montar e gerir os novos CAPS da cidade. O que faz com que hoje a rede de Saúde Mental do Rio de Janeiro seja composta de maneira híbrida por serviços de gestão direta da prefeitura e outros geridos em parcerias com as OS's. Tal contexto acarreta em grandes discrepâncias em relação ao investimento na contratação de profissionais, manutenção, insumos, recursos materiais e de transporte nos diversos serviços. Diante desse quadro, acreditamos ser necessário uma análise mais delicada das diferentes formas de gestão existentes e seus efeitos sobre os respectivos processos de trabalho nesses equipamentos.

Bem, mas para explorar o processo de montagem dessa rede, visitaremos agora o levantamento realizado por Fagundes Jr. *et al* (2016) em seu artigo. Este efetua um balanço sobre a implementação da Reforma Psiquiátrica no município do Rio de Janeiro, apontando seus avanços, limites e desafios, a partir de uma pesquisa em documentos oficiais. Dessa forma, os autores afirmam que:

“Seguindo as diretrizes da política nacional, a política de saúde mental do Rio de Janeiro tem apontado para um desmonte paulatino do importante conjunto de leitos em hospitais psiquiátricos constituído na cidade. Esta estrutura hospitalar foi em parte herdada do governo federal (três unidades municipalizadas, a partir de 1996) e em parte fruto da intensa política de privatização das décadas de 1960 e 1970.” (Fagundes Jr. *et al*, 2016: 1450)

Isto foi possível porque, conforme pontuado anteriormente também por Rietra (1999), a partir de 1996 a Saúde Mental consolidou-se como política municipal, tendo como referência o citado censo realizado nos hospitais psiquiátricos da cidade, iniciando-se, assim, a implantação da rede substitutiva de base territorial. Fagundes

Jr. *et al* (2016) assinalam que no Rio de Janeiro, como no restante do país, os CAPS são serviços estratégicos para a organização da rede de atenção à Saúde Mental para a consolidação da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Nesse sentido, os autores relatam que até outubro 2015, existiam 29 CAPS na cidade do Rio de Janeiro, destes 37,9% são CAPS tipo II; 27,6% CAPSi; 13,8% CAPSad III; 10,3% CAPSad II e 10,3% CAPS III. Sendo que, a maioria dos CAPS está sob gestão da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro, com exceção de 1CAPSi vinculado ao governo federal, e 1 CAPS II e um CAPSad II sob responsabilidade da gestão estadual. Portanto, a cidade do Rio de Janeiro apresenta um índice de cobertura de CAPS de 0,50 por 100.000 habitantes⁷, valor considerado bom pelos parâmetros do Ministério da Saúde, que considera a cobertura muito boa acima de 0,70, boa entre 0,50 e 0,69 e regular/baixa entre 0,35 a 0,49, sempre para 100.000 habitantes. Convém marcar que, os CAPS tipo III, que hoje representam um total de 24,1 %, começaram a ser implantados na cidade somente a partir do ano de 2010. Fagundes Jr. *et al* (2016: 1452) afirmam como um dos principais desafios para a gestão municipal, a indispensável ampliação de cobertura dos CAPS e, em vista disso, estabelecem uma meta⁸ tangível para os próximos dois anos de um aumento de cobertura para 0,64 por 100.00 habitantes, com a implantação de sete novos serviços, sendo eles quatro na modalidade III e três nas modalidades II, Ad ou i.

Sobre o processo de ampliação da rede CAPS, os autores trazem seu ponto de vista para justificar a escolha pelo estabelecimento dos contratos de gestão.

“A busca por maior agilidade nos processos de aquisição de materiais e insumos, a necessidade de flexibilizar a seleção e contratação de pessoal, bem como a adoção de modelos de gestão voltados para os resultados, teve como resposta a opção pela contratualização com Organizações Sociais de Saúde em um processo de gestão compartilhada, acompanhado periodicamente por uma comissão de avaliação que analisa e controla o desenvolvimento do contrato.”(Fagundes Jr. *et al*, 2016: 1453)

No entanto, eles explicam também que as consequências da adoção deste modelo ainda estão por ser avaliadas ao longo do tempo, isto porque até então não

⁷ Dados encontrados em: Brasil. Ministério da Saúde (MS). Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde Mental em Dados. Brasília: MS; 2012. (Ano VII, número 10)

⁸ Acreditamos que tal meta foi afirmada, pois um dos autores é o atual Superintendente de Saúde Mental do município.

existem estudos disponíveis que avaliem as peculiaridades da Saúde Mental no contexto do modelo OS's. E, com efeito, trata-se de um expediente polêmico que tem como um dos pontos de dificuldade a contestação política de segmentos de atores que militam no campo das políticas públicas e se constitui em um campo de conflitos e embates.

Segundo os autores, a integração da Saúde Mental com o setor da Saúde em geral pode ser considerada um dos principais desafios a serem superados. Vale ressaltar, que a Atenção Primária em Saúde (APS) na cidade teve um importante aumento de cobertura nos moldes da Estratégia de Saúde da Família, modelo adotado pelo Ministério da Saúde, passando de 3.3% para 47,16 % da população entre 2009 e 2014. Durante esse período ocorreu um expressivo investimento na expansão e qualificação da atenção primária em paralelo com uma considerável descentralização administrativa e financeira, adotando-se o contrato de gestão com as OSS's como forma de concretizar tal ampliação. Fagundes Jr. *et al* (2016: 1453) acreditam que as ações de Saúde Mental na atenção primária devem adotar o modelo de base territorial e atuarem de modo transversal a outras políticas específicas, buscando o estabelecimento de vínculos, de acolhimento e facilitando o acesso. Os autores expõem, então, que é necessário desconstruir a lógica do encaminhamento, entendida como um movimento de desresponsabilização no cuidado ao sofrimento psíquico e estabelecer dispositivos ao alcance da APS para compartilhar o manejo dos casos. Para Fagundes Jr. *et al* (2016), no que tange aos ambulatórios especializados, pode-se dizer que esta é uma limitação da rede da cidade do Rio de Janeiro e um desafio para as Políticas Públicas de Saúde Mental no Brasil, tendo em vista que esses dispositivos não são reconhecidos como integrantes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), o que resultou numa redução dos recursos especializados de nível secundário.

Já a respeito do processo de desmonte da rede manicomial, Fagundes Jr. *et al* (2016) relatam que o município do Rio de Janeiro promoveu uma extensiva redução de leitos psiquiátricos nos últimos quinze anos (cerca de 2400 leitos). Como resultado, as internações foram reduzidas de 42.762, em 2002, para 20.404, em 2012. Entretanto, as internações em momentos de crise ainda são massivamente realizadas em hospitais psiquiátricos evidenciando a frágil implantação dos dispositivos de base comunitária com acolhimento noturno e de leitos localizados em hospitais gerais. Tal constatação se baseia no fato de que, em outubro de 2015, a rede da cidade contava

apenas com sete CAPS tipo III com leitos de acolhimento com funcionamento nas 24 horas diárias, sendo 4 voltados para os transtornos relacionados ao álcool e outras drogas e 3 para portadores de outros transtornos mentais. Essas Unidades dispõem de 6 a 9 camas de acolhimento noturno para a atenção à crise, em um total de 19. Lembrando que o município do Rio tem uma população estimada para 2015 de 6.476.631 habitantes, segundo dados do IBGE trazido pelos autores. Em relação a atenção à crise, os autores apontam que apesar dos CAPS demonstrarem uma eficiente atenção longitudinal aos pacientes com transtornos mentais graves e persistentes, esses serviços ainda convivem em maior ou menor grau com a internação psiquiátrica, o que muitas vezes provoca quebras na vinculação do paciente com os CAPS, redundando em exposição ao risco de novas internações.

Os autores assinalam que o eixo principal das ações de desinstitucionalização vem sendo encerrar o ciclo de compra de serviços hospitalares em instituições privadas, descredenciando 2.700 leitos em 8 diferentes hospitais, em um período de cerca de 30 anos. Em relação aos leitos atualmente existentes, o cenário desejável para os próximos anos seria o descredenciamento global dos leitos contratados e o fechamento progressivo dos leitos públicos localizados nos Institutos Municipais Philippe Pinel, Nise da Silveira e Juliano Moreira. Mas para isso, Fagundes Jr. *et al* (2016) pontuam que é necessário investir na construção de uma rede de atenção às crises mais graves em dispositivos localizados em hospitais gerais e em serviços comunitários com leitos (CAPS modalidade III).

No levantamento dos autores, em outubro de 2015, haviam 613 pacientes munícipes do Rio de Janeiro em longa permanência institucional (mais de um ano de internação psiquiátrica) distribuídos nos hospitais psiquiátricos públicos, contratados ao SUS e custodiais localizados no próprio município ou no interior do Estado. Portanto, avalia-se que para abrigar essa população seria necessário em torno de 75 novas residências terapêuticas (considerando um número de 8 moradores por casa), sendo que, no momento da elaboração do artigo, a rede já contava com 62 residências terapêuticas (RT) distribuídas pela cidade, com um número médio de moradores de 5,3 por módulo. Salieta-se ainda, que como condição primeira para o ingresso nas RT's está a vinculação do usuário ao CAPS de referência do território, buscando assim proporcionar a atenção em Saúde Mental de modo qualificado.

Por fim, Fagundes Jr. *et al* (2016) afirmam a análise da rede de atenção psicossocial na cidade do Rio de Janeiro aponta avanços na desinstitucionalização da

assistência, com progressiva redução de leitos em hospitais psiquiátricos e aumento do protagonismo dos dispositivos comunitários. E, em vista disso, elencam um conjunto de desafios a serem enfrentados: aumento de cobertura dos CAPS; conversão do modelo de leitos em hospitais psiquiátricos para leitos em hospitais gerais e nos CAPS tipo III; inserção do atendimento às emergências psiquiátricas no sistema de urgência/emergência da rede municipal de Saúde; ampliação da integração da Saúde Mental com a Saúde em geral e a coordenação das equipes de Saúde Mental com a atenção primária; ampliação do quantitativo de RT's; aumento da provisão dos serviços específicos para pessoas em uso prejudicial de álcool e outras drogas e diminuição da fragmentação desta política; superar o descompasso entre os modelos assistenciais do sistema de saúde suplementar e do SUS e aproximar este contexto de Reforma Psiquiátrica das instituições de ensino e pesquisa. Nesse sentido, por último os autores marcam a necessidade de mais pesquisas avaliativas e que mostrem os avanços qualitativos em relação ao cuidado oferecido.

1.3 - Trabalho em Saúde Mental

Nesse ponto, efetuaremos um desvio, pois deixaremos um pouco de lado as análises conjunturais, que nos fornecem uma certa perspectiva do estado da arte da Reforma. Para então, afirmarmos o que almejamos nesta pesquisa, que é empreender uma análise situada da experimentação e implementação da Reforma num nível local. Por meio desta, queremos destacar que ações muito potentes ocorrem e podem ser ampliadas, e assim estaremos reconhecendo e apostando nos recursos constituídos nas atividades cotidianas daqueles que encontram na Atenção Psicossocial o seu ofício. Numa busca de conjugar como desde o princípio da Reforma, luta política e ações sólidas de cuidado, fazendo operar o que está prescrito e mais, inovando nas ações e nas bases teóricas. Portanto, tecendo ao vivo os alinhavos das dimensões locais/relacionais e também das leis e diretrizes gerais.

Vale ressaltar que não estamos colocando essas dimensões como polos opostos, muito menos concorrentes ou excludentes, mas exatamente o contrário. Pretendemos nessa pesquisa, a partir de uma experiência local, trazer à tona toda a potência de ação, que mesmo com os desafios e contratemplos conjunturais e dos entraves políticos locais, batalha por manter viva e pulsante as premissas da Reforma.

Assim, busca concretizar as políticas públicas prescritas por meio de arranjos bastante inventivos que tem sustentado o trabalho, no caso do campo de pesquisa aqui abordado, por quase 20 anos. Logo, as dimensões não se opõem, isto é, as leis são muito importantes na sustentação e expansão da Reforma, porém estas são constituídas de ações cotidianas e locais para trazerem à vida essas normativas, que necessitam ser reforçadas e ampliadas. Nesse sentido, vamos consultar algumas produções que versam sobre o trabalho no campo da Saúde Mental, buscando com isso instrumentos que favoreçam a construção de nosso debate.

Partiremos acossados pela seguinte afirmação:

“A reforma psiquiátrica brasileira, através da criação dos novos dispositivos em saúde mental, assim como através da inserção das ações de saúde mental na saúde pública, possibilita novas abordagens, novos princípios, valores e olhares às pessoas em situação de sofrimento psíquico, impulsionando formas mais adequadas de cuidado à loucura no seu âmbito familiar, social e cultural. Os projetos de reforma não são homogêneos, as práticas são executadas conforme a concepção teórica dos trabalhadores de saúde mental. Concluimos, enfatizando que existem princípios orientadores gerais, mas que, em última análise, estão subordinados aos **settings** específicos onde ocorrem as práticas.” (Hirdes, 2009: 304)

Dito isso, podemos desdobrar alguns pontos levantados pela autora, que realiza em seu artigo uma revisão dos marcos políticos, teóricos e práticos no contexto da Reforma. Já sabemos que, nos últimos 30 anos, vêm sendo desenvolvidas diversas experiências no campo da Saúde Mental, que tomam como direção o rompimento do paradigma psiquiátrico tradicional, procurando criar outras vias para o tratamento e inserção social dos sujeitos em sofrimento psíquico, primando pela produção de autonomia e ampliação de direitos. Ora, mas se, justamente, estamos defendendo a possibilidade de inclusão de modos peculiares de ser e estar na vida em comunidade, na cidade, como é que poderíamos conceber uma única maneira de realizar este trabalho? Pois é, cremos que o leitor já tenha alcançado a esta altura, que estamos a todo momento falando de diversidade, de multiplicidade e de abertura para produção de subjetividades menos domesticadas e subjugadas. Portanto, jamais poderíamos esperar homogeneidade e consenso, muito pelo contrário, isso só serviria para reforçar os paradigmas com os quais queremos romper, que querem produzir corpos sem nome e sem vontades, uma massa de seres identificados por números e

categorias diagnósticas. Desse modo, imbuídos pelo desejo de produzir fissuras nessa massa serializada, precisamos sim fazer uso dos dispositivos teóricos e das normas instituídas, e pautados nelas enquanto direção ético-política, agir pela via da criação, da invenção e, até mesmo por vezes, da subversão. Entretanto, para que consigamos algum êxito nessa tarefa, não há outro caminho que não seja o da coletivização, da afirmação do comum que é composto pela heterogeneidade. Então, são as equipes dos serviços de Saúde Mental, os coletivos de trabalho em sua lida diária com os diferentes contextos e nas singularidades dos encontros que poderão criar e recriar os recursos de suas ações, fazendo operar ou não, os princípios orientadores e as premissas normativas.

Nesse sentido, encontramos, na pesquisa realizada por Ramminger e Brito (2008), importantes subsídios para pensar na constituição das atividades de trabalho nesse campo. Isto porque, de acordo com os relatos de trabalhadores de CAPS recolhidos pelas autoras, o trabalho em Saúde Mental impõe grande exigência subjetiva, pois além do encontro com a loucura já representar um desafio marcante, com a Reforma Psiquiátrica surgiu a demanda da inovação, da produção da diferença em relação à prática manicomial anterior. Diante disso, fica sublinhado que em cada serviço se constitui um modo de trabalhar, com características específicas atravessadas pela história e composição de equipes, demonstrando que se trata de um ofício em constante construção.

Em outro artigo, Ramminger e Brito (2012) afirmam que, atualmente, o trabalho em Saúde Mental requer um trabalhador comprometido política e afetivamente com o projeto de transformação do modo como a sociedade tem se relacionado com a loucura. Necessita trabalhar de forma interdisciplinar, em uma articulação da gestão com a clínica, circulando pela cidade, considerando um duplo papel: ser agenciador tanto do cuidado como da rede – e não apenas da rede de saúde, mas de uma rede de suporte social. Já Bezerra Jr. (2007), agrega que o desafio imposto pela Reforma exige a formação de profissionais dotados de capacidade de reflexão crítica - elemento indispensável para a superação das imensas dificuldades inerentes ao trabalho (desvalorização do servidor público, investimentos aquém do necessário) - e para a sustentação de uma prática de cuidado que se constitua como um exercício de transformação para todos os envolvidos: pacientes, profissionais e as redes sociais em volta deles.

Conforme Ramminger e Brito (2008) assinalaram, o trabalho em Saúde Mental vem se deslocando do hospital psiquiátrico para a cidade, com isso um gênero de atividade⁹ forte pode sustentar a atividade no sentido de reger e apoiar os comportamentos e as decisões individuais de cada trabalhador. O trabalhador se sente mais seguro ao resolver, mesmo que sozinho, determinada situação de trabalho, porque sabe que será apoiado por um coletivo. Ao contrário, quando o gênero profissional está fragilizado, o trabalhador sente sua decisão como solitária, temendo não ter agido da maneira adequada ou ser alvo de críticas futuras. Nardi e Ramminger (2007), ao abordarem a questão dos “*Modos de subjetivação dos trabalhadores de Saúde Mental em tempos de Reforma Psiquiátrica*”, tendo como base os relatos de trabalhadores do campo, marcam o valor da equipe, da supervisão institucional e até mesmo da psicoterapia individual para sustentar a construção diária do trabalho e do trabalhador de Saúde Mental. Acrescentando que, as supervisões devem ser organizadas de modo que possibilite, entre outras, as discussões das relações de poder, das dificuldades de trabalho em equipe, das inseguranças perante ao desconhecido do trabalho e das dificuldades subjetivas da relação com a clientela.

Neste ponto, estamos alinhados à afirmação de Pitta (2011), de que o cuidado em Saúde Mental precisa ser sustentado numa ética de corresponsabilidade, pois ao se perceber a importância da contribuição de cada um dos seus integrantes, a equipe aumenta e muito o alcance de suas intervenções. Assim, nesta pesquisa procuraremos abordar, numa experiência situada, alguns modos de composição coletiva do trabalho em equipe, no sentido de uma ética de corresponsabilidade, a ser construída por meio dos debates em que as diferentes posições e saberes são constituintes das ações comuns.

Contudo, Pitta (2011) relata também que a exclusão e a restrição de recursos é a política hegemônica dos governos municipais e estaduais, desobedecendo assim às diretrizes nacionais da política de Saúde Mental, acarretando, muitas vezes, a formação de equipes que flutuam na dependência do prefeito municipal em exercício. Entendemos que tal realidade aumenta ainda mais o grau de insegurança tanto dos profissionais que atuam diretamente nestes contextos, quanto para os usuários atendidos pelos serviços, que se veem muitas vezes desamparados ou levados à incerteza de que seu acompanhamento terá seguimento.

⁹ O conceito de gênero da atividade profissional será desenvolvido mais adiante.

Assim, podemos perceber em alguns momentos, uma vivência compartilhada de certa desesperança frente à dureza dos contextos de trabalho precários, movimento que, em última instância pode desembocar num desinvestimento tanto do trabalhador em seu fazer como por parte do usuário em se engajar em seu próprio cuidado. Diante disso, mostra-se mais uma vez a pertinência de se empreender esforços na construção de estratégias políticas e de formação que instrumentalizem conjuntamente profissionais, usuários e familiares no enfrentamento desses desafios.

Para continuarmos analisando o tema principal desse tópico, recorreremos agora a Sampaio *et al* (2011), que investigaram o trabalho em serviços de Saúde Mental no contexto da Reforma Psiquiátrica, apontando seus desafios técnicos, políticos e éticos. Porém, os autores ressaltam que a investigação acadêmica sobre este tema tem um desenvolvimento temporal de pouco mais de uma década, portanto é de pequena magnitude, com certa fragmentação e adensamento teórico em construção.

Sampaio *et al* (2011) assinalam a complexidade do objeto de trabalho em Saúde Mental, visto que sujeito que sofre não foi desapropriado de seu contexto social, então o fio condutor das ações no delineamento de linhas de cuidado deve ser fundamentado na defesa dos direitos dos usuários, a partir do estímulo à cidadania, do acolhimento, do vínculo, da autonomia e da responsabilização. Assim, o trabalhador passa a ser um facilitador nas negociações dos projetos dos usuários, mediando propostas tanto do lado destes como do lado da sociedade. Dessa forma,

“na prática de trabalho nesse novo cenário o principal recurso de intervenção é o trabalhador, amparado por sua formação, seu protagonismo, suas habilidades técnicas e relacionais. [...] a formação profissional, embora ofereça as principais tecnologias disponíveis, não se mostraram suficientes para os desafios. Daí a necessidade, cotidiana, de novos saberes e práticas serem construídos pelos trabalhadores, mediante a invenção e a incorporação de novas formas de lidar com a demanda.” (Sampaio *et al*, 2011: 4689)

Seguindo nessa direção, os autores afirmam que nos serviços de Saúde Mental, observa-se a construção de uma clínica coletiva, que busca respeitar a singularidade dos sujeitos e atender as suas necessidades, e para isso as equipes têm implantado lógicas de organização do trabalho a partir do acolhimento, da construção de projetos terapêuticos singulares com a definição de técnicos de referência e discussão coletiva de casos clínicos de maior complexidade. Portanto,

em geral, as equipes trabalham de forma interdisciplinar, numa lógica integrada que visa a saída de impasses e das fragmentações por meio de um corpo coletivo de trabalho, no qual os autores creem existir

“pelo menos três grandes ordens de vantagens: a) Ideológica - o trabalho em equipe impede a hegemonia de um dos vários saberes que buscam dar conta do processo saúde/doença mental, portanto a prática onipotente e acrítica; b) Teórica - o trabalho em equipe expõe as teorias à competição, obrigando-as a aperfeiçoarem seus instrumentos, a interconterem-se e a interfertilizarem-se; e, c) Organizacional - devido à complexidade crescente do conhecimento, não é mais possível, a qualquer trabalhador isolado, dar conta da totalidade de um problema, daí a equipe tornar-se imposição histórica, não escolha.” (Sampaio *et al*, 2011: 4686)

Os autores também se referem à supervisão clínico-institucional como forma de otimizar as vantagens apontadas, além de destacarem o potencial deste como espaço de formação permanente em serviço, pois consideram a supervisão como um dispositivo estratégico no desenvolvimento das habilidades associadas ao protagonismo, à produção de grupalidade e para a construção de saber no serviço. Esta possibilita ainda o acolhimento das demandas afetivas da equipe, que se vê desafiada pelas contradições interpessoais, corporativas, teóricas e, sobretudo, pelo enfrentamento das tensões proporcionadas pelas necessidades dos usuários.

No entanto, Sampaio *et al* (2011) trazem também a denúncia dos trabalhadores dos serviços pesquisados quanto às condições de trabalho insatisfatórias, tanto do ponto de vista das instalações físicas, com inadequação dos espaços para o desenvolvimento das atividades e escassez de materiais e equipamentos. Como em relação à carência de profissionais, ocasionando a formação de equipes pequenas e a sobrecarga de trabalho, a baixa remuneração e os vínculos empregatícios precarizados. Somando-se a isso, os trabalhadores sinalizaram a existência de dissonâncias entre as diretrizes da política de Saúde Mental e a operacionalidade dos serviços, no que tange, principalmente, a pouca estruturação da rede de Saúde Mental e a limitada articulação com as demais redes assistenciais. Diante dessa problemática, os autores assinalam os riscos de que a insatisfação dos trabalhadores possa levar ao sofrimento, contudo, apontam também “pensar o sofrimento como vivência, a qual pode ser compartilhada, significa inseri-lo na dimensão política, uma vez que envolve a presença do outro no campo da existência

do sujeito” (Sampaio *et al*, 2011: 4691). E assim, na nossa visão, tal constatação pode representar uma relevante contribuição, já que estamos abordando nesta pesquisa a composição do coletivo de trabalho no campo da Saúde Mental, indicando novamente que esta é realmente a direção certa para o desenvolvimento dos recursos para a ação e para produção saúde para todos os envolvidos.

Concluindo, evidencia-se, com as ideias anteriores, uma poderosa provocação no campo do trabalho em Saúde Mental, pois após o movimento de Reforma surge outro modo de conceber essa prática. Já não se pode mais contar com os saberes edificados ao longo dos anos de trabalho nos moldes manicomiais, com os quais a Atenção Psicossocial rompe radicalmente. Por conseguinte, nos últimos 30 anos temos procurado inventar diversos modos de agir, sentir e nos relacionar, o que denota a potência de criação que se coloca neste trabalho, mas também o tamanho do desafio aí imbricado, pois cabe aos trabalhadores a operacionalização das diretrizes normativas que devem ser consideradas em sua atividade cotidiana, todavia o modo como isso vai ocorrer nunca está definido, o que muitas vezes pressupõe um paradoxo. Isto é, muitas vezes onde reside a maior potência deste trabalho, revela-se também como contexto povoado de inseguranças, angústias e até sofrimento. Daí a pertinência de se fortalecer o coletivo de trabalho, que ampare e represente uma fonte de recursos na criação de múltiplos modos de viver, agir, sentir, enfim, produzir saúde.

1.4 - Encontrando o CAPS Pedro Pellegrino

Numa praça acolhedora, de uma vizinhança pacata no bairro de Campo Grande, Zona Oeste da cidade do Rio de Janeiro, encontra-se a atual Policlínica Carlos Alberto Nascimento. Porém, por muitos anos e ainda hoje, este local e serviço de saúde é conhecido pelos moradores e usuários como “INPS de Campo Grande”.

Em uma de suas alas, que são espalhadas ao redor da praça, onde dividem espaço com residências e comércios, encontra-se o Centro de Atenção Psicossocial - CAPS Pedro Pellegrino. Inaugurado em 13 de janeiro de 1997¹⁰, sendo o segundo deste tipo de serviço a ser implantado na cidade do Rio de Janeiro, inicialmente

¹⁰ Para mais informações sobre o processo de implantação dos CAPS na cidade do Rio de Janeiro, consultar Rietra (1999).

ocupava uma pequena área nos fundos da ala 10. Contando apenas com duas salas para atendimentos e atividades coletivas; uma saleta usada como depósito; banheiros para os usuários; cozinha; um refeitório, que tinha um de seus cantos ocupados pela farmácia e mais uma sala pequena, na qual se amontoavam os profissionais técnicos, administrativos, gestores, além dos arquivos e computadores. Possuía ainda um pequeno pátio como área aberta e pequena varanda.

Foi neste lugar, que em agosto de 2009, cheguei para realizar meu estágio de Residência Multiprofissional em Saúde Mental. No início me espantei com o tamanho reduzido do serviço, que hoje é referência de atendimento em Saúde Mental para uma população de cerca de 349 mil habitantes (IBGE, 2016), sem contar com o mandato e complexidade colocados por este tipo de trabalho. No entanto, fui muito bem recebida pela equipe e por boa parte dos que estavam envolvidos de alguma forma com aquele espaço. Sem muitos detalhes, posso dizer que meu estágio que findou-se em dezembro de 2009, foi permeado por muitos desafios, algumas dificuldades, muitas angústias e decepções. Entretanto, o que ficou marcado foram os encontros maravilhosos, o valioso aprendizado, a possibilidade de perceber e experimentar habilidades e potencialidades nunca antes descobertas. Construção de vínculos essenciais em minha trajetória como trabalhadora da Saúde Mental, porém acima de tudo, eu me sentia acolhida e com abertura para agir, falar, intervir e por fim partir... - Ah, como senti aquele gostinho de quero mais!

E então, depois de outros encontros e experiências, em julho de 2013, fui selecionada para trabalhar como psicóloga na equipe do CAPS Pedro Pellegrino. Já nesta ocasião, o CAPS apesar de continuar ocupando o mesmo espaço da ala 10, agora possui um ateliê onde era um depósito; mais uma pequena sala com banheiro - que veio a ser a “sala da equipe”; uma sala para atendimento; uma sala para a então farmácia, hoje posto de enfermagem e um hall de entrada, onde funciona o bazar do CAPS. É importante marcar, que antes este espaço era ocupado pela “psiquiatria” da Policlínica, pois eram aí realizadas as consultas ambulatoriais médicas psiquiátricas, o que de alguma forma já assinala um pouco da história deste local, da posição que ocupa no conjunto dos espaços desse antigo “Posto de Saúde”.

No retorno, dessa vez como integrante da equipe multiprofissional, algo novo se apresentava, novo espaço, novos colegas, novas demandas e desafios, mas principalmente muitas potencialidades e interesses. No meu primeiro dia de trabalho, cheguei muito cedo e fui recebida pela copeira que estava fazendo o café. Logo

depois, pouco a pouco meus novos colegas de trabalho foram chegando. E então, fui enfim apresentada oficialmente à minha nova equipe de trabalho. Quanta expectativa e ansiedade!!

Por fim, voltei ao lugar que tanto me formou, me convidando a partilhar desse gênero, o que, com efeito, foi decisivo para minha transformação em mais uma profissional de Saúde Mental, pois revelou um mundo de recursos que possibilitaram com que me reconhecesse neste ofício. Sem delongas, pois explicarei mais detalhadamente no tópico seguinte, foram quase três anos de muito investimento, suor, lágrimas, risadas e abraços neste serviço, e são, precisamente, essas experiências que me fazem estar aqui hoje escrevendo estas palavras para vocês. Apesar de lá não mais estar como integrante da equipe, sinto que nunca deixarei de ter uma parte de mim naquele espaço e, certamente, essa experiência nunca sairá de meu corpo, de minha carne.

A partir desta breve introdução, gostaria de adiantar um pouco esse relato, para atualizar esta experiência. No momento de produção deste texto a equipe técnica do CAPS está composta por um médico psiquiatra, uma terapeuta ocupacional, um nutricionista, duas enfermeiras, cinco psicólogas (dentre elas a diretora e a coordenadora técnica), um oficinheiro e dois técnicos de enfermagem. Somam-se ao corpo de funcionários um administrador, duas auxiliares administrativos, uma funcionária da limpeza, um copeiro, um cozinheiro e seguranças que se alternam por plantão. Sublinhamos que esta equipe é composta tanto por profissionais concursados sob sistema estatutário, quanto por contratados via Organização Não Governamental (ONG) em sistema celetista. É preciso deixar claro, que estes contratos são firmados por meio de um convênio entre a Prefeitura do Rio de Janeiro e a ONG que vencer a licitação que é realizada (ou deveria) a cada dois anos. Entretanto, por diversas vezes esse prazo não consegue ser cumprido, o que implica em grande insegurança por parte dos profissionais que podem se ver desligados de seus postos de trabalho. Isso sem falar na possibilidade de terem que cumprir avisos prévios e passarem por nova contratação, acarretando perdas de direitos trabalhistas, além de comprometer o seguimento do trabalho, que por si só já é tão delicado no que diz respeito, principalmente, aos vínculos com os usuários e entre os profissionais da equipe. Bem, mas retomaremos a esta questão mais à frente no texto.

O CAPS Pedro Pellegrino é um serviço da rede do Sistema Único de Saúde, sob gestão direta da Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro e está situado na

Área Programática¹¹ 5.2. Por se tratar de um CAPS II, seu horário de funcionamento vai de 8 até 17 horas, de segunda a sexta-feira. Como já havia mencionado, é responsável pela assistência à uma população de mais de 300 mil habitantes, moradores da região Campo Grande Sul e Guaratiba, o que compreende os bairros de Guaratiba; Pedra, Ilha e Barra de Guaratiba; além de parte de Santíssimo, Cosmos e Inhoaíba. Quanto ao público alvo, atende somente adultos com transtorno mental grave e que necessitam de acompanhamento intensivo da equipe multiprofissional, muitos em vulnerabilidade social. De acordo com o levantamento realizado no Accountability¹² do CAPS, em 31/12/2015 tinha um total de 423 usuários acompanhados, entre matriculados (que têm prontuário) e em avaliação. Sendo estes em sua maioria mulheres e na faixa etária de 20 a 59 anos.

A chegada de novos usuários ocorre por demanda espontânea, encaminhamento de diferentes unidades de saúde ou de outros setores, além de usuários em processo desinstitucionalização, que por terem o território de Campo Grande como referência, após longa internação psiquiátrica, passam a ser acompanhados pelo CAPS no intuito de reinseri-los na comunidade de origem. No ano de 2015, 137 pacientes foram avaliados, sendo que os acolhimentos e orientações diversas são feitos no momento em que ocorre o acesso ao serviço e somente depois disso, decide-se ou não pelo agendamento para avaliação.

O CAPS é referência para quatro residências terapêuticas de alta complexidade, onde já residem 20 moradores e 3 usuários em processo de desinstitucionalização. A Equipe de Seguimento é composta por uma coordenadora, duas acompanhantes terapêuticas e cuidadores que trabalham em esquema de plantão de 12 horas e diarista, realizando suporte 24 horas em todas as casas.

O cotidiano de trabalho compreende vários tipos de propostas terapêuticas, as quais nem sempre são programadas previamente. Entre as ações regulares estão: as oficinas de mandala, culinária, bijuteria e jardinagem; as assembleias de usuários,

¹¹ A cidade do Rio de Janeiro está dividida em 10 setores sanitários, as chamadas Áreas Programáticas. São elas: AP 1.0; AP 2.1; AP 2.2; AP 3.1; AP 3.2; AP 3.3; AP 4.0; AP 5.1; AP 5.2 e AP 5.3. Sendo que a AP 5.2 abrange os bairros de: Barra de Guaratiba, Campo Grande, Cosmos, Ilha de Guaratiba, Inhoaíba, Santíssimo, Senador Vasconcelos, Guaratiba e Pedra de Guaratiba.

¹² O Accountability é um instrumento administrativo utilizado geralmente pela gestão pública como forma de “prestação de contas” e avaliação dos serviços prestados, estabelecendo critérios e informações a serem divulgadas, para mais informações consultar: Rocha, A. C. Accountability na Administração Pública: Modelos Teóricos e Abordagens. Contabilidade, Gestão e Governança - Brasília · v. 14 · n. 2 · p. 82 - 97 · mai/ago 2011. No presente contexto, a gestão municipal recente, adotou este instrumento inicialmente para avaliar os serviços da Atenção Básica e posteriormente abarcou também os serviços de Saúde Mental.

familiares e profissionais; os grupos de área, tanto para usuários quanto para familiares; o 'Bom dia', que é um grupo acolhimento diário; o Bazar, que é uma iniciativa de geração de renda; o grupo de música; a Varanda da poesia, que é uma oficina literária e de discussão; o grupo de política, que se propõe a debater temas diversos referentes aos direitos e deveres dos usuários, facilitando o protagonismo e promoção de autonomia; ida ao cinema; a festa de aniversariantes do mês e o evento cultural OcuPPa Praça. Ocorrem ainda atendimentos individuais, visitas domiciliares e institucionais, reuniões e fóruns com a rede de saúde e intersetorial. Além disso, por se tratar de um serviço de portas abertas, acolhe todo o tipo de demanda que chega, seja fazendo recepção de novos usuários quanto orientando a população e profissionais que o acessam. Justamente por ser aberto, tem que estar disponível para atender casos em crise e acolher situações que não estavam previstas.

A fim de organizar a assistência prestada, o serviço se orienta por grupos de referência, os chamados 'grupos de área', que são responsáveis pela assistência aos usuários que vivem em um dado território geográfico. Existem três grupos atualmente - Santíssimo, Centro e Guaratiba – sendo que cada grupo é (ou melhor, deveria ser) formado por miniequipe de 3 profissionais de nível superior e 2 de nível técnico, como referência para cerca 100 usuários matriculados e suas famílias. São realizados dois encontros mensais com cada grupo, nos quais participam os profissionais, usuários e familiares, sendo discutidos temas gerais sobre o acompanhamento do tratamento e outros.

Este CAPS é ainda campo de estágio para o programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental, recebendo anualmente três residentes deste programa, os quais permanecem no CAPS durante todo o primeiro da Residência. Neste tempo, os residentes participam das ações regulares propostas (grupos; visitas domiciliares; reuniões; recepção de novos usuários; atividades de lazer e cultura e atendimentos individuais), assim como são orientados por meio de preceptoria realizada por um profissional da equipe. Nos quase três anos em que estive no CAPS, fui preceptora dos residentes que por lá passaram, experimentando uma oportunidade singular de aprendizado mútuo e apoio que, com certeza, representou um importante recurso para repensar e criar outros modos de estar nesse trabalho. Além de residentes, o CAPS recebe também estagiários do curso de Terapia Ocupacional do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio de Janeiro (IFRJ) e estagiários de outras instituições de ensino que participam do programa Acadêmico

bolsista da prefeitura do Rio. O que demonstra, portanto, que esse serviço tem relevante papel na formação de novos profissionais que poderão vir a trabalhar na rede de saúde e intersetorial.

Como espaço formalizado de diálogo coletivo sobre as atividades cotidianas de trabalho, existe semanalmente, nas terças-feiras pela manhã, a reunião de supervisão clínico-institucional. Nesta são debatidos casos, dados informes, assim como discute-se com grande frequência os acertos e desencontros ocorridos nesta prática tão diversa, pontuando-se não raramente as dificuldades e entraves nas ações de trabalho.

E como não poderíamos deixar de citar, existe ainda outro espaço formalizado de discussão coletiva, os Seminários Internos. Estes são realizados de forma menos sistematizada, sem uma regularidade pré-definida e contam com duração de dois turnos (manhã e tarde). Tal irregularidade se deve ao fato, de que seu agendamento surge a partir da demanda da própria equipe, quando, em geral, sente-se a necessidade de se debruçar com mais cuidado sobre algum tema específico, assim como de tratar de alguma questão que tem sido mais frequente ou significativa diante das atividades cotidianas. Nos seminários, por vezes são utilizados textos e produções teóricas como disparadores do debate, que também cumprem uma finalidade de estimular a formação dos trabalhadores, assim como visam ampliar os recursos dos mesmos no enfrentamento dos conflitos e desafios diários do trabalho. São recorrentes (e imprescindíveis) as discussões de questões relativas aos obstáculos e construção de propostas de direcionamento clínico comum, além de mudanças na organização do serviço e dos processos de trabalho¹³.

Bom, este pequeno relato pretende expor um pouco da experiência pessoal desta pesquisadora no encontro com este cenário de trabalho e campo de pesquisa, fornecendo ainda dados sobre este serviço, que facilitem ao leitor situar-se quanto a complexidade envolvida nesse contexto. A aposta é que se possa proporcionar

¹³ Segundo Marx (1996a) o processo de trabalho, em seus componentes simples e abstratos, é atividade orientada a um fim, em que ocorre uma apropriação de elementos para satisfazer as necessidades humanas, condição sempre presente na vida humana, sendo comum a todas as suas formas sociais. O processo de trabalho tem como elementos simples a atividade orientada a um fim ou o trabalho mesmo, seu objeto e seus meios. Conta, em seus meios com todas as condições objetivas que são exigidas para que o processo se realize, sendo que o uso e a criação de meios de trabalho, caracterizam o processo de trabalho especificamente humano. Ao fim do processo de trabalho obtém-se um resultado que já no início deste existiu na imaginação do trabalhador, idealmente.

alguma imersão dos leitores neste ambiente e vivência, para que assim possam sentir-se habitados e habitando também esta experiência. Sobre o que motivou esta pesquisa, de início pode-se dizer que foram muitos afetos¹⁴, ideias e experimentações, que se colocavam de forma difusa, como indagações: vou trabalhar em equipe? Como é trabalhar em equipe? É possível não trabalhar em equipe? O que é uma equipe? É possível sentir-se sozinho estando em equipe? Que equipe é essa? Perguntas para as quais não pretendo encontrar respostas prontas ou certas, mas sim percorrer caminhos e histórias que digam da multiplicidade e riqueza do cotidiano do trabalho em Saúde Mental, em especial o que acontece neste serviço que procurei explorar e trazer para cena.

Vale explicitar que, esta pesquisa foi cultivada ao longo de meu percurso de formação e trajetória como trabalhadora, e foi se transformando numa necessidade, - sim, necessidade de explorar e divulgar esta prática - pois foi desse modo que se apresentou a questão que me trouxe até o mestrado. Esmiuçando um pouco do que se trata esta necessidade, poderia dizer que ao longo de meus encontros com o campo da Saúde Mental, experimentei diversas situações e escutei muitos relatos sobre o trabalho em equipe. Sem o intuito de ser bajuladora, mas procurando trazer uma história particular, posso afirmar que tive belos encontros, especialmente em relação ao tema abordado aqui. Todavia, tendo como baliza justamente esse grato percurso, por meio de observação, participação e reflexão, começaram a me inquietar as questões acima apresentadas. Percebia que mesmo em contextos nos quais as equipes constituíam um trabalho em comum, se apoiando e construindo estratégias de ação singulares, muitos desafios se colocavam, porém à medida em que havia um coletivo de suporte tanto às ações quanto aos trabalhadores, tais desafios se apresentavam de forma menos danosa aos envolvidos. Por outro lado, pude escutar relatos e presenciar ocasiões em que as equipes encontravam-se fragmentadas, despotencializadas e por vezes inclusive funcionando em movimentos contraditórios, que geravam desconfiança, insegurança, culpabilização e até sensações persecutórias. Com tudo isso, o desejo de poder explorar, analisar e intervir na formação dessas atividades de trabalho foi crescendo pouco a pouco, tomando espaço, levando então à necessidade que motiva esta pesquisa. A qual,

¹⁴ Tomamos aqui a definição de afeto segundo Spinoza (2015: 98), o que compreende “as afecções do corpo, pelas quais sua potência de agir é aumentada ou diminuída, estimulada ou refreada e, ao mesmo tempo, as ideias dessas afecções.”

parte de uma experiência pessoal, mas somente a partir do encontro com o CAPS Pedro Pellegrino e, especialmente, com seus trabalhadores, pôde lançar-se e materializar-se na presente dissertação.

Vale lembrar, que aqui estamos dando ênfase ao que é realizado, ao pensado e, principalmente, ao que pode vir a ser criado para sustentar e ampliar o trabalho da Saúde Mental. Com isso, não estamos desconsiderando os problemas e os fracassos vividos nesse meio, muito pelo contrário, visto que um tipo deles acabou levando também a minha saída do CAPS. Mas estamos justamente querendo afirmar a potência como direcionamento ético-político neste campo, para que assim não sejamos enredados e paralisados pelos desafios e pelos movimentos contrários que sempre se atualizam, ameaçando a continuidade e avanço desta proposta.

1.5 – Trajetória da Pesquisa

Este tópico tem como objetivo fornecer ao leitor, primeiro um rápido relato sobre a trajetória da autora no campo da Saúde Mental, e num segundo momento, uma análise do processo de construção da pesquisa. Desse modo, esperamos que depois do passeio por uma história pessoal, fique mais claro ao leitor, que, com efeito, nesta pesquisa *“não se trata de mim, ela passa por mim”*.

Meu primeiro contato com o campo da Saúde Mental foi em um estágio extracurricular que realizei durante os últimos períodos de minha graduação em Psicologia na Universidade Presbiteriana Mackenzie. Por meios próprios, consegui contato com uma profissional de um CAPS I de uma cidade do interior paulista. Expus meu interesse em desenvolver estágio em um equipamento da Saúde Pública e me coloquei disponível para conhecer a proposta de trabalho naquele serviço. Assim, fui apresentada à equipe do CAPS e acolhida pela diretora e os trabalhadores do local. Em meu primeiro contato, não sabia muito bem o que acontecia naquele espaço, mas me propus a conhecer as ações e a proposta de trabalho deste serviço, iniciando a participação em grupos de acompanhamento com usuários que estavam em tratamento não-intensivo¹⁵. Num período posterior, com maior disponibilidade de

¹⁵ Segundo a Portaria 336/2002 do Ministério da Saúde: Define-se como atendimento intensivo aquele destinado aos pacientes que, em função de seu quadro clínico atual, necessitem acompanhamento diário; semi-intensivo é o tratamento destinado aos pacientes que necessitam de acompanhamento frequente, fixado em seu projeto terapêutico, mas não precisam estar diariamente no CAPS; não-intensivo é o atendimento que, em função do quadro clínico, pode ter uma frequência menor.

tempo, passei a participar de outros espaços como: oficinas, grupos terapêuticos e assembleias, além de compartilhar do cotidiano de atendimento intensivo de usuários em crise. Sempre fui muito bem acolhida e incentivada pela equipe deste CAPS, que procurava me incluir no cotidiano de prática, propiciando importante ensinamento sobre a proposta da Reforma Psiquiátrica e me deixava sempre deslumbrada com sua capacidade de se reinventar mesmo em uma cidade pequena, distante dos grandes centros de formação e sem poder contar com uma rede de serviços de saúde e intersetoriais mais ampla.

Foi por meio desta experiência que cheguei até a Saúde Mental, campo cheio de desafios, expectativas e totalmente diferente de tudo que já havia experimentado! Pela diversidade e riqueza da experiência vivida e sentida, encontrei por fim o caminho que gostaria de trilhar em minha vida profissional. Desse modo, após minha despedida (muito sofrida) deste CAPS, segui procurando meios para investir em minha formação no campo, sedenta por novas experiências.

Após algumas tentativas frustradas, cheguei ao Rio de Janeiro. Sem lenço nem documento, saí à caça de conhecimento e vivências. Assim, iniciei estágio profissional no Instituto Phillipe Pinel, no então seguimento de Residências Terapêuticas (RT) vinculado ao Hospital-dia. Participei da implantação da segunda RT, uma experiência especial e muito marcante poder presenciar a retomada do lugar de cidadão, após tantos anos de exclusão e violência dentro de um manicômio.

Antes do término de meu estágio, no ano de 2009 fui aprovada no curso de Especialização em Saúde Mental nos moldes de Residência Multiprofissional, promovido pela Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro em convênio com o Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ). Escolhi ser lotada no Instituto Municipal de Assistência à Saúde Juliano Moreira (IMAS Juliano Moreira). Mesmo ciente da localização em que se encontra a antiga Colônia Juliano Moreira, na zona oeste e bem distante do centro da cidade, nunca me arrependi por lá ter chegado. Os encontros que tive nos diversos serviços da rede municipal de Saúde Mental por onde passei foram intensos, ricos, por vezes conflituosos, mas sempre instigantes e, sem dúvida, influenciaram esta pesquisa. Foram eles: o CAPSi¹⁶ Eliza

¹⁶ Existem várias modalidades de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de acordo com a Portaria 336 de 2002. São eles: CAPSi para tratamento do público infante-juvenil; CAPS I, II e III para tratamento de adultos com transtorno mental intenso, sendo diferenciados conforme o quantitativo populacional para o qual é referência e CAPS AD para tratamento de usuários de álcool ou outras drogas. Para mais informações consultar a Portaria.

Santa Roza; o Clube de Lazer e Cultura (proposta que hoje culminou no Centro de Convivência da Pedra Branca); o Hospital Jurandyr Manfredini, na época, em suas enfermarias, ambulatório e emergência psiquiátrica; o Programa Residencial Terapêutico e o CAPS II Pedro Pellegrino. Além destes, tive ainda a oportunidade de fazer meu estágio externo na Rede de Saúde Mental de Campinas-SP, onde muito pude conhecer e explorar em uma conjuntura exitosa do movimento da Reforma Psiquiátrica. Como requisito para conclusão da residência em 2011, apresentei a monografia intitulada “Sofrimento dos trabalhadores em Saúde Mental relacionado à precarização do trabalho”, na qual já comecei a indagar os efeitos desta prática para os atores envolvidos no processo de cuidado no campo.

Após o término desta formação, fui contratada como Acompanhante Terapêutica no Programa Residencial Terapêutico – Seguimento ¹⁷, até então vinculado ao IMAS Juliano Moreira. Neste trabalho, permaneci por mais de 2 anos acompanhando a experiência de morar, compartilhar e viver de 16 moradores de 4 Residências Terapêuticas e uma moradia assistida.¹⁸ Também coordenava uma miniequipe de cerca de 7 cuidadoras, organizando suas atividades de acompanhamento e esquemas de trabalho. Fazíamos reuniões semanais tanto com a miniequipe quanto com a equipe de ATs e coordenação do seguimento. Estes encontros eram sempre muito enriquecedores, tanto pelo aprendizado nas práticas como nas discussões sobre as dificuldades e potencialidades dos processos de trabalho. Foi neste fazer tão íntimo e delicado, pelos afetos e vivências tão raros, que pude começar a me inquietar e deixar brotar o desejo de construir esta pesquisa. Além desse serviço, trabalhei também por alguns meses na Equipe de Desinstitucionalização do Programa de Saúde Mental do município de São Gonçalo-RJ, junto da qual realizava visitas nas clínicas psiquiátricas da cidade e em outras, onde avaliávamos e acompanhávamos casos de munícipes em longa internação psiquiátrica. Mais um trabalho duro e mais uma equipe parceira, apesar das questões políticas deste contexto, que acabaram levando ao meu desligamento.

¹⁷ Equipe de Seguimento é como é chamada no Rio de Janeiro, a equipe composta por acompanhantes terapêuticos, coordenador e cuidadores, que são responsáveis pelo suporte cotidiano em domicílio dos moradores das RTs e moradias assistidas. Na época em que iniciei meu trabalho lá o PRT ainda estava vinculado ao IMAS Juliano Moreira, posteriormente, passou a ser vinculado ao CAPS Arthur Bispo do Rosário, assim como as outras 2 equipes de seguimento.

¹⁸ No município do Rio de Janeiro a moradia assistida consiste num dispositivo de acompanhamento em domicílio próprio do morador, que o sustenta com meios próprios, porém necessita de alguma ajuda para organizar seu cotidiano e tarefas de vida, e por isso está vinculado a uma equipe de seguimento.

Como disse, ao longo deste percurso profissional, lentamente começaram a despontar as indagações que movem esta pesquisa. Foram tantas as oportunidades de participar de movimentos de compartilhamento e de construção em comum. Sentia, mesmo que de forma ainda muito incipiente, uma convocação, como se fosse uma atração por algo que ainda não tinha figura, não tinha rosto. Enfim, hoje acredito que eram forças, apelos de um ofício que se desenvolvia em mim, mas, sobretudo, entendo que fui tomada pela necessidade de interpelar essa construção coletiva que tanto prezava.

E assim, depois de passados mais de 3 anos de meu estágio de residência, em 2013, voltei a me encontrar com CAPS Pedro Pellegrino. Assentando, por fim, os alicerces do que viria a ser meu campo de estudo, na busca por explorar o mundo do trabalho em Saúde Mental, dando foco nas criações coletivas dessa equipe tão encantadora.

NOTAS SOBRE O PROCESSO DE PESQUISA: Ler ou escrever, eis a questão?!

“Deixe-me ir, preciso andar

Vou por aí a procurar

Rir pra não chorar

Quero assistir ao sol nascer

Ver as águas dos rios correr

Ouvir os pássaros cantar

Eu quero nascer,

Quero viver”

(Preciso me encontrar, compositor: Candeia)

Depois de apresentar resumidamente minha trajetória como trabalhadora de Saúde Mental, neste momento, gostaria de realizar uma análise de implicação¹⁹ do

¹⁹ Com Altoé (2004) entendemos que análise de implicação é uma análise coletiva das condições da pesquisa, diz do que se faz e do que não se faz, por meio da análise das diversas posições e relações dos sujeitos envolvidos ao longo de uma pesquisa. Desse modo, afirma-se a não-neutralidade do processo de pesquisa.

processo de construção desta pesquisa, oferecendo ao leitor uma imagem de como surgiu a pesquisadora que vos escreve. Acredito ser imprescindível explicitar como foi concebida esta dissertação, pois em meio aos prazos e atrasos, muito se sucedeu.

O desafio inicial foi descobrir qual era meu processo de produção-criação. Bem, de saída é preciso declarar que nunca tive muita proximidade com a área de pesquisa e produção acadêmica, já que em meus caminhos esta aparecia de forma recortada e até meio subjugada pelo trabalho, pela atuação profissional. Diante disso, creio que o leitor possa imaginar que minha face pesquisadora-escritora não era lá muito desenvolvida. Nesse conflito, irrompe a questão: como posso descobrir qual é MEU processo de produção-criação acadêmica? Então, até agora não sei muito bem, mas o que posso garantir é que tive que me perder muito até me achar! Li muitos textos, assisti vídeos e palestras, participei de aulas e do grupo de pesquisa. Ao longo dessa caminhada um tanto sem rumo, ao mesmo tempo excitante e ansiosa, flutuando entre tantos encontros, mas sem conseguir definir qual barco iria tomar, acabei por entender que meu processo era este mesmo. Precisava me deixar experimentar, tocar, atravessar, enfim, ser errante, para então me encontrar! E assim foi, ou melhor tem sido. Para que conseguisse vislumbrar o esboço dessa obra – que já está mais que evidente de que não é só minha – precisei ler muito, precisei viajar nas palavras e nos encontros, para só depois começar a passar para o papel aquilo que pretendia dizer. Em uma dessas explorações, me deparei com Larrosa (2003), que problematiza a escrita acadêmica, apresentando outra via de produção de escrita, a do ensaio. Então, o autor afirma que o “ensaísta é um transeunte, um passeador, um divagador, um ‘extra-vagante’” (Larrosa: 2003: 110), e este quando está lendo, ri, se enfada e se emociona, enfim, está aberto a se afetar. No meu caso, quando li este texto, acabei também por me afetar e, de alguma forma, me reconheci como uma “extra-vagante”. Contudo, devo deixar claro, que não tenho a pretensão de que esta dissertação seja um ‘ensaio’, apenas queria explicitar para o leitor que existem muitos modos de produção-criação, o que, por certo, oferece tanto uma certa liberdade que vem da multiplicidade, mas também os riscos de se perder nessa divagação.

Nesse sentido, embora, agora, tenha aprendido a respeitar e aceitar meu processo, confesso que não é nada fácil ver os colegas entregando seus escritos-obra enquanto ficava, ali no cantinho, só matutando. Sei também que, o fato de poder experienciar (no sentido Benjaminiano) meu processo - que é lento – não tornará minha pesquisa melhor nem pior que às dos demais, posto que vivemos processos

diferentes. Portanto, me permitir viver meu processo, simplesmente, tornou possível a existência desta obra, com a feição que esbocei ao ler tantos textos e vagar por tantos lugares. Justamente por isso, creio que poderei reconhecer meus colegas de luta e a mim mesma nestas palavras.

Pois então, principalmente no início do mestrado, mas sempre presente de alguma forma, estava a necessidade de explorar diversos caminhos, conhecer muitos autores e ideias, sentindo na carne as situações vividas como pesquisadora-trabalhadora. Uma posição híbrida que, as vezes permite se tomar ‘certas liberdades’ com o campo de pesquisa, mas que, por outro lado, traz consigo uma exigência de cuidado ainda maior com aquilo que se está pesquisando, porque afinal, não se quer falar mal de si mesmo, não é?! Sendo assim, foram tantos encontros e apaixonamentos, que cheguei a sentir sensações mágicas como se tivesse entrado num espaço outro que me apresentava riquezas antes impensadas. Porém, precisava de um norte e de algumas balizas, onde pudesse me apoiar de vez em quando. Enfim, eis que surgiu a tão esperada ideia: *“como sair da impotência, da falta, para buscar o possível, o potente? Gostaria de pesquisar sobre a POTÊNCIA dessa equipe, mesmo diante de tantos desafios. Quais estratégias a equipe constrói para não sucumbir? Sim, tem custos, tem angústia, tem sofrimento, mas nós continuamos...por que continuamos?”* (Diário de Campo, 12/04/15)

Ok! Já encontrei o norte, mas de que forma vou seguir viagem? Vencida a primeira etapa, agora era preciso saber como colocar isso em prática. Mas, quais objetos e pertences terei que abandonar e quais levarei sempre junto de mim, nessa jornada? Assim, na busca por seguir caminhando, fui compondo parcerias que pudessem encorajar e fornecer instrumentos úteis na abordagem do tema em questão e para a concretização da pesquisa. Foi nesse sentido, que a Clínica da Atividade se apresentou como importante fonte de recursos, pois, dentre muitas outras contribuições que oferece (as quais encontram-se ao longo do texto), afirma que “a “beleza” e o interesse de um ofício não estão só em seu exercício, mas também nessa consciência partilhada que une secretamente e com grande intensidade aqueles que a praticam, sejam ou não da mesma geração” (Clot, 2007: 71). Esta orientação, portanto, mostrou-se bem pertinente na intenção de movimentar o processo de pesquisa, na tentativa de interpelar o patrimônio coletivo do trabalho em Saúde Mental.

Desse modo, já tinha a parceria da Clínica da Atividade para me apoiar. No entanto, sentia que ainda faltava algo e como não sabia bem o que era, continuava em minha errância literária, gostando de tudo que lia, mas não me conectando a nada. Eis de repente, nem me recordo ao certo como foi, me choquei com Walter Benjamin. Autor alemão que, no início dos anos 1900, falava sobre a riqueza da tradição, com suas experiências narradas ao longo de gerações, transmitindo os saberes e as delicadezas da vida em comum. Ciente da redução dessa apresentação, o que quero dizer, é que do encontro com esse autor, o que saltou foi o modo como Benjamin (1987b) sublinha o processo artesanal que constitui a narração, que surge da matéria viva da experiência de uma sucessão de narradores e, portanto, também de ouvintes, para transformar a experiência transmitida em um produto útil e único para quem dela partilha. Assim, finalmente, algo se conectou! Para explicitar o momento desta conexão, trago uma nota do diário de campo: *“Quantos pontos tem ali? Lembrei desta fala que surgiu a partir de uma obra de T., que diz sobre a riqueza desse trabalho e dos pontos contidos nesse trabalho artesanal. Então, me lembrei do ditado: “quem conta um conto, aumenta um ponto!”*, o que se aproxima com o conceito de *NARRATIVA em Benjamim, quando os narradores incluem algo de si no que narram. Agora faz sentido! Nós narrando nosso trabalho, estamos aumentando os pontos desse trabalho, tornando mais rica essa obra coletiva”*. (Diário de campo, 04/09/15)

Diante disso, espero estar conseguindo passar para o leitor, de modo algo inteligível, como foram feitas as parcerias que sustentam essa obra. A qual, parece ter sido composta com alguma semelhança com o que afirma Barrento (2013), sobre o processo de criação do “novo escritor-produtor”. Este, “não se limitando a trabalhar apenas sobre as obras como produtos, mas forçando também, através de novas técnicas, a transformação dos próprios meios de produção [...] deixa para trás a ideia de uma obra como imanência sem intenções para além de si própria, para lhe conferir desde logo uma função organizativa, uma finalidade social prática” (Barrento, 2013: 75-6).

Entretanto, foi preciso também fazer escolhas difíceis, sendo que a mais impactante e conturbada delas aconteceu há poucos meses, quando decidi deixar de ser trabalhadora para me tornar pesquisadora em tempo integral. Mas que paradoxo! Foi preciso me afastar do meu ofício para poder dizer dele! Saio da minha equipe para poder escrever sobre ela! Bem, talvez possa me fazer entender melhor, trazendo uma cena que aconteceu no último seminário interno em que participei como trabalhadora

do CAPS, realizado dia 07/06/16, e que, portanto, não fez parte do material dessa pesquisa. Até aquele momento ainda não sabíamos se sairíamos ou não, pois o convênio ainda estava tramitando e nós continuávamos cumprindo o segundo aviso prévio. Por conta disso, boa parte do seminário foi dedicada a tratar dessa questão e para a “passagem dos casos” acompanhados por nós. A sensação era de tristeza, de angústia e instabilidade. Em decorrência disso, fiz a seguinte anotação em meu diário de campo:

“Afetos e pensamentos depois do Seminário: percepção era de que estava me despedindo apesar de ainda me considerar dentro, sentia uma forte ambiguidade. Querer ficar, mas precisar sair. De alguma forma, ainda estou tranquila, pois tenho outros projetos e também estou cansada dessa precarização toda. Dificuldades que atrapalham a escrita e seguimento da pesquisa. Talvez precise sair para me voltar para dentro! Me afastar para conseguir olhar para tudo isso e para o processo todo da pesquisa. Será essa a saída? Tristeza, mas também alívio, preciso seguir...”

Em uma conversa com J. (colega de trabalho) depois do Seminário, na qual expus essa minha sensação, ele faz o seguinte comentário: Você é um lago vasto e profundo, não dá para ficar na superfície. Mergulhe!” (Diário de Campo, 07/06/16)

Então, acabei decidindo “mergulhar” na pesquisa e três dias depois deste seminário, seria meu último dia trabalhado no CAPS Pedro Pellegrino. Por mais que, inicialmente jamais consideraria esta possibilidade, mas motivada pelos problemas contratuais, ou seja, pela precariedade dos vínculos empregatícios muito comuns no trabalho neste campo, tomei esta decisão. Foi preciso sair sim, hoje entendo esta necessidade. E vejo que um de seus efeitos, foi uma certa calma, que por fim, trouxe novos ares a esta pesquisa.

Para continuar, trago outro trecho de meu diário de campo:

“Ontem com a apresentação de G. (colega da turma de mestrado) na aula da professora Maria Lívia, ela falou sobre o processo da escrita, o tempo e o corpo-pesquisador. Fiquei pensando sobre isso, no meu caso, precisei criar esse corpo, pois sempre me vi como trabalhadora. Daí pensei que precisei construir esse outro corpo em mim, o quão duro, tenso e emocionante foi esse processo. Mas também, o tempo que levou e leva para isso. O prazo está acabando e incrivelmente preciso me despir do corpo-trabalhadora para me dedicar ao corpo-pesquisadora. Quanta ironia, pois se foi justamente o primeiro que levou ao segundo. E como, para escrever sobre minha

equipe e meu trabalho preciso me afastar, escolher me desfazer dele?! Que loucura! Justo quando tudo parecia resolvido, convênio aprovado e publicado, já eu, tinha saído! Escolha difícil, dolorosa e com efeitos poderosos. Misto de alívio e apreensão, de fechamento e abertura. Quais outros caminhos vou trilhar? De quais precisei abdicar? Que louca querer ficar desempregada nesta conjuntura! Mas, talvez justamente com a crise, algo novo se produza e para isso, é preciso abandonar os corpos que já não me suportam mais. Saudades, ainda não. Pesar sim, custo sim, lamento sim, mas fazer o quê?! Já me sentia indo... Foram tantas despedidas, tanta insegurança, desânimo e indignação, que com isso o laço foi se desfazendo. Uma ponta para cada lado, não mais formando um laço, mas memórias do que já foi um dia bem apertado. 'Quantos pontos tem ali?' Não era esse o nome! Pontos tecidos que fazem dessa peça única e, portanto, inesquecível, irreplicável, que deixa suas marcas no tecido, mesmo quando desfeito. Essa MARCA ficará para sempre! Nunca será substituída, nem se passada à ferro. Somente as pontas do que já foi um laço, não podem mais se unir. Para mim, ficarão marcadas, porém separadas. LAÇOS, PONTOS, MARCAS, CAMINHO, SEGUIR... OBRA INCOMPLETA, EM PROCESSO, ABERTURA" (Ideias/afetos, diário de campo, 15/06/16)

Confesso que hoje, relendo essas notas, percebo como estava confusa, o que se reflete no modo de expressar em palavras o que sentia. De fato, dizer do que se vive é sempre intenso e, por vezes, muito penoso, porém carrega em si uma potência vital sem medida. Nesse sentido, retomo a afirmação de Clot (2010a: 223), que "de objeto de análise, o vivido pode tornar-se meio de viver outras vidas", então, acredito que seja essa a força que me move agora.

Em meio a tudo isso, cabe seguir a caminhada...foi preciso amadurecer as ideias, ler muito, mergulhar de cabeça nesse abismo de possibilidades, para então ressurgir com uma obra, ainda algo incipiente, posto que é sempre inacabada e foi recortada por diversos percalços, mas por isso mesmo pulsante e revigorada. Durante a análise das gravações, enquanto escutava o material de áudio colhido nos seminários, sentia novamente toda a intensidade dos momentos, a apreensão, a angústia, o choro, assim como a alegria, as risadas, o alívio e a dedicação com que se narravam as experiências. Mas daí vinha mais uma questão: como abordar esse universo pleno de possíveis? Experimentei a potência desses encontros, por essa razão, posso apostar que recolher estes fragmentos, as pistas lançadas nestes momentos, abre novas possibilidades e trazem à tona elementos que podem servir de

fonte na criação de outras histórias. Contudo, reconheço que devido ao processo de análise e seleção de alguns fragmentos, muitos outros elementos foram deixados de lado. Em contrapartida, é preciso também admitir que seria impossível esmiuçar todos os caminhos que se abrem ao utilizar as experiências narradas como fio condutor de uma pesquisa, a qual só faz sentido se for utilizada pelos profissionais para seguir se desenvolvendo.

Bem, adiantando um pouco este relato, gostaria de expor como é duro o trabalho com os conceitos. Tem gente que pensa que fazer um trabalho acadêmico é “só” fazer “recorte e cole” a partir do trabalho de outros, mas não é nada disso! E ainda que fosse, seria difícil à beça, pois manejar as propostas pensadas por outros, exige muito cuidado e por isso gera muita insegurança. Atormentada com isso, sempre me questionava: será que estou sendo fiel ao que o autor propôs? Ou será que estou transgredindo, deformando sua obra? Acho que não vou conseguir chegar numa resposta, contudo, pelo fato de estar me interrogando sobre isso, creio já ter diminuído alguns eventuais riscos de ser leviana com a obra alheia. Mas por outro lado, como estou tratando de algo vivo, e por isso mesmo, irregular e descontínuo, voltando a Larrosa (2003) sobre o processo de composição do ensaio, nesta perspectiva, o mais importante não está na definição de conceitos, mas no desdobramento e nas relações tecidas com e entre as palavras. Quanto a isso, acho que tive algum sucesso.

No fim das contas, preciso assumir que essa dissertação também foi construída aos pedaços, em movimentos de idas e vindas, de retomada e de abandono. Nem um pouco linear e previsível, pois se deu no processo mesmo de montagem. Então, será que por fim, acabei pegando o jeito benjaminiano de escrever ou o jeito benjaminiano me pegou justamente porque esse é meu processo afinal?! Me afinei à Benjamin ou Benjamin caiu como uma luva nesse processo? Será que é possível responder essas questões? Ou melhor, será que devo ou preciso? Em todo caso, oscilando entre o “extra-vagante” e as exigências da academia, penso ter consigo compor um texto compreensível e, assim espero, deixar essa obra aberta ao uso público, para ser profanada por quem se interessar.

Um fato curioso de tudo isso, é que quando, finalmente, decidi marcar a data da defesa, o que senti foi alegria! Ou melhor, um êxtase! Tudo ainda estava em formação, em construção, mas de alguma forma, dar um prazo serviu para que conseguisse dar um contorno, dar um sentido final para tudo isso. A partir daí a potência só aumentava, e assim, a cada resposta afirmativa, a cada linha escrita, o

mundo se expandia e explodia em alegria. Sei que pode parecer um relato um tanto maníaco, muito exaltado e florido, mas esse era o afeto bruto que eu experimentava. Também sei que ao definir essa data, coloquei principalmente para mim, um limite naquilo que seria possível realizar e com isso, fechei algumas portas, abandonei alguns planos. No entanto, por que haveria que ser tão ruim navegar em águas turbulentas, já que estava sentindo a agradável sensação de ser tocada, de ser levada, de estar ao sabor das ondas?! Ora vejam, estava eu planejando uma festa, convidando os amigos, os parceiros, a família. Afinal, não é de produção de vida que estou tratando?!

Por último, mas não menos importante, gostaria de dizer ao leitor que não tenho a intenção e nem a onipotência de pensar que neste texto, e especialmente, na sua parte final, em que serão abordadas as narrativas, irei empreender uma grande interpretação ou análise. Isto porque, em primeiro lugar seria soberba, em segundo sem sentido ou ainda, uma certa inocência, visto que justamente estou a afirmar que este trabalho não é meu, não foi feito para mim e nem deve ficar encerrado nestas páginas. Portanto, meu caro, conto com você, ou melhor, com vocês para realizarem as múltiplas interpretações, análises e, acima de tudo, para fazerem uso do conteúdo da presente obra como instrumento para muitas outras. E para isso, sintam-se completamente à vontade, para rasga-la, decompô-la, amassa-la e também abandona-la, quando não tiver mais utilidade. Todavia, só peço uma coisa, que sejam fiéis ao legado do valioso patrimônio de minha equipe e de todos os que fazem da Saúde Mental seu ofício.

Diante do que foi exposto aqui, escolho construir o restante do texto em primeira pessoa do plural, pois assim seria mais justo e genuíno com a proposta desta pesquisa, que procura dar passagem para as narrativas de uma equipe. Portanto, de fato e principalmente de direito, este texto pertence e foi constituído por uma multidão de profissionais, especialmente da equipe do CAPS Pedro Pellegrino, mas, com efeito, abarca uma multiplicidade muito maior, o gênero da atividade profissional em Saúde Mental.

1.6 - Inspirações metodológicas:

A fim de explicitar como foi construída esta pesquisa, discorreremos sobre os referenciais que nos serviram de base e nos orientaram tanto durante o trabalho de campo quanto no processo de análise e escrita do texto. Nesse intuito, percorreremos no presente tópico, sobretudo, as direções metodológicas apontadas pelos autores dos campos em que nos ancoramos e por isso alguns temas tocados agora, serão melhor desenvolvidos no decorrer da dissertação.

De partida, nos lançaremos nas pegadas deixadas pela Clínica da Atividade. Em primeiro lugar, este campo de estudo-intervenção propõe como unidade elementar do processo de análise, a atividade. Para isso, precisamos ter em mente, que a atividade aqui referida diz respeito não somente àquilo que o trabalhador executa de fato, sua ação ou comportamento, mas subentende para além desta atividade realizada, o real da atividade. Ou seja, comporta tudo aquilo que foi possível executar e também o que se mostrou impossível diante da luta travada entre os diversos modos de agir. Assim, “a única “unidade” que se pode conceber aqui é aquela, não de um estado, mas de um movimento desarmônico: a unidade de um desenvolvimento cujo equilíbrio transitório” (Clot, 2007: 99). Dessa forma, “impõe-se então o desvio pela análise da atividade. [...] De fato, a própria matéria da análise do trabalho são as metamorfoses da atividade ao longo do tempo, incluindo as metamorfoses que essa análise provoca.” (Clot, 2007: 129)

Com isso, já podemos observar que para se empreender um estudo-intervenção pautado na Clínica da Atividade não iremos tomar como objeto de análise algo estático e que, portanto, suporia uma abordagem linear, asséptica e pré-definida. Nessa direção, Clot (2007: 133) nos esclarece que “esse real da atividade, ou seja, aquilo que se revela possível, impossível ou inesperado no contato com as realidades, não faz parte das coisas que podemos observar diretamente. [...] a atividade não é uma unidade convencional, mas uma unidade real viva”. O que indica, conforme Roger (2013: 113), que estamos falando de “uma clínica em que a atividade na sua totalidade, o real da atividade e a atividade realizada, é compreendida como aquilo que guarda ou não – ou guarda insuficientemente – essa experiência viva.”

Clot afirma que este real da atividade não pode ser apreendido de forma direta, logo surge aí o segundo indício metodológico na figura de um desafio. Como proceder uma pesquisa-intervenção com um objeto tão fugidivo e amplo? Para

responder a esta questão, temos que penetrar nas bases teóricas que alicerçam a proposta da Clínica da Atividade, neste caso, a metodologia histórico-desenvolvimentista trazida, principalmente, por Vigotski. Como este autor se debruçou sobre os estudos do desenvolvimento da atividade psicológica, destacando que “o homem está repleto, a cada minuto, de possibilidades não realizadas” (Vygotsky, 2003: 76 *apud* Clot, 2010: 193), então para que pudesse realizar seu intento, apostou na invenção de dispositivos metodológicos indiretos, que possibilitassem aos sujeitos transformar sua experiência vivida em objeto de novas experiências. Procurando provocar, assim, o desenvolvimento para ser possível estudá-lo, posto que somente por meio “de uma experiência de transformação é que a atividade psicológica pode revelar seus segredos” (Clot, 2010: 193).

Por conseguinte, convém afirmar que “o exercício de uma clínica da atividade supõe a instalação proposital de um método desenvolvimental: a organização de uma nova atividade – de análise – se superpõe à atividade ordinária – de trabalho – que se busca transformar e compreender, ou melhor, transformar como indispensável para conhecer” (Osorio da Silva, 2014: 87). Nesse sentido, ressalta-se a dimensão da intervenção no trabalho de pesquisa neste campo, o que destitui qualquer pretensão de imparcialidade ou neutralidade, já que, pelo contrário, afirma uma posição ético-política que está comprometida com o desenvolvimento vital dos envolvidos neste processo (pesquisadores e trabalhadores). Diante disso, Osorio da Silva (2014) relata que podem ser muitos os dispositivos técnicos usados na análise do trabalho em Clínica da Atividade, mas “para que um método possa ser coerente com essa proposta teórica é preciso que ele adote dispositivos que produzam um deslocamento do trabalhador para o lugar de observador – ou analista – de seu próprio trabalho.” (Osorio da Silva, 2014: 90)

Ainda segundo Osorio da Silva (2014: 88), “propõe-se nesse método uma forma de coanálise do trabalho, praticada no ambiente habitual de trabalho. Na nossa concepção, a pesquisa acerca do trabalho é sempre clínica, no sentido de que é situada, mas também no sentido de que deve produzir efeitos de desenvolvimento de recursos para a ação e de que o trabalhador é protagonista nessa coanálise”. Dessa maneira, fica bem delineado que as principais direções metodológicas da Clínica da Atividade estão empenhadas em facilitar os processos de criação e sustentação dos recursos já existentes nos coletivos e meios de trabalho, o que, por sua vez, afirma

que nessas pesquisas-intervenções não devemos nos colocar como os *experts* que irão descobrir ou levar o verdadeiro saber do trabalho. Nas palavras do Clot:

“Isso significa que não se trata, em matéria de análise do trabalho, de cuidar do trabalhador, trata-se de, no método de ação, fazer trabalhar os trabalhadores para cuidarem do trabalho. [...] Quando digo cuidar do trabalho, em francês, tem um duplo sentido: transformar o trabalho, mas também, em francês, fazer um bom trabalho, é a qualidade do trabalho bem feito que é uma fonte de saúde. E, poderíamos dizer, para que a organização do trabalho apreenda no vivo que os trabalhadores são seres humanos sempre responsáveis por aquilo que fazem, o que não é fácil de ser colocado em evidência e é essa a ideia, fazer com que a organização leve em conta que os trabalhadores são seres humanos sempre responsáveis por aquilo que fazem. Para que eles apreendam isso em toda sua importância é necessário fabricar métodos que mostrem isso, fabricar métodos que mostrem que os trabalhadores são capazes de transformar a situação de trabalho. [...] De modo que cuidar do trabalho é transformar a organização do trabalho. Essa é uma forma de abordagem de ação. Criar situações e encontrar técnicas nas quais se transformem os trabalhadores em sujeitos da situação, fazendo-os protagonistas da transformação. Eles é que são os autores da transformação e não os especialistas.” (Clot, 2010b: 222)

Tendo em vista o que foi pontuado, devemos seguir esclarecendo como se dão tais métodos de ação a serem operacionalizados junto aos trabalhadores, com a finalidade de transformarem suas experiências passadas e atuais em recurso para inventarem novas formas de ser e agir no trabalho. Conforme afirma Osorio da Silva

“é em atividade, e no diálogo que a atividade supõe, que os meios para a ação se desenvolvem. A análise da própria atividade é uma atividade sobre a atividade, em que se pode observar o processo de desenvolvimento e de ampliação do poder de agir do trabalhador sobre seu trabalho. E constitui-se em uma experiência a ser usada em novas experiências” (Osorio da Silva, 2014: 86)

Portanto, é preciso discutir, debater, dialogar sobre o trabalho, esta é a principal ação que deve ser estimulada pelos métodos da Clínica da Atividade. Podemos nos perguntar, entretanto, como ocorre o desenvolvimento pela mediação ‘somente’ do falar sobre o trabalho? Em resposta a isso, explica Roger que

“transformando-se em linguagem, as atividades se reorganizam e se modificam. [...] Graças à linguagem dirigida ao

outro, o sujeito realiza, no sentido forte do termo, suas atividades. Portanto, sua “realização” é determinada pelo contexto em que suas atividades são mobilizadas. Tantos contextos, tantas “realizações” possíveis, fontes potenciais de novos desenvolvimentos ou de impedimentos imprevistos.” (Roger, 2013: 114)

Já Tedesco e Pinheiro (2016) pontuam que a Clínica da Atividade trabalha com a desmontagem da postura representacionista da linguagem, optando por perspectiva pragmática desta. O que significa dizer, que este campo teórico-metodológico não toma a palavra como um mero instrumento de tradução do mundo, pois por outra via, entende o uso das palavras em sua potência de intervenção sobre a realidade, em especial, sobre a subjetividade. Isto é, “a palavra não é feita para escutar o vivido, ela é feita para agir sobre ele”. (Tedesco e Pinheiro, 2016: 197)

Assim, Clot (2006) afirma que nas situações criadas no método, os trabalhadores são solicitados a pensar, pois pede-se aos trabalhadores de um determinado ofício, que discutam seu trabalho. Mediante isso, na proposta do autor, o coletivo de trabalho pode ser entendido como meio de confrontação, intercâmbio e controvérsia, na intenção de expandir os modos de conceber e agir neste meio. “Desse modo, o debate se faz sobre a atividade, evitando a personalização e o julgamento sobre as escolhas individuais. As polêmicas suscitadas são trazidas sem que se considere que há necessariamente uma verdade, ou que o consenso seja o objetivo. Ao contrário, a controvérsia foi aceita como um recurso para a ampliação dos recursos coletivos para a ação.” (Osorio da Silva, 2014: 96)

Até aqui, nos parece evidente a função de apoio e de impulso oferecida pela metodologia e pelos métodos da Clínica da Atividade, que não se limita a conhecer e estudar o trabalho, ao contrário, assegura que para que estes estudos sejam possíveis tem de haver uma transformação, um movimento ativo e ativador das realidades de trabalho. Como estamos tratando de um processo de transformação, ou seja, de criação e reinvenção, logo não se pode descartar ou deixar de lado os processos de produção de subjetividade implicados neste. É precisamente nesse sentido, que a Clínica da Atividade demonstra mais uma de suas relevantes contribuições, uma vez que afirma a indissociável relação entre atividade e subjetividade. Conforme anuncia Clot:

“Para mim, a atividade é contribuir para uma história que não é minha e criar entre as coisas uma relação que não foi construída. A atividade não é operação (gesto visível, detalhe etc.), mas sim o que é feito e o que ainda não foi feito. O sonho é parte da atividade. Inclui o que eu fiz e o que eu não fiz. O que eu não fiz, paradoxalmente, faz parte da atividade. É uma concepção de atividade que toma a enunciação, de Bakhtin, que define o enunciado como um tipo de conflito possível. A atividade é uma colisão de possíveis. Então, com uma concepção de atividade que é equivalente à de saúde, a clínica da atividade é um dispositivo clínico que nós utilizamos para pesquisar o que não foi realizado para restaurar o possível da atividade, para ver e mostrar o que não é possível; então, a clínica da atividade é a clínica da saúde nesse sentido. [...] Penso que é muito importante conceber a atividade dessa forma pois ela põe a questão da subjetividade no interior da atividade porque quando eu falo de atividade impedida, de atividade recriada, eu falo da mobilização subjetiva.” (Clot, 2006: 105-6)

Em outra obra, o autor define que entende subjetividade “como uma relação entre atividades. A subjetividade é uma atividade sobre a atividade. É a minha atividade ou a atividade de meu colega como objeto de pensamento. É assim que se desenvolve a produção subjetiva de minha experiência” (Clot, 2010b: 225). Ratificando tal entendimento, Roger (2013) acrescenta ainda que

“o desenvolvimento só se efetua quando o engajamento afetivo dos participantes é real, e nada pode garantir que ele se produza para cada um, a cada vez. Não é um processo contínuo nem linear. Requer uma interdependência e uma circulação entre dimensões afetivas e cognitivas. É necessário que os componentes da atividade migrem de função. Suas manifestações combinam o aumento da eficiência na realização das tarefas e o engendramento de novos sentidos. Resultam daí uma maior eficácia da ação e o desenvolvimento do poder agir.” (Roger, 2013: 118-9)

Diante do exposto, acreditamos ter deixado claro para o leitor como é vasta a concepção de atividade a que nos alinhamos em nossa pesquisa e também por isso, nossa escolha por tal fundamentação teórico-metodológica. Vale ressaltar, que estamos aqui a todo momento buscando parcerias que nos encorajem e potencializem com recursos, instrumentos, ideias, métodos e direções ético-políticas para prosseguir em nosso esforço por afirmar a riqueza do trabalho em Saúde Mental.

Nessa direção, trilhemos agora os caminhos apontados pela obra de Walter Benjamin e seus comentadores.

Para iniciar essa discussão, nos aproximaremos de Amador *et al* (2016), que em seu estudo teórico-metodológico, procuram construir uma conexão entre a experiência de “dizer o trabalho” e a produção de saúde, que possa subsidiar pesquisas com propositura clínica de intervenção nos meios de trabalho. Com essa intenção, as autoras promovem uma aliança entre propostas de clínicas do trabalho – Clínica da Atividade e Ergologia – com a ferramenta conceitual da narrativa benjaminiana. Assim, ao privilegiar a palavra dos trabalhadores, afinadas com as indicações das clínicas do trabalho, apostam na transmissibilidade de uma experiência pelo dizer o trabalho, pois entendem que narrar é tensionar e produzir aberturas para transformações das atividades. Isto porque, acreditam na saúde “como a perspectiva de criação de possibilidades para que o trabalhador e a trabalhadora possam continuar a fazer e a reinventar o próprio trabalho” (Amador *et al*, 2016: 420). Demonstrando de forma mais detalhada, as autoras assinalam que:

“A narrativa se alimenta do trabalhar junto; de ocupar a mesma oficina, se alimenta da capacidade de produzir um encontro de corpos e temporalidades, logo, da assunção de uma sintonia e de uma composição. Acessamos aí mais vestígios metodológicos: é preciso lentificar e se fixar um pouco para que determinado modo dialógico singular expresse este trabalho dos artífices medievais, como valor para desenvolver, e nos termos do autor, aperfeiçoar a narrativa. É preciso sustentar a perspectiva construtiva, vindas do movimento e daquilo que migra, reconhecendo valor na não identidade ou perenidade, mas sim na potencialidade de determinado modo de relação e diálogo e, portanto, da importância de cultivar as “condições de realização” daquilo a ser transmitido em termos de experiência no trabalho. Dentre as condições de realização da transmissibilidade, indicará o autor, pesquisador e pesquisado devem “constituir uma comunidade de vida e discurso”. Os trabalhadores das corporações – mestres e aprendizes – estabeleceram entre si, aquilo que a arte narrativa exigia: a experiência compartilhada como campo fértil para o desenvolvimento de um ofício e de uma vida artífice. O vestígio deixado: o senso prático. Uma narrativa tem este tom - deve ser útil, servir a outrem, quando ferramenta, ou seja, quando torna-se um recurso para aquele que ouve.” (Amador *et al*, 2016: 425)

Fundamentadas por tal visão, as autoras prosseguem explicitando que os trabalhadores e trabalhadoras transmitem com o dizer narrativo, elementos não

explicativos da atividade, posto que envolvem saberes cognitivos, culturais, afetivos e corporais. Então, a transmissibilidade da experiência de trabalho possibilita a partilha não só de conhecimento, mas também de pertencimento a um contexto, com suas tradições e funcionamento social, enfim, de seu patrimônio histórico. Em suas narrações, os trabalhadores cultivam pelo coletivo de trabalho uma reconstrução, recriação de histórias, vidas e destinos.

“Por fim, lembramos, narrar é reconhecimento da abertura à transmissibilidade de uma história nova e em movimento, no âmbito das clínicas do trabalho, narrar pode legitimar uma experiência de atravessamento de histórias a operar análises; recoloca o tempo e a mudança no cerne do que é vivido em situação de trabalho; desindividualiza os corpos e suas despotencializações; narrar apresenta a prática do conselho despersonalizado e útil em mudar o que se vive, por meio da narratividade. Mudar o uso da palavra, transformar modos de dizer, não mais falar ao indivíduo, ou do indivíduo. [...] Não mais, fazer das pesquisas o lugar para traduzir a palavra dos trabalhadores, mas poder viajar na experiência narrada, e amplificadora da potência clínica do trabalho como atividade inconclusa. Para isso, é preciso lateralizar pesquisadores e pesquisados, produzir um comum, borrar as dicotomias sujeito e objeto de pesquisa, esse então, propósito de uma pesquisa-intervenção.” (Amador *et al*, 2016: 427)

Desdobrando tal indicação, nos permitimos incitar ao leitor uma breve viagem pelos campos da presente pesquisa. Tendo em vista que, estamos a interpelar os modos de constituição, transformação e transmissão do trabalho em Saúde Mental, logo, devemos dar relevo que em nossa pesquisa destacamos as discussões coletivas sobre os modos de fazer, estar e criar neste meio de trabalho. O que declara, portanto, nosso compromisso com as experiências compartilhadas, apostando na potencialidade de modos dialógicos de perspectiva construtiva para “dizer o trabalho” em Saúde Mental, e com isso tentamos fomentar sua recriação, incremento e disseminação. Diante disso, nos parece um tanto nítida a escolha pela direção metodológica encorajada por Amador *et al* (2016), a qual acreditamos ser de grande valor na abordagem das narrativas contidas em nosso texto.

Dito isso, avancemos ainda mais em nossa imersão nos indícios metodológicos fornecidos por Benjamin. Nesse propósito, vamos introduzir a observação de Bondía (2002) quanto aos riscos de se confundir a experiência com experimento, pois este último diz de uma lógica homogeneizante enquanto a primeira

procura produzir diferença e pluralidade. Bondía (2002: 28) esclarece que, ao nos referirmos ao compartilhamento da experiência “trata-se mais de uma dialogia que funciona heterologicamente do que uma dialogia que funciona homologicamente”. Isto porque, se o experimento é repetível, previsível e preditível, a experiência, por outro lado, é irrepitível e sempre comporta uma dimensão de incerteza, pois é sempre aberta ao desconhecido e exatamente por isso, não podemos definir *a priori* seu objetivo final.

Segundo Barrento (2013) a condição textual da Obra em Benjamin é o fragmento, de objetos e imagens de pensamento que não se fecham, mas comportam constelações sistemáticas bem visíveis e por isso é um *saber dos limiares*. Nessa perspectiva, o autor alemão afirma a *montagem* como o método que serve a este fim. O que, de acordo com Barrento (2013), trata-se do método da “atualização”, da presentificação sensível, assentada muitas vezes num ligeiro, mas decisivo, *desvio do olhar* que permite ver o objeto a outra luz. Dado que, para Benjamin:

“A própria noção de *Obra*, pela sua diversidade, complexidade e movimento contínuo, é refractária ao sentido mais corrente de obra como coisa acabada [...] Daqui, a sua *marca de água* constitutiva: a de escolha de zonas-limite, a da prática das passagens, a da intervenção em zonas-limiar, transversais aos saberes instituídos. [...] o método da *destruição-salvação*, de arrancar os objetos de seus contextos habituais para neles encontrar novas significações” (Barrento, 2013: 114-5, grifos do autor)

Gagnebin (2011) confirma tal leitura sobre o método benjaminiano, ou seja, o método como desvio, e desenvolve sua própria versão de como este funciona.

“Esta declaração de método significa a renúncia à discursividade linear da intenção particular em proveito de um pensamento *umstandlich*, ao mesmo tempo minucioso e hesitante, que sempre volta a seu objeto, mas por diversos caminhos e desvios, o que acarreta também uma alteridade sempre renovada do objeto. A estrutura temporal deste método do desvio deve ser ressaltada: o pensamento pára, volta para trás, vem de novo, espera, hesita, toma fôlego. É o exato contrário de uma consciência segura de si mesma, do seu alvo e do itinerário a seguir.” (Gagnebin, 2011: 87)

Desse modo, Benjamin aposta num procedimento que visa expandir as possibilidades de ver e agir no presente, ao buscar por todos os cantos vestígios que

possam abrir novos sentidos e assim, trazer para nosso presente a esperança e também a responsabilidade que temos na construção de nossa “salvação”. Nessa direção, encontramos mais uma consideração deste autor que pode nos auxiliar bastante, posto que “Benjamin evoca o valor terapêutico e salvador desta *narração* paciente que, como o gesto lento e preciso das mãos acariciantes, pode acarretar a cura” (Gagnebin, 2011: 110). À isso, o autor relaciona o diálogo em uma consulta médica, o processo analítico em psicanálise, ou ainda na visão Gagnebin (2011: 110), “poderíamos acrescentar, a retomada de uma história coletiva até aí fadada ao silêncio e à noite”. Nessa concepção, o que são afirmadas são todas as formas de narrativas que devem - para conseguir produzir uma mudança de posição ou uma “cura” - ter a força de romper o discurso interminável do ressentimento. Demonstrando, em suma, a “insistência notável que ressalta que, para Benjamin, o obstáculo real à enunciação verdadeira da história, a essa retomada do passado na fidelidade transformadora do presente, não é tanto de ordem epistemológica ou científica, mas, muito mais, de cunho ético e político” (Gagnebin, 2011: 110).

Acreditamos, portanto, que assim se insinua a pertinência do método benjaminiano para nossa pesquisa, que ao lado das propostas da Clínica da Atividade, amplificam e muito nossa potência criadora, ou ao menos, assentados neste sólo fértil, podemos seguir fortalecidos tanto no que tange o processo de pesquisa, quanto na tentativa por ampliar os recursos no trabalho em Saúde Mental. E para realizar mais uma aproximação entre os referenciais que alicerçam nossa pesquisa, nos deparamos com uma concepção de Gagnebin (2011), que inspirada em Benjamin, afirma que as intervenções do analista “deveriam muito mais, provocar rupturas nessa narrativa por demais convincente, designar seus furos, seus brancos, retomar o tropeço e o ato falho para o sujeito se arriscar, no seu presente, a andar, a agir diferentemente.” (Gagnebin, 2011: 107). Já do lado da Clínica da Atividade, vem a noção de que a intervenção clínica baseada neste campo teórico-metodológico procura “mais do que conhecer, analisar ou denunciar as formas de dominação e sofrimento existentes: busca provocar as possibilidades que os trabalhadores têm de criar e recriar recursos para sua atividade profissional.” (Osorio, 2010: 46)

Diante disso, constatamos em ambas a propositura de uma clínica que se orienta e intervém no sentido de utilizar os conflitos e a diferença para produzir efeitos que levem os sujeitos a agir. Portanto, é suscitando o confronto com o que desvia, com o que não encontra o consenso ou por vezes caiu no esquecimento, que

podemos avistar os processos criativos, que nos fazem mover rumo a modos de vida mais saudáveis e remover aquilo que parecia bloquear nossas capacidades de fazer andar a vida. No entanto, não podemos jamais esquecer que quem vai realizar tal ruptura e sustentá-la são, neste caso, os próprios trabalhadores. Os quais, conforme pontua Clot (2007), por meio de uma elaboração do gênero da atividade profissional, devem impedir que os canais de transmissão da experiência se vejam reduzidos ao silêncio. Nessa direção,

“A abordagem mencionada aqui propõe a implementação de um dispositivo metodológico destinado a tornar-se um instrumento para a ação dos próprios coletivos de trabalho. [...] Portanto, a contribuição de uma clínica da atividade é, em primeiro lugar, metodológica. De fato, [...] as transformações só conseguirão manter-se, de forma duradoura, pela ação dos próprios coletivos de trabalho. Eis o motivo pelo qual nos parece que a análise do trabalho visa, antes de mais nada, apoiar esses coletivos nos seus esforços de reduplicar seu poder de agir no seu meio.” (Clot, 2010a: 117-8)

Em vista de tudo que trouxemos aqui neste tópico, precisamos agora mostrar ao leitor como tais contribuições teórico-metodológicas influenciaram nosso percurso de construção da pesquisa. Acreditamos ter esclarecido ao longo desta explanação como as propostas mencionadas nos ajudam a ver que a riqueza já existe, nos cabe, portanto, construir modos para fomentar os processos de ruptura daquilo que está por demais cristalizado, a fim de movimentar as rodas das atividades. Experiência, narrativa, diálogo, atividade e história estão implicados especialmente nesse processo. Mas então, o leitor pode se perguntar: como foi que tudo isso foi operacionalizado aqui?

Pois bem, durante todo o processo da pesquisa anotações foram redigidas em um diário de campo, isto é, o diário esteve presente desde primeiros dias do mestrado até as últimas palavras contidas neste texto. Neste foram colocados fragmentos de situações cotidianas; ideias e afetos que surgiram nos diferentes momentos do processo; falas que produziram algum desvio ou questionamento com relação aos elementos pesquisados e ainda notas sobre a análise preliminar do material colhido. Procedemos desta forma, pois estamos alinhados à concepção de diário de campo a partir da proposta da Análise Institucional. A qual, na perspectiva de Lourau trazida por Altoé (2004), apresenta o diário como um recurso que visa, através da produção escrita, evidenciar a implicação do pesquisador em seu campo,

pois nele podem constar questões, afetos, conflitos, desejos e angústias que surgem no processo, elementos estes que devem participar do material a ser considerado na análise e na restituição. Já para registrar as narrativas dos trabalhadores sobre a atividade de trabalho, foram realizadas gravações de áudio de quatro seminários internos do CAPS, ocorridos em 09/12/2014; 05/05/2015; 01/09/2015 e 29/12/2015.

Vale ressaltar, que tal procedimento foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Universidade Federal Fluminense e da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (anexo).

A escolha pela gravação de áudio como dispositivo metodológico foi feita em consonância com o referencial da Clínica da Atividade já explicitado. Portanto, foi pensado como ferramenta de ampliação do diálogo entre os trabalhadores, por meio da organização de uma nova atividade, a de análise, que veio somar-se às atividades de trabalho já existentes. Com isso, apostamos na transformação dos recursos para ação pelo intermédio da gravação, assim como pela posterior retomada das experiências narradas no encontro de coanálise e devolução de trechos do material gravado. Assim, munidos dos fragmentos recolhidos nas gravações e escrita do diário de campo, pudemos acessar recursos e conflitos emergidos na atividade de narrar as experiências de trabalho no CAPS. Percebemos muitas vezes, inclusive, que o fato de estar gravando, suscitou algumas falas com referência a isso, demonstrando que o gravador de fato se apresentou como um instrumento que trouxe o dispositivo metodológico para a cena, gerando debate, reflexão, enfim, atividade sobre a atividade.

Sublinhamos que trata-se de atividades singulares e coletivas, nas quais os protagonistas são todos trabalhadores desta equipe, o coletivo de trabalho do CAPS, sendo a autora desta pesquisa apenas um instrumento, ou melhor, o sujeito-meio que deu passagem para que essas narrativas tomassem corpo nas linhas dessa dissertação. Dessa forma, reafirmamos o caráter múltiplo e não identificado dessa obra, em que procuramos, encorajados por Gagnebin (2011), a renúncia à autoridade do autor em prol de uma voz narrativa única, a deste coletivo de trabalho. Com isso, estamos a destacar a potência deste coletivo enquanto entrelaçamento de diferentes, que em sua heterogeneidade, criam e recriam suas atividades comuns, compartilhando histórias e mundos de vida.

Na visão de Ferreira (2011), a contribuição de Benjamin para o estudo das narratividades em Ciências Humanas, marca, entre um dos pontos, o caráter coletivo

das palavras em jogo na historiografia materialista. O narrador, nos estudos de Benjamin, contava histórias que interessavam aos seus ouvintes. Tais histórias permitiam que a relação com a tradição fosse sempre retomada no fio das ações em curso nas sociedades do modo de produção artesanal. E assim, segundo Ferreira (2011), atualmente é possível se voltar ao reconhecimento dos rastros de uma relação entre a vida de quem conta uma história e a vida dos que se dedicam a trabalhar sobre a palavra do outro. As conexões múltiplas entre a vida do pesquisado em Ciências Humanas e a vida do pesquisador escoam na elaboração de textos que procuram abrigar a dissolução da centralidade da enunciação na biografia de quem fala. Dessa forma, a palavra do narrador é imediatamente política, bem como a natureza do método da historiografia materialista.

A pesquisa de campo, então, foi composta pelos quatro encontros já citados, pela produção do diário de campo e por último, por um encontro em que foi realizada a coanálise e devolução do material das gravações, ocorrido no dia 06/09/2016. Todavia, frisamos que devido à extensa duração do material de áudio (total de cerca de 21 horas), optamos por selecionar apenas alguns trechos para serem transcritos. Assim, após a escuta de todo o material, priorizamos fragmentos que, sobretudo, contivessem falas e diálogos que produziram algum desvio, deslocamento em relação aos temas discutidos e ainda nos quais pudéssemos reconhecer um esforço em relação à construção de comum e a formação do coletivo. Observamos, no entanto, que para demonstrar de modo mais claro esse nosso recorte, retomaremos tal processo na parte final da dissertação, assim como traremos ao longo do texto alguns fragmentos selecionados, relacionando-os aos aportes teóricos utilizados aqui. Já para o encontro de coanálise, o qual acreditamos também fazer parte da restituição, construímos um texto resumido contendo os principais temas discutidos e algumas falas marcantes, uma vez que não disponibilizávamos de mais tempo para a análise de todo o material transcrito. Contudo, tal material foi entregue na íntegra para ser utilizado posteriormente pela equipe e também pode ser encontrado nos anexos desta dissertação. Diante disso, acreditamos que as memórias da pesquisadora e as narrativas recolhidas, puderam produzir efeitos na equipe tanto ao longo da pesquisa de campo – gravações e coanálise -, quanto ao retornarem e se materializarem na substância desta pesquisa. E como tentaremos demonstrar na parte final de nosso texto, produziram mudanças e reflexões sobre as atividades cotidianas e nas discussões coletivas, ampliando o poder de produzir saúde

para a equipe e para os usuários. A dissertação, vista desse modo, é uma concretização desta coanálise, que pode ainda dar passagem e tornar-se um veículo para outras enunciações, possibilitando o retrabalho de questões.

Todavia, vale ressaltar que não pretendemos com esta pesquisa construir protocolos, ou uma prescrição de como uma equipe deve funcionar ou ser formada, mas propor uma reflexão, que na melhor das hipóteses, produzirá algum efeito de abertura à criação de novos modos de ser e agir no trabalho em Saúde Mental. Portanto, o que buscamos é afirmar um posicionamento ético-político que oriente as ações, mas acima de tudo, traga a potência dos bons encontros para o cuidado tanto dos usuários quanto dos profissionais. Posto que, acreditamos no comparecimento dos diferentes saberes como um campo de forças potente justamente por ser múltiplo, ativando vetores de criação e autonomia para todos os envolvidos. Marcamos ainda, que estamos tratando de uma realidade local, situada, e por isso mesmo não podendo ser generalizada e homogênea, nem se pretender universal. Contudo, como na construção da pesquisa demos destaque às discussões coletivas, aos modos de fazer, estar e criar neste trabalho, não podemos, assim, desprezar a história desse coletivo, que em último caso traz consigo o legado de um gênero da atividade profissional em Saúde Mental. Desse modo, acreditamos estar também oferecendo possibilidades de estilização e desenvolvimento para tal gênero e sua luta política ampliada.

Para arrematar este tópico, vamos nos enlaçar à evocação de Gagnebin (2011), para seguirmos nossa caminhada.

“Se lembrar do passado não for uma simples enumeração oca, mas a tentativa, sempre retomada, de uma fidelidade àquilo que nele pedia um outro devir, [...] então a história que se lembra do passado também é sempre escrita no presente e para o presente. A intensidade dessa volta/renovação quebra a continuidade da cronologia tranquila, imobiliza seu fluxo infinito, instaura o instante e a instância da salvação.” (Gagnebin, 2011: 97)

CAPÍTULO 2: ALIANÇAS TEÓRICAS

2.1 Clínica da Atividade

Este tópico destina-se a comentar um pouco mais sobre a proposta teórico-metodológica da Clínica da Atividade e alguns de seus conceitos básicos. Contudo, lembramos ao leitor que muito do que mencionaremos aqui, está presente também em outras partes da dissertação, o que ora pode incorrer em uma aparente repetição, ora ainda se mostrar um tanto incompleto ou vago, porém mesmo assim julgamos necessário percorrer esse caminho.

Bem, partiremos da explicitação da escolha pelo uso da Clínica da Atividade em nossa pesquisa. Esta se deu, graças ao fato de que este campo teórico-metodológico tem como princípio a atividade como processo de criação de si e de mundo. Tal característica, apresentou-se para nós, bastante interessante como uma fonte rica para se abordar a constituição coletiva da prática em Saúde Mental. Ao privilegiar a ação clínica por uma renovação no conceito de atividade aproximando-a da produção de subjetividade no trabalho, pudemos nos instrumentalizar em nosso objetivo de intervir neste contexto de trabalho tão complexo e por isso mesmo tão potente. Para expormos melhor o que queremos dizer com isso, recorreremos a uma afirmativa de Yves Clot, um dos principais expoentes da Clínica da Atividade.

“Por isso que uso o termo “clínico”: clínico do ponto de vista de meu engajamento, do lado da experiência vivida, do sentido do trabalho e do não sentido do trabalho; “clínico” do ponto de vista da restauração da capacidade diminuída. A clínica médica visa restaurar a saúde, a “clínica” é a ação para restituir o poder do sujeito sobre a situação. [...] é verdade que na clínica do trabalho a questão do coletivo é o problema central. Não é o coletivo como grupo, mas o coletivo como recurso para o desenvolvimento da subjetividade individual; é o coletivo no indivíduo que nos interessa. Por isso Vigotski é tão importante. Vigotski apresenta a ideia de que o social não é simplesmente uma coleção de indivíduos, não é simplesmente o encontro de pessoas; o social está em nós, no corpo, no pensamento; de certa maneira, é um recurso muito importante para o desenvolvimento da subjetividade. Nesse sentido, o coletivo não é uma coleção, é o contrário da coleção. O coletivo, nesse sentido, é entendido como recurso para o desenvolvimento

individual. É isso o que interessa à clínica da atividade. Há uma dimensão coletiva e subjetiva.” (Clot, 2006: 102)

Queremos anunciar nossa afinidade com esta concepção clínica, a qual opera a intervenção nos contextos de trabalho visando sua transformação pela ação coletiva, compreendendo uma não separação entre indivíduo e social, o que é imprescindível para a produção subjetiva e, portanto, para a criação de novos modos de ser e agir. Assim, partindo do princípio, afirmado por Clot (2007), de que só uma reconcepção do conceito de atividade pode permitir ao mesmo tempo pensar suas dimensões subjetivas e suas dimensões coletivas, surge a necessidade de definirmos o que estamos entendendo por atividade. Porém, de saída, advertimos o leitor de que a Clínica da Atividade enfoca as atividades em contexto de trabalho, privilegiando estas no processo de desenvolvimento humano.

Para explicar a concepção de atividade de trabalho aqui adotada, abordaremos a distinção entre tarefa prescrita e atividade realizada, proposta inicialmente pela Ergonomia²⁰, uma das influências teóricas em análise do trabalho para a Clínica da Atividade. A tarefa prescrita está relacionada àquilo que deve ser executado, a partir de regras, normas e avaliações, que são elementos previstos do trabalho a ser executado. Já atividade realizada, é o que de fato é executado pelo trabalhador, sua ação ou comportamento. No entanto, a Clínica da atividade propõe ainda outra diferenciação, pois Clot (2010a) explica que não há convergência entre atividade realizada e o real da atividade, na medida em que a atividade subtraída, ocultada ou recuada não está ausente, pois influi com todo seu peso, na atividade presente. O real da atividade, segundo o autor inclui:

“[...] o que não se faz, o que se tenta fazer sem ser bem-sucedido - o drama dos fracassos – o que se desejaria ou poderia ter feito e o que se pensa ser capaz de fazer noutro lugar. E convém acrescentar – paradoxo frequente – o que se faz para evitar fazer o que deve ser feito; o que deve ser refeito, assim como o que se tinha feito a contragosto.” (Clot, 2010a: 103-4)

Nessa direção, “o realizado deixou de ter o monopólio do real. O possível e o impossível fazem parte do real” (Clot, 2010a: 149). Com isso, podemos pensar que o real da atividade, inclui tanto os elementos já vividos, os componentes possíveis

20 Para saber mais sobre as três gerações de analistas do trabalho que influenciaram a Clínica da Atividade, consultar a conferência proferida por Clot (2010b).

de serem realizados porque que já são conhecidos, quanto abre possibilidades inusitadas, não experimentadas. Ou seja, elementos que portam algo novo, que rompem com as formas já conhecidas de agir, virtualidades que podem ou não se atualizar nas atividades realizadas. O autor afirma a pertinência de conseguir desprender-se de uma experiência vivida, a fim de que esta se torne um meio de fazer outras experiências, trazendo assim a multiplicidade dos modos de se realizar uma atividade. Sendo que, segundo Clot (2010a) a atividade, por ser sempre endereçada e re-endereçada, é uma repetição sem repetição, nunca é puro automatismo ou uso de um invariante, ela comporta sempre um devir possível.

Novamente, o que interessa para este campo teórico-prático é apontar que sempre há dimensão coletiva e subjetiva na atividade de trabalho. Posto que, “a atividade é uma prova subjetiva em que cada um enfrenta a si mesmo e aos outros para ter uma oportunidade de conseguir realizar aquilo que tem a fazer” (Clot, 2007: 116). Nesse sentido, a atividade é triplamente dirigida, endereçada de maneira simultânea, para o objeto imediato da ação, para o outro e para o próprio sujeito. Clot (2010a: 22) acrescenta ainda, que é preciso considerar que o “outro está no objeto. Na prática, o objeto da atividade do ou dos sujeitos é o lugar de uma colisão entre atividades ou, no mínimo, de uma troca. [...] Mas, de qualquer maneira, o objeto é um traço de união, de saída, controverso entre os homens que trabalham”. Assim, a atividade é sempre mediatizada pelo objeto e mediatizante, ao passo que produz relações entre os trabalhadores aí implicados. O autor acrescenta então, que conservando-se tal vitalidade da atividade, esta se mostra como uma fonte de ligações renováveis, o que em nossa visão, é fundamental para apoiar os processos de criação no trabalho que abordamos nesta pesquisa.

Clot (2010a) expõe que reconhecer-se na sua atividade, se dá de duas maneiras: reconhecer-se nos resultados obtidos e no trabalho realizado, assim como, reconhecer-se no que se faz de si na sua própria atividade. Demonstrando, desse modo, mais uma vez como ocorre a produção de subjetividade na atividade de trabalho, salientando a indissolubilidade do movimento em que o trabalhador se produz quando está produzindo, mesmo em condições de aparente repetição e cristalização. Nessa direção, enquanto estamos em atividade estamos nos recriando e recriando o meio, num processo vital que, em nosso entendimento, é produtor de saúde. Já o contrário, quando por algum motivo não se consegue efetuar este movimento de criação, quando não se pode mais produzir novas possibilidades de

ser, viver e fazer, isso sim seria produtor de sofrimento e em última instância, podendo levar ao adoecimento. Dizemos isso porque, aliados à Clínica da Atividade, nos fundamentamos na acepção do processo saúde-doença oferecida por Canguilhem (2009). Segundo, o qual:

“A vida não é, portanto, para o ser vivo, uma dedução monótona, um movimento retilíneo; ela ignora a rigidez geométrica, ela é debate [...] com um meio em que há fugas, vazios, esquivamentos e resistências inesperadas. [...] Achamos que a vida de qualquer ser vivo, mesmo que seja uma ameba, não reconhece as categorias de saúde e doença a não ser no plano da experiência, que é, em primeiro lugar, provação no sentido afetivo do termo, e não no plano da ciência. A ciência explica a experiência, mas nem por isso a anula.” (Canguilhem, 2009: 149)

Nessa perspectiva, o “homem só se sente em boa saúde – que é, precisamente, a saúde – quando se sente mais do que o normal, isto é, não apenas adaptado ao meio e à suas exigências, mas também, normativo, capaz, de seguir novas normas de vida” (Canguilhem, 2009: 151). Em vista disso, na concepção da Clínica da Atividade,

“longe de ser um dado natural, a saúde é um poder de ação sobre si e sobre o mundo, adquirido junto dos outros. Ela está ligada à atividade vital de um sujeito, àquilo que ele consegue, ou não, mobilizar de sua atividade pessoal no universo das atividades do outro; e, inversamente, àquilo que ele chega, ou não a utilizar das atividades do outro em seu próprio mundo. Portanto, se a saúde encontra sua origem na preservação do que o sujeito se tornou, ela descobre seus recursos naquilo que ele poderia ter sido.” (Clot, 2010: 111)

Para falar a respeito desse processo de produção subjetiva no e pelo trabalho, que passa, indubitavelmente, pela questão do reconhecer-se, de construção de sentidos no trabalho, precisamos visitar dois pilares teóricos da Clínica da Atividade, quais sejam a obra de Vigotski e de Spinoza. Clot explica que Vigotski insiste sobre o fato de que o desenvolvimento do sujeito não é uma simples progressão, mas sim uma metamorfose das funções psicológicas, pois cada um “desata e volta a atar, de maneira única, os vínculos estabelecidos entre todas as atividades que ele tentou tornar compatíveis fora dele e em sua história” (Clot, 2010a: 31). Diante disso, é imprescindível que haja plasticidade e heterogeneidade, a fim de que os sujeitos possam elaborar seu processo de criação de si e do mundo nas

atividades. Logo, “a subjetividade é, sem dúvida, não propriamente uma disposição constitutiva do sujeito, mas o poder de ser afetado, que em maior ou menor grau, está à disposição de cada um em função de sua história singular. Sua incompletude é que torna o sujeito disponível ao desenvolvimento da atividade” (Clot, 2010a: 31). Verificamos, portanto, a clara relação entre desenvolvimento, subjetividade e o poder de se afetar, remetendo, certamente, às proposições de Spinoza.

Conforme esclarece Rauter (2013: 153), Spinoza vê nos afetos²¹ a matéria a partir da qual pode ser compreendida a vida coletiva, “conferindo positividade à experiência afetiva humana tanto como uma via para o conhecimento quanto para a política”. Ao consultarmos a “Ética” de Spinoza, encontramos explicitamente tal direcionamento na *Proposição 38 da Quarta parte*, na qual consta que: “É útil ao homem aquilo que dispõe o seu corpo a poder ser afetado de muitas maneiras, ou que o torna capaz de afetar de muitas maneiras os corpos exteriores [...] E, inversamente, é nocivo aquilo que torna o corpo menos capaz disso” (Spinoza, 2015: 182). Desse modo, já podemos nos aproximar do que foi trazido no parágrafo anterior a respeito da produção subjetiva e, portanto, sobre os processos de desenvolvimento, de criação de si e do mundo. Spinoza (2015) entende que o corpo humano é composto por muitos indivíduos²² - consequentemente, já constituído por uma diversidade de relações – e para conservar-se, o corpo humano tem necessidade “de muitos outros corpos, pelos quais ele é como que continuamente regenerado” (Spinoza, 2015: 66). Neste caminho, em outro postulado, Spinoza (2015: 99) expõe que o “corpo humano pode ser afetado de muitas maneiras, pelas quais sua potência de agir é aumentada ou diminuída”. Disso decorre, que ao somarmos a diversidade de relações que compõem nosso corpo, com as inúmeras possibilidades de nos relacionarmos com outros corpos, de nos afetarmos por eles, logo, aumentamos ou diminuímos as oportunidades de agir. No entanto, se acrescentarmos o que foi dito pelo autor na *Proposição 7 da Terceira parte* - de que cada coisa esforça-se, tanto quanto pode, por perseverar em si -, então notamos que, de modo geral, nós procuramos ao longo da vida promover encontros com outros corpos que possam ser úteis para nossa conservação e que, consequentemente, aumentem nossa potência de agir.

²¹ Por afeto Spinoza (2015: 98) compreende “as afecções do corpo, pelas quais sua potência de agir é aumentada ou diminuída, estimulada ou refreada e, ao mesmo tempo, as ideias dessas afecções.”

²² Segundo Spinoza (2015) por indivíduo entende-se a união de diversos corpos, compondo um corpo só.

Seguindo nessa perspectiva, Spinoza nos brinda com mais uma proposição que é especialmente importante para nossa pesquisa, isto é, “nada é mais útil ao homem do que o próprio homem” (Spinoza, 2015: 169). Ou seja, na opinião de Spinoza, nós não podemos conceber nada mais vantajoso à nossa conservação do que a formação de uma comunidade, buscando juntos o que é de utilidade comum, levando em consideração que nesse autor, agir, viver e conservar o seu ser, têm o mesmo significado. Nessa direção, “por meio da ajuda mútua, os homens conseguem mais facilmente aquilo de que precisam, e que apenas pela união das suas forças podem evitar os perigos que os ameaçam por toda parte” (Spinoza, 2015: 178). Concluimos assim, que nada pode ser mais útil, mais proveitoso para aumentar nossa potência de agir do que partilharmos de um coletivo. É na união de nossos corpos heterogêneos por constituição, que ampliamos nossas forças para perseverar e multiplicar nossos modos de ser no mundo. Retomando a Clínica da Atividade, Clot (2010a) marca que o poder de agir no contexto de trabalho é conquistado junto aos outros e aos objetos, pois ele se desenvolve na e pela atividade mediatizante. Nesse sentido, a atividade mediatizante comum é a “própria força motriz do desenvolvimento das capacidades e dos afetos” (Clot, 2010a: 25). Sendo assim, agora que já sabemos que nossa potência de agir no mundo está diretamente relacionada ao nosso desenvolvimento no seio do coletivo²³, devemos examinar do que se trata o patrimônio histórico que sustenta tal coletivo.

Para dar relevo ao patrimônio histórico construído pelos coletivos no trabalho, a Clínica da Atividade propõe um de seus conceitos mais relevantes, que é o de gênero da atividade profissional²⁴. De acordo com Clot (2010a), este retém a memória transpessoal de um meio profissional, conservando e transmitindo sua história social, apresentando-se como um instrumento, simultaneamente, técnico e psicológico do meio de trabalho e de vida. No gênero estão contidas maneiras de fazer, dizer e sentir relativamente estabilizadas nesse meio profissional, e ainda segundo Clot (2010a), é um terceiro termo decisivo que se localiza entre o trabalho prescrito e o trabalho realizado, uma vez que é lançando mão deste repertório coletivo transpessoal que os trabalhadores encontram recursos para tornar realizável a descrição teórica e criar suas ações no trabalho. Então, podemos, com Clot (2007),

²³ O conceito de coletivo será desenvolvido no tópico seguinte da dissertação.

²⁴ Este conceito também será melhor explicitado no próximo tópico e em outros momentos, portanto, não nos estenderemos muito neste assunto agora.

compreender o gênero como sendo os antecedentes sociais da atividade, que representam uma segunda memória que vem adicionar-se à memória pessoal do trabalhador, a fim de conferir à atividade em curso modos de comportar-se, de exprimir-se, de começá-la e finalizá-la, para conduzir-se mais eficazmente ao objetivo da ação contando com os outros.

Dessa forma, para que consiga efetivar sua ação, o trabalhador precisa fazer uso dos recursos genéricos, o que poderíamos imaginar como caixas de ferramentas, que estão à sua disposição a partir do momento em que conseguiu se inserir e se apropriar desse patrimônio. Entretanto, o modo como cada um vai ordenar e manejar tais ferramentas será sempre único e situado, compondo assim seu próprio estilo de trabalho. Nas palavras de Clot,

“aquele ou aqueles que trabalham, agem por meio dos gêneros, enquanto satisfazem às exigências da ação. Assim, quando é necessário, eles ajustam e aperfeiçoam os gêneros, posicionando-se igualmente fora deles por um movimento, por uma oscilação, às vezes, rítmica que consiste em se afastar, em se solidarizar e em se confundir, de acordo com as contínuas modificações de distanciamento que podem ser consideradas criações estilísticas.” (Clot, 2010a: 125-6)

Vemos aqui, que os estilos são, portanto, os movimentos criativos singulares operados por cada trabalhador e de fundamental importância para a conservação, transmissão e transformação dos gêneros, que precisam estar ativos dentro dos coletivos para cumprirem sua função. Nessa acepção, podemos compreender como acontece o processo de criação pessoal e coletivo no trabalho, ressaltando assim a não separação dessas duas dimensões para o desenvolvimento dos trabalhadores em suas atividades cotidianas. Dessa maneira, “alimentado por experiências, deliberações, controvérsias, o gênero permanece um lastro, uma força viva, já que, em suas formas, conserva-se e transmite-se o elã de um grupo” (Clot, 2010: 91). Decorre disso, mais uma vez, que as atividades de trabalho sempre comportam ou melhor, convocam o trabalhador e os coletivos aos processos criativos, a manterem um movimento entre os diversos recursos cognitivos, subjetivos, afetivos e de ação - possíveis e impossíveis. Entretanto, se por algum motivo tal movimento criativo de interferência mútua entre gênero e estilo, se vê impedido ou desconectado, os trabalhadores se veem deixados sozinhos diante das provas do real, gerando isolamento e sofrimento. Na opinião de Clot,

“num meio profissional, nunca se abandona sem consequências a ideia de partilhar formas de vida em comum, reguladas, reforçadas pelo uso e pelas circunstâncias. Os dilaceramentos entre variantes que se enfrentam são, além disso, o melhor indício de que se busca estabilizar um gênero. A negligência do gênero, por todas as razões que se possa imaginar, inclusive o subestimar seu papel pela organização do trabalho e as hierarquias, é sempre o início de um desregramento da ação individual. Pois, um gênero é feito para *manter-se*, em todos os sentidos do termo.” (Clot, 2007: 47-8)

Diante disso, fica evidente para nós a importância de sustentar os processos de criação no trabalho, como meio de desenvolvimento subjetivo e de produção da saúde para os trabalhadores envolvidos, o que conseqüentemente, em nosso caso, refletirá na promoção de saúde dos usuários. Assentados nesse entendimento, a Clínica da Atividade vai visar em sua intervenção, como vimos anteriormente, a produção de dispositivos que facilitem e deem suporte aos coletivos em seu movimento de reencontro e renovação de sua potência de agir. Em suma,

“A Clínica da Atividade que praticamos busca, a partir da análise estilística das ações, *pôr o gênero a trabalhar* para que ele permaneça, volte a ser ou passe a ser um meio de agir coletiva e individualmente na situação. É sempre de um processo vivo que participamos ao praticar aquilo que denominamos *psicologia dos meios de trabalho e de vida*.” (Clot, 2007: 202)

Depois dessa rápida apresentação de algumas propostas da Clínica da Atividade, passaremos a fazer uma análise mais cuidadosa do tema do coletivo, onde voltaremos a tocar em alguns pontos citados aqui e com isso acreditamos que alguns questionamentos que possam ter surgido poderão ser melhor esclarecidos.

2.2 Conceito de coletivo

Nesse momento, faz-se necessário expor de forma mais cuidadosa o que queremos dizer quando falamos sobre coletivo. Pois bem, para tratar desta questão, inicialmente fomos buscar parcerias que estivessem alinhadas aos interesses desta pesquisa, de modo que utilizamos fontes variadas, não somente dos arcabouços teóricos principais deste texto, mas que de algum modo também não se opõem a

estes. Nesta perspectiva, nossos esforços se voltaram para uma ampliação deste conceito para além do que se costuma abordar nos escritos dos campos de estudos sobre o trabalho.

Então, para introduzir nossa conversa convocamos Escóssia e Kastrup (2005), as quais com o intuito de construir um conceito de coletivo que superasse a dicotomia indivíduo-sociedade, inspiraram-se em diversos autores para propor uma ressignificação do que se entende por coletivo, agora afirmando este como um plano de co-endendramento e de criação. Desse modo, entra em cena uma outra lógica, que dá ênfase ao processo que antecede, integra e constitui os seres, uma lógica das relações, que vai de encontro à lógica de oposições naturalizantes dos termos. As autoras afirmam que os objetos não causam nem determinam nada, ao contrário, eles são determinados, produzidos pela relação, o que faz com que os conceitos de prática e de relação remetam a um plano produtor de mundo e de sentido, que engendra os termos, sejam sujeitos ou objetos.

As autoras apresentam a proposição de Bruno Latour, Michel Callon e John Law, de que o coletivo pode ser entendido como rede social, desde que se garanta o princípio da heterogeneidade do social, assim como de toda e qualquer entidade, seja ela um indivíduo, uma comunidade, um texto ou um objeto técnico. Nesta visão, toda entidade é uma rede, e todas as entidades são co-extensivas e indiscerníveis das redes de que participam. Assim, definir as entidades que compõem os coletivos como redes significa defini-las como efeito de processos de composições e associações que lhes conferem formas sempre provisórias. Sendo que, as ações coletivas de uma rede são definidas permanentemente e localmente, a partir de um jogo de associações e composições marcadas pela reciprocidade, as quais envolvem todos os elementos da rede.

Escóssia e Kastrup explicam que:

“Toda entidade pode ser apreendida em sua dupla face: está contida em um ponto, ao mesmo tempo em que está distribuída em toda a gama de materiais que ela associa e que a compõem. Ponto e rede: essa dupla natureza do ser nos permite apreender toda entidade em seu aspecto individualizado, estável ou pontual, por um lado, e em seu aspecto coletivo e distribuído, por outro.” (Escóssia e Kastrup, 2005: 302)

Para abordar o modo de funcionamento do plano coletivo, trazem o conceito de agenciamento oferecido por Deleuze e Parnet (1998 *apud* Escóssia e

Kastrup, 2005), no qual agenciar é estar sobre a linha de encontro de dois mundos, não buscando substituir, se identificar ou imitar aquilo com o qual se agencia. Mas sim, criar algo que não está nem em você nem no outro, mas entre os dois, neste espaço-tempo comum, impessoal e partilhável que todo agenciamento coletivo revela. Este plano coletivo e relacional é também o plano de produção de subjetividades, não mais visto como um mero somatório de pessoas, pois o coletivo é impessoal, é plano de co-endramento dos indivíduos e da sociedade.

Esta definição trazida pelas autoras se mostra especialmente cara à esta pesquisa, pois nos ajuda a compreender como acontece o processo de criação de si e do mundo. O que vale lembrar, encontra-se afinado com as concepções de atividade da Clínica da Atividade e com a de experiência de Benjamin, temas desenvolvidos em outras partes desta dissertação. Sendo assim, a primazia da relação contida nesta concepção de coletivo nos apresenta a relevância de se pensar o quão afortunados podem ser os encontros e as trocas efetuadas durante as atividades de trabalho, com o intuito de produzir os efeitos que se espera para um trabalho bem feito. Deste modo, desde o título desta pesquisa até os arremates finais, o que procuramos ressaltar é a construção que se passa nos encontros de mundos entre os trabalhadores do CAPS, e que justamente por ser de todos e de nenhum, só se faz presente quando existe um comum. Somos ponto e rede, conforme apontam as autoras, nessa produção constante de novos enlaces e rupturas, nas tramas de um tecido complexo que é engendrado, fiado por muitas mãos. O CAPS e seus trabalhadores são ponto e rede, individual e coletivo, em suas atividades e experiências acrescentando algo de si e se transformando neste processo, que é histórico e político.

Em outra obra, Escóssia (2009) questiona se nas práticas ditas coletivas, no âmbito da Saúde Pública, tem se conseguido ativar esse potente plano de criação relacional do coletivo. Acrescenta que muitas vezes, embora existam espaços formalizados denominados como espaços coletivos, se nestes não se operarem movimentos de conexão com a diferença, abertura para afetar-se pelo outro, o que é necessário para as mudanças, então, este espaço não está sendo suficiente para garantir o acesso ao plano de construção de sujeitos e grupos.

A autora marca que o que faz a diferença é o modo de operar, de fazer, buscando a ampliação da comunicação. Para tanto, não se deve reduzi-lo aos espaços formais de reuniões e oficinas, é necessário, sobretudo, produzir dispositivos que fomentem o movimento permanente de criação, transformando os espaços

coletivos em espaços de cruzamento e agenciamento, sejam os já formalizados ou não. Entretanto, Escóssia lembra que as virtualidades deste plano coletivo trazem possibilidades e não garantias de sua realização. Neste sentido, a autora se alinha a Foucault afirmando que acredita “que uma política do coletivo não é uma política de soluções duradouras dos problemas, mas uma experiência coletiva permanente de problematizações, identificações de perigos e escolhas ético-políticas” (Escóssia, 2009: 693).

Portanto, no que toca esta pesquisa, faz-se necessário dar relevo ao movimento apresentado pela equipe estudada. Movimento este, que demonstra que o espaço formal do seminário – principalmente, mas não somente este - tem se mostrado como um dispositivo potente produzindo efeitos de coletivização, de criação de novos possíveis. Afirmamos isto porque, acreditamos que os trechos recolhidos e apresentados nesta pesquisa, permitem visualizar o deslocamento dos trabalhadores num processo de construção deste entre mundos, partilhado e comum.

Para dar continuidade com esta discussão, convidaremos Teixeira (2015), que a partir de uma inspiração espinosana, afirma que um primeiro passo para se compreender o que seria a produção do comum é o “entendimento básico de que toda coisa singular, todo corpo²⁵, já é um composto de partes (um coletivo) e de que suas características singulares estão dadas pelas relações que subordinam essas partes (todo corpo é um conjunto de relações) e que exprimem o grau de potência deste corpo (sua essência singular).” (Teixeira, 2015: 32)

Seguindo neste caminho, os corpos, que já são relações, entram em relações com outros corpos, estabelecendo, portanto, relações entre relações. Citando Deleuze, Teixeira explica que não cessamos de integrar partes em nossas relações, nos apropriamos destas partes, ou seja, fazemos “com que deixem a relação precedente que elas efetuavam para tomar uma nova relação, sendo esta nova relação uma das relações comigo” (Deleuze, 2009 *apud* Teixeira, 2015: 33). Assim, tais relações podem fazer com que experimentemos modos de existência menos ou mais potentes, pois no primeiro caso estabelecemos relações de oposição com os

25 Estamos utilizando os termos e conceitos conforme apresentados pelos autores. Contudo, estamos cientes de que talvez isso cause certo estranhamento aos leitores, ou até mesmo certa confusão. Porém, acreditamos ser importante sermos fieis às proposições originais, pois entendemos que tais propostas, mesmo partindo de referenciais distintos, compartilham de direções comuns e pertinentes à nossa pesquisa.

outros corpos, já no segundo nos colocamos em relação de composição com os outros corpos.

Teixeira (2015: 34) afirma que “a possibilidade de um corpo vir a estabelecer relações de composição com outros corpos depende, de sua maior ou menor capacidade de produzir comum ou de fazer comunidade com esses outros corpos”. A produção comum é o “modo, referido às coisas finitas e determinadas do exterior, pelo qual se dá a produção de potência (potência de vida, força de existir, potência de agir e de pensar), o que se traduz, como problemática exclusiva dos humanos, na produção de alegria, de ideias adequadas e ações virtuosas” (Teixeira, 2015: 35). Portanto, essa é a arte da composição, um tipo de conhecimento incorporado, que no caso de nossa pesquisa, se mostra especialmente valioso, uma vez que estamos enfocando exatamente este tema no que toca o trabalho no campo da Saúde Mental. Então, quando trazemos as narrativas dos trabalhadores nas discussões dos seminários, procuramos ressaltar esta arte, este movimento de composição, na busca pela construção de ideias e ações mais potentes no cotidiano do trabalho.

De acordo com Teixeira (2015), o problema da produção do comum para os homens coloca-se como desafios cognitivo-afetivos e ético-políticos, pois são precisamente essas dimensões (intelectuais e coletivas) as que franqueiam aos homens a possibilidade de expandir sua potência de agir e de pensar. Neste sentido, a saúde também resulta de nossa ação inventiva e laboriosa, a qual não poderia ter outra orientação a não ser a da produção do comum. Com efeito, a saúde, enquanto estado das relações internas e externas dos corpos que corresponderia à passagem a um maior grau de potência, é um esforço que se atualiza em estratégias que visam não apenas conservar a existência, mas ampliar a força de existir. “Resistimos à decomposição, produzindo novas composições” (Teixeira, 2015: 38).

Teixeira (2015), assim como a Clínica da Atividade, considera o trabalho como atividade de invenção de si e do mundo, porque inventa relações, formas de vida, formas de subjetividade. O trabalho convoca continuamente a subjetividade do trabalhador, sua capacidade de iniciativa, sua inventividade em ato, sendo que “em poucas dimensões da vida contemporânea a produção do comum assumiu uma importância tão grande quanto na dimensão do trabalho” (Teixeira, 2015: 38).

O autor pontua a dupla implicação da produção do comum na dimensão do trabalho, pois o comum é, ao mesmo tempo, o produto e as condições de produção. Então ressalta que,

“consoante à ideia de que uma vida só se torna produtiva quando entra em comunicação com outras vidas, temos que esse trabalho que nos demanda permanentemente uma “iniciativa” demanda, por sua vez, a constituição de uma “comunidade de engajamento criativo”, que poderia se traduzir, na prática, na constituição de algum tipo de “rede de cérebros” para a troca de opiniões éticas. Percebe-se, com facilidade, como essa caracterização do trabalho contemporâneo se adéqua perfeitamente ao trabalho em saúde, sem precisar de nenhuma adaptação e, por isso, é possível afirmar, simetricamente, que o desafio de construção de redes na saúde é muito maior do que simplesmente garantir a “integração do sistema” ou a “coordenação do cuidado”. É também, por exemplo, o desafio de produzir redes colaborativas e sociais para troca de opiniões éticas entre trabalhadores, gestores e usuários dos serviços de saúde.” (Teixeira, 2015: 40)

E assim chegamos a um ponto crucial para nossa pesquisa. É fomentando a construção e fortalecimento de redes, de coletivos de troca que promovam novas composições, que estaremos produzindo saúde, para todos. Tanto no que toca a atividade de trabalho em si, quanto nos efeitos desta para os trabalhadores e usuários. Eis que surge o motor que move este texto!

Com isso em mente, devemos seguir em nossa caminhada, pois muito ainda há por vir. Conforme pontua Teixeira (2015), lutar contra toda forma de privatização dos cuidados com vida é colocar-se contra qualquer forma de desapropriação dessa “potência do comum” que é a saúde, que é produzir saúde. Pois, o autor lembra que toda estrutura de cooperação pode ser também estrutura de controle e comando, disso decorre um importante desafio ético-político para o campo do trabalho, o de que o comum deva se constituir como esfera pública. Para concluir, o autor preconiza a produção cotidiana de modos de vida mais potentes e democráticos, através do trabalho cooperativo nas redes sociais, para que permitam o surgimento de novas sensibilidades e percepções que desnaturalizem as lógicas privatistas em suas tentativas de apropriação do que é comum.

Para aprofundar a discussão acerca da produção de comum no trabalho na área da Saúde Pública - visto que o campo da Saúde Mental encontra-se nesta grande área – faremos uma aliança com as contribuições trazidas por Capazzolo *et al*

(2013a), em uma coletânea de textos sobre a construção da “Clínica Comum”²⁶. Nossa escolha para tal aliança se fundamenta, especialmente, numa afirmação que os autores trazem logo na introdução deste livro, de que

“[...] uma clínica que pretenda produzir vida não sujeitada requer um bom grau de desaprendizado. Isto é, se depende de conhecimentos estabelecidos, estes não devem definir previamente o encontro com o outro, mas estar disponíveis como ferramenta para o acontecimento clínico vivo, em ato. O saber-fazer, nessa perspectiva, transforma-se em fazer-saber, e o território do não saber mostra sua potencialidade criativa ao abrir-se para o “entredisciplinar” e para os múltiplos regimes de verdade existentes” (Capazzolo *et al*, 2013a: 12)

Esta declaração dos autores encontra eco de modo bem explícito no campo estudado em nossa pesquisa. Posto que, diversas vezes pudemos observar na fala dos profissionais do CAPS, uma visão sobre seu trabalho que aponta na direção da desconstrução de saberes antes formulados, para assim poderem, de fato, estar disponíveis para o encontro genuíno com os usuários. Do mesmo modo, foi relatado o quanto é fundamental o aprendizado prático, que se faz na experimentação e nas discussões em conjunto, momentos em que são criados referenciais e balizas a serem dispostos nas atividades cotidianas, que tem como norte os elementos emergidos no encontro com os usuários. E assim, desponta “um “comum”, que não é tomado como o mais simples dos fazeres, mas, ao contrário, como o mais complexo deles, na medida em que, liberto de dono exclusivo, torna-se o saber que todos podem inventar” (Capazzolo *et al*, 2013a: 13).

Em um dos textos da coletânea, Henz *et al* (2013) ao abordarem o tema que nomeiam como “trabalho entreprofissional”, explicam que este é resultante dos encontros que envolvem muitos saberes, inclusive os saberes profissionais específicos, mas também, e principalmente, aqueles legitimados pelas singularidades e acontecimentos, para além das fronteiras, isto é, um trabalho “entreprofissões”. Os autores asseveram que “o trabalho em equipes interprofissionais, para que ultrapasse a dimensão moral, asséptica e prescritiva, pede uma experimentação frequente. E

26 O conceito de Clínica usado pelos autores será apresentado mais à frente.

para isso é necessário um grande investimento na constituição de equipes e no enfrentamento dos desafios da ação (em) comum.” (Henz *et al*, 2013: 171)

Expõem ainda que se faz necessária uma experiência de contágio como condição para a produção de um pensamento clínico pautado na invenção coletiva com seus encaminhamentos possíveis. Contudo, ressaltam que esse modo de trabalho em equipe é árduo e envolve tempo, discussões, supervisão, conflitos e negociações. Desta forma, entende-se que a incerteza e o não saber são desejáveis e qualificam a atuação profissional, possibilitando a construção de um instrumento compartilhado no e a partir do encontro.

Apesar de assinalarem que existem outros modos de trabalho em equipe, como quando cada um faz uma parte, e depois “juntam tudo”, exatamente como uma colcha de retalhos, Henz *et al* (2013) direcionam seus esforços na proposta do “tecer juntos”. Utilizam o conceito de *bricolage* de Deleuze e Guattari para explicitar a urdidura de uma colcha, com um aproveitamento de coisas usadas em novos usos, ou seja, permitindo-se enxertar, cortar, colar e estabelecer novas conexões na composição das intervenções. Destacam, dessa maneira, a tarefa de alta complexidade que é construir esse *bricolage*, com suas ações em ziguezague para que o trabalho aconteça.

Em resumo, Henz *et al* reiteram que

“a expectativa de harmonização entre as profissões, essa “convergência de linguagem e saberes”, cede lugar à compreensão de que, em ato, o que se pretende é um pluralismo descritivo e o agenciamento de múltiplos encontros, seja pela negociação de mundos, seja pela experiência do conflito, mas necessariamente pela perspectiva do “avanço” ziguezagueante para aquém e além das fronteiras profissionais. A experimentação com o comum é um movimento no qual nos sentimos levados a atravessar fronteiras que encontramos nos territórios profissionais, fazendo-os também operar para além de suas próprias referências.” (Henz *et al*, 2013: 173)

Como podemos ver, na passagem acima mais uma vez é reforçada a ampliação dos horizontes profissionais e de mundo, na procura por intensificar as contradições e diferenças em prol da construção comum. Embora se queira borrar as fronteiras, não se propõe desprezar as formações específicas, pois justamente o que se quer é utilizar estas especificidades, essa diversidade de visões de mundo, para

enriquecer o produto deste debate. O que queremos dizer, é que na mistura desses vários ingredientes é que se faz um prato muito mais apetitoso a ser devorado pelo coletivo de trabalhadores.

Nesse sentido, de volta ao livro, em seu texto Passos (2013) fornece subsídios bastante úteis para nossa discussão, quando trata da clínica²⁷ e as áreas profissionais. Tal utilidade se apresenta na medida em que, sua ideia de clínica é entendida como “mais um saber-fazer (*know how*) do que um saber-o-que-deve-ser-feito (*know what*). Um saber-fazer é um saber que se faz na experiência, sem distância, saber imediato ao que acontece, isto é, um saber *da* experiência” (Passos, 2013: 218). Acrescenta que nas práticas da clínica acompanhamos processos, movimentos e por isso a clínica não pode cumprir sua tarefa sem colocar-se, ela mesma, em questão, analisando-se enquanto lugar determinado e fora do tempo, enquanto especialismo disciplinar. Desta forma, a clínica não pode ser definida como o domínio do privado, da nossa saúde pessoal, das experiências interiores de um sujeito e que seja diferente e separada da política. Esta entendida como domínio do público (*polis*), isto é, domínio onde encontramos os jogos de poder, o embate entre as forças dominantes e as forças dominadas, a organização dos territórios.

O autor ressalta que no cotidiano das práticas clínicas²⁸ não se pode supor a distinção e separação entre os processos de produção de saúde e de produção de subjetividade, uma vez que

“Há um paradigma estético na clínica que está comprometida com a criação de si e do mundo. Tal criação se faz por um experimentalismo ou uma ousadia de invenção de formas de cuidado, de formas de estar no mundo, de formas de cidadania. A clínica é um experimentalismo, mas nem por isso é menos rigorosa. Há um rigor metodológico dessa experimentação.” (Passos, 2013: 215)

27 Este autor afirma a clínica enquanto experiência de desvio, do *clinamen* que faz bifurcar um percurso de vida na criação de novos territórios existenciais. O sentido da clínica, então não se reduz a esse movimento do inclinar-se sobre o leito do doente, como se poderia supor a partir do sentido etimológico da palavra derivada do grego *klinikos* (“que concerne ao leito”; de *kline*, “leito, repouso”; de *klino* “inclinar, dobrar”), pois inclui uma atitude de acolhimento de quem demanda tratamento, sendo o ato clínico a produção de um desvio (*clinamen*). A clínica, neste sentido, se localiza em um espaço a ser construído, uma vez que se compromete com os processos de produção da subjetividade. E assim, não pode ser uma ação do presente ou do passado, posto que se dá num tempo intempestivo, extemporâneo, impulsionado pelo que rompe as cadeias do hábito para constituição de novas formas de existência. Logo, assumir a dimensão política da clínica é apostar na força de intervenção sobre a realidade efetuada apostando nos processos de produção de si e do mundo. (Passos e Barros, 2001)

28 Voltaremos à discussão sobre Clínica mais adiante, quando trataremos a contribuição de outros autores para pensar a prática clínica em Saúde Mental.

Sobre o método de formação em Saúde tendo como base essa noção de clínica, este autor sugere pensar no “método da tríplice inclusão” (Pasche & Passos, 2010 *apud* Passos, 2013). A primeira inclusão é da heterogeneidade dos sujeitos envolvidos no processo de produção saúde: trabalhadores, gestores, usuários, formadores e acadêmicos em saúde. Há uma heterogeneidade própria do campo que exige uma primeira atitude inclusiva, que é operacionalizada pela lateralização ou colocação lado a lado dos diferentes sujeitos em sua diferença, o que produz efeitos, como o enfrentamento, tensão própria da heterogeneidade.

A segunda inclusão é a das experiências analisadoras produzidas pela lateralização, a crise experimentada nas discussões coletivas nos ajudam a analisar nossas instituições, já que pontos críticos são entendidos, não só como expressão da crise institucional, da desestabilização do instituído, mas também como força de argumentação crítica e potencial de mudança. Então, a primeira forma de incluir é pela lateralização, a segunda é pela análise e gestão de conflitos.

A terceira inclusão - que para nossa pesquisa é especialmente interessante - é a inclusão dos coletivos. Nas palavras de Passos (2013: 224), “incluídos os sujeitos em sua diferença, analisamos e gerimos as crises, para fazer aparecer o coletivo como domínio do comum que se compõe na heterogeneidade”. Logo, é no exercício de um método inclusivo, participativo, que constitui-se uma experiência do comum. Arremata sustentando que

“O comum deve ser pensado não mais numa acepção cotidiana da palavra: o comum significando o “como um”, o que é como uma unidade. Não queremos pensar a clínica comum como a reunião do diverso na unidade de um domínio, para criar o homogêneo. [...] Pensemos então o comum como o sentido de “como qualquer um”. É a ideia de comum como prática de, para, com, através de qualquer um.” (Passos, 2013: 227)

Após este passeio pelo livro de Capazzolo *et al* (2013a), abordaremos agora outra obra. Barros e Benevides de Barros (2010), em um texto que discute o trabalho em equipe no campo da Saúde, afirmam que o trabalho se move, se faz coletivamente, num co-engendramento tanto entre os trabalhadores, quanto com o processo de produzir, que assim reinventam-se pelos encontros que os constituem. Sendo que, é em situação de trabalho que se pode apreender sua dimensão coletiva, pois frente aos impasses e questões colocados pelo que sempre escapa, é que o trabalhador será mobilizado duplamente, de modo singular e coletivo

indissociadamente, a pensar, decidir e agir. Sublinha-se então, que sujeitos com maior autonomia, co-responsáveis, comprometidos, expressam um coletivo do trabalhar que neles se atualiza.

As autoras asseveram que, o trabalho pela via da atividade é trabalho-criação, posto que o repertório existente não é suficiente para responder ao movimento da vida, e para isso é preciso acessar o plano coletivo do trabalhar. Acredita-se, portanto, que “só é possível criar novas regras no trabalho quando se está numa experiência com o outro – melhor dizendo, quando no encontro com o outro experimenta-se o diferir, a alterização” (Barros e Benevides de Barros, 2010: 77).

Nesse sentido, de acordo com visão das autoras, a formação é encarada como processo de co-produção de trabalhadores e dos mundos do trabalho, na medida em que se trabalha com o que está disponível, catalogado, mas principalmente com o que se vai transformando no processo de trabalhar. Acrescentam ainda que

“A formação em situação, tal como o trabalho situado, nos convoca a habitar este plano de experimentações, plano onde pensar, fazer, aprender, trabalhar, viver não se dissociam. Plano, insistimos, coletivo. Esta é a direção em que apostamos – aquela em que a formação do/no trabalho em saúde é potência de formar, potência dos/nos encontros que constroem equipes, potência do coletivo.” (Barros e Benevides de Barros, 2010: 79)

Logo, é a partir das práticas concretas que pode se constituir um mundo comum, a ser realizado no processo de composição que é o trabalhar em equipe, revelando o coletivo como plano, como funcionamento em rede, não somente como reunião de indivíduos ou categorias, pois pressupõe o diálogo e a construção compartilhada para que se efetive enquanto tal. À luz de Barros e Benevides de Barros (2010), procede assinalar que o funcionar em rede permite desprender-se daquilo que se apresenta como empecilho aos movimentos criativos, uma rigidez no mundo do trabalho, deslocando-se de uma dimensão demasiadamente prescritiva para uma abertura ampla de agir, aumentando a potência da equipe em situação de trabalho, delineando a equipe como expressão de coletivo-rede.

A título de finalização, as autoras inspiraram-se em Spinoza para ratificar que a potência do coletivo, manifesta no trabalhar em equipe, surge a partir das conexões, dos encontros, dos modos de trabalhar compartilhados e da invenção que as relações podem compor. Isto é, a potência deste coletivo poderá ser ampliada ou

diminuída dependendo de como se dão as relações entre os trabalhadores e de como se opera a relação produção de saúde/produção de subjetividade. Nessa direção, “os processos formativos indissociados do trabalhar coletivo, a análise do trabalho situado, são, a nosso ver, modos de acionar essa potência do coletivo” (Barros e Benevides de Barros, 2010: 83).

Por fim, após esse passeio pelos autores citados, podemos apreender que um coletivo está muito além de um conjunto de pessoas, com efeito, o que se ressalta é que um coletivo engloba uma partilha, uma relação entre diferentes que seja fonte de criação de si e do mundo, para com isso se produzir uma obra em comum. É este ponto que julgamos ser vital na discussão que trazemos nesta pesquisa. Sem comum não há criação, por isso é preciso fortalecer e promover os movimentos coletivos, fazendo uso dos debates e controvérsias na composição de modos de ser e agir mais autênticos, que visem favorecer a produção de saúde no, para, por meio do trabalho em Saúde Mental. Para tanto, procuramos nos valer de um espaço que afirmamos ter o potencial de ativar esses processos - que são os seminários internos do CAPS – para transformar-conhecer como e se tais movimentos vêm ocorrendo no campo estudado nesta pesquisa. Faz-se pertinente, contudo, assinalar que esta é nossa aposta e nosso desejo com esta pesquisa e não uma garantia, ou ainda uma certeza de que seja possível dizer que uma equipe vá funcionar em tempo integral acessando este plano coletivo. Logo, é na afirmação da complexidade, de um comum não homogêneo encerrado em consensos, que percorremos os rastros de uma formação que se dá nos encontros – com suas finezas, mas também aflições e incertezas - entre saberes múltiplos, entre corpos-rede. Instigados e intrigados, seguiremos, não somente nesta pesquisa, caminhando movidos pela intenção de produzir mais bons encontros que aumentem nossa potência de agir.

2.2.1 Conceito de coletivo na Clínica da Atividade e outras clínicas do trabalho

Neste tópico traremos algumas referências que abordam o tema do coletivo a partir de estudos no campo do trabalho e da atividade. Com isso, pretendemos construir um alicerce mais sólido para sustentar nossa discussão nesta pesquisa, tendo em vista o que foi trazido no tópico anterior, operando, deste modo, uma composição entre as contribuições apresentadas em ambos.

Em seu estudo sobre a atividade dos operários da construção civil, Muniz *et al* (2004) apontam que com a divisão técnica do trabalho, a constituição dos ofícios²⁹, foram constituídos, conseqüentemente, regras de exercício para estes. Tais regras envolvem tanto o aspecto técnico - modos operatórios - como também as dimensões ética e social, pois são resultado do trabalho com sentido, que colaboram na produção de sentido do trabalho e da vida. Por conseguinte, o respeito às regras é o que permite garantir uma produção que compatibilize produtividade, qualidade e saúde-segurança. Para tanto, as regras de ofício devem ser cumpridas pelos coletivos de trabalho (Cru, 1987a *apud* Muniz *et al*, 2004: 239), “coletivos esses que ao longo da história construíram estas regras. O tipo de coletivo de trabalho com maior visibilidade é aquele que opera quando, numa mesma obra, trabalhadores fazem trabalhos simultâneos, um relacionado e dependente do outro e todos obedecendo às regras de ofício”. Vale ressaltar, que esta concepção de coletivo de trabalho proposta por Cru, trazida por Muniz *et al* (2004), dá suporte também às propostas da Clínica da Atividade, conforme pontua Clot em seu livro “Trabalho e Poder de Agir” (2010a: 167), por isso voltaremos a esta questão mais adiante.

Os autores acrescentam que para Cru (1987b *apud* Muniz *et al*, 2004) um coletivo de trabalho não é simplesmente o todo formado pelos trabalhadores de uma obra, e sim pelos trabalhadores que trabalham juntos, seguindo as mesmas regras. Neste sentido, coletivamente, produzem e tentam evitar os acidentes seguindo regras comuns e se comunicando por uma linguagem do ofício, construindo dispositivos que potencializem o coletivo, fazendo com que se distanciem de uma mera reprodução de concepções dominantes sobre seu trabalho. No entanto, os autores ressaltam, que quando por interferência da organização prescrita do trabalho ou mesmo por divergências com as chefias, as regras de ofício não podem ser cumpridas, o coletivo se desorganiza, ou não chega a se estruturar, ocasionando aumento dos riscos de acidentes de toda ordem, podendo emergir problemas ao nível da produtividade, qualidade e saúde.

Com o objetivo de refletir sobre as condições do trabalho do professor que atua em cursos de pós-graduação *stricto sensu*, em seu artigo Rocha e Deusdará (2011) declaram que a noção de coletivos de trabalho está longe de poder ser reduzida à ideia de equipe ou grupo de trabalho. Para confirmar esta visão, os autores

29 O conceito de ofício será melhor desenvolvido à frente.

evocam a afirmativa de Villars e Jan (s/d *apud* Rocha e Deusdará, 2011: 185) de que “uma equipe de trabalho que se sai bem é uma equipe que soube desenvolver um coletivo de trabalho. Um coletivo de trabalho ativo não é sinônimo de equipe de trabalho; [um coletivo de trabalho] é um recurso que se constrói, que se elabora e se cultiva”.

De acordo com os autores, Everaere citando Rousseau (2006 *apud* Rocha e Deusdará, 2011) pontua alguns fatores que condicionariam a construção e o funcionamento de um coletivo de trabalho.

“São eles os seguintes: (i) interdependência de proximidade; (ii) um mínimo de referencial comum; (iii) uma comunhão direta de objetivo; (iv) um tamanho necessariamente limitado; (v) espaço e tempo para permitir a discussão e o debate coletivo; (vi) um mínimo de confiança recíproca e uma certa estabilidade; (vii) preservação do “informal” intrínseco ao coletivo; (viii) recurso a uma autoridade.” (Rocha e Deusdará, 2011: 186)

Diante do que foi trazido acima, já podemos proceder a uma breve reflexão em relação à nossa pesquisa, apontando contornos e também os quesitos mínimos que possibilitam a constituição de um coletivo de trabalho no campo da Saúde Mental. Para o surgimento deste, revela-se, portanto, a necessidade dos trabalhadores da equipe do CAPS estarem próximos, contando com a participação de um número relativamente definido e estável de profissionais, que por meio de espaços de diálogo e discussões coletivas formais (supervisão/seminário), assim como dos debates cotidianos, construam uma direção comum de trabalho, com o objetivo de criar ações que favoreçam a produção de saúde aos envolvidos, e por fim, que exista um acesso aos gestores de hierarquias superiores.

Retomando Rocha e Deusdará (2011), passaremos a abordar a relevância que os autores dão aos espaços de discussão. Eles acreditam que estes são peças essenciais para a construção dos coletivos de trabalho, defendendo a posição de que os espaços de discussão representam um modo de se apropriar do trabalho nos planos cognitivo (conhecimento da atividade e aprendizagem coletiva), identitário (definição e reforço do coletivo) e político (domínio da informação e das zonas de incerteza pertinentes). Consequentemente, trata-se de uma iniciativa que só faz sentido se a organização de trabalho em questão possuir um mínimo de condição de

se abrir para a mudança, permitindo que tais espaços funcionem como exposição das diferenças, favorecendo a produção de vida e de movimento dentro e fora do trabalho.

Com base nas ideias de Bertrand e Stimec (2010 *apud* Rocha e Deusdará, 2011: 185), os autores apresentam ainda que existe uma diferença entre os espaços de discussão definidos; os “espaços de troca de informação” - que ocorrem quando a alternância de perguntas e respostas entre trabalhadores e hierarquia é assíncrona - e “espaços informais de discussão”. Neste último, os trabalhadores em conjunto interrompem suas atividades para trocar ideias, com a finalidade de ajudar uns aos outros, desenvolvendo uma regulação autônoma do trabalho no interior das equipes. E para finalizar, os autores alertam que, “enfraquecendo-se os espaços de discussão, esvai-se a potência de produzir interferência sobre sua própria atividade profissional, aprisionando, no cumprimento de tarefas que se cristalizaram como suas, a autonomia necessária.” (Rocha e Deusdará, 2011: 200)

Já Moraes e Athayde (2014), em seu estudo sobre o coletivo profissional dos motoboys, reportam-se a diversos autores e campos de estudos sobre o trabalho, para discorrer sobre o conceito de coletivo de trabalho. Com esse intuito, afirmam que a existência, estruturação e consolidação de um coletivo de trabalho requer, entre outros:

- a existência de vários trabalhadores em presença, trabalhando em uma obra em comum, partilhando regras de ofício – não se trata de regulamentos (CRU, 1987a) – e saberes de prudência que sejam socialmente reconhecidos - organizados por sistemas de autorregulação dos ritmos e modos operatórios individuais e do próprio coletivo de trabalho (CRU; DEJOURS, 1987);
- a ocorrência de princípios de gênero da atividade profissional, o que remete a um substrato transpessoal de conhecimentos, valores, discursos e uma memória impessoal que cimenta, organiza e configura o meio do qual o trabalhador irá se apropriar para executar as suas tarefas, permitindo o intercâmbio entre si e os demais companheiros (CLOT, 2006);
- uma determinada linguagem de ofício, partilhada pelos trabalhadores e eliciada em discursos mais ou menos comuns (BOUTET, 1993, 1998);
- psicodinâmica do reconhecimento (DEJOURS, 2002, 2004, 2012), referindo-se ao julgamento – especialmente fecundo aquele empreendido pelos pares – às contribuições de cada trabalhador para resolução e enfrentamento dos problemas emergentes no trabalho concreto, o que evita a fragmentação do coletivo e mantém um sentido de coesão na equipe;
- para que esta psicodinâmica opere é imprescindível a existência de um espaço público interno de discussão, a confiança (com relação ao conhecimento e respeito

às regras) e a cooperação entre pares, permitindo que a inteligência astuciosa dê um salto qualitativo em relação a uma sabedoria da prática; • um determinado período de tempo, bem como certa constância nos contatos transcorridos entre pessoas que permanecem em uma profissão (CLOT, 2006; DEJOURS, 2004); • viabiliza a proximidade entre os modos de encarar a vida, a proliferação de engajamentos subjetivos e a explicitação de prazeres, sobretudo perante aquilo que Cru (1987b) denomina “arte de viver”. (Moraes e Athayde, 2014: 333)

Tendo em vista essa rápida exploração de como o tema do coletivo de trabalho tem sido concebido por autores das clínicas do trabalho, nos cabe agora apresentar as considerações da Clínica da Atividade a respeito do tema do coletivo. Para tanto, iniciaremos discorrendo sobre a relação trabalho coletivo e coletivo de trabalho, visto que ambos se diferenciam mas não se separam. Nesta perspectiva, estamos de acordo com a Clínica da Atividade, que afirma que o trabalho é sempre coletivo, mesmo quando um trabalhador está agindo sozinho ou em situação de aparente isolamento, pois segundo Clot & Caroly (2004, *apud* Clot, 2010a: 34), o trabalho coletivo é aquele que “mantém a atividade conjunta sobre o e em torno do objeto trabalhado”. Somando-se a essa definição, podemos resgatar a abordagem histórico-desenvolvimentista que fundamenta as propostas da Clínica da Atividade. Ela tem nas contribuições de Vigotski sua principal influência, ao tomar a inseparabilidade entre indivíduo e coletivo. Uma vez que, esse autor acredita que a vida coletiva é tanto a fonte inicial da atividade individual, como posteriormente se torna recurso para tal atividade. Assim, no trabalho, o sujeito primeiramente lança mão do arcabouço coletivo construído historicamente naquele meio, para depois criar por intermédio dessa sua própria atividade laboral, o que nos leva a afirmar que o trabalhador nunca está inteiramente só. Nas palavras de Clot (2010a: 23) “ao produzir seu meio para viver com, ou contra, os outros, ao dirigir-se a eles ou dar-lhes as costas, mas sempre em comparação com eles e em contato com o real, é que o sujeito se constrói.”

Neste ponto, acreditamos ser interessante recorrer à Marx (1996a), que defende que a forma mais simples de trabalho coletivo acontece quando muitos se completam mutuamente fazendo o mesmo ou algo da mesma espécie. De modo mais detalhado, o produto parcial de cada trabalhador, na forma de um degrau particular no desenvolvimento do mesmo artigo, faz com que cada trabalhador ou grupo de trabalhadores forneça ao outro sua matéria-prima, conseqüentemente, o resultado do trabalho de um constitui o ponto de partida para o trabalho do outro e assim um

trabalhador ocupa, portanto, diretamente o outro. Na concepção de Marx, “todo trabalho diretamente social ou coletivo executado em maior escala requer em maior ou menor medida uma direção, que estabelece a harmonia entre as atividades individuais e executa as funções gerais que decorrem do movimento do corpo produtivo total, em contraste com o movimento de seus órgãos autônomos” (Marx, 1996a: 447).

Marx (1996a) elucida ainda que, a forma mais desenvolvida de trabalho coletivo se efetiva por meio da cooperação, definida pelo autor como a “forma de trabalho em que muitos trabalham planejadamente lado a lado e conjuntamente, no mesmo processo de produção ou em processos de produção diferentes, mas conexos” (Marx, 1996a: 442). Sublinha, no entanto, que não se trata apenas do aumento da força produtiva individual por meio da cooperação, mas da criação de uma força produtiva que tem de ser, em si e para si, uma força de massas, já que ao cooperar com outros de um modo planejado, o trabalhador se desfaz de suas limitações individuais e desenvolve a capacidade de sua espécie. Assim, se o processo de trabalho é complicado, a massa dos que trabalham juntos permite distribuir as diferentes operações entre diferentes braços e, portanto, executá-las simultaneamente, e em virtude disso encurtar o tempo de trabalho necessário para fabricar o produto global. Sendo que, “só o produto comum dos trabalhadores parciais transforma-se em mercadoria” (Marx, 1996a: 469/470). Mas à frente, Marx afirma enfim que “com o caráter cooperativo do próprio processo de trabalho amplia-se, portanto, necessariamente o conceito de trabalho produtivo e de seu portador, do trabalhador produtivo. Para trabalhar produtivamente, já não é necessário, agora, pôr pessoalmente a mão na obra; basta ser órgão do trabalhador coletivo, executando qualquer uma de suas subfunções” (Marx, 1996b: 137/8).

Após essa introdução ao conceito de trabalho coletivo, podemos agora nos debruçar sobre o conceito de coletivo de trabalho na visão da Clínica da Atividade. De saída, podemos resgatar o que já citamos anteriormente, que este campo teórico-prático toma por referência o conceito forjado por Damien Cru. Segundo o qual, para que se configure um coletivo de trabalho tem de haver, “simultaneamente, vários trabalhadores, uma obra e linguagem comuns, determinadas regras de ofício, além do respeito duradouro dessas regras por cada um, o que impõe uma evolução individual que vai do conhecimento das regras à sua interiorização” (Cru, 1995 *apud* Clot, 2010a:167).

Neste sentido, o coletivo de trabalho diz da colaboração, cooperação, co-atividade entre vários trabalhadores, que mediante uma elaboração coletiva, constroem um referencial comum para desenvolver suas atividades em um espaço e momento situados. A negociação coletiva que funda o referencial comum torna possível superar os conflitos para a realização da atividade, devendo ainda aumentar o poder de agir do coletivo de trabalho. Com essa finalidade, Clot (2013: 8) se diz “convicto de que todo coletivo digno desse nome é forçosamente heterogêneo. E a manutenção dessa heterogeneidade permite chegar a ver o real de maneira mais segura, de voltar a ele e revirá-lo. A heterogeneidade é até mesmo um instrumento de vigilância.”

A partir do conceito de D. Cru para coletivo de trabalho, Clot (2013) assegura que não apenas a pessoa está em um coletivo, mas também o coletivo passa pela pessoa, uma vez que este se converte em diálogo interior a serviço de sua atividade própria. Nessa direção, o trabalhador faz uso do “teclado coletivo para poder lidar sozinho com a situação, amplitude de opções na qual pode tocar sua própria música singular. [...] O coletivo do qual falamos permite a cada um “tomar liberdades” *com* ele, nos vários sentidos da palavra” (Clot, 2013: 9). Desse modo, enquanto encontro entre trabalhadores em um dado local e com objetivos compartilhados, o coletivo de trabalho se apresenta como recurso e também como suporte para as criações cotidianas, num movimento constante em que trabalhadores se fazem ao mesmo tempo em que constroem suas ações. Em resumo,

“Nos dilemas do trabalho concreto, um coletivo que toma essa referência sempre incompleta, sempre em debate, obriga cada um a se determinar. A se tornar um pouco mais único em seu gênero, mais singular no seu trabalho. Queremos, então, falar de um coletivo que deixa a desejar. Esse coletivo não é apenas um “pertencimento” a adotar, mas um instrumento de trabalho pessoal, para usar e cuidar em conjunto. É, de algum modo, um limite a desenvolver.” (Clot, 2013: 9)

Diante disso, Clot (2010a) observa que, sem as trocas repetidas com o trabalho dos outros, sem o trabalho coletivo em que se negocia a entrada no coletivo de trabalho, existem fortes possibilidades de que se permaneça prisioneiro da alternativa perigosa entre prescrição oficial e transgressão individual. Visto que, é no bojo da constituição do comum que revela-se o potencial de criação de outros modos de ser e estar nas atividades de trabalho. E dessa forma, em consonância com as

ideias de Clot (2013), para que a organização do trabalho possa encontrar novas margens de manobra, é preciso assumir um compromisso com os coletivos e com os confrontos com as possibilidades contidas nas atividades impedidas que se fazem presentes nos contextos de trabalho. Nessa direção, Clot (2013: 5) salienta que “a luta contra as “doenças do trabalho” consiste menos em suprimir as doenças e mais em cuidar da saúde, ou seja, desenvolver “entre as coisas” relações que não surgiriam sem nós, que são o produto da atividade humana”, pois no trabalho, a saúde exige uma reciprocidade que não seja somente uma reciprocidade de “urgência”.

Na sequência,

“Vamos propor, portanto, considerar a cooperação possível, ou impossível, em um coletivo de trabalho como a re-criação na ação e para a ação de uma história que, por não pertencer a alguém em particular, apresenta-se (ou não) como um instrumento pessoal para cada profissional. Essa história do meio de trabalho – que será qualificada, também, como memória genérica ou transpessoal desse meio – está, para nós, baseada em formas sociais revistas e corrigidas na atividade de cada sujeito. A história de um meio profissional tem continuidade se – e sem qualquer exceção – os homens que vivem aí conseguem transformar sua experiência vivida e sedimentada em instrumento para viver novas experiências.” (Clot, 2010a: 168)

Com base na afirmação acima, podemos, neste momento, trazer uma das contribuições mais importantes ofertadas pela Clínica da Atividade, qual seja a de gênero³⁰ da atividade profissional. Este refere-se justamente à história de um meio profissional, um repertório coletivo de ações, recursos, gestos, olhares e discursos construídos ao longo da história de cada círculo profissional, que buscam apoiar e potencializar a criação dos trabalhadores, desempenhando um papel decisivo nas atividades de trabalho. Trata-se de uma memória, que nas palavras de Clot presentifica “não só a heterogeneidade contemporânea das variantes profissionais, mas também a totalidade aberta das vozes que continuam, oriundas do passado,

30 Clot (2010a) explica que a noção de gênero foi tomada de empréstimo do linguista Mikhail Bakhtin. Este propõe o conceito de “gênero do discurso” para explicar que nossos enunciados possuem formas relativamente estáveis e típicas de construção do todo. Segundo Bakhtin (2003: 282) “nós moldamos o nosso discurso por determinadas formas de gêneros, às vezes padronizadas e estereotipadas, às vezes mais flexíveis, plásticas e criativas”. Sendo que, os gêneros do discurso nos são dados quase como nos é dada a língua materna, pois aprendemos a construir nosso discurso ouvindo o discurso alheio. Para o autor, nós falamos por gêneros diversos e a escolha por empregar um determinado gênero é feita pela especificidade de um dado campo da comunicação discursiva, por considerações temáticas, pela situação concreta, pela composição pessoal dos seus participantes, etc. A maioria dos gêneros são abertos a uma reformulação livre e criadora, contudo “é preciso dominar bem os gêneros para empregá-los livremente” (Bakhtin, 2003: 284).

falando no presente, inclusive de maneira anônima, para dizer o que é adequado, ‘deslocado’ ou inacabado no ofício.” (Clot, 2010a: 170)

Nesta mesma obra, o autor explica que o gênero profissional coletivo retém a memória transpessoal de um meio, pois por intermédio de seus “falares” e “toques” comuns, assim como pelas regras implícitas que constituem sua trama, o gênero conserva uma função psicológica para cada trabalhador. Na medida em que ele serve para agir, defender-se ou tirar o melhor partido da situação de trabalho, trata-se, portanto, de uma ferramenta que não se limita apenas a fazer existir as atividades em sua realização aqui e agora, mas também vai prepará-las, apoiá-las e orientá-las. Na visão de Clot (2010a), o gênero configura-se como um pré-elaborado social, que apesar de não depender da prescrição oficial, a traduz, a revitaliza e, se preciso, a contorna. Assim,

“trata-se de um sistema flexível de variantes normativas e de descrições, comportando diversos cenários e um jogo de indeterminação que nos diz como funcionam aqueles com quem trabalhamos, como agir ou abster-se de agir em situações precisas; e como conduzir a bom termo as transações interpessoais exigidas pela vida em comum, organizada em torno dos objetivos de ações.” (Clot, 2010a: 125)

De acordo com Clot (2013), essa história forma o perímetro das ações encorajadas ou inibidas em um dado meio profissional, desenhando a palheta dos gestos possíveis ou impossíveis, dando possibilidade ao profissional de escolher não apenas um certo gesto, mas também criando um outro mais elegante. “Essa história tem como horizonte o desenvolvimento do poder de agir dos sujeitos sobre a organização do trabalho, para além da organização do trabalho; sobre a instituição³¹, para além da instituição. Essa história é – em maior ou menor grau – um recurso decisivo para que a instituição conserve um devir e os sujeitos, sua saúde.” (Clot, 2013: 7)

Desse modo, tem de haver o uso do repertório coletivo pelo coletivo de trabalho, isto é, o coletivo de trabalho precisa estar não só conectado ao gênero, mas precisa desenvolvê-lo nas criações da atividade. Passado e presente vivos e ativos, ligados em prol da ação coletiva (e individual, já que não se separam). Portanto, o gênero nunca está acabado, não é sedentário e nem fechado, precisa, para manter

31 O termo instituição aqui não é o proposto pela Análise Institucional. Acreditamos que o autor esteja se referindo ao ambiente, ao estabelecimento onde o trabalho é realizado.

sua vitalidade e função, estar sempre em movimento. Conforme aponta Clot (2010a: 170), o “gênero conserva seu passado quando um círculo profissional consegue – quase sempre, apesar de tudo – transformar esse passado em meio de viver o presente, ou seja, paradoxalmente, em lembrança do futuro.”

Tendo em vista que procuramos em nossa pesquisa pautar o trabalho em equipe, que inclina-se a formar um coletivo de trabalho que é composto por trabalhadores com diferentes formações acadêmicas e profissionais. Quando falamos sobre o gênero, acreditamos que podemos deslocar tal conceito para abarcar a diversidade encontrada na equipe, pois entendemos que estamos abordando aqui o trabalho no campo da Saúde Mental. O qual por si só, já comporta tal diversidade, e assim, afirmamos o gênero da atividade profissional trabalhador em Saúde Mental, como aquele que porta a história transpessoal do trabalho neste campo. Não queremos, contudo, disseminar a ideia de que não há diferenças e distinções entre os vários campos profissionais, pois reconhecemos sim essas diferenças. No entanto, nosso esforço nesse texto é em busca de ratificar a importância da participação dessa heterogeneidade na construção desse trabalho, no coletivo de trabalho e no gênero em Saúde Mental. À respeito do gênero da atividade profissional trabalhador em Saúde Mental, podemos encontrar relevante contribuição na produção de Albuquerque (2010). A autora explica que

“Sabemos que, dentro das equipes dos CAPS, vários ofícios com gêneros estabelecidos convivem, tendo também, por estarem exercendo seus ofícios num serviço da reforma psiquiátrica, uma nova configuração de gênero específica de “trabalhador de saúde mental”, ainda em precoce construção. Poderíamos dizer que o gênero “trabalhador de saúde mental” tem como característica manter uma indeterminação no que se refere à lógica dos especialismos. Falamos aqui de especialismos e não especialidades, no que essa possa ter num melhor sentido da palavra. A negação do especialismo não nega a especialidade. Há lugar sim para ações dirigidas que exigem um tipo de formação da especialidade.” (Albuquerque, 2010:74)

Diante disso, mais uma vez, estamos aqui procurando dar relevo ao trabalho desenvolvido pelo coletivo de trabalho do CAPS estudado, ressaltando ainda que tal coletivo faz operar o gênero trabalhador em Saúde Mental, movimentando-o, ampliando-o e renovando-o à medida em que constrói suas atividades no debate dos recursos contidos nesse gênero. Nesse sentido, reforçamos nossa aposta que ao trazermos à cena as discussões situadas no contexto desse CAPS, estaremos em

última instância, abordando também um processo mais amplo, multiplicando e buscando disseminar ainda mais recursos para todo o campo da Saúde Mental. Pode ser que essa intenção pareça um tanto presunçosa, mas ainda assim vale a pena tentar!

Já que estamos discorrendo acerca do conceito de gênero profissional formulado pela Clínica Atividade, faremos um breve recorte, para pontuar algo que nos parece um tanto curioso. Apesar de não ter recebido um aprofundamento e sistematização anterior, os elementos deste conceito mostravam-se presentes até mesmo em Marx (1996a). Visto que, para o autor de “O Capital”

“A repetição contínua da mesma ação limitada e a concentração da atenção nela ensinam, conforme indica a experiência, a atingir o efeito útil desejado com um mínimo de gasto de força. Mas como diferentes gerações de trabalhadores sempre convivem simultaneamente e cooperam nas mesmas manufaturas, os truques técnicos do ofício assim adquiridos se consolidam, acumulam e transmitem rapidamente.” (Marx, 1996a: 455/6)

Voltando à Clínica da Atividade, Ruelland-Roger (2013), entretanto, nos diz que o gênero pode petrificar-se, tornando-se rígido, o que acarreta embaraços e mal-entendidos nos diálogos entre os profissionais e fracassos na ação. Na medida em que se torna difícil para os trabalhadores pactuar acordos sobre obrigações compartilhadas, recriando com e os recursos genéricos, cada um, sozinho, padece no enfrentamento entre seus modos pessoais de fazer e as prescrições. Dessa maneira, consideramos mais do que pertinente para os objetivos de nossa pesquisa, apoiados em Clot (2010a), afirmar que na ausência de previsíveis genéricos disponíveis, a saúde se degrada no ambiente de trabalho. Com efeito, o coletivo profissional reduz-se, então, a uma reunião de indivíduos expostos ao isolamento - o trabalho coletivo é privado de coletivo de trabalho. Tal assertiva expõe de forma clara a relevância de estudos como o nosso, uma vez que buscamos aqui marcar a profunda necessidade de se investir na construção de um coletivo de trabalho forte e ativo, para então, ser possível fomentar a produção saúde de modo geral. Ou seja, para produzir ações potentes para a vida dos usuários, não se pode prescindir da valorização do trabalho no campo da Saúde Mental, que tem como condição a constituição e sustentação de coletivos de trabalhadores. Estes irão, por sua vez, através de discussões coletivas

lançando mão dos recursos do gênero, produzir um comum, conforme diz Passos (2013) “como prática de, para, com, através de qualquer um”.

Ruelland-Roger (2013) nota que o gênero não é um conjunto de normas externas às quais os trabalhadores devem se conformar, mas, sobretudo, condiz com um enquadramento que permite aos profissionais disporem de esquemas operatórios e simbólicos já constituídos para compor outros em situação, assim é o dado a se recriar na ação. Nessa perspectiva, o gênero é um meio de ação que necessita manutenção, pois sua vitalidade depende das criações estilísticas de cada um nas situações concretas de atividades. Com isso, introduz-se aqui o conceito de estilo, parceiro indispensável do gênero quando se trata do processo de criação no trabalho. Isto se deve ao fato de que, segundo Clot (2010a), o estilo é uma metamorfose do gênero em curso de ação, ou ainda, o retrabalho dos gêneros em situação. De modo mais sutil, estamos falando sobre os movimentos de aperfeiçoamento, de ajuste e de transformação que definem a função criadora dos estilos da ação pessoal. Ressalta-se ainda seu caráter duplamente dinâmico, tendo em vista que implica tanto uma liberação do trabalhador do gênero profissional em questão - não negando-o, mas levando este a se renovar – assim como, provoca um questionamento dos pressupostos psíquicos e relacionais pessoais deste trabalhador, também provocando seu desenvolvimento. Nas palavras do autor, a criação estilística permite um duplo enriquecimento, qual seja “o enriquecimento dos contatos sociais consigo mesmo e o das relações pessoais estabelecidas com os outros” (Clot, 2010a: 130). Em suma, para Clot (2010a: 180) “a estilização do gênero pela experimentação sobre suas variantes, por iniciativa de cada um e de todos no decorrer da atividade, confirma o poder de agir de um coletivo sobre a organização oficial do trabalho”. Portanto, transportando esta ideia para nossa pesquisa, é plausível conceber que os trabalhadores por meio de suas atividades, configuram experiências singulares que remontam a um saber constituído em comum, com seus referenciais que aqui podemos afirmar como sendo provenientes do gênero trabalhador em Saúde Mental, mas que também descortinam novas montagens baseadas nos encontros concretos e afetivos com os usuários, lançando mão de seus próprios estilos.

Quando afirmamos, alinhados com Ruelland-Roger (2013), que o gênero do meio profissional só conserva seu papel de recursos na atividade dos sujeitos quando permite as recriações estilísticas, isso supõe a aposta nos diálogos diversificados, informais ou formais, entre profissionais. Os quais, desta forma, podem

chegar à validação coletiva de novas variantes estilísticas melhor ajustadas às novas condições da ação. Acreditamos que tais diálogos, prenes de possibilidades inusitadas e também por vezes abandonadas em outros momentos nos conflitos do real da atividade, possam produzir trocas recíprocas, desde que o contexto de trabalho favoreça ou ao menos não impeça essas trocas, sejam elas formais ou não. Por isso, em nossa pesquisa, insistimos na necessidade de garantir os espaços-tempos de discussão, nos quais sejam construídos novos modos de ser, estar, sentir e se afetar com o trabalho em Saúde Mental.

Nesse momento, depois de termos visitado os conceitos de trabalho coletivo, coletivo de trabalho, gênero da atividade profissional e estilo, devemos situar mais uma noção fundamental ao campo de estudos do trabalho, para então, darmos um contorno mais claro ao tema do coletivo. Com isso, estamos nos referindo ao conceito de ofício. Clot (2013) expõe que um ofício não é somente uma prática, uma atividade ou uma profissão, visto que o ofício é ao mesmo tempo pessoal, impessoal, interpessoal e transpessoal, pressupondo uma discordância criativa entre essas quatro instâncias. O ofício é impessoal por conter, inicialmente, as descrições definidas pela organização formal do trabalho por meio de tarefas prescritas ou de funções a serem cumpridas. Nesse sentido, a instância impessoal é a mais descontextualizada e por isso necessita ser vitalizada pelo exercício das outras instâncias, e assim, são nas trocas interpessoais entre os profissionais de um dado ofício, nas discussões com outros, que se pode repensar e realizar as tarefas.

Conforme explica Clot (2013), o ofício é também transpessoal, já que atravessado por uma história coletiva que passou por muitas situações e dispôs de sujeitos de diferentes gerações a responderem por ela, formando, assim, um gênero profissional. A história transpessoal do ofício que cada um traz em si é objeto do “ofício ao quadrado”, esse “segundo ofício” vive graças ao coletivo de trabalho que deve assumir a função de cuidado do gênero, caso possua o sentimento de partilha desta mesma história. E finalmente, o trabalhador depois de utilizar as prescrições impessoais de sua tarefa, como um modelo resfriado a ser descongelado em atividade no seio do trabalho interpessoal, com a ajuda dos pressupostos da história comum transpessoal, pode então tornar-se um profissional a título pessoal. Em outras palavras, ao entendermos que o ofício por ser nômade precisa operar por ligação-desligamento entre suas quatro instâncias, a partir da leitura de Clot (2010a), um

trabalhador é capaz de responsabilizar-se pessoalmente pelo devir do ofício, no momento em que

“Desse conflito vai emergir essa “digestão” da prescrição que transforma o novato em um trabalhador experiente capaz de assumir certas liberdades, ao mesmo tempo, com a tarefa e com o gênero profissional, porque ele domina os dois. Paradoxalmente, a atividade profissional é, enfim, pessoal, o que ela não era no começo. Ela acabou por fazer seu o ofício impessoal e transpessoal, graças aos recursos interpessoais do coletivo.” (Clot, 2010a: 297)

Em concordância com Clot (2013), podemos perceber, portanto, que o ofício não é sedentário, posto que ele vive, justamente graças às migrações funcionais que formam tanto ligações possíveis e impossíveis quanto rupturas entre essas quatro instâncias. Nesta perspectiva, um ofício se apaga quando, por razões sempre singulares, o movimento entre as atividades reais pessoais e interpessoais, a história coletiva transpessoal e as tarefas prescritas impessoais se encontram interditas, prejudicando a saúde no trabalho. Para Clot (2010a), um ofício privado dos recursos vitais do trabalho coletivo interpessoal, sem interlocutor transpessoal, pode degenerar em um face a face devastador entre um exercício pessoal solitário e várias injunções impessoais factícias. O autor exclama, por fim, que não é o único “a constatar quanto a deflação do “debate de ofício” é um excelente indicador da inflação que se segue de querelas pessoais que frequentemente envenenam os meios de trabalho.” (Clot, 2013: 8)

O lado contrário desse movimento, segundo Clot (2010a) representaria a multiplicação dos contextos de exercício do ofício, sua proliferação na vida concreta, não só lhe conservando a vitalidade, como ainda enriquecendo-o pela agregação de novos elementos. O autor acrescenta que vários gêneros profissionais podem tanto convergir quanto conflitar dentro do mesmo ofício, o que pode ser de grande utilidade para os confrontos vitais do ofício, facilitando seu desenvolvimento. Isto porque, “o ofício absorve os conteúdos técnicos, cognitivos e afetivos, tirados de todo o contexto profissional em que ele se faz atualmente, alimenta-se deles [...] porque o círculo de suas possibilidades se amplia em função do poder de agir efetivo em cada situação singular” (Clot, 2010a:294).

Nessa direção, Clot (2013) sublinha que a melhor maneira de defender um ofício é questioná-lo, atacando-o coletivamente para forçar seus limites, cultivando os

afetos, as técnicas e as emoções que o mantêm vivo. Portanto, não se deve negar o conflito,

“Creio, ao contrário, que o prazer de reencontrar a vitalidade coletiva da atividade passa necessariamente por um desprazer: o do engajamento deliberado na paciente decifração das diferentes maneiras de fazer a mesma coisa, o de inventariar as questões de ofício deixadas à margem, aquelas de diferentes profissionais recobertas pelas meias verdades que são contadas, as versões autorizadas e os discursos batidos” (Clot, 2013: 8)

Em vista disso, a proposta de intervenção na Clínica da Atividade procura trabalhar sobre as histórias coletivas das profissões que se transmitem, apoiando a construção do coletivo. Conforme pontua Clot (2006), neste campo de estudo-intervenção trabalha-se na direção de uma implicação subjetiva no trabalho em prol do coletivo que é a profissão como história comum. Embora, muitas vezes isso vai de encontro ao que a gerência em alguns contextos de trabalho busca, que seria a fabricação de uma coleção de indivíduos. Para tanto, quando se trata de uma intervenção que trabalha nessa direção, o autor sublinha que é preciso tomar uma posição forte, não neutra, uma vez que “o nosso trabalho tem uma ancoragem muito, muito forte sobre a qualidade do trabalho, que é também da beleza do gesto bem feito, da coisa bem pensada, da coisa alcançada. Essa é a melhor garantia da saúde. E isso não é negociável” (Clot, 2006: 105).

Clot (2007) afirma que o trabalho é ao mesmo tempo a atividade coletiva e o procedimento psíquico mediante o qual o sujeito procura resolver um problema, ou seja, a função psicológica do trabalho possui uma dupla e indissociável significação, trabalho sobre si e trabalho no mundo dos outros e das coisas. Portanto, o trabalho para produzir efeitos positivos, necessita de criação, de um processo concomitante de composição entre o corpo (conjunto de relações) do trabalhador em si e outros corpos durante sua atividade, o que representa um aumento de sua potência e também o transforma ao longo deste processo. Assim, a “função psicológica do trabalho residiria ao mesmo tempo no patrimônio que ele fixa na atividade (conjunta e dividida) exigida pela conservação e pela renovação desse patrimônio. Sua função psicológica é uma função vital: simultaneamente atividade de conservação e de transmissão e atividade de invenção e de renovação” (Clot, 2007: 80). Deste modo, saúde e trabalho se

encontram neste processo de criação, de composição, de produção de subjetividade, que tem por base o comum, o coletivo.

Diante disso, em nosso caso, por se tratar de uma pesquisa-intervenção que toma como referência a proposta da Clínica da Atividade, apostamos no potencial de um espaço já formalizado de discussão no CAPS – o seminário interno – para desenvolver a presente pesquisa. Isso porque, acreditamos na utilidade e importância desse espaço, o qual permite o debate e conseqüente construção de propostas, diretrizes, ações e ideias em comum, apresentando-se com propriedade como um dispositivo de cultivo dos conflitos e de controvérsias. Justamente por isso, traz a efervescência da heterogeneidade na composição das atividades de trabalho no e para além do CAPS, possibilitando o desenvolvimento nos níveis impessoal, interpessoal, transpessoal e pessoal. Tal complexidade colocada aos trabalhadores em seu cotidiano, reforça, especialmente, a necessidade de um coletivo forte que se configure tanto como suporte quanto desafio a ser enfrentado, incrementado e ampliado. Nessa direção, fim de esclarecer de forma mais cuidadosa como se dá a configuração entre os gêneros e ofícios no trabalho em Saúde Mental, voltaremos a esta discussão logo à frente.

Para concluir este tópico, vamos tentar discutir a questão do coletivo formulando nosso entendimento do que foi apresentado ao longo deste, procurando com isso, transportar essa explanação para o contexto da presente pesquisa.

Pois bem, então compreendemos que existe um trabalho coletivo quando várias pessoas estão executando este trabalho. Já o coletivo de trabalho se forma quando essas pessoas, a equipe de trabalhadores do CAPS, começa a trabalhar em conjunto, com direção e regras em comum, debatendo sobre como executar esse trabalho, seja nos espaços formais (supervisão/seminários) ou informais de discussão. Nesse diálogo e construção das ações e direções em comum, laçam mão dos recursos do gênero profissional, os referenciais transpessoais de uma história coletiva do trabalho em Saúde Mental, que serão combinados, descartados e renovados de acordo com o objetivo e o objeto da ação concreta.

Em outras palavras, no CAPS existem vários profissionais trabalhando ao mesmo tempo, mas quando estes conseguem estabelecer uma troca, uma construção comum das ações por meio do diálogo sobre as tarefas prescritas, os recursos do gênero e as criações estilísticas, aí então, a equipe transforma-se num potente coletivo de trabalho em saúde mental. O qual, por sua vez, é produto e produtor nesse

processo criativo, que é pessoal, impessoal, interpessoal e transpessoal, por isso sempre coletivo.

2.2.2 Outros operadores conceituais relevantes ao trabalho em Saúde Mental

Para enriquecer nossa discussão, buscamos em Campos (2006) a noção de Clínica Ampliada, que é bastante cara para o campo da Saúde Coletiva, assim como para a Saúde Mental. Esta concepção epistemológica e organizacional denominada de Clínica Ampliada e compartilhada, preconiza uma reconstrução do trabalho clínico que não se atenha somente à dimensão biológica, visando incluir as dimensões social e subjetiva no cuidado em saúde. Nesse intuito, defende uma clínica do sujeito em contraposição à uma objetificação das doenças, assim a principal ampliação sugerida é em relação ao “objeto de trabalho” da clínica, que deve sempre considerar que os problemas de saúde/doença estão encarnadas em pessoas, em sujeitos. Outra fundamental ampliação diz respeito à finalidade do trabalho clínico, a qual além de empenhar-se em prol da produção de saúde por vários meios, buscará ainda contribuir para o aumento do grau de autonomia do usuário. Autonomia esta que está referida tanto aos modos de vida e de relação do usuário, como, especialmente, pretende possibilitar uma forma de pacto de co-responsabilização entre clínico e usuário no processo de cuidado. Nessa perspectiva, podemos depreender que a Clínica Ampliada na Saúde Mental visa promover o acolhimento do sujeito de forma integral, de modo que o sofrimento mental deste seja tomado como um acontecimento que marca sim, mas que não define nem paralisa sua vida como um todo. E portanto, como profissionais implicados na promoção de saúde, devemos junto aos usuários e familiares, procurar sempre os meios mais pertinentes e potentes de criar novas conexões que aumentem o poder de agir dos que nos procuram. Sem deixar de lado, porém, que com isso estaremos (ou devemos estar) produzindo saúde para nós mesmos, já que trabalhar é criação de si e de mundo.

Encontramos no trabalho de Andrade (2014) uma parceria interessante para nos auxiliar a compreender melhor o processo de composição do trabalho

clínico³², em nosso caso, no campo da Saúde Mental. A autora afirma a supervisão coletiva como dispositivo para aumentar o poder de agir dos clínicos, já que “tornar-se clínico é um processo que nunca encontra um fim, é processo permanente. Portanto, a supervisão – encarada por nós como parte desse processo de formação – também se torna permanente” (Andrade, 2014: 11). Em vista disso, em nossa pesquisa, estamos considerando tanto a supervisão clínico-institucional quanto os seminários internos como dispositivos dessa natureza. Dado que sustentamos, afinados com outros autores já apresentados, o mérito de se contar com espaços de discussão como estes na construção das direções comuns de objetivos e ações para o trabalho no CAPS, que dizem respeito à formação dos profissionais em serviço. Compreendemos que tal formação está diretamente ligada à possibilidade de partilha do gênero da atividade e participação no coletivo de trabalho, uma vez que são, principalmente, nesses espaços de discussão que são reformulados e inventados novos modos de ser, agir e pensar nas situações de trabalho. Conforme pontua a autora “é nesse movimento de contar a experiência para que ela se transforme, que o gênero é transformado, uma vez que não é apenas o caso que está sendo contado que muda, mas o próprio clínico é afetado pelas mudanças, assim como todos que estão partilhando esta experiência.” (Andrade, 2014: 52)

Portanto,

“A importância da supervisão coletiva está justamente em seu potencial de nos arrancar dessa prática solitária, não apenas porque nos coloca junto com outras pessoas, mas porque dá a possibilidade de nos diferenciarmos de nós mesmos, das práticas que já tínhamos naturalizado e na qual estávamos um tanto endurecidos. A supervisão coletiva é um dispositivo que serve para aumentar o poder de agir do clínico, ao fazê-lo pensar sua atividade.” (Andrade, 2014: 12)

A partir das palavras da autora, conseguimos alcançar de que forma se dá o processo de formação em serviço realizado nos dispositivos de discussão coletiva. Ou ainda, é possível vislumbrar o movimento entre as instâncias do ofício apresentadas anteriormente, pois ao longo do debate em supervisão/seminário, neste encontro de vários (interpessoal), estabelece-se um diálogo com os modos pessoais de ser, estar e agir no trabalho, assim como defronta-se com os pressupostos

32Andrade (2014) se refere à Clínica no mesmo sentido de Passos e Barros (2001), o qual apresentamos anteriormente. Já no que tange nossa pesquisa, utilizaremos também o conceito de Clínica Ampliada oferecido por Campos (2006).

transpessoais do gênero e impessoais das prescrições, para fazer despontar a atividade. E assim, mais uma vez retornamos ao processo de criação de si e de mundo que estamos abordando desde o princípio.

Andrade (2014) propõe pensarmos a clínica como um “trans-ofício”. Lembrando que ofício não é sinônimo de profissão, a autora declara que o ofício do clínico compõe-se por uma multiplicidade de atravessamentos, comportando em si diferentes profissões e ocupações. Sendo que, na visão de Andrade, há um gesto que caracteriza este ofício a partir de seu gênero, gesto clínico que na verdade é processo, o da sintonia do afeto. Nesse sentido, o ofício clínico tem como base por um lado um conhecimento que se dá no fazer, e por outro um trabalho teórico sobre esse fazer. Nas palavras de Andrade (2014: 79) a clínica “se faz então nesse entrelaçamento de saberes e experiências³³”. Logo, para além das formações acadêmicas, encontra-se de novo a importância dos espaços de formação coletiva em serviço – supervisão e seminário interno - pois a experiência só pode ser reconhecida quando ela pode servir como meio para se viver outras experiências, na medida em que é revisitada pelo coletivo durante os diálogos pessoais e coletivos.

Enfim, a autora conclui que o gênero clínico, que compõe esse trans-ofício precisa comportar um elevado grau de abertura à diversidade, posto que a multiplicidade é o próprio material constitutivo da clínica. Com efeito, para quem já esteve nessa posição, fica bastante evidente a incerteza do encontro clínico, posto que é sempre singular, sempre situado nos níveis técnico-operacionais, relacionais-afetivos e espaço-temporais. Além disso, em concordância também com Campos, se faz imprescindível incluir o saber, a história e os contextos de vida dos usuários na elaboração das direções e atividades de trabalho em Saúde Mental. Em suma, a complexidade deste campo está permanentemente implicada com os saberes do coletivo, dos trabalhadores, dos usuários, dos familiares e da comunidade em que se insere. Dessa forma, sublinhamos a impossibilidade de separar estes aspectos no momento de composição do trabalho e portanto, haja suporte coletivo para sustentar essa função!

À título de conclusão deste tópico, com base no que abordamos até agora, tentaremos explicar como estamos concebendo o trabalho em Saúde Mental a partir

33 Neste caso, Andrade não utiliza o conceito de experiência inspirado em Benjamim, mas por outro lado, acreditamos ser pertinente manter o termo usado pela autora, pois entendemos que a ideia transmitida neste trecho também não se distancia de nossa proposta.

dos referenciais propostos pela Clínica da Atividade. Porém, estamos certos de que nessa missão, seremos um tanto rasos e breves, o que aponta, com efeito, a necessidade da continuação desse debate, deixando rastros para a construção de outras pesquisas nesse campo. Imbuídos desse interesse, tomaremos como ponta pé inicial o trabalho de Albuquerque (2010). A autora, como vimos anteriormente, assevera que dentro das equipes dos CAPS, vários ofícios com gêneros estabelecidos convivem, para com isso constituir uma nova configuração de gênero, o gênero trabalhador de saúde mental. Isto se deve ao fato de que, é por meio das ações, direções e regras construídas em comum pelos trabalhadores de diferentes campos profissionais e práticos, que se funda esse novo gênero. Este, vale ressaltar, tem como prerrogativa exatamente essa junção entre diferentes, vislumbrando o sólo fértil necessário ao campo da Saúde Mental. De acordo com Albuquerque (2010: 76), neste trabalho “os ofícios não se fundem, mas precisam coexistir de forma a se complementarem produtivamente. Nessa complementação nasce o diferencial do que venha a ser o trabalhador de saúde mental.”

Desse modo, podemos compreender que o trabalho em Saúde Mental tem, por si só, como imperativo a diversidade e heterogeneidade, o que significa afirmar que não é permitido pensar que somente um saber ou técnica possa dar conta dessa complexidade. Nesse sentido, recorreremos a Andrade (2014) com sua proposição de trans-ofício clínico, o qual podemos reconhecer como já pautado nesta multiplicidade. Coloquemos nos seguintes termos então, entendendo que no CAPS se trabalha com uma direção clínica comum que partilha do gênero trabalhador de Saúde Mental, para além dos demais gêneros e ofícios encontrados neste espaço, o que liga o coletivo em torno desse comum é o trans-ofício clínico a ser vivido e desenvolvido. Em outras palavras, o gênero trabalhador de Saúde Mental está incluído no trans-ofício clínico operado pelo coletivo de trabalhadores do CAPS, sendo que os demais ofícios e gêneros presentes são tomados como a heterogeneidade que compõe e condiciona a existência dos primeiros.

Com isso, revelamos nossa intenção de afirmar que o coletivo de trabalhadores precisa não só estar afinado a este novo gênero trabalhador de Saúde Mental e ao trans-ofício clínico, mas, sobretudo, deve desenvolvê-los. Portanto, são nos movimentos inventivos das atividades cotidianas, acionados pelos debates e controvérsias, que fazem emergir novas conexões e visões de mundo sobre o que é ser trabalhador em Saúde Mental. Logo, a equipe-coletivo do CAPS, torna-se tanto a

criadora quanto a criação, produtora e produto desse fazer coletivo que deve seguir ativo em seu compromisso de promoção de saúde para todos.

2.3 Explorando o universo de Walter Benjamin

Partiremos agora numa imersão nas ideias do filósofo alemão Walter Benjamin, que inspiram nossa pesquisa. Vale sublinhar, que nossa escolha por esse diálogo se deu em grande parte pela crítica, mas também pela força com que o autor nos oferece sua discussão acerca das mudanças no mundo contemporâneo. Nessa perspectiva, Benjamin traz inspiração à potência coletiva de criação, assim como provoca a necessidade de enfrentarmos os desafios do movimento atual de individualização e interiorização da existência, nos engajando politicamente na busca de ampliar os espaços comuns. É neste sentido, que nos apoiamos em sua problematização da História, mas principalmente, tomamos o mergulho em sua aposta de renovação - ou melhor “salvação” - como caminho ético-político na remontagem do valioso material de nossa pesquisa. A fim de esclarecer melhor nossa intenção, para além das obras do próprio Benjamin, nos orientamos ainda por outros autores que realizam preciosas leituras do legado do filósofo alemão e, desse modo, tornaram-se interlocutores importantes para uma exploração delicada de seus conceitos.

Nesse caminho, encontramos Jeanne Marie Gagnebin (2011), que frisa que Benjamin sempre insistiu numa apreensão do tempo histórico em termos de intensidade e não de cronologia, uma vez que ler a filosofia da história e a filosofia da linguagem de Benjamin, permite uma reflexão centrada na modernidade em termos do profundo co-pertencimento do eterno e do efêmero. Logo, “Essa dialética entre o teológico e o político que Benjamin sabia estar no centro de seu pensamento, e essa rigorosa interdependência entre a atualidade e a mortalidade desembocam numa concepção paradoxal da história e da salvação, ou até da história da salvação” (Gagnebin, 2011: 95).

Bem distante da percepção de alguns sobre as ideias benjaminianas, Gagnebin considera que sua visada teórica ultrapassa e muito as imagens melancólicas ou saudosistas, pois “se além aos processos sociais, culturais e

artísticos de fragmentação crescente e de secularização triunfante, não para tentar tirar dali uma tendência irreversível, mas, sim, possíveis instrumentos de uma política verdadeiramente 'materialista'" (Gagnebin, 2011: 56). Por meio dessa, o autor entende ser possível reconhecer e criar mecanismos que favoreçam à maioria dos excluídos da cultura ir contra uma massiva dominação pelas forças hegemônicas, ao privilegiar a assunção das histórias dos oprimidos, de suas lutas e de suas resistências. Diante de tal objetivo do autor berlinense, começa, então, a aflorar de que modo sua produção pode ser útil em nossa abordagem no campo do trabalho em Saúde Mental. Isto porque, como vimos, estamos aqui trilhando caminhos que nos auxiliem no que concerne à denúncia de que desinvestir nos coletivos pode ter efeitos nefastos para todos os envolvidos nesse processo de trabalho. Assim como no intuito de compor gratas parcerias que ampliem os recursos dos coletivos, aumentando seu poder de agir neste face a face com as contradições, ou ainda perante forças que agem num movimento contrário ao fortalecimento das construções comuns, haja visto os processos de precarização e privatização presentes no campo estudado.

Bem, retornando à Benjamin a partir da leitura de Gagnebin (2011), este defende uma concepção de história que repousa numa prática de coleta de informações, de separação e de exposição dos elementos, que não tenta estabelecer uma relação causal entre os acontecimentos do passado, que não clamam por um encadeamento lógico exterior, e sim são apresentados em sua unicidade e na sua excentricidade como as peças de um museu. Pois,

“a crítica de Benjamin não diz simplesmente respeito à ideologia do progresso da social-democracia, nem somente à erudição cansativa, pretensamente desinteressada do historicismo; por trás dessas duas escritas aparentemente contraditórias da história, Benjamin visa a mesma concepção de “tempo homogêneo e vazio”, esse tempo indiferente e infinito que corre, sempre igual a si mesmo, que passa engolfando o sofrimento, o horror, mas também o êxtase e a felicidade.” (Gagnebin, 2011: 96)

Como podemos ver, o autor alemão proclama um tempo que não é estático, estéril e linear, por outra via, se apegua à intensidade dos acontecimentos, no que deles reverbera ou pode vir a ser atualizado. No entanto, é preciso evidenciar que para Benjamin não se trata de propor uma outra interpretação de seu passado à humanidade, mas sim o que o historiador materialista (figura crítica importante na obra do autor) visa, preponderantemente, é acentuar que o conhecimento do passado não

é um fim em si e por isso seu trabalho vai na contramão do discurso histórico exaustivo e coerente ao qual se opõe. Assim,

“Benjamin busca no passado os signos de uma promessa a respeito da qual ele hoje sabe se o futuro a cumpriu ou não, a respeito da qual ele se pergunta se cabe ainda ao presente realizá-la – ou se esta promessa está definitivamente perdida. [...] A lembrança do passado *desperta* no presente o eco de um futuro perdido do qual a ação política deve, hoje, dar conta. Certamente, o passado já se foi e, por isso, não pode ser reencontrado “fora do tempo”, numa beleza ideal que a arte teria por tarefa traduzir; mas ele não permanece definitivamente estancado, irremediavelmente dobrado sobre si mesmo; depende da ação presente penetrar sua opacidade e retomar o fio de uma história que havia se exaurido.” (Gagnebin, 2011: 89)

Essa maneira de compreender o tempo e a História nos faz refletir sobre como temos manejado nossos referenciais construídos desde o princípio da Reforma Psiquiátrica brasileira. Já discorremos anteriormente sobre os desafios e potenciais da reforma em curso, mas sempre vale lembrar quantas lutas foram travadas - algumas vitoriosas e outras derrotadas – nesses mais de 30 anos. Talvez coubesse, inspirados por Benjamin, reavaliar o que neste passado pode ser retomado e transformado, assim como o que precisamos abrir mão para seguirmos ativos na luta por uma outra relação com a loucura. De qualquer forma, reafirmamos como crucial o debate permanente entre os profissionais que partilham desse gênero para sua renovação e sustentação ao longo do tempo e por isso cá estamos.

Seguindo com nossa explanação, Gagnebin (2011: 11) explica que, na visão benjaminiana “História e temporalidade não são, portanto, negadas, mas se encontram por assim dizer, concentradas no objeto: relação intensiva do objeto com o tempo, do tempo *no objeto*, e não extensiva do objeto *no tempo*, colocado como por acidente num desenrolar histórico heterogêneo à sua constituição”. Daí revela-se, como dito acima, o modo como deve-se recolher os fatos e acontecimentos do passado em sua singularidade, complexidade e contextualização histórica, não linear e asséptica. Por conseguinte, a autora marca que a análise conceitual, tem por tarefa essencial a análise e a dissecação dos fenômenos, no intuito de destruir sua imagem já pronta, num papel de mediação imprescindível que visa um duplo resultado: salvar os fenômenos e apresentar as ideias. Disso, podemos apreender a potência de se abandonar as histórias sedimentadas em consensos, para abrimo-nos ao que irrompe nas controvérsias como pedaços de outros devires possíveis.

Com efeito, de acordo com Gagnebin, o que deve submeter-se à violência da crítica filosófica ou da historiografia materialista, à violência revolucionária, é sempre uma “totalidade falsa” da narração por demais coerente da história ordinária. Nesse sentido,

“Mesmo na vida corrente, quando contamos a nossa história, seja a nós mesmos seja aos outros, nosso relato desenrola-se entre um início e um fim que não nos pertencem, pois a história da nossa concepção, do nosso nascimento e da nossa morte depende de ações e de narrações de outros que não nós mesmos; não há, portanto, nem começo nem fim absolutos possíveis nesta narração que nós fazemos de nós mesmos. Ademais, o discurso que temos a respeito do nosso passado é inseparável da dialética entre antecipação e retrospectão que guia os nossos projetos de existência e a sua retomada rememorativa.” (Gagnebin, 2011: 84)

Dessa maneira, anuncia-se a indispensável necessidade de reconhecermos que só nos constituímos sujeitos pela força do coletivo, porque estamos imersos numa temporalidade histórica em constante produção e não somente reprodução do que já se passou, mas fazendo uso disso para ultrapassá-la. Então, nas palavras de Gagnebin (2011: 91), “o destino só é o itinerário do eu à busca de si mesmo pelos caminhos da alteridade. Este trabalho de busca e de memória (*Erinnern*) se abre, igualmente, à dispersão do esquecimento e não produzirá nenhuma visão imutável do passado, mas, pelo contrário, uma desorientação positiva [...] que procura no passado os signos premonitórios do futuro.”

Segundo a autora, a filosofia da história de Benjamin insiste em dois componentes da memória: “na dinâmica infinita de *Erinnerung*, que submerge a memória individual e restrita, mas também na concentração do *Eingedenken*, que interrompe o rio, que recolhe, num só instante privilegiado, as migalhas dispersas do passado para oferecê-las à atenção do presente” (Gagnebin, 2011: 80). Assim, acompanhando a ideia benjaminiana, devemos lembrar do passado apostando no que nele pedia outro modo de ser e não por um mero saudosismo, “então a história que se lembra do passado também é sempre escrita no presente e para o presente. A intensidade dessa volta/renovação quebra a continuidade da cronologia tranquila, imobiliza seu fluxo infinito, instaura o instante e a instância da salvação” (Gagnebin, 2011: 97). Vemos aqui, portanto, a questão da “salvação” no que ela institui enquanto abertura à criação, o que, por certo, está alinhado com nossa intenção na pesquisa

de ver, a partir do presente, das narrativas do coletivo de trabalhadores estudado, os modos como este tem experimentado o passado de lutas pela implementação da Reforma Psiquiátrica para a composição e estilização das ações presentes.

Nessa perspectiva, nos apoiamos na concepção de Benjamin sobre a ação política, que preconiza a busca da felicidade aqui e agora, fazendo da exigência da felicidade a única diretiva possível da história dos homens. Para ele, “só pode ser salvo (no sentido estrito da possibilidade, não da garantia!) o que foi arrancado à totalidade triunfante do discurso e da ordem estabelecidos” (Gagnebin, 2011: 94). Seguindo esta sugestão, temos que encarar a “busca da felicidade” não como algo transcendente, eterno e cristalizado, mas em situação, nos contornos dos contextos atuais. Então, somente assim, na procura por encontrar algo positivo, é que nossas ações devem ser empreendidas na realidade presente, numa luta política que vá nesse sentido, mas sempre enquanto possibilidade, nunca como garantia, aí está nosso dever de seguir lutando.

Em harmonia com as ideias benjaminianas trazidas por Gagnebin, encontramos João Barrento, um autor português e importante tradutor da obra de Benjamin para nossa língua. Barrento (2013: 13) assinala que, na visão do berlinense “actual é, então, não apenas aquilo de que o presente se reclama contra o passado, mas também, e com um carácter de compulsividade que contrasta com o alegórico e arbitrário da moda, aquilo que no passado era já matéria em latência, decisiva para a configuração de um futuro presente à espera de ser descoberto e activado”. Ainda de acordo com Barrento (2013), a história para Benjamin é um processo descontínuo e aberto. Isto porque, não se pode entender o passado em Benjamin sem o relacionar com o conceito de atualidade, já que a última representa uma espécie de não-tempo, resultando o momento presente “de um choque entre o que salta do passado e aquilo que se abre num futuro” (Barrento, 2013: 51).

Continuando com Barrento (2013: 86-7), “actual não é, então, aquilo que acontece no presente e que muitos veem e vivem à superfície, mas aquilo que nele *actua e promete*. Não há actualidade sem consciência da dimensão histórica *no presente*”. Disso, podemos tirar a ideia da potência existente no aqui-agora, embora esta somente irá se revelar enquanto criação, na medida em que atuamos, ou seja, quando estamos ativamente produzindo rupturas no que estava fixado, paralisado. De fato, “Benjamin via as coisas em movimento” (Barrento, 2013: 36), o que demonstra, na nossa visão, o quanto este autor estava mais preocupado com as

ações e posicionamento político diante da realidade, em detrimento de afirmações individualizantes ou enaltecendo a autoria pessoal das ideias, o que afirma novamente importância do coletivo.

Pois bem, depois de examinarmos um pouco sobre a maneira como Benjamin alicerça seu pensamento e, conseqüentemente, sua obra, podemos, então, adentrar em alguns conceitos propostos por ele e que são cruciais para nossa pesquisa. São eles os de tradição, experiência e narrativa. Ressaltamos que, neste momento faremos uma apresentação desses conceitos consoante com o modo em que é colocado pelo autor alemão e seus apreciadores, para posteriormente, relacioná-los às propostas da Clínica da Atividade, que também embasam nosso estudo.

Para desvendarmos o que vem a ser a tradição, partimos do próprio Benjamin (1987b), que a descreve como sendo o saber que vinha de longe, tanto de um longe espacial das terras estranhas, como do longe temporal que persistia, e justamente por isso, dispunha de uma autoridade válida aos que dela partilhavam. Já Pereira (2006), ao empreender um estudo sobre a obra do autor alemão, declara que

“A tradição contextualiza uma natureza, um mundo de vida; ela contempla um conjunto de representações significativas que condicionam o fazer e o saber de determinadas comunidades; ela é, em parte, o enquadramento de ações que não só ditam o modo do fazer, mas também, o modo de estar, o modo dos indivíduos se relacionarem uns com os outros e com o mundo. [...] Disso resulta a compreensão da tradição como o liame, o elemento que congrega e mantém vivo todos aqueles saberes que perdurariam por sua eficácia e valor através dos tempos.” (Pereira, 2006: 63)

Diante disso, podemos reconhecer a função de aproximação, de ligação, proporcionada pela tradição, ao fornecer bases relacionais para os saberes e fazeres em um meio delimitado. Portanto, é a tradição enquanto herança dos modos ser e agir que permanecem como bens comuns, que viabiliza a criação e manutenção das relações em uma comunidade. Nesse sentido, Jorge Larrosa Bondía, outro proeminente comentador de Benjamin, nos fornece mais elementos para alcançarmos como se compõe a tradição.

“Este é o saber da experiência: o que se adquire no modo como alguém vai respondendo ao que vai lhe acontecendo ao longo da vida e no modo como vamos dando sentido ao acontecer do que nos acontece. No saber da experiência não se

trata da verdade do que são as coisas, mas do sentido ou do sem-sentido do que nos acontece. E esse saber da experiência tem algumas características essenciais que o opõem, ponto por ponto, ao que entendemos como conhecimento.” (Bondía, 2002: 27)

Desse modo, podemos captar a aposta nesse saber que é forjado no fazer perante os acontecimentos da vida. Trata-se, assim, de algo que é construído e transmitido por um coletivo, para munir os que dele participam de maneiras de dar lugar ao que se experiencia. Entretanto, esse saber não está, necessariamente, comprometido com uma fundamentação racional e abstrata, que forma teorias (o que estaria referido à noção de conhecimento utilizada pelo autor), ao contrário, preocupa-se primordialmente, em instrumentalizar os sujeitos em sua ação concreta no mundo.

Na visão de Gagnebin,

“De maneira extremamente ousada, Benjamin tenta pensar uma “tradição” dos oprimidos que não repousaria sobre o nivelamento da continuidade, mas sobre os saltos, o surgimento (*Ur-sprung*), a interrupção e o descontínuo: “O *continuum* da história é o dos opressores. Enquanto a representação do *continuum* iguala tudo ao nível do chão, a representação do descontínuo é o fundamento da autêntica tradição”. Gagnebin (2011: 99)

Vista por esse ângulo, a tradição comporta a função de fazer aflorar a diversidade dos modos de vida, uma vez que não está comprometida com um encadeamento lógico e formal, e sim com a criação e complexidade existentes nos saberes construídos para lidar com as adversidades cotidianas. Portanto, a tradição não é linear e abstrata, mas tecida pelos elementos múltiplos pertinentes ao coletivo que a constituiu e a sustenta.

Em seguida, nos colocaremos, então, a explicar ao leitor o que é experiência (*Erfahrung*) na visão de Walter Benjamin. A fim de estreitar essa discussão, nos aliamos a Lima e Baptista (2013) que fazem um “*Itinerário do conceito de experiência na obra de Walter Benjamin*”. Dessa forma, assinalam que Benjamin se atém ao problema da experiência em cinco ensaios: “*Experiência*”, de 1913; “*Sobre o programa da filosofia do porvir*”, de 1918; “*Experiência e pobreza*”, de 1933; “*O narrador*”, de 1936; e “*Sobre alguns temas baudelarianos*”, de 1940. Assentados em sua investigação, os autores afirmam ser marcante em Benjamin “sempre o mesmo esforço de retificação crítica em relação ao conceito de experiência, que objetiva não

apenas situar historicamente o problema do conhecimento, mas igualmente buscar a verdade da experiência – ou, ao menos, não expressá-la em termos falaciosos.” (Lima e Baptista, 2013: 451)

No texto “*Experiência e pobreza*”, Benjamin (1987a) indica que o termo “experiência” (*Erfahrung*) se refere a um conhecimento transmitido entre gerações. Nessa direção, explicita a experiência como constituída por um saber passado de gerações para gerações por meio de compartilhamento de práticas construídas coletivamente ao longo do tempo, em que estão incluídas não somente maneiras de agir, mas de sentir e de estar no meio com outros.

Influenciado pela definição benjaminiana, Bondía (2002: 21) declara que “a experiência é o que nos passa, o que nos acontece, o que nos toca. Não o que se passa, não o que acontece, ou o que toca”. Dessa maneira, segundo este autor, o sujeito da experiência é um sujeito “ex-posto”, ou seja, aquele se abre para ser tocado, afetado pelos acontecimentos que experiencia, assumindo com isso também a vulnerabilidade e os riscos envolvidos nesse processo.

Contudo, para Benjamin (1987a), esta experiência (*Erfahrung*) está relacionada à um tempo histórico anterior ao capitalismo, ou seja, à organização social, política e econômica em que vivemos nos dias atuais. Por isso, o autor é enfático ao afirmar que a experiência e portanto, também seus correlatos, estão em vias de desaparecer diante do mundo, hoje pós-moderno, em que estamos imersos. Bondía (2002), ao realizar uma exposição delicada sobre o contexto necessário à experiência, começa a delinear os motivos da extinção desta:

“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.” (Bondía, 2002: 24)

A partir daí, o autor enumera quatro razões para a raridade da experiência nos dias atuais. Em primeiro lugar pelo excesso de informação, pois informação não é experiência, pelo contrário, por não deixar lugar para a experiência, é quase uma

antiexperiência. Isto porque, a ênfase contemporânea na informação, em estar informados, e toda a retórica destinada a constituir-nos como sujeitos informantes e informados, não faz outra coisa, segundo Bondía (2002), que cancelar nossas possibilidades de experiência. Em segundo lugar, a experiência é cada vez mais rara por excesso de opinião. O sujeito moderno é um sujeito informado que, além disso, opina. É alguém que tem uma opinião supostamente pessoal e supostamente própria e, às vezes, supostamente crítica sobre tudo o que se passa, sobre tudo aquilo de que tem informação. No entanto, a obsessão pela opinião, na visão do autor, também anula nossas possibilidades de experiência, também faz com que nada nos aconteça. Em terceiro lugar está a falta de tempo. Tudo se passa demasiadamente depressa, reduzindo o estímulo, que é imediatamente substituído por outro estímulo ou por outra excitação igualmente fugaz e efêmera. Assim, o acontecimento nos é dado na forma de choque, da sensação pura, pontual e fragmentada. A velocidade com que nos são dados os acontecimentos e a obsessão pela novidade, pelo novo, que caracteriza o mundo moderno, impedem a conexão significativa entre acontecimentos. Dificultam também a memória, já que cada acontecimento é imediatamente substituído por outro, sem deixar qualquer vestígio. E finalmente, em quarto lugar, a experiência é cada vez mais rara por excesso de trabalho. Bondía (2002) expõe que às vezes se confunde experiência com trabalho, por isso assinala a separação entre a formação acadêmica e o saber que adviria do fazer, de uma prática no trabalho. Sendo que, para Bondía, esse saber prático no mundo de hoje, contaria como créditos, como uma mercadoria, como um valor de troca a ser exposto no currículo, e à isso, o autor é veementemente contra.

Com efeito, o último ponto se apresenta especialmente importante para nossa pesquisa e por conta disso seremos mais cuidadosos em sua abordagem, buscando compreender a forma como o autor se aproxima da questão do trabalho. Nesta perspectiva, Bondía (2002) se refere às demandas cada vez mais comuns por uma formação permanente e acelerada, fazendo com que os sujeitos estabeleçam uma relação com o tempo como um valor ou como uma mercadoria, demonstrando certa obsessão por serem velozes em atingir seus objetivos, pois não podem 'ficar para trás', tem que 'aproveitar o tempo', o que, por fim, faz com que não se tenha mais tempo.

Em vista disso, devemos agora reafirmar que o tipo de trabalho que tratamos na pesquisa se distingue em larga escala dessa descrição, uma vez que o

trabalho em Saúde Mental é tramado a partir de elementos complexos, díspares, e por vezes até, conflitantes. Assim, necessariamente, pressupõe encontros entre sujeitos que procuram compor juntos uma conexão, um vínculo, o que, portanto, só pode ser singular e aberto ao imprevisível. Exigindo dos que dele participam, uma delicadeza no olhar, no sentir e no tocar, o que está condicionado a uma disposição ao tempo intensivo, para somente após esse compromisso, começar-se a se criar possibilidades de cuidado. Nesse sentido, acreditamos estar mais próximos de uma experiência no sentido benjaminiano, do que de um trabalhar mecanizado e apressado. Estamos a salientar, pois, um certo tipo de trabalho, o que vivenciamos em nosso dia a dia nos serviços de Saúde Mental, no qual podemos de fato partilhar de uma herança coletiva que se transforma em instrumento de nossas ações e ideias, e que se atualizam nos enlaces de nossas experiências. Uma vez que, de acordo com Bondía (2002: 26), “somente o sujeito da experiência está, portanto, aberto à sua própria transformação.”

Dito isso, retomemos nossa elucidação sobre o conceito de experiência e das evidências de seu empobrecimento atuais. Lima e Baptista (2013) esclarecem que Benjamin no último ensaio em que aborda este conceito - “*Sobre alguns temas baudelairianos*” - define como em nenhum outro do que se trata a experiência (*Erfahrung*): “Na verdade, experiência é matéria da tradição, tanto na vida privada quanto na coletiva. Forma-se menos com dados isolados e rigorosamente fixados na memória, do que com dados acumulados, e com frequência inconscientes, que afluem à memória” (Benjamin, 1994: 103 *apud* Lima e Baptista, 2013: 473). Tendo esta como ponto de partida, Benjamin acaba por delimitar a experiência pobre da modernidade, que nomeia como vivência (*Erlebnis*). Esta, enfim, é formada com “dados isolados que são 'rigorosamente fixados na memória’” (Benjamin, 1994: 105 *apud* Lima e Baptista, 2013: 473). Sendo que, sua marca constitutiva é a “conscientização” provocada pelos choques proporcionados pela vida apressada nas grandes cidades e pelo trabalho industrial e mecânico.

Afrontados por essa comprovação, surge a questão: o que fazer diante da perda da experiência rica da tradição? Lima e Baptista (2013) trazem a saída que Benjamin aponta para esse impasse epistemológico e ético. Isto é, carece ao homem moderno, confessar clara e conscientemente sua pobreza de experiência. Esta é a condição primeira para que o homem se apresente como pronto, disposto para lidar com a pobreza de sua época, fazendo emergir a oportunidade para que o real caráter

dessa nova experiência surja em todo o seu vigor e simplicidade. Seguindo tal indicação, Ferreira (2008) apresenta uma interpretação da obra de Benjamin que, alinhada ao que expusemos no início deste tópico, nos traz certo alento, pois lembra que a “pobreza do homem moderno não é um diagnóstico saudosista, já que o autor não aspira a uma retomada do passado em sua objetividade, mas a um reconhecimento do que é possível agora” (Ferreira, 2008: 28). Portanto, ainda com a ajuda de Ferreira (2008), podemos apreender que desilusão e fidelidade são os subsídios para uma atitude renovada em relação ao presente. Em suma, queremos aqui anunciar, ancorados em Gagnebin (2011: 70) que o “desmoronamento da tradição termina sendo, por fim, o único lugar de uma retomada inventiva da origem “perdida”: uma invenção que nada na história pode garantir, mas que tudo chama a realizar-se.”

Bem, vamos prosseguir com nosso mergulho no legado de Benjamin, agora discorrendo sobre o conceito de narrativa ou narração. Embora, para Benjamin (1987b) a tradição - substância viva da existência – esteja em extinção, o que significa pensar que a arte de narrar se define. Buscaremos enfrentar este desafio no empenho de reafirmar, junto com a leitura benjaminiana feita por Gagnebin (2011), que o destino do sujeito narrativo é salvo pela realização da ação política, em que a individualização deve ser retraída em prol das exigências da luta social. Movidos por essa lógica, primeiro iremos analisar o modo como Benjamin constrói sua visão de narrativa, para em seguida delinear os efeitos do enfraquecimento deste tipo de narrativa e de que forma podemos lidar com isso, para pensarmos outras potencialidades do trabalho com narrativas hoje.

Nas palavras do próprio Benjamin (1987b), a narrativa surgiu no meio artesão, por conta disso podemos configurá-la também, em certo sentido, como uma forma artesanal de comunicação. Por não estar comprometida em transmitir o “puro em si” como uma informação ou relatório, a narrativa mergulha na vida do narrador para depois retirar-se, deixando-se marcar por ele. Nesse movimento, carrega consigo os vestígios, o saber, tanto do narrador presente quanto dos que partilharam dela anteriormente. Assim, diz Benjamin (1987b: 204) que a narrativa “conserva suas forças e depois de muito tempo ainda é capaz de se desenvolver”.

A função primordial do narrador, portanto, é a de restaurar, atualizar e transmitir a experiência presente da/na tradição, isto é, conduzir o seu ouvinte a um saber sobre aquilo que é contado, cabendo-lhe ainda deixar a história em aberto, na

intenção de multiplicar as possibilidades de reconstrução do que se encontra perdido, esquecido ou destruído.

Benjamin (1987b) aponta, dessa maneira, a dimensão utilitária da narrativa, a qual pode aparecer como um ensinamento moral, uma sugestão prática ou uma norma de vida, sendo o narrador, então, um homem que sabe dar conselhos. Mas é preciso ressaltar, que aconselhar nesse contexto, tem como propósito suscitar a continuação de uma história, procura instrumentalizar o ouvinte para dar seguimento à experiência, à sua existência. Para tanto, o narrador não está preocupado em explicar a história, em racionalizá-la ou em ser fiel aos fatos conforme aconteceram. De acordo com Lima e Baptista (2013: 467), “seu campo de ação está muito mais localizado na performance, no gesto, na interação com pessoas, do que propriamente na escritura. [...] O contador de histórias compreende que sua participação é apenas como veículo, como *medium*, para algo que o excede sempre.”

Nesse sentido, é que Benjamin (1987b) sublinha o processo artesanal que constitui a narração, posto que o narrador dispõe da matéria viva da experiência – a sua e de outros – transformando-a em um produto útil e único. Ou seja, o narrador estabelece com a experiência uma relação artesanal, quando utiliza fios da experiência para tramar as diversas camadas de sua narrativa, compondo sua obra. Pereira (2006) explica, então, que:

“Sendo a arte da narração uma forma de artesanato é o narrador seu artesão. A experiência é, com efeito, a matéria do narrador, assim como o barro é a matéria do oleiro e a linha a do tecelão. Como artesão o narrador nunca é alheio à sua obra, nesse caso, aquilo que conta. A narrativa como trabalho artesanal demanda, portanto, tempo. E tempo suficiente para que seja possível fazer com que a tradição incida sobre ele.”
(Pereira, 2006: 70)

Mas então, como proceder se estamos em um momento que o tempo passa cada vez mais depressa e portanto, estamos cada vez mais sem tempo para nos dispormos dessa forma? Para tentar construir respostas possíveis, ou melhor, para tentarmos contornar o risco de paralisação diante desta constatação, precisamos retomar Benjamin em sua visão salvadora. Isto é, devemos recorrer à figura do historiador materialista, o qual na concepção do autor berlinense, irá proceder promovendo rachaduras no *continuum* da História, abrindo caminho para que surjam os apelos dos vencidos. Uma vez que, o

“historiador é obrigado a explicar de uma ou outra maneira os episódios com que lida, e não pode absolutamente contentar-se em representá-los como como modelos de história do mundo. [...] Na base de sua historiografia está o plano da salvação, de origem divina, indevassável em seus desígnios, e com isso desde o início se libertaram do ônus da explicação verificável. Ela é substituída pela exegese, que não se preocupa com o encadeamento exato de fatos determinados, mas com a maneira de sua inserção no fluxo insondável das coisas”. (Benjamin, 1987b: 209)

Na contribuição de Gagnebin (2011):

“Para voltar a uma teoria da narração e da historiografia, as fraturas que escandem a narração não são, portanto, simplesmente as marcas da desorientação moderna ou do fim de uma visão universal coerente. São, igualmente, os indícios de uma falha mais essencial da qual pode emergir uma outra história, uma outra verdade (da qual podem nascer outras histórias, outras verdades). Uma possibilidade que, cumpre repeti-lo mais uma vez, nunca é garantia. Nas teses “Sobre o Conceito de História”, a tarefa do historiador “materialista” é definida, essencialmente, pela produção dessas rupturas eficazes. Longe de apresentar de início um outro sistema explicativo ou uma “contra-história” plena e valente, oposta e simétrica à história oficial, a reflexão do historiador deve provocar um abalo, um choque que imobiliza o desenvolvimento falsamente natural da narrativa” (Gagnebin, 2011: 103-4)

Já Ferreira (2008) traz mais uma noção da função imbuída ao historiador materialista, pois entende que Benjamin abriu caminho para que a ação do historiador também se configurasse como uma forma de narrativa, mas esta agora estaria centrada no reconhecimento da pobreza de experiências comunicáveis. Diante disso, para Gagnebin (2011: 94), a história “só pode ser verdadeira narração e verdadeiro advir se nossos atos e nossas palavras forem penetrados pela finitude e pelo deprecimento, portanto preciosamente únicos, insubstituíveis, *atuais*, sem o consolo da imortalidade”. Isto porque, devemos lembrar com o próprio Benjamin (1987b: 210), que o narrador em seu “olhar não se desvia do relógio diante do qual desfila a procissão das criaturas, na qual a morte tem seu lugar, ou à frente do cortejo, ou como retardatária miserável”. Para realizar tal missão, desse modo, “o historiador materialista deve abrigar em seu texto a espessura das camadas narrativas que eram possíveis na tradição oral: um fato histórico se constitui em tempos avessos à

linearidade, os apelos dos vencidos são discerníveis nos sofrimentos atuais e o presente não é mera transição.” (Ferreira, 2008: 44)

Funda-se aí, portanto, o papel político da narrativa nos dias correntes, anunciando para nós a imprescindível e inadiável necessidade de nos posicionarmos nas lutas coletivas. Por meio destas, devemos não nos conformar com os discursos pronunciados em nome da privatização do comum e do enfraquecimento dos direitos, que não fazem outra coisa além de promover o isolamento, encarcerando em categorias pré-determinadas a multiplicidade dos modos de ser, agir e sentir. Nessa direção, Ferreira (2008) declara que o historiador materialista não impõe sua perspectiva como uma autoria, mas ao prover suas impressões com um olhar que reflete e também refrata uma certa época, procura diluir a soberania do 'sujeito' que restringe a memória ao mundo privado, buscando nesse movimento, recuperar nos próprios traços dessa época aquilo que indica um sentido político dos limiares históricos.

Para nos auxiliar a compreender melhor como se dá esse processo nos dias atuais, Baptista (2012) oferece uma imagem bem interessante:

“Entre oásis do consumo e guetos dos consumidores fracassados, um mapa da cidade invisível indica a falência e os efeitos desses espaços. São conflitos, insurreições urbanas anunciando os efeitos das “cidades das diferenças”. Por meio deste mapa, estratégias urbanas em conflito traduzirão a inevitabilidade da diversidade, celebrada pelo mundo da globalização, em violência. Consumidores fracassados não serão movidos por carência, mas por revolta. Usarão astúcia no dia-a-dia, fazendo da invenção um ato político. Algumas estratégias em turbulência poderão remetê-los a sutis armadilhas, deixando a revolta no meio do caminho, seduzidos por confortáveis oásis do consumo ou por comunidades fechadas entre si. Caindo nesta cilada, esquecerão a intensidade da luta, seduzidos por identidades ou pelas promessas da felicidade privatizada do mundo global. Outras estratégias em turbulência afirmarão a cidade como local propício para o combate, fazendo da revolta uma obra solidária. Nesta ação, o ontem será inesgotável, e o presente uma experimentação constante de solidariedade. No mapa das cidades invisíveis, estranhos e microscópicos combates acontecem no dia-a-dia, por detrás da publicidade iluminada em *néon* e dos espaços da velocidade.” (Baptista, 2012: 82)

Sendo assim, desvela-se a força existente nos mais ínfimos e aparentemente insignificantes combates travados em nosso cotidiano. Isto porque,

apenas reconhecendo a crise da experiência da tradição é que podemos almejar outras vias para nossas resistências frente aos processos homogeneizantes do mundo globalizado. Para quem sabe com isso, nos dispomos a ver nas migalhas do passado tradicional que ainda podem vir a nos afetar, configurando potentes canais por onde possam fluir nossas ações em toda sua inventividade e multiplicidade. Portanto, estimulados pela fertilidade do coletivo assim como confrontados por nossa finitude, é que podemos nos arriscar a criar aqui-agora. Conforme nos aponta Gagnebin:

“Nossa história também nos escapa e nos desenraíza, mas é somente graças a essa fuga que podem cessar a insistente repetência do previsível e a sedução triste do totalitarismo, e que algo outro pode advir. Esse movimento de evasão e de dispersão (*Zerstreuung*), Benjamin o pensa [...] simultaneamente como o rastro de uma perda infinita e o turbilhão de um possível nascimento.”Gagnebin (2011: 95)

Diante do que foi exposto até aqui, podemos apreender que ao narrar as histórias, as memórias, enfim as experiências, estamos nos conectando a um saber que é muito anterior à nossa existência, mas que justamente por isso, ao nos atravessar, traz consigo uma infinidade de conhecimentos, sentimentos e normas que nos incluem em um mundo coletivo.

Com efeito, acreditamos que tal reconhecimento se mostra como um possível elo de conexão entre as ideias projetadas por Benjamin e dos autores da Clínica da Atividade. Melhor dizendo, ambas nos ajudam a entender que o patrimônio coletivo é onde a vida ocorre, onde encontramos a diversidade de sentidos que nos ligam como sujeitos. E assim, nos fazem agir em nosso meio munidos das experiências transmitidas, que podem compor o saber que, segundo a concepção da Clínica da Atividade e o nosso interesse nesta pesquisa, seria o gênero da atividade. Por meio das atividades cotidianas desse trabalho, são constituídas estratégias e saberes que se perpetuam nesse gênero profissional, logo recolher os fragmentos das narrativas dessas experiências, nos ajudam interromper versões dominantes, nos atentando aos pequenos acontecimentos, ao detalhe, ao ínfimo, àquilo que não foi pensado. Numa costura incessante de vínculos, práticas, sentidos e afetos, verdadeiro compartilhamento de destinos, de um tempo intensivo. Pois, como afirma Pereira (2006: 73) “o sujeito da experiência não é aquele que faz, mas aquele que em sua receptividade realiza, inventa, poetiza. É o sujeito que se expõe perigosamente ao

mundo, atitude heroica e fascinante daquele que arrisca, que ousa atravessar um espaço indeterminado, daquele que se põe à prova e busca sua oportunidade e a sua ocasião.”

Para arrematar, vemos que a proposta do campo da Saúde Mental na sua afirmação da luta pela ocupação da cidade, em defesa do público e do comum, procura com atos políticos escancarar essa tensão entre o que parece estarmos perdendo e o que irrompe como possível devir. Lembremos, então, da visão de *atualidade* em Benjamin, que nas palavras de Barrento (2013: 33) exprime-se “por um olhar que se volta para trás, com consciência da sua própria contemporaneidade”, para com isso fortificar as ligações de um passado que se abre em indícios para o futuro. Por fim, com a intenção de explicitar com mais delicadeza essas ideias, traremos no próximo tópico as conexões que buscamos construir entre a Clínica da Atividade e o projeto de Walter Benjamin.

2.4 O Encontro da Clínica da Atividade com Walter Benjamin

Retomando o que foi discutido nos tópicos anteriores, trataremos agora de compor um diálogo entre a Clínica da Atividade e as ideias de Walter Benjamin. Como disparador desse debate, investiremos nossos esforços primeiramente, em compreender como o trabalho se configura como uma atividade coletiva, para depois, alimentados por esses elementos, tentarmos trilhar um caminho que aproxime as contribuições de ambos. E finalmente, se formos bem-sucedidos, alcançaremos nosso propósito desde o início de nossa jornada, que é de construir parcerias profícuas para afirmar a riqueza existente no trabalho em Saúde Mental.

Pois bem, partindo da psicologia histórico-cultural, que tem em Vigotski³⁴ um de seus principais expoentes, Clot (2007) afirma que o trabalho é a atividade mais humana que existe. Isto se deve à concepção do trabalho como uma atividade simbólica e genérica, que engaja o sujeito num processo sem sujeito, posto que o trabalho é feito em sociedade e esta é primordialmente uma atividade coletiva. Em

34 Podemos encontrar diversos modos de escrita do nome desse autor, porém optaremos em nosso texto por uma versão mais próxima da língua portuguesa. Da mesma forma, encontra-se diferentes modos de se referir a este campo da psicologia, mas como esta discussão não se faz pertinente neste texto, então utilizamos a forma em que aparece nos livros da Clínica da Atividade.

outros termos, o que o autor está marcando é que os homens, geração após geração, fabricam seu mundo de vida, sendo que essa “atividade coletiva que simultaneamente fabrica e subverte objetos, procedimentos, normas e signos forma um patrimônio. É uma tradição cuja transmissão torna possíveis e necessários novos atos” (Clot, 2007: 76). Dessa forma, “o modo de vida coletivo do homem é sustentado por uma renúncia do indivíduo. Cada um se acha engajado somente num segmento da ação realizada, sem nunca poder abarcar o todo. É isso que faz dele um sujeito potencial” (Clot, 2007: 81). Logo, podemos apreender que sendo o trabalho algo que nos precede, que diz de uma herança coletiva em constante produção, nos remete, portanto, a um lugar num mundo simbólico, de “uma história coletiva cristalizada³⁵ em gêneros sociais em geral suficientemente equívocos e discordantes para que cada um deva “dar sua própria contribuição” e sair de si” (Clot, 2007: 74). Vemos aqui, claramente, como se dá o movimento de desenvolvimento na proposta psicologia histórico-cultural, que, conforme apontamos anteriormente, na visão de Clot (2010a: 23) é “ao produzir seu meio para viver com, ou contra, os outros, ao dirigir-se a eles ou dar-lhes as costas, mas sempre em comparação com eles e em contato com o real, é que o sujeito se constrói.”

Nesse sentido, nosso desenvolvimento enquanto sujeitos está intrinsecamente implicado com a história coletiva, e é nesse devir histórico que “o trabalho se apresenta, graças aos traços que deixa (objetos, signos, instrumentos e regras), às gerações que se sucedem” (Clot, 2007: 76). Já que,

“os homens tomaram as medidas – também elas coletivas – suscetíveis de assegurar a conservação e a transmissão dos instrumentos implicados na fabricação desse mundo. Eles se servem de convenções sociais e de um sistema de signos organizados de maneira coletiva, liberto dos dados imediatos, para que os produtos do trabalho de uma geração não sejam perdidos para aquela que a sucede.” (Clot, 2007: 76)

Nessa direção, o autor expõe que o modo de conservação e transmissão desse patrimônio no decorrer das gerações acontece graças aos livros, aos monumentos figurados, aos instrumentos, à tradição oral e às memórias de todos os

35 Como se trata de uma obra traduzida do francês e por já termos visto que o gênero relaciona-se a um “sistema flexível de variantes normativas e de descrições” (Clot, 2010a: 125), portanto vamos propor ao leitor entender a palavra 'cristalizada' no sentido de sistematizada e conservada.

tipos, inclusive dos gêneros. Acrescentando ainda que, “toda memória simbólica, e por vezes geográfica, da atividade sustenta assim sua história porque serve para prever as consequências da ação futura ao evocar as consequências da ação passada” (Clot, 2007: 154). Diante disso e também do que exploramos nos outros tópicos, podemos começar a vislumbrar a possibilidade de um encontro, ou melhor, de constituirmos um diálogo entre a Clínica da Atividade e Benjamin, sublinhando que sedentos pela pluralidade e inventividade, estamos a nos lançar a este encontro.

Inspirados por esse desafio, convidamos Gagnebin (2011) a nos esclarecer qual é a visão benjaminiana de sujeito. Nesse intuito, logo de início, a autora afirma que não seria correto confundir o sujeito com o pronome “eu” que só faz representá-lo perante as instâncias do diálogo interpessoal, pois o sujeito, para Benjamin, é muito mais do que a sua expressão pessoal. A fim de detalhar tal afirmativa, Gagnebin continua relatando que:

“na sua prática autobiográfica, Benjamin nos propõe uma concepção do sujeito que, seguindo a herança de Proust e de Freud, não o restringe à afirmação da consciência de si, mas o abre às dimensões involuntárias, diria Proust, inconsciente, diria Freud, da vida psíquica, em particular da vida da lembrança e, inseparavelmente, da vida do esquecimento. Esta abertura, eis minha segunda hipótese, consiste igualmente numa ampliação da dimensão social do sujeito que, renunciando à clausura tranquilizante, mas também à sufocação da particularidade individual, é atravessado pelas ondas de desejo, de revoltas, de desesperos coletivos. Esta ampliação ao mesmo tempo política e filosófico-psicológica do conceito de sujeito me parece essencial para uma reflexão que tente pensar a nossa prática histórica, isto é, como contamos a nossa história e como agimos nela.” (Gagnebin, 2011: 74/5)

Neste ponto, precisamos explicar ao leitor, que apesar de não estarmos abordando os autores citados acima (Proust e Freud), julgamos que a referência à obra destes não inviabiliza nossa discussão a respeito das proximidades referidas aqui. Uma vez que, em nosso entendimento, revelam, principalmente, as diversas possibilidades de ampliação da noção de sujeito, que contrapõem a dicotomia indivíduo-sociedade. Considerando isso, podemos prosseguir, então, sublinhando a importância dada tanto pela Clínica da Atividade quanto por Benjamin, à necessidade de nos posicionarmos historicamente. Ou seja, somente tomados por nossa herança

histórica, na afirmação de que somos sujeitos pela, por conta e para nossa história coletiva, que podemos existir e criar a nós mesmo e o mundo.

Seguindo nessa perspectiva, é preciso ressaltar com Benjamin, que “a exigência de rememoração do passado não implica simplesmente a restauração do passado, mas também uma transformação do presente tal que, se o passado perdido aí for reencontrado, ele não fique o mesmo, mas seja ele também, retomado e transformado” (Gagnebin, 2011: 16). Em harmonia com essa afirmação, Clot (2007) declara que o contato social entre as gerações e de sujeito a sujeito, é de vital importância para que as técnicas, as regras e os sistemas de signos construídos coletivamente não sejam extintos. São nos contatos sociais, neste caso especificamente no trabalho, que tais técnicas, regras e signos são revisitados, revistos, abandonados ou transformados, posto que sempre estão em relação a um meio e momento situados. Lembrando que, para a Clínica da Atividade, a história de um meio profissional, com seu repertório coletivo de ações, recursos, gestos, olhares e discursos construídos ao longo tempo, diz respeito ao gênero da atividade profissional. Logo, o “gênero conserva seu passado quando um círculo profissional consegue – quase sempre, apesar de tudo – transformar esse passado em meio de viver o presente, ou seja, paradoxalmente, em lembrança do futuro” (Clot, 2010a: 170). Já numa inspiração benjaminiana, o “passado é um manancial disponível de actualizações possíveis, de coisas em latência que o presente pode aproveitar e resgatar para construir um futuro.” (Barrento, 2013: 51)

Eis aí nosso primeiro passo em direção ao diálogo Clínica da Atividade-Benjamin. Ou seja, vimos que os dois referenciais sublinham a perspectiva histórica de nossa constituição, com toda a potência e os desafios que este posicionamento ético-político nos coloca. Pois, eles não afirmam o passado, nossa herança enquanto patrimônio coletivo, como algo estático ou numa visão saudosista, em contrapartida, anunciam a necessidade de tomarmos nosso lugar nesse passado para transformar o presente e fazer brotar os gérmenes de um futuro. Assim,

“verdadeiro objeto da lembrança e da rememoração não é, simplesmente, a particularidade de um acontecimento, mas aquilo que, nele, é criação específica, promessa do inaudito, emergência do novo. [...] o essencial: o que havia nele de renovação e que só pode repetir-se sendo outro, criação e diferença. Essa estrutura paradoxal do lembrar criador e transformador (inerente à compreensão autêntica do *rito*), funda a concepção benjaminiana de uma escrita da história ao mesmo

tempo destruidora e salvadora. A veemência, mesmo a violência da tradição profética e a radicalidade da tradição marxista se encontram aqui na exigência de uma salvação que não consista simplesmente na conservação do passado, mas que seja também transformação ativa do presente.” (Gagnebin, 2011: 105)

Isto posto, devemos, doravante, seguir rumo aos demais vestígios que podem nos conduzir ao encontro que tanto almejamos. Vamos propor, então, que próximo seja o conceito de experiência. Nessa tarefa, nos associaremos a Rocha (2015), que realizou um minucioso estudo dos dois referenciais que utilizamos aqui, e portanto, traz contribuições preciosas à nossa pesquisa. Valendo-se do diálogo entre a Clínica da Atividade e Walter Benjamin, a autora discute o trabalho enquanto experiência e o uso das narrativas como dispositivo crítico-clínico, assunto que entraremos mais à frente. Baseada em sua investigação, Rocha (2015) aponta que a Clínica da Atividade toma a noção de experiência a partir das concepções de Vigotski. Sendo que, na visão de Rocha (2015: 44), esta concepção de experiência se relaciona a “uma possibilidade de produção de si mesmo de maneira diferente a partir do encontro com um social que nos atravessa”. Encontramos em Clot (2007) uma indicação que ratifica a declaração de Rocha (2015), já que:

“Vygotsky chamava de “experiência histórica” o primeiro pressuposto da ação humana (nos signos e nas ferramentas), e de “experiência social” o segundo (nos intercâmbios vivos entre os sujeitos). Ele acrescentava que, em si, elas não são “coisas psicologicamente diferentes, porque na realidade não podem ser separadas e são dadas sempre juntas” (Vygotsky, 1925/1994: 48). E, acrescentaríamos de bom grado, são dadas juntas pelo gênero. De qualquer modo, para ele, a experiência psicológica é dupla precisamente pelo fato de o social ser duplo: permanentemente dado e criado, memória e atividade, esperados e inesperados, para dizê-lo à nossa maneira.” (Clot, 2007: 157)

Vale destacar, com a ajuda de Rocha (2015), que a concepção de social exprimida por Vigotski e adotada pela Clínica da Atividade, refere-se a um campo de sentidos compartilhados por uma coletividade que não são encerrados em si mesmos, mas possibilitam a expansão dos modos de vida não individualizados. Assim, dando prosseguimento a análise sobre a experiência em Vigotski, Rocha (2015) indica o termo utilizado em russo, *Perejivânie*, para se referir a tal conceito. Este é usado para “expressar a ideia de que uma situação objetiva pode ser interpretada, percebida,

experimentada ou vivida diferentemente por diversos sujeitos” (Rocha, 2015: 45). Porém, a autora ressalva que, tanto estudos brasileiros quanto alemães, apresentam traduções desse termo como "vivência" (*Erlebnis*), o que já vimos, relaciona-se a uma outra concepção de experiência em Benjamin.

Com a intenção de averiguar esta incongruência, Rocha (2015) adentrou estudos sobre a psicologia histórico-cultural. E, de acordo com estes, chegou à compreensão de que,

“apesar da tradução de *pereživânie* indicar o termo alemão *erlebnis*, a concepção que Vigotski transmite a respeito da experiência, aproxima-se mais do que Benjamin associa ao termo *erfahrung*, uma vez que a *erlebnis*, para Benjamin, trata-se de uma vivência individualizada e superficial, que opera em uma lógica de consumo rápido e individualizado do que se vive, e não em uma perspectiva coletiva criadora e transformadora, tal como o autor associa à *erfahrung*.” (Rocha, 2015: 45-6)

Desse modo, para Rocha (2015), a *Pereživânie* de Vigotski, está comprometida com uma ideia de vida que se recria na experiência, visto que a natureza do verbo relacionado à *Pereživânie* refere-se sempre a ações inacabadas. Diante disso, a autora realiza uma retomada dos conceitos da Clínica da Atividade, especialmente o de saúde e real da atividade, para salientar a influência de tal noção de experiência para esse campo de estudo-intervenção. Conclui, afinal, que as formulações da Clínica da Atividade indicam a existência de uma dimensão da experiência que permite que a atividade se realize na direção da ampliação do poder de agir e, em consequência, para a promoção de saúde pelo e no trabalho. Ao mesmo tempo, a atividade é indispensável para que a experiência siga se renovando. Porém, para que isso ocorra, Rocha (2015) reforça a necessidade de condições ligadas ao contexto coletivo e às condições da organização do trabalho.

Encontramos em Clot um apontamento que corrobora as conclusões acima:

“Vamos propor, portanto, considerar a cooperação possível, ou impossível, em um coletivo de trabalho como a recriação na ação e para a ação de uma história que, por não pertencer a alguém em particular, apresenta-se (ou não) como um instrumento pessoal para cada profissional. Essa história do meio de trabalho – que será qualificada, também, como memória genérica ou transpessoal desse meio – está, para nós, baseada em formas sociais revistas e corrigidas na atividade de cada sujeito. A história de um meio profissional tem continuidade se –

e sem qualquer exceção – os homens que vivem aí conseguem transformar sua experiência vivida e sedimentada em instrumento para viver novas experiências. Esse é que é o verdadeiro desafio de uma abordagem desenvolvimentista.” (Clot, 2010a: 168)

Este autor orienta ainda sobre o movimento de desligamento e religação da experiência, que se configuraria numa reconversão que a inscreve em uma história inacabada, a qual em vez de representar um mero reencontro com o passado, é, na verdade, uma metamorfose do passado. Desse modo, para Clot (2010a: 222), “de objeto vivido outrora, ele é promovido à posição de meio para viver a situação presente ou futura”. Por isso, então, “a última palavra nunca é dita, o último ato nunca chega a ser executado. [...] Fazer não se diz senão em relação ao presente. E o inacabado continua agindo” (Clot, 2010a: 223). Já Benjamin (1987a), segundo vimos, indica que o termo “experiência” (*Erfahrung*) se refere a um conhecimento transmitido entre gerações, por intermédio do compartilhamento de práticas construídas coletivamente ao longo do tempo, em que estão incluídas não somente maneiras de agir, mas de sentir e de estar no meio com outros. Logo, considerando as contribuições de Rocha (2015); Clot (2010a) e Benjamin (1987a), podemos afirmar que existe sim uma afinidade dos conceitos de experiência defendidos pela Clínica da Atividade e por Benjamin. Aqui está, pois, nosso segundo passo rumo ao diálogo Clínica da Atividade-Benjamin.

Mas precisamos avançar ainda mais, isso porque a experiência precisa ser transmitida, não pode ficar presa, encarcerada nos primórdios. Para se manter viva, pulsante, deve mover-se, ser encarnada por muitos outros. No entanto, como declara Clot (2007: 203), “ninguém recebe o legado de uma experiência pronta para usar; em vez disso, cada um assume um lugar na corrente das atividades. De modo mais preciso, a atividade pessoal só é constituída nessa e contra essa corrente, mediante a apropriação do gênero”. Assim, é “preciso haver uma sociedade e meios organizados para haver a transmissão de uma tradição, que deve ela mesma ser renovada.” (Clot, 2007: 155)

Com isso, vemos mais uma vez a importância de abordarmos a questão dos coletivos, já que são, justamente, estes que irão apoiar a criação pessoal e disseminar a tradição construída ao longo do tempo pelas experiências. Todavia, alguns podem se perguntar: como a tradição pode ser transmitida? Então, é na

tentativa de enfrentar esta indagação, que tocaremos nos pontos do diálogo e das narrativas. E como disparador, convocaremos Clot (2010a) para nos esclarecer do que se trata o diálogo. Em primeiro lugar, é preciso saber que a Clínica da Atividade se apoia no linguista Mikhail Bakhtin para construir suas proposições a respeito deste tema. De acordo com este, “ninguém fala jamais de si e dos outros, senão falando consigo e com os outros” (Bakhtine, 1984: 331 *apud* Clot, 2010a: 131). Isto porque,

“o diálogo e a ordem dialógica é que oferecem o cenário em que os sujeitos encontram a si mesmos e os outros, assim como se defrontam com suas histórias, contextos ambientais e circunstâncias. Sabe-se que, para Bakhtine, qualquer diálogo inclui uma *dramaticidade*, pois desenrola-se num teatro em que se confronta uma pluralidade de vozes, bem além daqueles dos atores. (Clot, 2010a: 133)

Diante disso, já podemos compreender que o diálogo sempre comporta a interação, não só entre os falantes, mas também no próprio sujeito que precisa criar sua fala que é, portanto, direcionada e situada num contexto. Contudo, segundo Bakhtin trazido por Clot (2010a: 230), “a experiência verbal do homem é um processo de assimilação, mais ou menos criativo, das palavras do outro e não das próprias palavras da língua. [...] Para agir no mundo, vivemos no universo das palavras de outro e nossa vida inteira consiste em se dirigir nesse universo”. Desse modo, o autor marca a função social, nas trocas coletivas e para nossa inserção neste mundo compartilhado da comunicação. Nesse sentido, afirma-se o diálogo enquanto atividade dialógica. O qual, como qualquer atividade, está sempre repleto de possibilidades não realizadas, assim Clot (2010a: 230) propõe “considerar que o *diálogo realizado* (Bakhtine fala de diálogo aparente) não tem o monopólio do *real do diálogo*.”

Traremos agora, como poderia se configurar algo semelhante a este processo na visão benjaminiana. Movidos por tal intenção, nos deparamos, novamente, com a colaboração de Gagnebin (2011), quando relata que:

“O conselho só pode ser, portanto, dado se uma história conseguir ser dita, colocada em palavras, e isso não de maneira definitiva ou exaustiva, mas, pelo contrário, com as hesitações, as tentativas, até as angústias de uma história “que se desenvolve agora”, que admite, portanto, vários desenvolvimentos possíveis, várias sequências diferentes, várias conclusões desconhecidas que ele pode ajudar não só a escolher, mas mesmo a inventar, na retomada e na

transformação por muitos de uma narrativa à primeira vista encerrada na sua solidão.” (Gagnebin, 2011: 63)

Em vista do que foi exposto até aqui, é possível esboçar mais algumas semelhanças entre ambos. Primeiramente, enxergamos a necessidade de um coletivo para que haja o compartilhamento dos saberes e patrimônios construídos ao longo da história. Em seguida, percebemos que o inacabamento é intrínseco aos processos de troca, pois devem sempre estar comprometidos com a possibilidade de continuação dos diálogos e das histórias. Exatamente por isso, é que se mostra a abertura para a criação, para a transformação e renovação dos conteúdos transmitidos. O que, por fim, pressupõe o uso de uma linguagem que seja comum, partilhada, também sedimentada pela herança do meio, e, portanto, carece igualmente de uma reinvenção constante para seguir existindo.

Isto posto, devemos nos adiantar nessa trilha. Previamente, ao percorrermos as propostas benjaminianas, contemplamos a dimensão utilitária da narrativa, a qual pode aparecer como um ensinamento moral, uma sugestão prática ou uma norma de vida, mas sempre apostando na persistência e propagação das experiências partilhadas para munir os ouvintes de recursos frente aos desafios da vida. Então, conforme nos diz Pereira (2006: 66) que “a tradição é justamente o fio com que se tece a experiência; de sua trama nasce narração. A narração é um dos meios pelos quais a experiência da tradição é transmitida – e essa transmissão se dá em grande parte através da oralidade”. Logo, nos permitiremos arriscar a afirmação de que por meio do diálogo entre os trabalhadores, nas construções narrativas das trocas de experiências no e pelo trabalho, é que essa transmissão se torna possível. Com isso, indica-se, mais uma vez, a importância de garantir e potencializar tais possibilidades de diálogo para a criação de si e do mundo. Rocha (2015) também acentua esta proposição, pois diz que:

“Se pensarmos sobre esse senso prático e o necessário compartilhamento ligado ao ato de aconselhar a que se refere Benjamin, o trabalho, assim, poderia ser considerado um plano de experiência para a prática das narrativas. O trabalho, enfim, terá maiores possibilidades de se desenvolver, quanto mais frutífera for a troca de experiências entre os trabalhadores. Da mesma maneira que a melhor narrativa se constitui na transmissão entre uma multiplicidade de narradores anônimos ao longo do tempo, o trabalho se constitui e evolui na medida em que sucessivas transmissões são efetivadas entre os trabalhadores. Como uma narrativa que deve seguir sendo

contada pelos sucessivos narradores, o trabalho segue se fazendo pelas trocas entre os que o executam.” (Rocha, 2015: 124)

De fato, como declara Clot (2007: 202), “há entre aquilo que os trabalhadores fazem, aquilo que dizem daquilo que fazem e aquilo que fazem daquilo que dizem toda uma gama de níveis de elaboração da experiência profissional”. Alcançamos aqui, portanto, a potência de instaurar e sustentar, no seio do coletivo de trabalho, a diversas formas de trocas, sejam nas atividades manuais ou nas atividades dialógicas. Pois, voltamos a assinalar, que

“a história de um gênero profissional não é só o que o meio compartilha, presentemente, como maneira de fazer. São, também, os gestos que foram feitos e depois rejeitados, abandonados na história desse meio por diversas razões, nem sempre passíveis de explicação. Contudo, igualmente neste aspecto, o que foi abandonado nem por isso é abolido e pode encontrar uma segunda vida, no momento da transmissão.” (Clot, 2010: 161)

Numa visada benjaminiana, localizamos além do aspecto apontado acima, um alargamento da potencialidade das partilhas dialógicas, já que Gagnebin (2011) ressalta também sua dimensão política, ao reafirmar

“a ligação entre interrupção e revolução – pois o que a história tradicional quer apagar são os buracos da narrativa que indicam tantas brechas possíveis no *continuum* da dominação. Mas essa figura de pensamento indica muito mais que um instrumento de luta ideológica. Ela significa mais profundamente que a verdade de um discurso não se esgota nem no seu desenrolar harmonioso, nem na sua argumentação sem falhas, nem na sua coerência interna.” (p. 100) “Princípio de interrupção do discurso inerente ao discurso mesmo, a cesura inscreve no coração da linguagem seu fundamento verdadeiro pela própria supressão desta: ali onde as palavras se esvaem com o risco de não mais voltar, ali também podem como que retomar fôlego e ressurgir.” (Gagnebin, 2011: 103)

Ainda de acordo com essa autora, relembramos que o:

“homem é assim, essencialmente, um ser de linguagem, mas a linguagem, que o define, lhe escapa de maneira igualmente essencial. Este movimento de disponibilidade e de evasão explica também por que a linguagem humana não pode ser reduzida à sua função instrumental de transmissão de mensagens: os homens já nascem num mundo de palavras das quais não são os senhores

definitivos; só quando desistem desta ilusão de senhoria e de dominação para responder a esta doação originária, só então eles, verdadeiramente, falam.” (Gagnebin, 2011: 22)

Portanto, somente confrontados com nosso papel coletivo, histórico e, exatamente por isso, situado e finito, que podemos enfim nos relacionar e agir – aqui se inclui o falar, pois entendemos que este também é uma atividade - no mundo. Em vista disso, “não se trata, portanto, nem de abolir as diferenças – nem os diferentes! - nem de voltar a uma pretensa unidade de antes do múltiplo; trata-se de reconstruir uma multiplicidade amigável e generosa.” (Gagnebin, 2011: 28)

Salientamos, por conseguinte, o diálogo como debate entre vários, que com suas diferenças, suas peculiaridades e estilos, podem caminhar na busca por um comum como reconstrução “amigável e generosa”. Na visão de Rocha,

“Pode-se, assim, pensar um paralelo entre a maneira de transmissão e renovação da experiência através das narrativas, como nos fala Benjamin (1987), com a história do ofício profissional, que segue se renovando através da dinâmica entre gêneros e estilo, como entendida na Clínica da Atividade (Clot, 2010). Enquanto as narrativas tratadas por Benjamin eram ancoradas em uma tradição coletiva compartilhada por todos em determinada comunidade, o ofício profissional apoia-se no patrimônio construído pelo coletivo de trabalhadores. A narrativa, entretanto, não se mantinha estática, sendo renovada com as contribuições singulares de cada novo narrador que as contava. Assim, também o ofício só pode se manter vivo se for renovado com as estilizações singulares de cada trabalhador, as quais se dão através da atividade.” (Rocha, 2015: 150)

Fica assim consagrada, mais uma aproximação entre Benjamin e a Clínica da Atividade. Uma vez que, são por meio das atividades cotidianas, que os estilos vão renovando o patrimônio do gênero, movimentando, enfim, o ofício. Nesse processo, as experiências vividas se tornam recursos para criação de si e do mundo, fazendo do diálogo constituído pelas narrativas dos trabalhadores, instrumento de transmissão e também de transformação. Afinados com Rocha (2015) explicitamos que:

“O diálogo, assim, pode ser visto como uma atividade que transforma a experiência vivida em meio de viver outras experiências. Pensar nesse sentido talvez seja uma chave para elucidar a relação entre atividade e experiência. A atividade de diálogo enquanto motor para seguir a experiência, como um mecanismo pelo qual a experiência se torna frutífera, tornando-se transmissível e fértil para gerar outras experiências.” (Rocha, 2015: 56)

Por outro lado, precisamos tratar ainda das restrições de Benjamin a respeito do narrar nos dias atuais, as quais estão intimamente relacionadas à questão do trabalho em tempos capitalistas. Estamos cientes de que, o saber tradicional e os processos de produção das experiências e narrativas, mostram-se cada vez mais dificultados diante da vida apressada e consumista que temos levado. No entanto, mesmo considerando esta realidade, buscamos ao longo de toda nossa caminhada nesta pesquisa, tatear possíveis ranhuras neste estabelecido, a fim de alargar estas para fazer brotar as ricas sementes produzidas pelos trabalhadores, neste caso em especial, do campo da Saúde Mental. A rigor, por isso estamos aqui-agora movidos pelo desejo de travar um diálogo Clínica da Atividade-Benjamin, e portanto, impregnados por esta função, vamos prosseguir buscando mais vestígios e companhias para nossa jornada.

Sem demora, topamos com uma passagem que nos parece de grande valia, posto que:

“As atividades de trabalho não são para nós governadas pela pura necessidade de subsistência, produzindo coisas efêmeras destinadas a ser desconstruídas pelo consumo. [...] No trabalho, o sujeito jamais é somente o simples representante de uma capacidade específica nem o exemplar reproduzível aos milhares de um certo tipo. A atividade de trabalho é também obra e ação: obra no sentido de que produz coisas duradouras destinadas a tornar o mundo habitável, estando entre essas coisas os gêneros de vida profissional a ser retomados; ação no sentido de que gera – e esse é de fato o objeto de nossas pesquisas – resultados subjetivos indissociáveis do agente, produzidos em comum e transmitidos por narrativas que não são meras arengas que servem à sustentação do esforço solitário.” (Clot, 2007: 200)

Ora essa, parece que assim estamos atingindo, enfim, nosso objetivo neste tópico e para a discussão que temos levado nesta pesquisa. Isto porque, no fragmento acima podemos encontrar claramente a ligação entre o processo de criação de si e do mundo no trabalho, marcando nosso pertencimento a uma herança que nos atravessa e nos escapa, tendo a produção do comum por meio das narrativas das experiências vividas nas atividades cotidianas, como a linha que costura esse tecido-coletivo tão frágil e maleável.

Na concepção de Rocha (2015: 122), é possível ver “a aproximação entre campo do trabalho e a produção de narrativas como uma relação frutífera, na qual o investimento poderia abrir possibilidades de, mesmo no contexto do trabalho moderno, ativar a dimensão do trabalho enquanto experiência coletiva”. E continua, “o trabalho, assim, pode ser considerado um campo muito fértil para a produção de experiência coletiva na medida em que ele sempre coloca problemas para os sujeitos, problemas que eles têm que encarar de forma conjunta – ativando a dimensão coletiva. O problema, nesse sentido, não se encontra dado de antemão, ele é construído nessa habitação de plano comum.” (Rocha, 2015: 159-60)

Para concluir, julgamos necessário resgatar o motivo pelo qual estamos caminhando, para com isso recolher alguns retalhos que precisamos usar nas tramas de nossa obra. No compasso que estamos, se pensarmos que estamos a contar sobre o trabalho em Saúde Mental, o qual, reiterando, se trata de uma costura incessante de vínculos, práticas, regras, signos, sentidos e afetos. Logo, são as experiências vividas, passadas e transmitidas pelos trabalhadores - por nós! - que fundam e constituem o patrimônio do gênero trabalhador de Saúde Mental. Por outro lado, nós também precisamos estar conectados a este gênero, transformando-o e ampliando-o com nossas atividades e debates, colaborando com as criações de nossos próprios estilos. Assim, nossas experiências tanto são o recurso quanto o produto de nossas atividades e discussões. Mas de tudo isso, nada existiria, se não houvessem os coletivos de trabalho para operarem essa engrenagem. Portanto, nos diálogos travados no trabalho e sobre o trabalho, as narrativas sobre tais experiências, são o veículo e o combustível que o coletivo utiliza para mover a roda dessa história. O que, por fim, revela a potência de nos atentar aos pequenos acontecimentos, ao detalhe, ao ínfimo, àquilo que não foi pensado, como direcionamento ético-político na transformação ativa do presente da Reforma Psiquiátrica.

CAPÍTULO 3: EFEITOS DA PESQUISA-INTERVENÇÃO: Enredo

“Como aliviar a dor do que não foi vivido? A resposta é simples como um verso:

Se iludindo menos e vivendo mais!

A cada dia que vivo, mais me convenço de que o desperdício da vida está no amor que não damos, nas forças que não usamos, na prudência egoísta que nada arrisca, e que, esquivando-se do sofrimento, perdemos também a felicidade.

A dor é inevitável.

O sofrimento é opcional”

(trecho do poema ‘Definitivo’ de Carlos Drummond de Andrade)

3.1. Durante

Vejam bem, depois de vagarmos por entre muitos conceitos e proposições, alguns poderiam pensar que começamos a nos aproximar “dos finalmentes”. Todavia, caro leitor, devo lembrá-lo que tratamos aqui de uma pesquisa-intervenção, ou seja, não nos lançamos nessa jornada buscando somente por teorias – mesmo que estas tenham uma função muito importante -, mas sim partimos a rastrear nosso tesouro. Isso parece curioso, não é?! No entanto é a mais pura verdade, posto que estamos a caminhar recolhendo os fragmentos de uma relíquia muito valiosa, que de tão preciosa, só pode ser de todos e de ninguém. Exatamente por isso, não pode ser encontrada como uma unidade totalizada e encerrada em si mesma, já que para existir tem que se mover em nossas memórias, atos, afetos, ideias, discursos, enfim em nossos corpos.

Sendo assim, vamos logo dizer que cá chegamos carregados de experiências vividas pelo coletivo de trabalho do CAPS Pedro Pellegrino e serão estas que iremos agora narrar. Como explicamos lá no início, realizamos gravações em áudio de algumas discussões travadas por este coletivo, as quais tiveram alguns trechos transcritos (anexo) e posteriormente, tal material serviu de base para a elaboração de um texto resumido (anexo) que foi levado para ser debatido no encontro de coanálise e restituição. Diante disso, neste primeiro tópico, optamos em nos ater à algumas falas recolhidas nos seminários e também ao texto elaborado a partir destas, tecendo ainda breves comentários sobre os temas trazidos nas falas. No entanto, vale ressaltar que estes não têm a intenção de serem interpretações ou definições, mas

somente buscam assinalar alguns pontos de vista e possíveis desdobramentos. Isto porque, nessa pesquisa realizamos a coanálise com a equipe, da qual trataremos no tópico seguinte, e acima de tudo, pelo fato de que esta é uma obra aberta e, portanto, não cabe a autora aprisionar em explicações o patrimônio aqui apresentado. Recordamos ainda, que as falas não estão identificadas, já que estamos apostando, sobretudo, no processo de construção coletiva, de uma voz narrativa única, a do coletivo de trabalhadores do CAPS.

Iniciaremos, então, explorando o primeiro Seminário Interno colhido na pesquisa, ocorrido em 09 de dezembro de 2014.

Quando você fala que está falando de si e não dos outros, eu entendo que você tá falando disso como um respeito assim pelo outro, é o outro que vai falar de si, lógico. Mas quando a gente está falando em equipe, a gente fala do outro também! Mesmo quando a gente fala só de si, a gente fala do outro também. Não fala só de si! Então essa exaustão, que ele (autor do texto³⁶) aponta pra rede, na questão de fortalecer a rede, que eu concordo, e tudo. Mas tem que ter um fortalecimento interno também! Uma questão que eu lanço que é pra gente pensar depois: é se a gente está contando uns com os outros aqui dentro? Assim, para além da rede, que a gente tem que contar e construir, mas eu falo do trabalho aqui entre nós, se a gente está realmente conseguindo contar uns com os outros, porque esse é o único caminho que ele (autor do texto) próprio propõe para lidar com a exaustão. (Seminário Interno 1, 09/12/14)

Selecionamos o trecho acima para disparar nossa discussão, pois acreditamos que ele contenha elementos importantes para sustentar nossa aposta colocada anteriormente. Assim, encorajados por essa fala, podemos agora percorrer o material de nossa pesquisa.

Encontramos ainda, nessa enunciação, uma convocação para que se debatesse a respeito do trabalho em comum e da construção do coletivo de trabalho. Isto partiu de uma necessidade de examinar o que estava sendo realizado no serviço

³⁶ Essa fala faz referência ao texto que foi usado como disparador do debate neste seminário, que foi: MERHY, E. E. *Os CAPS e seus trabalhadores: no olho do furacão antimanicomial. Alegria e alívio como dispositivos analisadores*. In: FRANCO, T.B. & MERHY, E.E. Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos. 1ª edição. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 213-225.

e também do que se poderia fazer mesmo diante dos entraves político-institucionais³⁷, que atravessavam o serviço naquele momento. Compreendemos que tal convocação, teve como função colocar em foco a atividade dos profissionais, que encontravam-se cansados e desanimados. Mediante o questionamento de “se estão contando uns com os outros” no cotidiano do trabalho em equipe, entra em análise o movimento de isolamento tanto entre os profissionais no CAPS, quanto em relação à rede.

Esse fechar-se, eu entendo como uma estratégia até de proteção mesmo, enfim, mas acabou trazendo mais angústia né, trazendo mais exaustão, mais cansaço e mais desesperança né, do que voltar-se pra fora. Porque quando a gente vai pra fora, a gente inclui o outro no nosso problema né. O problema deixa de ser só nosso [...] o problema não é só daqui, o problema é da rede, o problema é da Saúde, tem que incluir o outro no problema também

E eu acho que a gente vive muita frustração, você tá falando de exaustão aí, comigo não aconteceu, não chegou a tanto. Mas a frustração me gerou desmotivação, me desmotivou e aí ser gente desmotivado não dá. E aí eu fui pra música, aquela coisa que o Djavan fala: sabe lá o que é você não ter e ter que ter pra dar! Tem que ter [...] Como é que eu posso dar alegria se eu não tenho nem pra mim? [...] Como que eu não vou desistir dele (paciente) se eu já desisti de mim? Aí que eu fiquei repensando, entendeu, o que que eu vou fazer pra num ...pra dar um gás, ter mais alegria [...] onde é que eu vou buscar isso? Eu encontrei isso em um, em outro, não no espaço do CAPS [...] Busquei no outro, nos colegas de equipe que na verdade são meus amigos também e fora. (Seminário Interno 1, 09/12/14)

Vemos nesses fragmentos acima, duas maneiras de entender e enfrentar os processos de impedimento e paralisação, sendo que cada um à sua forma, apontam a necessidade de abrir-se, de coletivizar as questões, pois o fechamento, o isolamento estava trazendo ainda mais desgaste e sofrimento. Instigados por essas

³⁷ Nesta época, o CAPS havia ficado um longo período sem oferecer assistência médica, devido à falta desse profissional na equipe, o que foi acarretado por problemas contratuais. Por conta disso, em Assembleia de usuários, familiares e profissionais, tomou-se a decisão de fechar a porta de entrada para novos usuários e também a retirada do fornecimento de medicações no CAPS, redirecionando a assistência médica e farmacêutica dos usuários para a Atenção Básica.

questões, aborda-se a delicadeza do trabalho no CAPS e começam a ser aparecer diversos fatores que influenciam diretamente as atividades de trabalho da equipe.

Você estuda, você tem aí um conjunto de ferramentas, mas a maioria você inventa na hora! Não tem como não se deixar atravessar por essas questões, que se deixam representar pelo dinheiro, por essa coisa quem é contrato quem é servidor, vai ser tirado do CAPS, não vai? Vai ser tirado da Atenção Básica, não vai? Não tem como isso não atravessar a clínica que você faz. As vezes eu fico ouvindo assim, que lugar é esse que a gente ocupa? Enquanto trabalhador de Saúde Mental, o que que é Saúde Mental? Parece que é sempre qualquer coisa! Assim, um 'banquinho e um violão' tá bom, vai lá toca uma musiquinha e acabou, e não é, é difícil pra caramba. (Seminário Interno 1, 09/12/14)

Já aqui, vemos que a necessidade de invenção constante neste trabalho traz muitas exigências aos profissionais, que precisam de grande empenho no uso de saberes e para oferecer disponibilidade afetiva no desenvolvimento de seu trabalho neste campo. Somando-se a isto, surge o dilema da falta de investimento financeiro por parte dos gestores municipais, o que denuncia uma falta de suporte, ampliando ainda mais o desafio de sustentar o trabalho. Ao longo desta discussão, houveram momentos de choro e de lamento, quando apontou-se o incômodo e a angústia de sentir-se impotente por não se conseguir oferecer o que era entendido como o “mínimo” para se fazer um bom trabalho. Nesse momento, acreditamos que a equipe entendia a falta de recursos materiais, como impedimento para a realização do trabalho, não conseguindo vislumbrar outras formas de lidar com a precariedade desse contexto.

Eu tenho que dizer que estou muito sentida, fico emocionada (choro/pausa). Não sei se eu vou conseguir falar (pausa/silêncio/soluções). Mas acho que assim, todo mundo que tá aqui tem ideia que nenhum serviço público vai ser ideal, vai ser de qualidade, nunca imaginei isso (pausa/suspiro). Sei que é sempre um momento de luta pra todo mundo e a gente escolhe na vida esses espaços de luta [...] Não é só a gente pensar no nosso cotidiano de trabalho, que é importante sim, mas que a gente possa também procurar outros espaços de luta. Mas é muito difícil assim, quando você começa a ver que o mínimo que

você precisa fazer naquele serviço, você não consegue sabe! (choro)
(Seminário Interno 1, 09/12/14)

Nesta fala, encontramos, então, os efeitos negativos da precarização neste cenário, os quais atingiram em cheio o processo de reconhecer-se por meio e no trabalho - que comentamos no tópico sobre a Clínica da Atividade – e, assim, produziram despotencialização e sofrimento. Por outro lado, localizamos também, uma estratégia de enfrentamento desse dilema. Isto é, pela via do engajamento nas lutas políticas, neste caso, pela Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial, os quais são, ou precisam ser, sustentados e ampliados pela participação dos profissionais, usuários e familiares. Além de tais espaços mais abrangentes de luta política, concebemos como cruciais os movimentos locais, entre eles, principalmente, as ações diárias de defesa e afirmação de tais bandeiras. Podemos pensar, assim, que esteja aí um dos instrumentos, dos recursos para se resgatar o poder de agir nesta realidade.

Se sentir um pouco atropelado por um monte de coisas e as vezes não conseguir pensar a própria a clínica do serviço, dos pacientes que a gente entende que precisam de um atendimento nos moldes de um CAPS e que a gente não consegue fazer a VD (visita domiciliar) com a mesma regularidade
(Seminário Interno 1, 09/12/14)

Aqui constatamos os frequentes conflitos do real da atividade que os trabalhadores se defrontam no cotidiano de trabalho. Em que precisam fazer escolhas por qual atividade priorizar, o que leva, muitas vezes, à uma dificuldade em lidar com as outras possibilidades de ação que precisaram ser abandonadas ou adiadas. Nesse confronto, em certos momentos, chega-se a uma percepção de insuficiência, alimentando expectativas que, quando não concretizadas, causam a sensação de que o trabalho não está sendo executado como deveria.

De que maneira o CAPS pode estar aberto ao imprevisto? E poder lidar com o imprevisto. Porque o CAPS não é uma Clínica da Família que funciona por procedimentos, não por protocolos [...] De que maneira a gente pode estar aberto ao novo? (Seminário Interno 1, 09/12/14)

Já com este questionamento, acreditamos ter se aberto uma brecha, uma

deixa para que novas posições e ações pudessem ser criadas. Nessa direção, se retomarmos as falas iniciais, em que foram pontuadas a necessidade de abertura aos outros, aos encontros e às parcerias, podemos conceber, então, tais movimentos como uma busca pela produção de processos mais potentes e inovadores, que precisam contar com a ativação do coletivo para reencontrar seus recursos para novas composições.

Contudo, nessa fala encontramos ainda uma afirmativa que precisamos esclarecer ao leitor, isto é, quando se aborda a diferença de lógicas de trabalho entre o CAPS e as Clínicas da Família. A expansão da Atenção Básica no município do Rio de Janeiro, vem sendo feita nos últimos anos no formato de Contratos de gestão firmados entre a Prefeitura e Organizações Sociais (OS's). Em poucas palavras, isto quer dizer que a implementação e gestão das chamadas Clínicas da Família (CF) – nome adotado nesta cidade para designar os serviços inspirados pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) - fica a cargo das OS's. Estas são responsáveis pela contratação dos profissionais, por fornecer os materiais e insumos, assim como pelo espaço físico do serviço e sua manutenção. Cabe à Prefeitura estabelecer no contrato os requisitos, indicadores e metas a serem cumpridas; realizar o repasse de verbas e a fiscalização. Desse modo, vemos que houve um investimento por parte do poder público municipal em privatizar esse setor de atenção à Saúde. Entretanto, nesse momento, nos ateremos somente a este esclarecimento, deixando os efeitos e questões relacionadas a esse panorama para outra oportunidade.

Continuemos, então, com a narrativa dos trabalhadores do CAPS.

A questão de falar da equipe, de um estar no cenário e ver que aquilo está ruim para o outro colega e o outro estar fazendo, é nesse sentido. É perceber que a C. (profissional) não está bem naquela situação, a gente tirar um pouco a C. (profissional) dessa situação e entrar outro. Eu acho que nós temos isso aqui! [...] Alguém chegar na hora e estar fazendo isso, é de a gente estar atuando assim o tempo todo no serviço.

Essa sintonia, essa sintonia é muito difícil mesmo de construir. De estar atento ao outro e o que está acontecendo naquele espaço, de perceber que ali entre os dois estava difícil e poder falar 'J. (profissional) vai lá pra dentro,

vai tomar um ar, deixa que eu fico aqui com o C. (usuário)'. Esse tipo de coisa, esse feeling né, é uma coisa que faz muita diferença! (Seminário Interno 1, 09/12/14)

Eis aqui vestígios de uma “sintonia” de fundamental importância para a construção do coletivo de trabalho. Assim, ainda que um tanto embrionária – dado os movimentos de isolamento e fechamento ao outro que comentamos anteriormente – nos parece que tal sintonia está presente. No diálogo a seguir, veremos o debate sobre uma expressão utilizada diversas vezes ao longo deste seminário, a qual, na nossa visão, revela-se como um analisador³⁸ significativo sobre a posição da equipe diante do trabalho naquele momento.

Mas o que que é 'dar conta'? Porque 'dar conta' apareceu tantas vezes!

Sabe o que ficou na minha cabeça, esse dar conta, pra mim, eu fiquei pensando em contar, contar uns com os outros! Porque ninguém dá conta de nada sozinho, de jeito nenhum, uns com os outros aqui dentro e uns com os outros fora, na rede.

O problema é isso, é igual no caso do A. (usuária), as vezes fica muito assim, 'vocês decidem', não! Então, parece que a gente fica muito sozinho! Parece que assim, o último caso, não deu conta a Estratégia (Saúde da Família), não deu conta, aí o CAPS vai dar conta. Então aí, a gente fala que não vai dar conta, 'ué, como que vocês não dão conta?' A gente não dá conta porque a gente não tem médico.

Não, a gente não dá conta, porque a gente não tem que dar! Porque a gente não é manicômio que dá conta de tudo!

Mesmo que seja paciente do CAPS, o CAPS não tem que dar conta! Quando a gente se dá conta, de que a gente não tem que dar conta, dá um alívio também! Acho que o alívio vem disso. (Seminário Interno 1, 09/12/14)

³⁸ Segundo Barembliitt (2002), analisador é um fenômeno que tem como função exprimir, manifestar, evidenciar ou denunciar uma problemática. Sua materialidade expressiva é totalmente heterogênea, não necessariamente verbal. O próprio analisador já contém elementos para começar o processo de seu esclarecimento, e por isso, se colocado em condições propícias, tem a possibilidade não apenas de enunciar um conflito ou questão, como também, sendo assumido por seus protagonistas, de resolver a situação da qual ele é emergente.

Neste diálogo, aparece, principalmente, uma postura controversa na equipe, apontando dois movimentos aparentemente opostos. Um deles, segue na direção da cobrança excessiva e expectativa elevada em relação aos efeitos do trabalho, presente tanto na construção das condutas terapêuticas, quanto no contato com a rede, o que pode se remeter ao processo de fechamento já mencionado. Então, para refletir sobre isso, consultamos Sampaio *et al* (2011: 4692), quando afirmam que o “profissional não deve assumir a responsabilidade pela totalidade existencial, sucessos, insucessos e modos de andar a vida do usuário no território, sob o risco de sobrecarga e de sofrimento pelos possíveis fracassos”. O outro movimento demonstrado no diálogo, em contrapartida, vislumbra uma saída rumo ao “alívio”. Isto porque, afirma que é preciso desvencilhar-se das amarras da exigência de resolução, e aponta o “contar com os outros” como caminho para sair desta posição de impedimento e paralisação, buscando na coletivização, no compartilhamento - tanto entre a equipe como com a rede – novos recursos para agir.

Sabe por que em CAPS essa coisa do que é específico de cada profissão não é tão fundamental? Porque o trabalho é coletivo, o trabalho é em equipe! [...] Não estou respondendo isolada pelo cuidado de um paciente, ninguém aqui está respondendo isolado, a gente responde coletivamente.

Então quando a gente está trabalhando no coletivo, de uma maneira coletiva, perde um pouco esse peso 'de que eu só vou fazer trabalho de psicólogo'. [...] A gente vai aprendendo na vida, na prática do trabalho!

Esse trabalho interdisciplinar tem como efeito, uma clínica. E essa clínica, que a gente chama de Clínica Ampliada, que é nosso trabalho [...] Sozinho, isolado, sem conseguir compartilhar isso, não se faz clínica. Essa Clínica Ampliada que a gente fala que todos os trabalhadores de Saúde Mental, de cabo a rabo o fazem, só é clínico quando ele é coletivo! (Seminário Interno 1, 09/12/14)

Aqui, parece que atingimos um ponto crucial, ao menos no que tange à pesquisa. No debate sobre como as atividades vinham sendo desenvolvidas e sobre a composição dos diferentes instrumentais de cada categoria profissional, vemos aparecer a complexidade deste trabalho. Essa discussão, leva enfim à necessidade de afirmação do coletivo de trabalho, como modo de reconhecer e lidar com as

limitações pessoais, das tarefas e do serviço, para gerar certo alívio para as exigências excessivas. Reforça-se que no trabalho no CAPS, ninguém deve responder sozinho pelos casos, pois dada a sua complexidade, torna-se imprescindível a construção comum de referenciais e recursos, os quais não se encontram em livros ou teorias, mas sim na prática coletiva cotidiana. Então, neste ponto retomamos a contribuição de Ramminger e Brito (2008), de que o trabalho em Saúde Mental vem se deslocando do hospital psiquiátrico para a cidade, com isso um gênero de atividade forte pode sustentar a atividade no sentido de reger e apoiar os comportamentos e as decisões individuais de cada trabalhador. O trabalhador se sente mais seguro ao resolver, mesmo que sozinho, determinada situação de trabalho, porque sabe que será apoiado por um coletivo. Ao contrário, quando o gênero profissional está fragilizado, o trabalhador sente sua decisão como solitária, temendo não ter agido da maneira adequada ou ser alvo de críticas futuras. Dito isso, veremos a seguir a continuação desse debate, o que nos trará outros elementos.

Apareceu hoje muitas vezes 'o que eu posso oferecer para o usuário' e muito pouco 'o que o usuário pede'. A gente se ocupa em muitos momentos, e o 'não dar conta' pode vir daí, de oferecer coisas da nossa cabeça.

Não tem cardápio! (Seminário Interno 1, 09/12/14)

Já nestas falas observamos que a cobrança excessiva dos profissionais estava relacionada também com o pouco compartilhamento das propostas de ação com os próprios usuários. Assim, percebemos que o 'fechamento ao outro' se deu tanto na relação entre a equipe, como com a rede e ainda com os usuários. Diante disso, podemos pensar na possibilidade de que o movimento de isolamento dos profissionais era um modo de encarar a solidão que sentiam, e em decorrência disso, estavam despotencializados e em sofrimento. Entretanto, como estamos nesta pesquisa apostando na potência desse trabalho, queremos recuperar a fala anterior que versava sobre a Clínica Ampliada, para junto com Campos (2006), mostrar que o "não tem cardápio", diz precisamente da necessidade de criarmos unidos aos usuários e familiares, os meios mais pertinentes para a promoção de autonomia e saúde para todos.

O CAPS oferece através de cada profissional, olho no olho de quem chega e dificilmente você encontra isso lá fora!

É o vínculo

Exatamente! Você perguntou o que a gente tem para oferecer, e o que a gente tem para oferecer em primeira instância, somos nós! (Seminário Interno 1, 09/12/14)

Bem, suspeitamos que depois desse diálogo, não há muito o que dizer a respeito da disponibilidade e capacidade de abrir-se ao encontro com o outro, que os profissionais do CAPS dispõem, mesmo diante das atribulações e do aparente isolamento. Nessa perspectiva, ratificamos o que foi trazido por Sampaio *et al* (2011: 4689), quando afirmam que no cenário de trabalho no contexto da Reforma, “o principal recurso de intervenção é o trabalhador, amparado por sua formação, seu protagonismo, suas habilidades técnicas e relacionais”.

Acho que essa nossa dificuldade de pensar como vai acompanhar aqui, eu não acho que tenha a ver só com uma questão de precariedade da rede não, eu acho que a gente tem se perguntado também sobre como a gente faz essa clínica, como a gente consegue fazer os acompanhamentos [...] eu acho que tem uma coisa da gente pensar não só porque tem pouca gente, isso é importante, mas eu acho que a gente fica um pouco batendo cabeça em relação ao acompanhamento dos pacientes como vem acontecendo de fato, independente de muito profissional ou pouco profissional.

Poder ter um seminário para pensar a organização do serviço com o que a gente tem aqui, é importante! (Seminário Interno 1, 09/12/14)

Acreditamos que estes fragmentos, os últimos do primeiro seminário gravado, nos revelam a importância e a necessidade de se garantir os espaços de discussão e construção coletiva - principalmente, mas não só – do seminário interno e das reuniões de supervisão clínico-institucional. E para reforçar esse argumento, voltamos a Andrade (2014), em sua proposta de considerar a supervisão coletiva como dispositivo para aumentar o poder de agir dos clínicos, ressaltando o processo de formação permanente promovido nesses encontros. Na mesma direção, Albuquerque (2010: 122-3) assinala a supervisão clínico-institucional como um “dispositivo já instituído na reforma psiquiátrica adequado à coanálise do trabalho, do

território e da construção de rede, com protagonismo dos próprios trabalhadores e participação da comunidade científica, no caso representado pela figura do supervisor”.

Além disso, fica confirmada aqui também, nossa escolha metodológica de utilizar as gravações dos seminários como meio de acesso aos conflitos e recursos emergidos do diálogo coletivo.

Bem, sigamos agora visitando o segundo seminário colhido na pesquisa, realizado em 05 de maio de 2015.

Eu escutei duas coisas diferentes no que você falou, eu achei importantíssimo, que tem que fazer uma diferença. Uma coisa é o paciente chegar demandando e a gente responder essa demanda imediatamente e dar o que ele quer. Outra coisa é seguir o movimento dele e fazer propostas de acordo com o que ele vai nos indicando, são coisas bem diferentes. E essa segunda coisa, de seguir o que ele está nos indicando, isso é perfeito. Agora eu tô me dando conta de uma coisa, a gente tá falando aqui desde o início, de uma certa quebra de sentidos rígidos no CAPS. É claro que o CAPS não pode ser esquizofrênico, lógico, mas ele também não pode ser excessivamente neurótico, excessivamente obsessivo, rígido. O CAPS tem que ter abertura pra criações, pra coisas novas né.

Tem uma pergunta que eu faço pra mim: onde é que eu tô, eu tô na Saúde Mental ou na doença mental? Que pra mim é uma linha muito fina, muito fininha essa linha da doença mental e da saúde mental. [...] Ou eu vou reforçar a doença ou eu vou trabalhar ali, vou usar aquelas ferramentas que a doença, os ingredientes que a doença me deu pra eu transformar aquilo em saúde, tentar transformar aquilo numa coisa que dê saúde.

O que eu fiquei encantada com a Saúde Mental, é que ela quebra com o senso comum, com padrões, com tudo que tá cristalizado na sociedade né. O louco ele chega e ele consegue transgredir tudo isso, ele consegue extrapolar todos esses muros, coisas que nós as vezes nos forçamos a fazer e não conseguimos. (Seminário Interno 2, 05/05/15)

Os três fragmentos acima, apresentam vestígios sobre a construção clínica no CAPS e os elementos que devem ser considerados na condução das intervenções.

Em nossa visão, fica evidenciada que a direção clínica comum é da afirmação da singularidade de cada caso, sendo que cada usuário traz consigo, além das vivências relacionadas ao sofrimento psíquico, seu mundo de vida, sua história pessoal e seu contexto social mais amplo. Dessa forma, as estratégias criadas não podem desvalorizar o modo peculiar de ser dos usuários com seu saber e experiência próprios, sob o risco de reforçar os movimentos que impedem a produção de autonomia, dificultando o rompimento com as posturas cristalizadas que reproduzem a “doença mental” e a exclusão. No entanto, tal construção não é nada simples e, sobretudo, representam um desafio constante de questionamento de posições e relações de poder a serem exercitados nas atividades cotidianas de trabalho no CAPS.

Talvez você tenha uma fantasia, que eu acho que você pode repensar isso, de que o psicólogo sabe alguma coisa. Mas essa orientação clínica mesmo a gente cria no dia a dia, no trabalho e no CAPS, graças a Deus, na supervisão, porque outros serviços não têm e é precioso esse momento. Então, para mim, formação é isso, pra mim não é ficar fazendo curso disso e daquilo, leitura ajuda muito, lógico. Mas estar ali, acompanhando os casos e falando deles e podendo discutir, é tudo! Isso pra mim é o que fez a diferença na vida e eu acho que pra muita gente aí também. Então vamos usar esse espaço pra isso, o espaço de supervisão é um espaço de formação também.

São escutas que são diferentes, ninguém aqui tem que ser especialista em nada, claro não é um saber leigo, mas também não tem que ser um saber extremamente especializado, porque isso só fecha, fecha a nossa cabeça. Mas é preciso ter alguma coisa em comum, por isso que eu digo que não é uma colcha de retalhos, não pode ser cada um fala uma coisa, cada um faz o que quer, aí o CAPS fica esquizofrênico. Então, eu acho que o CAPS tem que ter uma abertura, uma amplitude grande de pensamento, de ideias, de coisas aí acontecendo, de propostas, mas tem que ter uma direção, uma direção de trabalho, uma direção da clínica. E eu acho que os seminários internos e as supervisões são pra isso, é isso que eu acho que a gente tá tentando traçar aqui hoje. Então ninguém quer que você ou qualquer um aqui seja psicanalista ou qualquer outra coisa, entendeu. Apenas que esteja caminhando na mesma direção, é isso que eu tô dizendo. E as vezes a gente

tá numa outra direção, não porque discorda enfim, mas porque não sabe direito qual é a direção a tomar e essa direção a gente constrói. A gente constrói coletivamente através do que a gente tá fazendo aqui hoje, por isso que pra mim é precioso. (Seminário Interno 2, 05/05/15)

Mais uma vez aqui se manifesta o valioso papel dos espaços coletivos de discussão, com sua função formadora e de suporte à criação. Em nosso entendimento, partindo especialmente desses fragmentos, acrescenta-se mais uma função, o papel dos espaços coletivos de discussão como facilitador na composição do coletivo de trabalho. Lembrando que, estes são formados na colaboração, cooperação e co-atividade entre os vários trabalhadores, construindo um referencial comum. Coletivo tal que para ser digno desse nome é forçosamente heterogêneo, conforme afirma Clot (2013). Neste sentido, invocamos também a contribuição de Albuquerque (2010), que propondo a gênero trabalhador de Saúde Mental, afirma que este comporta vários ofícios e tem como característica manter uma indeterminação no que se refere à lógica dos especialismos, sem com isso negar a necessidade das especificidades de cada categoria profissional na composição das atividades em comum.

A questão, de fato, pra mim, é prioridade, não se tem prioridade nas reuniões de miniequipe! E por que não se tem prioridade numa reunião que é tão importante de estruturação do trabalho e de compartilhamento de direção de trabalho?

São eleitas outras prioridades.

Uma reunião por semana com todo mundo não vai dar conta nunca (pausa), pra ter essa função. Você tem espaços compartilhados de construção no decorrer da semana. Não é a supervisão que vai [...] esse produto tem que chegar encaminhado, não pra ser construído, entende o que eu quero dizer? O que que acontece que esse espaço tão caro para esse trabalho não tá sendo encarado como prioridade? Isso pra mim é uma questão! (Seminário Interno 2, 05/05/15)

Aqui vemos um impasse, um desafio com relação à construção coletiva no cotidiano de trabalho. Mas antes de tecer comentários sobre isso, é preciso recordar

o leitor de que o CAPS aqui pesquisado organiza o acompanhamento dos casos por grupos de referência, as chamadas miniequipes, compostas por profissionais de nível superior e médio, as quais deveriam realizar encontros regulares para discussão dos casos-referência e construção de direcionamentos. Porém, na época em que ocorreu este seminário, tais reuniões não estavam ocorrendo, pelo menos não na frequência necessária, o que acarretava dificuldades na condução das atividades terapêuticas e também acabava por emperrar o andamento da reunião de supervisão clínico-institucional, que eram, em geral, muito extensas, mas pouco produtivas.

A questão não é essa, se a gente organizar uma pessoa fixa, a questão é a gente se despir do desespero!

A gente não tem que trabalhar no desespero, nunca! Vai escutar o tempo que tiver que escutar! (Seminário Interno 2, 05/05/15)

As falas acima, ainda mantém relação com o questionamento indicado anteriormente. Isto porque, tratam do movimento da equipe que estava sempre muito atarefada e assoberbada por diversas questões que surgiam no cotidiano de trabalho, que por fim, não conseguia parar para discutir entre si. Por conta disso, eram frequentes as queixas em relação à sobrecarga de tarefas a cumprir e o pouco tempo para se atentar às delicadezas do trabalho clínico.

O que orienta a nossa clínica?

Porém, eu quero conseguir transmitir isso, se ele (paciente) tiver que não estar aqui, é pelas características clínicas dele e não porque a gente não suporta. É isso que eu tô querendo dizer né. Porque se a gente não suporta alguns pacientes, isso é uma questão que a gente tem que pensar, é uma questão pra nós, não é uma questão dele, é pra nós! Então tem que ver o nível de suportabilidade desse nosso trabalho que é muito insuportável! Não é a toa que a gente trabalha em equipe, supervisão, enfim discute, pra dar conta do insuportável, do que não é fácil, se fosse fácil a gente não ia estar aqui, não ia ser CAPS. Eu queria mesmo escutar vocês, enfim [...] para falar desses critérios que orientam a clínica. Porque isso também é fundamental pra gente poder se orientar e não se sentir tão desgastado, as vezes sugado pelo

paciente né, a gente tem que botar um limite nisso! (Seminário Interno 2, 05/05/15)

No final desse seminário, vemos, então, pontos importantes que podem orientar as discussões anteriores. Aqui encontramos algumas indicações sobre as especificidades deste trabalho com pessoas com modos tão diferentes de estar no mundo, e não raro, com contextos de vida muito precários, o que desperta toda sorte de afetos nos trabalhadores. Nessa perspectiva, é extremamente necessário ter direções comuns que amparem e sustentem a potência desses encontros desafiadores, por isso a convocação por discutir “critérios que orientam a clínica”, a qual devemos lembrar, só pode existir no coletivo. Para concluir a conversa sobre este seminário, trazemos Sampaio *et al* (2011), os quais alertam que nesses contextos de trabalho em Saúde Mental, quando visamos a construção de projetos terapêuticos, a “tarefa deve ser compartilhada com a equipe, e mais que isso, respeitar a autonomia do usuário de modo que ele seja corresponsável pelo projeto terapêutico. Isto implica em consciência dos limites, tanto da capacidade de intervenção de cada trabalhador, quanto da dimensão econômico-operacional do processo de reforma psiquiátrica” (p. 4692).

Chegamos, portanto, ao terceiro Seminário Interno gravado, ocorrido em 01/09/2015.

A gente sempre fala dessa precariedade do nosso acompanhamento [...] em nome da escassez, eu não tô falando que da falta de...mas eu acho que a gente precisa colocar isso muito claro pra gente, porque isso acaba produzindo muitas vezes, uma desqualificação individual do profissional, que parece que não tá fazendo, ele, o suficiente, e não é disso que se trata, eu acho. A gente tá aqui querendo produzir uma outra coisa dessa angústia que atravessa individualmente cada trabalhador, frente a uma situação dessa, que é grave, é grave. Mas não é um problema da P., não é o problema da G., não é o problema da N., a gente tá tentando transformar isso numa questão. (Seminário Interno 3, 01/09/2015)

Vemos aqui, uma notável marcação a respeito dos movimentos de individualização das questões relativas tanto ao acompanhamento clínico dos usuários, quanto aos desafios políticos-institucionais mais amplos. Assim, buscando

confrontar essas questões, afirma-se a necessidade de trata-las de forma coletiva, convocando o coletivo de trabalho a operar seus recursos de gênero. O qual, como vimos em Clot (2010), trata-se de uma ferramenta que não se limita apenas a fazer existir as atividades em sua realização aqui e agora, mas também vai prepará-las, apoiá-las e orientá-las, pois permite ao trabalhador defender-se ou tirar o melhor partido da situação de trabalho. Sublinhamos, portanto, a função do gênero trabalhador em Saúde Mental, que por ser uma história que não pertence a alguém em particular, apresenta-se como um instrumento de criação e recriação para a cada trabalhador.

Dividir com a rede, não significa que a gente não toma pra nós. Pelo contrário, quanto mais a gente toma pra nós, mais a gente se empodera pra poder dividir com a rede.

Formou uma corrente, eu acho que a gente precisa retomar isso as vezes, um caso, cada um fazendo um pouco, a gente chega lá.

E mais que cada um fazendo um pouco, né C., mas tendo uma direção comum. Porque a gente tem vários casos que cada um faz um pouco e quando vê, tem trabalho repetido, num tá azeitado. Mas no trabalho da D. M., tava amarradinho, azeitadinho.

Mas isso é o CAPS funcionar enquanto organizador da rede, é ele puxar, é ele dar a direção. Isso é um CAPS. (Seminário Interno 3, 01/09/2015)

Nesse diálogo, podemos observar uma abertura para o trabalho conjunto com a rede de saúde e intersetorial. Com isso, ganha relevo a função do CAPS como “articulador estratégico dessa rede e da política de saúde mental em um determinado território” (Cardoso *et al*, 2014: 61). E conforme acrescenta Vasconcelos (2010), fica evidenciado que a articulação intersetorial busca garantir maior efetividade das ações públicas, ao reconhecer a complexidade e multidimensionalidade dos problemas e dos caminhos para se atingir a integralidade do cuidado, articulando investimentos e ações interdisciplinares e multiprofissionais, construir alianças políticas interinstitucionais, passando por cima da tradicional fragmentação financeira, institucional e política típica dos aparelhos do Estado.

E aí também tem uma implicância do profissional, aquela coisa do profissional mesmo se implicar no caso e (interrupção)

Mas olha só, implicância é diferente de implicação.

É, eu falei errado!

É, mas é um ato falho e tanto né!

É, mas existe sim aquela coisa da implicância, sim.

Mas as vezes também tem aquela coisa da implicância que emperra o caso para todo o sempre.

É, eu queria trazer esse tema, que é um tema difícil, já apareceu algumas vezes, eu já percebi isso de um jeito mais flagrante, hoje em dia eu acho que não está tanto, acho que algumas coisas se deslocaram bastante. Mas, que é a questão da implicância, essa coisa de não suportar alguns pacientes, isso já apareceu muito, acho que agora já tá bem diferente. Mas isso pra mim é preocupante, porque eu acho que isso não pode determinar a clínica.

A diferença é como a gente trata do que a gente sente, e não do que a gente sente, porque a gente não tem como deixar de sentir. Então, a gente tem que pensar como a gente trata o que a gente sente (pelo paciente), o que que a gente faz com isso.

E a gente tem um recurso, que só CAPS tem, que é o recurso de trabalhar em equipe. Que é o recurso de poder estar com outros e não tomar isso pra e quando alguém incomoda, poder sair de cena e se revezar com outro.

Mas eu acho que essa questão de antipatia de alguns pacientes, eu acho sim que hoje muito menos, mas tive essa impressão sim, de que as pessoas despertam várias coisas na gente, é natural. A gente só não pode naturalizar determinadas atitudes que a gente tem, que eu acho que em alguns momentos já foram muito ruins, principalmente pelo modo como o CAPS é, tudo muito aberto, todo mundo circulando, alguns comentários, algumas posturas que a gente toma como natural 'porque eu não gosto', eu não acho natural! [...] Acho que a partir do momento que isso começou a aparecer aqui na supervisão, eu acho que a coisa tem mudado, a gente tem respondido de outro lugar, porque se a gente também não mudar de lugar, o paciente não vai mudar de lugar nunca!

A gente tem supervisão, então se a gente tem supervisão a gente pode se deslocar, a gente pode ir além de gostar ou não gostar do paciente. A nossa posição pode e deve ir além, porque senão ela não vai ser clínica não [...] O que eu tô dizendo não é que a gente tem que gostar do paciente não, a gente não tem que gostar, a gente tem apenas que tratar. (Seminário Interno 3, 01/09/2015)

O diálogo anterior expõe, por meio do analisador “implicância X implicação”, os conflitos e afetos despertados no trabalho com os usuários e os riscos de que isso interfira de modo negativo na condução das intervenções clínicas. Já foi salientado o forte componente afetivo presente nesse contexto de trabalho, contudo aqui é reforçada a linha tênue entre produzir efeitos que sejam terapêuticos e outros que eliminam as possibilidades de se dispor a um encontro potente em produção de saúde. Diante desse cenário turbulento, podemos ver que no caso desse CAPS, o dispositivo da supervisão clínico-institucional conseguiu, em conformidade com a sugestão dada por Nardi e Ramminger (2007), se organizar para promover as discussões das relações de poder, das dificuldades de trabalho em equipe, das inseguranças perante ao desconhecido do trabalho e das dificuldades subjetivas da relação com a clientela. Levando ao reposicionamento gradual dos profissionais perante os conflitos do real de suas atividades clínicas neste serviço.

Mas como é que a gente transmite pra ele (paciente) algum desejo aí na vida, que não seja convocando diretamente? Que não seja dizendo 'vem fazer tal coisa que é legal', isso pode ter um certo efeito, mas tem que ter mais do que isso, isso precisa se enganchar em alguma coisa dele e isso não acontece pela insistência. Eu acho que o desejo não se transmite pela insistência, no sentido de você ficar ali em cima convocando, cobrando até a hora que ele vai topa, isso vale para o paciente e pra rede. Essa transmissão, eu acho que se dá fazendo [...] e o CAPS também, em relação à rede, a gente não pode cruzar os braços e falar 'então ninguém tá fazendo, então dane-se, também não vou fazer', não. A gente vai fazendo e mediante o que a gente vai fazendo, já iniciando este trabalho e já fazendo a parte aí que nos cabe, dando a direção, a gente vai chamando o outro para estar junto. Eu acho que o que a gente precisa transmitir melhor, tanto pro paciente quanto pra rede, é o desejo de estar junto, é o desejo de fazer alguma coisa com ele, de incluí-lo naquilo.

E isso tem a ver com o projeto terapêutico, porque o projeto terapêutico tem que ser um conjunto [...] A gente tem que chamá-lo para estar junto, essa coisa do 'vamos fazer juntos', eu acho que é aí que o desejo se engancha. (Seminário Interno 3, 01/09/2015)

Nesta fala encontramos a proposta do “vamos fazer juntos”, a qual apresenta um convite à abertura para construção conjunta, para que juntos com os parceiros da rede e com os usuários, se possa aumentar a efetividade das ações, ou seja, ampliando o poder de agir coletivo.

A gente teve uma ideia também [...] a gente tava pensando em fazer até um grupo de apoiadores do CAPS. De estar fazendo um encontro com essas pessoas, que seja de dois em dois meses, para eles estarem passando pra gente também a experiência deles e passando também o que tem de novo no território, que a gente pode alastrar pra outros (pacientes) que estão chegando que possam estar saindo também. (Seminário Interno 3, 01/09/2015)

Acima, surge um projeto concebido pelos profissionais com a intenção de cumprir uma dupla função: de um lado, no que concerne à continuidade de acompanhamento de alguns usuários que já não necessitam mais da intensividade do tratamento no CAPS e podem ser encaminhados para tratamento em outros níveis de atenção; e por outro lado, criando com estes uma parceria, que tem como finalidade aumentar os contatos com o território e a comunidade, para qualificar o acompanhamento dos usuários que estão inseridos no CAPS. No entanto, vemos ainda uma terceira vantagem neste projeto, pois apoiando a produção de autonomia dos usuários encaminhados, pode-se também reduzir as resistências dos próprios em deixarem o tratamento no CAPS. Vale ressaltar, que isto acontece com grande frequência, principalmente, pelo vínculo estabelecido entre os usuários e os profissionais e com o CAPS, assim como devido ao receio de não receberem um tratamento de qualidade em outros serviços da rede.

E aí gente, N. Tá gravando, vamos mostrar serviço! (Seminário Interno 3, 01/09/2015)

Trouxemos esta fala para exemplificar que o gravador, de fato, alcançou o papel metodológico esperado, pois incluiu a pesquisa no debate da equipe, gerando, de acordo com a Clínica da Atividade, uma atividade sobre a atividade. Isto porque, provocou um questionamento quanto a demora na retomada da discussão do seminário no período da tarde e despertou uma preocupação em relação ao desempenho no trabalho.

Qualquer produção do paciente, é um objeto clínico e é com isso que a gente trabalha. E pode ser a chatice.

Eu acho que nem é a chatice, eu acho que as vezes, o que emperra, as vezes no meu entendimento, é como fazer esse objeto chegar nas mãos de todo mundo aqui, para que isso seja trabalhado clinicamente?

Aqui, é a supervisão, é onde a gente amarra a questão do objeto.

E aí, eu acho que isso é uma questão, como é que a gente vem fazendo uso do espaço da supervisão?

Quando dá, é ótimo! Mas também, as vezes a gente fica com aquele objeto...

Mas assim, 'quando dá', eu gosto desse 'quando dá'. Eu já falei disso algumas vezes, mas muitas vezes a gente gasta duas, três horas com informes (durante a supervisão) e eu me pergunto se esses informes, de duas horas né... Se eles não vem ocupando um lugar de evitar esse tipo de discussão, do objeto. E eu também já reparei que não importa eu conseguir chegar 8:30, 9 horas, que a gente não consegue começar a reunião antes das 10 (hs).

E outro papo também, eu não sei se eu falei aqui ou com outros, se num seria uma forma de diluir esses informes nas miniequipes, quando é possível também né, porque a gente tem sempre. Pra que a coisa chegue aqui pelo menos em 'banho maria', pra depois terminar o cozimento.

E eu não estou querendo desqualificar o informe não, mas eu tô querendo entender uma interrogação que eu me faço (interrupção)

Por que que a gente leva tanto tempo dando informe? Será que a gente num fica horas no informe pra evitar discussão de casos?

É isso!

É, e outras coisas, as vezes o informe é muito interessante pra uma parte da equipe [...] pra outra não.

Não, mas eu acho que independente da área de interesse, é um espaço de coletivização. Eu acho que ele é importante, minha questão não é uma (pausa), talvez a equipe esteja com uma dificuldade de falar sobre esse objeto, de falar desse comum, de fazer essa comunicação, é isso. E aí acaba...não só o informe, mas as reuniões anteriores, o atraso, a postergação do início da reunião de supervisão. Tem aí todo um conjunto da obra, que eu me pergunto, se não é um analisador da equipe não estar conseguindo usar esse espaço pra isso, pra essa costura, que é o lugar da supervisão. Isso é uma questão que a gente precisa pensar, não estou afirmando, mas a dinâmica me faz ter pergunta (silêncio) e quando a gente consegue esbarrar em alguma coisa é no final.

É na correria

E é na correria e fica pra próxima, e esfria, e a gente não consegue retomar e fica pra próxima...

[silêncio]

Não sei, é uma questão, é uma dúvida.

Eu acho que é sim.

Porque quando a gente consegue esbarrar em alguma coisa, e aí é todo mundo falando ao mesmo tempo, agora, com pressa pra acabar logo.

Ou então, disputando minutos, aqui tem isso, a gente fica disputando, já reparou?! Gente é humilhante, é, sério [...] aí as vezes fica disputando minutos aqui pra passar aquilo.

Olha isso, gente! E aí passa a ser humilhante quando vira uma pauta individual, olha que curioso! Porque a gente se humilha quando a gente precisa muito, individualmente, porque esse problema é meu!

Porque foi endereçado a mim [...] o que que eu faço com isso, com o tal de objeto? Tenho que disputar minutos com minha equipe pra poder compartilhar aquilo.

E aí é isso J., a gente de alguma maneira nessa frase que você está trazendo, eu ouvi, que ainda trabalha no registro individual. Porque eu, pelo menos que estou de fora, não entendo, por mais que o paciente enderece a ti, J., mas que você tenha que tomar isso como uma coisa sua. Mas isso é uma

questão da equipe e você tá trazendo, na palavra de humilhação, pra conseguir dizer, na disputa de minuto [...] mas eu acho importante [...]. E talvez a gente ainda não tenha, nesse momento, ainda não consiga entender que por mais que tenha endereçado ao J. e ele pode vir a ficar na frente disso, mas é uma questão da equipe. Nem que seja pra equipe estar junto contigo!

Hoje isso não me faz mal mais, mas teve uma época que já fazia, muito mal.

Eu ainda estou na primeira parte [...] a pergunta era: por que será que a equipe tem se comportado assim? (interrupção) Não, espera aí, deixa eu falar, senão a ideia vai fugir (risos), se não é uma questão de perguntar: se pra equipe a supervisão está tendo a função que deveria ter? Porque também se a equipe não está vendo a supervisão como um lugar onde os casos vão ser discutidos e as coisas vão ser, não solucionadas óbvio, [...] se a supervisão tem servido como o espaço de supervisão que a equipe espera? Porque de repente, a equipe não traz sei lá, acha que não vai adiantar [...] não sei.

O que que espera então desse espaço?

Pois é! Porque que isso não acontece? Pode ser por isso, pode ser?

Porque em alguns momentos espera esvaziamento de angústia e não é isso né!

Não é isso, mas também é isso.

Tenho visto menos hoje, mas...

Nos últimos tempos, não hoje, hoje.

Sabe que eu acho, tem que ter uma delicadeza pra falar isso, eu tô falando como alguém que não está aqui há 15/18 anos. É uma construção também, falar da clínica, então essa coisa de falar da clínica na supervisão também ter a ver com o que a gente entende sobre falar da clínica, se a gente tem o hábito de falar da clínica. Eu não vejo muito, acho que tudo bem, a gente tá construindo e é pra isso mesmo que a gente tá aqui, enfim. Então quando eu vejo, principalmente nas miniequipes né, as conversas sobre o caso, é muito na coisa 'o que que a gente vai fazer' [...] mas não muito a miudeza clínica mesmo, a questão do objeto, recolher a fala [...] recolher a produção do paciente e discutir o que fazer com isso, eu ainda não escutei, eu estou escutando hoje pela primeira vez, então eu acho que é um caminho também. Que a gente talvez esteja no caminho também de aprender a usar melhor o

espaço da supervisão e talvez a gente não soubesse muito bem o que fazer com ela

O que que a gente espera quando traz um caso pra supervisão de equipe? É tirar uma conduta, é resolver o caso? Porque isso também faz diferença.

Não, da minha parte, eu espero tirar uma conduta, uma conduta que não seja só minha. (Seminário Interno 3, 01/09/2015)

Pois bem, cremos que este diálogo já diz muito sobre os temas enfocados em nossa pesquisa, mas acima de tudo, evidencia o processo em que a equipe se defronta com a necessidade de fortalecer o coletivo, de desenvolver as balizas e recursos da clínica comum, para assim apostar na construção “de uma conduta que não seja só minha”, diminuindo as disputas que fazem os profissionais sentirem-se “humilhados”, sozinhos e despotencializados.

Eu tava há um tempo afastada daqui, ainda continua a mesma discussão dos informes, do tempo que leva. Mas dá pra ver que a equipe amadureceu muito na discussão assim, uma sintonia diferente de antes.

Sem dúvida! Tanto que hoje a gente tá conseguindo se debruçar sobre esta questão que eu já trouxe outras vezes. (Seminário Interno 3, 01/09/2015)

Desse modo, fica explícita a mudança de posição da equipe em relação à formação do coletivo, especialmente se tomarmos como referência o primeiro seminário colhido, no qual encontramos os profissionais bastante isolados e até demonstrando sofrimento.

Eu tenho a impressão que de maneira geral, não estou falando desse serviço, pensando na história da Reforma (psiquiátrica), aquela coisa de substituir o manicômio e toda uma questão política. E acho que hoje, a clínica do CAPS ela precisa ser pensada, porque foi muito aquela coisa da Reforma, da luta política, que é importante, que atravessa a clínica indiscutivelmente. Mas assim, e os trabalhadores que estão hoje no CAPS, que subsídios a gente tem pra poder fazer essa clínica que é inventada praticamente no um a um? Você nunca sabe o que você vai ouvir! Haja criatividade pra cada situação,

porque é isso né, você tem que inventar... (Seminário Interno 3, 01/09/2015)

No fragmento acima, encontramos a referência à trajetória histórica do processo de Reforma, e ao mesmo tempo, considera-se a respeito do momento atual e seus desafios quanto à sustentação do projeto inicial. Nesse sentido, vemos, novamente, como este trabalho supõe um paradoxo, pois onde reside sua maior potência de criação, revela-se também como contexto povoado de inseguranças e angústias. Daí a pertinência de se fortalecer o coletivo de trabalho, que ampare construindo referenciais comuns e represente uma fonte de recursos na criação de múltiplos modos de viver, agir, sentir, enfim, produzir saúde. Enfim, inspirados por Gagnebin (2011) numa leitura benjaminiana, devemos mobilizar a lembrança do passado no que ela desperta no presente o eco de um futuro que nossa ação política precisa se ocupar.

Para arrematar esse seminário, precisamos frisar que ao longo da escuta da gravação, reconhecemos vários momentos de descontração e risadas, o que nos leva a pensar que a equipe estava menos angustiada e podendo ver as questões de modo mais leve, sentindo-se mais livre nesta criação-discussão.

Bem, entraremos agora no quarto e último seminário recolhido na pesquisa, realizado em 29 de dezembro de 2015.

Essa é a última gravação, tá, gente!

Por que?

Porque já tem bastante material!

A outra já se sentindo órfã das gravações (risos)

Ah! A gente pode gravar pra gente, mas que eu vou usar como material pra pesquisa... Ah, e depois eu queria ver com vocês [...] de poder fazer a análise dessas gravações junto com vocês. Que isso possa, de alguma forma também, voltar pra gente pra isso gerar um diálogo sobre o trabalho, uma certa reflexão né. Então assim, a ideia é que eu possa fazer transcrições dessas gravações e trazer alguns trechos, porque também é muito longo, é muita coisa. Então, poder trazer alguns trechos pra que a gente possa discutir aqui e pensar juntos, e fazer uma análise em conjunto.

É uma boa ideia!

Eu não esperava nada diferente de você e de sua orientadora...sou fã! (risos)

É, a gente ter um retorno né, pro serviço seria interessante!
(Seminário Interno 4, 29/12/15)

Iniciamos demonstrando a posição da equipe diante da pesquisa, demonstrando não só concordância, mas também disponibilidade e até mesmo vislumbrando efeitos positivos desta.

Agradeço à equipe, porque assim, a equipe é muito profissional, que funciona, ao meu ver. Que faz realmente o matriciamento, que vai pro território, que estimula a gente, que liga, que respeita [...] Sério, eu vejo que a equipe é unida, eu vejo assim, que na discussão da reunião de equipe, discute tudo, até de repente acaba perdendo assunto, porque vai entrando 300 mil assuntos. Mas todo mundo quer compartilhar, todo mundo quer dividir, todo mundo quer ajudar, tá todo mundo junto pra tudo. (Seminário Interno 4, 29/12/15)

Nesta fala de despedida de uma residente em Saúde Mental que realizou estágio durante um ano no CAPS, percebemos a visão de uma pessoa externa à equipe, mas que ao chegar no serviço, sentiu-se bem acolhida e, assim, pôde desenvolver muitas ações em conjunto, salientando ainda os movimentos de coletivização operados pela equipe. Desse modo, evidencia-se também a função deste CAPS para a formação de novos profissionais, apresentando a estes a riqueza do gênero trabalhador em Saúde Mental.

Tem uma lógica no mundo hoje, e que é uma lógica da nossa vida, uma coisa que nos orienta. 'O que que nós produzimos no final de uma intervenção? O que que nós produzimos no final de um dia?' Pensando com um lastro de resultado, um resultado palpável, sendo um sinônimo de uma produção, tem que ser visível.

O que eu tô querendo trazer pra gente pensar junto, é justamente que muitas vezes o nosso produto é a absoluta falta de sentido!

Eu acho que como um desafio, nem tanto como proposta, mas como um desafio pra 2016, a gente podia pensar em como tornar o CAPS mais louco!

[Diversas reações de confirmação como: “sim”, “isso”]

Sim! Porque aqui, o que acontece, a gente quer sempre segurar a loucura! E eu acho que a gente 'pá', precisa fazer ela explodir pra aparecer [...] pra a partir daí a gente juntar aqueles elementos e fazer alguma coisa.

Eu acho que já fui a pessoa mais angustiada deste CAPS em relação ao grupo de área, hoje em dia eu não sou mais. Eu já fui muito angustiada com o grupo de área, acho por causa dessa tendência que a gente tem de homogeneizar as coisas, de organizar. E aí quando a você mistura usuário com familiar, aí que 'descaceta' mesmo [...] Acho que quando mistura familiar é ainda mais complicado.

Porque são demandas muito diferentes, não só discursos, mas demandas. Porque o familiar chega aqui buscando da gente uma resposta [...] esperando que a gente resolva alguma situação. Já os usuários não, eles trazem coisas diversas e não necessariamente esperam da gente alguma coisa, as vezes eles querem simplesmente falar [...] Só que isso desorganiza, porque os familiares estão ali com aquela demanda incessante na cabeça da gente e o usuário vem e fala da experiência da loucura dele, e aí a gente tem que estar aberto pra acolher todas essas...

Mas lembrando que o nosso compromisso é com o usuário, o familiar é parceiro ou não, e pode não ser. (Seminário Interno 4, 29/12/15)

No início deste diálogo, aponta-se a lógica produtivista no mundo capitalista atual, destacando-se que esta vai de encontro com a lógica de trabalho do CAPS, que tem como objeto de trabalho, o modo do louco de estar no mundo, em que “produz a falta de sentido”. Surge então, a proposta de “tornar o CAPS mais louco”, mais aberto à produção dos pacientes, para trabalhar com os elementos que eles trazem em sua loucura, reforçando que o compromisso neste trabalho é com o usuário, sendo que o familiar pode estar junto ou não neste cuidado. Aparece ainda, a dificuldade da equipe em lidar com os usuários mais comprometidos e os desafios do trabalho com diferentes demandas (usuários e familiares), principalmente nas reuniões de grupo de área, sinalizando-se uma tendência à organização e homogeneização, que pode ser um dificultador na construção das propostas terapêuticas.

Eu acho que a equipe esvaziada, a gente não consegue dar muito manejo até mesmo a uma crise, entendeu. Aquela crise que não é de ir pra

emergência, de você estar acolhendo, de você estar acompanhando. E a crise é uma coisa que você não sabe quando vai acontecer.

Eu peço desculpas por estar entrando de férias, eu realmente não pretendia entrar de férias.

Não, não é culpa tua!

Eu sei.

Mas é a realidade mesmo, assim do sistema, entendeu!

Porque a gente quer dar sequência também naquilo que a gente tá fazendo, e a gente também tem que priorizar. Assim, se ele (paciente) tá mal eu não vou almoçar, eu não vou evoluir prontuário, então tá tudo lá amarrado [...] a gente tem que priorizar! [...] Então, tem coisa que não dá pra falar 'deixa pra depois'...

E aí quando você vê, as vezes você se planejou pra uma coisa e...

Tem momento que você tem que parar tudo!

Mas gente olha só, o que estou falando é justamente disso, de definição de prioridade, não dá pra gente prever o que vai acontecer, mas dá pra gente pensar o que que a gente tem! [...] A gente vai manter tudo isso (tarefas existentes) com 1, 2, 3 a menos, sabe são coisas que a gente tem que pensar, não tem como suspender nada? (Seminário Interno 4, 29/12/15)

Neste diálogo, percebemos a apreensão da equipe diante da diminuição de profissionais devido ao desligamento de alguns e férias de outros. Tal receio, relaciona-se em grande parte às atividades não previsíveis, como as crises e demandas diversas que surgem no cotidiano, revelando a preocupação dos profissionais com a qualidade da assistência prestada. Esta preocupação chega a tal ponto, que por vezes precisa-se abdicar não só do desenvolvimento das tarefas, como faz que os profissionais deixem de atender suas próprias necessidades, o que em última instância pode levar a uma sobrecarga. Entretanto, por fim chega-se a proposta de repensar as tarefas terapêuticas já formalizadas, optando-se pela priorização do cuidado com o profissional e a abertura ao acolhimento dos imprevistos, tornando mais viáveis a sustentação do trabalho diante da realidade do serviço.

Eu queria pautar isso pra tarde [...] da gente poder ter intervenções

mais doidas, com esses pacientes que demandam, lógico!

Mas que como retorno, eu acho que o CAPS hoje está muito mais aberto a essas coisas do que há dois anos atrás!

[diversas respostas de concordância como: “também acho”, “muito mais”]

Muito mais, nossa, a equipe está com uma outra...(risos)

Nossa, eu acho que teve assim uma diferença absurda!

Mas em que?

As discussões eram pragmáticas, assim não tinha uma discussão (interrompe), não é uma crítica, eu acho que é um estilo. Eu acho que hoje é um perfil mais clínico e não é clínica psi, é clínica da atenção psicossocial, todos, todos os técnicos, as intervenções, as questões que são trazidas [...] que antes não tinham essas discussões, sabe, de colher a fala, não se falava isso.

Era uma coisa mais do plano da consciência mesmo, da conscientização.

É!

Eu acho que isso contribui, porque é uma troca que a gente consegue colocar aqui.

Hoje em dia todo mundo traz assim o que o paciente falou, a escuta mesmo do paciente, que eu acho que não tem a ver com a categoria profissional, tem a ver com o estilo de clínica que o serviço faz.

E até as ocupações no território, cinema, praia, tem uma intervenção clínica.

É diferente, é isso mesmo!

Não é entretenimento.

Não é a toa que os pacientes tem aderido de uma outra maneira!

Acho que é um retorno legal né, porque a gente só fala da pindaíba, tem que falar da parte boa também, e nesse sentido eu acho bacana, acho mais interessante. (Seminário Interno 4, 29/12/15)

Aqui vemos uma exposição de como ocorreu o processo de reposicionamento da equipe, faz-se uma análise de como eram as discussões e

construções de propostas terapêuticas anteriormente, relacionando estas como a nova configuração da equipe. Em nosso entendimento, acreditamos que essa constituição “mais clínica” no CAPS esteja vinculada com a direção de maior construção coletiva das atividades, surgidas pela potencialização dos espaços de discussão, tornando mais efetivas as atividades e assistência aos usuários. Afirma-se ainda, a importância de se falar dos aspectos positivos produzidos no trabalho, não apenas dos problemas, o que aponta num sentido do reconhecimento do trabalho bem feito e do aumento do poder de agir da equipe.

Eu não tenho muita clareza se é uma questão apenas de uma transmissão não clara, ou que a gente está se deparando já há tempos [...] com metodologias distintas de trabalho. A implementação das Clínicas de Família aqui no Rio de Janeiro, ela se deu num viés absolutamente privatizante num sentido de produção [...] Na Estratégia de Saúde da Família no município do Rio de Janeiro, da maneira que foi organizado, isso implica em ganhos financeiros, tanto para o serviço quanto para as equipes, quanto individualmente, de tantos em tantos tempos, você ganha um 'a mais' pelas metas batidas. E isso obviamente tem seus efeitos numa prática profissional [...] Como fazer frente a isso, como convocar? [...] e a Saúde Mental não faz parte de nenhuma dessas metas.

Eu não tenho a menor pretensão de que a gente vá vencer essa lógica, essa é a lógica capitalista, é lógica que o maluco não se enquadra, é a lógica normatizante, é a lógica do mundo. A gente não vai conseguir lutar contra o mundo, sabe, e aí a gente vai ficar desesperado [...] Mas a gente pode denunciar isso o tempo todo!

Ou usar isso a nosso favor, né gente!

É! Quando eu falo uma transmissão, é transmitir pra essas pessoas, que não são o demônio (risos) [...] a gente tem que pegá-los pelos pontos de angústia [...] a gente tem pegá-los pelo que é sofrido pra eles também! [...] a gente tem que ver o que está difícil pra eles também e construir juntos!

Eu fico pensando no seguinte, a Reforma (psiquiátrica) brasileira ela vem com uma proposta, antes de ser um tratamento para a loucura, tratamento científico, médico, psicológico, para a loucura. A proposta dela é uma intervenção na cidade, pra mudar uma lógica de cidade pra quebrar um

paradigma da loucura, não é extirpar a loucura e neurotizar essa loucura. E eu venho me perguntando, cada vez mais, e muito menos da experiência aqui tá galera, acho que isso é muito maior, não tô falando do trabalho do CAPS Pedro Pellegrino especificamente. Mas eu tô perguntando se a gente não caiu, se a gente tem conseguido cumprir essa, caminhar nessa estrada ou se a gente caiu dentro de uma sedução de um discurso pseudo-científico, de um cuidado diferenciado e humanizado pra loucura? (Seminário Interno 4, 29/12/15)

Deste diálogo podemos tirar muitas indicações, principalmente no que concerne à história da Reforma Psiquiátrica e em relação às diferenças marcantes entre a lógica capitalista e a da loucura, principal objeto do trabalho em Saúde Mental. Afirma-se que é preciso denunciar essa lógica excludente de produção capitalista, porém não é possível fugir completamente dela, pois essa é a conjuntura que vivemos hoje. No entanto, propõe-se a construção de outra possibilidade de estar, de fazer o trabalho em rede, “pegar pela angústia” buscando cativar a parceria, de forma que o CAPS se coloque disponível a acolher o que é sofrido nesse trabalho, para construir junto. Conforme pontua Vasconcelos (2010), é preciso encarar os desafios como estímulo para a renovação e aprofundamento das premissas que nos orientam desde o princípio da Reforma. Buscando, dessa forma, realizar os ajustes necessários, que possam viabilizar politicamente a continuidade deste processo, os quais só podem ser construídos por meio do debate coletivo e da mobilização de todos os atores envolvidos, em nossa visão, isso já inclui os demais serviços da rede intersetorial e de saúde.

Resgata-se ainda, a proposta inicial da Reforma de “intervenção na cidade”, de produzir uma mudança cultural na relação com a loucura. Porém, neste ponto, surge um questionamento mais amplo, sobre o risco do movimento reformista atualmente estar voltado preferencialmente para a questão da assistência e não tanto para a intervenção social e política em geral. Compreendemos que, de fato, esse pode ser um dos desafios recentes desse movimento, por isso recorreremos às proposições benjaminianas trazidas por Gagnebin (2011). Queremos, desse modo, nos conectar à sua defesa pela assunção das histórias dos oprimidos, de suas lutas e de suas resistências, para quem sabe assim revigorar nossos ânimos, e, desse modo, encontrar o passado a partir da ação presente, e “retomar o fio da história que havia se exaurido” (Gagnebin, 2011: 89). Ou ainda, como nos diz Barrento (2013: 86-7),

“actual não é, então, aquilo que acontece no presente e que muitos veem e vivem à superfície, mas aquilo que nele *actua* e *promete*”, reafirmando a necessidade de retomarmos hoje a força que esse passado pode nos oferecer enquanto recurso na criação de um futuro de uma sociedade menos excludente.

O que eu falei no último fórum (de saúde mental da CAP) e falo em qualquer lugar assim, é isso, que a gente não tem financiamento, que o financiamento está 100% pra OS (Organização Social) e os CAPS antigos não recebem mais nada, que a gente tá na pindaíba, isso aí eu falo, em qualquer lugar. Agora, a gente não pode querer que eles (outros serviços) entrem na nossa lógica sem que eles tenham uma razão pra isso.

O que eu tô tentando dizer é que a gente precisa evidenciar a diferença de lógica e a gente nem sempre consegue. E aí eu não tô falando especificamente daqui, eu tô falando de uma luta maior e nós ainda não nos ocupamos disso.

A gente sabe, isso desde sempre na história desse país [...] a lógica aqui sempre foi o quê?! Precarizar pra ter que privatizar, sempre foi! [...] É a lógica, é o que se faz com o Brasil. Então eu acho que a gente tem que ter isso muito claro, falar disso [...] A gente tem que falar disso sempre que possível, mas a gente tem que pegá-los no ponto que toca e o ponto que toca é o ponto de angústia, é o ponto que eles não sabem o que fazer e eles pedem nossa ajuda!

Como fazer, então, pra essa galera se aproximar?

Criar neles uma demanda. E quando eu penso nisso, quando a gente pede a presença de uma Clínica (da Família) pra discutir um caso, não é simplesmente porque a gente precisa deles, é porque eles também precisam de nós, porque a gente vai construir coletivamente, a gente vai construir juntos. Então, a supervisão de território, é essa a ideia que a gente tem que transmitir, é uma construção conjunta, não é um pedindo ajuda pro outro ou encaminhando pro outro. (Seminário Interno 4, 29/12/15)

Aqui vemos, em primeiro lugar, uma mobilização da equipe em denunciar a falta de investimento financeiro no projeto da Saúde Mental pública. Como já vimos em Fagundes Jr. *et al* (2016), a atual gestão municipal privilegiou o contrato com OS's

tanto na expansão da Atenção Básica, quanto na implementação dos novos CAPS. Dessa forma, houve um sucateamento dos antigos serviços, que são vinculados diretamente à SMSDC, criando uma discrepância notável no que tange aos recursos humanos e materiais. Contudo, mesmo diante de tais incongruências, ou melhor, especialmente por conta destas, é preciso afirmar as propostas de compartilhamento e fortalecimento em rede, ressaltando que nenhum dos serviços deve prescindir do outro, pois todos necessitam dessa construção conjunta para se manterem ativos e cumprindo bem sua função na promoção de saúde.

Eu acho importantíssimo, mas eu acho que a gente tem que levar isso pra fora, essa questão da política. Eu acho que a gente pode ganhar mais se a gente pensar mais internamente neste momento, as nossas questões. Não que essas não sejam importantes entendeu, mas são importantes pra gente estar atento e levar pra fora, agora nesse momento que queria que a gente pensasse em nós. Retomasse se alguém tem mais alguma coisa pra falar de avaliação, o que tem que melhorar [...] mas aí voltando pra nós internamente, o nosso trabalho, o que que a gente ainda tem que avançar, no que depende de nós. Eu sei que a gente tem que ter mais equipe, tem que ter mais recursos, lógico, mas em termos de funcionamento do trabalho, de clínica, enfim.

Eu acho que é o que você falou, de deixar o CAPS mais doido.

O que que é proibido aqui dentro?

Eu acho que nosso trabalho, mais do que qualquer outro trabalho, não tem receita, você tem que ouvir como que é o sujeito...

Mas tem algumas coisas que tem que ser proibidas pra todos

Não é que a gente vai deixar a pessoa fazer o que bem entende aqui dentro, não é isso. É a gente poder acolher algumas coisas que vão surgir aí como questão no discurso, no ato de alguns pacientes, sem colocar aquilo como algo proibido de cara.

Eu acho que a gente controla muito nossa loucura!

É muito difícil, não está escrito em lugar nenhum, acontece ali [...] tem uma leitura que te orienta, tem uma supervisão que te orienta, mas no dia a dia, quando você está diante de uma situação dessa, é muito difícil.

Porque não é protocolar!

Por isso que é importante o improviso, essa coisa de fazer as oficinas de improviso, as coisas de improviso, acho importante sim.

Você vai colhendo os efeitos depois né!

O que eles (profissionais e serviços da rede) não sabem o que fazer, é CAPS! Mas a gente tem que dizer pra eles que a gente também não sabe. [...] Existe uma mística de que profissional de CAPS sabe o que fazer, a gente não sabe, a gente só assume isso!

Eu acho que uma coisa que é importante, e que tem aparecido [...] tentar amarrar a importância do compartilhamento dos serviços [...] Da importância de como construir também esses casos que circulam no território, não como um encontro pontual pra se livrar de um problema, mas como uma direção clínica. (Seminário Interno 4, 29/12/15)

Chegamos, então, ao final das gravações. Neste último seminário, notamos muitas risadas e grande descontração da equipe, o que nos leva a considerar que dessa forma o coletivo, de fato, se configurou. E aqui acreditamos, também, ter encontrado o processo que marca a inseparabilidade entre as questões relativas à equipe do CAPS e as construções conjuntas com os demais serviços da rede. Declara-se que o serviço CAPS tem sim uma especificidade, mas que o mais importante é sustentar uma posição de não-saber seja nas atividades de trabalho com os usuários no espaço do CAPS, seja nas discussões com os demais serviços. Diante disso, reforça-se que neste trabalho não existe receita, pois apesar de poder contar com as ferramentas teóricas e as premissas ético-políticas da Reforma, o trabalho é tecido no encontro sempre singular dos trabalhadores com os usuários, familiares, a rede e a comunidade. Nesse sentido, só é possível compor as atividades no comparecimento dos múltiplos e heterogêneos saberes dos atores envolvidos, os quais utilizando-se destes saberes como fios, irão tramar o complexo e diverso tecido de suas ações. Tentando construir uma imagem para o leitor, poderíamos propor que o CAPS se trata de uma palheta em branco, em que cada um dos pintores – profissionais, usuários, rede e comunidade – oferece sua tinta de cor única, para, então, pintarem juntos uma obra: suas ações, suas recriações, seus mundos. Sendo que, com efeito, esta obra sempre comporta um retoque, mais uma pincelada e, portanto, nunca está acabada.

Para concluir este tópico, devemos marcar ao leitor um fato que nos chamou bastante atenção durante o processo de escuta e transcrição do material gravado, que foi o uso frequente da expressão “a gente”. Nessa direção, nos permitiremos aqui tecer uma consideração que saltou bruscamente quando nos deparamos com essa constatação. Qual seja, do duplo sentido que esta expressão pode conter: demonstrando uma não identificação, pessoalização das falas, o que remete ao pertencimento ao “nós” do coletivo de trabalho e ao gênero trabalhador em Saúde Mental; mas também, alude ao substantivo “agente”, no sentido de estar ativo, de ser protagonista da ação. Portanto, cremos assim ter alcançado nosso objetivo de debater sobre riqueza do gênero trabalhador em Saúde Mental, tomando como referência a experiência do coletivo de trabalho do CAPS Pedro Pellegrino. Bem, mas devemos seguir, por que a discussão não se encerra aqui, e por isso trataremos a seguir do encontro de coanálise e restituição realizado com este coletivo.

3.2 Depois...

Enfim, chegamos no momento de enveredar no debate sobre os efeitos posteriores à colheita de dados da pesquisa-intervenção e para isso traremos agora os principais pontos emergidos no encontro de coanálise e restituição, ocorrido em 06 de setembro de 2016. Recordamos que, como disparador do diálogo, utilizamos o texto elaborado a partir das transcrições (anexo). E, por decisão da própria equipe, foi realizada a leitura conjunta de cada um dos seminários em separado e na sequência houveram as discussões, que também foram gravadas, das quais transcrevemos alguns trechos que podem ser encontrados no anexo desta dissertação. Vale ressaltar ainda, que aqui está apenas uma parte do que a pesquisa pode ter despertado neste contexto de trabalho, portanto, nossa aposta continua sendo de que muito ainda há porvir, tanto para a equipe do CAPS Pedro Pellegrino, quanto para os leitores que se dispuserem a consultar este texto para se inspirar em seu processo criativo de estilização do gênero trabalhador em Saúde Mental.

Discussão Seminário Interno 1 (09/12/14)

Após a leitura do texto referente a este seminário, um profissional questiona se a equipe acredita hoje ter “*evoluído, continuado na mesma ou se retrocedeu*” em

comparação ao que foi trazido. Diante dessa provocação, logo surge a exclamação: “*A gente evoluiu, a farmácia foi embora do CAPS*”. A partir daí, inicia-se uma explanação de como era “*enlouquecedor*” o trabalho naquele espaço, a ponto de se considerar que “*impressão que dava é que a gente não produzia saúde, a gente produzia e vibrava sempre na doença*”. Pensamos que estas afirmações remetem ao risco apontado no tópico anterior, de que existe uma “linha tênue” entre a produção de cuidado e de saúde, e do reforço das posições cristalizadas que impedem a produção de autonomia. Neste caso, o risco estaria relacionado ao foco dado ao fornecimento de medicação em detrimento de um cuidado mais ampliado. No entanto, surge um questionamento de que talvez se tivesse apenas deslocado o problema da medicação para o fornecimento da receita, referindo-se ao procedimento atual de assistência medicamentosa no CAPS. Em resposta a esta questão, a equipe é enfática ao afirmar que “*não existe comparação*” entre as duas propostas. Depois de analisarem alguns fatores que demonstram as diferenças entre estas, os profissionais, então, assinalam que “*com a receita, os familiares se aproximaram mais da equipe e o usuário também*”. Explicam que hoje, quando é feita a solicitação da receita, acolhe-se melhor os usuários e familiares, o que possibilita um contato maior com estes, qualificando o acompanhamento dos casos.

Outro ponto levantado na discussão, analisa que a falta de alguns recursos materiais no CAPS - principalmente, alimentação e medicamentos – “*trouxe um outro movimento que foi positivo*”, tanto para os usuários quanto para os profissionais. Isto porque, “*fez com que a equipe se apropriasse inclusive pra lidar com as coisas da medicação*”, já que hoje todos da equipe acolhem os pedidos de receita, tirando do centro os profissionais da área de enfermagem, “diluindo” esta função e promovendo um maior envolvimento de todos nesse cuidado. Assim, “*ao passo que você se apropria mais, outras questões começam a aparecer também*”, ampliando, então, as possibilidades de troca e de vínculo nas ações. Acrescenta-se, que atualmente tem se conseguido aproveitar os momentos de “*falta de recurso para transformar e não ficar imobilizado, conseguindo criar outras vias*” para constituir as atividades de trabalho, ressaltando-se “*que de criatividade essa equipe dá um banho*”.

Foi sinalizado como um aspecto positivo também, a melhoria na articulação com as Clínicas da Família do território de referência, justificando-se que tal movimento ocorreu após da saída da farmácia do CAPS, provocando o redirecionamento dos usuários para a Atenção Básica. De acordo com um

profissional, *“isso nunca existiu antes, essa comunicação, essa interlocução, por causa dos problemas que foram criados, porque eles não queriam atender, começou-se uma conversa”*. Com isso, podemos perceber um fortalecimento da relação na rede de Saúde, o que, por sua vez, também representa uma qualificação no acompanhamento, permitindo a compartilhamento das ações e uma atenção mais integral às necessidades dos usuários.

Por último, mas não menos importante, discute-se sobre o “dar conta”. Marca-se a diferença entre *“fazer alguma coisa e o dar conta”*, compreendendo-se que *“não trata de ser certo ou errado, é de ter uma intervenção, depois recolher os frutos disso e poder pensar”*. Aponta-se que, o *“dar conta geralmente aparece quando não se tem uma discussão e quando não se tem uma construção coletiva com o usuário e com a equipe, e isso é uma tentativa de 'dar conta'”. Não é no plano da má intenção, mas é no plano de tentar tapar um buraco*. Desse modo, à medida em que a equipe pôde se debruçar sobre as dificuldades do trabalho, compartilhando seus receios e ideias, outra postura tornou-se possível. Então, *“nesse momento a coisa tá diferente porque antes a gente trabalhava e dava uma sensação que estava em um hospital de emergência e lá é o espaço em que as pessoas precisam dar conta”*. Tal fala, denota, portanto, que com o fortalecimento do coletivo, os profissionais podem sentir-se mais livres para conceber as intervenções e para efetivá-las, sabendo que, independente dos efeitos, poderá contar com a discussão e o suporte do coletivo.

Discussão Seminário Interno 2 (05/05/15)

Ao fim da leitura do texto, manifesta-se que muitos temas se repetem e continuam ainda em questão para a equipe. Relaciona-se a isso, o fato das reuniões de miniequipe, ainda, por vezes, serem deixadas em segundo plano. Mas, embora não sejam tão regulares quanto se gostaria, a equipe afirma a importância e os efeitos positivos colhidos nesses encontros, pois em *“miniequipe a gente sente que o trabalho está acontecendo, que a coisa tá acontecendo, a gente fica mais próximo dos casos. Das dúvidas, das condutas, tudo”*. A partir disso, constata-se que quando ocorrem essas reuniões, *“a coisa chega na supervisão mais elaborada. E as vezes não é necessário nem chegar na supervisão”*, revelando, portanto, a força de mais este espaço de discussão e construção coletiva para aumentar o poder de agir dos trabalhadores diante dos conflitos surgidos nas atividades cotidianas.

Todavia, retomando-se a expressão usada no seminário de que *“precisamos nos despir do desespero”*, os profissionais reconhecem que *“muitas vezes o desespero ainda nos veste”*. Diante disso, propõe-se a criação de um dispositivo do qual poderiam lançar mão durante toda os dias de trabalho, o *“cabideiro do desespero”*. A proposição é de que, quando os profissionais se vissem num movimento e conseguissem se dar conta do que é esse desespero, pensariam em uma palavra ou frase e, então, depositariam estas no *“cabideiro”*. O qual, seria levado posteriormente para a supervisão clínico-institucional, a fim de que tais elementos fossem agregados às discussões dos casos, tratando-se, portanto, de forma coletiva as questões pessoais emergidas no cotidiano de trabalho. Configurando-se, desse modo, não como um *“muro das lamentações, é cabide do desespero”*.

Por fim, reafirma-se a relevância das discussões sobre a clínica no CAPS, assinalando-se que o último seminário interno, realizado uma semana antes do presente encontro, já havia produzido efeitos na supervisão daquele dia. Isto denota, que para a equipe, esta é uma construção que tem se dado de forma continuada, demonstrando o investimento dos profissionais neste sentido.

Discussão Seminário Interno 3 (01/09/15)

O diálogo se inicia com a seguinte afirmação: *“da próxima vez a gente não precisava fazer um outro seminário, era só ler esse negócio aqui (risos), porque as coisas só se repetem, era só ter lido, não precisava nem ter feito outro”*. Disso, podemos depreender que a equipe identifica que diversas temáticas permanecem como um desafio neste trabalho, no entanto, em nossa visão, acreditamos que tal constatação não diz, necessariamente, de um fracasso ou de um impedimento da potência contida nos debates da construção coletiva. Longe disso, consideramos que ao se aperceber de tal movimento, a equipe pode utilizar-se dessa controvérsia, desse conflito para encontrar novos caminhos de ação. Isto porque, retomando os referenciais da Clínica da Atividade e de Benjamin, a equipe-coletivo pode, em uma discussão coletiva sobre as possibilidades não realizadas existentes no real da atividade, no compartilhamento do patrimônio histórico do gênero, transformar a experiência vivida em meio de viver outras experiências.

Analisemos, então, o que vem na sequência: *“dá pra ver aqui no texto que o registro é muito mais longo, o que me parece que é muito mais trabalho. Eu queria fazer um comentário de que essa discussão foi mais madura. Do outro (seminário) pra*

este, já dá pra perceber uma mudança. As questões, o foco...". Com isso, se recordarmos que a aposta ao longo de toda a presente pesquisa, foi abordar a potência da construção coletiva, a esta altura, portanto, podemos cogitar que estamos nos aproximamos de nosso intento.

Dito isso, devemos continuar, pois há mais a ser divulgado. Surge, então, uma discordância com relação à *"não transmissão do desejo por convocação"*, o que, com efeito, produz um relevante debate. Declara-se que o *"desejo não se transmite, mas se convoca, ele é convocado. Ele não é transmitido pela conscientização na ordem da informação, na ordem do conversar"*. Depois disso, chega-se à conclusão de que, de fato, o desejo pode ser convocado, o que exprime *"o desafio nosso e da supervisão, construindo espaços de convocação e não apenas de comunicação. Não tem uma fórmula nem existe um protocolo pra isso, é no caso a caso mesmo, e usar a supervisão e os espaços de miniequipe pra se pensar, justamente, nessa construção das estratégias de convocação e com os mais diversos dispositivos"*. Desse modo, sem menosprezar as concepções teóricas que embasam essa discussão (que está transcrita nos anexos), mas nos permitindo operar um viés no sentido de nossa proposta nesta pesquisa, iremos direto para a mensagem que este debate nos passou. Assim, o que fica marcado, em nosso entendimento, é que a equipe em suas intervenções cotidianas, deve procurar construir ações e ideias que tenham a função de promover rupturas e desvios nos movimentos por demais cristalizados, tanto na relação com os usuários, quanto com os parceiros da rede. Buscando, dessa forma, produzir questionamentos e estranhamentos, que sendo estratégias de *"convocação de desejo"*, gerem possibilidades de novas conexões e tragam a pluralidade na criação de modos mais autônomos e saudáveis de estar no mundo.

Outro tema trazido para o debate, foi a questão da solidão de se trabalhar no *"registro individual"*. Nesse sentido, pontua-se que a reunião de miniequipe e outros espaços de troca do coletivo, favorecem a *"costura dos casos"*, diminuindo os riscos de que não se confunda *"precariedade do trabalho e escassez dos recursos"* com os efeitos provenientes do trabalho isolado, sem suporte coletivo. Com relação a isto, expõe-se: *"acho que a gente ainda tem muito o que costurar, mas acho que melhoramos um pouco isso, hoje eu sinto que, pelo menos eu consigo ter um retorno do dia anterior, de uma conduta que foi dada e eu não estava aqui, e que o paciente vai vir no dia seguinte e isso precisa ser continuado para não passar por cima de algo que já está acontecendo, que já está rolando. Acho que o grupo de whatsapp deu uma*

ajudada um pouco nisso [...] a gente tem conseguido manejar bem e preservar qual o propósito do grupo do whatsapp. A gente tem conseguido não substituir os espaços e conseguindo costurar um pouco mais do que antes". Aqui demonstra-se o uso de uma outra ferramenta de troca entre a equipe, o que tem tido efeitos positivos para a continuidade das propostas de cuidado e veio somar-se aos espaços de discussão já instituídos, ampliando a comunicação e construção do coletivo. Ou seja, *"então a gente conseguiu transformar num dispositivo de trabalho"*.

Em seguida, encontramos uma discussão sobre o cotidiano de trabalho e algumas demandas feitas por usuários e familiares, que convocam os profissionais a entrarem em um movimento de certa "urgência". Contudo, são relatadas algumas estratégias utilizadas para não sucumbir a esse chamado e "vestir o desespero": *"Se a pessoa quer uma informação eu posso dar, só que eu vou terminar lá e depois eu vou vir aqui, então relaxa e respira, a gente vai atender todo mundo, mas eu não posso parar o atendimento que eu já comecei para falar com uma pessoa que precisa de uma orientação. Porque aí eu vou falar correndo, vai ficar distorcido e a pessoa ainda vai sair daqui reclamando que foi mal atendido. Então, se a pessoa estiver disponível, a pessoa vai sentar ali, esperar e eu darei todas as informações, se ela estiver com pressa ela irá retornar e nós estaremos aqui para dar todas as informações"*. Ou ainda: *"Eu tenho uma saída quando é esse 'negócio do rapidinho'. 'Olha só, nesse momento eu não posso, porque eu não vou poder te atender como você precisa e merece, então pode ser em um outro momento? Ai a pessoa responde, pode (J).'"* Porque senão fica essa coisa de atendimento de corredor e isso não é bom. Não dá pra ficar atendendo no corredor nem na calçada".

Em vista disso, aponta-se que o "vestir o desespero" está relacionado com a questão do "dar conta", quando se trabalha no "registro individual". Uma vez que, *"quando está solitário é muito fácil cair no registro do 'dar conta'. Não dá pra compartilhar bem as trezentas pessoas (que chegam demandando) no registro do desespero e aí vira uma bola de neve que só cresce, porque não tem com quem dividir"*. Nessa direção, afirma-se que tal movimento não é um problema pessoal, mas diz do modo como o profissional se *"coloca na relação de trabalho com a equipe"*, quando não se sente acolhido ou ainda quando não se dispõe a partilhar com o coletivo suas dificuldades e atribuições.

Finalizando a discussão deste seminário, aparece o questionamento a respeito da associação entre *"falta de recursos"* e *"precariedade do trabalho"*.

Constitui-se, a partir disso, um diálogo em que são comparadas as lógicas de trabalho no CAPS e na Clínica da Família, afirmando-se que no primeiro existe falta de recursos materiais e profissionais, *“mas precário ele não é, no sentido da criatividade e no sentido das tecnologias flexíveis no dia-a-dia nessa clínica ampliada, nesse cuidado”*. Já, conforme foi pontuado nesta discussão, na lógica de trabalho na Clínica da Família, nos moldes privatistas em que foram implantadas na cidade do Rio de Janeiro, considera-se este como *“um trabalho precarizado no sentido da direção política de cuidado. Ele é precário e tem recursos”*. Seguindo nessa perspectiva, realiza-se a retomada de um percurso histórico recentemente vivido neste CAPS: *“Esse momento que você começou falando, sobre os limites e precariedades, pra mim é muito o momento que eu cheguei no CAPS, que o CAPS estava paralisado. Pelo menos foi a minha sensação, a equipe estava muito parada por causa da precariedade e pela falta de recursos, a ponto de que não conseguia enxergar o seu potencial e foi muito difícil falar sobre isso com a equipe. Porque a equipe achava que eu estava obrigando todo mundo a trabalhar no sacrifício. [...] Então, até se transmitir a ideia de que a gente tem recursos para além dessa falta de recursos e precariedade, foi muito difícil, mas acho que em algum momento isso entrou”*. Dessa maneira, podemos ver aqui a trajetória de potencialização da equipe, em que, na nossa compreensão, investiram-se esforços no fortalecimento do coletivo de trabalho para ampliar seus recursos de ação, saindo da postura de paralisação, impedimento, e como vimos, de sofrimento.

Levando em consideração esse contexto, assinala-se a necessidade de não tomar *“a falta de recurso como imobilidade”*, estimulando a equipe a se questionar: *“Como fazer dessa cena, uma cena potente para reivindicar recursos?”*. Para demonstrar os efeitos desse debate, traremos, então, este diálogo na íntegra:

“Eu tenho que dizer isso e eu falei isso para algumas pessoas, no último seminário interno, eu acho que foi o que de fato eu achei realmente bom. Não que os outros não tenham sido, mas deu pra perceber uma maturidade muito grande na equipe, uma evolução. De poder falar um dos outros, do que estava ruim uns com os outros, sem que isso fosse pessoalizado, sem que isso virasse uma questão pessoal. Foi sem dúvida um reposicionamento importante, perceptível.

Mas eu acho que, porque justamente está descolando a questão da precariedade com o da falta de recurso, inclusive sobre a construção de

recursos simbólicos.

Pois é, eu acho que a gente está numa situação ruim, pior do que estava antes, naquela época, mas a gente não está paralisado, a gente está caminhando, a gente está construindo, está sendo criativo, isso que é o CAPS.

E sem romantizar, sem falar como somos lindos, inventivos, porque o outro não sabe trabalhar, mas é se colocando na relação e falando: “olha está ruim assim” e apontando os problemas que a gente tem e convocando o outro pra pensar junto.

E aqui, tinha uma certa lógica de que a gente não podia fazer nada, que tinha que parar tudo pra mostrar que estava muito ruim, eu acho isso completamente idiota. Acho que isso não tem o menor efeito para a rede, sabe?

Tem um efeito político na vida dos usuários e é muito ruim.

Então transmite a ideia de que o CAPS não serve para nada.

E isso só roda a engrenagem da precarização do SUS, da produção da falta de sentido num serviço de atenção diária.”

Diante disso, podemos apreender que, com efeito, houve um reposicionamento da equipe em relação ao momento apresentado no primeiro seminário colhido nesta pesquisa. Caminhou-se no sentido da criação comum de recursos para agir frente os desafios presentes neste contexto de trabalho, abandonando posturas individualizantes que acarretavam, essencialmente, a paralisação e até mesmo o sofrimento. Nessa direção, fica evidente que, mesmo diante de conjunturas tão desafiadoras, que tendem a diminuir nossas visões de futuro, ao afirmar-se a potência do coletivo, pode-se reavivar o que parecia estar acabado e vencido, tomando fôlego para novas empreitadas. Armando-se dos recursos da multiplicidade contida no coletivo, construindo estratégias políticas de afirmação dos direitos, conforme inspira Benjamin, pode-se romper com os discursos dominantes, fazendo brotar outras versões para o projeto de trabalho neste CAPS.

Discussão Seminário Interno 4 (29/12/15)

Chegamos, então, à discussão do último seminário gravado. Assim como nos anteriores, foi realizada a leitura conjunta do texto base e em seguida iniciou-se o debate. Todavia, diferente dos outros, percebemos que neste, foi realizada uma espécie de revisão e avaliação da temática trazida ao longo de todo o material da pesquisa, e é sobre isso que iremos comentar agora.

“Uma coisa me chamou a atenção ao longo de todos os seminários, a divisão quando traz o CAPS na rede e a divisão interno/externo referente ao CAPS. E quando a gente pensa numa rede, o que está dentro e o que está fora? Essa dicotomia dentro e fora me refere a uma lógica manicomial”. Partindo dessa fala, percebemos o incômodo que hoje a equipe demonstra quanto aos próprios movimentos de fragmentação e isolamento muito frequentes, principalmente, no início de nossa pesquisa. Com isso em mente, sigamos com o diálogo travado sobre essa constatação.

“Tem formas de resistência³⁹, que eu acho que a gente se deslocou muito, mas não completamente, porque talvez não vá se deslocar completamente, que é a resistência de tratar do que é nosso, e aí não importa o que é dentro e do que é fora, é falar de si. Eu tô tentando falar de outro jeito e sair desse dentro/fora, como se eu fosse falar do outro que não está aqui só pra me queixar, para fazer o tempo passar e não falar do que é meu, é nesse sentido que eu entendi essa questão de dentro e fora. [...] O dentro e fora podem se misturar, mas tem o nosso, que não é dentro e nem é fora, é nosso, o qual a gente tem que se haver”. Nesse apontamento, percebemos um esforço em escapar da dicotomia “dentro-fora”, trazendo outros elementos que podem auxiliar na abordagem das questões referentes ao trabalho no CAPS. Queremos dizer que, como vimos anteriormente, a equipe do CAPS encontrava-se, especialmente no início da pesquisa, num movimento de isolamento de modo geral, os profissionais pareciam fechados em si mesmos, até certo ponto, de modo defensivo. Entretanto, por conta disso, acabaram se enfraquecendo ainda mais e numa tentativa de resguardar “o mínimo” que julgavam até então ter, acabavam por rivalizar com os demais serviços da rede, estabelecendo de forma rígida essa separação dentro-fora. Assim, a medida em que isso pôde ser enunciado e tratado de

³⁹ Entendemos que este termo, usado neste contexto, relaciona-se às dificuldades da equipe em lidar com algumas questões.

modo coletivo, nos parece que, aos poucos a equipe foi se abrindo aos encontros entre si, com os usuários e com os demais serviços da rede, não necessitando mais manter essa demarcação fragmentalizante. Mas, continuemos com o diálogo.

“Quando a gente fala de rede isso transborda, a rede não tem essa separação dentro e fora.

Mas eu acho que a gente está falando de coisas diferentes, eu estou falando do CAPS que é um serviço sim, que faz parte da rede e que está dentro dela, mas que tem suas particularidades, que a gente avaliou ao longo desse trabalho (pesquisa) da N. Esse trabalho, que veio num momento muito propício, bem depois do seminário interno e que a gente pode ver a evolução ao longo do tempo e como as coisas foram se modificando e amadurecendo e os impactos que isso gera na rede. Mas quando eu falo do nosso, porque tem algo que é da gente e a gente precisa também falar, e que isso também está dentro da rede.

É porque, às vezes, quando a gente fala da rede parece que a gente está falando de um ente que paira sobre a cabeça das pessoas e que fosse um ente em si. E que não dependesse exatamente desse esforço cotidiano de falar das implicações do trabalho, porque quando a gente faz isso a gente não está falando de um outro. Eu vejo uma mudança na implicação da equipe. A questão do cotidiano do trabalho parou de ser um problema da opressão de um outro, externo, e o movimento foi acontecendo e a opressão continua do jeito que sempre foi, mas ela não está mais produzindo a impossibilidade que ela produzia antes, justamente por esse deslocamento. Que eu continuo não entendendo como dentro/fora e sim, como esse deslocamento, mas como mudança nesse sentido da implicação”.

Assim, cremos que diante desse diálogo, já tenha ficado um tanto evidente que houve, com efeito, uma mudança importante de posição desta equipe-coletivo. A qual - entre tropeços, lágrimas, risadas e polêmicas - pôde reencontrar-se com sua potência de criação, “despindo-se do desespero” de “dar conta”, “ocuPPando⁴⁰” novamente sua função de produção de saúde para todos.

Ao final da discussão, a equipe aponta a gravação dos seminários *“como um dispositivo interessante pra gente tomar pé dos deslocamentos da equipe”*.

⁴⁰ Este termo se refere à iniciativa de intervenção cultural ‘OcuPPa Praça’, construída no CAPS Pedro Pellegrino, por sua equipe e usuários. Tem ocorrido bimensalmente e conta com a participação de outros serviços da rede, mas, principalmente, com a comunidade e movimentos artísticos diversos.

Considerando, então, a possibilidade de *“se apropriar desse dispositivo (gravação) pra construir um diário de campo coletivo dos seminários? Para a gente, ano a ano, poder revisitar os seminários feitos naquele ano. Por que eu acho que é um dispositivo potente!”*.

Bem, desse modo, concluímos nossa pesquisa-intervenção no CAPS Pedro Pellegrino, saindo bastante satisfeitos com o que pudemos encontrar e, até mesmo, com o que talvez pudemos provocar. Deixamos à disposição da equipe todo o material produzido na pesquisa, pois acreditamos que eles possam ser usados em outros momentos de discussão. Por fim, voltamos a reforçar que, de modo algum, esperamos que o que trouxemos aqui, se encerre por aqui. E, na verdade, o que queremos é que essas narrativas se propaguem e que gerem muitas outras experiências.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

*“Conhecer as manhas e as manhãs,
O sabor das massas e das maçãs,
É preciso amor pra poder pulsar,
É preciso paz pra poder sorrir,
É preciso a chuva para florir.*

*Todo mundo ama um dia, todo mundo chora,
Um dia a gente chega, no outro vai embora,
Cada um de nós compõe a sua história,
Cada ser em si carrega o dom de ser capaz,
De ser feliz.”*

(trecho da música ‘Tocando em frente’ de composição de Renato
Teixeira)

Enfim chegamos aos “finalmentes”! Mas que tarefa árdua essa de ter que concluir uma jornada, principalmente depois de ter caminhado por tantas direções, de ter conhecido tantas preciosidades e vivenciado tantos momentos especiais. Por outro lado, é preciso também arrematar alguns trabalhos para poder se permitir criar outros e se abrir a novos encontros. Desse modo, vamos delinear agora alguns alinhavos que possam dar contorno a essa obra, mas frisando ao leitor que não gostaríamos que, por conta disso, se considerasse que estamos fechando o processo iniciado aqui.

No início deste texto passeamos pela conjuntura atual da Reforma Psiquiátrica no Brasil, trazendo com isso alguns desafios com os quais devemos nos haver nesse momento histórico. Consideramos que, do ponto de vista normativo, a Política Nacional de Saúde Mental encontra-se bem avançada, contando com um número expressivo de leis e portarias que redirecionam recursos e o modelo de assistência. No entanto, para que não corra o risco de representar a única resposta para questões sociais e políticas mais amplas, torna-se imprescindível a necessidade de articulação intersetorial de políticas e programas. Na mesma direção, precisa intensificar a força dos movimentos sociais que têm a função de questionar e também sustentar as propostas formuladas no campo da gestão estatal.

Outro ponto importante, é a necessidade de se investir em ações nos níveis locais, pois fortalecendo os debates coletivos e a mobilização dos atores envolvidos nesse processo – trabalhadores, usuários e familiares – pode-se enfrentar os dilemas presentes nesse campo, realizando os ajustes necessários para viabilizar politicamente a continuidade do processo de Reforma. Assim, na intenção de manter viva e pulsante as premissas da Reforma, reafirma-se a necessidade de conjugar luta política e ações sólidas de cuidado, fazendo operar o que está prescrito e mais, inovando nas ações e nas bases teóricas.

Nos últimos 30 anos, vêm sendo desenvolvidas diversas propostas no campo da Saúde Mental, que tomam como direção o rompimento do paradigma psiquiátrico tradicional, procurando criar outras vias para o tratamento e inserção social dos sujeitos em sofrimento psíquico, primando pela produção de autonomia e ampliação de direitos. Nesse sentido, Sampaio *et al* (2011: 4689) pontuam que “na prática de trabalho nesse novo cenário o principal recurso de intervenção é o trabalhador, amparado por sua formação, seu protagonismo, suas habilidades técnicas e relacionais”. Desse modo, os trabalhadores em suas atividades precisam inventar diversos modos de agir e se relacionar, o que denota a potência de criação que se coloca neste trabalho. Porém, muitas vezes onde reside a maior potência deste trabalho, revela-se também como contexto povoado de inseguranças e angústias.

Por conta disso, Ramminger e Brito (2008) afirmam que um gênero de atividade profissional forte pode sustentar a atividade no sentido de reger e apoiar os comportamentos e as decisões individuais de cada trabalhador nesse cenário inovador, que é a Saúde Mental. Com isso, o trabalhador se sente mais seguro ao resolver, mesmo que sozinho, determinada situação de trabalho, porque sabe que será apoiado por um coletivo. Nessa direção, encontramos Albuquerque (2010) que assinala que nesse campo de trabalho configurou-se um novo gênero, o gênero trabalhador de Saúde Mental. O qual, não nega a existência das especialidades, mas busca ressaltar o que existe de comum nesse trabalho. Do nosso ponto de vista, sublinhamos a importância da participação dessa heterogeneidade na construção desse trabalho, trazendo ainda mais diversidade e riqueza para os coletivos de trabalho e para o gênero trabalhador em Saúde Mental.

Retomamos que, de acordo com Clot (2010a; 2013), o gênero configura-se como um pré-elaborado social, que enquanto história de um dado meio profissional, desenha a palheta dos gestos possíveis ou impossíveis, permitindo ao profissional

escolher não apenas um certo gesto, mas também o leva a criar um outro mais elegante. Com efeito, o “gênero conserva seu passado quando um círculo profissional consegue – quase sempre, apesar de tudo – transformar esse passado em meio de viver o presente, ou seja, paradoxalmente, em lembrança do futuro” (Clot, 2010a: 170). Portanto, tem de haver o uso do repertório coletivo pelo coletivo de trabalho, isto é, o coletivo de trabalho precisa estar não só conectado ao gênero, mas precisa desenvolvê-lo nas criações da atividade.

Reforça-se, com isso, que o coletivo de trabalho é feito da colaboração, cooperação e co-atividade entre vários trabalhadores, que mediante uma elaboração coletiva, constrói um referencial comum para desenvolver suas atividades em um espaço e momento situados. Logo, para que a organização do trabalho possa encontrar novas margens de manobra, é preciso assumir um compromisso com os coletivos e com os confrontos com as possibilidades contidas nas atividades impedidas que se fazem presentes nos contextos de trabalho. Nessa direção, Clot (2013: 5) salienta que “a luta contra as “doenças do trabalho” consiste menos em suprimir as doenças e mais em cuidar da saúde, ou seja, desenvolver “entre as coisas” relações que não surgiriam sem nós, que são o produto da atividade humana”.

Na concepção da Clínica da Atividade, que tomamos de empréstimo aqui, “longe de ser um dado natural, a saúde é um poder de ação sobre si e sobre o mundo, adquirido junto dos outros” (Clot, 2010: 111). Disso decorre, que para promover nossa saúde devemos investir no aumento de nossa potência de agir no mundo, o que está diretamente relacionado ao nosso desenvolvimento no seio do coletivo. Ressaltamos, assim que o coletivo por sua heterogeneidade, multiplicidade e controvérsia, amplia nossas possibilidades de estabelecer novas conexões, de criar e de agir, revelando-se como um importante meio de conservação e promoção de saúde.

Tendo em vista as considerações apresentadas acima, consideramos de extrema relevância o desenvolvimento de pesquisas que possam se debruçar sobre o tema do gênero trabalhador em Saúde Mental. Pois, acreditamos que este assunto ainda pouco abordado tem grande importância não só para os profissionais que atuam nesse campo, como também para a própria sustentação do processo reformista. Em nosso texto começamos a esboçar ainda outra via para investigações futuras, isto é, a questão do gênero trabalhador em Saúde Mental e sua relação com o trans-ofício clínico. Certos de que passamos de forma um tanto apressada por essa discussão, deixamos, desse modo, aberta essa nova vereda a ser explorada por outros trabalhos.

Das noções oferecidas por Walter Benjamin (Benjamin, 1987a/b) nos aproximamos, especialmente, da tradição, da experiência e das narrativas. Assim, afirmamos a relevância de entender que a experiência (*Erfahrung*) se refere à tradição como um conhecimento construído por gerações, em que estão incluídas não somente maneiras de agir, mas de sentir e de estar no meio com outros. Sendo que, o compartilhamento das práticas construídas coletivamente ao longo do tempo, seu modo de transmissão é feito por intermédio das narrativas. Nessa perspectiva, a função primordial do narrador é a de restaurar, atualizar e transmitir a experiência presente da/na tradição, isto é, conduzir o seu ouvinte a um saber sobre aquilo que é contado, cabendo-lhe ainda deixar a história em aberto, na intenção de multiplicar as possibilidades de reconstrução do que se encontra perdido, esquecido ou destruído.

Podemos apreender, portanto, que ao narrar as histórias, as memórias, enfim as experiências, estamos nos conectando a um saber que é muito anterior à nossa existência, mas que justamente por isso, ao nos atravessar, traz consigo uma infinidade de conhecimentos, sentimentos e normas que nos incluem em um mundo coletivo. Então, encorajados por essa constatação, apostamos que por meio do diálogo entre os trabalhadores, nas construções narrativas das trocas de experiências no e pelo trabalho, se torna possível a transmissão do patrimônio coletivo que irá sustentar e fornecer os recursos para a criação das ações de trabalho em Saúde Mental.

Vale ressaltar, contudo, que com essa aposta não desconsideramos as restrições de Benjamin a respeito do narrar nos dias atuais, as quais estão intimamente relacionadas à questão do trabalho em tempos capitalistas. Estamos cientes de que, o saber tradicional e os processos de produção das experiências e narrativas, mostram-se cada vez mais dificultados diante da vida apressada e consumista que temos levado. Todavia, afirmamos ao longo da pesquisa que o trabalho em Saúde Mental é marcado pela costura incessante de vínculos, práticas, sentidos e afetos, num verdadeiro compartilhamento de destinos, de um tempo intensivo. Nessa direção, nas atividades cotidianas de trabalho são constituídas estratégias e saberes que se perpetuam nesse gênero profissional, marcando nosso pertencimento a uma herança que nos atravessa e nos escapa. Estamos tratando, portanto, do processo de criação de si e de mundo no trabalho, que tem a produção do comum por meio das narrativas das experiências vividas nas atividades cotidianas, como a linha que costura esse tecido-coletivo tão frágil e maleável.

Com isso em mente, relembramos a leitura benjaminiana feita por Gagnebin (2011), de que o destino do sujeito narrativo é salvo pela realização da ação política, em que a individualização deve ser retraída em prol das exigências da luta social. Nessa intenção, recolher os fragmentos das narrativas dessas experiências, nos ajudam interromper versões dominantes, nos atentando aos pequenos acontecimentos, ao detalhe, ao ínfimo, àquilo que não foi pensado. Criação de si por si, experiência a ser transmitida pelas narrativas daqueles que não mais assumidos como vencidos, podem se reinventar pela troca e construção desse patrimônio coletivo, o trabalho em Saúde Mental. Nesse processo, as experiências vividas se tornam recursos para criação de si e de mundo, fazendo do diálogo constituído pelas narrativas dos trabalhadores, instrumento de transmissão e também de transformação.

Dessa maneira, encontramos a aproximação dos dois referenciais em que nos ancoramos na pesquisa. Percebemos, então, que ambos sublinham a perspectiva histórica de nossa constituição, com toda a potência e os desafios que este posicionamento ético-político nos coloca. De modo que, eles não afirmam o passado, nossa herança enquanto patrimônio coletivo, como algo estático ou numa visão saudosista, em contrapartida, anunciam a necessidade de tomarmos nosso lugar nesse passado para transformar o presente e fazer brotar os gérmens de um futuro.

Diante do que foi apresentado, podemos compreender que o coletivo de trabalho está muito além de um conjunto de pessoas, pois engloba uma partilha, uma relação entre diferentes que seja fonte de criação de si e de mundo, para com isso se produzir uma obra em comum. É este ponto que julgamos ser vital na discussão que trouxemos nesta pesquisa. Sem comum não há criação, por isso é preciso fortalecer e promover os movimentos coletivos, fazendo uso dos debates e controvérsias na composição de modos de ser e agir mais autênticos, que visem favorecer a produção de saúde no, para, por meio do trabalho em Saúde Mental. Logo, é na afirmação da complexidade, de um comum não homogêneo encerrado em consensos, que percorremos os rastros de uma formação que se dá nos encontros, com suas finezas, mas também aflições e incertezas.

Ao longo dos encontros (Seminários e coanálise) abordados na pesquisa, pudemos acompanhar a trilha que a equipe do CAPS Pedro Pellegrino construiu rumo à construção do coletivo de trabalho. Visualizamos uma mudança de posição da equipe, que depois de muito debate, de idas e vindas, conseguiu transformar o

isolamento e o sofrimento em sorriso, parceria e mobilização política. Assim, por entre tropeços, lágrimas, risadas e polêmicas – a equipe pôde reencontrar-se com sua potência de criação, “despindo-se do desespero” de “dar conta”, “ocuPPando” novamente sua função de produção de saúde para todos.

Entretanto, devemos marcar que durante a escuta e transcrição das gravações, decidimos privilegiar os trechos que apontassem os movimentos de coletivização da equipe ou aqueles que pareciam ser algum entrave para isso. Dessa forma, sabemos que operando recortes nesse viés, muito foi deixado de lado, portanto, reconhecemos que nas páginas desta dissertação estão apenas uma mínima parte do que pode ser desenvolvido. Nesse sentido, apostamos que a equipe poderá continuar recolhendo frutos tanto do material produzido, quanto também pelos deslocamentos provocados pela intervenção. Fato que, de algum modo, já vimos acontecer com o surgimento da proposta de utilizar gravações de áudio dos seminários para auxiliar a equipe em seus momentos de discussão, assim como no projeto de construção de um diário de campo coletivo.

Avaliando os efeitos do processo apresentado nesta pesquisa, acreditamos que o uso de dispositivos que facilitem e promovam o debate entre os trabalhadores são de grande valia para a promoção de saúde nos contextos de trabalho. Mediante essa consideração, assinalamos a necessidade de ampliar os espaços de discussão coletiva numa aposta na potência que pode advir desses encontros. Devemos dizer que aqui vivenciamos uma situação que consideramos exitosa, entretanto, trata-se sempre de uma aposta, uma tentativa, portanto, nunca podemos buscar garantias. Por outro lado, ainda que seja uma aposta, se não tentarmos, aí sim temos a garantia de que nada ocorrerá. O que queremos deixar claro aqui é um posicionamento ético-político que oriente as ações, mas acima de tudo, traga a potência dos bons encontros para o cuidado tanto dos usuários quanto dos profissionais.

Agora que chegamos ao fim do processo de construção deste texto, é preciso fazer ainda mais uma declaração ao leitor. Admitimos não ter conseguido trazer aqui uma discussão a respeito dos processos de privatização e precarização do trabalho em Saúde Mental. No entanto, embora tenhamos nos esquivado desse embate direto, paradoxalmente estivemos imersos nesse terreno todo o tempo. Isso porque, conforme já dissemos, tais processos atingiram em cheio a construção dessa pesquisa e, talvez até mesmo por isso, tenha sido tão difícil abordar essas questões.

Em parte, creditamos tal impedimento ao fato de que fizemos uma escolha por focar os processos de potencialização do trabalho em Saúde Mental, o que por sua vez acarretou em perdas em relação a outros temas, os quais por sua importância, não poderiam ser tratados de modo superficial. Por outro lado, hoje compreendemos que ao falar da positividade desse trabalho não podemos desconsiderar os atravessamentos que muitas vezes obstaculizam esses processos. Assim, assumimos nossa responsabilidade com essa omissão e asseveramos a necessidade de investirmos esforços nos complexos confrontos com a privatização de serviços e direitos, e também com a precarização do trabalho nos diversos contextos.

Antes de terminar, gostaríamos de fazer uma última consideração. Queremos deixar aqui registrada nossa preocupação com o momento histórico que vivemos, em que vemos a insurgência de forças autoritárias, que enfraquecem os direitos sociais e fragilizam os movimentos de coletivização. No entanto, por entre impeachment, interferências religiosas no Estado e “vitória” do discurso do ódio e da segregação, surgem também as ocupações de estudantes e trabalhadores contra as propostas de “congelamento” de investimentos em direitos sociais básicos, proposta que interdita futuros e agrava a desigualdade social. Diante disso, encontramos muitos motivos para desesperanças e fechamento, afetos que nos despotencializam. Todavia, exatamente por conta desse cenário, é que reforçamos nosso dever em investir na potência do coletivo, constituindo, revitalizando e fortalecendo movimentos políticos em prol da defesa dos direitos universais.

Então, a fim de estimular nossa luta trazemos mais uma inspiração benjaminiana, que é a noção de ‘despertar’ como:

“Exigência política e ética não de parar de sonhar, porém, muito mais, de juntar energia suficiente para confrontar o sonho e a vigília e agir, em consequência, sobre o real. Como, para Benjamin, esta ação só pode ser a ação revolucionária, percebemos agora melhor a ambiguidade desta solidão defendida pelo escritor tradicional; ela também é um refúgio contra uma realidade insuportável que deveria ser enfrentada e transformada não só pela força da imaginação pessoal, mas também pela força da ação coletiva. Este momento do despertar, de concentração de energias, de tensão de todas as forças do sujeito preenhe das riquezas da lembrança, mas respondendo ao

apelo do presente, este momento altamente político é afirmado várias vezes nas teses “Sobre o Conceito de História”. É o momento da construção consciente, o *Kairos* da intervenção decisiva que pára o curso do tempo, que quebra o mau infinito do desenrolar histórico.” (Gagnebin, 2011: 79/80)

Assim finalizamos este texto, mas para que ele não se encerre aqui, faremos uma provocação ao leitor. Nos valem de Benjamin (1987b: 213) quando afirma que “numa narrativa a pergunta – e o que aconteceu depois? – é plenamente justificada”, para questionar então: E agora leitor, o que acontece depois? E qual é o seu papel nessa trama?

SIGLAS

AP: Área Programática

APS: Atenção Primária em Saúde

AT: Acompanhante Terapêutico

CAP: Coordenadoria da Área Programática

CAPS: Centro de Atenção Psicossocial

CF: Clínica da Família

CLT: Consolidação das Leis do Trabalho

ESF: Estratégia de Saúde da Família

FUNLAR: Fundação Lar São Francisco de Paula

IFB: Instituto Franco Basaglia

NAPS: Núcleos de Atenção Psicossocial

ONG: Organização Não Governamental

OS's: Organizações Sociais

PNASH/Psiquiatria: Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria

PRH: Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS

PVC: Programa De Volta para Casa

RAAS: Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde

RAPS: Rede de Atenção Psicossocial

RT: Residência Terapêutica

SMDS: Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social

SMS: Secretaria Municipal de Saúde

SMSDC: Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil

SUS: Sistema Único de Saúde

UPA: Unidade de Pronto Atendimento 24 horas

VD: Visita Domiciliar

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, Luciana Gomes da Costa. **Saúde mental em Rio Bonito**: atividade dos trabalhadores no processo de reforma psiquiátrica no município. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal Fluminense, Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Departamento de Psicologia: Niterói, 2010.

ALTOÉ, Sônia (org). **René Lourau**: analista institucional em tempo integral. São Paulo: Hucitec, 2004.

AMADOR, Fernanda Spanier. *et al.* **A Narrativa como Dispositivo Metodológico em Clínicas do Trabalho**. Atas do Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa (CIAIQ), vol. 2, p. 420-428, 2016.

AMARANTE, Paulo (org.). **Loucos pela Vida**: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995.

_____. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

ANDRADE, Camila A. **Supervisão Coletiva**: uma clínica da clínica. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal Fluminense, Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Departamento de Psicologia: Niterói, 2014.

BAKHTIN, Mikhail. Os gêneros do discurso. IN: BAKHTIN, Mikhail. **Estética da criação verbal**. 4ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2003. p. 261-306.

BAPTISTA, Luis Antônio. Narrações Contemporâneas: Vagabundos e turistas nas práticas da Saúde Mental. IN: JACÓ-VILELA, A. M., CEREZZO, A. C. & RODRIGUES, H. B. C. (Orgs). **Clio-Psyché Hoje**: Fazeres e dizeres psi na história do Brasil. Centro Edelstein de Pesquisas Sociais: Rio de Janeiro, 2012. p. 68-84.

BAREMBLITT, Gregório. **Compêndio de Análise Institucional e outras correntes**: teoria e prática. 5ª edição. Belo Horizonte: Instituto Félix Guattari, 2002.

BARRENTO, João. **Limiares**: sobre Walter Benjamin. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2013.

BARROS, Maria Elizabeth Barros de & BENEVIDES DE BARROS, Regina. A potência formativa do trabalho em equipe no campo da saúde. IN: PINHEIRO, Roseni; BARROS, Maria Elizabeth Barros de; MATTOS, Ruben Araújo de (Orgs). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade**: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2010. p. 75-84.

BENJAMIN, Walter. Experiência e Pobreza. In: BENJAMIN, W. **Magia e técnica, arte e política**. Ensaios sobre Literatura e história da cultura. Obras escolhidas vol. 1. 3ª edição. São Paulo: editora Brasiliense, 1987a. p. 114-119.

_____. O Narrador: considerações sobre a obra de Nikolai Leskov. IN: BENJAMIN, Walter. **Magia e técnica, arte e política**. Ensaios sobre Literatura e história da cultura. Obras escolhidas vol. 1. 3ª edição. São Paulo: editora Brasiliense, 1987b. p. 197-221.

BEZERRA JR., Benilton. **Desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Physis: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17(2): p. 243-250, 2007.

_____. É preciso repensar o horizonte da Reforma Psiquiátrica. IN: LOBOSQUE, A.M. *et al.* **Debatedores**. Ciência & Saúde Coletiva, 16(12): 4590-4602, 2011.

BONDÍA, Jorge Larrosa. **Notas sobre a experiência e o saber de experiência**. Revista Brasileira de Educação. Nº 19, pg. 20-28, Jan/Fev/Mar/Abr, 2002.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **LEI 10.216 de 06 de abril de 2001**. Brasília, 2001.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. **Portaria 336 de 19 de fevereiro de 2002**. Brasília. Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. **Portaria 3.088 de 23 de dezembro de 2011**. Brasília. Ministério da Saúde, 2011.

CAMPOS, Gastão Wagner S. Clínica e Saúde Coletiva compartilhadas: teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. IN: MINAYO C. *et al.*, (orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; 2006. p.53-92.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. 6ª edição revisada. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

CAPAZZOLO, Angela Aparecida, CASETTO, Sidnei José & HENZ, Alexandre Oliveira (orgs). **Clínica Comum**: itinerários de uma formação em saúde. São Paulo: Hucitec, 2013a.

_____.*et al.* CAP. 5: Formação descentrada na experiência. IN: CAPAZZOLO, Angela Aparecida, CASETTO, Sidnei José & HENZ, Alexandre Oliveira (orgs). **Clínica Comum**: itinerários de uma formação em saúde. São Paulo: Hucitec, 2013b. p. 124-150.

CARDOSO, Antonio *et al.* **Reforma Psiquiátrica e a Política Nacional de Saúde Mental**. Tempus, actas de saúde colet. Brasília, 8(1), 57-63, mar, 2014.

CLOT, Yves. **Entrevista**: Yves Clot. Cadernos de Psicologia Social do Trabalho, vol. 9, n. 2, pp. 99-107, 2006.

_____. **A função psicológica do trabalho**. 2ª edição. Petrópolis: Vozes, 2007.

_____. **Trabalho e poder de agir**. Belo Horizonte: Fabrefactum, 2010a.

_____. **A Psicologia do trabalho na França e a perspectiva da Clínica da Atividade**. Fractal: Revista de Psicologia, v.22 – n. 1, p. 207-234, jan./abr. 2010b.

_____. **O ofício como operador de saúde.** Cadernos de Psicologia Social do Trabalho, vol. 16, n. especial 1, p. 1-11, 2013.

DEVERA, Disete & COSTA-ROSA, Abílio da. **Marcos históricos da Reforma Psiquiátrica Brasileira:** Transformações na legislação, na ideologia e na práxis. Revista de Psicologia da UNESP, 6(1), 2007.

ESCÓSSIA, Liliana da & KASTRUP, Virgínia. **O conceito de Coletivo como superação da dicotomia indivíduo-sociedade.** Psicologia em Estudo, Maringá, v. 10, n. 2, p. 295-304, mai./ago. 2005.

_____. **Coletivo como plano de criação na Saúde Pública.** Interface: Comunicação, Saúde e Educação. v.13, supl.1, p.689-94, 2009.

FAGUNDES JR., Hugo M., DESVIAT, Manuel & FAGUNDES da SILVA, Paulo R. **Reforma Psiquiátrica no Rio de Janeiro:** situação atual e perspectivas futuras. Ciência e Saúde Coletiva, 21 (5): 1449-1460, 2016.

FERREIRA, Marcelo S. Notas sobre o conceito de experiência em Walter Benjamin. IN: TOURINHO, Carlos; D'ANGELO, Martha (orgs.). **Encontros com a filosofia:** Margens do contemporâneo. 1ª ed. Niterói: EDUFF, 2008. p. 25-45.

_____. **Walter Benjamin e a questão das narratividades.** Mnemosine Vol.7, nº2, p. 121-133, 2011.

GAGNEBIN, Jeanne Marie. **História e narração em Walter Benjamin.** 2ª ed. São Paulo: Perspectiva, 2011.

HENZ, Alexandre de Oliveira *et al.* CAP. 7: Trabalho Entrepofissional: acerca do comum e acerca do específico. IN: CAPAZZOLO, Angela Aparecida, CASETTO, Sidnei José & HENZ, Alexandre Oliveira (orgs). **Clínica Comum:** itinerários de uma formação em saúde. São Paulo: Hucitec, 2013. p 163-186.

HIRDES, Alice. **A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 14 (1): 297-305, 2009.

LARROSA, Jorge. **O ensaio e a escrita acadêmica.** *Educação & Realidade*, 28(2):101-115, jul/dez, 2003.

LEAL, Erotildes Maria & DELGADO, Pedro Gabriel G. Clínica e cotidiano: o CAPS como dispositivo de desinstitucionalização. IN: PINHEIRO, R., GULJOR, A. P., SILVA JÚNIOR, A. G. & MATTOS, R. A. (orgs). **Desinstitucionalização da Saúde Mental: contribuições para estudos avaliativos.** Rio de Janeiro: CEPESC – IMS/UERJ – ABRASCO, 2007. p. 137-154.

LIMA, João Gabriel e BAPTISTA, Luis Antônio. **Itinerário do conceito de experiência na obra de Walter Benjamin.** *Princípios: Revista de Filosofia.* Natal (RN), v. 20, n. 33, p. 449-484, Janeiro/Junho de 2013.

MARX, Karl. Capítulo V: Processo de Trabalho e Processo de Valorização. IN: MARX, K. **O Capital.** Crítica da Economia Política, Vol. I O Processo de Produção do Capital. Tomo 1. São Paulo: Ed. Nova Cultural, 1996a. p. 297-315.

_____. Capítulo XIV: Mais-valia Absoluta e Relativa. IN: MARX, Karl. **O Capital:** Crítica da Economia Política. Livro Primeiro: O Processo de Produção do Capital. Tomo 2. São Paulo: Ed. Nova Cultural, 1996b. p. 137-146.

MILHOMEM, Maria Aparecida G. Corrêa & OLIVEIRA, Alice Guimarães Bottaro de. **O Trabalho em equipe nos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS.** *Cogitare Enferm.*[online] jan/mar; 12(1):101-8, 2007.

MORAES, Thiago Drumond & ATHAYDE, Milton. **Dimensões do coletivo na atividade de trabalho dos motoboys.** *Fractal, Rev. Psicol.*, v. 26 – n. 2, p. 327-348, Maio/Ago. 2014.

MUNIZ, Hélder Pordeus; ATHAYDE, Milton; NEVES, Mary Yale. A atividade dos operários da construção civil face ao acidente do trabalho. IN: ARAÚJO, Anísio *et al*

(orgs). **Cenários do trabalho**: subjetividade, movimento e enigma. Rio de Janeiro: DP&A, 2004. p. 237-67.

NARDI, Henrique. C. & RAMMINGER, Tatiana. **Modos de subjetivação dos trabalhadores de Saúde Mental em tempos de Reforma Psiquiátrica**. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17(2): 265-287, 2007.

OSORIO, Claudia. **Experimentando a fotografia como ferramenta de análise da atividade de trabalho**. Informática na Educação: teoria & prática. Porto Alegre, v.13, n.1, p. 41-49, jan./jun. 2010.

OSORIO da SILVA, Claudia. Pesquisa e intervenção em clínica da atividade: a análise do trabalho em movimento. IN: BENDASSOLI, Pedro F. & SOBOLL, L.A. **Métodos de pesquisa e intervenção em psicologia do trabalho**: Clínicas do trabalho. São Paulo: Atlas, 2014. p. 81-99.

PASSOS, Eduardo; BARROS, Regina Benevides. **Clínica e biopolítica na experiência do contemporâneo**. Psicologia Clínica Pós-Graduação e Pesquisa (PUC/RJ), PUC-RJ, v. 13, n. 1, p. 89-99, 2001.

_____. CAP. 9: A Construção da Clínica Comum e as áreas profissionais. IN: CAPAZZOLO, Angela Aparecida, CASETTO, Sidnei José & HENZ, Alexandre Oliveira (orgs). **Clínica Comum**: itinerários de uma formação em saúde. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 213-228.

PEREIRA, Marcelo de Andrade. **Saber do tempo**: tradição, experiência e narração em Walter Benjamin. Revista Educação & Realidade, v. 31 - n.2, p.61-78, 2006.

PITTA, Ana Maria Fernandes. **Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira**: Instituições, Atores e Políticas. Ciência & Saúde Coletiva, 16(12):4579-4589, 2011.

RAMMINGER, Tatiana. & BRITO, Jussara. C. **O trabalho em saúde mental**: uma análise preliminar relativa à saúde dos trabalhadores dos serviços públicos. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, São Paulo, 33(117): 36-49, 2008.

RAMMINGER, Tatiana. & BRITO, Jussara. C. **“Cada Caps é um Caps”**: uma coanálise dos recursos, meios e normas presentes nas atividades dos trabalhadores de saúde mental. *Psicologia & Sociedade*; 24(1): 150-160, 2012.

RAUTER, Cristina Mair Barros. **Do Medo do Crime à Rebelião**: Algumas Indicações para Pensar a Experiência Coletiva Brasileira a partir da Filosofia de Spinoza. *Revista Polis e Psique*, vol. 3, n. 2, p. 151-161, 2013.

RIETRA, Rita de Cássia Paiva. **INOVAÇÕES NA GESTÃO EM SAÚDE MENTAL**: Um Estudo de Caso sobre o CAPS na Cidade do Rio de Janeiro. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Escola Nacional de Saúde Pública - Fundação Oswaldo Cruz: Rio de Janeiro, 1999.

ROCHA, Décio & DEUSDARÁ, Bruno. **Coletivos de trabalho, espaços de discussão e avaliação docente em programas de pós-graduação stricto sensu**. *Eutonia: Revista de Literatura e Linguística*, v. 1, n. 08, p. 179-202, 2011.

ROCHA, Cháris Telles Martins da. **Atividade, Experiência e Narrativa**: produzindo dispositivos crítico-clínicos do trabalho. Dissertação (mestrado em Psicologia Social e Institucional) – Univerdade Federal do Rio Grande do Sul: Porto Alegre, 2015.

ROGER, Jean-Luc. **Metodologia e métodos de análise em clínica da atividade**. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, vol. 16, n. especial 1, p. 111-120, 2013.

ROTELLI, Franco *et al.* **Desinstitucionalização**. 2ª edição. São Paulo: Editora Hucitec, 2001.

RUELLAND-ROGER, Danielle. **Gênero de atividades profissionais, variantes estilísticas e genericidade em clínica atividade**. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, vol. 16, n. especial 1, p. 133-144, 2013.

SAMPAIO, José Jackson Coelho *et al.* **O trabalho em serviços de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica**: um desafio técnico, político e ético. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(12):4685-4694, 2011.

SERPA JUNIOR, Otavio *et al.* **Experiência, narrativa e conhecimento: a perspectiva do psiquiatra e a do usuário**. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 24 [4]: 1053-1077, 2014.

SPINOZA, Benedictus de. **Ética**. 2 ed., 4 reimp. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2015.

TEDESCO, Silvia Helena & PINHEIRO, Diego Arthur Lima. A Clínica da Atividade e o dialogismo bakhtiniano: por uma psicologia do estilo. IN: AMADOR, Fernanda Spanier; BARROS, Maria Elizabeth Barros & FONSECA, Tania Mara Galli (orgs). **Clínicas do trabalho e paradigma estético**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2016. p. 189-209.

TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues. **As dimensões da produção do comum e a saúde**. *Saúde Sociedade*. São Paulo, v.24, supl.1, p.27-43, 2015.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão (org). **Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira**. São Paulo: Hucitec, 2010.

ANEXOS

Transcrição das gravações de áudio

1. Seminário 1: data 09/12/14 – gravação 3 (total: 3h e 03 min)

- “Quando você fala que está falando de si e não dos outros, eu entendo que você tá falando disso como um respeito assim pelo outro, é o outro que vai falar de si, lógico. Mas quando a gente está falando em equipe, a gente fala do outro também! Mesmo quando a gente fala só de si, a gente fala do outro também. Não fala só de si! Então essa exaustão, que ele (autor do texto) aponta pra rede, na questão de fortalecer a rede, que eu concordo, e tudo. Mas tem que ter um fortalecimento interno também! Uma questão que eu lanço que é pra gente pensar depois: é se a gente está contando uns com os outros aqui dentro? Assim, para além da rede, que a gente tem que contar e construir, mas eu falo do trabalho aqui entre nós, se a gente está realmente conseguindo contar uns com os outros, porque esse é o único caminho que ele (autor do texto) próprio propõe para lidar com a exaustão.”

A.: 16 min/17 min

- “Ficava me questionando, quando é que a gente, enquanto equipe, ia conseguir chegar e poder dizer do nosso trabalho, do que a gente tá fazendo. Quando é que isso poderia ser possível vir de uma demanda da equipe, que não seria minha, de uma angústia minha de ver que a equipe estava exaurida, tava cansada. Mas de uma demanda da própria equipe de ver que ela tava cansada e que ela precisava falar desse cansaço que ela está! E que vem dessa dificuldade do trabalho, dessas coisas todas. Então, poder chegar nesse momento de final de ano, quase que proposital 'final de ano', e a gente poder estar falando, pegar esse texto e ter no título exatamente essas palavras, 'o alívio', e a gente poder estar falando sobre isso, para mim...(interrompida por Pt.)

L.: 20 min...

“Eu acho que a gente falou dessa angústia no coletivo, passou o ano falando disso no coletivo (fóruns e reuniões da rede), mas eu acho que não era a mesma angústia dos outros dispositivos, dos outros serviços né. E acabou a gente se fechando, não foi a toa que fechou a porta também, não é a toa que a gente começou... ontem até a A. falou, que as pessoas ficam um pouco mais isoladas, cada um tá se escondendo. É isso, é para não encontrar com as dificuldades que está cada vez maior e a gente não pode [...] quando foi praticamente, agosto pra setembro, falei não tem como segurar mais, isso me angustia né. A gente vive na angústia mesmo, eu tô, eu vivo. Assim, eu retomar a história há 10/15 anos atrás e eu ver que retrocedeu 15 anos a Saúde Mental, eu acho que retrocedeu [voz embargada], avançou na Estratégia (Saúde da Família) [...] a gente se angustia ao ver que retrocedeu, isso me angustia de novo. É isso que eu coloco, não sei se eu acredito mais de estar vendo que tem uma proposta, eu acho que dois anos aí a gente vai viver nessa angústia, cada vez mais, as pessoas já se angustiam”

Pt.: 21 min/23 min

- “Minha questão é, hoje que a gente tem um dia inteiro de seminário interno pra pensar no nosso trabalho, pra pensar na nossa posição, vale a pena, apesar dessa catarse, da gente poder

falar da angústia e tudo, mas vale a pena a gente ficar hoje falando de coisas que a gente não pode mudar diretamente, que a gente não tem ingerência direta, questões da macropolítica, ou é o caso da gente aproveitar esse dia pra falar de nós? Do nosso trabalho, do que internamente a gente pode fazer com toda a angústia que tem”

A.: 26 min 40s

- “Esse fechar-se, eu entendo como uma estratégia até de proteção mesmo enfim, mas acabou trazendo mais angústia né, trazendo mais exaustão, mais cansaço e mais desesperança né, do que voltar-se pra fora. Porque quando a gente vai pra fora, a gente inclui o outro no nosso problema né. O problema deixa de ser só nosso [...] o problema não é só daqui, o problema é da rede, o problema é da Saúde, tem que incluir o outro no problema também”

A.: 29 min

“eu acho que a gente vive muita frustração, você tá falando de exaustão aí, comigo não aconteceu, não chegou a tanto. Mas a frustração me gerou desmotivação, me desmotivou e aí ser gente desmotivado não dá. E aí eu fui pra música, aquela coisa que o Djavan fala: sabe lá o que é você não ter e ter que ter pra dar! Tem que ter [...] Como é que eu posso dar alegria se eu não tenho nem pra mim? [...] Como que eu não vou desistir dele (paciente) se eu já desisti de mim? Aí que eu fiquei repensando, entendeu, o que que eu vou fazer pra num ...pra dar um gás, ter mais alegria [...] onde é que eu vou buscar isso? Eu encontrei isso em um, em outro, não no espaço do CAPS [...] Busquei no outro, nos colegas de equipe que na verdade são meus amigos também e fora”

J.: 30 min

- “São duas coisas misturadas, é um trabalho que por si só já é muito difícil, porque não tem manual de instrução, não tem receita, você tem que inventar todo dia sua prática. Por excelência, o trabalho na Saúde Mental é isso.”

P: 36 min

“Você tem que inventar várias vezes num dia! Você reinventa várias vezes”

J.: 36 min

“Você estuda, você tem aí um conjunto de ferramentas, mas a maioria você inventa na hora! Não tem como não se deixar atravessar por essas questões, que se deixam representar pelo dinheiro, por essa coisa quem é contrato quem é servidor, vai ser tirado do CAPS, não vai? Vai ser tirado da Atenção Básica, não vai? Não tem como isso não atravessar a clínica que você faz. As vezes eu fico ouvindo assim, que lugar é esse que a gente ocupa? Enquanto trabalhador de Saúde Mental, o que que é Saúde Mental? Parece que é sempre qualquer coisa! Assim, um 'banquinho e um violão' tá bom, vai lá toca uma musiquinha e acabou, e não é, é difícil pra caramba”

P.: 36 min...

- “Tem que ter um desejo para estar na Saúde Mental. A Saúde Mental não é para qualquer um mesmo!”

A.: 44 min

- “Eu queria fazer uma proposta [...] Será que a gente consegue aqui dizer cada um do seu, mesmo que a gente saiba que trabalha num coletivo.”

L.: 46 min

“Dizer do seu o que?”

A.

“Do seu próprio trabalho, será que a gente consegue, não sei se é algo confortável a todos”

L.

“Mas eu acho que é pra isso que a gente tá aqui né. Seminário interno é pra isso!”

A.

“Eu tenho que dizer que estou muito sentida, fico emocionada (CHORO/pausa). Não sei se eu vou conseguir falar (pausa/silêncio/soluços). Mas acho que assim, todo mundo que tá aqui tem ideia que nenhum serviço público vai ser ideal, vai ser de qualidade, nunca imaginei isso (pausa/suspiro). Sei que é sempre um momento de luta pra todo mundo e a gente escolhe na vida esses espaços de luta [...] Não é só a gente pensar no nosso cotidiano de trabalho, que é importante sim, mas que a gente possa também procurar outros espaços de luta. Mas é muito difícil assim, quando você começa a ver que o mínimo que você precisa fazer naquele serviço, você não consegue sabe! (choro)”

C.: 47 min

- “A gente fica pensando mesmo o tempo todo assim, como que a gente vai ofertar esse mínimo para o usuário, as escolhas que você tem que fazer no seu cotidiano”

C.: 50 min

- “Se sentir um pouco atropelado por um monte de coisas e as vezes não não conseguir pensar a própria a clínica do serviço, dos pacientes que a gente entende que precisam de um atendimento nos moldes de um CAPS e que a gente não consegue fazer a VD (visita domiciliar) com a mesma regularidade”

P.: 1 h 6 min

- “De que maneira o CAPS pode estar aberto ao imprevisto? E poder lidar com o imprevisto. Porque o CAPS não é uma Clínica da Família que funciona por procedimentos, não por protocolos [...] De que maneira a gente pode estar aberto ao novo?”

A.: 1 h 8 min

- “A questão de falar da equipe, de um estar no cenário e ver que aquilo está ruim para o outro colega e o outro estar fazendo, é nesse sentido. É perceber que a C. Não está bem naquela situação, gente tirar um pouco a C. Dessa situação e entrar outro. Eu acho que nós temos isso aqui! [...] Alguém chegar na hora e estar fazendo isso, é de a gente estar atuando assim o tempo todo no serviço”

R.: 1h 09 min

- “Essa sintonia, essa sintonia é muito difícil mesmo de construir. De estar atento ao outro e o que está acontecendo naquele espaço, de perceber que ali entre os dois estava difícil e poder falar 'J. (profissional)Vai lá pra dentro, vai tomar um ar, deixa que eu fico aqui com o C. (paciente). Esse tipo de coisa, esse feeling né, é uma coisa que faz muita diferença!”

A.: 1 h 12 min

- “Mas o que que é dar conta? Porque 'dar conta' apareceu tantas vezes!”

Ca.: 1h 14min

“Sabe o que ficou na minha cabeça, esse dar conta, pra mim, eu fiquei pensando em contar, contar uns com os outros! Porque ninguém dá conta de nada sozinho, de jeito nenhum, uns com os outros aqui dentro e uns com os outros fora, na rede”

A.: 1h 14 min

“O problema é isso, é igual no caso do A., as vezes fica muito assim, 'vocês decidem', não! Então, parece que a gente fica muito sozinho! Parece que assim, o último caso, não deu conta a Estratégia (Saúde da Família), não deu conta, aí o CAPS vai dar conta. Então aí, a gente fala que não vai dar conta, 'ué, como que vocês não dão conta?' A gente não dá conta porque a gente não tem médico...”

Pt.: 1h 14 min

“Não, a gente não dá conta, porque a gente não tem que dar! Porque a gente não é manicômio que dá conta de tudo!”

N.: 1h 15 min [...]

“Mesmo que seja paciente do CAPS, o CAPS não tem que dar conta! Quando a gente se dá conta, de que a gente não tem que dar conta, dá um alívio também! Acho que o alívio vem disso”

A.: 1h 15 min

- “Mas isso aí não tem a ver só com a formação. Assim, a gente acaba fazendo um monte coisa que não tem nada a ver nem com o que a gente aprendeu na faculdade, todo mundo! Claro que tem limitações assim, tem coisas que é da tua competência...”

P.: 2h 37 min

“Mas não pode ficar fechado na limitação!”

Cl.: 2h 37 min

“Não sei se na limitação pessoal não, mas é de poder dizer 'isso eu não consigo fazer independente da minha formação”

P.: 2h 37 min

- “Sabe por que em CAPS essa coisa do que é específico de cada profissão não é tão fundamental? Porque o trabalho é coletivo, o trabalho é em equipe! [...] Não estou respondendo isolada pelo cuidado de um paciente, ninguém aqui está respondendo isolado,

a gente responde coletivamente”

A.: 2h 39min

“Então quando a gente está trabalhando no coletivo, de uma maneira coletiva, perde um pouco esse peso 'de que eu só vou fazer trabalho de psicólogo'. [...] A gente vai aprendendo na vida, na prática do trabalho!”

A.: 2h 40min

- “Esse trabalho interdisciplinar tem como efeito, uma clínica. E essa clínica, que a gente chama de Clínica Ampliada, que é nosso trabalho [...] Sozinho, isolado, sem conseguir compartilhar isso, você não se faz clínica. Essa Clínica Ampliada que a gente fala que todos os trabalhadores de Saúde Mental, de cabo a rabo o fazem, só é clínico quando ele é coletivo!”

Ca.: 2h 43 min

- “Dentro do CAPS, praticamente todas as nossas ações com o usuário são terapêuticas, tem efeitos terapêuticos”

A.: 2h 59 min

1.1 Continuação Seminário 1 (09/12/14) - Gravação 4 (total: 2 h 25 min)

- “A lógica da peça de xadrez, tira, bota e não há nenhuma noção de vínculo!”

A.: 50 s

- “Por que não (reabrir a porta de entrada)?”

A.: 45 min [...]

“A gente tem que discutir, porque a gente tinha tomado uma decisão que não ia receber ninguém, de repente a gente começou a receber. Tem que fechar projeto terapêutico, se é pra um é pra todos no meu entendimento, não só pra alguns. Então assim, e a gente tá discutindo que a gente não está dando conta de quem tá aqui. Então a gente precisa definir o que a gente vai fazer?”

C.: 46 min

“A gente tá discutindo o trabalho né, é o intuito desse seminário, discutir o nosso trabalho aqui dentro, isso que a gente tá fazendo”

L.: 47 min

“Que tal se perguntar se alguma vez a gente deu conta de quem tava aqui?[...] O que é dar conta?”

S.: 47 min

“Tá vendo, e ela nem estava aqui pela manhã!”

J.: 48 min

[...]

“Dar conta, a gente não tem que dar conta!”

J.: 49 min [...]

“Muitas pessoas chegaram no NASF achando que tinham sido transferidas [...]”

S.: 50 min

“Mas o retorno que eles nos dão é importante, muitos pacientes entenderam que sem médico o CAPS tava fechado”

A.: 51 min

“Por curiosidade, fui olhar [...] Tem uma página (no Facebook) para ver a localização (do CAPS) [...] aí na parte do horário alguém colocou lá 'fechado permanentemente'” [...]

A.: 51min

“Eu acho que não é questão de controle, é um analisador”

Ca.: 52 min [...]

“O que a equipe, nós, estamos esperando para reabrir o serviço?”

A.: 53 min [...]

“Eu acho que tem que chamar os parceiros (rede) e falar do nosso funcionamento agora e que a gente conta com os parceiros”

J.: 54 min

“E qual é nosso funcionamento agora?”

N.: 54 min [...]

“Foi pensado em assembleia (decisão de fechar a porta de entrada), mas eu acho que tempos depois a gente tem que pensar nos efeitos disso. Não sei se a resposta é abrir, mas quais foram os efeitos e o que a gente faz? A gente ficar simplesmente fechado e não pensar nisso, acho que a gente não produz nada”

P.: 55 min [...]

“Acho até contraindicado que abrir hoje, porque senão passa a impressão de que foi porque uma médica chegou e eu não queria que fosse isso, para nós”

A.: 55 min

“ O problema não é esse!”

P.: 55min

- “Tem a ver com um posicionamento, um posicionamento do serviço diante da situação. Tempos depois a gente vai ter que pensar uma outra maneira de se posicionar e continuar

dizendo o quanto tá difícil, mas não sei se simplesmente a gente pode ficar com a porta fechada pra sempre”

P.: 57 min [...]

“São estratégias diferentes, a gente tomou essa decisão num momento que a gente precisava tomar, a gente tá em outro momento agora e a gente tá reavaliando isso. Não precisa ser nem pra frente nem pra trás, é simplesmente outro momento”

N.: 58 min

Equipe manifesta concordância com esta fala.

- “Apareceu hoje muitas vezes 'o que eu posso oferecer para o usuário' e muito pouco 'o que o usuário pede'. A gente se ocupa em muitos momentos, e o 'não dar conta' pode vir daí, de oferecer coisas da nossa cabeça ”

Ca.: 59 min 40s

“Não tem cardápio”

J.: 1 h

- “O CAPS oferece através de cada profissional, olho no olho de quem chega e dificilmente você encontra isso lá fora!”

S.: 1h 1min [...]

“É o vínculo”

Vm.

“Exatamente, você (S.) perguntou o que a gente tem para oferecer, e o que a gente tem para oferecer em primeira instância, somos nós!”

A.: 1h 1min

- “Tem coisa pra caramba organizada no serviço, tem estruturas organizadas, então eu não tô conseguindo entender que pedido é esse da equipe, de organização?”

Ca.: 1h 5min

“Eu acho que não é organização. Eu queria fazer uma pergunta: A equipe acredita no CAPS enquanto um serviço potente terapeuticamente?”

A.: 1h 5min (silêncio)

“Eu acredito, mas eu acho que a gente fica se cobrando mais e mais, e acha que é insuficiente aquilo que a gente faz, eu acho que a gente fica sempre achando que deixou a desejar. 'Eu podia ter...', fica sempre achando que devia alguma coisa!”

J.: 1h 6min

- “Acho que essa nossa dificuldade de pensar como vai acompanhar aqui, eu não acho que tenha

a ver só com uma questão de precariedade da rede não, eu acho que a gente tem se perguntado também sobre como a gente faz essa clínica, como a gente consegue fazer os acompanhamentos [...] eu acho que tem uma coisa da gente pensar não só porque tem pouca gente, isso é importante, mas eu acho que a gente fica um pouco batendo cabeça em relação ao acompanhamento dos pacientes como vem acontecendo de fato, independente de muito profissional ou pouco profissional”

P.: 1h 09 min

“Poder ter um seminário para pensar a organização do serviço com o que a gente tem aqui, é importante!”

P.: 1h 10min

- “Eles estão achando melhor ainda agora, depois que a gente fechou, parou de dar o remédio. Isso deu um impacto profundo nas pessoas, do que é o CAPS, que tipo de atendimento que a gente tem. Passam a valorizar, mas não só, tenho visto gente que passou a cobrar dos outros serviços que funcionem como eles devem funcionar, cobrar das clínicas de família...sem culpar a gente por ter fechado a porta da farmácia, eles foram cobrar dos outros serviços o que deveria ser feito”

Ra.: 1h 21 min

- “A gente tem muito a pedir, pode ser, mas a gente tem muito a oferecer, eu acho que a gente deveria oferecer, oferecer matriciamento, oferecer estratégias, oferecer seminário, roda de conversa”

A.: 1h 33min

- “O que tem que ser o nosso critério é a clínica e o caso clínico, o paciente [...] é fundamental que o paciente não seja penalizado por alguma má organização da rede ou até pela precariedade do serviço”

A.: 1h 41 min

- discussão sobre como vai ficar o acolhimento, horários e modo como será feita a recepção.

A. propõe que cada técnico disponibilize uma hora por semana para agendamento pra recepção, importante ser uma dupla. L. propõe um processo a ser feito.

- Discussão de como fica a assistência médica com a volta da médica ao CAPS.
- Discussão festa de fim de ano.

2. Seminário 2 (Ca. Participou via telefone): data 05/05/2015 – gravação 5 (1 h 58 min)

- “Eu escutei duas coisas diferentes no que você falou, eu achei importantíssimo, que tem que fazer uma diferença. Uma coisa é o paciente chegar demandando e a gente responder essa demanda imediatamente e dar o que ele quer. Outra coisa é seguir o movimento dele e fazer propostas de acordo com o que ele vai nos indicando, são coisas bem diferentes. E essa segunda coisa, de seguir o que ele está nos indicando, isso é perfeito. Agora eu tô me dando conta de uma coisa, a gente tá falando aqui desde o início, de uma certa quebra de sentidos rígidos no CAPS. É claro que o CAPS não pode ser esquizofrênico, lógico, mas ele também não pode ser excessivamente neurótico, excessivamente obsessivo, rígido. O CAPS tem que ter abertura pra criações, pra coisas novas né”

A.: 28 min...

- “Tem uma pergunta que eu faço pra mim: onde é que eu tô, eu tô na Saúde Mental ou na doença mental? Que pra mim é uma linha muito fina, muito fininha essa linha da doença mental e da Saúde mental. [...] Ou eu vou reforçar a doença ou eu vou trabalhar ali, vou usar aquelas ferramentas que a doença, os ingredientes que a doença me deu pra eu transformar aquilo em saúde, tentar transformar aquilo numa coisa que dê saúde”

J.: 36 min...

- “O que eu fiquei encantada com a Saúde Mental, é que ela quebra com o senso comum, com padrões, com tudo que tá cristalizado na sociedade né. O louco ele chega e ele consegue transgredir tudo isso, ele consegue extrapolar todos esses muros, coisas que nós as vezes nos forçamos a fazer e não conseguimos”

C.: 38 min

- “É muito assim difícil né, a gente pensar numa conduta pensando quanto os casos afetam a gente. [...] As coisas despertam afetos na gente, como é que a gente trabalha, não sei se longe, não sei se perto, não sei se trazendo pra supervisão, levando pra análise”

P.: 48 min

- “Talvez você tenha uma fantasia, que eu acho que você pode repensar isso, de que o psicólogo sabe alguma coisa. Mas essa orientação clínica mesmo a gente cria no dia a dia, no trabalho e no CAPS, graças a Deus, na supervisão, porque outros serviços não têm e é precioso esse momento. Então, para mim, formação é isso, pra mim não é ficar fazendo curso disso e daquilo, leitura ajuda muito, lógico. Mas estar ali, acompanhando os casos e falando deles e podendo discutir, é tudo! Isso pra mim é o que fez a diferença na vida e eu acho que pra muita gente aí também. Então vamos usar esse espaço pra isso, o espaço de supervisão é um espaço de formação também”

A.: 52 min

- “Independente de você ter a formação de assistente social, não ser psi, enfim, você trabalha num CAPS, você trabalha em equipe. Você não trabalha sozinha, o saber aqui é construído, construído em equipe. Então se a gente se ocupar de trazer os elementos do caso pra supervisão, a gente consegue sim ir definindo o que é neurose e o que é psicose e aos poucos a gente começa a ter esse certo *feeling* de perceber aí, quais são os elementos que a gente se detém”

A.: 1h 1 min

- “São escutas que são diferentes, ninguém aqui tem que ser especialista em nada, claro que não é um saber leigo, mas também não tem que ser um saber extremamente especializado, porque isso só fecha, fecha a nossa cabeça. Mas é preciso ter alguma coisa em comum, por isso que eu digo que não é uma colcha de retalhos, não pode ser cada um fala uma coisa, cada um faz o que quer, aí o CAPS fica esquizofrênico. Então, eu acho que o CAPS tem que ter uma abertura, uma amplitude grande de pensamento, de ideias, de coisas aí acontecendo, de propostas, mas tem que ter uma direção, uma direção de trabalho, uma direção da clínica. E eu acho que os seminários internos e as supervisões são pra isso, é isso que eu acho que a gente tá tentando traçar aqui hoje. Então ninguém quer que você ou qualquer um aqui seja psicanalista ou qualquer outra coisa, entendeu. Apenas que esteja caminhando na mesma direção, é isso que eu tô dizendo. E as vezes a gente tá numa outra direção, não porque discorda enfim, mas porque não sabe direito qual é a direção a tomar e essa direção a gente constrói. A gente constrói coletivamente através do que a gente tá fazendo aqui hoje, por isso que pra mim é precioso”

A.: 1h 06 min

- “Por isso que eu defendo a inter (equipe interdisciplinar) nesse sentido, porque se sai um profissional vai fazer diferença, porque aquela formação também é importante”

C.: 1h 34 min

- “Gente, e levando sempre em consideração que a gente trabalha em equipe! Se a gente tá com uma dúvida e precisa de uma ajuda da médica, da enfermeira, fala! Não precisa ficar agendando todo mundo, a gente pode se falar, pode pedir ajuda o tempo todo!”

A.: 1h 47 min

2.1 Continuação seminário 2 (05/05/15) – gravação 6 (3h 11 min)

- “A questão, de fato, pra mim, é prioridade, não se tem prioridade nas reuniões de mini-equipe! E por que não se tem prioridade numa reunião que é tão importante de estruturação do trabalho e de compartilhamento de direção de trabalho?”

Ca.: 12 min

“São eleitas outras prioridades”

J.: 13 min

“Uma reunião por semana com todo mundo não vai dar conta nunca (pausa), pra ter essa função. Você tem espaços compartilhados de construção no decorrer da semana. Não é a supervisão que vai [...] esse produto tem que chegar encaminhado, não pra ser construído, entende o que eu quero dizer? O que que acontece que esse espaço tão caro para esse trabalho não tá sendo encarado como prioridade? Isso pra mim é uma questão!”

Ca.: 13 min

- “Então, todo mundo aqui colocou seus horários [...] eu vou fazer essa agenda [...] pra gente montar esse horário que vai ser agendado, do primeiro atendimento. Agora uma demanda que surge aí na porta, a gente vai ter que ver quem vai estar mais livre, eu acho que ficar determinando PIVÔ, somos todos PIVÔ entendeu! Eu fico nessa quando dá, qualquer um pode estar nessa”

A.: 45 min

“Eu também fico, eu adoro fazer o 'eu posso ajudar?’”

Lz.: 45 min

“A questão não é essa, se a gente organizar uma pessoa fixa, a questão é a gente se despir do desespero!”

A.: 45 min

Reação positiva da equipe, várias vozes demonstrando estar de acordo com essa fala.

- “A gente não tem que trabalhar no desespero, nunca! Vai escutar o tempo que tiver que escutar!”

A.: 1h 39 min

- “O que orienta a nossa clínica?”

A.: 1h 51 min

[...]

“Porém, eu quero conseguir transmitir isso, se ele (paciente) tiver que não estar aqui, é pelas características clínicas dele e não porque a gente não suporta. É isso que eu tô querendo dizer né. Porque se a gente não suporta alguns pacientes, isso é uma questão que a gente tem que pensar, é uma questão pra nós, não é uma questão dele, é pra nós! Então tem que ver o nível de suportabilidade desse nosso trabalho que é muito insuportável! Não é a toa que a gente trabalha em equipe, supervisão, enfim discute, pra dar conta do insuportável, do que não é fácil, se fosse fácil a gente não ia estar aqui, não ia ser CAPS. Eu queria mesmo escutar vocês, enfim [...] para falar desses critérios que orientam a clínica. Porque isso também é fundamental pra gente poder se orientar e não se sentir tão desgastado, as vezes sugado pelo paciente né, a gente tem que botar um limite nisso!”

A.: 1h 59 min/2h

- “O que orienta a nossa escuta é tentar encontrar o caminho, alguma palavra, alguma coisa,

alguma brecha, pra implicar aquele sujeito naquilo de que ele tá se queixando”

A.: 2h 21min

- Fica pré-definido um seminário pra julho/2015 (o que não se confirma)
- Tinham alguns profissionais em aviso prévio, sem muitas notícias sobre como ficaria a situação. Alguns foram recontratados por outro convênio e outros tiveram o aviso cancelado temporariamente, até o ano seguinte, pois houve renovação do convênio por mais alguns meses.

3. SEMINÁRIO 3: DATA 01/09/15 – GRAVACÃO 8 (3h 15min)

- “O CAPS e o Projeto Terapêutico como este lugar entre aspas, que não é um lugar, organizador mesmo, pra além do que é um espaço, pra além do que é proposto e do que o usuário se insere ou não.”

A.: 43 min

- “Projeto terapêutico então se aproxima muito mais de uma função do que de um conceito né! Só pra gente ir esclarecendo isso, ele cumpre uma função e ele não é um conceito, no sentido de fechado”

Ca.: 45 min

[...]

“A gente lançou essa pergunta: o que que você acha que o CAPS pode estar ajudando a produzir vida? Porque tem pessoas aqui...e não se trata simplesmente de fazer um encaminhamento pro ambulatório ou não, mas de vocês (pacientes) se questionarem e da gente se questionar, afinal de contas, que que o CAPS tá produzindo na vida daquela pessoa. Acho que não é uma pergunta fácil, porque não é fácil pra gente, não é fácil pro usuário”

P.: 46 min

- “Acho que um critério importante assim 'existe sofrimento naquele paciente?' Acho que o sofrimento tem que ser algo que nos guia. [...] Porque pode acontecer do paciente até ter uma certa gravidade, mas não tem nenhuma questão, nenhum desejo, nenhum movimento de sair daquilo, daquela situação, aquela situação pode estar caótica, pode estar péssima, mas aquilo pra ele tá bom, ele não tem nenhuma queixa, nenhum sofrimento mesmo com aquilo. E aí a urgência, quando a gente se preocupa, a urgência passa a ser nossa [...] A gente tem que fazer o nosso papel, sim a gente tem que fazer [...] mas não de tomar pra nós um sofrimento que a própria família não tem”

A.: 49 min

- “A mim causa sofrimento olhar aquela lista de pacientes, entra mês e sai mês, e tem paciente

que não consigo fazer nada”

P.: 52 min

- “Primeiro, pra alguns usuários, eu acho que em se tratando de CAPS, a gente tem que pensar que é a maioria, porque o CAPS foi feito pra isso. A gente tem que baixar as expectativas, na verdade tentar zerar, no sentido disso tudo que a gente tá falando de produzir vida, estar na rua, estar na sociedade, é muito bacana e é a proposta da Reforma (psiquiátrica), mas são também ideais neurotizantes, que a gente também não tem que ter como foco: 'eu quero que o fulano (paciente) trabalhe' [...] claro que fico muito feliz em ver o usuário ir ao Miécimo (centro esportivo), mas é isso, é a gente sempre ter essa dimensão de que a gente trabalha com a loucura e a loucura ela tá muito fora né, ela tá muito desconectada com os nossos ideais [...] temos que ter enquanto proposta, mas não enquanto ideal”

A.: 1h 4 min

- “A gente sempre fala dessa precariedade do nosso acompanhamento [...] em nome da escassez, eu não tô falando que da falta de...mas eu acho que a gente precisa colocar isso muito claro pra gente, porque isso acaba produzindo muitas vezes, uma desqualificação individual do profissional, que parece que não tá fazendo, ele, o suficiente, e não é disso que se trata, eu acho. A gente tá aqui querendo produzir uma outra coisa dessa angústia que atravessa individualmente cada trabalhador, frente a uma situação dessa, que é grave, é grave. Mas não é um problema da P., não é o problema da G., não é o problema da N., a gente tá tentando transformar isso numa questão”

Ca.: 1h 10 min

- “Dividir com a rede, não significa que a gente não toma pra nós. Pelo contrário, quanto mais a gente toma pra nós, mais a gente se empodera pra poder dividir com a rede”

A.: 1h 14 min

[...]

“Formou uma corrente, eu acho que a gente precisa retomar isso as vezes, um caso, cada um fazendo um pouco, a gente chega lá”

Cl.: 1h 16min

“E mais que cada um fazendo um pouco, né C., mas tendo uma direção comum. Porque a gente tem vários casos que cada um faz um pouco e quando vê, tem trabalho repetido, num tá azeitado. Mas no trabalho da D. M., tava amarradinho, azeitadinho”

Ca.: 1h 16min

“Mas isso é o CAPS funcionar enquanto organizador da rede, é ele puxar, é ele dar a direção. Isso é um CAPS”

A.:1h 16 min

- “Mas, principalmente, pra ser da rede tem que ser do CAPS [...] pra gente poder transmitir, isso é uma coisa da ordem do desejo [...] esse nível de dedicação, de apropriação do caso, fala

do desejo, fala do desejo do CAPS. É a partir desse desejo, que isso se transmite pra rede. Então, se o caso não é do CAPS, ele não vai ser da rede, pelo menos os casos que partem de nós e isso ocorre mediante uma apropriação. Mas e agora, também não sei, é pra gente pensar [...] o que faz com que a gente consiga se apropriar tanto, e ter esse desejo tão firme e decidido, que o CAPS conseguiu atuar mesmo enquanto CAPS, enquanto ordenador da rede ”
A.: 1h 19 min...

- “E aí também tem uma implicância do profissional, aquela coisa do profissional mesmo se implicar no caso e”

C.: 1h 27 min

“Mas olha só, implicância é diferente de implicação”

P.: 1h 27 min

“É, eu falei errado!”

C.: 1h 27 min

“É, mas é um ato falho e tanto né!”

P.: 1h 27 min

“É, mas existe sim aquela coisa da implicância, sim”

C.: 1h 28 min

“Mas as vezes também tem aquela coisa da implicância que emperra o caso para todo o sempre”

P.: 1h 28 min

[...]

“É, eu queria trazer esse tema, que é um tema difícil, já apareceu algumas vezes, eu já percebi isso de um jeito mais flagrante, hoje em dia eu acho que não está tanto, acho que algumas coisas se deslocaram bastante. Mas, que é a questão da implicância, essa coisa de não suportar alguns pacientes, isso já apareceu muito, acho que agora já tá bem diferente. Mas isso pra mim é preocupante, porque eu acho que isso não pode determinar a clínica”

A.: 1h 29 min

- “A diferença é como a gente trata do que a gente sente, e não do que a gente sente, porque a gente não tem como deixar de sentir. Então, a gente tem que pensar como a gente trata o que a gente sente (pelo paciente), o que que a gente faz com isso”

N.: 1h 31min

“E a gente tem um recurso, que só CAPS tem, que é o recurso de trabalhar um equipe. Que é o recurso de poder estar com outros e não tomar isso pra si e quando alguém incomoda, poder sair de cena e se revezar com outro”

Aline: 1h 31min

- “Mas eu acho que essa questão de antipatia de alguns pacientes, eu acho sim que hoje muito menos, mas tive essa impressão sim, de que as pessoas despertam várias coisas na gente, é natural. A gente só não pode naturalizar determinadas atitudes que a gente tem, que eu acho que em alguns momentos já foram muito ruins, principalmente pelo modo como o CAPS é, tudo muito aberto, todo mundo circulando, alguns comentários, algumas posturas que a gente toma como natural 'porque eu não gosto', eu não acho natural! [...] Acho que a partir do momento que isso começou a aparecer aqui na supervisão, eu acho que a coisa tem mudado, a gente tem respondido de outro lugar, porque se a gente também não mudar de lugar, o paciente não vai mudar de lugar nunca!”

P.: 1h 33min...

- “A gente tem supervisão, então se a gente tem supervisão a gente pode se deslocar, a gente pode ir além de gostar ou não gostar do paciente. A nossa posição pode e deve ir além, porque senão ela não vai ser clínica não [...] O que eu tô dizendo não é que a gente tem que gostar do paciente não, a gente não tem que gostar, a gente tem apenas que tratar”

A.: 1h 43min

- “A gente tem que trabalhar com desejo e sem expectativas”

A.: 1h 51min

- “Eu tive um insight sobre essa questão que não é da política, mas acho que tudo tem a ver com a política, sobre a questão do desejo e sobre a questão da transmissão do desejo, que a gente tava falando. Eu acho que o desejo não se transmite diretamente, ele se transmite meio que por osmose. Não é uma convocação, a gente convoca, a gente pode, claro, convocar a rede, convocar o paciente, lógico que a gente tem que convocar. [...] Mas como é que a gente transmite pra ele (paciente) algum desejo aí na vida, que não seja convocando diretamente? Que não seja dizendo 'vem fazer tal coisa que é legal', isso pode ter um certo efeito, mas tem que ter mais do que isso, isso precisa se enganchar em alguma coisa dele e isso não acontece pela insistência. Eu acho que o desejo não se transmite pela insistência, no sentido de você ficar ali em cima convocando, cobrando até a hora que ele vai topar, isso vale para o paciente e pra rede. Essa transmissão, eu acho que se dá fazendo [...] e o CAPS também, em relação à rede, a gente não pode cruzar os braços e falar 'então ninguém tá fazendo, então dane-se, também não vou fazer', não. A gente vai fazendo e mediante o que a gente vai fazendo, já iniciando este trabalho e já fazendo a parte aí que nos cabe, dando a direção, a gente vai chamando o outro para estar junto. Eu acho que o que a gente precisa transmitir melhor, tanto pro paciente quanto pra rede, é o desejo de estar junto, é o desejo de fazer alguma coisa com ele, de incluí-lo naquilo. E isso tem a ver com o projeto terapêutico, porque o projeto terapêutico tem que ser um conjunto [...] A gente tem que chamá-lo para estar junto, essa coisa do 'vamos fazer juntos', eu acho que é aí que o desejo se engancha”

A.: 2h 6 min-9min

- “Me lembrei de uma coisa [...] que a gente ficou de apresentar os grupos (de área), que a gente ia fazer uma revisão, a partir das reuniões das miniequipes [...] que aos poucos [...] eu observei que tem falado muito mais dos pacientes, que essas reuniões tem tido efeitos positivos, eu acho, de retomar os casos da equipe [...] se a gente tem feito isso, de retomar e saber que ponto tá isso [...] Porque assim, é um seminário que a gente tá fazendo pra ver sobre o

acompanhamento do usuário e eu acho legal da gente poder ver”

Jo.: 3h 5 min

- “A gente teve uma ideia também [...] a gente tava pensando em fazer até um grupo de apoiadores do CAPS. De estar fazendo um encontro com essas pessoas, que seja de dois em dois meses, para eles estarem passando pra gente também a experiência deles e passando também o que tem de novo no território, que a gente pode alastrar pra outros (pacientes) que estão chegando que possam estar saindo também”

Cl.: 3h 9min

3.1 continuação seminário 3 – dia 01/09/15 - gravação 9 (2h 8min)

- “E aí gente, N. Tá gravando, vamos mostrar serviço!”

A.: 10 min

- “Qualquer produção do paciente, é um objeto clínico e é com isso que a gente trabalha. E pode ser a chatice”

A.: 12 min

“Eu acho nem é a chatice, eu acho que as vezes, o que emperra, as vezes no meu entendimento, é como fazer esse objeto chegar nas mãos de todo mundo aqui, para que isso seja trabalhado clinicamente”

J.: 12 min

“Aqui, é a supervisão, é onde a gente amarra a questão do objeto”

A.: 12 min

“E aí, eu acho que isso é uma questão, como é que a gente vem fazendo uso do espaço da supervisão?”

Ca.: 12 min

“Quando dá, é ótimo! Mas também, as vezes a gente fica com aquele objeto”

J.: 12min

“Mas assim, 'quando dá', eu gosto desse 'quando dá'. Eu já falei disso algumas vezes, mas muitas vezes a gente gasta duas, três horas com informes (durante a supervisão) e eu me pergunto se esses informes, de duas horas né... Se eles não vem ocupando um lugar de evitar esse tipo de discussão, do objeto. E eu também já reparei que não importa eu conseguir chegar 8:30, 9 horas, que a gente não consegue começar a reunião antes das 10 (hs)”

Ca.: 13min

“E outro papo também, eu não sei se eu falei aqui ou com outros, se num seria uma forma de diluir esses informes nas miniequipes, quando é possível também né, porque a gente tem sempre. Pra que a coisa chegue aqui pelo menos em 'banho maria', pra depois terminar o cozimento”

J.: 13min

[...]

“E eu não estou querendo desqualificar o informe não, mas eu tô querendo entender uma interrogação que eu me faço (interrupção)”

Ca.: 14 min

“Por que que a gente leva tanto tempo dando informe? Será que a gente num fica horas no informe pra evitar discussão de casos?”

P.: 14 min

“É isso!”

Ca.: 14min

“É, e outras coisas, as vezes o informe é muito interessante pra uma parte da equipe [...] pra outra não”

J.: 14min

“Não, mas eu acho que independente da área de interesse, é um espaço de coletivização. Eu acho que ele é importante, minha questão não é uma (pausa), talvez a equipe esteja com uma dificuldade de falar sobre esse objeto, de falar desse comum, de fazer essa comunicação, é isso. E aí acaba...não só o informe, mas as reuniões anteriores, o atraso, a postergação do início da reunião de supervisão. Tem aí todo um conjunto da obra, que eu me pergunto, se não é um analisador da equipe não estar conseguindo usar esse espaço pra isso, pra essa costura, que é o lugar da supervisão. Isso é uma questão que a gente precisa pensar, não estou afirmando, mas a dinâmica me faz ter pergunta (silêncio) e quando a gente consegue esbarrar em alguma coisa é no final”

Ca.: 15min

“É na correria”

J.: 15min

“E é na correria e fica pra próxima, e esfria, e a gente não consegue retomar e fica pra próxima...”

Ca.: 16min

[silêncio]

“Não sei, é uma questão, é uma dúvida”

Ca.: 16min

“Eu acho que é sim”

C.: 16min

“Porque quando a gente consegue esbarrar em alguma coisa, e aí é todo mundo falando ao mesmo tempo, agora, com pressa pra acabar logo”

Ca.: 16min

“Ou então, disputando minutos, aqui tem isso, a gente fica disputando, já reparou?! Gente é humilhante, é, sério [...] aí as vezes fica disputando minutos aqui pra passar aquilo”

J.: 17min

“Olha isso, gente! E aí passa a ser humilhante quando vira uma pauta individual, olha que curioso! Porque a gente se humilha quando a gente precisa muito, individualmente, porque esse problema é meu!”

Ca.: 17 min

“Porque foi endereçado a mim [...] o que que eu faço com isso, com o tal de objeto? Tenho que disputar minutos com minha equipe pra poder compartilhar aquilo”

J.: 17min

“E aí é isso J., a gente de alguma maneira nessa frase que você está trazendo, eu ouvi, que ainda trabalha no registro individual. Porque eu, pelo menos que estou de fora, não entendo, por mais que o paciente enderece a ti, J., mas que você tenha que tomar isso como uma coisa sua. Mas isso é uma questão da equipe e você tá trazendo, na palavra de humilhação, pra conseguir dizer, na disputa de minuto [...] mas eu acho importante [...]. E talvez a gente ainda não tenha, nesse momento, ainda não consiga entender que por mais q tenha endereçado ao J. e ele pode vir a ficar na frente disso, mas é uma questão da equipe. Nem que seja pra equipe estar junto contigo!”

Ca.: 18min

“Hoje isso não me faz mal mais, mas teve uma época que já fazia, muito mal”

J.: 19min

“Eu ainda estou na primeira parte [...] a pergunta era: por que será que a equipe tem se comportado assim? (interrupção) Não, espera aí, deixa eu falar, senão a ideia vai fugir (risos), se não é uma questão de perguntar: se pra equipe a supervisão está tendo a função que deveria ter? Porque também se a equipe não está vendo a supervisão como um lugar onde os casos vão ser discutidos e as coisas vão ser, não solucionadas óbvio, [...] se a supervisão tem servido como o espaço de supervisão que a equipe espera? Porque de repente, a equipe não traz sei lá, acha que não vai adiantar [...] não sei”

Ra.: 20min

“O que que espera então desse espaço?”

Ca.: 20min

“Pois é! Porque que isso não acontece? Pode ser por isso, pode ser?!”

Ra.: 21min

“Porque em alguns momentos espera esvaziamento de angústia e não é isso né”

Ca.: 21min

“Não é isso, mas também é isso”

Ra.: 21min

“Tenho visto menos hoje, mas...”

Ca.: 21min

“Nos últimos tempos, não hoje, hoje”

Jo.: 21min

[...]

“Sabe que eu acho, tem que ter uma delicadeza pra falar isso, eu tô falando como alguém que não está aqui há 15/18 anos. É uma construção também, falar da clínica, então essa coisa de falar da clínica na supervisão também ter a ver com o que a gente entende sobre falar da clínica, se a gente tem o hábito de falar da clínica. Eu não vejo muito, acho que tudo bem, a gente tá construindo e é pra isso mesmo que a gente tá aqui, enfim. Então quando eu vejo, principalmente nas mini-equipes né, as conversas sobre o caso, é muito na coisa 'o que que a gente vai fazer' [...] mas não muito a miudeza clínica mesmo, a questão do objeto, recolher a fala [...] recolher a produção do paciente e discutir o que fazer com isso, eu ainda não escutei, eu estou escutando hoje pela primeira vez, então eu acho que é um caminho também. Que a gente talvez esteja no caminho também de aprender a usar melhor o espaço da supervisão e talvez a gente não soubesse muito bem o que fazer com ela”

A.: 22min...

[...]

“O que que a gente espera quando traz um caso pra supervisão de equipe? É tirar uma conduta, é resolver o caso? Porque isso também faz diferença”

P.: 24min

“Não, da minha parte, eu espero tirar uma conduta, uma conduta que não seja só minha”

J.: 25min

- “É comum (frequente) que decisões e caminhos sejam pensados aqui, e ninguém se aproprie deles, a equipe não se apropria deles e acha que ele vai se resolver como um passe de mágica. A sensação que eu tenho é essa tá, é óbvio que eu sei que não é isso que passa na cabeça de vocês, mas por isso que hoje de manhã inclusive eu dei uma insistida 'quem vai ficar responsável pelo [...]’”

Ca.: 32 min

- “A gente tá aqui trabalhador de uma instituição de saúde, a gente não tem poder de vida e de morte sobre ninguém! A gente no máximo tenta acolher a pessoa no sofrimento dela, agora evitar que alguém possa morrer, é impossível! [...] a gente não tem controle sobre nada disso!”

P.: 39 min

- “Eu tava há um tempo afastada daqui, ainda continua a mesma discussão dos informes, do tempo que leva. Mas dá pra ver que a equipe amadureceu muito na discussão assim, uma sintonia diferente de antes”

Ju.: 42min

“Sem dúvida! Tanto que hoje a gente tá conseguindo se debruçar sobre esta questão que eu já trouxe outras vezes”

Ca.: 42min

- “Eu tenho a impressão que, de maneira geral, não estou falando desse serviço, pensando na história da Reforma (psiquiátrica), aquela coisa de substituir o manicômio e toda uma questão política. E acho que hoje, a clínica do CAPS ela precisa ser pensada, porque foi muito aquela coisa da reforma, da luta política, que é importante, que atravessa a clínica indiscutivelmente. Mas assim, e os trabalhadores que estão hoje no CAPS, que subsídios a gente tem pra poder fazer essa clínica que é inventada praticamente no um a um? Você nunca sabe o que você vai ouvir! Haja criatividade pra cada situação, porque é isso né, você tem que inventar...”

P.: 51min

- Proposta de mudança no formato da supervisão de território, estar mais próximo, ir em cada um dos serviços do território.
- Percebe-se mais momentos de descontração e risadas ao longo do seminário, o que demonstra como a equipe está menos angustiada e podendo ver as questões de modo mais leve, sentindo-se mais livre nesta criação/discussão.

4. SEMINÁRIO 4 – Data 29/12/2015 – gravação 13 (2h 52min)

- “Essa é a última gravação, tá gente”

N.: 10 s

“Por que?”

Ca.: 12s

“Porque já tem bastante material”

N.: 15s

“A outra já se sentindo órfã das gravações (risos)”

Ca.: 17s

“Ah! A gente pode gravar pra gente, mas que eu vou usar como material pra pesquisa...Ah, e depois eu queria ver com vocês também, porque na minha qualificação surgiu a ideia, que já era alguma coisa que eu já tinha algum desejo, mas não tinha nada muito organizado, de poder fazer a análise dessas gravações junto com vocês. Que isso possa, de alguma forma também, voltar pra gente pra isso gerar um diálogo sobre o trabalho, uma certa reflexão né. Então assim, a ideia é que eu possa fazer transcrições dessas gravações e trazer alguns trechos, porque também é muito longo, é muita coisa. Então, poder trazer alguns trechos pra que a gente possa discutir aqui e pensar juntos, e fazer uma análise em conjunto”

N.: 20s...

“É uma boa ideia!”

A.: 1min 10

“Eu não esperava nada diferente de você e de sua orientadora...sou fã! (risos)”

Ca.: 1min12s

“É, a gente ter um retorno né, pro serviço seria interessante”

A.: 1min 20s

- “Não tem como deixar de falar do grupo “Guaracy” (risos). Agora não é mais, já que a J. ficou fora, bem dizer, quase o ano todo. Que mulher porreta, mas que não divide nada com ninguém![...] Gente, ela consegue fazer tudo, organiza tudo [...] e não divide [...] Eu falei várias vezes pra J. e pra N. 'eu não sei como ajudar a I., porque a I. faz tudo sozinha! Assim, é muito parabéns, mas divide um pouco com a gente! (risos)”

T.: 25 min

“É sim, pra refletir!”

I.: 26min

“E não só pra você, I. Não é uma reflexão só sua!”

N.: 26min

“É”

A.: 26min

- “Agradeço à equipe, porque assim, a equipe é muito profissional, que funciona, ao meu ver. Que faz realmente o matriciamento, que vai pro território, que estimula a gente, que liga, que respeita [...] Sério, eu vejo que a equipe é unida, eu vejo assim, que na discussão da reunião de equipe, discute tudo, até de repente acaba perdendo assunto, porque vai entrando 300 mil assuntos. Mas todo mundo quer compartilhar, todo mundo quer dividir, todo mundo quer ajudar, tá todo mundo junto pra tudo”

T.: 28min

- “Tem uma lógica no mundo hoje, e que é uma lógica da nossa vida, uma coisa que nos orienta. 'O que que nós produzimos no final de uma intervenção? O que que nós produzimos no final de um dia?' Pensando com um lastro de resultado, um resultado palpável, sendo um sinônimo de uma produção, tem que ser visível.”

Ca.: 36min

[...]

“O que eu tô querendo trazer pra gente pensar junto, é justamente que muitas vezes o nosso produto é a absoluta falta de sentido!”

Ca.: 46min

- “Eu acho que como um desafio, nem tanto como proposta, mas como um desafio pra 2016, a gente podia pensar em como tornar o CAPS mais louco!”

A.: 51 min

[Diversas reações de confirmação como: “sim”, “isso”]

“Sim! Porque aqui, o que acontece, a gente quer sempre segurar a loucura! E eu acho que a gente 'pá', precisa fazer ela explodir pra aparecer [...] pra a partir daí a gente juntar aqueles elementos e fazer alguma coisa”

J.: 51min

- “Eu acho que isso sempre aparece, a gente tem dificuldade com os mais doidos, sabia. Os 'médio doidos' a gente tolera, os mais doidos a gente não tolera”

P.: 55min

- “Eu acho que já fui a pessoa mais angustiada deste CAPS em relação ao grupo de área, hoje em dia eu não sou mais. Eu já fui muito angustiada com o grupo de área, acho por causa dessa tendência que a gente tem de homogeneizar as coisas, de organizar. E aí quando a você mistura usuário com familiar, aí que 'descaceta' mesmo [...] Acho que quando mistura familiar é ainda mais complicado”

Ra.: 58min

“Porque são demandas muito diferentes, não só discursos, mas demandas. Porque o familiar chega aqui buscando da gente uma resposta [...] esperando que a gente resolva alguma situação. Já os usuários não, eles trazem coisas diversas e não necessariamente esperam da gente alguma coisa, as vezes eles querem simplesmente falar [...] Só que isso desorganiza, porque os familiares estão ali com aquela demanda incessante na cabeça da gente e o usuário vem e fala da experiência da loucura dele, e aí a gente tem que estar aberto pra acolher todas essas...”

N.: 59min

“Mas lembrando que o nosso compromisso é com o usuário, o familiar é parceiro ou não, e pode não ser”

A.: 1h

- “Temos que fazer uma listagem, porque eu não quero elementos desagregadores, quero gente boa!”

A.: 2h 12min

[...]

“Mas esses contratos vão sair quando?”

P.: 2h 13min

[...]

“Não tem uma data né, ele não deu uma data”

A.: 2h 13min

- “Eu acho que a equipe esvaziada, a gente não consegue dar muito manejo até mesmo à uma crise, entendeu. Aquela crise que não é de ir pra emergência, de você estar acolhendo, de você estar acompanhando. E a crise é uma coisa que você não sabe quando vai acontecer”

Cl.: 2h 21min

[...]

“Eu peço desculpas por estar entrando de férias, eu realmente não pretendia entrar de férias”

Ra.: 2h 22min

“Não, não é culpa tua!”

Cl.: 2h 23min

“Eu sei”

Ra.: 2h 23

“Mas é a realidade mesmo, assim do sistema, entendeu!”

Cl.: 2h 23min

- “Porque a gente quer dar sequência também naquilo que a gente tá fazendo, e a gente também tem que priorizar. Assim, se ele (paciente) tá mal eu não vou almoçar, eu não vou evoluir prontuário, então tá tudo lá amarrado [...] a gente tem que priorizar! [...] Então, tem coisa que não dá pra falar 'deixa pra depois'[...]”

Cl.: 2h 36min...

“E aí quando você vê, as vezes você se planejou pra uma coisa e...”

Jo.: 2h 38min

[...]

“Tem momento que você tem que parar tudo!”

Cl.

[...]

“Mas gente olha só, o que estou falando é justamente disso, de definição de prioridade, não dá pra gente prever o que vai acontecer, mas dá pra gente pensar o que que a gente tem! [...] A gente vai manter tudo isso (tarefas existentes) com 1, 2, 3 a menos, sabe são coisas que a gente tem que pensar, não tem como suspender nada?”

A.: 2h 40min

- “Eu queria pautar isso pra tarde [...] da gente poder ter intervenções mais doidas, com esses

pacientes que demandam, lógico!”

A.: 2h 48min

[...]

“Mas que, como retorno, eu acho que o CAPS hoje está muito mais aberto a essas coisas do que há dois anos atrás!”

P.: 2h 48min

[diversas respostas de concordância como: “também acho”, “muito mais”]

“Muito mais, nossa a equipe está com uma outra...(risos)”

P.: 2h 49min

[...]

“Nossa, eu acho que teve assim uma diferença absurda!”

P.: 2h 49min

“Mas em que?”

A.: 2h 49min

“As discussões eram pragmáticas, assim não tinha uma discussão (interrompe), não é uma crítica, eu acho que é um estilo. Eu acho que hoje é um perfil mais clínico e não é clínica psi, é clínica da atenção psicossocial, todos, todos os técnicos, as intervenções, as questões que são trazidas [...] que antes não tinham essas discussões, sabe, de colher a fala, não se falava isso”

P.: 2h 49min

“Era uma coisa mais do plano da consciência mesmo, da conscientização”

Ca.: 2h 50min

“É”

P.: 2h 50min

“Eu acho que isso contribui, porque é uma troca que a gente consegue colocar aqui”

Jo.: 2h 50min

[...]

“Hoje em dia todo mundo traz assim o que o paciente falou, a escuta mesmo do paciente, que eu acho que não tem a ver com a categoria profissional, tem a ver com o estilo de clínica que o serviço faz.”

P.: 2h 50min

“E até as ocupações no território, cinema, praia, tem uma intervenção clínica”

Ju.: 2h 50min

“É diferente, é isso mesmo!”

P.: 2h 50min

“Não é entretenimento”

Ca.: 2h 50min

“Não é a toa que os pacientes tem aderido de uma outra maneira!”

P.: 2h 50min

[...]

“Acho que é um retorno legal né, porque a gente só fala da pindaíba, tem que falar da parte boa também, e nesse sentido eu acho bacana, acho mais interessante”

P.: 2h 51min

4.1 **continuação seminário 4 – dia 29/12/15 – gravação 14 (2h 49min)**

- “Eu queria que a gente pudesse pensar no espaço da supervisão de território. No último seminário, se não me engano, ou em alguma supervisão [...] surgiu uma proposta bastante interessante, em relação à otimizar este espaço, no sentido de fazer com que as trocas sejam mais efetivas. Não só com a convocação como já foi feito, mas também com agendamento nas clínicas pra gente, com os casos daquele território [...] e a gente não conseguiu dar contorno a isso[...].”

Ca.: 30s...

- “Sabe o que que eu acho, eu acho que a gente não pode querer nada assim do outro, se a gente não pede. Então essa coisa da supervisão de território, a gente tem que definir exatamente o que que a gente quer e colocar claramente o que que a gente quer. [...] Eu acho que a gente tem que dizer pra esse território, e aí não é uma particularidade daqui dessa área, mas pra essas pessoas, que muitas vezes não sabem o que que é, o que que é e o que que a gente quer! Porque se a gente fala 'oh, tem uma reunião no dia tal, no lugar tal', eu não vou, se aquilo não me interessa”

A.: 6min...

“Tem que convocar, convocar de fazer sentido, não é convocar de ser uma coisa obrigatória, burocrática. Mas tem que convocar pra aquilo fazer sentido pro seu trabalho”

N.: 7min

“Exatamente”

A.: 7min

[...]

“Convocar nominalmente o território, eu acho que isso tem um efeito”

A.: 8min

- “A gente não pode fazer o fórum (de saúde mental da CAP) do CAPS, o fórum tem que ser da

rede. Porque aí o risco é o fórum se tornar cada vez mais do CAPS, não é o caso, ele tem que estar mais integrado no território. [...] O fórum tem estado muito bom. Eu falei 'M., a gente tem que se apropriar do fórum por dentro! [...] A gente não está em guerra com o território, a gente tem é que poder tomar a dianteira mesmo! [...] A gente tem que se apropriar cada vez mais da direção”

A.: 13min...

- “Eu não tenho muita clareza se é uma questão apenas de uma transmissão não clara, ou que a gente está se deparando já há tempos [...] com metodologias distintas de trabalho. A implementação das Clínicas de Família aqui no Rio de Janeiro, ela se deu num viés absolutamente privatizante num sentido de produção [...] Na Estratégia de Saúde da Família no município do Rio de Janeiro, da maneira que foi organizado, isso implica em ganhos financeiros, tanto para o serviço quanto para as equipes, quanto individualmente, de tantos em tantos tempos, você ganha um 'a mais' pelas metas batidas. E isso obviamente tem seus efeitos numa prática profissional [...] Como fazer frente a isso, como convocar? [...] e a Saúde Mental não faz parte de nenhuma dessas metas”

Ca.: 19min

[...]

“Eu não tenho a menor pretensão de que a gente vá vencer essa lógica, essa é a lógica capitalista, é lógica que o maluco não se enquadra, é a lógica normatizante, é a lógica do mundo. A gente não vai conseguir lutar contra o mundo, sabe, e aí a gente vai ficar desesperado [...] Mas a gente pode denunciar isso o tempo todo!”

A.: 23min

“Ou usar isso a nosso favor, né gente!”

P.: 23min

“É! Quando eu falo uma transmissão, é transmitir pra essas pessoas, que não são o demônio (risos) [...] a gente tem que pegá-los pelos pontos de angústia [...] a gente tem pegá-los pelo que é sofrido pra eles também! [...] a gente tem que ver o que está difícil pra eles também e construir juntos!”

A.: 24min

“Eu fico pensando no seguinte, a Reforma (psiquiátrica) brasileira ela vem com uma proposta, antes de ser um tratamento para a loucura, tratamento científico, médico, psicológico, para a loucura. A proposta dela é uma intervenção na cidade, pra mudar uma lógica de cidade pra quebrar um paradigma da loucura, não é extirpar a loucura e neurotizar essa loucura. E eu venho me perguntando, cada vez mais, e muito menos da experiência aqui tá galera, acho que isso é muito maior, não tô falando do trabalho do CAPS Pedro Pellegrino especificamente. Mas eu tô perguntando se a gente não caiu, se a gente tem conseguido cumprir essa, caminhar nessa estrada ou se a gente caiu dentro de uma sedução de um discurso pseudo-científico, de um cuidado diferenciado e humanizado pra loucura?”

C.: 25min...

- “O que eu falei no último fórum (de saúde mental da CAP) e falo em qualquer lugar assim, é isso, que a gente não tem financiamento, que o financiamento está 100% pra OS (Organização

Social) e os CAPS antigos não recebem mais nada, que a gente tá na pindaíba, isso aí eu falo, em qualquer lugar. Agora, a gente não pode querer que eles (outros serviços) entrem na nossa lógica sem que eles tenham uma razão pra isso”

A.: 39min

“O que eu tô tentando dizer é que a gente precisa evidenciar a diferença de lógica e a gente nem sempre consegue. E aí eu não tô falando especificamente daqui, eu tô falando de uma luta maior e nós ainda não nos ocupamos disso”

Ca.: 40min

“A gente sabe, isso desde sempre na história desse país [...] a lógica aqui sempre foi o quê?! Precarizar pra ter que privatizar, sempre foi! [...] É a lógica, é o que se faz com o Brasil. Então eu acho que a gente tem que ter isso muito claro, falar disso [...] A gente tem que falar disso sempre que possível, mas a gente tem que pegá-los no ponto que toca e o ponto que toca é o ponto de angústia, é o ponto que eles não sabem o que fazer e eles pedem nossa ajuda!”

A.: 40min

[...]

“Como fazer, então, pra essa galera se aproximar?”

P.: 41 min

[...]

“Criar neles uma demanda. E quando eu penso nisso, quando a gente pede a presença de uma Clínica (da Família) pra discutir um caso, não é simplesmente porque a gente precisa deles, é porque eles também precisam de nós, porque a gente vai construir coletivamente, a gente vai construir juntos. Então, a supervisão de território, é essa a ideia que a gente tem que transmitir, é uma construção conjunta, não é um pedindo ajuda pro outro ou encaminhando pro outro”

A.: 42min

- “Eu acho importantíssimo, mas eu acho que a gente tem que levar isso pra fora, essa questão da política. Eu acho que a gente pode ganhar mais se a gente pensar mais internamente neste momento, as nossas questões. Não que essas não sejam importantes entendeu, mas são importantes pra gente estar atento e levar pra fora, agora nesse momento que queria que a gente pensasse em nós. Retomasse se alguém tem mais alguma coisa pra falar de avaliação, o que tem que melhorar [...] mas aí voltando pra nós internamente, o nosso trabalho, o que que a gente ainda tem que avançar, no que depende de nós. Eu sei que a gente tem que ter mais equipe, tem que ter mais recursos, lógico, mas em termos de funcionamento do trabalho, de clínica, enfim.”

A.: 49min

“Eu acho que é o que você falou, de deixar o CAPS mais doido”

Ju.: 50min

[...]

“O que que é proibido aqui dentro?”

A.: 1h 02min

[...]

“Eu acho que nosso trabalho, mais do que qualquer outro trabalho, não tem receita, você tem que ouvir como que é o sujeito[...].”

P.: 1h 06min

“Mas tem algumas coisas que tem que ser proibidas pra todos”

Ju.: 1h 6min

[...]

“Não é que a gente vai deixar a pessoa fazer o que bem entende aqui dentro, não é isso. É a gente poder acolher algumas coisas que vão surgir aí como questão no discurso, no ato de alguns pacientes, sem colocar aquilo como algo proibido de cara.”

A.: 1h 7min

[...]

“Eu acho que a gente controla muito nossa loucura!”

C.: 1h 28min

[...]

“É muito difícil, não está escrito em lugar nenhum, acontece alí [...] tem uma leitura que te orienta, tem uma supervisão que te orienta, mas no dia a dia, quando você está diante de uma situação dessa, é muito difícil”

P.: 1h 28min

“Porque não é protocolar!”

Ca.: 1h 29min

“Por isso que é importante o improviso, essa coisa de fazer as oficinas de improviso, as coisas de improviso, acho importante sim”

A.: 1h 29min

“Você vai colhendo os efeitos depois né”

P.: 1h 29min

[...]

“O que eles (profissionais e serviços da rede) não sabem o que fazer, é CAPS! Mas a gente tem que dizer pra eles que a gente também não sabe. [...] Existe uma mística de que profissional de CAPS sabe o que fazer, a gente não sabe, a gente só assume isso!”

P.: 1h 54min

[...]

“Eu acho que uma coisa que é importante, e que tem aparecido [...] tentar amarrar a importância do compartilhamento dos serviços [...] Da importância de como construir também esses casos que circulam no território, não como um encontro pontual pra se livrar de um problema, mas como uma direção clínica”

C.: 2h 03min

- A. pergunta para a equipe sobre como tem sido a gestão dela, se tem sugestões ou questões, porém não surge nada significativo.
- Muitas risadas ao longo do seminário.
- É possível observar um movimento de construção dos diálogos de dentro pra fora, pensa-se nas questões internas (CAPS), para se pensar nas externas (REDE). Na parte da manhã aparece muito as questões relacionadas ao trabalho no CAPS, já durante a tarde, o movimento é de saída, de abertura.

Discussão seminários CAPS Pedro Pellegrino – data 06/09/16

Seminário 1 – dia 09/12/14

Neste primeiro momento do seminário surge a proposta de pensar internamente sobre o que se faz e o que se pode fazer mesmo com os entraves políticos (macropolítica), colocando em foco a atividade dos profissionais que encontravam-se cansados e desanimados, então questiona-se se estão contando uns com os outros no cotidiano do trabalho. Entra em cena um movimento de isolamento tanto entre os profissionais dentro do CAPS, quanto em relação à rede. Com isso, é apontada a necessidade de abrir-se, de coletivizar as questões, pois o fechamento, o isolamento só trouxe mais sofrimento.

Foi abordada a necessidade de invenção constante neste trabalho, o que exige bastante do profissional que precisa ter desejo de estar desenvolvendo o trabalho neste campo. Somando-se a isto, surge o dilema da falta de investimento por parte dos gestores municipais, gerando a precarização do trabalho, o que leva à uma sensação de desvalorização profissional, ampliando ainda mais o desafio de sustentar o trabalho. Ao longo desta discussão, houveram momentos de choro e de lamento, quando apontou-se o sofrimento e a angústia de sentir-se impotente por não se conseguir oferecer o que era entendido como o “mínimo” para se fazer um bom trabalho.

Em várias ocasiões aparece a expressão “dar conta”, o que revela uma expectativa elevada dos profissionais com relação aos efeitos de seu trabalho, uma cobrança exagerada consigo mesmo. Por outro lado, ocorre uma outra possibilidade de interpretação para o “dar conta”, no sentido de “contar com os outros”, indicando o caminho da coletivização, do compartilhamento - tanto entre a equipe como com a rede – para sair desta posição de impedimento e paralisação, buscando novos recursos para agir. Para isso, é importante ainda reconhecer e aceitar as limitações pessoais, das atividades e do serviço, para gerar certo alívio para as exigências excessivas. Reforça-se que no trabalho no CAPS, ninguém deve responder sozinho pelos casos, pois se trata de uma Clínica Ampliada que só se faz no coletivo, quando há um comum, que é de todos e se aprende na experiência prática.

No período da tarde, inicia-se a discussão sobre reabrir a porta de entrada do CAPS, e retorna a questão do “dar conta”. A decisão de fechar a porta para receber novos casos e retirar a farmácia do CAPS redirecionando os pacientes para a Atenção Básica, fez com que muitos pensassem que o CAPS estava fechado, não estava funcionando. Tal fato se mostra como um analisador do 'fechamento' da equipe também, do modo como vinha se desenvolvendo o trabalho no CAPS. Diante da mudança de contexto, discute-se a necessidade de um reposicionamento da equipe, sendo que esta decisão não deveria ser entendida como um retrocesso ou uma desistência nos esforços de denunciar a situação de precarização do serviço.

Relaciona-se a expectativa da equipe em “dar conta” com a pouca inclusão dos usuários no acompanhamento e tomada de decisões, demonstrando que os profissionais sentiam-se inteiramente responsáveis pelas ações e também pelos efeitos destas ou de sua impossibilidade. Destaca-se então, o diferencial do trabalho no CAPS, que está diretamente relacionado ao modo como os profissionais agem, oferecendo o “olho no olho”, acolhimento e reforço do vínculo com os usuários e familiares.

Deste modo, o que existe de mais específico e especial no CAPS são seus profissionais, em suas posturas e ações.

Marca-se uma dificuldade na discussão clínica do acompanhamento dos usuários do CAPS, não só pelos problemas macropolíticos, mas também por não se conseguir construir isso coletivamente, o que denota a importância do espaço do seminário.

Inicia-se um breve debate sobre o contato e construção da rede, apontando que o CAPS necessita de parceria para efetuar o acompanhamento dos casos, mas também tem muito a oferecer aos demais serviços da rede.

Seminário 2 – data 05/05/15

Na primeira parte deste seminário surge a necessidade da quebra de sentidos rígidos no CAPS, que precisa estar aberto para criações, para o novo, visto que é uma peculiaridade deste trabalho com a loucura, a quebra de paradigmas e de concepções. Para isso, é pertinente o exercício de reflexão sobre como produzir saúde e o risco de se reforçar a doença. Sendo que, nas ações cotidianas, deve-se utilizar o que o paciente traz em seu sofrimento, como guia, como ferramenta de intervenção clínica. Este trabalho desperta afetações diversas e como lidar com isso?

Reforça-se o espaço da supervisão como um espaço de formação, pois a orientação clínica se cria no fazer e na discussão deste, pontua-se assim que é no trabalho em equipe, que o saber é construído, onde se desenvolve este aprendizado. Aponta-se que o saber muito especializado causa fechamento e o CAPS tem que ser aberto às trocas de diferentes saberes e ideias. Contudo, é preciso afirmar uma direção comum, uma direção clínica de trabalho não como uma “colcha de retalhos” que é recortada, mas sim algo construído coletivamente nas supervisões e seminários. Portanto, todas as categorias profissionais são importantes para esse trabalho, sem primazia ou desvalorização de qualquer saber. Assim, o trabalho em equipe necessita diálogo, contar com a ajuda do outro, estabelecendo uma boa comunicação.

No segundo momento deste encontro, aparece a questão de que as reuniões de miniequipe vêm sendo deixadas de lado, elegem-se outras prioridades e este importante espaço de compartilhamento e construção coletiva fica sempre em segundo plano. Afirma-se, então, que é preciso se “despir do desespero” em que a equipe se coloca, sempre correndo, muito atarefada na busca do “dar conta”, porém pouco se ocupando das discussões coletivas e do compartilhamento de ideias e dificuldades. É inquestionável a relevância de se discutir a clínica, de construir essas ferramentas coletivamente, para que isso melhore a assistência e principalmente, dê suporte, oriente e ampare os profissionais para não se sentirem tão desgastados, cobrados. Sendo que, a orientação da clínica vem do paciente, do que ele traz, não só do que se quer ofertar.

Seminário 3 – 01/09/15

Este seminário começa abordando a função do CAPS como mediador na vida do usuário, então levanta-se o questionamento sobre o que o CAPS está produzindo na vida dos usuários, qual tem sido sua função e efetividade segundo os próprios usuários. Neste sentido, surge também a necessidade de colocar o paciente e a família mais à frente do tratamento, de entender a posição destes diante desta experiência da loucura, procurando ainda com isso, alertar que o profissional não pode pegar para si essas questões (tornar pessoal), cobrando-se além do que é possível fazer, do que o paciente e sua família querem, permitem e podem. Aparecem então, relatos de como é sofrido quando não se consegue agir de forma “satisfatória”, ao não se fazer o que se julga ser o correto. Afirma-se que é preciso trabalhar com baixas expectativas. Somando-se a isso, por vezes a escassez de recursos e a precariedade podem ser encaradas como questões individuais, de insuficiência pessoal, mas é preciso que isso se torne coletivo, que vire uma questão coletiva.

Pontua-se que o CAPS de fato funciona como organizador da rede quando dá uma direção comum no compartilhamento do caso com a rede, sendo necessária esta direção comum para não haver sobreposição de ações e fragmentação. Para que o CAPS se aproprie do caso e consiga cumprir esta função, é preciso ter desejo, grande investimento para que o trabalho seja bem feito.

Surge por meio de um ato falho, a questão implicação X implicância. Desenvolve-se um diálogo em que fica evidente que ambos existem no trabalho, sendo que a implicação está relacionada a este desejo de apropriar-se dos casos, do trabalho. Já a implicância existe quando alguns casos são pouco discutidos ou investidos porque geram afetos negativos nos profissionais. Entretanto, afirma-se que esta questão da implicância já foi pior, era mais frequente, mas quando começou a surgir nas discussões coletivas de supervisão, houve uma melhora. É preciso um reposicionamento dos profissionais para haver por parte dos usuários. Nesta direção, sublinha-se que meios para lidar com o que foi despertado no cotidiano vem do trabalho em equipe, de estar com outros, tanto para preservar-se quanto para discutir como lidar com esses afetos, sendo a supervisão como um lugar de deslocamento, para então se fazer clínica, ao não se misturar ou se deixar levar por certos afetos. Por fim, conclui-se que “é preciso trabalhar com desejo e sem expectativas”. E o desejo se transmite não por convocação ou insistência, mas no ato, no fazer, na atividade. É preciso transmitir que o “desejo é de estar junto”, de incluir os outros, tanto no que diz respeito ao acompanhamento dos usuários quanto no contato com a rede, abrir-se ao encontro.

Retoma-se a discussão surgida em seminário anterior, referente às reuniões de miniequipe, porém agora se reconhece algum avanço nesta direção, tem surgido mais casos e efeitos positivos por se garantir esse espaço.

Aparece ainda a proposta do grupo “parceiros do CAPS”, composto por pacientes encaminhados, mas que continuam parceiros mapeando o território, apoiando as ações do CAPS.

No segundo momento deste encontro houve uma certa demora em se retomar as discussões.

Aponta-se a produção do paciente como objeto clínico a ser trabalhado, mas precisa ser coletivizado na supervisão. Surge então, o questionamento de como o espaço da supervisão vem sendo ocupado. Excesso de tempo gasto com informes, indicando uma possível esquiva em discutir a clínica dos casos. Pontua-se a necessidade de usar melhor as reuniões de miniequipe para chegar na supervisão com algo mais depurado, com algum percurso já percorrido. Surge a hipótese de que os

informes longos, os atrasos no início das supervisões e a não retomada de questões trazidas anteriormente, seriam uma dificuldade da equipe em fazer a “costura” do trabalho clínico, do comum, de comunicar-se na supervisão. Quando se consegue trazer este tema é no final, então a discussão acontece de forma muito apressada. Há uma certa disputa de espaço para ver quem vai falar e tal disputa traz efeitos ruins (humilhação). Isto ocorre porque se transforma em uma “pauta individual”, pois o profissional se sente individualmente responsável por aquilo que tenta trazer, está sozinho nisso. A equipe parece não se abrir para essa construção, deixando o profissional sozinho diante do caso, ainda trabalha-se no “registro individual”. Aponta-se de que por mais que algo tenha sido endereçado a um profissional específico, o que torna-o responsável por acolher esse material, porém este objeto é de interesse da equipe, que tem que dar suporte e construir a direção clínica do caso junto com esse profissional.

Questiona-se sobre o que a equipe espera da supervisão, daí surgem algumas possibilidades como: o “esvaziamento de angústia”, “tirar conduta” e “resolver o caso”. Afirma-se então, que a clínica é uma construção. Mas até este momento, parecia não haver muita discussão trazendo o objeto clínico do paciente, parecia algo mais pragmático, voltado para a ação/conduta, sem se construir esta a partir do caso. Neste seminário aparece pela primeira vez estes elementos do caso, a “miudeza clínica”. Isto aponta o início do processo, da “caminhada” na direção da construção clínica em supervisão: construção de conduta que não seja de um profissional sozinho. Pontua-se que frequentemente se tomam decisões sobre como agir em um caso, porém a equipe “não se apropria” e isto se perde.

Aparece novamente a questão das expectativas e cobranças excessivas, busca por controle coisas impossíveis (vida/morte), falando do que este trabalho desperta e da posição que muitas vezes se ocupa diante de acontecimentos imprevistos.

Aponta-se de que a equipe está com uma “sintonia diferente”, mais “madura” e por isso está conseguindo debater, neste momento, sobre este tema da clínica/supervisão. É realizada uma retomada da história da Reforma Psiquiátrica brasileira, da luta política que atravessa esta clínica, mas hoje, sem desmerecer este passado, é preciso pensar quais “subsídios” os profissionais têm para exercer esta atividade clínica que necessita de invenção constante, caso a caso. Traz a necessidade dessa construção coletiva, não só neste serviço, mas de modo ampliado.

Surge uma proposta de mudança no formato da supervisão de território, procurando ir a cada serviço do território para discutir os casos em comum e estreitar relação.

É possível observar mais descontração e risadas ao longo deste seminário.

Seminário 4 – 29/12/15

Este seminário tem como proposta inicial realizar uma avaliação do ano de trabalho no CAPS. Residentes apresentam seus relatos de experiência ao longo desse ano no serviço.

Inicia-se apontando a situação do grupo “Guaracy”, que demonstra a competência e envolvimento da profissional, mas também de como a equipe permitiu que ela tomasse, sozinha, a posição de responder por vários casos.

Na visão de uma residente, a equipe tem bom diálogo e está muito unida, aberta a compartilhar e acolher.

Aponta-se a lógica produtivista no mundo capitalista atual e que esta vai de encontro com a lógica de trabalho do CAPS, que tem como objeto de trabalho, o modo do louco de estar no mundo, em que “produz a falta de sentido”. Surge então, a proposta de “tornar o CAPS mais louco”, mais aberto à produção dos pacientes, para trabalhar com os elementos que eles trazem em sua loucura, reforça-se que o compromisso neste trabalho é com o usuário, sendo que o familiar pode estar junto ou não neste cuidado. Revela-se uma dificuldade em lidar com os “mais doidos” e os desafios do trabalho com diferentes demandas (usuários e familiares), principalmente nas reuniões de grupo de área, sinalizando-se uma tendência de organizar, homogeneizar.

Discute-se sobre a possibilidade de vagas para contrato de novos profissionais, mas não se sabe quando. Apontamento de que a seleção deve ser bem feita, pois não se quer “elementos desagregadores”.

Diminuição da equipe por conta da saída e férias de alguns profissionais traz apreensão, receio de não conseguir desenvolver algumas atividades, principalmente em lidar com os imprevistos. Afirma-se então, a necessidade de estabelecer prioridades, pois não é possível prever tudo, principalmente crises, mas se pode pensar e decidir o que vai ser mantido ou não diante dos recursos que se tem de fato.

Aponta-se uma mudança de posição da equipe, ao menos nos últimos 2 anos, pois antes as “discussões eram mais pragmáticas”, são “estilos diferentes”. Hoje as discussões são mais clínicas, de colher o que o paciente traz, uma clínica feita por todos, da Atenção Psicossocial. Traz como efeito a “troca” durante as discussões, propiciando posturas mais clínicas até mesmo nas atividades de lazer, o que faz com os pacientes tenham “aderido” mais às propostas. Mudança na posição da equipe em uma direção de maior discussão/construção coletiva/clínica tornam mais efetivas as atividades e assistência aos pacientes. Afirma-se assim, a importância de se falar dos aspectos positivos produzidos no trabalho, não apenas dos problemas.

No segundo momento deste seminário, ocorre uma retomada da proposta de mudança na supervisão de território que surgiu no seminário anterior e não foi efetivada. Afirma-se que a proposta de construção da interlocução com a rede tem que ser bem colocada, é preciso ser claro sobre qual é a proposta da supervisão de território e no que ela produz de impacto no trabalho, para só então fazer sentido, ter efeito de participação. Comenta-se ainda sobre pertinência de se potencializar o espaço do fórum de Saúde Mental da CAP “por dentro”, não trazê-lo para o CAPS, mas o CAPS se apropriando da direção da construção deste espaço, como o apoiador/ordenador e não centralizador.

Aborda-se a diferença de lógicas entre Saúde Mental e Estratégia de Saúde da Família no município do Rio de Janeiro, já que a última foi criada a partir de uma lógica privatizante, com interesses financeiros e metas a cumprir. Ressalta-se que esta lógica capitalista é do mundo que vivemos, não tem como se colocar totalmente fora desta, porém a loucura escapa disso, aí está o paradoxo. É preciso denunciar esta lógica, mas não dá para bater de frente. Propõe-se uma transmissão de outra possibilidade de estar, de fazer o trabalho em rede. “Pegar pela angústia”, buscar cativar a parceria, de forma que o CAPS se coloque disponível a acolher o que é sofrido nesse trabalho, para construir junto.

Resgata-se a proposta inicial da Reforma Psiquiátrica brasileira de “intervenção na cidade”, mudança cultural em relação à loucura. Porém, surge um questionamento mais global, em relação ao movimento da Reforma em geral não só neste serviço, com relação a este objetivo de intervenção na

sociedade, se este não se deixou “seduzir” por um “discurso pseudo-científico”, voltando-se apenas para a questão da assistência e não mais da intervenção social e política mais geral.

Aponta-se a mudança no fluxo de investimento de recursos financeiros para as OS's e o consequente sucateamento dos serviços públicos. Lógica histórica no país “precarizar para privatizar”. Mas com a ressalva de que mesmo assim, não se deve rivalizar ou desconsiderar os serviços que foram privatizados. É preciso sim apontar a diferença nas lógicas e a precarização do público, mas ainda assim é necessário fazer parceria, construir rede e para isso é preciso “pegar no que toca” os profissionais que estão na lógica privada e isto se dá pela angústia despertada pelo cotidiano de trabalho. Afirma-se que é preciso “criar uma demanda” nesses profissionais e serviços, de que se deve buscar a construção conjunta, pois “a gente precisa deles, mas eles também precisam de nós”.

Afirma-se que é importante falar sobre esta questão política e de lógicas diferentes que surgiu no tema da supervisão de território, porém propõe-se voltar para as questões internas, da equipe, do CAPS, sobre a avaliação e o trabalho. Sendo assim, recupera-se a proposta de “deixar o CAPS mais doido”, então aparece uma discussão a respeito do que é permitido ou não dentro do CAPS. Na sequência, é colocado que este “trabalho no CAPS, mais do que qualquer outro, não tem receita”, é preciso estar aberto ao encontro, ao que o paciente traz, sendo que as leituras e supervisões orientam, mas no cotidiano, no real é “difícil”, pois tem que criar, estar aberto ao inesperado. Faz-se uma marcação da diferença entre não ter qualquer regra, permitir-se tudo, e acolher sem predefinições ou proibições o que o paciente traz, estar aberto ao que surge. Revela-se novamente uma tendência de controle de si mesmo e portanto no trabalho também. Aponta-se então, a “importância do improviso”, de trabalhar no aqui-agora, criando o possível diante do que se apresenta, para depois colher os efeitos.

Comenta-se que outros serviços esperam que o CAPS 'resolva' o que eles não sabem como lidar. Porém, é preciso afirmar que os profissionais do CAPS não têm um saber superior que irá ser mais eficiente para certos casos mais complicados. Mas, justamente por reconhecer-se que não se tem um saber superior, é que o CAPS está mais aberto a lidar com estas situações mais desafiadoras. Diz da expectativa externa em relação ao CAPS e da necessidade de afirmação da posição de não-saber pelo CAPS, para com isso construir juntos. Com isso, mostra-se a necessidade de afirmar a importância do “compartilhamento dos serviços” na construção da “direção clínica” dos casos.

Diretora questiona a equipe como esta avalia sua gestão, mas nada de significativo aparece.

É possível observar muitas risadas ao longo do seminário.

Transcrição coanálise e restituição – 06/09/16 (total gravação: 2hs)

PRIMEIRO SEMINÁRIO

Após a leitura do texto sobre este seminário, questiona-se como a equipe prefere conduzir a discussão:

- “Eu acho que parando a cada seminário para ver se a gente evoluiu ou se a gente continuou na mesma ou se a gente retrocedeu, eu acho que seria legal.”

“A gente evoluiu ou está tudo na mesma?”

“A gente evoluiu, a farmácia foi embora do CAPS!”

“É isso aí, eu acho que foi um ponto positivo porque era um caos, né M?”

“Era enlouquecedor aquela farmácia aqui.”

“Era ruim, era feio, deixava a equipe toda...”

“Tomada!”

“Ainda mais no local que era, né? Era bem na porta de entrada!”

“E aí a impressão que dava é que a gente não produzia saúde, a gente produzia e vibrava sempre na doença, então eu acho que com a saída do posto daqui a coisa deu uma reconfigurada.”

[...]

“Mas será que a gente não só deslocou a porta dos desesperados?”

“Não tem comparação... Não se compara não, C. Porque a demanda da receita é uma coisa diluída, as pessoas na verdade, vem no grupo de área e falam: meu remédio vai acabar, seria isso. Acontece com um ou outro que vão ficar desligados e não vão saber o dia que vai acabar e vão vir pedir depois. [...] então isso tudo foi até uma aproximação melhor, até do caos que acontece no cotidiano familiar. A gente teve mais aproximação com todo mundo, todo mundo pega o prontuário e olha, ah realmente o remédio vai acabar [...] então teve essa proximidade com o usuário e com o familiar também.”

“O que acontecia antes era automático. Chegava, pegava o remédio e pronto”

[...]

“Eu acho que os familiares se aproximaram mais da equipe.”

“E o usuário também. [...] Ali (quando o paciente ou familiar chega pedindo receita) a gente colhe tanta coisa, ali a gente senta e a gente conversa.”
- “Tô lembrando da fala do H (paciente) de ontem para a G (profissional) falando do funcionamento de como era o CAPS e de como ele está hoje em dia, dizendo que hoje está muito bom, muito melhor porque antigamente quando tinha comida não tinha produção nenhuma. O povo vinha aqui só pra comer e dormir e depois do almoço todo mundo ia embora, não faziam nenhuma atividade, quando faziam o intuito era comer. E assim me fez lembrar da coisa do recurso, da falta de recurso trouxe outro movimento.”

“Pois é, a falta de recurso trouxe um outro movimento que foi positivo. E desconstruir isso foi osso, que aqui não era o restaurante do ‘Garotinho’, mas nós conseguimos.”

“A farmácia sair, meio que resolveu-se um problema que tinha, mas ao mesmo tempo eu acho que de certa forma a equipe conseguiu se apropriar mais de algumas coisas que antes ficavam muito na enfermagem por ser a questão da medicação aí a equipe conseguiu se apropriar porque a prescrição é diferente. [...] isso fez com que a equipe se apropriasse inclusive pra lidar com as coisas da medicação, não entendi como tendo diluído, eu entendi como a equipe se apropriando mais. E ao passo que você se apropria mais, outras questões começam a aparecer também.”

- “Uma outra coisa que me chamou atenção também foi do redirecionamento dos pacientes para atenção básica, como se fosse uma coisa que já não tivesse que acontecer, precisou a farmácia fechar... porque ele já tinha que tá lá! E a falta do médico, né? Precisou disso para que eles fossem e não como se eles já tivessem que estar lá. Não como algo que já deveria ser.”

“O problema é que a atenção básica já é naturalmente refrataria aos nossos pacientes.”

“Já dizia a vovó Filó: Deus quando tira os dentes alarga a goela (risos). É preciso a falta de para criar uma saída.”

“Eu acho que a gente tem conseguido aproveitar esses momentos de falta de recurso para transformar e não ficar imobilizado e conseguir criar outras vias.”

“Acho que de criatividade essa equipe dá um banho. A gente consegue coisa do arco da velha.”

“E as visitas que a gente fez nas clínicas da família também foram boas. Isso nunca existiu antes, essa comunicação, essa interlocução, por causa dos problemas que foram criados porque eles não queriam atender, começou-se uma conversa.”

“E assim a gente foi conhecendo a equipe e colocando os usuários nas questões clínicas, foi a partir dali, mas foi difícil. Isso melhorou bastante porque tinham uns que nem conheciam a unidade básica. Foi muito trabalho, cansa só de pensar! E foi ótimo também, mas tem muito o que melhorar.”
- “Outra coisa que apareceu aqui que eu achei interessante que foi esse negócio do 'dar conta', dos diferentes significados do 'dar conta', que eu acho que ainda existe. Mas o que eu achei interessante é o 'dar conta' de diferentes modos. O 'dar conta' da gente se sentir sozinho enquanto serviço nesse negócio do articular, do conversar, de poder contar mais. Inclusive contar com a gestão, também nesse sentido. Ao mesmo tempo, um 'dar conta' também pessoal de cada um, né? Do que cada um consegue 'dar conta', né? E também acompanhado do que cada um consegue 'dar conta', do que a gente consegue e não consegue fazer, de ficar tentando... tentou, tentou e parece que não vai.”

“Eu acho que é diferente também. O fazer alguma coisa e o 'dar conta'.”

“O problema não é fazer alguma coisa, o 'dar conta' geralmente aparece quando não se tem uma discussão e quando não se tem uma construção coletiva com o usuário e com a equipe e isso é uma tentativa de 'dar conta'. Não é no plano da má intenção, mas é no plano de tentar tapar um buraco.”

“Mas teve uma função, até porque veio pra supervisão, a partir dessa intervenção.”

“E não é só você que é dado a isso. Isso é um *modus operandi* da equipe, não é individual a ti, entende? Tem um modo de funcionamento, 'dar conta'. Cada um tem uma característica que imprime nesse contorno de 'dar conta', não é individual seu.”

“E eu acho que nesse momento a coisa tá diferente porque antes a gente trabalhava e dava uma sensação que estava em um hospital de emergência e lá é o espaço em que as pessoas precisam 'dar conta'. Hoje a coisa já está diferente.”

“E não trata de ser certo ou errado, é de ter uma intervenção e depois recolher os frutos disso e poder pensar.”

SEGUNDO SEMINÁRIO

- “Tem coisas que se repetem, né? As coisas da miniequipe deixadas em segundo plano.”

“Lembra que isso apareceu na semana passada?”

“Isso aparece desde que... O mundo é mundo!”

“Mas elas (reuniões de miniequipe) tem acontecido!”

“Meia bomba...”

“Meia bomba, mas está.”

“Mas na hora que a gente está na miniequipe sempre tem coisa que surge que não é da miniequipe. Outras questões que não são da miniequipe, alguma demanda ali no meio, na quinta-feira fez toda a diferença na questão do W (paciente). E a gente pensando no que é que iria fazer, a gente o dia inteiro pensando sobre isso, sentamos eu, J, P e M (profissionais) com o W. Fez toda a diferença aquela decisão ali junto com ele, de poder parar entre a gente e colocar as nossas dúvidas e depois chamar ele também. Para colocar para ele o que a gente estava conversando e apresentar qual era a nossa dúvida. [...] Gente, miniequipe, sinceramente, é tudo! Até mesmo para dar continuidade na supervisão.”

“Na mini equipe a gente sente que o trabalho está acontecendo, que a coisa tá acontecendo, a gente fica mais próximo dos casos. Das dúvidas, das condutas, tudo... Caso novo a gente discute tudo.”

“E aí a coisa chega na supervisão mais elaborada. E as vezes não é necessário nem chegar na supervisão.”

“Mas muitas vezes o desespero ainda nos veste!”

“Ahhh, veste!”

“Não... muito!”

“Eu tô pensando aqui. Talvez produzir um dispositivo para trabalhar isso durante a semana. Para vocês poderem ir colhendo isso, produzir o ‘cabideiro do desespero’. De repente colocar um envelope na parede com palavras, quando os profissionais se virem no movimento e conseguirem se dar conta do que é esse desespero, pensar uma palavra e botar lá. E traz isso pra supervisão na terça-feira e a gente começa discutir esses casos a partir dessas palavras. Não é muro das lamentações, é cabide do desespero.”

“Eu gostei, vamos pensar nisso.”

- “Eu queria trazer uma coisa que eu achei interessante, falar rapidinho, a relevância de discutir a clínica, que a gente falou no seminário passado, que a A. trouxe da gente poder falar no que é que a gente fez do que surgiu da nossa fala com o paciente, o que falamos para ele e o que ele trouxe.”

“Eu percebi os efeitos do seminário interno. Pela primeira vez eu vi um efeito na supervisão de hoje.”

TERCEIRO SEMINÁRIO

- “A C. está falando aqui que da próxima vez a gente não precisava fazer um outro seminário, era só ler esse negócio aqui (risos), porque as coisas só se repetem, era só ter lido, não precisava nem ter feito outro!”

“Dá pra ver aqui no texto que o registro é muito mais longo, o que me parece que é muito mais trabalho.”

“Eu queria fazer um comentário de que essa discussão foi a mais madura. Do outro pra este já da pra perceber uma mudança. As questões, o foco...”

“E aí tem uma frase aqui que eu vou me dar o luxo de discordar.”

“Que o desejo não se transmite por convocação? Essa frase é minha, fala... (risos)”

“O desejo não se transmite mas se convoca, ele é convocado. Ele não é transmitido pela conscientização na ordem da informação, na ordem do conversar.”

“É realmente convocação não foi a melhor palavra, mas eu acho que o que eu quis dizer é que não

é à força, é algo que se transmite de uma outra forma, mas de alguma forma acontece. Mas é uma convocação sim.”

“E aí é isso, como trabalhar, que é o desafio nosso e da supervisão, construindo espaços de convocação e não apenas de comunicação. Não tem uma fórmula nem existe um protocolo pra isso, é no caso a caso mesmo, e usar a supervisão e os espaços de miniequipe pra se pensar justamente nessa construção das estratégias de convocação e com os mais diversos dispositivos.”

“Tem mais uma coisa, desejo se convoca em ato. Desejo é ato. Desejo não é ficar aqui falando, “olha vocês tem que fazer isso ou aquilo”, por que isso não transmite desejo nenhum. Algo do ato porque ato também pode ser a palavra que traz um corte, que é aquilo que a gente estava falando na semana passada de que a supervisão também é algo que vai convocar o desejo também com um corte, com questionamento, por uma equivocação, um estranhamento.”

“E aí pensar talvez no acolhimento como ato.”

“É, a gente fala dos pacientes desagradáveis.”

“Porque a palavra acolhimento ainda é trazida muito num sentido de uma informação, no sentido que precisa ser uma coleta de dados, uma triagem, mas deslocar isso para também pensar uma estratégia de convocação de desejo, o acolhimento enquanto ato, a gente precisa se ocupar disso.”

“A gente chegou a conversar sobre isso desse atendimento de todo mundo a partir da pessoa que entra aqui na unidade não subentende que vai ser agendado mas sempre tem uma escuta e as vezes é uma escuta que vai muito além do atendimento que a gente faz, porque tem que pegar o telefone, tem que orientar a pessoa e direciona-la.”

- “Outra coisa que eu acho que apareceu bastante aqui nesse dia foi a questão do sozinho, né? Ainda trabalha-se num registro individual o que retoma também a questão da miniequipe, ter essa costura dos casos. Do sozinho acabar não ser distorcido pela precariedade do trabalho e pela escassez dos recursos e tudo mais. Eu acho que a gente ainda tem muito o que costurar mas acho que melhoramos um pouco isso, hoje eu sinto que pelo menos eu consigo ter um retorno do dia anterior de uma conduta que foi dada e eu não estava aqui e que o paciente vai vir no dia seguinte e isso precisa ser continuado para não passar por cima de algo que já está acontecendo, que já está rolando. Acho que o grupo de *whatsapp* deu uma ajudada um pouco nisso, acho que as pessoas conseguem dizer melhor o que estão fazendo, colocando as discussões, como vai ficar no decorrer da semana, o que irá continuar, o que vai mudar e o que não irá, vamos levar pra supervisão, vamos conversar. Eu particularmente falei com algumas pessoas que eu tinha muito receio com essa questão do grupo do *whatsapp* dele acabar no decorrer do tempo substituindo outros espaços, outros espaços de discussão que são importantes no trabalho, mas eu acho que a gente tem conseguido manejar bem e preservar qual o propósito do grupo do *whatsapp*. A gente tem conseguido não substituir os espaços e conseguindo costurar um pouco mais do que antes.”

“Então a gente conseguiu transformar num dispositivo de trabalho.”

- “Se a pessoa quer uma informação eu posso dar, só que eu vou terminar lá e depois eu vou vir aqui, então relaxa e respira a gente vai atender todo mundo, mas eu não posso parar o atendimento que eu já comecei para falar com uma pessoa que precisa de uma orientação. Porque aí eu vou falar correndo, vai ficar distorcido e a pessoa ainda vai sair daqui reclamando que foi mal atendido. Então, se a pessoa estiver disponível a pessoa vai sentar ali esperar e eu darei todas as informações, se ela estiver com pressa ela irá retornar e nós estaremos aqui para dar todas as informações.”

“Eu tenho uma saída quando é esse 'negócio do rapidinho'. “Olha só, nesse momento eu não posso, porque eu não vou poder te atender como você precisa e merece, então pode ser em um outro

momento? Ai a pessoa responde, pode (J)." Porque senão fica essa coisa de atendimento de corredor e isso não é bom. Não dá pra ficar atendendo no corredor nem na calçada."

"É porque as vezes a pessoa não quer ser acolhida, ela só quer resolver e se adiantar na vida. Ai vem esse "negócio do rapidinho."

"E isso não tem a ver com a questão do 'dar conta'? Que tem a ver com o trabalho individual? Que talvez ela não consiga se entender como integrante da equipe? [...] Quando está solitário é muito fácil cair no registro do 'dar conta'. Não dá pra compartilhar bem as trezentas pessoas no registro do desespero e ai vira uma bola de neve que só cresce, porque não tem com quem dividir. [...] O problema não é a G, mas é a forma como ela se coloca na relação de trabalho com a equipe, não é isso gente?"

"Não, não é pessoal não. Não é pessoal!"

"Mas como a gente tem dificuldade quando a pessoa está presente de fazer essa discussão emergir."

- "Eu tenho um certo receio de dicotomizar a questão da falta de recurso, porque eu não tenho clareza de que falta de recurso é sinônimo de precariedade do trabalho. Então, onde eu quero chegar com isso? Vamos lembrar em 2012-2013 que tinha uma super injeção de recursos na atenção básica e na abertura de clínicas, não tinha falta de recurso e ainda não tem falta de recursos na atenção básica especificamente, mas é um trabalho precarizado no sentido da direção política de cuidado. Ele é precário e tem recursos. Então colocar a falta de recurso como sinônimo de precariedade está a serviço de que? Pegar a falta de recurso como imobilidade. [...] Como fazer dessa cena uma cena potente para reivindicar recursos, entende? Para fazer ecoar justamente a falta de recursos e não ficar patinando juntando a falta de recursos com a precariedade. Porque o trabalho da saúde mental tem falta de recursos mas precário ele não é, no sentido da precariedade e no sentido das tecnologias flexíveis no dia-a-dia nessa clínica, ampliada nesse cuidado."

"Esse momento que você começou falando sobre os limites e precariedades pra mim é muito o momento que eu cheguei no CAPS, que o CAPS estava paralisado. Pelo menos foi a minha sensação, a equipe estava muito parada por causa da precariedade e pela falta de recursos a ponto de que não conseguia enxergar o seu potencial e foi muito difícil falar sobre isso com a equipe, porque a equipe achava que eu estava obrigando todo mundo a trabalhar no sacrifício. [...] Então, até se transmitir a ideia de que a gente tem recursos para além dessa falta de recursos e precariedade foi muito difícil, mas acho que em algum momento isso entrou. Eu tenho que dizer isso e eu falei isso para algumas pessoas, no ultimo seminário interno, eu acho que foi o que de fato eu achei realmente bom, não que os outros não tenham sido mas deu pra perceber uma maturidade muito grande na equipe, uma evolução. De poder falar um dos outros do que estava ruim uns com os outros sem que isso fosse pessoalizado, sem que isso virasse uma questão pessoal. Foi sem dúvida um reposicionamento importante, perceptível."

"Mas eu acho que porque justamente está descolando a questão da precariedade com o da falta de recurso, inclusive sobre a construção de recursos simbólicos."

"Pois é, eu acho que a gente está numa situação ruim, pior do que estava antes, naquela época, mas a gente não está paralisado, a gente está caminhando, a gente está construindo, está sendo criativo, isso que é o CAPS."

"E sem romantizar, sem falar como somos lindos, inventivos, porque o outro não sabe trabalhar, mas é se colocando na relação e falando: "olha está ruim assim" e apontando os problemas que a gente tem e convocando o outro pra pensar junto."

"E aqui tinha uma certa lógica de que a gente não podia fazer nada, que tinha que parar tudo pra mostrar que estava muito ruim, eu acho isso completamente idiota. Acho que isso não tem o menor efeito para a rede, sabe?"

Tem um efeito político na vida dos usuários e é muito ruim.

Então transmite a ideia de que o CAPS não serve para nada.

E isso só roda a engrenagem da precarização do SUS, da produção da falta de sentido num serviço de atenção diária.

QUARTO SEMINÁRIO

- “Uma coisa me chamou a atenção ao longo de todos os seminários, a divisão quando traz o CAPS na rede e a divisão interno/externo referente ao CAPS. E quando a gente pensa numa rede, o que está dentro e o que está fora? Essa dicotomia dentro e fora me refere a uma lógica manicomial.”

“Quando estamos discutindo acolhimento no CAPS estamos discutindo a rede, estamos discutindo a cidade, quando circunscrevemos que a supervisão do CAPS clínico-institucional é para lidar com questões internas do CAPS, parece que a gente não está lidando com a formação de uma rede dentro dessa clínica. Essa dicotomização de dentro/fora é muito de uma lógica manicomial.”

“Tem formas de resistência, que eu acho que a gente se deslocou muito, mas não completamente, porque talvez não vá se deslocar completamente, que é a resistência de tratar do que é nosso e aí não importa e o que é dentro e do que é fora, é falar de si. Eu tô tentando falar de outro jeito e sair desse dentro/fora, como se eu fosse falar do outro que não está aqui só pra me queixar, para fazer o tempo passar e não falar do que é meu, é nesse sentido que eu entendi essa questão de dentro e fora. [...] O dentro e fora podem se misturar mas tem o nosso, que não é dentro e nem é fora, é nosso, o qual a gente tem que se haver.”

“Quando a gente fala de rede isso transborda, a rede não tem essa separação dentro e fora. A rede é tanto o espaço da intercessão entre os nós quanto os fios nas direções, não tem dentro e fora dessa rede, é nesse sentido que eu estou falando e quando a gente consegue fazer um nó nessa rede...”

“Mas eu acho que a gente está falando de coisas diferentes, eu estou falando do CAPS que é um serviço sim, que faz parte da rede e que está dentro dela, mas que tem suas particularidades, que a gente avaliou ao longo desse trabalho da N. Esse trabalho que veio num momento muito propício, bem depois do seminário interno e que a gente pode ver a evolução ao longo do tempo e como as coisas foram se modificando e amadurecendo e os impactos que isso gera na rede, mas quando eu falo do nosso, porque tem algo que é da gente e a gente precisa também falar, e que isso também está dentro da rede.”

“É porque, as vezes, quando a gente fala da rede parece que a gente está falando de um ente que paira sobre a cabeça das pessoas e que fosse um ente em si. E que não dependesse exatamente desse esforço cotidiano de falar das implicações do trabalho, porque quando a gente faz isso a gente não está falando de um outro. Eu vejo uma mudança na implicação da equipe. A questão do cotidiano do trabalho parou de ser um problema da opressão de um outro, externo, e o movimento foi acontecendo e a opressão continua do jeito que sempre foi mas ela não está mais produzindo a impossibilidade que ela produzia antes justamente por esse deslocamento. Que eu continuo não entendendo como dentro/fora e sim, como esse deslocamento, mas como mudança nesse sentido da implicação.”

- “A gente pode pensar nesse processo (pesquisa/gravação), como um dispositivo interessante pra gente tomar pé dos deslocamentos da equipe. E não sei, talvez de repente se apropriar desse dispositivo (gravação) pra construir um diário de campo coletivo dos seminários? Para gente ano a ano poder revisitar os seminários feitos naquele ano? Por que eu acho que é um disposto potente!”
- “ E claro, vocês podem usar esse material literal, as transcrições completas, pra continuar discutindo outras vezes. Porque esse material é de vocês, é nosso! Eu só organizei. Então vou enviar pra vocês essa transcrição e o texto que fiz a partir dela, o que está aí com vcs.”