



Universidade de Brasília

Universidade de Brasília – UnB
Instituto de Psicologia - IP
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura PPG-PsiCC

**(Re)visitando a caixa de ferramentas em saúde mental: o
cuidado de si como condição para cuidar do outro**

Elisa Alves da Silva

Brasília, DF
2013



Universidade de Brasília

Universidade de Brasília – UnB
Instituto de Psicologia - IP
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura PPG-PsiCC

**(Re)visitando a caixa de ferramentas em saúde mental: o
cuidado de si como condição para cuidar do outro**

Elisa Alves da Silva

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília como parte dos requisitos para a obtenção do título de Doutor em Psicologia Clínica e Cultura.

Orientador: Prof. Dr. Ileno Izídio da Costa

Brasília, DF
2013

Silva, Elisa Alves.

(Re)visitando a caixa de ferramentas em saúde mental: o cuidado de si como condição para cuidar do outro / Elisa Alves da Silva. Brasília: O autor, 2013. 248f.

Orientador: Prof. Dr. Ileno Izídio da Costa.

Tese (Doutorado em Psicologia Clínica e Cultura) – Instituto de Psicologia (IP), Universidade de Brasília (UnB).

Elisa Alves da Silva

(Re)visitando a caixa de ferramentas em saúde mental: o cuidado de si como condição para cuidar do outro

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutor em Psicologia Clínica e Cultura.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Ileno Izídio da Costa - Presidente da Banca – PsiCC/UnB

Profa. Dra. Tânia Maris Grigolo – Faculdade de Ciências Sociais de Florianópolis/CESUSC

Prof. Dr. Roberto Tykanori Kinoshita – UNIFESP/Ministério da Saúde

Profa. Dra. Maria Inês Gandolfo Conceição - PsiCC/UnB

Profa. Dra. Valeska Zanello - PsiCC/UnB

Profa. Dra. Maria Izabel Tafuri - Membro Suplente - PsiCC/UnB

Brasília – DF, 27 de setembro de 2013

Dedico este trabalho ao meu filho Enzo Ribeiro Alves que, desde quando começou habitar nesse mundo, me ensina cotidianamente o exercício do cuidado. Um aprendizado intenso de vivências, que me despertou para percepção complexa do ciclo do cuidar.

Agradecimentos

Qualquer produção ou ato criativo somente é possível pelos encontros que acontecem e tocam de alguma maneira as pessoas envolvidas. A gratidão prepondera nessa paisagem, com inúmeras lembranças de usuários, familiares, trabalhadores, gestores, professores e outros atores sociais que, no coletivo, contribuem para a construção da diferença e de novas possibilidades no campo da saúde mental e do cuidado. Sendo assim, muitos foram os encontros que colaboraram para a finalização deste trabalho e alguns potencializaram de modo especial a travessia que foi percorrida até o momento.

Ao meu primeiro encontro na vida: Eni, minha mãe, eterna incentivadora de todos meus projetos. A dedicação a esta tese nesses últimos meses foi viável por sua presença, muito obrigada, por mais uma vez, cuidar de nós.

Ao Léo, meu marido e companheiro, que caminha ao meu lado e me oferece a sustentação cotidiana de amor, compreensão, carinho e paciência.

Ao meu filho Enzo. Com ele tudo fica tão mais leve! Nos períodos de cansaço extremo a receita foi certa: “vou colocar uma música pra você ‘rexalar’ e dormir mamãe, quando você acordar vai passar”. Ele sempre cria receitas simples e de bom efeito.

Ao Rô, amigo sempre presente, irmão escolhido. Obrigada por nosso bendito encontro e pelas constantes e demoradas prosas, pelo compartilhar da música e da vida.

Aos familiares que continuamente me oferecem carinho, apoio e incentivo. Cleusa, minha cunhada, sempre tão presente no estímulo intelectual e afetivo. Edi e Diva, tias amadas, possuem o dom de cuidar e de promover encontros embalados de boas histórias.

Aos amigos da vida, pelos encontros produzidos por afetos e acolhimento. Mavi, Mari e Enrique tão generosos nas provocações e estímulos, tão presentes no apoio. Janáina que me acolheu no Canadá, me auxiliou nos contatos nas Universidades e entre as conversas possibilitou eu desvendar meus reais desejos em um país distante. Ao Paulinho pela torcida constante, que mesmo com a minha distância e ausência, sempre está presente com o seu carinho e apoio.

As amigas e companheiras do curso de doutorado: Cleuser e Madge, sou grata a vocês pelos agradáveis e difíceis momentos nesse processo de formação, as boas conversas presenciais e depois virtuais motivaram apoio ao longo desse tempo.

Aos participantes da pesquisa - trabalhadores dos CAPS e aos parceiros de caminhada em defesa da Luta Antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Em especial ao colega Demivaldo do CAPSi Água-Viva, que está sempre presente em minha memória por sua capacidade de contagiar e produzir bons encontros na saúde mental.

Ao Prof. Dr. Ileno Costa, orientador e instigador permanente nesse percurso. Agradeço novamente pela oportunidade da parceria e contribuição no aprendizado acadêmico.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação de Psicologia Clínica e Cultura, pelo estímulo às reflexões. Em especial a Profa. Dra. Inês Gandolfo que durante sua disciplina nos incentivou a voos mais altos e a crença nessa possibilidade que, de fato, se concretizou.

Ao Prof. Dr. Túlio Franco que gentilmente se disponibilizou em me receber na Universidade Federal Fluminense após a qualificação e contribuiu com boas provocações para o aprofundamento deste estudo.

Aos professores membros da banca examinadora que aceitaram com disponibilidade e generosidade. É uma grande honra ter na banca: Profa. Dra. Inês Gandolfo, Prof. Dr. Roberto Tykanori, Profa. Dra. Tânia Grigolo, Profa. Dra. Valeska Zanello e Profa. Dra. Izabel Tafuri.

À querida revisora Profa. Maria Freire, parceria preciosa desde o mestrado.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior que contribuiu para realização do doutorado.

Deixo meu registro de profundo agradecimento a todas as pessoas que estiveram comigo nessa trajetória, esse apoio e cuidado fez toda a diferença, vocês foram imprescindíveis.

Assim como alguns remédios expulsam do corpo alguns humores e outros expulsam outros, uns acalmam a doença e outros a vida, assim também as palavras. Umas afligem, outras alegam, umas espantam, outras medicam e enfeitiçam a alma.

(Górgias, em Chauí, 2011)

Resumo

O objetivo deste estudo foi identificar as ações e dispositivos que integram a produção do cuidado do cuidador como proposta de (re)pensar o espaço micropolítico do trabalho em saúde mental. Assim sendo, esta pesquisa encontra-se na interface da psicologia clínica, saúde mental e trabalho, sustentada na abordagem qualitativa e participante. A coleta de dados foi feita em duas experiências de campo (2005 e 2013) com o intuito de prosseguir a discussão iniciada na primeira investigação, fazendo um retorno nos três CAPS percorridos em uma análise continuada e contextualizada das mudanças ocorridas no cotidiano dos gestores e trabalhadores. Como método foi utilizado a pesquisa-ação e os instrumentos empregados foram análise documental e entrevistas semiestruturadas desenvolvidas com profissionais, gestores dos CAPS e gestor da Divisão de Saúde Mental/ SMS da Rede de Atenção Psicossocial de Goiânia (GO). Por meio da análise cartográfica foi possível mapear os desafios e impasses do modelo psicossocial que abrangem os agenciamentos macro e micropolítico, as posturas ético-políticas, a potencialidade das relações no trabalho em equipe e os dispositivos de produção do cuidado do cuidador. Esse mapeamento possibilitou configurar a construção da caixa de ferramentas que aciona a produção do cuidado do cuidador, na qual foi destacada a importância da articulação das dimensões macro e micropolíticas. Outro ponto relevante são as relações interpessoais estabelecidas no trabalho em equipe, consideradas como fator que desencadeia maior ou menor potência na manifestação do envolvimento em projetos coletivos, nas decisões compartilhadas e na avaliação crítica do trabalho. Nesse âmbito, os gestores possuem um papel fundamental na garantia da participação colegiada e na responsabilização pela dinâmica interna da equipe. De tal forma, foram assinalados alguns dispositivos de produção do cuidado do cuidador, embora ainda não possuem regularidades ou mesmo são inexistentes, quais sejam: supervisão clínico-institucional, capacitação, educação permanente, escola de supervisores, grupos de estudos, dinâmicas que envolvam as relações interpessoais e conversas sobre a organização dos serviços. Importante observar que a potencialidade da caixa de ferramentas da produção do cuidado do cuidador está conectada à prática coletiva a ser construída entre os diversos atores envolvidos nas gestões e serviços, mediante o esforço de análise crítica e ética do cotidiano do trabalho. Essa temática ainda carece de reposicionamento subjetivo e novas conexões no campo da saúde mental, no sentido de promover mais encontros e afetos que desencadeiam momentos de criação e produção.

Palavras-chave: cuidado de si, micropolítica, serviços de saúde mental, trabalhadores da saúde mental.

Abstract

This study aims to identify the actions and devices incorporated in the idea of professionals taking care of themselves to take care of others, as proposition to (re)think the micropolitical work space in mental health. Thus, this research is at the interface of clinical psychology, mental health and work, supported by the qualitative approach and participant. Data collection was done in two field experiments (2005 and 2013) in order to continue the discussion which started in the first investigation. This made a comeback in the three CAPS traversed in a continuing analysis and context of changes in the daily life of managers and workers. The method used was action research and the instruments utilized were document analysis and semi-structured interviews with professionals, CAPS managers and the manager of the Division of Mental Health / SMS of Network for Psychosocial Care in Goiânia (GO). Through cartographic analysis it was possible to map the challenges and dilemmas of the psychosocial model covering macro and micropolitics, ethical posture policies, the potential of the relationships in teamwork and care devices. This mapping has allowed the construction of the tool that contributes to this, which has highlighted the importance of coordination of macro and micropolitics. Another relevant point is the interpersonal relationships established in teamwork, which were considered as a factor that provoked greater or lesser power in the manifestation of involvement in the collective projects, in shared decisions and critical evaluation of the work. In this context, managers have a key role in ensuring the collective participation and accountability by the internal dynamics team. So, some devices have been reported to help care for workers, although they still don't possess regularities or are even non-existent, such as: clinical-institutional supervision, training, continuing education, school supervisors, study groups, dynamics involving the interpersonal relationships and conversations about the organization of services. It is important to note that the potential for construction of the tools for care of the workers depends on the collective support which will be built between different professionals involved in the managers and services, through the efforts of critical analysis and ethics. This theme needs subjective repositioning and new connections in the mental health field, in order to produce more meetings that enable moments of creation and production.

Keywords: self care, micropolitics, mental health services, mental health workers.

Lista de Tabelas

Tabela 1: Visada entre as pistas da produção de um rizoma e as características do trabalho em equipe no campo da saúde mental 78

Tabela 2: Modificações da Rede de Atenção Psicossocial em Goiânia-Go entre 2005 e 2013 102

Tabela 3: Núcleos argumentais dos desafios e impasses do modelo psicossocial: os agenciamentos macro e micropolítico 121

Tabela 4: Núcleos argumentais das posturas ético-políticas: do engajamento à disponibilidade 145

Tabela 5: Núcleos argumentais da potencialidade das relações no trabalho em equipe 162

Tabela 6: Núcleos argumentais dos dispositivos de produção do cuidado do cuidador 193

Lista de Figuras

Figura 1: Esquema representativo da Produção do Cuidado do Cuidador	55
Figura 2: Desenhos/gráficos da roda da equipe: refletindo sobre as relações de cuidado – situação real	166
Figura 3: Desenhos/gráficos da roda da equipe: refletindo sobre as relações de cuidado – situação ideal	178
Figura 4: Caixa de Ferramentas da Produção do Cuidado do Cuidador	219

Lista de Siglas

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPS I – Centro de Atenção Psicossocial de referência para Municípios entre 20.000 e 70.000 habitantes

CAPS II - Centro de Atenção Psicossocial de referência para Municípios entre 70.000 e 200.000 habitantes

CAPS III - Centro de Atenção Psicossocial de referência para Municípios com população acima de 200.000 habitantes, com funcionamento durante todos os dias da semana e 24 horas ininterruptamente

CAPS i – Centro de Atenção Psicossocial de referência para o cuidado de crianças e adolescente em Municípios acima de 100.000 habitantes

CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial de referência para o cuidado de pessoas com dificuldades relacionadas ao álcool e outras drogas em Municípios acima de 60.000 habitantes

CEP/IH/UnB – Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília

DSM/GO – Divisão de Saúde Mental de Goiânia – Go

EP – Educação Permanente

FGSM – Fórum Goiano de Saúde Mental

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial

PET – Programa de Educação pelo Trabalho

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

SMS/GO – Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia – Go

SRT – Serviço Residencial Terapêutico

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UAT – Unidade de Acolhimento Transitório

Sumário

CAPÍTULO 1 – A TRAJETÓRIA TEÓRICO-REFLEXIVA: BALIZANDO A CAIXA DE FERRAMENTAS

1.1 Paradigmas e paradoxos nas práticas do cuidado em saúde mental.....	26
1.1.1 A Reforma Psiquiátrica e o modelo psicossocial: possibilidade de novos campos do cuidado	30
1.1.2 Territórios existenciais e movimentos da desterritorialização e reterritorialização: avanços e desafios para o modelo psicossocial.....	36
1.2 As contribuições das dinâmicas macro e micropolítica na produção do cuidado em saúde mental	40
1.3 Possibilidade de produção do cuidado do cuidador no campo da saúde mental: a dinâmica do cuidar de si para cuidar do outro	49
1.3.1 Produção do cuidado do cuidador: a implicação de um reposicionamento subjetivo	59
1.4 O trabalho em equipe na saúde mental	68
1.4.1 O rizoma e o trabalho em equipe: criando conexões abertas a invenção	73
1.4.2 As dimensões subjetiva e afetiva do cuidado no trabalho em equipe	79
1.5 Considerações ético-políticas sobre a produção do cuidado do cuidador	83
1.5.1 O território do cuidado do cuidador na formação em saúde mental: a inseparabilidade dos processos de subjetivação e conhecimento	89

CAPÍTULO II – MÉTODO: DELINEANDO O OLHAR RETINA

2.1 Tecendo a pesquisa-ação: os (des)caminhos navegados	96
2.2 O (re)começo da jornada: mapeando o percurso e (re)visitando o território da Rede de Saúde Mental em Goiânia-Go	100
2.3 (Re)encontrando os atores sociais participantes e delineando a pesquisa	106
2.4 Análise do material empírico: desvelando a percepção retina e ampliando a percepção vibrátil	113

CAPÍTULO III – AS EXPERIMENTAÇÕES TEÓRICO-PRÁTICAS: DESVELANDO A CAPTURA DO OLHAR RETINA E VIBRÁTIL

3.1 Desafios e impasses do modelo psicossocial: os agenciamentos macro e micropolítico	121
3.2 Posturas ético-políticas: do engajamento à disponibilidade	145

3.3 A potencialidade das relações no trabalho em equipe	162
3.3.1 As construções reais: as pedras no meio do caminho	165
3.3.2 As construções ideais: as potencialidades não utópicas	177
3.4 Dispositivos de produção do cuidado do cuidador	193
INTERCONNECTANDO O ITINERÁRIO: CONCLUSÕES INACABADAS	218
REFERÊNCIAS.....	234
Apêndice A – Instrumento I	246
Apêndice B – Instrumento II	247
Apêndice C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	248
Anexo A – Documento de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília	

De que valeria a obstinação do saber
se ela apenas garantisse
a aquisição de conhecimento, e não,
de uma certa maneira e tanto quanto possível,
o extravio daquele que conhece?
Há momentos na vida em que a questão de saber
se é possível pensar de forma diferente da que se pensa
e perceber de forma diferente da que se vê
é indispensável para continuar a ver ou a refletir.
(Foucault, 2004a)

O estudo tem o intuito de refletir acerca da produção do cuidado do cuidador, que pressupõe o cuidado de si relacionado a uma prática pessoal e social como condição *sine qua non* para cuidar do outro, como uma proposta capaz de (re)pensar a *práxis* diária no espaço micropolítico do trabalho em saúde mental. Para tanto, na investigação deste trabalho procurei explorar os dispositivos de produção do cuidado do cuidador que atualmente auxiliam as ações dos gestores e profissionais no cotidiano dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)¹, analisar como esses dispositivos influenciam as práticas dos profissionais e levantar entre os participantes as atitudes e experiências que potencializam² a produção do cuidado do cuidador no trabalho em equipe.

Esse direcionamento no âmbito do trabalho de gestores e profissionais dos CAPS vai no sentido de (re)pensar e discutir alguns dos pontos entrelaçados nos desafios da Reforma Psiquiátrica, uma vez que tal contexto perpassa a atualidade dos atores sociais inseridos na saúde mental. Dado que existe o reconhecimento de que os

¹ É importante ressaltar que a pesquisa aqui apresentada é a extensão da investigação realizada em minha dissertação de Mestrado, intitulada “Dores dos cuida-dores em saúde mental: estudo exploratório das relações de (des)cuidado dos profissionais de saúde mental em Centros de Atenção Psicossocial de Goiânia-Go”, defendida 2007 na Universidade de Brasília no Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura.

² O conceito de potência utilizado ao longo desta tese se refere ao significado que Espinosa oferece (em Chauí, 2011), no qual potencializar não é alterar algo existente, mas sim aumentar algo que já existe, que amplia a partir dos encontros entre as pessoas. Por exemplo, é aumentar o cuidado por meio do cuidado que se encontra no cotidiano do trabalho, expandindo essa potência de ação nas relações que perpassam os serviços de saúde.

CAPS abarcam, em suas rotinas, complexidades diversas, esta investigação buscou percorrer alguns dos espaços que ocupam essa trama cotidiana: normas, relações interpessoais, produção de cuidado, subjetividades, diferenças temporais, disponibilidade, entre outras.

Foi possível observar que os gestores e profissionais elegem e priorizam práticas de cuidado do cuidador, e vice-versa, compondo uma dinâmica própria de cada CAPS, o que engendra o funcionamento do trabalho em equipe. Assim, a captura e organização desses elementos permitem pensar em um conceito-ferramenta importante para este estudo, qual seja, a caixa de ferramentas. A noção de caixa de ferramentas nesta tese refere-se a teorias e conceitos que devem servir como ferramentas às práticas dos profissionais; além de funcionar como uma bússola potente para o pensar em territórios que habitam tensões e desafios, produzindo novos fazeres que (re)inventam os serviços de saúde em espaços que apreendem questões individuais e coletivas (Deleuze & Foucault, 1979³; Merhy, 1997, 2002).

Para Merhy (1997, 2002), a caixa de ferramentas⁴ auxilia nas análises micropolíticas que permitem indagar os arranjos criados na rotina das práticas dos serviços de saúde. Dessa maneira, a caixa de ferramentas adquire o compromisso com o sujeito da ação quando é igualmente utilizada para refletir e questionar o processo de trabalho, a gestão, a organização, ou seja, como instrumento que possibilita a escuta dos ruídos presentes no cotidiano dos serviços.

³ Conversa entre Foucault e Deleuze, em 1972, que se encontra no livro *Microfísica do Poder* de Michel Foucault (1979), inserida no capítulo *Intelectuais e o Poder*, p. 71. Rio de Janeiro: Graal.

⁴ A noção de caixa de ferramentas é também utilizada ao final da década de 1980 por pesquisadores pertencentes à corrente “Em Defesa da Vida” vinculados ao Departamento de Medicina Preventiva e Social da UNICAMP. A inseparabilidade entre teoria e prática é uma característica marcante dessa corrente, com entendimento de que a política se realiza nos macros e microespaços das relações sociais, valorizando as relações intersubjetivas e afirmando o papel central dos trabalhadores para as mudanças do setor da saúde (Frigato & Carvalho, 2009; Nicácio, 2003).

Outra ferramenta-conceito utilizada nesta tese é o dispositivo, compreendido como instrumento que abarca um conjunto de discursos, decisões regulamentares, enunciados científicos, proposições filosóficas, ou seja, é composto por uma rede heterogênea que se estabelece por esses vários elementos que mudam de posições e funções conforme atualiza os acontecimentos e relações (Foucault, 1979).

Para Deleuze (1996), essa rede que compõe o dispositivo movimenta-se em várias direções e por isso apresenta tensões e desequilíbrios. Ele esclarece que, ao acompanhar o percurso do dispositivo, é possível observar as compreensões que emergem das inovações, geralmente localizadas em períodos de tensões. Assim, o dispositivo também está envolvido nos fazeres diários do território do trabalho criando um movimento complexo que se modifica constantemente e, provoca atos de estratificação/sedimentação ou atualização/criatividade.

Como informado anteriormente, os escritos cartográficos expostos foram provenientes de um desejo (como força propulsora da ação produtiva) de seguir adiante com o intuito de reaproximar da atualidade das relações de cuidado, que me instigou muitos questionamentos ao término do mestrado, no sentido de pensar e ver de modo diferente, indo para além das constatações descritivas realizadas em minha dissertação de mestrado.

Essa nova trajetória permitiu bons encontros “espinosianos” que potencializaram e fortaleceram o prosseguir com as idas ao campo de pesquisa, assim como o estranhamento de conceitos, acerca dos quais, com o passar das leituras e dos encontros empreendidos, fui criando imagens possíveis e diferentes em um cenário que me parecia muito conhecido. Foi preciso descobrir um novo modo de habitar em um lugar onde eu sempre havia estado. Nesse movimento experimentei, em diversas ocasiões, a sensação

de desterritorialização que me impactou subjetivamente em um novo modo de compreensão da produção do cuidado do cuidador proposto neste estudo.

Elucido que o movimento no sentido de me aproximar mais do campo dos trabalhadores de saúde mental tem atravessado minha trajetória desde quando realizei o estágio de graduação no CAPSi Água-Viva em Goiânia-Go, há exatos 10 anos. Como muitos profissionais dessa área, o aprendizado foi construído na vivência cotidiana com a equipe, com os usuários, familiares e a comunidade. A partir desses encontros evidenciou-se que os trabalhadores são os instrumentos de fundamental potencialidade no avanço da clínica da atenção psicossocial, e fortemente da Reforma Psiquiátrica.

Nessa época, o estágio estava em um território bem distante da minha formação, mas a oportunidade de integrar a equipe do CAPSi Água-Viva me possibilitou a experiência de processos de subjetivação que afetaram e contagiaram o meu desejo e a crença no trabalho em saúde mental. Vivenciei nesse CAPS novos e potentes fazeres, relações afetivas e integradas, conflitos e momentos de tensão, apoio e suporte nos atendimentos, enfim, aprendizados que produziram marcas profundas de bons encontros capazes de estimular um percurso até então não planejado.

No momento presente, após a realização deste estudo, compreendi a força potente que essa primeira experiência empreendeu nos caminhos que produzi continuidade. O trabalho em equipe naquele período afetou-me pelo modo de convívio compartilhado, originando encantamentos e afetos que se apresentaram no plano real e me fizeram apreender que “as atitudes de participação e de integração constituem as bases de uma concepção psicossocial do trabalho em equipe” (Saraceno, Asioli, Tognoni, 2010, p. 26).

No âmbito acadêmico não consegui desvencilhar meu olhar daqueles que, como eu, cuidam e produzem marcas de cuidado nas relações com os usuários, as quais

ocorrem diariamente nos serviços de saúde. Ao direcionar o olhar aos trabalhadores, a figura que se destaca são os usuários, pessoas centrais que atualizam o desejo de mudança dos profissionais e vice-versa. Logo, a presença do usuário está, em seu objetivo final, conectada às proposições que se articulam neste estudo.

Nesse sentido, na pesquisa realizada no Mestrado, o caminho trilhado foi o de desvelar as relações de (des)cuidado que perpassavam pelos cenários dos CAPS. Essas relações estavam inseridas em uma rede complexa que compreendia os profissionais-equipe, profissionais-usuários e profissionais-organização, tornando visíveis os paradoxos que existem nesse campo, tanto com questões que geravam satisfações e suporte quanto em situações que provocavam impasses e sofrimento psíquico nos trabalhadores (Silva, 2007).

O mestrado possibilitou a descrição das relações de (des)cuidado dos CAPS, mas, decorrido tempo do término deste, juntamente com as tentativas de devolutivas da pesquisa para um coletivo maior de trabalhadores, comecei a indagar sobre o motivo de o engendramento dessas relações conseguir sustentar/impulsionar ou segurar/impedir o avanço da Reforma Psiquiátrica. A intenção era compreender as forças que sustentavam ou paralisavam algumas equipes, as experiências que podiam auxiliar no cotidiano, a escolha do uso de alguns dispositivos, entre outras.

De tal forma, o desejo de entender essas questões me conectou ao Doutorado, no qual me deparei com novos territórios relacionados ao campo micropolítico, aos processos de subjetivação, à ética do cuidado, à tecnologia das relações, à filosofia da diferença, entre outros. Acolher esses territórios demandou atenção flutuante e uma escuta diferenciada, sendo que essa escuta não se reduzia somente à capacidade auditiva; tratava-se de escutar com o corpo inteiro, deixando-se afetar, agenciando-se,

compondo-se de forma a produzir encontros potentes que possibilitavam a afirmação do cuidado e da vida (Guattari & Rolnik, 2010; Rolnik, 2011).

A elaboração do referencial teórico e do método para balizar a “caixa de ferramentas” desta investigação foi possível por meio de intercessões com diferentes saberes e autores da filosofia, sociologia, saúde coletiva, psicologia, entre outros. Ousar esse caminho mais complexo levou ao entendimento de que as investigações têm como alvo as experiências humanas e necessitam considerar uma percepção ampliada dos fenômenos.

O universo acadêmico gira em torno de um campo científico ainda seccionado por áreas, na qual temos em cada uma delas os denominados “pontos cegos” que, por certo, conseguem ser identificados em outras áreas. Essas “cegueiras” acopladas em pontos de diferentes conhecimentos podem produzir uma nova visão. Logo, foi por meio das recomendações da banca de qualificação deste trabalho que essas contribuições e trocas, nas mudanças na direção de um novo olhar, foram possíveis de ocorrer.

Confesso que vivenciei forte experiência de ruptura que, por vezes, me deixou fora do eixo e me fez ocupar um lugar incômodo, distante da zona de conforto. No entanto, algumas lacunas estão hoje preenchidas e, como esse movimento é cíclico, abriu espaços para outras. Em vários momentos desta escrita me senti afetada pelo teórico-prático que no momento consegui me apropriar de forma mais segura, mas não menos instável. Estar nesse meio, no *intermezzo*, é, então, aceitar esse lugar de tensões de uma forma que, anteriormente, não foi possível de ser vivenciada.

As obras *Mil Platôs* de Deleuze e Guattari (1995a, 1995b, 1996, 1997a, 1997b) foram os guias para esta convocação de uma nova atitude filosófica, política e clínica que opera no plano da diferença, da não centralização, por meio de processos que

implicam novos percursos e conexões de redes. Há, pois, uma recusa em atitudes e pensamentos hierarquizados e totalizadores. Com o tempo observei que não se tratava apenas de mudanças no vocabulário tradicional; na verdade, eram modificações em posicionamentos, práticas, relações, vivências e escritas. Rolnik (2010) cita que Deleuze e Guattari esclarecem que escrevem para os “inconscientes que protestam”. Esses são os aliados que buscam e reflito que, por isso, me localizo aqui.

Despertei-me pelas diversidades e inventividades na maneira de olhar a realidade, as pessoas, as relações, as criações, os movimentos e, acima de tudo, a mim mesma na minha maneira de ser e atuar ao acompanhar os processos de trabalho na saúde mental. Questiono constantemente qual é a minha implicação com meu objeto de estudo, como eu o vejo, como ele me atinge, quais as ressonâncias dele em mim e em outras pessoas.

Assim, este texto, em alguns momentos, delinea segmentos de encantamento com proposições que aparentemente apontam com facilidade, o que é inversamente o contrário. Na verdade, são escritas que reproduzem meu afetar nesse território que o meu corpo escuta por inteiro, de modo vibrátil e sutil, que desvela por si só um atravessamento de teorias no espaço das experimentações. São ocasiões raras as quais requerem mudanças de atitudes, mas que, no recinto da brevidade, conseguem deixar marcas subjetivas, transformando esses momentos em palavras que produzem implicação e vida desejante. A “paisagem” é de que não há pragmatismo capaz de atenuar tamanha a(fe)tivação.

Para além de desvelar as relações de cuidado que permeiam o campo da saúde mental iniciado no estudo anterior, esta investigação alcança a afirmação da relevância da tecnologia das relações imbuída nos espaços micropolíticos dos CAPS, bem como evidencia, nas experimentações teórico-práticas, as mudanças vivenciadas em ações nas

quais estão inseridas a produção do cuidado do cuidador. Considero que esta tese faz parte de um projeto político clínico-existencial comprometido com um determinado momento histórico da saúde mental. Portanto, a temática que aqui será abordada não tem a pretensão de ser uma totalidade, mas sim o desejo de compartilhar e coletivizar experiências que possam ser discutidas e publicizadas, contribuindo para novas invenções de fazeres e saberes que potencializem o trabalho em saúde mental nos CAPS.

A trajetória deste estudo não foi linear como se apresenta, houve muitas idas e vindas, vários encontros, reencontros e desencontros, tanto quanto recuos e recomeços que provocaram instabilidades e também estabilidades, porque são nelas que a desterritorialização aparece. Logo, o intuito neste processo é desemaranhar algumas linhas e impasses, revelar os desafios e oferecer visibilidade à potencialidade de dispositivos que possam compor a caixa de ferramentas da produção do cuidado do cuidador.

Como forma de balizar a caixa de ferramentas, este estudo vai apresentado em três partes. No Capítulo I apresento os fundamentos teórico-reflexivos que embasaram a composição desta Tese. Esse percurso inicialmente contextualiza os paradigmas e paradoxos nas práticas do cuidado em saúde mental, explicitando a Reforma Psiquiátrica e o modelo psicossocial como novos campos do cuidado, assim como os avanços e desafios inscritos nesses territórios. Em seguida exponho as contribuições da dinâmica macro e micropolítica na produção do cuidado e a proposta de um reposicionamento subjetivo que implique a produção do cuidado do cuidador. Após, são evidenciadas as dimensões subjetiva e afetiva das relações que abarcam o trabalho em equipe nos CAPS, finalizando com as considerações ético-políticas que abrangem a inseparabilidade dos processos de subjetivação e conhecimento.

No Capítulo II relato o método de pesquisa utilizado neste estudo; assim, detalho a captura e o delineamento do olhar retina – feito no plano do visível – em que procurei descrever os movimentos dos caminhos percorridos, o mapeamento dos territórios (re)visitados, o (re)encontro com os atores sociais participantes das entrevistas e a configuração da análise do material empírico.

O Capítulo III envolve a discussão das experimentações teórico-práticas vivenciadas nos CAPS, desvelando a captura do olhar visível e sensível ao mesmo tempo em que são apontadas as pistas da produção do cuidado do cuidador nas narrativas, documentos e encontros nas idas ao campo de pesquisa. Na sistematização desses movimentos considerei os desafios e impasses do modelo psicossocial, as posturas ético-políticas, a potencialidade das relações no trabalho em equipe e os dispositivos de produção do cuidado do cuidador.

Isto posto, elucido que a sistematização das discussões feitas no Capítulo III não correspondem a uma ordem hierárquica. A intenção é de que sejam tidas como pistas da produção do cuidado do cuidador no campo da saúde mental, correspondendo a sua organização como em um rizoma⁵, ou seja, todas as pistas estão conectadas e formam linhas que se remetem umas às outras. Os movimentos realizados nas discussões foram feitos na perspectiva de um cartógrafo que, na construção do mapa, se entrega ao processo experimental (ligado ao real) tentando conectar-se com as múltiplas dimensões, bem como procura perceber as constantes modificações das “paisagens” (Rolnik, 2011).

Nas considerações finais é tecida a (re)visitação da caixa de ferramentas da produção do cuidado do cuidador no trabalho em saúde mental, fazendo as conexões atravessadas durante o itinerário deste estudo, assim como foram apontados os

⁵ Este conceito será explicitado no Capítulo I.

dispositivos externos e internos que auxiliam no cuidado do cuidador no cotidiano dos CAPS.

Por fim, não para concluir, mas sim continuar a viagem, deixo registrado um trecho do texto “As diversas formas de ir e voltar” de Benilton Bezerra Jr. (s.d.), que faz considerações acerca da experiência de Goethe durante a viagem a Roma em 1786, descrita no livro *Viagem à Itália*. Nos relatos, Bezerra Jr. identifica três elementos centrais que compõem uma “verdadeira” viagem: a contemplação do estranho, a abertura de um novo horizonte e a transformação de si mesmo. O autor esclarece que as viagens podem ser feitas de diversas maneiras, até mesmo no sentido figurativo quando é possível acessar esses elementos sem sair de casa, hoje recurso usual aos leitores viajantes:

Viajar significava aventurar-se, abrir-se ao desconhecido, ao estranho, se deixar afetar por ele, de alguma maneira voltar da viagem um pouquinho diferente do que se era na partida. Abandonar um pouco de lado as referências e marcas que definem o que gostamos, sentimos e queremos, e deixar que a convivência com o estranho, o diferente, estremeça algo de nossos hábitos mentais e afetivos, livrando as amarras que a rotina impõe. Viajar, nessa perspectiva, significa ampliar a experiência do sujeito, trazendo para dentro do seu campo algo que era antes incapaz de ser percebido, sentido ou pensado. (...) É essa abertura ao estranho e a possibilidade de contemplá-lo e deixar-se invadir que permite ao escritor alemão fazer de sua viagem à península um mergulho do qual ele emerge “a mesmo pessoa, mas mudada até os ossos”. (...) Os mares da experiência humana não cessam de se expandir. E estes estarão sempre à espera dos verdadeiros viajantes (p. 15).

Nessa concepção, a trajetória que percorri neste estudo me possibilitou navegar uma “verdadeira” viagem. Faço o convite para que alguns assim possam, com a leitura desta Tese, acessar quaisquer pontos desses elementos que tecem as viagens das experiências humanas.

Capítulo I

A trajetória teórico-reflexiva: balizando a caixa de ferramentas

O que eu vi, sempre, é que toda ação
principia mesmo é por uma palavra pensada.
Palavra pegante, dada ou guardada,
Que vai rompendo rumos.
(Guimarães Rosa - Grande Sertão: Veredas)

1.1 Paradigmas e paradoxos nas práticas do cuidado em saúde mental

O termo cuidado advém de duas derivações: uma do latim que expressa cura, cautela, zelo, preocupação em relação a alguém; outra relacionada a *cogitare-cogitatus*, que tem o mesmo significado de cogitar, pensar, empregar atenção, mostrar interesse pelo outro. Representa uma atitude de preocupação, ocupação, responsabilização e envolvimento afetivo com o ser cuidado (Boff, 2005; Waldow, 1998); ou seja, mais que um ato, é uma atitude. Como afirma Migott (2001), o cuidado requer “atividades/ações voltadas para si e para as outras pessoas; que promovem/mantêm o bem-estar; que ajudam a melhorar uma situação de vida, de deficiência ou de morte” (p. 57).

Nesse sentido, os dispositivos e ofertas relacionados ao cuidar são diversos e conectados em distintas áreas do saber, com mais intensidade no mundo das práticas de saúde em que todos os profissionais estão ligados a alguma atividade que inclui o cuidado, havendo diferenças apenas no modo de expressá-lo.

No momento atual, se uma pessoa entrar em qualquer unidade do serviço público de saúde poderá observar diferentes situações de atendimento. Provavelmente encontrará profissionais atenciosos e os que sequer olham para quem chega à recepção; haverá os que recebem os usuários com um aperto de mão em seu consultório e os que *gritam* do lugar em que estão sentados: “o próximo!” Perceberá ainda os que olham para os olhos dos usuários e fazem uma escuta presente e também os que não tiram o foco das anotações e receituários procurando por diagnósticos rápidos. É importante

esclarecer que circunstâncias como essas podem ocorrer em qualquer âmbito do sistema de saúde, público ou privado. Contudo, neste trabalho, o serviço público é citado em razão de ser este o campo desta investigação.

Diante dessas observações, podem ser elaborados vários questionamentos: por que alguns profissionais parecem ser mais *próximos* e outros mais *distantes* dos usuários? O que faz um profissional ser atencioso e gastar um pouco mais de seu tempo na escuta? Qual o motivo de um profissional ser impessoal e ter posturas extremamente técnicas? Assim como nos questionamentos, poderiam ocorrer diversas respostas. Obviamente, não tenho a pretensão de esgotar as possibilidades e os motivos implícitos nessas atuações. Afinal, esse cenário é complexo e permeado de questões que perpassam o plano individual e coletivo, sendo nesse campo do coletivo e dos modelos que embasam alguns paradigmas instituídos na saúde que discutirei adiante.

Na busca pela compreensão dos dilemas e paradoxos das práticas de produção do cuidado direcionadas ao cotidiano do campo da saúde mental, é possível deparar com dois paradigmas principais no modo de conceber e compreender o sofrimento humano: o modelo biomédico hegemônico e o modelo psicossocial, ou seja, paradigmas que sustentam diferentes modelos de cuidado.

Historicamente, o modelo biomédico apresenta-se como tradição no campo da saúde. Tendo o seu início em meados do século XIX, assegura-se como modelo educacional nas práticas de saúde no século XX e perdura, na maioria dos territórios da saúde, nos dias atuais (Franco & Galavote, 2010; Merhy, Feuerwerker, & Cerqueira, 2010). Esse modelo é focado no processo saúde-doença e doença-cura; as práticas são direcionadas pelo discurso do conhecimento científico e da razão; há uma padronização de procedimentos para a utilização de técnicas e para a obtenção de bons resultados e tem como requisitos a impessoalidade e a neutralidade. As premissas são localizadas

em estratégias de cuidado centradas na sintomatologia e, por isso, na maioria das intervenções, a medicalização é o principal instrumento (Yasui & Costa-Rosa, 2008).

Nesse campo, o cuidado é utilizado como técnica e faz referência às práticas normativas e instrumentais elaboradas pelo modelo biomédico hegemônico; já os usuários ocupam um papel passivo e dependente de ajuda por quem sabe-conhece (profissional); assim, se estabelecem por relações de poder. Nesse modelo os profissionais administram o cuidado a partir de um enfoque instrumental; raramente estabelecem diálogos que produzam uma integração com a equipe de trabalho; possuem dificuldades em construir estratégias que ampliem a participação de outros atores sociais e não compreendem as dificuldades das pessoas em aderir ao tratamento estruturado da forma proposta por eles (Ayres, 2004; Yasui & Costa-Rosa, 2008). Tal postura revela o modo disseminado no senso comum, em que o cuidado faz parte de um conjunto de procedimentos tecnicamente orientados e sistematizados por um profissional que objetiva o bom resultado de um tratamento.

As críticas a esse modelo são direcionadas à extrema objetivação e à focalização do cuidado sobre o corpo biológico, tendo, como consequência, profissionais esvaziados de interesse e escuta do outro. No entanto, mesmo sendo predominante, foram evidenciados muitos problemas nesse modelo, dando-se espaço a questionamentos, bem como à criação de novos modos de intervenção. Na saúde, o sofrimento humano tem uma expressão muito complexa que engloba questões singulares e de construção de vida, como também fatores biológicos, sociais, culturais, entre outros. Nessa relação de reconhecer o outro como alguém que faz parte do processo de decisão e que tem possibilidade de escolher o que é melhor para seu bem viver, passam a existir outros modos de pensar e compreender o processo da saúde.

Ampliar o olhar e a escuta, possibilitar que a complexidade da vida dos usuários invada a maneira dos trabalhadores compreenderem os sofrimentos da vida para

além dos processos saúde-doença, como um processo de produção da vida, implica também colocar o usuário em outro lugar, em outra posição: o de agente ativo na produção de sua saúde e no encontro com os trabalhadores de saúde. Bem diferente do lugar em que hegemonicamente se coloca o usuário, objeto das ações de saúde (Merhy et al., 2010, p. 73).

No campo da saúde mental, essas mudanças foram evidenciadas levando-se em conta a substituição do paradigma do modo de atenção hospitalocêntrico para o modo de atenção psicossocial. O modelo psicossocial entra em cena questionando o paradigma biomédico com suas práticas centralizadas somente na doença, no discurso da razão e do saber, nas relações hierarquizadas do poder, gerando um modo denominado hospitalocêntrico. O paradigma psicossocial surgiu, outrossim, com a finalidade de resgatar as atuações relacionadas a práticas de cuidado: o foco é a pessoa em sofrimento com sua história de vida, a inclusão da dimensão subjetiva e das relações horizontalizadas, a desospitalização e a não-medicalização (Amarante, 1996; Bezerra Jr., 1994; Costa-Rosa, 2000; Guljor, 2003).

Vale ressaltar que essa transição paradigmática, ratificada por vários autores (Morin, 2003; Santos, 2010; Vasconcelos, 2002), permeia diversos campos do saber e instala a crise do paradigma científico moderno que afeta e modifica a produção do saberes em distintos territórios. Para Santos (2010), essa crise é o resultado interativo de uma pluralidade de condições sociais e teóricas. O autor esclarece que a identificação do limites e das insuficiências que compõem o paradigma científico moderno é o resultado do grande avanço no conhecimento propiciado e aprofundado, o que permitiu identificar a fragilidade dos pilares que o estruturam.

Assim sendo, Santos (2010) evidencia alguns sinais de um novo paradigma, denominado emergente, que se configura um conhecimento que supere as distinções antes consideradas insubstituíveis: natureza/cultura, mente/corpo, coletivo/individual,

subjetivo/objetivo. Essa superação valoriza o campo social e os estudos humanísticos e requer profundas mudanças do saber e do conhecer.

Esclareço que, neste momento, o intuito não é aprofundar as consequências da crise do paradigma científico moderno, mas sinalizar que transformações envolvidas nessa transição paradigmática também alcançaram o campo da saúde mental. Ademais, é nesse contexto de críticas e propostas de desconstrução do paradigma dominante biomédico que o modelo psicossocial aponta, dentro de um movimento denominado de Reforma Psiquiátrica, o objetivo de romper com o modo de controle e normatização do transtorno mental estruturado pela psiquiatria vigente. A Reforma Psiquiátrica surge como proposta de mudança do modelo assistencial em saúde mental e ganha força após uma série de denúncias sobre superlotação nos hospitais psiquiátricos, violências, abandonos, enfim, violações aos direitos humanos produzidas nessas instituições.

Amarante (2003) destaca que há uma dimensão epistemológica na Reforma Psiquiátrica caracterizada pelo conjunto de questões permeadas na produção dos saberes que demandam a desconstrução dos conceitos dominantes da loucura, tais como doença mental, alienação, isolamento, normalidade, cura, entre outros. Esse fato implica a construção de um novo marco teórico, com novos operadores conceituais, denominado de atenção psicossocial. Trata-se de uma ruptura epistemológica que descortina um campo complexo da produção do conhecimento.

1.1.1 A Reforma Psiquiátrica e o modelo psicossocial: possibilidades de novos campos do cuidado

A atual Política de Saúde Mental Brasileira foi construída por diversos atores sociais e segue os pressupostos da Reforma Psiquiátrica que tem como proposta a ruptura com os modos centrípetos e autoritários de produção do cuidado na saúde

mental: psiquiatrização, medicalização, hospitalocêntrico, ou seja, as práticas centradas em verdades absolutas que, ao longo dos séculos, mantiveram-se inabaláveis e ficaram marcadas pelo saber médico-psiquiátrico em todo o mundo ocidental.

No Brasil, o início de um movimento de questionamento dessa forma de tratamento hegemônico se deu na década de 1970, que foi resultante da influência do movimento de reforma internacional no campo das políticas de saúde mental, na qual houve uma série de denúncias às questões desumanas que perpassavam as instituições psiquiátricas. Portanto, esse período é marcado pelo processo de substituição do modelo asilar (hospitalocêntrico, manicomial) para o modelo psicossocial (comunitário) (Amarante, 1996; Bezerra Jr., 1994; Nicácio, 2003).

Dessa forma, o modelo psicossocial advém também do desejo⁶ de operar em uma nova forma de olhar, escutar e cuidar do sofrimento psíquico, tentando apreender a complexidade desse campo e marcar uma contraposição ao modo asilar e hospitalocêntrico. Esse modo de atenção psicossocial abarca a reinvenção da *práxis* do trabalho e agencia outros desafios e envolvimento na área da saúde mental (Amarante, 1996; Costa-Rosa, 2000; Kinoshita, 2001; Nicácio, 2003; Yasui, 2006). Vasconcelos (2009) considera que

O processo de trabalho na atenção psicossocial tem entre suas características o fato de que é hegemonicamente do tipo trabalho-intensivo, é majoritariamente sustentado em tecnologias leves e em relações pessoais diretas entre trabalhadores entre si, com a população em geral e particularmente com os usuários dos serviços, e mobiliza forte implicação pessoal dos trabalhadores. Essas características têm profundas consequências para os trabalhadores da área e para a gestão do trabalho e dos recursos humanos no campo (p. 159).

⁶ Desejo neste trabalho é entendido de acordo com Espinosa (em Deleuze, 2002; Chauí, 2011), que o conceitua uma energia de produção que aciona mudanças, que tem origem no inconsciente, ou seja, nos processos primários de constituição do sujeito que também está em constante articulação com as forças externas do sujeito, como o campo de forças subjetivas e sociais. Para tanto, o desejo está sempre em movimento e agencia diferentes modos de existência e ações.

Para tanto, o modelo psicossocial no cenário da saúde mental apresenta características importantes estabelecidas no processo de trabalho da produção do cuidado. Assumindo o risco de certo reducionismo, sintetizo algumas dessas características que atravessam a construção deste estudo (Amarante, 2003; Costa-Rosa, 2000; Grigolo, 2010; Guljor, 2003; Kinoshita, 2001; Nicácio, 2003; Saraceno, 2001; Vasconcelos, 2009; Yasui, 2006), quais sejam:

- constitui-se um campo de conhecimento plural, multidimensional e complexo, em constante construção;
- implica assumir os desafios subjetivos que abarcam o campo do social, do cultural, do trabalho, da comunidade, ou seja, territórios que compõem o campo complexo das necessidades;
- media intervenções da relação das pessoas com outras, reconhecendo que elas possuem uma história de vida e desejos, sendo que o foco não é a remissão dos sintomas;
- envolve múltiplos atores sociais: usuários, familiares, comunidade, profissionais, gestores, entre outros;
- atua em rede e articula espaços dessa rede no interior e no exterior do serviço, ou seja, redes que acessam diferentes campos: social, cultural, laboral, espacial, temporal, entre outros. São redes que permitem o suporte para a construção do projeto de vida e que devem potencializar o papel ativo do usuário nesse projeto;
- cria estratégias para que a demanda da assistência ultrapasse os limites do serviço, havendo um eixo normativo que guia as intervenções e que contenha o espaço para expressão de inovações, com um olhar sempre singular para cada história e caso;

- compromete-se com uma postura ético-política que embasa as formas de relacionamento com os atores sociais diversos, incentivando a disponibilidade de discussões do papel social do saber técnico, das relações de poder institucionais e sociais, com reformulações sobre a ação técnica e a organização dos serviços;
- considera esse modelo como algo mutável, que está em constante refazer, no desafio de enfrentar essa tensão de construção e reconstrução, para assim garantir o caráter potente de inventar e transformar; dentre outras.

É esse modelo psicossocial que a saúde mental pública busca atualmente se fundamentar, seguindo os preceitos do Movimento da Reforma Psiquiátrica que defende uma transformação no modo de produção do cuidado. A principal diretriz da Política Nacional de Saúde Mental é a implantação e a implementação de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, bem como a desinstitucionalização de pessoas com longo histórico de internações, atendendo de forma resolutiva aquelas que evidenciam sofrimento psíquico grave (Brasil, Ministério da Saúde, 2004, 2009; Costa, 2010).

Essa nova rede de serviços substitutivos foi instituída em oposição ao modelo biomédico e hospitalocêntrico dominante na época, no qual as relações sociais predominavam em hierarquia, exclusão, expropriação do saber e divisão do trabalho em especialidades. Ou seja, os serviços substitutivos surgem com o intuito de romper com o paradigma vigente, dando espaço ao modelo psicossocial, que tem como objetivo a reabilitação psicossocial, no sentido de ampliar e integralizar o cuidado às pessoas. Nessa perspectiva, existem hoje no Brasil vários serviços direcionados por esses princípios: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Centros de Convivência, as Cooperativas de Trabalho, os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), as clínicas

escolas de Universidades, entre outros. Todos fazem parte das propostas das políticas públicas de saúde mental e estão comprometidos com esse novo modo de atenção psicossocial.

Como citado anteriormente, os profissionais da saúde mental se deparam com novas demandas sociais em um cenário ocupado pelas práticas de atenção psicossocial que requerem envolvimento e responsabilização por parte de vários atores sociais: trabalhadores, usuários, familiares, comunidade e instituições. Essa implicação forma uma rede que possibilita o suporte psicológico, social, cultural, entre outros. Desse modo, o campo de atuação acontece nas relações sociais e na comunidade, reinventa o jeito de ser e agir dos trabalhadores no cuidado com o outro e, por consequência, com eles mesmos (Amarante, 1996; Bezerra Jr., 1994; Kinoshita, 2001; Nicácio, 2003; Silva, 2007; Silva & Costa, 2008).

Esse fato provocou a superação das formas tradicionais de controle e segregação do saber da prática médica, indicando uma complexidade de desafios a serem enfrentados e um chamado à reconstrução de novas premissas. Tal posicionamento vem reforçar que, no exercício do cuidado, deve-se levar em conta territórios comuns de diálogo por meio de dispositivos grupais (coletivos) e institucionais (Kinoshita, 2001). Assim, esse modelo de atendimento se instala no movimento de renovação de todo o sistema do saber e do cuidar e encontra respaldo na reinvenção da saúde, da cidadania, dos atores envolvidos no sistema de ação institucional, da interdisciplinaridade, ou seja, um paradigma que pressupõe mudanças profissionais e culturais profundas (Vasconcelos, 1999; Nicácio, 2003; Saraceno, 2001).

Além desses aspectos, Kinoshita (2001) considera que essa mudança é permeada por múltiplas intervenções e a produção do cuidado passa a requisitar outros instrumentos do campo clínico, como o vínculo, a responsabilidade, o resgate da fala e

da escuta, entre outros, que se constituem como facilitadores da busca pela conquista dos direitos, autonomia e reinserção social. Para Campos (2009), esses instrumentos são fundamentais e devem ser garantidos nos programas e estratégias dos serviços de saúde, sendo que os profissionais precisam ainda avaliar as experiências existenciais e sociais que estão conseguindo atingir a vida das pessoas.

Dessa forma, surge a necessidade de outras atuações relacionadas à prática de cuidados que, por sua vez, demandam transformações no processo de trabalho. Essas modificações também requerem uma rotina intensa e extensa, e se localizam em espaços que geram tensões no cotidiano dos profissionais: alta demanda de atendimentos graves, insuficiência de tempo, equipe reduzida, carência de recursos materiais etc. Esses aspectos, cada um ao seu modo, ocasionam embates entre as mudanças e a ausência de tempo e recursos que poderiam ser utilizados como mobilizadores de reflexões sobre essa atuação.

Assim sendo, Guljor (2003) alerta para “o risco de se produzir serviços que sejam reproduções burocráticas das regulamentações, perdendo de vista o referencial transformador que o processo de construção desse paradigma abarca” (p. 17). Faz-se, então, indispensável um agir ético-político com a implicação de todos os atores sociais. Por isso, é importante manter constantes diálogos entre as diferentes categorias profissionais, parcerias entre os serviços, gestores e equipes, criação de estratégias pensadas no coletivo. Ações dessa natureza potencializam o movimento de renovação para outras concepções e posturas. Esse convite induz a reflexões acerca das possibilidades de novos encontros nos espaços de saúde no sentido de que possam produzir vida, além de permitir um novo olhar em direção ao ser humano e não à doença.

1.1.2 Territórios existenciais e movimentos da desterritorialização e reterritorialização: avanços e desafios para o modelo psicossocial

As práticas da produção do cuidado em saúde mental, instauradas pelo movimento da Reforma Psiquiátrica trouxeram, nas três últimas décadas, mudanças e experiências importantes preconizadas por um novo tipo de cuidado em outros espaços que não se limitavam apenas às instituições, mas também ao território, à comunidade e às (inter) relações sociais. Na saúde mental o território é uma questão central nas novas posturas e práticas, pois norteia as ações construídas nos serviços, pensadas a partir do lugar e do tempo no qual o cuidado se insere, caracterizado pelos movimentos social e simbólico de cada espaço. Essa relação entre a produção do cuidado e o território é apontada na Portaria GM nº 336/02, que estabelece que os CAPS devem ser serviços que funcionem segundo a lógica do território.

Lancetti e Amarante (2006) explicitam que o conceito de território adotado na saúde mental não está envolvido somente com as questões materiais, indo além e abarcando as relações sociais, afetivas, políticas e ideológicas presentes em determinado momento da sociedade. Logo, a Reforma Psiquiátrica tem como proposta a assistência marcada no território como unidade produtora e reprodutora de relações sociais. Por sua vez, os geógrafos Santos (1999) e Haesbaert (2002) expõem o conceito de território que auxilia na reflexão desse campo: o território é imerso em relações que permeiam características materiais e simbólicas, imbuídas por dominação político-econômica (concreta) e pela apropriação cultural-simbólica (subjativa). Os autores acrescentam o elemento de mobilidade no território, dado que ele está em constante movimento e não tem um caráter fixo.

Nesse sentido, o território está sempre atravessado por marcas sociais, relacionais, políticas, econômicas, culturais, entre outras, que desvelam modos de viver

e expressões afetivas, modos de apropriação, modos múltiplos e contraditórios, modos de transmutações subjetivas etc. De tal forma, a Reforma Psiquiátrica considera a existência dessa amplitude do território, percorrendo lugares continuamente móveis e, por isso, demanda ações distintas que precisam ser permanentemente repensadas.

Assim sendo, a Reforma Psiquiátrica inscrita também em um território, possui como proposta o engendramento de tantos outros territórios, o que expõe desafios cotidianos. Esses diferentes territórios expressam os afetos contemporâneos de nossa sociedade que, na saúde mental, anuncia um território de transformações, tensões e potencialidades.

Deleuze e Guattari (1997b) auxiliaram na compreensão dessas transformações por meio dos conceitos de territorialização e desterritorialização. Guattari esclarece que a noção de território pode estar relacionada tanto a um lugar vivido quanto a um sistema no qual a pessoa se sente confortável e apropriada (Guattari & Rolnik, 2010). Assim, equivale a modos de subjetivação e representações de comportamentos e investimentos presentes nos espaços sociais, culturais, estéticos e cognitivos. Nesse sentido, pode haver a desterritorialização, dando espaço a linhas de fuga ou mesmo destruindo, criando-se ou construindo-se outros territórios – reterritorialização. Entretanto, tais movimentos são próprios da dimensão humana e envolvem diversos agenciamentos e intensidades.

Esses autores destacam que, no território existencial, são privilegiados os espaços dos sentidos e dos modos de expressão, nos quais existe a sensação de adequação e apropriação. Assim ocorrendo, a noção de expressividade ganha destaque e faz emergir qualidades e ritmos que se transformam com o envolvimento de forças de fixação e mudança. No território existencial, o espaço interior protege-se das forças do caos que habita o espaço exterior. Um ritmo desarmônico é sentido como desestrutura.

Mas isso não impede que esse território se abra para outros ritmos, pois é tido como um lugar de passagem ou até de fuga, podendo ocorrer o processo de desterritorialização (Deleuze & Guattari, 1997b). Como decorrência desse raciocínio, é interessante observar que, enquanto “espaço-tempo vivido”, o território é sempre múltiplo, diverso e complexo (Haesbaert, 2002).

Todavia, Rolnik (2010) elucida que a desterritorialização é um processo difícil de ser vivenciado, visto que, quando as pessoas tentam ocupar lugares singulares e distantes das serializações subjetivas, correm o risco de se sentirem fragilizadas e ameaçadas na constituição de suas próprias identidades por se tornarem alvo de questionamentos e não saberem que posição ocupam. Ao não saberem responder aos mencionados questionamentos nesse processo de desterritorialização, as pessoas criam posicionamentos defensivos por medo de comprometerem a possibilidade de sobrevivência e, por isso, acabam por ocupar o território das identidades reconhecidas.

Para Franco e Merhy (2011), as constantes construções e desconstruções dos territórios existenciais na produção subjetiva do cuidado perpassam certos critérios do saber, mas principalmente seguem a dimensão sensível da percepção da vida e de si mesmo. Essas percepções são estabelecidas entre pessoas e coletivos que atuam na realidade social. Esses autores elucidam que o movimento de desterritorialização dá espaço à adoção de novos territórios existenciais interligados, ética e politicamente, à produção de outra realidade social. Essas movimentações em linhas de fuga ocasionam paradoxos e embates que tanto podem colaborar com as transformações quanto manter ações conservadoras.

A esse respeito, Franco (2006) destaca que a produção do cuidado está muito centrada na lógica dos procedimentos e técnicas e que essas mudanças estão sendo feitas de modo parcial. Por isso, é tão comum encontrar nos serviços de saúde um modo

de funcionamento com ações híbridas. Grigolo (2010) elucida ainda outras variáveis que intervêm nesse cenário: profissionais com diferentes visões de mundo, formações, experiências e trajetórias; campo do cuidado caracterizado pela complexidade; consideração das singularidades territoriais em que se instalam os CAPS, entre outras.

Conforme apontei (Silva, 2007), no cotidiano, essas transformações são mais complexas do que se pode imaginar. Na experiência de pesquisa em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) foi possível notar que essas mudanças são vivenciadas de modo desgastante por alguns profissionais; de modo geral, as ações estão impregnadas de procedimentos centrados no modelo hegemônico e fragmentadas em reflexões que não produzem efeitos.

No modelo psicossocial, o vínculo entre profissional e usuário é de maior proximidade, trocas e construção de um projeto terapêutico feitos em conjunto. Entretanto, alguns profissionais ainda se incomodam com possíveis questionamentos que surgem nessa relação e se sentem ameaçados com tal aproximação. Essas posições, não experimentadas antes, produzem recuos e podem gerar pontos de estagnação se não houver nos serviços espaços que possibilitem a expressão dessas inseguranças e medos, bem como a construção de estratégias que visibilizem a importância dos trabalhadores para o estabelecimento do modo psicossocial.

Trata-se, por conseguinte, de projetos subjetivos e coletivos, produzidos em processos de territorialização, desterritorialização e reterritorialização, os quais envolvem alterações nos micropoderes dos paradigmas científicos e intervêm nos espaços de trabalho, ocasionando possíveis conflitos e resistências. Além de ser ampla, tal perspectiva de mudança exige a implicação de uma política de formação articulada com a prática capaz de integrar os diversos campos corresponsáveis: trabalhadores, gestores, instituições e entidades formadoras.

Para tanto, seguirei enriquecendo essa caixa de ferramentas, pois, como foi visto, o modelo psicossocial considera o conhecimento plural e complexo. Acredito que acessar outros campos, e não somente o psicossocial, além de evidenciar alguns limites significa ratificar a proposta de construção desse modelo. Ou seja, possibilita continuar com o desafio de desterritorializar e promover a (re)territorialização, (re)construindo e (re)inventando a produção do cuidado em saúde mental, para que a transformação desse modelo perpassasse igualmente pela consideração dos profissionais cuidadores e os respectivos territórios existenciais.

Adiante, será apontado que um dos motivos de esses impasses de desconstrução do modelo psicossocial permanecerem é a existência da dinâmica micropolítica, envolvendo algumas questões ligadas ao modelo biomédico hegemônico. O cuidar ainda se localiza em um território direcionado para a cura da doença e o medo do fracasso, ou seja, em um paradigma sustentado no problema-solução e na doença-cura. O sentimento de quem “tudo deve” saber determina o fazer dos profissionais. Esse território está distante das práticas integrativas e inclusivas; muito menos aceita a possibilidade de que os trabalhadores se sintam impotentes e frágeis.

1.2 As contribuições das dinâmicas macro e micropolítica na produção do cuidado em saúde mental

Segundo Rolnik (2010), os territórios existenciais nos quais cada pessoa constrói, produz desejos e subjetividades, como o modo de viver e trabalhar, revelam constantes processos de territorialização e desterritorialização. Esses processos demonstram efeitos de um agir macro e micropolítico influenciado pelo poder/saber que opera na dimensão coletiva e individual. Nesse contexto, faz-se relevante informar as

ações macro e micropolíticas que transcorrem em nosso cotidiano, tal como citado por Rolnik (2010):

Macro e micropolítica compartilham de um mesmo ponto de partida: a urgência de enfrentar as tensões da vida humana nas situações em que sua dinâmica se encontra interrompida ou, no mínimo, esmaecida. Ambas têm como alvo a liberação do movimento vital de suas obstruções, o que faz delas atividades essenciais para a “saúde” de uma sociedade. Refiro-me à afirmação da força inventiva de mudança, quando a vida assim o exige como condição para voltar a fluir. Entretanto são distintas as ordens de tensões que cada um destes modos de aproximação permite vislumbrar, assim como as manobras deste enfrentamento e as faculdades subjetivas que elas envolvem (p. 38).

Para Rolnik (2010), a ação da macropolítica compreende os espaços que situam as relações de dominação, opressão e/ou exploração. Assim, produzem-se os conflitos estabelecidos pelas desigualdades, ao passo que se busca uma configuração social mais justa. Já a ação micropolítica insere-se no campo de forças da dominação que causa estabilidade, bem como na realidade sensível que requer constantes mudanças. Manifestam-se, então, as crises na subjetividade e revela-se a expressão de uma sensibilidade que pede passagem a novas criações e percepções. De tal modo, em se tratando da macropolítica, as tensões estão no plano do “real visível e dizível”; já na micropolítica, os conflitos se revelam no plano do “real sensível, invisível e indizível” (Rolnik, 2010, p. 39).

Foucault (1977) elucidou que a dinâmica micropolítica que atua em um espaço invisível das relações e como objeto de poder tem a característica de estabilizar e normatizar verdades aparentes. Portanto, o conceito de micropolítica pressupõe o pensar a política em arranjos locais, nas microrrelações, ou seja, na dimensão micropolítica das relações de poder (Foucault, 1977). Ressalto que a política aqui é tomada em sentido ampliado, não restrito ao domínio específico das práticas relativas ao Estado, o que se dá com base no entendimento de que todos nós, sabendo ou não, estamos implicados

politicamente em questões que ocupam o nosso território existencial. Desse ponto de vista, a política é entendida como forma de atividade humana.

Nessa direção, é possível observar que, a partir do Movimento da Reforma Psiquiátrica, a área da saúde mental vem apresentando claramente essa desconstrução de saberes e certezas, evidenciando-se ações micropolíticas de movimentos sociais, como: Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, Movimento da Luta Antimanicomial. Tais movimentos tiveram papel fundamental nas diversas transformações observadas no campo do visível e dizível das seguintes ações macropolíticas: Lei nº 10.216; Portarias nº 189/02, nº 336/02, nº 3.088/11; nº 121/12, nº 148/12 etc, implantações dos NAPS (Núcleos de Atenção Psicossocial), CAPS (Centros de Atenção Psicossocial), CERSAMs (Centros de Referência em Saúde Mental), SRTs (Serviços Residenciais Terapêuticos), Centros de Convivência, UAT (Unidade de Acolhimento Transitório), Associações de trabalho e produção solidária em saúde mental, entre outras.

Assim, os progressos conquistados pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica perpassaram ações que iniciaram na dimensão micropolítica e alcançaram a dimensão macropolítica, de tal forma que a dinâmica macro e micropolítica estão sempre articuladas e revelam a importância da atenção aos processos e atitudes que permeiam esses campos.

Com as ações macropolíticas instauradas na Política Pública de Saúde Mental é possível depreender que, nos últimos anos, houve mudanças reveladoras da estruturação e do avanço na rede de serviços de atenção psicossocial. Os investimentos nessa área aumentaram, bem como a implantação de mais serviços e estratégias que evidenciam a expansão da rede de saúde mental pública, tais como a implementação e retomada em 2012, pela Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do

Ministério da Saúde, da formação e qualificação dos profissionais para Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (Brasil, Ministério da Saúde, 2012).

Para Saraceno (2001), Thornicroft e Tansella (2010), o desenvolvimento dessas transformações em âmbitos nacional e regional é imprescindível, pois abrange os campos social, político e econômico, propiciando o estabelecimento de políticas e leis de saúde mental que refletem as percepções públicas diante da aceitação e tolerância dos transtornos mentais. Entretanto, os autores citados esclarecem que essas percepções e mudanças são complexas, já que muitos outros fatores são igualmente importantes como, por exemplo: as visões e experiências pessoais dos trabalhadores e representantes civis, uma vez que eles representam a opinião social de forma mais sensível e sutil do que a maioria dos outros setores ligados ao campo da política; e os serviços com seus contextos e recursos considerados de qualidade quando oferecem a permeabilidade entre saberes e recursos, não prevalecendo a separação deles.

Nesse sentido, implantar serviços com diretrizes que se encontram sistematizadas no campo macropolítico não significa adesões imediatas e garantidas por parte de trabalhadores, gestores, usuários, comunidades; como também não assegura serviços com qualidade, capazes de atender as diretrizes do modelo psicossocial. Rotelli, Leonardi e Mauri (1990) alertam para a existência de serviços territoriais que convivem com uma desospitalização e não, de fato, uma desinstitucionalização, mudando apenas a nomeação das instituições sem fazer realmente transformações no modo de pensar e agir dos atores sociais e dos serviços.

Ante o exposto, a dinâmica micropolítica também está inserida no quadro dos importantes desafios atuais da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Há uma necessidade de repensar a Política Pública de Saúde Mental por meio do reconhecimento da relevância do cotidiano dos serviços, incluindo os processos de trabalho e gestão, os atores sociais

com suas demandas e potencialidades, enfim, igualmente dispendo a dinâmica micropolítica como estratégia de transformação. Continua-se, pois, no campo das tensões; estas, ao que parece, demandam urgência exigindo-se força inventiva de mudança que alcancem a articulação das ações macro e micropolíticas.

Assim, a opção deste trabalho é discutir com maior profundidade esse campo da sensibilidade, subjetividade e invisibilidade; essas influências micropolíticas que estão em todos os lugares e são mantidas por nós. Precisamos, portanto, adentrar nesse mundo dos relacionamentos cotidianos, os quais corporificam invisivelmente o que podemos ou não pensar por meio das articulações com o poder e o saber gerando pontos de estagnação vinculados às relações.

De conformidade com Pakman (2010), a silenciosa operação micropolítica emprega o conhecimento do que somos e do que podemos esperar do outro. Essa operação atua nas ações no trabalho e valida a forma de sustentação do cotidiano. Tudo que excede ou desestabiliza o sistema é considerado marginal ou pode ser reformulado para que não constitua um obstáculo. A dinâmica micropolítica atua silenciosa e invisivelmente, aparecendo de maneira sutil, como mera informação, para existir a sensação das decisões serem tomadas de forma informada. Na verdade, é uma falsa liberdade de podermos escolher as ações e assim manter as práticas que sustentam de maneira efetiva o que deve ser considerado real, sem a necessidade de aplicar coerção, sendo, antes, por consenso.

Ainda para Pakman (2010), a anormalidade e a exclusão ameaçam a hegemonia dos procedimentos sustentados por normas sociais, morais e profissionais do sistema de saúde. Esses procedimentos instituídos na dinâmica micropolítica cegam os profissionais no tocante a uma prática crítica, e funcionam como interruptores do

trabalho reflexivo. Logo, o trabalho acrítico pode ser compreendido como o cumprimento das ações inquestionáveis.

No território da saúde mental, esse trabalho acrítico permaneceu por décadas; as práticas do sistema psiquiátrico hegemônico foram sustentadas por uma lógica da medicalização denominada como indústria da loucura. O saber e o poder atuavam intensamente por meio de ações disciplinadoras, criadas em nome de uma suposta defesa da sociedade, tendo como consequência a clausura manicomial. De acordo com Merhy et al. (2010),

Quando essas formas de representações se fazem práticas de eliminação, interdição e disciplinarização do outro, aí o que há de fato é a anulação do outro como singularidade e a ideia de que essa singularidade do outro é uma ameaça à minha. A minha passa a valer mais nos jogos de força e isso pode me impulsionar para um modo fascista de viver com os outros (p. 65).

Assim, a desinstitucionalização da loucura não é apenas o simples fato de desospitalizar e construir novos serviços, ou seja, o agir antimanicomial é atitude e postura que perpassam práticas subjetivas, sociais, culturais e políticas (Nicácio, 2003; Rotelli et al., 1990). “Isto nos leva a pensar que talvez o que legitime um processo de desinstitucionalização seja a mudança efetiva na rede de relações de poder, tanto na relação entre os trabalhadores, como destes com os gestores e usuários”, afirmam Nardi e Ramminger (2007, p. 268).

Contudo, essas transformações vêm se desenvolvendo em um campo social impregnado de uma hegemonia da lógica do consumo, do esvaziamento de ações políticas, do empobrecimento de relações próximas e da carência de uma cultura crítica. Essas vivências são mantidas pelo império da máquina capitalística⁷ que cria sistemas de “conexão direta entre as máquinas produtivas, as grandes máquinas de controle

⁷ A utilização do termo capitalístico se refere não apenas às sociedades qualificadas como capitalistas, mas para demarcar outras sociedades e modos de vida que são guiados pela lógica do consumo e do controle social (Guattari & Rolnik, 2010).

social e as instâncias psíquicas que definem a maneira de perceber o mundo” (Guattari, 2010, p. 35).

Deleuze (1992), por sua vez, considera que a sociedade disciplinar discutida por Foucault (1977) vem sendo substituída pela sociedade do controle. Geralmente esse controle é apresentado de forma suave e vem travestido de reivindicações do direito de consumir e escolher o que aparentemente desejamos no exercício da liberdade. Igualmente, há uma visão de mundo imediatista a qual não suporta as dores (físicas e emocionais) e considera a vivência do conflito subjetivo um *clichê* do passado; na verdade, essas questões são meramente avaliadas como disfunção ou desvio de funcionamento do organismo.

Pelo que posso depreender, a proposta que abarca os projetos dos CAPS e dos serviços implantados na saúde mental parecem estar na contramão dos roteiros seguidos pelas máquinas produtivas de consumo e de controle. Qualquer dispositivo de cuidado com seus pressupostos embasados no projeto da Reforma Psiquiátrica tem por objetivo, além de diminuir a dor e o sofrimento dos usuários, instalar mecanismos de autonomia, criar lugares de convivência e inclusão, conviver com questões dolorosas e, ainda assim, construir novas formas de lidar com a vida. Tais dispositivos visam contribuir para que a existência coletiva seja mais tolerante e as experiências individuais incluam mais forças criativas, o que na prática cotidiana tem sido difícil de ser contemplado.

Nesses termos, o embate tem sido constante, e o profissional da saúde, atualmente, é solicitado para não admitir a dor e o sofrimento como dimensões inevitáveis e importantes da vida. A corrida contra o tempo requer diagnósticos rápidos e acertados, o sofrimento psíquico é, cada vez mais, despido de significação devendo ser eliminado de forma instantânea e silenciosa. Dada essa tendência que se impõe no cuidado com outro, como o trabalhador da saúde poderá pensar no cuidado de si? Como

as práticas governamentais irão investir em ações que beneficiem os trabalhadores? Assim posto, o desafio é reconhecer que nessa repetição há a possibilidade de se construírem diferenças e, desse modo, novos planos de cuidado. Como bem sinalizado por Foucault (2004a), as forças de resistência produzem atos que dão origem às forças de criação de outras realidades. Por conseguinte, é necessário apostar na produção de novos acontecimentos.

Nessa direção, Merhy (2002, 2009) propõe considerar a dimensão do trabalho vivo em ato possível de acontecer no cotidiano dos serviços de saúde, pois estes são espaços que estão imbuídos de encontros mantidos por relações que se produzem em ato e nas circunstâncias específicas de cada momento, cuja potência dispara novos processos de subjetivações. Este autor também considera que, no território da saúde, o processo de trabalho abarca atividades que envolvem inovações e liberdade e são constituídas por meio do espaço intercessor, ou seja, nos encontros relacionais (trabalhador-usuário; trabalhador-trabalhador; trabalhador-organização). Para tanto, a efetivação do trabalho vivo em ato na saúde se expressa nas relações intercessoras presentes na produção do cuidado, que permite a expressão das intencionalidades, bem como conhecimentos e representações sobre o trabalho. Nesse cenário, circula a dinâmica micropolítica que abarca as subjetividades, intencionalidades e agenciamentos.

Portanto, nos relacionamentos entre os trabalhadores torna-se possível identificar as dificuldades capazes de construir possibilidades de enfrentamentos e a inovação da dinâmica micropolítica erigida em cada espaço de trabalho. Precisa-se, então, atentar ao fato de o campo do cuidado ser espaço das afetações mútuas e, portanto, local aceitável de atuação da diferença. Ampliar o olhar e a escuta aos trabalhadores, criar espaços para compreensão do modo de produção de vida e de

trabalho que cada um vivencia implica engendrar encontros que produzam o trabalho vivo em ato e também o compromisso ético-político na relação com o outro e consigo mesmo.

Em se considerando que das experiências decorrem mudanças e, por consequência, ativam o processo de desterritorialização, este, quando advindo de uma reestruturação produtiva, pode reaquecer o desejo dos trabalhadores por meio dos encontros potentes (Rolnik, 2011). Logo, as estratégias precisam abarcar questões do plano subjetivo e invisível na produção de um cuidado de si, de modo que esses dispositivos tenham regularidade e estejam abertos a reflexões críticas e a novas conexões.

Para Guattari (2010), a micropolítica processual é aquela que constrói novos modos de subjetivação e só pode ser inaugurada a partir dos agenciamentos que a constituem, na invenção de modos de referência, de modos de práxis, ou seja: “invenção que permita elucidar um campo de subjetivação e, ao mesmo tempo, intervir efetivamente nesse campo, tanto em seu interior como em suas relações com o exterior” (p. 38).

Vale ressaltar, ainda, que todos os atores sociais contribuem de alguma forma para as transformações ocorridas no campo macro e micropolítico. Concordando com Guattari (2010), destaca-se que os ocupantes de uma posição no espaço de ensino, nas ciências sociais e psicológicas e que tenham interesse pelo discurso do outro também estão situados nessa encruzilhada macro e micropolítica. Assim sendo, possuem duas opções: ou reproduzem o modelo dominante ou criam possibilidades para o funcionamento de novos processos de subjetivação; isto é, não há neutralidade.

1.3 Possibilidades de produção do cuidado do cuidador no campo da saúde mental: a dinâmica do cuidar de si para cuidar do outro

No campo da saúde, o ato de cuidar geralmente é estabelecido pelos profissionais com disponibilidade para oferecer apoio às pessoas com algum sofrimento. Na saúde mental pública, o objetivo desse encontro é diminuir o sofrimento psíquico utilizando-se recursos terapêuticos que envolvam o acolhimento e o vínculo entre usuário, família e comunidade.

Inicialmente os elementos terapêuticos que abrangem esses componentes da vinculação podem ser operados em um espaço que parece ser exterior ao profissional, sendo considerados exclusivamente como recursos técnicos e independentes da relação construída entre profissional e usuário. Nessas relações se estabelecem o acolhimento, bem como os possíveis diagnósticos, a elaboração de um projeto terapêutico e também o desenvolvimento de uma força desejante no sentido de que o cuidado apresente “bons resultados” (o que é sempre esperado pelo profissional).

Por meio desses contatos surge uma configuração relacional mais próxima; os instrumentos técnicos, antes requeridos somente nas práticas normativas, passam a solicitar recursos internos e subjetivos dos trabalhadores. Ou seja, o sofrimento psíquico do usuário assim como a complexidade do trabalho em saúde mental requerem encontros relacionais que agenciam repercussões nos sentimentos e ações dos profissionais (Costa, 2013; Fraga, 1997; Ferrer, 2007; Silva, 2007).

Considerando-se que os casos atendidos na saúde mental pública frequentemente são complexos e intensos, sendo alguns vistos como crônicos, ocasionam na equipe ou no profissional a impressão de que nada pode ser feito. Em momentos de supervisão clínico-institucional entre os grupos de técnicos, é comum escutar queixas de como eles se sentem paralisados perante determinadas situações, originando aflições, dúvidas e

certo desânimo quanto ao futuro da proposta da Reforma Psiquiátrica. Afinal, esses profissionais lidam diariamente com experiências que mostram as dores, os medos, as angústias, os desamparos, as desesperanças, ou seja, sentimentos associados aos limites existenciais do viver.

Alguns autores sinalizam que essas vivências expõem os trabalhadores à sobrecarga emocional, testam sua capacidade de equilíbrio fazendo surgir sentimentos que mobilizam angústia, raiva, decepção e frustração. Nas investigações realizadas, os profissionais relatam que esse envolvimento vai além das questões clínicas e dos recursos utilizados na reabilitação psicossocial, ocasionando nova lógica de cuidados e responsabilidades (Fraga, 1997; Machado, 2006; Merhy, 2007; Migott, 2001; Miranda & Onocko Campos, 2008; Nicácio, 2003; Nogueira-Martins, 2002; Ramminger, 2005; Silva, 2005; Silva, 2007; Silva & Costa, 2010).

Essa sensação de maior responsabilidade ocorre com mais amplitude na proporção da proximidade dos trabalhadores na linha de frente dos serviços. Há um sentimento compartilhado em que todos estão sendo frequentemente exigidos. Neste ponto, em investigação anterior acerca das relações de (des)cuidado nos CAPS evidencia-se que há mais preocupações do que propostas de soluções (Silva, 2007).

Na pesquisa de mestrado por mim realizada sobre as relações de (des)cuidado que permeiam o cotidiano dos CAPS, revelaram-se alguns dos percalços relatados pelos participantes: contato frequente com a dor e o sofrimento dos usuários; ausências e limitações da rede de apoio-assistência que se contrapõem às demandas e expectativas dos usuários e familiares; usuário e/ou familiares não adeptos ao tratamento; contato com a miséria socioeconômica dos usuários e familiares; conflitos nas relações interpessoais de trabalho e na atuação interdisciplinar da equipe, entre outros (Silva, 2007).

Apesar de essas experiências ocuparem a rotina dos CAPS pesquisados, bem como a maioria dos serviços, foi possível observar que a vivência e a crença de que as novas práticas definidas pelo modo de atenção psicossocial possibilitam o cuidado pautado numa sociedade que permite a inclusão, o respeito, a igualdade de direitos e a (re)conquista da autonomia; isto proporciona aos profissionais satisfações afetivas e ideológicas. Nessa perspectiva, afloram significados que vão além das dificuldades enfrentadas na rotina desse trabalho complexo.

Mesmo com os entraves comuns nas transformações humanas, investigações avaliativas e relatos de experiências demonstram que o projeto dos CAPS tem dado certo e possibilitado novas experiências na atenção psicossocial (Guljor, 2003; Grigolo, 2010; Yasui, 2006; Onocko Campos, Furtado, Passos, & Benevides, 2008; Pitta, 2011). E para preservação e melhoria das conquistas é importante manter essa força transformadora com vistas a superar os obstáculos e instigar a criatividade no avanço da inovação de estratégias.

Em relação aos trabalhadores, há propostas em relatórios e portarias, como por exemplo o Relatório da III Conferência Nacional de Saúde Mental no ano de 2002, Portaria GM nº 1174/05 que destinou o incentivo financeiro emergencial para a implantação do Programa de Qualificação dos CAPS e Gestão dos CAPS, Relatório da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial no ano de 2010. Ou seja, existem programas e projetos já ratificados no campo das políticas públicas para os trabalhadores de saúde mental, todavia, as pesquisas demonstram uma lacuna entre a realidade prática das ações e as necessidades detectadas (Ramminger, 2005; Silva, 2007).

Além disso, existe outro ponto fundamental e instigante: mesmo com a implantação de algumas propostas pairam questionamentos e resistências sobre a

importância desses espaços que abarcam assuntos relativos aos trabalhadores e suas aflições, dúvidas, desânimo, impotências. Entretanto, é necessário apontar que tais questões configuram processos subjetivos que expressam a maneira particular de cada profissional se relacionar com o trabalho e com as concepções do modelo psicossocial.

Neste estudo, em que as reflexões recaem nos profissionais da saúde mental, indago: por que ainda encontramos entraves em debater e pensar em ações que oferecem mais qualidade e incluem espaços de discussão permanente acerca das dificuldades e desafios que os trabalhadores enfrentam na produção do cuidado na atenção psicossocial? Acredito que nesse campo haja um desafio, que denomino “Produção do Cuidado do Cuidador”. Tal desafio tem o propósito de ampliar a questão do ato de cuidar na área da saúde mental, no sentido de envolver os trabalhadores a pensarem em ações que integrem um cuidado de si como condição *sine qua non* para cuidar do outro.

É um processo social complexo que requisita um novo modo de olhar para o outro (usuário) e, em consequência, para si mesmo (profissional). Afinal, a proposta do paradigma psicossocial agencia diferentes possibilidades de encontros que estimulam a produção do cuidado que, nesse sentido, carece também de ser direcionado aos trabalhadores. O desafio é operar um cuidar que aceite a diferença e não a anulação de todos os atores sociais, inclusive os profissionais.

As pesquisas atuais demonstram que a implantação de programas e projetos destinados aos profissionais de saúde passa pelo reconhecimento de que é preciso cuidar de si para cuidar do outro (Campos, 2005; Machado, 2006; Migott, 2001; Nogueira-Martins, 2002; Silva, 2007). Logo, a produção do cuidado do cuidador abrange ações que incluem os trabalhadores da saúde mental, mas que, infelizmente, estão sendo

pouco problematizadas no cotidiano dos serviços, nas estratégias dos gestores e nas políticas públicas.

Nessa direção, a proposta da “Produção do Cuidado do Cuidador” trazida nesta tese tem a relação do cuidado consigo mesmo que remete ao que Foucault (1985 / 2004a) identificou como o “cuidado de si”. Esse movimento permite um exercício filosófico sobre o cuidado ético de si mesmo, uma estética da existência e da problemática política no campo do cuidar. Estas são atitudes ligadas ao modo de estar no mundo, praticar ações, relacionar-se com outras pessoas, olhar para si e perceber atos com os quais nos admitimos e nos transformamos, por meio de uma relação com o saber e com a verdade, o que não é, necessariamente, o conhecimento verdadeiro.

Como forma de dar visibilidade a esta proposta da “Produção do Cuidado do Cuidador” balizada nos estudos de Foucault (2004a) sobre a noção de *epiméleia heautoû* (cuidado de si), elenco algumas características que elaborei e representam a proposta deste trabalho, e pressupõem posturas e ações referentes ao cuidado de si como condição para cuidar do outro, ou seja, atitudes que transpõem um exercício solitário e se transfiguram em prática social, a saber:

- o cuidado de si como um “cuidado da alma”, tendo a possibilidade e o dever de ocupar-se de si e de suas ações no mundo. Para Foucault (2004a) a “alma” é tida como um sujeito de ação, por isso ele se relaciona com o mundo, com os outros e com ele mesmo;
- a prática social vivenciada pelo cuidado de si como um sistema de trocas recíprocas que comporta o espaço do eu e dos outros, sendo ao mesmo tempo uma prática pessoal e social;
- responsabilização por ações e relações que fazemos, pelas quais podemos nos modificar com base em uma correlação com o exercício do refletir

sobre aquilo que aceitamos, rejeitamos e aquilo que queremos mudar em nós mesmos e em nossa atualidade social;

- cuidado de si como implicação com o caráter prático, político e subjetivo, tomando igualmente o outro como referência para reflexão e ação;
- valorização dos encontros relacionais que empregam o cuidado de si por meio de compartilhar e guiar práticas que envolvem a comunicação com outrem como forma de aperfeiçoamento da “alma”, ou seja, do sujeito da ação.

O núcleo argumentativo de Foucault (2004a) em relação ao cuidado de si é estabelecido no retorno à cultura e à filosofia greco-romana que tiveram como eixo de fundamento e modo de existência a noção de *epiméleia heautoû* (cuidado de si). Esta, a seu modo, possibilita uma tomada de consciência crítica do indivíduo em relação a si próprio, ao outro e a sociedade em que estamos inseridos. É um exercício de atenção, de converter o olhar para si mesmo em uma implicação de estar atento ao que se passa nos pensamentos e ações pelas quais nos assumimos, nos modificamos e nos transformamos.

Logo, o cuidar de si envolve a presença do outro, sendo que somente podemos nos modificar pela presença do que vemos no outro, isto é, o EU só existe porque existe a presença do OUTRO e nele posso me ver. Como forma esquemática de representar essa relação com a produção do cuidado do cuidador foi elaborado uma figura ilustrativa dessa composição (Figura 1), a seguir:



Figura 1: Esquema representativo da Produção do Cuidado do Cuidador

Nesse contexto de retorno histórico para a compreensão do cuidado de si, Foucault (2004a) questiona o abandono da noção de *epiméleia heautoû*, desconsiderada na filosofia ocidental e no pensamento filosófico moderno e substituída pela noção de *gnôthi seautón* (conhece-te a ti mesmo). O autor pontua duas possibilidades que se referem a essa divisão. A primeira, por ele considerada superficial, decorre do fato de a história moral do cuidado de si ter gerado uma conotação negativa de egoísmo sob a forma de uma postura cristã que tem em seus fundamentos a obrigação de renunciar a si em benefício dos outros (coletividades, classe, pátria etc). A segunda razão, considerada essencial, pertence ao problema da verdade e da história da verdade:

A razão mais séria, parece-me, pela qual esse preceito do cuidado de si foi esquecido, a razão pela qual o lugar ocupado por esse princípio durante quase um milênio na cultura antiga foi sendo apagado, pois bem, eu a chamaria – com uma expressão que reconheço ser ruim, aparecendo aqui a título puramente convencional – de “momento cartesiano”. Parece-me que o “momento cartesiano”, mais uma vez com muitas aspas, atuou de duas maneiras, seja requalificando filosoficamente o *gnôthi seautón* (conhece-te a ti mesmo), seja desqualificando, em contrapartida, *epiméleia heautoû* (cuidado de si)” (Foucault, 2004a, p. 18).

É fundamental compreender que essa ruptura do cuidado de si para a instituição do conhecimento de si representa um descolamento para as lógicas de pensamento mais racionalistas, denominado por Foucault (2004a) de momento cartesiano. Nesse sentido, o conhece-te a ti mesmo do procedimento cartesiano se refere à evidência da própria existência do sujeito, isto é, instaurou-se a ênfase na origem do sujeito como forma de consciência; o fato de existir e ter consciência já é dado indubitavelmente como um acesso fundamental à verdade.

Ao traçar esse panorama genealógico do cuidado de si, o autor revela um deslocamento do conhecimento sobre o cuidado que, em primeira instância, é expresso no SER pelo cuidado de si e depois se transforma no SABER do conhece-te a ti mesmo. Esses movimentos que distinguem o modo do cuidado de si produzem mudanças na forma de pensar e agir, bem como estruturam e repercutem modos de cuidado presentes na sociedade.

Essa constatação engendra questões essenciais na produção do cuidado do cuidador, tais como: que verdades se tornaram inquestionáveis na produção subjetiva do cuidado de si e nos aprisionam a ponto de nos submeter a determinadas escolhas? O cuidado de si estaria sendo capturado por lógicas instrumentais do saber-fazer que não reconhecem na subjetividade uma força operatória, imanente e produtora da realidade?

Desse modo, além dos sistemas de dominação e de poder, a análise do cuidado de si pode considerar a maneira como os trabalhadores vivenciam e dão sentido às experiências de produção do cuidado do cuidador, isto é, o modo como se ocupam de si mesmos. Esse diálogo pressupõe igualmente a articulação com o outro, seja ele um profissional, usuário, gestor, familiar etc; ademais, permite posturas ético-reflexivas que podem dificultar a permanência das relações de poder. Os trabalhadores, um dos

principais agenciadores da Reforma Psiquiátrica, precisam refletir acerca dessas diferentes formas de saberes e práticas relacionadas com trabalho e com suas vidas.

Foucault (2004a) novamente contribui explicitando que novas posturas produzem resistência; afinal, onde houver poder, haverá resistência. Assim, o autor indica que em todo processo hegemônico existirão pontos de fragilidade os quais se abrem para novos movimentos que podem ser opostos e geradores de desvios. Ressalta ainda que, nesses pontos, há espaço para forças criadoras e transformadoras.

Entendo que nesse campo das mudanças e resistência a produção do cuidado do cuidador também se insere. Em nossa realidade atual, os CAPS apresentam dispositivos que oferecem esse exercício do cuidar de si, como, por exemplo, as supervisões clínico-institucionais e as reuniões semanais entre as equipes. Entretanto, não há regularidade em abordar essa temática, o que impossibilita a presença de outros movimentos perante a repetição, os quais têm um papel importante como modo de construção das diferenças (Merhy, 2002). É possível produzir diferença naquilo que se repete, que tem regularidade ou mesmo que produz resistência. De tal modo, Kastrup e Barros (2010) esclarecem que “para enfrentar a repetição há que se criar/usar/fazer funcionar o dispositivo com regularidade. Melhor dizendo, há que extrair da regularidade do dispositivo, do modo regular com que ele pode ser apresentado, sua força desviante de repetição” (p. 80).

Em outras experiências com algumas equipes de CAPS, quando solicitadas a pensarem em espaços que contenham a produção do cuidado do cuidador, a imagem comum criada no coletivo dos profissionais é a de que os serviços ficarão paralisados enquanto eles discutem suas dúvidas, seus desânimos e cuidam das angústias e fracassos. Nos relatos obtidos, esse procedimento é sentido como perda de tempo, culpa, descuido com os usuários, falta de preparo, incompetência, entre outros. A forma

ou tempo como podem ser construídos esses lugares, bem como a qualidade ou melhora dos atendimentos ficam ainda distantes dessas reflexões.

Ponto que não tenho a pretensão de que os serviços deveriam instalar vários “*settings* terapêuticos” para dar conta de todas as dificuldades e sofrimentos que os profissionais possam vivenciar. Todavia, anseio que as rupturas solicitadas para a atuação no modelo psicossocial, que abarcam mudanças pessoais e sociais profundas, possam criar e garantir lugares de reflexão e avaliação desse novo pensar e agir.

Perante a realidade, as supervisões clínico-institucionais ainda não constituem prática regular desses serviços, pois os recursos destinados às consultorias ou às referidas supervisões ainda são limitados e sem continuidade. Pelos documentos consultados, há uma preocupação no campo da reforma psiquiátrica com a implantação desses dispositivos, bem como diretrizes que apontam para projetos estratégicos com os profissionais. Mas, infelizmente, essas ações ainda constituem desafios a serem enfrentados.

Dessa forma, esse é um campo permeado de resistências e relações de poder; em consequência, podem produzir movimentos de mudanças que, em princípio, operam a estagnação (Foucault, 2004a). O desafio é construir ofertas que demandem a produção do cuidado do cuidador, auxiliando-a a se tornar apta a percorrer caminhos que indiquem pistas para as transformações comprometidas em melhorias a todos os atores sociais envolvidos no cenário da saúde mental.

Enfatizo, assim, que a pretensão neste trabalho é a de evidenciar a necessidade de se inserirem nessas propostas de mudanças questões que tratem da produção do cuidado de si, por parte dos profissionais, no sentido de se inventarem dispositivos potentes de cuidado aos cuidadores. No entanto, é essencial darmos outros passos para o avanço no processo de desterritorialização com o paradigma biomédico hegemônico;

destarte, precisamos atingir outros pontos não alcançados pelos movimentos sociais que iniciaram essas mudanças de postura.

No território do paradigma psicossocial é possível construir possibilidades de novas construções feitas no conjunto e sem hierarquia, podendo-se seguir adiante, refletir e criar ações mais complexas tendo em vista aperfeiçoar os atendimentos, o trabalho, o cuidar. Como bem enfatizam Merhy *et al.* (2010, p. 73), “o cuidado é a alma dos serviços de saúde e a estratégia radical para defesa da vida”, por isso é tão caro e deve ser incluído em intervenções amplas que envolvam também os trabalhadores.

Faz-se, então, importante esclarecer que tais questões remetem a uma trama complexa de diversos macro e micropoderes. Para caminhar nessa direção é necessária também uma compreensão da dinâmica micropolítica do processo de trabalho em saúde mental, no sentido de refletir as possibilidades de intervenções nos cotidianos institucionais em busca de um novo modo de operar o modelo de atenção psicossocial como questão de natureza macro e micropolítica.

1.3.1 Produção do cuidado do cuidador: a implicação de um reposicionamento subjetivo

Há algum tempo, no discurso científico e filosófico, as questões referentes ao conceito de subjetividade constituem um universo de paradoxos e constantes transformações. Como exemplo, é pertinente citar a área da Psicologia que inicialmente aponta a subjetividade como uma experiência estrutural e racional, com uma perspectiva de pensar as emoções e sentimentos somente por meio do universo privado, com dicotomias entre exterior e interior, individual e coletivo. Esse posicionamento permeou um modelo dominante de fazer ciência, no qual a subjetividade foi tomada como algo que podia ser naturalizado e generalizado. Nesses termos, tal influência teve

consequências na visão de homem de modo seccionado entre mundo social e psicológico (Leite & Dimenstein, 2002).

Para esses autores, em função do contexto social da época, esse cenário foi modificado a partir das décadas de 1960 e 1970. No que se refere à Psicologia, a subjetividade passa a ser destacada na articulação com os processos sociais, tendo caráter relacional entre indivíduo e sociedade. Essas mudanças ficaram mais evidentes no âmbito da Psicologia Social que permitiu um redimensionamento da visão de homem, assumindo-se que o indivíduo deve ser compreendido na rede de relações que incluam questões sociais, econômicas, familiares, culturais, históricas, biológicas, entre outras.

É importante destacar que os pressupostos do paradigma psicossocial estão também vinculados a essa nova percepção de homem e de entendimento da subjetividade e promovem modificações para um fazer integral com o envolvimento das instâncias individuais e coletivas. São propostas de transformações das práticas e posturas na produção do cuidado, utilizando-se o campo social como suporte para as intervenções e compreensão das interrelações.

Deleuze e Guattari (1996a) entendem a concepção de subjetividade como categoria processual, inscrita no plano da produção e disposta no registro do social. Guattari (2010) elucida que a subjetividade perpassa as instâncias individuais, coletivas e institucionais, sendo também apreendida com base na natureza industrial, fabricada, modelada e consumida. Para o autor, a maneira de perceber o mundo é introjetada nas pessoas pelo plano político e econômico e, por isso, influenciam os processos de trabalho e as relações sociais. Portanto, as mudanças macropolíticas e micropolíticas também estão relacionadas aos processos subjetivos.

Para Guattari (1992) a compreensão da subjetividade não pode ser reduzida meramente aos mecanismos psicológicos, afinal, as máquinas sociais, econômicas e tecnológicas comprovam que, além de operarem nos planos das memórias e inteligências alcançam os campos da sensibilidade, do afeto e do inconsciente. Nesse aspecto, em cada espaço e tempo há atitudes, opiniões e modos de vida vivenciados com diferentes particularidades, os quais estão relacionados às questões sociais, históricas, políticas, religiosas, entre outras. A área da saúde mental ocupa um lugar na qual é observada claramente a complexidade dessas manifestações, bem como a forma como inserem determinados tipos de comportamentos que serializam as ações cotidianas.

Assim sendo, o modo como as pessoas significam suas experiências no contexto de trabalho também deve ser incluído como análise das expressões subjetivas. Esse espaço permite o acesso às maneiras de os profissionais se relacionarem com os sistemas de verdades e com a forma de reprodução desses sistemas, além de possibilitar o aparecimento de linhas de fuga e novos agenciamentos micropolíticos. Logo, “estudar a relação entre subjetividade e trabalho é estar atento (...) às transgressões e às possibilidades de invenção de outros modos de lidar com as normas, quiçá transformando-as” (Nardi & Ramminger, 2007, p. 273).

Na saúde mental, um dos desafios importantes atualmente é avançar nas mudanças da produção subjetiva do cuidado, as quais determinam a ação do cuidar no cotidiano do trabalho por meio das diversas conexões: trabalhadores-trabalhadores, trabalhadores-usuários, trabalhadores-instituições (Silva, 2007). Nesse contexto, tais mudanças constituem campos invisíveis de microrrelações capazes de aumentar ou diminuir a potência dos atos de cuidado. Como ressaltam Franco e Galavote (2010), “a subjetividade, inscrita na relação trabalhador de saúde e sua atividade de cuidado no

cenário molecular, sempre terá efeitos que são concretos e reais, mesmo que não visíveis” (p. 187).

Consoante com Franco e Merhy (2011), a produção subjetiva do cuidado é uma formulação que reconhece a capacidade operatória da subjetividade, indicando que essa produção subjetiva compõe três dimensões: 1) o desejo como força propulsora das energias produtivas do sujeito e que o coloca em movimento para produzir o cuidado; 2) as redes que se formam para produzir o cuidado, partindo do pressuposto de que todo trabalho em saúde é feito em redes que se constituem como um rizoma⁸, ou seja, não são lineares, seguem lógicas próprias e conforme as necessidades, compondo distintos mapas; 3) a liberdade constitutiva do trabalho vivo em ato que se movimenta para produzir cuidado agenciado pelos encontros entre os trabalhadores e usuários.

Para ocorrer essas modificações os profissionais carecem de reposicionar subjetivamente o pensar e o agir no ato de cuidar do outro e, como proposto neste trabalho, de si mesmo (cuidado do cuidador). Para tanto, é preciso deslocar, criar, construir e experimentar o processo de desterritorialização que, como discutido, nem sempre é fácil de ser vivenciado por gerar inseguranças e medos próprios no conhecimento de novos territórios.

Com esse entendimento, a proposta é a de um reposicionamento subjetivo na produção do cuidado do cuidador, ou seja, a realização de movimento para um território diferenciado do lugar de origem; confrontam-se, então, outras realidades, novas expressões de cuidado que ofertem possibilidades de reterritorialização nas quais se constata a não-repetição de atitudes e, de alguma forma, a manifestação do trabalho vivo em ato (Merhy, 2002).

⁸ Conceito proposto por Deleuze e Guattari (1995a) em *Mil Platôs*, vol. 1, Ed. 34. Na página 73 deste trabalho este conceito é abordado.

Logo, é indispensável compreender a subjetividade em sua dimensão criativa processual, vislumbrando-se formas relacionais de cuidado mais complexas. “A invenção de outras formas de vida no trabalho passa necessariamente pela promoção de um deslocamento dos modos habituais de habitar os serviços e promover a variedade, a experimentação de formas outras de vida e de comunidade” (Barros & Heckert, 2010, p. 140).

Vale lembrar, como assinala Merhy (2007), que qualquer aposta em diferentes práticas de saúde na contramão das formas hegemônicas lança novos coletivos de atos vivos nos trabalhadores e, por consequência, produzem mais vida nas relações. Na saúde mental, essas ações acompanham também um engajamento ético-político identificado com a produção de redes sociais inclusivas.

É, pois, no campo de trabalho que os profissionais possuem a liberdade de experimentar esses aspectos ligados à produção do cuidado do cuidador, juntamente com o estabelecimento de valores como vínculo, acolhimento, escuta, inclusão, intervenção no espaço social, entre outros. Nesse sentido, Franco e Merhy (2011) esclarecem que o ato cuidador vai além das normas e regras dos espaços físicos e se inscreve no território existencial de cada trabalhador de acordo com o posicionamento ético-político; em sendo assim, ocorre em qualquer local onde ele estiver.

Dessa forma, os profissionais que estão no cotidiano da saúde mental atuam em intensidades e fluxos diversos provocando novos agenciamentos e a criação de um campo relacional com forças que podem gerar mudanças e/ou estabilizações por meio de fortes conexões de saberes, fazeres e subjetividades. Tais conexões configuram ações que podem (ou não) ser produtoras de um cuidado do cuidador, sendo que o mundo do cuidar se estabelece no cenário das relações que provocam os encontros, nomeados por Merhy (2009) como espaços e encontros intercessores na saúde.

Merhy (2009) emprega o conceito de intercessores, utilizado por Deleuze (1992), para explicar a ideia de encontros disparadores de acontecimentos produtivos e de novos processos de subjetivações que ocorrem em locais relacionais de constituição de atos inovadores. Nesses encontros surgem os espaços intercessores que podem existir em qualquer lugar de construção de relações entre pessoas.

Para Merhy (2009), esses espaços são percebidos como lugar que revela as vozes e escutas das demandas envolvidas no interior do processo de trabalho em saúde. Esses campos compõem complexa teia de interesses que abarca tanto o modelo de organização e o modelo tecnoassistencial do trabalho em saúde quanto o universo ético-político do trabalhador. Logo, é também importante compreender em qual modelo de atenção à saúde (biomédico ou psicossocial) o processo de trabalho está localizado.

Outro ponto relevante refere-se ao questionamento de como são vivenciadas as experiências que permeiam esses encontros intercessores e como o trabalho vivo em ato tem sido capturado no interior do cotidiano dos serviços. Merhy (2002) considera o trabalho vivo em ato como um elemento dinâmico e potente em criatividade e autogovernabilidade na produção do cuidado. Assim sendo, constitui uma potencialidade relacional que se constrói na ação territorial dos atores e, por isso, é imprevisível e aberto a lugares de significações e reinvenções do agir responsável com princípios ético-políticos.

Desse modo, no trabalho vivo em ato e nesses espaços intercessores é possível vislumbrar a possibilidade de falas e escutas referentes aos processos de subjetivação que abrangem as ações do cuidado do cuidador. A invenção de dispositivos que tenham regularidade e possam abarcar esses assuntos representa um dos desafios atuais; assim sendo, tais dispositivos poderiam ser contemplados no planejamento dos diversos níveis de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). Elaborar essas ferramentas analisadoras

significa tornar questões silenciosas e invisíveis em temas públicos para o coletivo dos trabalhadores e equipes (Merhy, 2009).

De igual modo, Merhy et al. (2010) revelam que, para criar novos planos de cuidado, é preciso abrir espaço para o trabalho vivo em ato e para a produção de novos acontecimentos. Desse ponto de vista, os autores propõem a tarefa de produzir diferença na repetição no ato de cuidar, ou seja, devemos estar atentos aos movimentos ainda não observados, às escutas e falas inaudíveis, aos gestos significativos, às ações não percebidas (Deleuze & Guattari, 1995a).

Pakman (2010) corrobora com essas propostas ao afirmar a necessidade de os profissionais capturarem os eventos invisíveis que operam como parte da dinâmica micropolítica e estão presentes na sucessão dos dias de trabalho, além de abrirem mundos experienciais novos que implicam outrossim um agir ético-político. O autor destaca que no campo da micropolítica e das forças hegemônicas existem pontos indeterminados que ele denomina de eventos poéticos e têm a função de evidenciar acontecimentos que, no momento, não são sinalizados como presentes.

Esse autor (2010) elucida também que, na área da saúde, os procedimentos institucionalizados guiam os profissionais a visões e atitudes padronizadas. Assim, tendem a observar o que é prescrito e previsto; já em situações novas geralmente se sentem paralisados e impotentes. Entretanto, ele acredita que em todo trabalho ético haja a possibilidade poética de emergência de um evento capaz de romper com a micropolítica cotidiana que domestica os profissionais. Os eventos poéticos geram recordações e elaborações objetivando-se mais vida em novos caminhos e a compreensão do que somos e quem somos.

Para acessar os eventos poéticos é necessário estar atento ao campo da imaginação de modo figurativo e amplo, o qual não se limita ao plano visual. Pakman

(2010) considera a imaginação como o processo de expressão de um sentido, inclusive de percepções que se transformam em figuras sensoriais, auditivas, táteis, visuais, olfativas e gustativas, entre outras, podendo relacionar-se com estados emocionais completos de bem-estar ou mal-estar. Logo, a imaginação poética abre as portas a uma sensibilidade que não se conecta somente com as palavras e oferece a possibilidade de um novo evento fora das expressões da fala.

Rolnik (2011) também fornece pistas para essa necessidade de ir além das percepções visuais determinadas no cotidiano pelo “olhar retina”, ou seja, aquele que enxerga tão somente o plano superficial do visível e as estruturas habituais que estão nas relações de movimento e repouso; a captura está focalizada no corpo e não no sujeito que o habita. A autora explica que o olhar retina permanece na incompletude por não ter passagem ao que é sutil e invisível, e então lança a importância de oferecer acesso ao “olhar vibrátil” que apreende a dinâmica das vibrações presentes nas intensidades que atravessam os afetos e as relações, que pode ser acionado nos encontros entre as pessoas, que tem o poder de afetar e ser afetado.

Para Rolnik (2011) o olhar vibrátil é quando o corpo e o olhar estão sensíveis aos efeitos dos encontros entre as pessoas e suas reações, por exemplo: atração, repulsa, afetos, desejo etc. O olhar vibrátil capta as intensidades produzidas no eixo sonoro, corporal, no conjunto de ideias e engajamentos de um coletivo. Essa sensibilidade do olhar vibrátil está relacionada a instrumentos que permitem aguçar a percepção para o que é sutil e que permanece invisível. É uma espécie de fator de a(fe)tivação que cada pessoa pode encontrar de distintas formas: uma música, um filme, uma escrita, um encontro ou desencontro, uma dança, um passeio, um depoimento, entre tantas outras possibilidades. Logo, o olhar vibrátil está envolvido com os encantamentos produzidos

no espaço dos encontros que geram um campo magnético de forças que se atraem e/ou repelem.

Essas questões evidenciam que para apreender as relações as quais perpassam o campo do trabalho e do cuidado é preciso ir além da simples observação, acoplando o olhar vibrátil ao retina. Franco e Galavote (2010, citando Rolnik, 2006) fornecem pistas de como estabelecer essa correlação, como se segue:

Para que isso seja possível, é necessária a utilização de um composto híbrido, feito da união do olho retina molar com o vibrátil molecular. Isso porque o que se busca compreender é o movimento que surge da tensão permanente e fecunda entre fluxo e representação, no sentido de que o fluxo de intensidades escapa do plano de organização dos territórios, desorientando suas cartografias rígidas, desestabilizando suas representações e, por outro lado, canaliza as intensidades, dando-lhes sentido (p. 187).

Desse modo, para produzir diferenças na repetição e identificar os eventos poéticos é preciso acionar o olhar vibrátil para além das prescrições e das previsões, aceitando o fato de que, nessa atuação, não há um método a ser seguido. A posição ocupada é incerta, pois sempre se estará diante de equipes e diversos atores sociais que apresentam dinâmicas particulares e atuam em diferentes modos organizacionais e tecnoassistenciais.

Além disso, Merhy (2007) alerta para o fato de que a postura das certezas traz consigo um instrumento perigoso, qual seja, o poder. Afinal, essas certezas podem estimular os profissionais a permanecerem em territórios inquestionáveis, o que interfere na busca por espaços que deem visibilidade a novas estratégias e experimentações.

Dessa forma, é possível perceber que o modelo psicossocial caminha para novas direções de reposicionamento subjetivo e cria uma ruptura com a padronização dos procedimentos de cuidados instaurados no modelo biomédico, utilizando ferramentas que englobam intervenções integralizadas ao campo psicológico e social.

No território do cuidado, os consensos de como agir não devem ser instituídos como modelo único a ser seguido. Ao invés de buscar receitas, tem-se que abrir espaços de falas relativos à importância da desestabilização de nossas certezas sobre o outro; exercita-se, então, o compartilhamento de questões que envolvem os sentimentos ante casos mais graves e extremos, ou seja, locais que incluam os processos de subjetivação produzidos no campo que habita os assuntos individuais e coletivos e a maneira singular de cada trabalhador vivenciar essas relações. “Essa posição possibilita a construção de ofertas antes não pensadas, novas leituras no processo de produção mútua do cuidado entre o cuidador e aquele que demanda o cuidado” (Merhy et al., 2010, p. 71).

Em tais circunstâncias, diferentes atos inventivos podem ser vislumbrados: novos relacionamentos com o espaço de trabalho, cogestão entre os profissionais e os responsáveis pelos diferentes planos estratégicos, manifestação processual das singularidades dos acontecimentos, exploração de outros locais de cuidado, enfim, tudo o que pode ofertar e contribuir para a criação de uma relação cuidadora consigo e com o outro.

1.4 O trabalho em equipe na saúde mental

Investigações recentes apontam o trabalho em equipe como um importante dispositivo na concepção dos preceitos que guiam os atuais serviços de saúde mental, que são perpassados por práticas profissionais, pela atenção aos usuários e pela organização funcional dos projetos terapêuticos, entre outros (Figueiredo, 2005; Guljor, 2003; Milhomem & Oliveira, 2007; Silva, 2007).

No modelo psicossocial, o trabalho em equipe e interdisciplinar constitui um dos componentes-chave para a qualidade e a oferta do cuidado aos usuários. As experiências mostram que os CAPS vêm desenvolvendo um trabalho humanizado, com qualidade e

inclusão social, permitindo novas experimentações e melhoria na vida dos usuários e de seus familiares (Grigolo, 2010; Kinoshita, 2001; Nicácio, 2003; Onocko Campos et al., 2008; Onocko Campos, Furtado, Passos, Ferrer, Miranda, & Gama, 2009).

No Manual de Saúde Mental apresentado por Saraceno, Asioli e Tognoni (2010) há a indicação das variáveis que interferem nos resultados dos projetos terapêuticos e no estabelecimento das estratégias de intervenção; entre as recomendações constam os recursos do serviço de atenção e os recursos do contexto do serviço de atenção. Nesses dois indicadores aparece a importância do trabalho em equipe: no primeiro (recursos do serviço) estão compreendidas as características materiais, organizativas e de estilo do trabalho em equipe; no segundo (recursos do contexto do serviço) as características compreendem o que favorece ou desfavorece o êxito da intervenção: rede social, qualidade e eficiência do sistema de saúde no país e atitude positiva ou negativa com as iniciativas da equipe por parte das gestões.

No entanto, os autores revelam que essas variáveis muitas vezes são deixadas à margem dos serviços por serem consideradas irrelevantes tanto para o processo de elaboração das estratégias de intervenção quanto para o auxílio da melhora dos casos que são atendidos. Os serviços precisam considerar que essas variáveis são capazes de “estabelecer estratégias de intervenção mais complexas e articuladas (...), sendo o que determina o resultado é a boa ou má utilização das medidas terapêuticas e a existência ou influência dessas variáveis” (Saraceno et al., 2010, p. 22).

Thornicroft e Tansella (2010), por sua vez, avaliam que os serviços de saúde mental precisam muito mais de investimento em recursos humanos do que em equipamentos tecnológicos, pois, em termos de tratamento, a relação terapêutica e a habilidade humana dos profissionais são os instrumentos centrais da clínica e da

aquisição dos bons resultados; enfim, são esses os fatores que intervêm os usuários na escolha, adesão e continuidade do tratamento recomendado.

Com relação ao trabalho em equipe, esses autores analisam que existe uma demanda adicional para a equipe devido à natureza do contato clínico com as pessoas com transtornos mentais, sendo que esse contato exige mais reservas de afetos e traz o risco de uma redução da motivação e da compaixão por parte da equipe. “A equipe, portanto, não é um recurso fixo, mas está continuamente sujeita à deterioração ou degradação a menos que seja mantida e renovada” (Thornicroft & Tansella, 2010, p. 149).

Nesse contexto, uma das questões primordiais no campo da saúde mental é o modo de atuação do trabalho em equipe, sendo considerado um dos dispositivos centrais para a clínica da atenção psicossocial na operacionalização do cotidiano dos serviços. Em pesquisa recente sobre as dimensões da clínica nos CAPS, Grigolo (2010) aponta que “a clínica da atenção psicossocial depende da equipe de profissionais e de todo o seu engajamento no cuidado, nas relações cotidianas com os usuários, familiares e com o território” (p. 250).

Para tanto, esse trabalho em equipe deve ser coerente com o paradigma da desinstitucionalização que redimensiona as intervenções e reorienta as práticas direcionadas às pessoas em sofrimento psíquico (Nicácio, 2003; Kinoshita, 2001; Rotelli et al., 1990; Saraceno, 2001; Saraceno et al., 2010; Thornicroft & Tansella, 2010). Nesse cenário, seguido pela lógica da reabilitação psicossocial, o modelo de assistência em saúde mental promove ações múltiplas e, por isso, a equipe precisa dispor de atuações plurais. Afinal, o cotidiano dos serviços de saúde apresenta inúmeras necessidades que perpassam desde as intervenções aos usuários às dificuldades institucionais (Figueiredo, 2005; Guljor, 2003; Silva, 2007). Assim sendo, o trabalho

em equipe possui distintas potencialidades para alcançar a resolutividade das ações demandadas.

Em decorrência desse fazer coletivo, surgem diversos espaços de relações e interações, bem como a organização de outros instrumentos de trabalho que pode ir além das técnicas tradicionais do campo “psi”. As intervenções das equipes passam a ser mais complexas, pois o foco de trabalho é o território em que se inserem os usuários e, nesse território, existe um campo amplo de acesso em questões permeadas pelo bio-psico-social-familiar-econômico-jurídico.

Publicações recentes revelam que o trabalho em equipe nos CAPS torna-se desafiante dada a necessidade de que ele ocorra de modo interdisciplinar. Como essa prática ainda é considerada difícil, é possível encontrar algumas equipes atuando de modo multidisciplinar de dominação de uns saberes sobre outros, com ações segmentadas que não permitem um cuidado integralizado (Figueiredo, 2005; Guljor, 2003; Merhy, 2007; Milhomem & Oliveira, 2007; Silva, 2007). Nesse aspecto, Merhy et al. (2010) apontam que

Em muitas dessas situações as equipes de saúde protagonizam a produção desse modelo fascista de atenção em saúde, prescritivo, previsível, normatizador, no qual não há espaço para outras lógicas de produção de cuidado que não aquela centrada na unidirecionalidade e universalização dos diagnósticos (p. 65).

Há ainda, em algumas equipes, um modo de funcionamento híbrido: profissionais com práticas enraizadas no modelo biomédico/asilar e profissionais com ações desafiantes no modelo psicossocial (Grigolo, 2010; Ramminger, 2005; Silva, 2005). Essa atuação abre espaço para tensões e conflitos, como também para a experimentação de novas práticas de cuidado. Vivenciar esse lugar de impasses e desafios é tarefa difícil para muitos profissionais; por se tratar de um dispositivo efetivo, faz-se relevante problematizar o trabalho em equipe no contexto da atenção psicossocial.

Assim sendo, a utilização desse dispositivo nem sempre é algo simples de ser administrado. Vários entraves influenciam para que o trabalho em equipe seja mesmo um desafio diário, como por exemplo a tradição positivista e o modelo biomédico instituído na maioria das instituições de ensino, a ausência de diálogo e o excesso de especializações entre os campos multidisciplinares, a concepção imprecisa do trabalho interdisciplinar gerando difícil compartilhamento entre os profissionais de saúde. No estudo de Grigolo (2010), os profissionais dos CAPS investigados constataram que as dificuldades pessoais e relacionais entre a equipe interferiam na efetividade das ações, na criatividade e no clima grupal, gerando ausência de reflexões entre a equipe e a mecanização na execução de tarefas.

Desse modo, Merhy (2007) traz considerações importantes no seu texto sobre os trabalhadores de CAPS, comparando a vivência desses profissionais como se estivessem “no olho do furacão antimanicomial”. Para esse pesquisador, os trabalhadores que, de algum modo, apostam em novas práticas e nas críticas com relação às formas hegemônicas de produzir ações em saúde situam-se no olho do furacão. Esses lugares tornam-se espaços de trabalho de alta complexidade, pois se constituem como interdisciplinares, intersetoriais e interprofissionais; todavia, só haverá sucesso se os vários atores sociais atuarem como geradores de ações anti-hegemônicas, compreendendo o sofrimento humano em sua multiplicidade.

Merhy (2007) nos faz refletir acerca de como experimentar esse espaço do “olho do furacão antimanicomial” como forma de manifestação positiva. Considero esse aspecto importante por estar em conformidade com a atenção psicossocial, por dar ênfase à potencialidade e à possibilidade de não vivenciar certezas absolutas, experimentando e criando novas formas de cuidado. Compreendo ainda que o modo de

produção do cuidado do cuidador está articulado a processos micropolíticos estruturados com base em questões individuais e no trabalho coletivo.

No processo de trabalho em equipe a micropolítica age através de um campo implícito de forças subjetivas que se relacionam entre os trabalhadores e no cenário em que se encontram (Franco, 2006; Franco & Merhy, 2011; Merhy, 2007). Assim, os caminhos e pistas da produção do cuidado do cuidador que aparecem no cotidiano do funcionamento do trabalho em equipe podem contribuir, qualificar e consolidar esse modo de atuação nos serviços de saúde mental. É nesse campo das visibilidades e invisibilidades do trabalho em equipe que ousou caminhar. Para seguir adiante, revelo as reflexões sobre o novo modo de funcionamento que as equipe carecem refletir, que tiveram como subsídio teórico o conceito de rizoma formulado na obra de Deleuze e Guattari (1995a).

1.4.1 O Rizoma e o trabalho em equipe: criando conexões abertas a invenção

Deleuze e Guattari (1995a) utilizam o conceito de rizoma adotado da Botânica por ser um tipo de caule que possui ramificações e crescimento horizontal; fica sempre próximo à superfície, manifesta diversas formas e diferenciações e, por isso, é difícil encontrar o seu início ou fim. Para esses estudiosos, um rizoma não começa e nem conclui, ele se encontra sempre no meio, entre as coisas, inter-ser, no *intermezzo*. Ou seja, o rizoma é aliança, não tem centro, daí a denominação de sistema acêntrico.

Na Botânica o rizoma é um caule levemente cilíndrico com extensões que unem sucessivos brotos; estes servem como sustentação das reservas nutricionais. Ele pode ser bem extenso e semelhante a um arame com várias ramificações ou bem curto, quase invisível. Dele partem os pseudobulbos e raízes dotados de crescimento horizontal. Nas espécies terrestres o rizoma pode estar no subsolo ou na superfície do solo, com

estruturas que associam as funções de armazenamento de reservas e formas de propagação vegetativa, o que garante a vida da planta quando as partes aéreas não sobrevivem. A grama é um exemplo bastante conhecido de planta rizomática, assim como o bambu, a cana de açúcar, a orquídea, entre outras (Segecin & Scatena, 2004).

Nesse sentido, os “rizomas vegetais” foram produtivos para o sistema metafórico e simbólico que Deleuze e Guattari (1995a) construíram ao se referirem a essa figura do rizoma para evidenciar a complexidade das relações e conexões produzidas e agenciadas nos campos diversos da sociedade. Nesses termos, extrapolaram o conceito da Botânica e agenciaram o seu formato no campo filosófico e social.

Os autores fazem essa apropriação do rizoma para corporificar um sistema filosófico desprovido de raízes fundamentais, o qual se articula como rede integrada em que todas as conexões se sustentam e derivam as demais. Trata-se de uma abordagem complexa que se preocupa em delinear multiplicidades em nosso mundo, tanto por associações quanto por conflitos. Isto vem auxiliar no âmbito da saúde mental pública, na qual a solicitação é por serviços que operem em rede e combinem equipes em atuações plurais.

Como modo de explicitar esse conceito, os autores pontuam as diferenças entre o rizoma e árvore. A árvore está ligada à ideia de fixação, de estabilidade, de uma ordem, enquanto no rizoma está voltado para uma experimentação ancorada no real; é aberto, desmontável, reversível, sujeito a modificações permanentes, sempre com múltiplas entradas, ao contrário da árvore que sempre está fixada em uma ideia (Deleuze & Guattari, 1995a).

O sistema rizoma não é hierárquico; é feito de conexões coletivas, múltiplas e heterogêneas. É uma forma de expressar as multiplicidades sem ter que ligá-las à

unidade. Assim, os sistemas rizomáticos se expressam nos agenciamentos produzidos nos acontecimentos, configurando-se como um mapa em constante mudança.

Vale ressaltar que essa proposta rizomática do pensamento busca se contrapor, mas sem negar, o pensamento arborescente, isto é, aquele que opera por hierarquização e pela centralidade. Essa contraposição não pode ser entendida como uma oposição na qual um termo tenta eliminar o outro, mas sim para perceber uma relação de tensão e de complementaridade, como será visto adiante. Também é relevante advertir que não se trata simplesmente de um novo dualismo ou conjunto de modelos (árvore-raiz x rizoma-canal); na verdade, “invocamos um dualismo para recusarem outro. Servimo-nos de um dualismo de modelos para atingir um processo que se recusa a todo modelo” (Deleuze & Guattari, 1995a, p. 32).

Há nessa proposta um potencial “caótico” de rejeição de modelos pré-estabelecidos, na tentativa de evidenciar outros modos organizativos de pensamentos e relações. Nessa perspectiva, Deleuze e Guattari (1995a) observam o fato do conceito de rizoma ser utilizado por eles para atingir o campo da filosofia, que convoca outras avaliações dos acontecimentos e é capaz de atingir distintas áreas do conhecimento, sendo essas transformações cíclicas.

Desse modo, atualmente, a todo o momento experimentamos o trabalho, o conhecimento, a comunicação no formato de rede e conexões. Esse funcionamento de trabalho em equipe no campo da saúde é solicitado cotidianamente e provoca possibilidades inventivas a todo instante. Com isso, embasa a reflexão do trabalho em equipe no conceito de rizoma, no qual foi possível encontrar pistas de como observar as práticas de cuidado que permeiam o campo da saúde mental. Deleuze e Guattari (1995a) oferecem algumas características da produção de um rizoma através de seis princípios, como se segue.

1. *Conexão* - no qual um ponto pode se ligar ao outro independente de pertencerem à mesma procedência, não existindo oposição que não possa ser conectada. Ou seja, o esquema rizomático não se detém às genealogias, pois as conexões se fazem entre todos os lados e mudam de acordo com os novos acontecimentos. As entradas de um rizoma são múltiplas, por isso ele se torna acentrado e pode adotar qualquer direção e forma; as conexões são feitas por contágio ou contato.
2. *Heterogeneidade* - no qual o rizoma não se reduz à linguagem, sendo a língua uma das linhas do rizoma, mas não a única. Nas conexões também perpassam as cadeias biológicas, materiais, econômicas e tantas outras modalidades, não se limitando às conexões puramente linguísticas.
3. *Multiplicidade* - tem como característica principal a inexistência da unidade. As multiplicidades são linhas, nunca pontos fixos, que se expandem de acordo com seus agenciamentos. “Um agenciamento é precisamente este crescimento das dimensões numa multiplicidade que muda necessariamente de natureza à medida que ela aumenta suas conexões” (Deleuze & Guattari, 1995a, p. 16).
4. *Ruptura a-significante* - no qual as linhas produzidas nos rizomas compreendem processos de territorialização e desterritorialização. Tanto pode haver linhas de fuga e rupturas quanto árvores e raízes, ou seja, árvores podem ser produzidas em linhas de fuga e podem surgir linhas de fuga em sistemas hierarquizados. Esses processos de territorialização e desterritorialização não param de se remeter um ao outro. Existe uma evolução a-paralela que não é de hierarquia, evolução ou imitação, mas sim no sentido de que, quanto mais produzimos novos agenciamentos, mais expandimos a potência dos desejos.

5. *Cartografia* – que está em oposição a qualquer ideia de eixo genético e estrutura profunda construído nas raízes. É utilizado como metodologia e produz mapas dos instantes de determinados momentos acompanhando os processos de invenção. O mapa está voltado para as experimentações vivenciadas e construídas no real, fazendo parte do rizoma. Assim como o rizoma, o mapa é aberto, faz conexões com diversas dimensões e recebe modificações constantemente. “Quando um rizoma é fechado, arborificado, acabou, do desejo nada mais passa; porque é sempre por rizoma que o desejo se move e produz” (Deleuze e Guattari, 1995a, p. 22).
6. *Decalque* – que é produto do eixo genético e da estrutura profunda, podendo ser reproduzível. Gera processos de hierarquização, binaridade e torna-se modelo a ser seguido, ou seja, são o sistema arborescente e o sistema radícula. Nesse processo, observa-se a supervalorização do sistema que se originou a partir do decalque e desvalorização da dinâmica do mapa. Logo, o decalque opera uma cristalização e aprisionamento de um determinado instante do mapa e, a partir disso, cria valores e juízos.

Esses seis princípios me fizeram refletir sobre o sistema de trabalho em equipe na saúde mental instituído por meio do paradigma psicossocial. Com base nas características sobre o rizoma, percebi as formas, estruturas e/ ou imagens do funcionamento das equipes que eram diferentes em cada CAPS, que compunham um mapa distinto, uma cartografia, de acordo com os princípios apresentados.

Franco (2006) também auxiliou nessas reflexões evidenciando que existe, nos serviços de saúde, uma multiplicidade de redes operando em conexões e, mesmo havendo redes muito normativas, como o Programa Saúde da Família (PSF), é possível

manifestar certos graus de liberdade localizados no trabalho vivo em ato, capazes de subverter a ordem e a norma, construindo outras conexões potencialmente instituintes. A proposta do autor é que as redes de saúde contemplem os princípios do sistema rizomático, operando na micropolítica do processo de trabalho em saúde e tendo o trabalho vivo em ato como elemento central nessa atividade produtiva.

Nesse sentido, elaborei uma visada, apresentada na Tabela 1, desses seis princípios com as características possíveis de serem encontradas no trabalho em equipe no campo da saúde mental. Essas características que se localizam em espaços individuais e coletivos se inter cruzam e originam funcionamentos tão singulares em cada CAPS:

Tabela 1

Visada entre as pistas da produção de um rizoma e as características do trabalho em equipe no campo da saúde mental

Pistas para produção de um rizoma (Deleuze e Guattari, 1995a)	Características que podem ser encontradas no trabalho em equipe no campo da saúde mental
* Conexão: feita por contato e por isso qualquer ponto pode se conectar, mesmo os que estão em oposição. As conexões produzem novos acontecimentos.	*Essas conexões acontecem no campo relacional dos trabalhadores entre o saber e a subjetividade que geram o cuidado. É comum o encontro dos fazeres entre os paradigmas: biomédico x psicossocial. No trabalho em equipe essas oposições se deparam, podendo não se conectar e continuar nas práticas segmentadas. No entanto, nessas relações pode haver conexões que criam espaços para reflexões e, muitas vezes, a possibilidade de novas práticas.
* Heterogeneidade: são linhas que não se reduzem somente à linguagem verbal, estando também ligadas às diversas linhas do campo simbólico.	* O trabalho em equipe pressupõe diferentes conexões que perpassam diversas áreas do conhecimento, de visão de homem, de técnicas, de relações sociais e de poder. Decorre da capacidade de lidar com as diferenças num campo complexo.
* Multiplicidade: não possui um ponto fixo e, portanto, há uma inexistência da unidade. Muda de natureza com o aumento das conexões.	* O trabalho em equipe desfaz a ideia de unidade e implica o aumento das conexões entre os profissionais, multiplicando e potencializando novas possibilidade de cuidado.

* Ruptura a-significante: produção de processos de territorialização e desterritorialização. Ao romper com as raízes por meio de linhas de fuga e rupturas é capaz de fazer outras conexões.

* No território da saúde é comum a fixação de práticas por meio de um determinado referencial de conhecimento. Há trabalhadores que permanecem e outros que rompem com os territórios fixos. Essa ruptura permite conexões para um novo modelo de funcionamento do trabalho em equipe. Essa contínua desterritorialização produz mudanças na forma de produzir o cuidado.

* Cartografia: produz mapas de determinados momentos; são mapas de experimentações vivenciadas no real que permitem modificações constantes e a criação de processos inventivos.

* A cartografia é utilizada como um método de investigação. No trabalho em equipe pode auxiliar na composição dos mapas na produção do cuidado entre as conexões feitas em equipe. A cartografia acompanha os mundos que se criam para expressar afetos contemporâneos, em relação aos quais os universos vigentes tornaram-se obsoletos (Rolnik, 2011). Esses mapas revelam os movimentos opostos e as linhas possíveis de interações. Essa experiência evidencia a vivência de um sistema aberto e não estruturado, ou seja, será sempre um mapa móvel.

* Decalque: possui estruturas profundas e por isso pode ser reproduzido. Há uma supervalorização da estrutura e uma desvalorização da dinâmica processual dos mapas.

* No trabalho em equipe é possível notar a ocorrência de dinâmicas relacionais hierárquicas, gerando modos rígidos de ações, valores e produção do cuidado. São equipes que reproduzem modelos estabelecidos, com sistemas fechados, sem possibilidades de mudanças.

1.4.2 As dimensões subjetiva e afetiva do cuidado no trabalho em equipe

Pensar um trabalho em equipe de modo rizomático implica refletir acerca das atribuições e atitudes que estão envolvidas na concepção de um formato que requer a coletividade em ação. No modelo psicossocial o trabalho em equipe na saúde mental é organizado pelas relações e conexões entre as pessoas, em territórios que transitam a rede normativa e rizomática concomitantemente.

Desse modo, é oportuno ressaltar novamente, como colocado por Deleuze e Guattari (1995a), o fato de o trabalho em equipe, que tem como proposta um modo de funcionamento rizomático, não se contrapor ao processo normativo, necessário para as estruturas organizacionais e sistematizações cotidianas do trabalho. Trata-se de perceber

que esses dois modos (rizomático e normativo) podem operar o campo das ações, de forma que um funcionamento não exclui o outro, mas sim tem capacidade de atuarem juntos, ocasionando tanto tensões quanto potencialidades na medida em que identifica diretrizes rígidas que aprisionam o trabalho e estabelecem maior grau de liberdade para relações mais positivas entre equipe e usuários.

Assim sendo, o desafio e o propósito de ampliar a questão do ato de cuidar, no sentido de convidar os trabalhadores a pensarem em ações que integrem um cuidado de si como condição para cuidar do outro, também perpassa pelas relações que incluem o modo de trabalho em equipe que aqui apresento como uma equipe rizomática.

A apreensão desse caráter rizomático nas equipes requer reflexões relacionadas aos tipos de redes que operam os processos de trabalho nos CAPS a partir das pistas que compõem as características do rizoma proposto por Deleuze e Guattari (1995a). O interesse não está voltado para a existência das redes, mas sim em como analisar e distinguir o perfil que as relações do trabalho em equipe estão assumindo. O foco de análise parte da micropolítica, por meio da qual é possível compreender cada equipe de modo singular, bem como permitir novos fluxos de competência e o acesso ao trabalho vivo em ato que sinaliza as múltiplas conexões possíveis no cenário dos CAPS. Logo, a identificação da micropolítica no trabalho em equipe revela atos sincronizados de trabalhadores entre si e com o usuário, configurando, nesse campo, ações que podem produzir potencialidades de cuidado (Franco, 2006).

Para tanto, deve-se colocar sob interrogação os encontros intercessores que acontecem no campo do trabalho: trabalhador-trabalhador, trabalhador-usuários, trabalhador-instituição; tais encontros revelam o processo das distintas lógicas que operam o interior das relações e equipes, o que permite perceber as linhas de fuga que podem evidenciar os significados ético-políticos e operativos. “Criar ferramentas para

um olhar analisador nesse sentido, então é, conseguir operar no interior dessas próprias lógicas e torná-las ruidosas, e assim temas públicos para o coletivo/‘equipe de saúde’, inclusive nas suas relações com os usuários” (Merhy, 2009, p. 293).

Sendo o trabalho em equipe considerado um dos dispositivos principais do trabalho em saúde mental, a análise que aqui se faz é no sentido de desvelar os componentes avaliados como importantes na composição das relações, por serem analisados como centrais nos relacionamentos e encontros inseridos no cotidiano de trabalho e por abarcar a dimensão subjetiva e afetiva nos processos do trabalho em equipe nos CAPS.

Saraceno (2001) contribui nesse direcionamento ao colocar que a integração interna do trabalho em equipe é possível por meio de um estilo de trabalho com alto consumo afetivo. Para isso acontecer é preciso dar visibilidade e ativar esses recursos em outros campos de saberes existentes, mas ainda não vistos e tampouco utilizados. Tais recursos afetivos são acionados quando existe um olhar transformador que provoca a descoberta (saber ver) e a aprendizagem (saber usar) de outros saberes que acessam a complexidade do campo da saúde mental. A intenção é sempre produzir mais recursos relacionais, ao invés de ocultá-los como inexistentes. Portanto, os recursos dos serviços são

Antes de mais nada as pessoas, conceito muito mais complexo do que o dos “operadores assinalados no orgânico”. As pessoas são os operadores, é verdade, mas, como mencionamos antes, os operadores entendidos como recurso não são só o “seu número” mas também a motivação com que trabalham, as expectativas que têm em relação aos pacientes dos quais se ocupam, o senso de pertinência a um projeto coletivo, a qualidade das relações que se realizam no campo do trabalho (Saraceno, 2001, p. 100).

Saraceno et al. (2010) apontam as variáveis que influenciam o desenvolvimento de uma equipe integrada: destituição do poder, importância do conhecimento, da responsabilidade e da afetividade, comunicação clara e não contraditória, discussão do

trabalho, socialização dos conhecimentos, autocrítica e avaliação periódica dos resultados. Para tanto, a integração em equipe tem de ser interna (entre os membros da equipe) e externa (entre a comunidade e a equipe).

Assim sendo, a tentativa agora é de pontuar algumas das dimensões que compõem as tecnologias das relações de uma equipe rizomática, considerando-as componentes variáveis que revelam intensidades e potencialidades distintas em cada equipe: 1) reconhecimento da capacidade operatória da subjetividade por parte dos trabalhadores e da gestão; 2) agenciamento do trabalho vivo em ato produzidos nas relações intercessoras, por meio da liberdade de agir integrada a uma intencionalidade centrada numa postura ético-política do cuidado; 3) reconhecimento do fluxo de afetos centrado nas relações entre os trabalhadores-trabalhadores, trabalhadores-usuário, trabalhadores-gestão; 4) consideração das conexões que perpassam diversas áreas do conhecimento, de visão de homem, de técnicas, de relações sociais e de poder, que decorre da capacidade de lidar com conflitos, potencialidades e diferenças num campo complexo; 5) comparecimento do desejo como energia potente de afetividade para os encontros entre equipe, gestão e usuários. Esses encontros são expressos por um campo magnético de forças (potencializadoras e conflituosas) observadas a partir do olhar vibrátil, as quais interferem nas relações constituídas no cotidiano do trabalho em equipe nos CAPS.

Dessa forma, é fundamental que o trabalho em equipe no campo da saúde mental seja sustentado por encontros capazes de potencializar ações que perpassam aos profissionais, gestão, usuários, familiares, comunidade etc. Diversos autores indicam os dispositivos que auxiliam para aumentar a potência das relações no trabalho em equipe na saúde mental, tais como: a) supervisão clínico-institucional; b) grupos de reflexão; c) reunião entre equipes; d) momento de confraternização; e) encontros avaliativos do

trabalho em equipe; e) melhora da estrutura dos serviços - material e física (Campos, 2005; Figueiredo, 2005; Franco, 2006; Grigolo, 2010; Merhy, 2007, 2009; Silva, 2007).

1.5 Considerações ético-políticas sobre a produção do cuidado do cuidador

A noção de cuidado originou-se na Antiga Roma, em fontes mitológicas, e permanece até os dias de hoje, fundamentando-se em atos de atenção, preocupação, solicitude. Esses aspectos influenciam as áreas da literatura, psicologia, filosofia e ética, sendo que o ato de cuidar e as atividades desenvolvidas pelos cuidadores estão presentes ao longo da história e retratam a preocupação com a qualidade de vida dos seres humanos (Boff, 1999; Madalosso, 2001; Migott, 2001). Desde então, o exercício do cuidado também permeia o trabalho dos profissionais de saúde, os quais podem ser denominados cuidadores da saúde física e psíquica das pessoas que precisam de auxílio.

Recentemente a questão do cuidado no cenário da saúde pública não é mais considerada uma dimensão meramente técnica; por isso tem sido alvo de debates e discussões que envolvem posicionamentos ético-políticos. Alguns estudiosos dessa área reconhecem e identificam que tais posturas podem interferir nos fazeres, na forma organizativa no trabalho em equipe, nos processos de mudança, como também na formação teórico-prática dos profissionais que se inserem nesse campo (Barros & Heckert, 2010; Campos, 2009; Franco, s.d.; Koifman, Fernandez & Ribeiro, 2010; Merhy, 2009). Assim, os assuntos ligados a essa temática vêm ganhando espaço, destacando os princípios que norteiam a ética do cuidado.

De conformidade com a literatura consultada, na visão tradicionalista, tem-se a compreensão de que ética e técnica, teoria e prática, formação e intervenção, entre outras, são noções que caminham dissociadas no território das ações. E assim, com os avanços tecnológicos cada vez mais se intensificam a necessidade dos diagnósticos e a

produção de verdades inquestionáveis. Os efeitos desse movimento estão voltados aos resultados rápidos em detrimento dos processos relacionais que, como é sabido, também compõem as intervenções sujeitas ao inesperado do contato de uma pessoa com a outra (Barros & Heckert, 2010; Campos, 2009; Heckert, 2008; Koifman et al., 2010; Merhy, 2009; Pinheiro & Lopes, 2010).

Isto posto, a intenção não é fazer alusão ao conhecimento mais relevante, mas sim ultrapassar essas dicotomias marcadas pela cisão do campo objetivo (técnica) e subjetivo (ética), observando-se que ambos são necessários no fazer diário na área da saúde. Todavia, é preciso ressaltar o valor das relações e vínculos que, por um bom tempo, foi repellido do campo do saber, mas, atualmente, tem sido resgatado como ferramenta importante em investigações científicas e nos processos de formação e trabalho.

As experiências e pesquisas demonstram que apenas os diagnósticos, exames e procedimentos esvaziados de interesse no outro não garantem mudanças e novas atitudes do que é significado como saúde; ao contrário, podem até diminuir o interesse do outro em obter benefícios que o saber técnico oferece (Ayres, 2010; Guizardi & Cavalcanti, 2010; Heckert, 2008; Merhy et al., 2010). Assim sendo, a produção da ética e da política do cuidado ocupa um lugar de destaque no modo de estabelecer os encontros que tenham o diálogo como instrumento potente, disponibilizando ações construídas na relação, tendo-se por base o projeto feito em comum acordo e com possibilidades de melhor engajamento entre os envolvidos.

Desse modo, nas atitudes ético-políticas são articuladas as reflexões que vão além do domínio privado, atingindo também o espaço público; ademais, as discussões relacionadas a esse aspecto precisam ser problematizadas e indagadas, atingindo as

normas instituídas e os códigos morais, vez que reduzem a vida as estabilizações e insatisfações no plano individual e coletivo.

Logo, articular o cuidado entre ética e política possibilita ultrapassar o território material das instituições de saúde, bem como destituir as demarcações de autoridade estabelecidas pelo saber técnico e reconhecer que todos os atores sociais estão envolvidos nas relações de cuidado. “A interseção entre política, ética e cuidado na produção de saúde resulta da relação dialógica com o outro, do fato de que o agir se reporta ao outro, condição de sua existência” (Guizardi & Cavalcanti, 2010, p.39).

Esse movimento de percepção do outro significa considerar os complexos encontros relacionais que perpassam o local de trabalho. Assim, o cuidar assumido com posturas éticas e políticas suscita transformações no agir e no pensar, sendo que a requisição é no sentido de tornar a experiência do cuidado do cuidador referência ética para as ações que demandam construção de novos projetos no cotidiano dos serviços, instaurando espaços de prática democrática no compartilhamento das dificuldades presentes na rotina de trabalho. De tal forma, a ética do cuidado reconhece o outro em sua potência de criar.

O significado do projeto ético e estético nos estudos de Foucault (2004a) auxilia nessa discussão. As reflexões relacionam-se ao modo de viver no sentido estético da existência, que constitui o fazer das experiências da vida como uma obra de arte, na qual é feita a opção do formato que irá esculpir, tendo a liberdade das distintas escolhas. Esse modo de atuação ocasiona responsabilizações que abrangem questões individuais e coletivas. Entretanto, essas alternativas geralmente têm origem na verdade e na moral que sustentam os valores dominantes e universais de uma determinada época e lugar, ligadas a um sistema de poder. Logo, a atitude ética e política são necessárias, de maneira a indagar o caráter centralizador das ações, assim como fornecer movimentos

diferentes para que esse sistema de poder não se torne fixo (Foucault, 2004a). Tal postura é uma maneira de se ocupar com os comportamentos e sentimentos que envolvem o outro e a si mesmo, indicando implicações de como se é, como se faz e o que se percebe. É uma reflexão reveladora de questionamentos na articulação com o outro, um constante diálogo capaz de gerar responsabilizações e mudanças.

Na busca por mais subsídios, retornemos a Foucault (1985) no tocante ao conceito do cuidado de si. Primeiramente o autor elucida dois momentos históricos que demarcam a concepção desse cuidado: 1) por meio da filosofia greco-romana (dois primeiros séculos a.C.) e 2) pela espiritualidade cristã (4º e 5º séculos d.C.). Esses dois períodos têm características bem diferentes sobre o conceito de cuidado de si. No pensamento grego, a relação do cuidado de si remete ao diálogo e à análise da consciência sem se deter a julgamentos passados, buscando um sujeito do conhecimento que procura o que é verdadeiro (bom) por meio de reflexões e da relação com o outro, sendo guiado para a autonomia e a felicidade. Para o cristianismo o cuidado de si tem como objetivo o conhecimento do desejo para localizar o que é certo ou errado, pecado ou não, e assim negar o que for preciso, ou seja, é necessário punir e ser obediente a quem detém o poder. Desse ponto de vista, Foucault (1985) releva que a cultura do mundo ocidental está fundamentada na era cristã.

Concordando com Foucault (1985), é possível identificar facilmente o modelo instaurado pelo cristianismo nos dias atuais em diversas instituições da sociedade como, por exemplo, na saúde, na educação, no judiciário, entre outros. As relações são fundamentadas em um saber/poder no qual o outro fica à espera de orientações relativas ao que fazer.

Para esse autor (2004a), o cuidar de si é requisitado no sentido de explicitar o caráter político e ético dessas práticas de poder e de centralização, logo, não constitui

um exercício de solidão, mas antes uma prática social. De tal forma, a ética do cuidado ultrapassa o plano teórico e implica disponibilidade pessoal de deixar-se afetar por uma sensação de não-isenção aos sentimentos e à abertura para o outro, estando receptivo às constantes conversações e reflexões (Carvalho, Bosi, & Freire, 2008).

Tomando-se por base o regaste do cuidado de si proposto por Foucault (2004a), é possível notar que a busca pelo conhecimento não está somente ligada a saber mais, a ter mais técnicas e bons resultados; significa, isto sim, estar disponível e sensível para a compreensão das relações, do contexto vivenciado, considerando-se as atuações políticas por meio do diálogo, do encontro com o outro. Pensando na saúde mental, o campo do trabalho e, conseqüentemente, do cuidado do cuidador deve ser alvo de questionamentos a respeito das imposições que geram insatisfação, angústia, sofrimento e até mesmo a perda do sentido de viver.

A carência desses lugares de reflexões e trocas tem propiciado a perda de sentido do que se faz; afinal, o palco das inúmeras demandas na saúde mental pública por vezes apresenta a sensação de que o trabalho está fragmentado; instala-se, então, em algumas equipes, um pacto de lealdades invisíveis que resistem às mudanças e permanecem no que é imposto, evidenciando-se a força micropolítica instaurada nessas relações.

Destarte, é preciso potencializar as relações cuidadoras entre os trabalhadores, como também dinamizar a micropolítica por meio de outras conexões que, em princípio, estão estagnadas pela hegemonia. Assim sendo, o trabalho em equipe e o campo relacional auxiliam no fortalecimento das identidades individuais e coletivas, bem como servem de suporte para o desenvolvimento do trabalho, das reflexões e dos questionamentos, possibilitando inovação nas ações e liberdade de expressão.

Para Franco (2006), esses locais de fala e de escuta entre si mediam o processo de trabalho e de cuidado em fluxos-conectivos nas relações, tendo alta capacidade de operar na dinâmica micropolítica, tanto no campo verbal e cognitivo quanto na dimensão simbólica e subjetiva. Nessa óptica, convém lembrar que o campo coletivo se organiza no cotidiano do trabalho entre conflitos e desafios, ocasionando algumas vezes arranjos difíceis de serem administrados. Contudo, as equipes necessitam considerar a experimentação de outras relações, potencializando-se a força coletiva e a identidade profissional, o que possibilita repensar o próprio trabalho e a produção de satisfações.

Assim, a atenção psicossocial disseminada no campo da saúde mental resgata as atuações relacionadas a essas práticas de cuidado e reinventa o modo de ser e agir dos trabalhadores em saúde no cuidado com o outro. Nesse processo residem questões éticas fundamentais, sendo que a ética no campo da saúde remete à ética de cuidar da vida, ou seja, do outro e de nós mesmos (Silveira & Vieira, 2005).

Esse novo contexto requer uma revisão no ato de cuidar do outro e de si. Em sendo os pressupostos tradicionais questionados, ocasionam uma nova atitude ética nas práticas de cuidado e a assunção de posturas de envolvimento e críticas realizadas com base em participações de todos os atores sociais inseridos no campo da saúde. Com esse entendimento, Foucault (2004a) alerta para o fato de que, antes de cuidar do outro, é preciso cuidar de si, sendo esse um aprendizado para o agir ético e estético no qual a liberdade de escolha possa servir de exemplo para a relação com o outro. Esses encontros relacionais permeados por uma dimensão ético-política implicam novos arranjos nas relações e propõem uma postura avessa às relações de poder-saber. Na verdade, há que se ter uma disposição para reflexões e conversas, um preocupar-se e responsabilizar-se por si e pelo outro.

Infelizmente, é sabido que tanto nos serviços quanto na formação não há espaços sistematizados para a reflexão de forma crítica no que tange à incorporação dos valores da produção do cuidado do cuidador ético-político no cotidiano de trabalho. Então, faz-se mister encontrar lugares que deem acesso à discussão oriundas da centralização das normas e burocracias. Esses momentos autorizam a coletividade para a manifestação das questões individuais que possam falar dos sonhos, das esperanças, das angústias e realizações, fazendo atuar a ferramenta potente do sistema relacional.

1.5.1 O território do cuidado do cuidador na formação em saúde mental: a inseparabilidade dos processos de subjetivação e conhecimento

As reflexões sobre a produção do cuidado do cuidador tem a intenção de estender os atos do saber/fazer conectados ao processo do cuidar, possibilitando a inserção dos trabalhadores na esfera do envolvimento de atitudes ético-políticas que ofereçam o cuidado de si como condição para cuidar do outro. As demandas que envolvem o processo de formação em saúde mental são imbuídas de forças conflituosas e antagônicas que se relacionam entre si, constituindo um cenário complexo situado entre o Movimento da Reforma Psiquiátrica, os movimentos sociais, as questões políticas e econômicas, entre outros. Nesse aspecto, a literatura e os relatos de experiências dos profissionais inseridos no cotidiano de trabalho demonstram que o campo da formação tem sido deficitário em relação às novas requisições clínicas, sociais e políticas (Ayres, 2010; Barros & Heckert, 2010; Cerqueira, 1996; Grigolo, 2010; Koifman et al., 2010; Nogueira- Martins, 2003).

É fato que, no terreno do ensino, os assuntos clínicos, socioculturais e ético-políticos não ocupam lugar importante nas temáticas selecionadas; atribui-se prioridade aos pontos técnicos dos diagnósticos e dos procedimentos utilizados, sendo isso

claramente perceptível na área médica. É ainda possível observar uma tendência no sentido de generalizar e fragmentar o cuidado humano, relacionando especialidades às dificuldades apresentadas. Assim, desconsideram-se as histórias e possibilidades singulares de cada pessoa, como também os sentimentos e emoções, partes constitutivas da condição humana.

No entanto, o ato de cuidar está conectado aos processos subjetivos que abrangem as relações cotidianas entre profissionais, usuários, familiares, colegas de trabalho, gestores e instituições parceiras. É uma rotina relacional que está impregnada de sentimentos que refletem e imprimem significados de diferentes vivências, ações e práticas que influenciam nas intervenções e nos modos organizacionais de trabalho. Nessa dinâmica existem forças conscientes e inconscientes, estabelecendo as expectativas, crenças, desejos, valores e compromissos, os quais formam a realidade e expõem a subjetividade presente nas instituições.

De tal modo, a formação está localizada em um território que possibilita tanto a vivência dessas experimentações quanto a criação de instrumentos que são potentes no rompimento de idealizações onipotentes e no diálogo sobre o cuidado e a complexidade da vida cotidiana que abarcam as instituições de saúde. Vale ressaltar que essa perspectiva não compreende uma alusão aos espaços de formação como o recurso capaz de solucionar todas as dificuldades relacionadas à área da saúde mental; mas há a existência de um caráter transformador nesses locais, ainda pouco potencializados.

Para tanto, as instituições precisam reconhecer a inseparabilidade dos processos de subjetivação e conhecimento nos territórios da formação e do trabalho. O pressuposto é que a produção do cuidado do cuidador, como temática essencial ao campo da saúde mental, deve contemplar não somente um determinado conhecimento, mas, acima de tudo, as diversas áreas do saber. É um assunto necessário de ser

integrado às experiências cotidianas, abrangendo atitudes éticas e valores respaldados no bem comum. Essa concepção diz respeito à inauguração das conexões entre os processos de subjetivação e conhecimento, acreditando ser esta uma das vias possíveis de acesso às mudanças requeridas nos territórios da formação e do trabalho.

Por um longo tempo constatou-se na ciência moderna uma tradição em associar a subjetividade às questões particulares, egóicas e íntimas. Em termos gerais, isso gerou as conhecidas e comuns separações disciplinares do privado e do público, ainda presentes na atualidade do ensino, embora existam teorias que procuram ultrapassar esse dualismo. Foucault (2004b) esclarece que essas tendências em divisões somente expõem os modos atuais de subjetivação hegemônica. Há no contemporâneo um processo subjetivo construído no individualismo, na produtividade, na reprodução, no consumismo, todos articulados a outros processos econômicos, sociais, midiáticos, entre outros.

Nesse sentido, Deleuze e Guattari (1996a) procuraram revelar que a subjetividade não é constituída apenas por questões privadas e/ou históricas, mas sim em conexão com os processos sociais, culturais, econômicos, midiáticos, ecológicos, urbanos. Ou seja, a construção e o funcionamento da subjetividade têm como característica a processualidade e, por isso, está em permanente transformação, demonstrando a relação entre o social e o subjetivo.

Tittoni (1994) ilustra essa vinculação entre a subjetividade e o trabalho argumentando que os significados e experiências adquiridos pelas pessoas demonstram a dimensão subjetiva do trabalho, a qual se traduz como “uma força de expressão que tem no sujeito sua matriz, ou seja, ela elucida as formas de como o sujeito se expressa e significa as experiências que compõem sua vida e seu cotidiano de trabalho” (p. 20).

Por esse motivo, os processos de subjetivação que moldam as crenças,

comportamentos e valores, marcam as formas de organização da sociedade. Para tanto, eles saem da interioridade e do lugar das estruturas e convocam os espaços das relações, experimentações e criações. Assim, os elementos do cenário da produção do cuidado do cuidador condicionam transformações que tanto podem ter início durante a formação quanto podem atingir o campo do trabalho, da capacitação, da educação permanente, entre outros. Além disso, convocam a utilização das abordagens interdisciplinares e renunciam aos aspectos limitados de enfoques disciplinares e saberes isolados, insuficientes ao enfrentamento da complexidade cotidiana.

Segundo Cerqueira (1996), no campo da saúde mental é possível observar ainda mais o afastamento entre a assistência e o ensino; assim sendo, diversas “propostas e novos dispositivos são pensados, construídos, mas seus profissionais, em sua maioria, continuam se formando nas velhas práticas” (p. 60). A autora acredita ser preciso continuar o aprendizado das bases teóricas, mas adverte acerca da necessidade de se introduzirem ações que atualizem as requisições de atitudes, relacionamentos, responsabilizações e valores pautados no sistema público de saúde.

O grande desafio é conduzir a produção do conhecimento aliada à produção subjetiva que alcança o mundo externo e interno dos alunos e profissionais. De conformidade com Franco e Merhy (2011), mesmo que as construções da produção subjetiva do cuidado estejam conectadas à área do saber, ela abrange a dimensão sensível da percepção da vida, das pessoas e de si mesmo, com base em conexões feitas no coletivo.

Barros e Heckert (2010, p. 148) também contribuem nesse direcionamento e assim destacam o cuidado não mais como um “procedimento técnico específico, com fórmulas que ensinem a cuidar. Pensamos que o cuidado é, antes, uma referência ética que deve ser princípio de toda e qualquer prática em saúde e construída por todos que

compõem esse campo”. Assim sendo, o aspecto relacional passa a existir como um instrumento potencializador das transformações dessas práticas, estabelecendo modificações no sistema saber-fazer-cuidar que incluem o vínculo, a responsabilidade e o resgate da fala e da escuta.

O rompimento com a barreira do tecnicismo paralelo ao estabelecimento de vínculos interpessoais mais próximos e acolhedores devem ser iniciativas presentes na prática interdisciplinar e na disponibilidade em compartilhar os diferentes saberes. Para o enfrentamento dessas mudanças “a troca de opiniões e de certezas precisa ser bem mais flexível e bem mais intensa e constante” (Campos, 2009, p. 271).

Nessa direção, as transformações nos processos de formação e no território do trabalho somente são prováveis de efetivar em consonância com atitudes éticas, posturas reguladas em um saber-fazer comum, em contínua aprendizagem que se atualiza no compartilhamento de experiências (Barros e Heckert, 2010; Guizardi & Cavalcanti, 2010; Koifman *et al.*, 2010).

Barros e Heckert (2010) reforçam essa questão e acreditam ser impossível dissociar as mudanças no campo da formação com as mudanças subjetivas; convocam, pois, a tomar o ensino como um local de vivência dessa complexidade. Nesses termos, concordo com as autoras que assim afirmam:

Apostamos numa formação que não se apoie apenas nas metodologias informativas, mas em um *ethos* como competência para promover um diálogo onde estejam presentes e seja privilegiada a história dos trabalhadores, tomada como história viva que ganha contornos ‘imprecisos’ nas criações e nas estratégias compartilhadas (p. 150).

Dessa forma, as práticas que começam a ser instauradas no território de aprendizagem oferecem suporte à entrada no campo de trabalho, e as possibilidades dessas vivências tendem a diminuir as resistências, as inseguranças e medos. Por essa razão, as experiências são tão valiosas, sendo que a saúde pública conta com espaços

potentes para a efetuação e enfrentamento desses diferentes desafios relacionados também aos planos sociais, culturais, econômicos, éticos, entre outros.

Igualmente, a produção do cuidado do cuidador deve estar presente no cenário da formação e do trabalho, além de situar esse processo no campo da ética, dos recursos afetivos e relacionais. Tais valores implicam a produção do cuidar e a inauguração do cuidado de si mesmo com possibilidades de responsabilizações com o compromisso ético-político. Para Foucault (2004a), o cuidado de si, constituído no pensamento grego, requisita uma constante análise da consciência, realizada sem julgamentos, pautada no diálogo, nas trocas e reflexões com outras pessoas, tendo como princípio a autonomia e a felicidade no sentido ético e estético da existência.

Portanto, o agir ético e técnico do cuidado do cuidador, quando acompanhado desde a formação profissional, revela a importância de se ter um compromisso consigo, com a profissão e com a comunidade que solicita os serviços. As propostas em questão permitem a materialização dessas atitudes nos aspectos internos e externos ao ambiente de trabalho e envolvem todos os sujeitos implicados nesses contextos.

Costa-Rosa e Yasui (2009) também consideram o ato de cuidar em relação aos aspectos subjetivos e que esses fatores devem ser considerados no cotidiano de trabalho. Para esses autores, o Ministério da Saúde tem reconhecido essa questão: “um dos aspectos que mais tem chamado a atenção quando da avaliação dos serviços é o despreparo dos trabalhadores para lidar com a dimensão subjetiva que toda a prática supõe” (p. 126). Assim, a dimensão subjetiva é requisitada e exigida na produção do cuidado e no modo de atenção psicossocial.

Os territórios da formação e do trabalho têm como desafio recente as transformações agenciadas à conexão entre subjetividade e o conhecimento. São projetos coletivos que abarcam alterações nos micropoderes dos paradigmas científicos

e intervêm nos espaços de trabalho. Além de ser ampla, tal perspectiva de mudança exige a implicação de uma política de formação articulada com a prática capaz de integrar os diversos campos corresponsáveis: trabalhadores, gestores, instituições e entidades formadoras.

O ideal e, imprescindível, é que essas estratégias possam ser disseminadas desde a formação. Isso significa um eficiente instrumento psicopedagógico de natureza preventiva e permite uma sensibilização do aluno em relação aos aspectos subjetivos envolvidos, bem como as motivações, idealizações do papel de profissional e dificuldades reservadas à área da saúde mental. Nessa perspectiva, Silva e Costa (2008) indicam que sejam feitas reformas curriculares com o objetivo de reduzir o distanciamento entre a teoria e a prática, como também demandam a inserção do tema saúde mental como conteúdo permanente.

Igualmente, existe a necessidade de mais engendramentos de responsabilidades e compromissos entre as instituições de ensino e o SUS, entre o Ministério da Saúde e da Educação. Somente a graduação não consegue formar o profissional que a sociedade necessita e o sistema de saúde requer. Essas articulações, quando ocorrem, são potentes em promover modificações nos territórios de formação em saúde (Garcia & Carvalho, 2009).

Nesses termos, Garcia e Carvalho (2009) complementam que as instituições de ensino e os serviços do SUS precisam ser parceiros no sentido de compreenderem as dificuldades e embates presentes nos estabelecimentos dos estágios. A construção desse diálogo com o SUS depende da disposição de diversos atores sociais, sendo indispensável que todos possam ser sensíveis ao enfrentamento dos desafios que vão além das teorias e dos recursos técnicos e, assim, contemplem as relações e a dinâmica micropolítica nesses espaços.

Capítulo II

Método: delineando o olhar retina

Que isso foi o que sempre me invocou, o senhor sabe:
eu careço que o bom seja bom e o rúim rúim,
que dum lado esteja o preto e do outro o branco,
que o feio fique bem apartado do bonito e a alegria longe da tristeza!
Que os todos pastos demarcados...
Como é que eu posso com esse mundo?
A vida é ingrata no macio de si;
mas transtraz a esperança mesmo do meio do fel do desespero.
Ao que, este mundo é muito misturado.
(Guimarães Rosa - Grande Sertão: Veredas)

2.1 Tecendo a pesquisa-ação: os (des)caminhos navegados

O trajeto deste estudo, assim como estabelecido na pesquisa antecedente, foi orientado pela pesquisa-ação centrada na participação entre pesquisadores e integrantes da pesquisa. Desse modo, é importante explicitar o processo de configuração do sentido e significado partilhado pelos envolvidos nesta investigação a partir das duas experiências de campo (2005 e 2013) que extraíram os dados que serão expostos adiante.

A primeira pesquisa “Estudo exploratório das relações de cuidado dos profissionais de saúde mental em Centros de Atenção Psicossocial de Goiânia” (2005) contou com a participação de 22 profissionais trabalhadores em três CAPS. A segunda, “A produção subjetiva do cuidado do cuidador em saúde mental: um olhar dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial” (2013), teve 12 participantes assim divididos: oito profissionais trabalhadores de CAPS, três gestores de CAPS e um gestor da Divisão de Saúde Mental (DSM) da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia – Go (SMS/GO).

De acordo com a temática, este trabalho é orientado na abordagem qualitativa, que tem como posicionamento investigativo a interação e a reconstrução mútuas entre o objeto e o contexto pesquisado, em uma negociação permanente de significados. Essa

perspectiva provem de concepções e posturas que ponderam a existência de diversas realidades socialmente construídas e produzidas em um espaço de comprometimentos cruzados determinados por forças que incluem valores, crenças, desejos, interesses, entre outras (Bosi & Mercado, 2006; Minayo, 1992; Turato, 2003).

Dessa maneira, a pesquisa-ação tem por pressuposto o envolvimento de pesquisadores com os participantes para que todos possam construir objetivos e metas comuns advindas de um determinado contexto social. Os resultados da pesquisa-ação estão vinculados à tomada de consciência dos fatores compreendidos nas situações investigadas e na participação coletiva para a mudança da realidade explorada (Barbier, 2002; Thiollent, 1996).

Segundo Rocha e Aguiar (2003), esse modo de produção do conhecimento e atuação em campo de pesquisa estão vinculados às iniciativas lewinianas que surgiram no final da década de 1930 nos Estados Unidos. Essas primeiras experiências questionaram a objetividade e neutralidade, ressaltaram a implicação do pesquisador como um sujeito ativo na investigação e introduziram novas propostas de articulação entre teoria e prática, cuja finalidade era de resolução das questões da população marginal e o desenvolvimento de ações provenientes da realidade concreta (Barbier, 2002).

Essas experimentações desenvolveram formas e direcionamentos distintos em diversos países. Na América Latina a pesquisa-ação começou sua expansão com os projetos ligados aos movimentos comunitários e à educação popular e, especificamente no Brasil, essa perspectiva de investigação começou a ter mais expressão no final da década de 1970. Nessa ocasião surgiram os questionamentos às pesquisas tradicionais e positivistas, ocasionando participações mais efetivas da área acadêmica nos

movimentos populares, incluindo nas discussões os componentes políticos e sociais (Rocha & Aguiar, 2003).

De tal forma, desde esse período, a pesquisa-ação vem ganhando espaço no campo acadêmico, sendo incluída no âmbito das modalidades nas quais interessam a apreensão mais complexa do objeto de estudo, o alcance a diversos atores sociais e o compromisso com a transformação social. Para Patton (1990), essa compreensão e busca pela complexidade fundamenta-se em paradigmas denominados interpretativo, crítico e colaborativo que reconhecem a inserção das diversas relações encontradas nos cenários de pesquisa, quais sejam: participantes/pesquisadores, sistema socioeconômico/político, social/cultural, instituições/coletividade, entre outras.

Tomando-se por base essas considerações e o reconhecimento que as relações estabelecidas no campo investigado são dinâmicas e produtoras dos caminhos da pesquisa, é possível retomar os movimentos próprios desenvolvidos nas duas investigações citadas (2005 e 2013), como também prosseguir na articulação das reflexões e experiências teórico-práticas do método utilizado.

A categoria principal que norteou os dois momentos de atuação deste estudo foi a produção do cuidado do cuidador aos profissionais de saúde mental, apresentando a seguinte bifurcação: no ano de 2005 foram analisadas quais eram as relações de (des)cuidado que permeavam o cotidiano de trabalho dos profissionais nos CAPS; e no ano de 2013, identificar as ações e dispositivos que integram o cuidado de si como condição para cuidar do outro vivenciadas pelos profissionais, gestores dos CAPS e Coordenação da Divisão de Saúde Mental.

Mesmo mantendo a categoria principal do estudo de 2005, bem como a maioria dos mesmos profissionais participantes e pesquisadora, muito distintas foram as relações e percepções constituídas nesses cenários ocupados em temporalidades

diferentes e, ao mesmo tempo, tão próximas. Esse paradoxo situou-se inicialmente e permeou todo o processo de investigação, a ponto de unificar a apreensão das duas experiências.

Nesta pesquisa, preocupei-me em garantir a participação mais ampliada de atores sociais envolvidos na condução e elaboração de planejamentos de ações que proporcionam relações de cuidado e suporte aos trabalhadores da saúde mental; busquei também viabilizar o desenvolvimento de um campo de pesquisa mais complexo, ampliando os grupos de interesse que, de alguma forma, estão comprometidos com os resultados desta investigação.

Considerei igualmente importante agregar representantes que constituem a rede de atores sociais envolvidos no campo do trabalho e nas relações de cuidado: Coordenação da Divisão de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia e os Gestores dos CAPS. Outrossim, apostei tanto no alcance de mais atores implicados na pesquisa quanto no estabelecimento de diálogos mais próximos que pudessem garantir discussões capazes de desencadear impactos na realidade do cotidiano dos CAPS.

Outro ponto relevante foi o de assegurar que os dados coletados na pesquisa de mestrado, que não puderam ser contemplados e analisados por motivo de complexidade das informações coletadas e do recorte do estudo feito para à ocasião, fossem articulados no retorno ao campo de pesquisa a fim de aprofundar e conseguir maiores subsídios e contribuições contextualizadas da temática investigada. Possibilitando, dessa forma, identificar avanços, mudanças, estratégias e dificuldades relacionadas à produção do cuidado do cuidador no cenário da saúde mental.

Dado que alguns integrantes dos grupos da pesquisa anterior ainda atuavam nos mesmos CAPS investigados, considerei pertinente percorrer a trajetória dos três CAPS

selecionados em 2005, tendo a possibilidade de verificar as contribuições que teriam advindo do fato de os participantes dos grupos operativos de reflexão terem passado pela experiência de discutir as questões relativas ao cuidado na pesquisa antecedente.

Vale ressaltar que nessa trajetória houve diversos desafios de planejamento e continuidade desta pesquisa. Em alguns momentos precisei rever minhas implicações quanto ao desejo de prosseguir no que era possível e viável, fazendo um exercício frequente de não ter a pretensão de alcançar sozinha essa complexa tessitura. Com essa experiência compreendi o sentido de considerar positivo o fato de a investigação se desviar do objetivo e desejo traçados inicialmente, havendo nessas alterações novas descobertas, estilos e riquezas não pensadas.

Logo, conforme foi orientado pela banca de qualificação deste estudo, o intuito foi o de prosseguir a discussão com a outra parte dos dados não utilizados no mestrado e fazer um retorno ao campo nos três CAPS investigados. Assim sendo, este projeto encontra-se na interface dos campos da psicologia clínica, da saúde mental e do trabalho, sendo campos de práticas e saberes que integram diferentes níveis de compreensão e distintos compromissos políticos e sociais.

2.2 O (re)começo da jornada: mapeando o percurso e (re)visitando o território da Rede de Saúde Mental em Goiânia-Go

Esta investigação foi desenvolvida em três CAPS e na DSM da SMS/GO. De acordo com a estimativa realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no ano de 2012, Goiânia é uma cidade com 1.333.767 habitantes. Este quantitativo indica que Goiânia tem uma cobertura 0,52⁹ CAPS/100.000 habitantes.

⁹ Para este indicador, utiliza-se o cálculo de cobertura ponderada por porte do CAPS. Assim, os CAPS I têm território de abrangência e cobertura de 50.000 habitantes; os CAPS III e AD III, de 150.000 habitantes; os demais CAPS (II, Ad e i), cobertura de 100.000 habitantes (Brasil, Ministério da Saúde, 2012).

Para o Ministério da Saúde, esse parâmetro de cobertura é considerado bom (entre 0,50 e 0,69) (Brasil, Ministério da Saúde, 2012).

Na cidade de Goiânia, a SMS iniciou o processo de reestruturação da Política Pública de Saúde Mental em 1997, tendo como marco a inauguração do Núcleo de Atenção Psicossocial – NAPS Novo Mundo, no ano de 1999. Com o percurso de estruturação da Rede de Atenção Psicossocial, foram implantados sete CAPS em Goiânia no período de março de 2001 a janeiro de 2004 (Relatório Operacional – Implantação da Reforma Psiquiátrica em Goiânia), os quais permanecem com o mesmo quantitativo até o momento atual: maio de 2013. Inicialmente, o planejamento de localização dos CAPS foi programado por Distrito Sanitário, sendo um em cada região. As primeiras implementações foram em regiões que se mostravam mais carentes e ofereciam condições para aluguel de imóvel adaptável e se compuseram nos seguintes Distritos: Sul, Sudoeste, Central, Leste e Meia Ponte Mendanha, ficando descobertos os Distritos Campinas, Norte, Noroeste e Oeste.

Essa estrutura de localidades dos CAPS ainda permanece e o avanço destacado desse panorama é a aquisição de alguns deles como sede própria da SMS, pois até o ano de 2011 todos esses serviços estavam na condição de aluguel e em muitos momentos passaram (e a maioria ainda passa) por instabilidades contratuais, deixando a população preocupada quanto à sustentação dos serviços nas localidades em que se encontram. A observação da continuidade e da importância dessa luta por sedes próprias está confirmada em Relatório elaborado pela Divisão de Saúde Mental / SMS (Goiânia, 2012).

Outras mudanças foram destacadas no Relatório atual da Divisão de Saúde Mental (Goiânia, 2012) da SMS: desenvolvimento de ações no sentido de ampliar e qualificar os serviços especializados em saúde mental, por exemplo: a implantação do

Consultório na Rua e do Centro de Convivência no final do ano de 2012, e articulação de ações em parceria com a atenção básica e urgência, o qual começou essas atividades com a agenda de Matriciamento juntamente com os Distritos Sanitários no início do ano de 2013.

Para melhor visualização das mudanças ocorridas na Rede de Atenção Psicossocial em Goiânia entre 2005 e 2013 (anos nos quais ocorreu a coleta de dados para esta investigação), será apresentado uma tabela referente às transformações no arranjo dos serviços dessa Rede (Tabela 2):

Tabela 2
Modificações da Rede de Atenção Psicossocial em Goiânia-Go entre 2005 e 2013

Composição da Rede de Atenção Psicossocial em Goiânia-Go	Ano 2005	Ano 2013
CAPS	7 CAPS: - 4 CAPS II - 1 CAPSi II - 1 CAPS II ad - 1 CAPS II adi	7 CAPS: - 4 CAPS II - 1 CAPSi II - 1 CAPS II ad - 1 CAPS II adi
Urgências e Especialidades	- 1 Pronto Socorro Psiquiátrico - 1 Ambulatório Municipal de Psiquiatria	- 1 Pronto Socorro Psiquiátrico - 1 Ambulatório Municipal de Psiquiatria
Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT)	Inexistente	5 SRTs: - 2 SRTs Masculina - 3 SRTs Feminina No total são 35 pessoas nos SRTs e 19 pessoas internadas em clínicas, aguardando vaga.
Centros de Convivência	Inexistente	1 Centro de Convivência que funciona diariamente no período vespertino.
Unidade de Acolhimento Transitória (UAT)	Inexistente	1 UATi como estratégia de acolhimento e moradia temporária do CAPS II adi.

Composição da Rede de Atenção Psicossocial em Goiânia-Go	Ano 2005	Ano 2013
Consultório na Rua	Inexistente	2 Consultórios na Rua. Esses equipamentos ainda estão cadastrados na Divisão de Saúde Mental. Estão em fase de transição para Atenção Básica.
GERARTE (Associação de Trabalho e Produção Solidária da Saúde Mental de Goiânia)	Inexistente	2 Gerartes.
Atenção Básica	Não reconhecia a demanda advinda da saúde mental. Falta de articulação entre saúde mental e atenção básica.	5 equipes de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) que fazem o matriciamento em saúde mental para a Estratégia Saúde da Família (ESF).
Capacitação	- Reuniões semanais da equipe.	- Reuniões semanais da equipe. - Colegiado Gestor. - Agenda de encontros e seminários.
Supervisão clínico- institucional	Inexistente	Ocasionalmente alguns CAPS conseguiram esse recurso por meio de aprovação de projeto de incentivo do Ministério da Saúde, sendo que apenas um conseguiu a execução.
Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)	Inexistente	Início da experiência de Matriciamento com as Unidades da Atenção Básica em reuniões semanais.
Movimento Social	Fórum Goiano de Saúde Mental (FGSM) e Associação dos Usuários de Saúde Mental (AUSSMGO).	Fórum Goiano de Saúde Mental (FGSM) e Associação dos Usuários de Saúde Mental (AUSSMGO).
Em implantação		3 CAPS III, sendo: - 1 CAPS II em processo de modificação para CAPS III; - 1 CAPS III e 1 CAPS AD III que irão compartilhar a estrutura física construída em 2012.

FONTE: Relatórios da Coordenação da Divisão de Saúde Mental/SMS/GO do ano de 2005 e 2012.

Além das modificações retratadas na Tabela 2, considero importante apontar quatro diferentes momentos que contextualizam o delineamento desta investigação e tecem os apontamentos feitos na análise, que se segue:

1. **Ano de 2005:** a equipe da Divisão de Saúde Mental, no período da primeira coleta de dados, encontrava-se sem Coordenação, passando por um período de transição política dentro da SMS/GO. Os CAPS não contavam com um Colegiado Gestor da DSM e deliberavam as ações possíveis entre Gestores e Equipe de cada Unidade.
2. **Ano de 2007:** a Divisão de Saúde Mental já contava com uma Coordenação, com a qual fiz alguns contatos para agendar uma reunião, entregar o relatório e as propostas levantadas pelos profissionais dos CAPS participantes da pesquisa realizada em 2005. Houve diversos entraves nessas tentativas sendo possível a entrega do relatório e das propostas juntamente com um ofício relatando minha disposição para uma reunião e apresentação dos dados da pesquisa. Não obtive resposta com relação a esse relatório por parte dessa Coordenação. Na época houve diversas mudanças de gestores nos CAPS e estive com algumas equipes que relataram estar vivendo um clima de gerenciamento autônomo dos serviços, com ausência de articulações coletivas entre DSM e os outros CAPS. Havia certa apatia e descrença dos profissionais em relação à Gestão Política da SMS/GO que demonstrava falta de interesse em discussões coletivas da Rede de Saúde Mental.
3. **Ano de 2011:** nova Coordenação assume a DSM, sendo ligada ao Fórum Goiano de Saúde Mental (FGSM) e também profissional de CAPS, gerando nos serviços expectativas de mudanças no cenário da saúde mental. No final de 2011 e início de 2012 entrei em contato com a DSM e consegui agendar dois

encontros com a Coordenação e a equipe da DSM, com objetivo de conversar sobre a pesquisa de 2005 e sobre o contexto da rede de saúde mental. Nessas reuniões, o período de 2005 a 2011 foi avaliado como uma estagnação do coletivo de profissionais que pertencia à rede, havendo ausência de encontros entre DSM e os CAPS. Mesmo com esse quadro, existiu ampliação na rede de serviços que, para esses atores sociais, foi considerada reduzida e ocorreu pela disposição e responsabilização das equipes de cada CAPS. A Coordenação relatou que, quando assumiu a DSM, a equipe era composta por dois auxiliares administrativos e 10 analistas de saúde e que nenhuma dessas pessoas tinha vivenciado o trabalho em unidades de saúde mental. Os serviços estavam atuando sem articulação de rede, isolados e pouco resolutivos nas situações de crise. Assim, durante o ano de 2011 a DSM se comprometeu em fazer reuniões mensais com o Colegiado de Gestores das unidades de saúde mental tendo por objetivo incentivar a gestão colegiada. Nessa ocasião, a DSM me apresentou uma lista de ações do planejamento para o ano de 2012: construção de sede própria para dois CAPS III (Região Leste e Noroeste); compra e adequação de imóvel para transferência do CAPS AD III; implantação de um CAPS AD III na Região Oeste; implantação do Centro de Convivência; implantação de uma Unidade de Acolhimento Transitório (UAT); implantação de mais um Consultório na Rua; e realização de capacitações, matriciamento, eventos e debates.

4. **Ano 2012/2013:** fiz novo contato com a DSM para o planejamento do Projeto de Pesquisa desta Tese. Esse encontro possibilitou reflexões conjuntas para a realização de nova etapa de campo. No estágio de finalização do projeto, ocorreu uma alteração no cenário político de Goiânia, havendo troca de

Secretário de Saúde da SMS/GO e rumores de substituições dos Gestores, o que realmente se confirmou com a mudança da Coordenação da DSM. Diante desses acontecimentos e do breve tempo para novos contatos e parcerias, avalei fazer modificações no projeto de pesquisa, as quais foram consentidas pela DSM e SMS. A aprovação do projeto pelo Comitê de Ética coincidiu com as mudanças iniciais da Coordenação da DSM, em um período novamente difícil, permeado por tensões; no entanto, mesmo com essas alterações, houve a possibilidade da participação da Coordenação anterior.

2.3 (Re)encontrando os atores sociais participantes e delineando a pesquisa

A investigação de campo foi desenvolvida na DSM da SMS/GO e em três CAPS previamente escolhidos por terem participado da primeira pesquisa em 2005. Estes CAPS possuem as seguintes atribuições:

- ⇒ **2 CAPS II:** serviços que funcionam de segunda a sexta-feira no horário das 08:00 as 18:00h, com atendimento à população adulta em casos graves e crônicos. Esses CAPS têm a média de atendimento de 600 pessoas/mês, com demanda espontânea, ou seja, possuem a porta de entrada aberta, sem necessidade de encaminhamento. Contam com uma média de 45 funcionários por unidade, com equipe técnica interdisciplinar, técnicos administrativos e equipe de apoio (limpeza, cozinha e vigias). As atividades desenvolvidas atualmente são: acolhimento, acompanhamento psicossocial, psicoterápico, medicamentoso, atividades físicas, de convivência, socialização, expressão criativa e artística, atendimento aos familiares, visitas e atendimento domiciliar.
- ⇒ **1 CAPS II adi:** serviço que funciona de segunda a sexta-feira no horário das 08:00 as 18:00h, com atendimento à população de crianças e adolescente (até 18

anos) dependentes de crack, álcool e outras drogas. Esse CAPS tem a média de atendimento de 400 pessoas/mês, com demanda espontânea, ou seja, possuem a porta de entrada aberta, sem necessidade de encaminhamento. Contam com uma média de 35 funcionários, com equipe técnica interdisciplinar, técnicos administrativos e equipe de apoio (limpeza, cozinha e vigias). As atividades desenvolvidas atualmente são: acolhimento, acompanhamento psicossocial, psicoterápico, medicamentoso, atividades físicas, de convivência, socialização, expressão criativa e artística, atendimento aos familiares, visitas e atendimento domiciliar. Possuem como estratégia/suporte uma Unidade de Acolhimento Transitória (UATi).

O retorno ao campo auxiliou na coleta de dados de forma mais exploratória e densa, já que existia um vínculo de confiança estabelecido previamente com os profissionais participantes; isto promoveu a possibilidade de averiguar com mais profundidade as experiências dos profissionais e gestores. Esse novo contato com o campo de pesquisa foi imprescindível para capturar outros fatores de a(fe)tividade no território do trabalho da saúde mental. Reiterando o que destaca Minayo (2006), o trabalho de campo é único, permite um contato mais íntimo do pesquisador com o fenômeno e os participantes, tornando-se um espaço rico que constrói o conhecimento empírico e possibilita elucidar os dados da pesquisa.

Estive em campo durante os meses de março e abril de 2013. Para a coleta de dados foram utilizados os seguintes instrumentos: levantamento documental e entrevista semiestruturada. Os dados obtidos na pesquisa anterior auxiliaram como suporte na elaboração do roteiro das entrevistas (Apêndice A e B: instrumento I e II) mapeando tais aspectos: engajamento ético-político; supervisão clínico-institucional; grupos de

reflexão e de estudos; relações interpessoais entre a equipe; educação permanente; prática interdisciplinar; tomada de decisões compartilhadas; funcionamento da reunião semanal de equipe; estrutura física e material no cotidiano de trabalho; atitudes no cuidado de si; orientações psicossocial e biomédica; momentos de reflexão crítica sobre ações e práticas exercidas no cotidiano; entre outros.

Os instrumentos tiveram o objetivo de apreender alguns pontos da complexidade que perpassam as relações de (des)cuidado identificadas na primeira pesquisa: profissional – gestão – equipe de trabalho – organização do trabalho (Silva, 2007). Para acessar essas questões, utilizei quatro vertentes de fontes de informações, a saber:

1. Levantamento documental da composição e estruturação da rede de saúde mental do Município de Goiânia – GO.
2. Estudo do suporte oferecido: como a Divisão de Saúde Mental atua nessa produção do cuidado do cuidador, perspectivas da coordenação, gestores e trabalhadores.
3. Estudo dos gestores de CAPS: como os gestores empregam e elegem os dispositivos de produção do cuidado do cuidador.
4. Estudo dos trabalhadores de CAPS: como os trabalhadores se apropriam, interagem, ampliam e promovem os dispositivos de produção do cuidado do cuidador.

O levantamento documental (1), de domínio público, teve como objetivo mapear o contexto atual da rede de saúde mental do Município de Goiânia e as estratégias locais interligadas aos planos da Política Nacional de Saúde Mental. Esta etapa foi realizada por meio de análise documental: impressos, em *sites* (dados da Divisão de Saúde

Mental e Ministério da Saúde) e informações auxiliares de gestores e trabalhadores da saúde.

A entrevista semiestruturada se configurou como uma aproximação ao cotidiano do trabalho nos CAPS, aliando os estudos do suporte (2), dos gestores (3) e dos trabalhadores (4). Nesse sentido, a entrevista privilegiou o processo de interação social e teve como objetivo obter informações sobre condutas, aspectos relacionais, sistema de valores e normas, integrando informações que podem ser aprofundadas na relação entre participante e pesquisador (Minayo, 1992).

Essa busca pela apreensão dos significados das experiências dos gestores e trabalhadores não se refere apenas ao “objeto” de pesquisa, mas envolve o pesquisador, em uma relação entre diferentes subjetividades. Para tanto, o posicionamento que tive durante os encontros e entrevistas foi no sentido de fazer uma escuta investigativa dos sentimentos, ideias, sentidos e significações que os participantes tinham em relação às experiências e ações do cuidado de si e do outro; identificando os processos de trabalho e de relações potencializadores em formar redes, suporte e cuidado.

Também estive atenta aos atravessamentos de linguagem, acontecimentos e temporalidade que compõe o cenário do campo investigado. O objetivo era de, ao acompanhar esses movimentos, garantir igualmente a descrição dos fatos reais e espontâneos vividos no cotidiano desse espaço no qual obtive passagem, bem como dar voz aos atores sociais e qualificar os dados. Afinal, “dar espaço à cotidianidade e à particularidade no discurso científico é garantir que ele espelhe mais adequadamente a realidade sobre a qual pretende lançar luz” (Zúñiga & Laperrière, 2006, p. 141).

Para tanto, no estudo de 2005 houve a participação de profissionais de diferentes categorias: Arteterapia, Artista Plástica, Assistente Social, Enfermagem, Musicoterapia, Professor de Educação Física, Psicologia e Psiquiatria, totalizando 22 participantes e

três grupos operativos de reflexão. O tempo de trabalho desses profissionais nos CAPS compreendeu um mês a quatro anos.

Nesta investigação me encontrei com metade desses profissionais (11 trabalhadores) que participaram dos três grupos e que ainda atuam nos mesmos CAPS, sendo que dois deles estavam na função de Gestão. Assim, dos participantes dos grupos de 2005, apresentou-se a seguinte composição: oito profissionais que fizeram a entrevista de forma coletiva, divididos nos três CAPS; um profissional impedido de participar da entrevista coletiva por motivos particulares; dois profissionais fizeram a entrevista individual, contribuindo na função de Gestor e outros dois Gestores que também fizeram a entrevista individual, mas não tinham participado da pesquisa do mestrado. Alguns profissionais que não permaneceram nesses CAPS continuam atuando na rede de saúde mental (sete trabalhadores) e outros estavam em diferente área da saúde (quatro trabalhadores).

Portanto, as categorias profissionais representantes das entrevistas consistiram em Arteterapia, Artista Plástica, Assistente Social, Musicoterapia, Professor de Educação Física, Psicologia e Terapia Ocupacional. O tempo de trabalho desses profissionais nos CAPS é de quatro a 13 anos.

Os gestores e profissionais envolvidos na coleta de dados tiveram a seguinte composição:

- ⇒ Divisão de Saúde Mental: 1 Gestor Coordenador.
- ⇒ CAPS II: 4 Profissionais e 1 Gestor.
- ⇒ CAPS II: 3 Profissionais e 1 Gestor.
- ⇒ CAPS adi: 1 Profissional e 1 Gestor.
- ⇒ **Total de participantes:** 12 (4 Gestores e 8 Profissionais).

- ⇒ **Estratégia de recrutamento:** contato pessoal *in loco* na Divisão de Saúde Mental e nos CAPS.
- ⇒ **Critério de inclusão dos profissionais:** terem participado dos grupos operativos de reflexão realizados no ano de 2005.
- ⇒ **Critério de exclusão dos profissionais:** não terem participado da pesquisa mencionada.
- ⇒ **Critérios de inclusão dos gestores:** ter um ou mais anos de experiência como Gestor(a) na Divisão de Saúde Mental e nos CAPS. No caso dos gestores do CAPS (três em cada CAPS) foi incluído o que tinha mais tempo de experiência na Gestão.
- ⇒ **Critério de exclusão dos gestores:** ter menos de um ano de experiência como Gestor(a) na Divisão de Saúde Mental e nos CAPS.

As entrevistas foram gravadas, transcritas e elaboradas em formato de narrativa. O tempo médio de duração foi de uma hora e meia, sendo empregadas de dois modos: individual para os gestores e grupal para os profissionais, com exceção de um CAPS que contava apenas com um profissional participante da primeira pesquisa e por isso fez a entrevista individual. Sendo assim, foi estabelecido o seguinte arranjo: quatro entrevistas individuais com gestores; uma entrevista individual com um profissional e duas entrevistas grupais com os profissionais. Ressalto que essa escolha de entrevista individual e de grupo foi sugerida pelos próprios participantes, que consideraram interessante a possibilidade de manter a característica da discussão em grupo com os mesmos profissionais que participaram da pesquisa antecedente.

Durante as entrevistas foram apresentados os gráficos confeccionados em um dos encontros dos grupos operativos de reflexão em 2005, denominado “Roda da

equipe: refletindo sobre as relações de cuidado no trabalho (situação real e ideal)”. Esse recurso configurou-se em lembranças e estímulos para as discussões acerca da temporalidade dos avanços e percalços atravessados no espaço entre o primeiro e atual estudo.

No itinerário de campo, ocorreram outros dois momentos importantes que auxiliaram no aprofundamento das questões abordadas com os participantes: 1) anterior às entrevistas – encontro com toda a equipe dos CAPS investigados, no qual apresentei os dados da pesquisa de 2005 e o projeto de pesquisa desta investigação; 2) posterior às entrevistas – encontro com os participantes para leitura da narrativa das entrevistas que foram elaboradas após a transcrição. Essas duas ocasiões foram produtivas devido às reflexões de todos os envolvidos – equipe, participantes e pesquisadora – como também permitiram ratificações e modificações das narrativas elaboradas.

Considerando que a pesquisa-ação é feita de modo cooperativo e participativo entre pesquisador e participante (Barbier, 2002), a preocupação era em garantir o espaço de reflexão e participação adquirido desde a primeira pesquisa, o início de campo se constituiu somente com a proposta das entrevistas e, novamente nesse processo coletivo, foi possível encontrar outras propostas que possibilitaram a estruturação das informações de modo cooperativo, além de assegurar os momentos de reflexões com o envolvimento de mais atores sociais. Portanto, havia ainda nos espaços percorridos uma demarcação construída no coletivo e que, de algum modo, mobilizou movimentos antes navegados.

Elucido que esses arranjos ocorridos nesta segunda investigação estão restritos aos profissionais e gestores dos CAPS (lugares atravessados na primeira pesquisa); quanto ao acesso de campo na Divisão de Saúde Mental não foi possível movimentos

construídos com a participação, pois com a ocasião de mudança de Coordenação e equipe, não havia coletivo instalado.

2.4 Análise do material empírico: desvelando a percepção retina e ampliando a percepção vibrátil

Esta é uma etapa relevante neste estudo pelo fato de poder completar um ciclo iniciado de muito trabalho no processo de sistematização das informações e por oportunizar a articulação e desvelamento dos dados de uma nova fase considerada primordial para a compreensão das experimentações teórico-práticas expostas nesta tese.

Os dados analisados são referentes aos materiais produzidos nas dinâmicas grupais realizadas na primeira pesquisa, articulados e contextualizados com as narrativas das entrevistas da segunda investigação. Essas dinâmicas feitas anteriormente nos grupos operativos de reflexão tiveram o objetivo de acessar os processos de subjetivação em torno da atuação profissional e compreender as relações de (des)cuidado estabelecidas nas equipes e no âmbito institucional e individual; buscaram ainda perceber quais seriam as implicações dessas relações no cotidiano de trabalho dos CAPS.

É importante esclarecer que os gráficos/desenhos elaborados pelos participantes na primeira pesquisa não foram utilizados ou publicizados em outro trabalho, e auxiliaram na condução das entrevistas, sendo um recurso que marcou uma temporalidade e subsidiou os profissionais e gestores nas reflexões para investigação atual.

Outro ponto relevante foi a construção das narrativas a partir da realização das entrevistas, sendo considerada parte do tratamento do material produzido. Assim, as

entrevistas, após as transcrições, foram elaboradas em narrativas e apresentadas em um segundo encontro com os mesmos participantes entrevistados, tanto as entrevistas em grupo quanto as individuais. Esse segundo encontro teve a finalidade de validar os dados e produzir o chamado *efeitos de narratividade*, considerado em pesquisas atuais (Onocko Campos & Furtado, 2008; Onocko Campos, 2011) como efeitos de aprofundamento das questões sobre os temas pouco desenvolvidos no primeiro encontro.

A construção das narrativas após as transcrições é uma estratégia que tem sido utilizada nas pesquisas participativas (Onocko Campos, Furtado, Passos, Benevides, 2008; Onocko Campos, 2011). Consiste em transformar a transcrição em um material denso, e ao mesmo tempo mais reduzido, que mantenha a história do que foi registrado, retratando o que foi dito de forma fiel, inclusive as questões que manifestam as contradições. Essa narrativa é impressa, distribuída aos participantes da entrevista e feita a leitura em conjunto. Essa leitura é disparadora de reflexões, pontuações e validações do primeiro encontro.

Onocko Campos (2011) elucida que alguns autores consideram as narrativas como um processo de mediação do vivido que tem a possibilidade de ser registrada no social, marcando uma vivência inscrita no tempo. Assim, coloca:

Ricoeur (1997) diz que se uma ação pode ser narrada é porque ela já está simbolicamente mediatizada. Para o autor, as narrativas são histórias não (ainda) narradas. É a atividade narrativa que permite ao homem apreender o caráter de passagem do tempo (no sentido de algo que cessa e transita), relacionando passado, presente e futuro, e localizando-se nessa relação que permanece em contínuo trânsito. Portanto, a narrativa se coloca como um recurso através do qual instituímos nossa vida na temporalidade humana, podendo anunciá-la e compartilhá-la (p. 1273-1274).

Dessa forma, as narrativas são sempre construções que se iniciam a partir de uma relação cujo eixo é a disponibilidade de uma escuta sensível que possibilite o

agenciamento das descrições dos acontecimentos, ideias, afetos que surgem durante a entrevista. A utilização das narrativas nas pesquisas não se propõe somente a compreender, “mas também transformar, propor alternativas, buscar soluções. E essas propostas só podem ser formuladas de forma construtiva, a partir da fase analítica” (Onocko Campo, 2011, p. 1277).

O emprego das narrativas neste estudo forneceu, portanto, a oportunidade de problematizar e aprofundar questões que não estavam claras por terem sido tratadas de maneira superficial no primeiro encontro. As pessoas observaram o reconhecimento de suas práticas e discursos no texto; em alguns pontos houve reações de surpresas por terem notado ações antes não percebidas, sendo considerado um momento de exercício participativo de reflexão e de capturas de novas compreensões.

Para tanto, adotei a postura de pesquisadora cartógrafa durante minha permanência em campo e posteriormente para análise dos dados. Essa atitude promoveu assumir uma implicação com o campo investigado e uma disposição em acompanhar os movimentos que acontecem durante a produção do conhecimento, que dizem respeito ao mundo das sensações, dos afetos, dos sons, das vozes, das imagens, que criam caminhos não lineares e por isso traçam mapas sempre abertos e distintos nos diferentes espaços.

Rolnik (2011) ilustra que todo cartógrafo é antes de tudo um antropófago, referência ao Movimento Antropófago de Oswald de Andrade. Por isso, o cartógrafo sempre busca elementos/alimentos para compor suas cartografias, participa e embarca na constituição de territórios existenciais, incorpora disciplinas (filosofia, sociologia, política, antropologia, biologia, etc) que auxiliam o transitar nesse campo do saber. Nesse sentido, apresenta uma definição de cartografia e oferece pistas da tarefa do cartógrafo

A cartografia – diferente do mapa: representação de um todo estático – é um desenho que acompanha e se faz ao mesmo tempo que os movimentos de transformação da paisagem. Paisagens psicossociais também são cartografáveis. A cartografia, nesse caso, acompanha e se faz ao mesmo tempo que o desmanchamento de certos mundos – sua perda de sentido – e a formação de outros: mundos que se criam para expressar afetos contemporâneos, em relação aos quais os universos vigentes tornaram-se obsoletos. Sendo tarefa do cartógrafo dar língua para afetos que pedem passagem, dele se espera basicamente que esteja mergulhado nas intensidades de seu tempo e que, atento às linguagens que encontra, devore as que lhe parecem elementos possíveis para a composição das cartografias que se fazem necessárias (Rolnik, 2011, p. 23).

Nessa perspectiva, a cartografia trata de ações que se orientam pelo comprometimento ético e político com a realidade investigada e considera a participação com inclusão dos efeitos do processo de pesquisar sobre o objeto da pesquisa, o pesquisador e os resultados (Passos & Barros, 2010).

O que define o perfil do pesquisador cartógrafo é exclusivamente um tipo de sensibilidade que ele se propõe a fazer prevalecer, na medida do possível, em seu trabalho. Para isso é preciso considerar o olhar híbrido que acessa, dependendo do contexto que se encontra, a percepção retina e vibrátil, no desafio de apreender a coexistência complementar da macro e micropolítica na produção da realidade psicossocial (Rolnik, 2011). Assim, campo de investigação e referenciais teóricos vão sendo tecidos juntamente com as paisagens percorridas: leituras, contatos, (des)encontros, depoimentos, palestras, músicas, poesias, sistematizações, (des)encantamentos etc. As diversas fontes, convencionais ou não, são absorvidas e emaranhadas na complexa trama que envolve a pesquisa, na qual o cartógrafo se disponibiliza a capturar, utilizar e desvelar.

De tal forma, o caminho que tracei não é linear e a captura dos dados diz respeito aos processos de criação da realidade que escutei e acompanhei de diferentes ruídos, tensões e potencialidades da produção do cuidado do cuidador nos distintos campos relacionais que atravessavam o cotidiano dos trabalhadores de CAPS. A postura

de ser uma pesquisadora cartógrafa possibilitou acompanhar as distintas lógicas presentes na macro e micropolítica do processo de trabalho dos CAPS.

Portanto, o método cartográfico formulado por Deleuze e Guattari (1995a), que foi utilizado para análise do material empírico deste estudo, visou acompanhar os processos da investigação sem a pretensão de expor regras que precisam ser seguidas. Na cartografia se fornecem pistas para o trabalho em campo e de análise dos dados (Rolnik, 2011), podendo ser citadas: escuta e (re)leitura qualificada, visibilidade aos afetos que pedem passagem, apreensão das linguagens e intensidades que permeiam o contexto social, desvelamento de rupturas e desvios das práticas, entre outras.

Isto posto, a direção de análise do material é cartográfica e acompanhou os seguintes movimentos:

1. Movimento de aproximação – leituras das narrativas e contato com o material das dinâmicas. Escutas do áudio sendo articuladas às anotações dos diários de campo que continham as expressões e sensações das experiências em campo. Para tanto, fez-se necessário prestar atenção a todo o material, estar aberta à percepção das coerências, das regularidades e das questões que emergem um estado caótico e desconexo que, com o tempo, podem compor algum sentido.
2. Movimento de exaustão – (re)leituras das narrativas realizadas de modo mais repetitivo, minucioso e exaustivo. Esse processo foi realizado com o material das dinâmicas, com as narrativas das entrevistas e com as anotações do diário do campo. Esse movimento se deu para encontrar a diferença e a repetição, na exaustão, na tentativa de identificar as pistas de regularidades, de rupturas e desvios das práticas constituídas nos discursos dos participantes.

3. Movimento de sistematização – codificação dos núcleos argumentativos que indicassem as pistas de como estavam sendo fabricadas, no trabalho, a produção do cuidado do cuidador, tendo como eixo os desafios e as ações potencializadoras de cuidado que expressam as concepções diversas inseridas no cotidiano de trabalho. Após validação das narrativas pelos participantes, o material foi codificado por meio dos núcleos argumentais, isto é, um conjunto de frases que se referem à organização dos temas provocados pelos roteiros das entrevistas. Os núcleos argumentais revelam a tessitura das reflexões sobre os temas discutidos.

Para apresentação dos núcleos argumentais foram organizados quadros com as temáticas consideradas nas entrevistas, expostos no próximo capítulo, acompanhados pela articulação com outros dados coletados para composição desta pesquisa.

Por fim, cabe destacar que o projeto deste estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa – Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília (CEP-IH-UnB) (Anexo A). Os participantes da pesquisa receberam orientações quanto aos objetivos do projeto, sendo também informados sobre a desistência a qualquer momento e a garantia da confidencialidade, privacidade e sigilo. Após os esclarecimentos todos leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice C), construído de acordo com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Capítulo III

As experimentações teórico-práticas: desvelando a captura do olhar retina e vibrátil

O real não está na saída nem na chegada,
ele se dispõe pra gente é no meio da travessia.
(Guimarães Rosa – Grande Sertão: Veredas)

O material empírico aqui apresentado faz parte de um esforço enquanto pesquisadora em cumprir uma dupla tarefa: agrupar os núcleos argumentativos que contemplaram as temáticas abordadas nas entrevistas e compartilhar os outros dados juntamente com as paisagens mais sutis percebidas durante o percurso de composição desta pesquisa. Para tal intento, será exposta uma articulação de vários dados: núcleos argumentativos, narrativas, levantamento documental, elaboração de gráficos e anotação do diário de campo. Nesse movimento de sistematização dos dados foram consideradas as seguintes perspectivas:

1. Desafios e impasses do modelo psicossocial: os agenciamentos macro e micropolítico.
2. Posturas ético-políticas: do engajamento à disponibilidade.
3. A potencialidade das relações no trabalho em equipe.
4. Dispositivos de produção do cuidado do cuidador.

Como forma de oferecer as distintas compreensões relacionadas a essas temáticas, bem como as diferenças e regularidades expressas por gestores e profissionais, os núcleos argumentativos (derivados das narrativas) serão apresentados em quadros e, durante a contextualização e discussões com outros dados, trechos das narrativas serão também contemplados. Os quadros dos núcleos argumentativos estão divididos em considerações do Gestor da Divisão de Saúde Mental (Gestor DSM),

Gestores dos CAPS e os Profissionais dos CAPS. Para dar visibilidade aos *efeitos da narrativa*, ou seja, dos aprofundamentos e reflexões produzidos no segundo encontro das entrevistas, **estarão destacados com sombreamento cinza os fragmentos de mudanças elaborados pelos participantes a partir da leitura das narrativas** em alguns trechos apresentados.

Elucido que a tessitura dos dados que aqui se encontram somente foi possível pelo acesso a dois campos vivenciados em diferentes temporalidades; isto permitiu muito mais do que visitar paisagens novas, já que também possibilitou ver as paisagens antes visitadas com outros olhos, dando passagem ao olhar híbrido da percepção retina e vibrátil. Essa postura auxiliou na desconstrução de paisagens aparentemente imutáveis, antes percorridas somente pelo olhar retina no sentido de descrever o campo do visível e das estruturas impregnadas na rotina dos serviços.

A convocação dessa potencialidade do olhar produziu outras maneiras da experiência em campo com os participantes da investigação. Além de levar a uma atitude de sentir e observar os movimentos que atravessavam a paisagem do invisível, houve a captura das intensidades das expressões de afetos e desejos mais sutis e o questionamento de posicionamentos considerados como verdades prontas.

Portanto, o intuito é desvelar e considerar a complexidade que acompanha e transcorre a produção do cuidado do cuidador no cotidiano de trabalho dos CAPS. A proposta da cartografia permitiu a construção dessa articulação entre os acontecimentos visíveis ao olhar retina e invisíveis/sutis ao olhar vibrátil, ponderando o pensar, o refletir e o sentir das intensidades sobre os encontros que se formaram durante a passagem pelo campo de pesquisa. Mais do que as sistematizações que se seguem para discutir e (re)pensar esse campo, o desejo é, sobretudo, coletivizar a experiência desta investigação.

3.1 Desafios e impasses do modelo psicossocial: os agenciamentos macro e micropolítico

Os aspectos abordados foram os avanços e entraves vividos no campo da saúde mental, dificuldades e desafios atuais e articulações com a rede de saúde mental, como se segue na Tabela 3 sobre os núcleos argumentais dos desafios e impasses do modelo psicossocial.

Tabela 3

Núcleos argumentais dos desafios e impasses do modelo psicossocial: os agenciamentos macro e micropolítico

Núcleos argumentais Desafios e impasses do modelo psicossocial		
Gestor da DSM	Gestores dos CAPS	Profissionais dos CAPS
A estrutura da rede de saúde mental atualmente em Goiânia é bastante potente, mas ainda é insuficiente.	Pensando na rede de saúde mental, o que mais acessamos hoje são serviços da saúde mental e gostaríamos de acessar a Rede Básica, mas não conseguimos.	A rede que podemos contar não é bem clara, ainda não é uma rede que possibilita encaminhamentos que necessitamos.
Uma coisa importante que nós passamos a entender em nossa rede de saúde mental é que observamos a necessidade de termos sede próprias para os nossos serviços.	Trabalhar com outras pessoas com os diversos impasses que surgem é difícil, porque muitas vezes recebemos profissionais sem experiência nessa área e vem com entendimento contrário daquilo que é preciso ter no cotidiano.	Acreditamos que hoje na saúde mental, por conta da RAPS, está se formando uma rede mais habilitada de trabalho, só que ainda a sistematização disso está meio confusa e ineficiente.
Os grandes desafios que temos é a capacitação e a informação de dados na saúde mental. Nós temos uma precariedade de informação incrível, que não nos oferecem bases para fazermos planejamentos.	O desafio da nossa gestão, comum em outra gestão também, é de não poder dar as respostas aos nossos servidores, como por exemplo, o déficit de funcionário, o encaminhamento pra o usuário que não conseguimos.	Os entraves que temos estão ligados a estrutura, porque hoje até temos condições de sermos um CAPS III, nós fazemos matriciamento, temos uma boa equipe, só que não temos estrutura.
É possível perceber que as equipes incluem sim os diversos olhares na prática cotidiana, mas ainda é uma prática muito médico-centrada, ou seja, se o médico estiver ausente a equipe fica insegura.	Consideramos que atuamos numa concepção psicossocial. As nossas relações são mais horizontais, que é algo já meio viciado no campo da saúde mental.	Aqui nós temos a possibilidade de fazer um remanejamento de organização do trabalho, por exemplo, eu estava atuando na miniequipe e fui para o grupo de acolhimento. Com relação ao cuidado com o usuário temos como prática o modelo psicossocial, as decisões são sempre compartilhadas.

Núcleos argumentais		
Desafios e impasses do modelo psicossocial		
Gestor da DSM	Gestores dos CAPS	Profissionais dos CAPS
Uma coisa que também traz uma tensão quando a pessoa entra no serviço de saúde mental é a prática interdisciplinar. Ao chegar no CAPS e não podendo fazer especificamente o que tinha preparado pra ser feito gera um estresse muito grande.	Talvez nem seja relações tão horizontais como a gente imagina, porque as vezes estamos juntos e outras vezes não mais.	A respeito das relações interpessoais e interprofissionais nós consideramos que ainda temos uma referência muito forte do modelo biomédico.
Lidar com a crise é o nosso fazer, mas cada um traz o seu olhar e conhecimento para lidar com a crise, os conflitos e medos surgem nessa concepção.	A construção de um método de trabalho de acordo com a concepção do CAPS não temos porque falta ainda termos uma qualificação melhor dos profissionais, na verdade temos um longo caminho para chegarmos ao modelo ideal.	Aqui no CAPS temos relações tanto horizontalizadas quanto hierárquicas, as vezes atuamos nessa forma mais horizontal e tem momentos que não, que é a Gestão que decide o que fazer, até porque tem coisas que a Gestão vai ter que assumir mesmo.
	Entendemos que nós gestores que estamos na ponta, nos serviços, não estamos envolvidos somente com questões administrativas, nós estamos diretamente envolvidos na assistência. E uma questão que dificulta é a falta de traçarmos estratégias em colegiado.	Tem muito insegurança ainda no serviço novo (UAT) e que gera muitas tensões nas pessoas.
	A gestão do nível central (DSM) precisa ser colegiada, precisa ser parceira.	Algumas de nós estamos sentindo esse cansaço com o serviço no sentido de ter que fazer coisas que não parecem ser responsabilidades nossas e também por todas responsabilizações que o serviço exige.
	Outra dificuldade é lidar com a crise; a equipe ainda não consegue lidar com as questões da agressividade, da própria situação que a pessoa vivencia.	
	Um dos nossos grandes desafios são os recursos humanos, tanto em qualidade como em quantidade, porque é um trabalho que não é difícil, mas é muito complexo e requer muitas mãos.	

Os avanços e investimentos que acompanham a Política Pública de Saúde Mental tem permitido visivelmente a ampliação dos serviços de atenção em saúde mental na rede pública, o que vem possibilitando modificações na Rede de Atenção Psicossocial e nas estruturas organizacionais dos serviços.

A última publicação do Ministério da Saúde sobre Saúde Mental em Dados 11 (Brasil, 2012) evidencia que a implantação do número de CAPS cresce a cada ano; importante conquista no ano de 2012 foi a atualização do valor do custeio mensal repassado aos CAPS, proporcionando o maior valor pago desde 2002, inclusive com correção de valores para os CAPS já existentes.

Esse aumento do aporte de recursos federais ao custeio dos CAPS se deve às Portarias GM/MS nº 3089/11 e nº 3099/11 que, respectivamente, estabeleceram novos valores de financiamento, repassando novos recursos aos CAPS que já tinham sido implantados, com vistas a atingirem os valores instituídos na primeira portaria. Outra Portaria recente que auxilia e demonstra o avanço da implantação desses serviços é a GM/MS nº 615/13 que institui o incentivo financeiro de investimento para construção de CAPS e Unidades de Acolhimento, em conformidade com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

No Saúde Mental em Dados 11 (Brasil, 2012) é possível identificar menor expansão dos CAPS III e CAPSad III, sendo que em 2012 foi repassado incentivo financeiro para implantação e ampliação desses serviços. No Município de Goiânia esse repasse pode ser identificado com as informações contidas no Relatório da Divisão de Saúde Mental / SMS (2012), as quais se referem à construção de dois CAPS III e um CAPSad III atualmente em fase de aquisição de materiais de almoxarifado, aguardando profissionais concursados para qualificação da equipe e, em seguida, serem inaugurados.

No entanto, esses progressos ainda são marcados por impasses e dificuldades presentes tanto nas estratégias de gestão desses serviços quanto no cotidiano de trabalho que necessita de acessar a RAPS. Nesta pesquisa esses entraves estão localizados nas questões que envolvem os agenciamentos macro e micropolítico e em alguns pontos ligados ao processo de desterritorialização do modelo biomédico para o modelo psicossocial.

As demandas macropolíticas se referem aos seguintes aspectos: ausência de serviços considerados primordiais para consolidação da Rede de Atenção Psicossocial como, por exemplo, os CAPS III e CAPSad III; desarticulação com a Rede de Atenção Básica de Saúde; rotatividade de profissionais gerando déficit de uma equipe estruturada; escassez de melhor qualificação dos profissionais.

Durante as entrevistas foi possível notar que na Gestão da DSM/SMS-GO existe uma preocupação maior com os assuntos relacionados às estratégias macropolíticas. Como esta pesquisa aconteceu em um período conturbado de mudanças de Gestor da DSM/SMS, essa característica ficou ainda mais evidente, ressaltada pelos relatos da permanente preocupação das concretizações e continuidade dos projetos que haviam sido iniciados para implantação de novos serviços e conseqüente crescimento da RAPS tão requerido pelos profissionais que estão na ponta desses serviços.

Outro assunto presente nas entrevistas e conversas nas idas ao campo de pesquisa, principalmente entre os atores militantes e trabalhadores da saúde mental, é a grande expectativa de expansão dos equipamentos e serviços nesse campo, pois, no percurso histórico da estruturação da rede de saúde mental em Goiânia houve um primeiro período, iniciado em 2000, de uma Gestão da DSM/SMS fortemente marcada pelo compromisso colegiado, de implantação dos CAPS, de decisões compartilhadas e muitas conquistas vivenciadas no coletivo.

Após esse período, depois de 2005, houve um movimento denominado por muitos dos entrevistados de autogerenciamento dos CAPS, no qual, segundo os relatos dos profissionais, a Gestão da DSM/SMS foi assumida por alguém que não era comprometido com as questões da política de saúde mental e apresentava um posicionamento *laissez faire*. Esse arranjo “nos deixou com uma sensação de abandono e isso nos levou a posições de autogerenciamento, pois não tínhamos ninguém dando o norte para o serviço. Pelo menos tudo que a gente queria tínhamos assinatura e depois éramos responsáveis em fazer” (Profissional CAPS).

Durante esse período, em 2007, quando entrei em contato com a DSM/SMS para a devolutiva da pesquisa do Mestrado, foi perceptível essa falta de interesse em ações que envolvessem o coletivo dos CAPS. Contudo, o fato de os serviços atuarem isolados e sem articulação com a Atenção Básica não foi impedimento para que a RAPS ampliasse sendo que, nessa Gestão, também foram implantados os SRTs, o GERARTE e os NASF. Ainda nessa época os profissionais elaboraram os projetos da UAT, do Consultório na Rua e da Supervisão Clínico-Institucional da Rede Álcool e outras Drogas, os quais foram encaminhados para o Ministério da Saúde e aprovados.

Apesar de esse momento ter gerado a estagnação de um movimento coletivo e desânimos pelo excesso de responsabilizações para consolidação dos projetos, é possível notar que houve a disposição das equipes, juntamente com os Gestores dos CAPS, em expandir os serviços de saúde mental. Essas paisagens, a despeito de constituírem sentimentos de fragilidade e falta de suporte, também evidenciaram a tentativa e o desejo dos profissionais em seguir e completar o movimento de desterritorialização para reterritorializarem no modelo psicossocial.

No ano de 2011 outra Gestão assumiu a DSM/SMS e trouxe de volta o projeto de realizar o Colegiado de Gestores e o Encontro de Trabalhadores das unidades de

saúde mental com o objetivo “de incentivar a gestão colegiada e ampliar a participação dos trabalhadores na construção política local e desenvolver ações sintonizadas nos diversos serviços” (Relatório da Divisão de Saúde Mental, 2012). Essa nova modalidade de gerenciamento foi considerada por muitos profissionais e gestores como parceria que engendrou suporte com experiências positivas; todavia, houve algumas pessoas que ponderaram esse posicionamento como centralizador, justificando ausência de delegações às equipes dos CAPS. Esse aspecto compreende os conflitos vividos pelas resoluções que perpassam as relações horizontais e hierárquicas mais direcionadas ao âmbito micropolítico e será destacado adiante.

Nas duas entrevistas realizadas com a Gestão da DSM/SMS houve o destaque da ampliação e maior diversidade de serviços que oferecem suporte aos CAPS, apontando como relevante o trabalho dos profissionais com mais tempo de experiência no campo da saúde mental, sendo pessoas que podem contribuir para a implantação dos novos CAPS.

Na nossa gestão de dois anos foram implantados uma Casa de Acolhimento, um Centro de Convivência, dois Consultórios na Rua e construídos três CAPS para atuarem na modalidade de CAPS III. À medida que pudermos construir CAPS III as equipes que temos nos CAPS vão ficar confortáveis para poder contribuir com o conhecimento que têm, liberando alguns trabalhadores para que possam ser sementes desses novos CAPS que serão implantados (Gestão DSM).

Foi consenso entre todos os profissionais e gestores a necessidade de integração e acesso tanto na Rede de Atenção Básica quanto na Rede de Atenção Psicossocial, sendo considerada como um recurso ainda ineficiente e que não permite um fluxo de trocas, agilidade e intensificação dessas redes. Essas questões aliadas à escassez de estrutura (física, material e de trabalhadores) aparecem como um entrave na manutenção dos serviços, o que provoca desgastes e tensões constantes no cotidiano de trabalho.

O que mais hoje é difícil é essa impossibilidade de encaminhar para um trabalho, para um local que o nosso usuário precisa. Tudo aqui gira em função do usuário, funcionamos em função do usuário. Então o que sentimos falta é de uma rede de apoio, nós não podemos contar com rede básica, não conseguimos dar encaminhamento a uma simples consulta clínica. Enquanto gestão a gente precisa dar uma resposta, não conseguimos porque a gente esbarra sempre com essa falta de possibilidades. Isso desgasta muito o cotidiano porque a gente discute um caso de um adolescente diversas vezes porque a gente não consegue fazer os encaminhamentos necessários (Gestor CAPS).

Então hoje temos uma estrutura terrível, pensando no potencial de equipe que temos, que já tem experiência e é capaz de capacitar profissionais novos que chegam. E não é só a estrutura física do CAPS, mas também de carros para fazermos o matriciamento, de médicos para acompanhar e fazer medicação domiciliar, a parceria com a rede de saúde. Porque hoje a gente tem casos de perdermos pacientes na rede de saúde, uma pessoa é internada no Pronto Socorro Psiquiátrico e ao invés deles encaminharem de volta para nós, encaminha para uma clínica, e aí ficamos um tempo sem ter notícia dessa pessoa. E temos essa devolutiva do usuário que atendemos, que se fosse pra ficar aqui ele até ficaria, mas se for para o Pronto Socorro não quer ir, porque não quer ser internado. Então quer dizer, oferecemos o que é de bom para a população, mas ainda temos que dizer que existem algumas coisas que ainda não conseguimos oferecer (Profissionais).

O que mais me desgasta hoje é a estrutura e a falta de suporte do serviço. Na época da pesquisa do mestrado o envolvimento com os meninos me fazia sofrer mais, os casos eram muito difíceis. Atualmente eu me sinto mais preparada para lidar com os meninos, com essas questões do dia a dia deles e da conduta com eles. Eu me sinto mais segura para essa atuação. Agora, essas questões de estrutura, coisas mais técnicas e administrativas, é o que está mais me desgastando e irritando atualmente (Profissional).

Outro entendimento que temos é que essa rede de saúde mental e saúde em geral precisa se integrar cada vez mais, mas que esse processo é lento. Cada unidade trabalha ainda muito isolada, isso sempre foi histórico, mas hoje é cada vez mais claro, não só pra saúde mental como também pra Atenção Básica, que é preciso trabalhar de forma integrada. Entendo que hoje a gente tem um movimento maior e mais institucionalizado do interesse nessas trocas, por isso acho que avançou um pouco, mas ainda estamos longe de dizer que estamos mesmo trabalhando em rede. E também é muito difícil articular essa rede, porque essa rede tem muitos buracos, a diversidade de serviços que temos é potente, mas é ainda pequena (Gestão DSM).

Ainda não temos o CAPS III, esse é nosso grande problema. Nesse período de cinco meses de funcionamento da casa eu já tive que levar duas vezes quem estava na casa para o Pronto Socorro Psiquiátrico, porque eles estavam em crises psiquiátricas que não eram por conta das drogas, mas por transtornos mesmo. A casa teve que absorver o cuidado desses meninos por não ter para onde encaminhar. Isso tudo fora do horário de trabalho. Então não é uma casa

de acolher crises e está infelizmente virando isso, porque o CAPS não funciona como lugar de acolher crises, as crises que acontecem a noite, no fim de semana. Por conta do serviço aqui (CAPS adi) não funcionar 24 horas e na UAT funcionar, acaba que a casa é que está virando suporte aqui pro CAPS em questões que não eram para ser de responsabilidade da casa. Se aqui no CAPS não mudar a pressão lá vai ficar desse jeito o tempo inteiro (Profissional).

Mesmo existindo essa carência de integração entre as redes de saúde, houve a observação de movimentos diferentes das equipes relacionados ao ano de 2005, nessa época as equipes demonstraram ausência de qualquer tipo de articulação dessa rede fora do âmbito dos serviços. Um fator exposto como contribuição dessas tentativas de parcerias com a rede de saúde foi a regulamentação da Portaria GM/MS nº 3088/11 que estabeleceu e constituiu as diretrizes para o funcionamento da RAPS. Esses movimentos foram mais perceptíveis durante as reuniões de equipe, nas quais estive presente em alguns momentos de ida ao campo, onde sempre presenciei discussões a respeito do matriciamento e das estratégias da RAPS. Nessas ocasiões, quando surgiram esses assuntos, havia trabalhadores bastante interessados, outros com dúvidas e ainda outros descrentes em relação às novas propostas, sendo os gestores mais incisivos no fortalecimento e consolidação desse tópico.

De tal modo as temáticas relacionadas às estratégias macropolíticas ocuparam mais os relatos dos profissionais envolvidos no processo da Gestão, com maior relevância na Divisão de Saúde Mental. Nessa esfera os desafios do campo da saúde mental são mais direcionados aos argumentos que compreendem a resolução macropolítica. As primeiras constatações, tanto de impasses quanto de avanços, estão no cenário de como gerir processos e instrumentos que abarcam ações macropolíticas, por exemplo: a implantação de mais serviços, a necessidade de os serviços terem sede própria, o sistema ineficaz de obter informações de dados para avaliação e planejamento dos serviços, o gerenciamento das supervisões clínico-institucionais, entre outras.

O instrumento que a gente tem hoje na Secretaria dificulta os registros específicos em saúde mental e isso desanima os profissionais a registrar, então os profissionais só registram nos prontuários dos pacientes que ficam lá guardados. Então às vezes a gente quer ter uma pesquisa com mais consistência e tem que buscar no prontuário e isso é difícil. Como no prontuário é difícil a gente acaba desistindo e indo buscar um dado alternativo. Por isso nós precisamos ter informação para planejamento e avaliação do serviço, nesse sentido se a gente traça metas pra saber se a gente alcançou ou não eu tenho dificuldade. Por exemplo, se eu preciso saber se cada CAPS na sua região altera o número de internações, eu tenho que ir no prontuário pra saber se a pessoa internou ou não, porque os dados do Controle e Avaliação não cruza com os dados que o CAPS informa, porque são dados de diversos lugares, mas eles não cruzam, o sistema não permite. Então eu tenho o sistema que não facilita. É como se as pessoas não soubessem que tipo de dados elas querem no final, então esses dados não cruzam. Nós temos apenas noção dos dados, mas nós não temos um dado assim que possamos dizer que com a implantação do CAPS tal o impacto foi de tal forma, como dado concreto. E essa dificuldade nós temos é no País, não é específico daqui (Gestor DSM).

Nós estamos tendo dificuldade de manter as supervisões, é uma das coisas que a gente já conversou muito com o Ministério da Saúde, porque não basta eles financiarem as supervisões do modo que está hoje estruturado. É preciso pensar em um novo formato da supervisão, como que agiliza isso, porque a forma de pagar é muito difícil, e isso não é só aqui em Goiânia, é uma reclamação geral, acontece em outros Municípios. Precisamos achar um jeito mais ágil para que essas supervisões sejam mais contínuas. Porque essa falta de supervisão que temos hoje em nosso Município é pela dificuldade de conseguir e garantir esse dispositivo. Os nossos CAPS fizeram e enviaram projetos para os editais que são lançados pelo Ministério da Saúde, mas algumas unidades não conseguiram ser contemplados até hoje. E também algumas unidades já conseguiram aprovações desses projetos, mas não conseguiram realizar pela dificuldade de acesso ao supervisor e pelas questões burocráticas que tornam o processo ainda mais moroso. As equipes têm vontade, têm desejo, procuram, fazem os projetos, identificam as pessoas, mas o processo é tão demorado que dificulta e emperra a realização (Gestor DSM).

Tem vários anos que não temos supervisão aqui. A última vez que houve supervisão a pessoa demorou meses para receber e isso prejudica muito, porque quem dá o nome e valida esse contato é a gestão da unidade, mas é o Ministério da Saúde que paga. E a pessoa te liga e a gente tem que falar que não tem grana, e eles nunca pagam, demoram demais e isso complica muito (Gestor CAPS).

A realização dos projetos de Supervisão Clínico-Institucional apresentaram um número muito baixo em Goiânia e ainda os poucos CAPS que conseguiram ser contemplados pelo Edital de Seleção do Ministério da Saúde tiveram vários obstáculos

que impediram a efetuação das supervisões. A maioria dos CAPS está sem supervisão desde o ano de 2004 e uma das dificuldades referidas para concretização desses projetos é a forma como são feitos o contrato e a remuneração aos supervisores.

Nesse sentido, o Saúde Mental em Dados 11 (Brasil, 2012) informa que, durante o ano de 2012, a Área Técnica de Saúde Mental do Ministério da Saúde rediscutiu o formato da supervisão clínico-institucional no contexto das Redes de Atenção à Saúde e no que se refere à remuneração dos supervisores, identificada como um dos maiores entraves à implementação dos projetos. A previsão é de um novo edital para convocação de projetos de formação e educação permanente que contemplará a supervisão.

Nas entrevistas, os gestores e profissionais ainda não haviam sido informados de novas propostas relacionadas à supervisão clínico-institucional. Apenas uma Gestora do CAPS relatou que a expectativa de mudanças desse aspecto estava no recurso que a Secretaria Estadual de Saúde havia recebido para implantação da Escola de Supervisores Clínico-Institucionais, mas que ainda não havia previsão de quando esse projeto seria implementado.

Todas essas questões ligadas a direcionamentos de sistematização e burocratização da rede são realmente importantes para elaboração do planejamento, gerenciamento, avaliação e requisição de novas propostas e ações. Não é difícil imaginar que, diante de outras solicitações incluídas em tarefas igualmente necessárias, o tempo e o fazer da gestão caminham diferentes do tempo e do fazer dos trabalhadores, ocupando dois campos distintos que se inter cruzam cotidianamente.

Esse fluxo de fazeres múltiplos caracterizados pelo encontro dos gestores e profissionais produz ruídos na operacionalização do trabalho. Os ruídos mais presentes nos participantes desta pesquisa se referem à necessidade de iniciativas, como: uma

gestão colegiada e participativa, projetos compartilhados no coletivo, garantia de melhor estrutura dos serviços, melhor caracterização de um trabalho pautado no modelo psicossocial integrado entre todos os serviços.

Um dos entraves que nós temos é que quando um gestor do CAPS não tem essa compreensão de gestão parceira, ele acaba empurrando as responsabilidades e não faz junto, isso cria diversas dificuldades, isso atrapalha os relacionamentos. E já em outro momento esse gestor cobra isso, ele quer ser parceiro, quer participar de todas as decisões e se a gente tomar qualquer decisão sem algum gestor é muito complicado, por que eles nos responsabiliza de fazer coisas sozinhos. Só que aí quando eles são chamados pra fazer parceria, pra discutir, eles colocam a hierarquia do tipo que eles só dão conta até certo momento e o restante é lá de cima que tem que ser feito. Então às vezes há uma imaturidade de gestão, mas por outro lado a gente não tem capacitação para gestores. E isso é na rede como um todo, o nível de compreensão do SUS, de gestão, de avaliação de gestão, possibilidade de planejamento dos nossos gestores, ainda deixa muito a desejar. Isso não é só na saúde mental, a gente percebe que às vezes na saúde mental a gente tem até mais qualificação, mas que ainda deixa a desejar (Gestor DSM).

Os CAPS ficam cada um no seu quadrado fazendo aquilo que acham que devem fazer, a diretriz do modelo psicossocial todo mundo tem, mas aquilo de ver o que nós vamos fazer para melhorar a rede, qual será o nosso próximo passo ou estratégia, o que vamos fazer pra qualificar os serviços, não fazemos em conjunto com outros serviços, e isso tinha que ser colegiado. Por exemplo, tem anos que estamos falando em implantar CAPS III aqui em nosso Município, mas cadê a capacitação para esse atendimento? Será que temos que simplesmente abrir a porta e dizer que agora vamos funcionar 24 horas? Essas questões causam uma insegurança muito grande na equipe, porque temos que enfrentar as forças contrárias, como os hospitais ou clínicas psiquiátricas, que dizem assim: vamos mandar todo mundo para lá porque agora é 24 horas e vamos ver se eles vão dar conta. Então são essas coisas precisam ser pensadas, não temos um plano colegiado pra pensar em que vamos trabalhar esse ano na saúde mental. Muda a gestão do nível central e a gente que está na ponta continua perdido (Gestor CAPS).

O que está faltando aqui no CAPS é uma linha guia de conduta para nós, para apararmos as diferenças que atualmente temos. Mas também não temos essa linha guia nem da Divisão de Saúde Mental, cada Coordenador que entra lá tem o seu jeito de fazer. Nos guiamos muito pela Política de Saúde Mental, mas aí cada pessoa tem uma compreensão diferente dessa política, ficando muito a mercê de quem é que vai gerenciar. Cada Gestor que entra parece que tudo que foi construído fica meio instável, porque não temos um alicerce (Profissional).

Fazer essa gestão participativa e coletiva não é fácil, mas é o que tem ajudado bastante a termos essas boas mudanças. Pra quem está de fora é mais fácil tomar essas atitudes mais coletivas e de observar a dinâmica da equipe. Agora quando a gente é parte da equipe também estamos envolvidas com os

sentimentos, com as disputas de poder, então fazer essa gestão participativa é um desafio mesmo (Gestor CAPS).

E hoje também percebemos que temos uma demanda diferenciada da sociedade, mudou muito desde quando abrimos esse CAPS em 2003, houve muita movimentação de lá pra cá. Há uma mudança social, de estrutura social, que exige de nós mais movimento. E nós estamos conseguindo acompanhar isso, podemos não estar capacitados porque ainda não atendemos totalmente essa demanda, mas se tivéssemos uma estrutura melhor sentiríamos tranquilidade em poder atender essa demanda, e a população sofreria menos (Profissionais).

Infelizmente há tempos não temos uma gestão parceira na Divisão de Saúde Mental. Temos subido e descido com nossas próprias pernas. Sentimos falta de ações da Divisão de Saúde Mental que integrem os serviços da saúde mental. Às vezes existem capacitações com temáticas sobre a depressão, esquizofrenia, eles nos colocam num auditório grande, falam sobre aquele assunto num modelo tão biomédico e fica por isso mesmo. Precisávamos de momentos de mais parceria, que pudéssemos compartilhar das nossas experiências, dificuldades, avanços. No entanto, muitas discussões não significam que o projeto está sendo coletivo, já tivemos decisões que ficaram sem ser compartilhadas com a equipe que já está na saúde mental há muito tempo. Entendemos que uma gestão coletiva e compartilhada não é fácil de fazer, ser democrático é difícil, construir uma gestão colegiada exige muito (Gestor CAPS).

Como o modelo psicossocial agencia a composição de um trabalho instituído em um campo complexo que acessa diversos territórios locais, materiais e subjetivos, existe também a requisição por um gerenciamento igualmente entrelaçado nesse fluxo de fazeres múltiplos, ou seja, uma gestão que percorra e considere as redes normativas e as redes relacionais. Os participantes que vivenciam esse âmbito da gestão reconhecem o desafio dessa tarefa, tanto quanto a avaliam como imprescindível.

Embora a Gestão compartilhada e colegiada esteja contemplada nas diretrizes das Políticas Públicas estabelecidas no Sistema Único de Saúde (SUS), atuando nas instâncias de conferências e conselhos, essa prática não é necessariamente presente nos serviços e nos espaços das redes de saúde. O investimento nessas Gestões ainda encontra entraves objetivos - econômicos e infraestruturais - e subjetivos - relações de poder, disputa por interesses pessoais e políticos (Frigato & Carvalho, 2009).

Nesse aspecto, esse engajamento e compromisso na construção de novos projetos podem se transformar em dificuldades que ficam visíveis quando esse quadro complexo pode tornar-se complicado, ao aliar esses desafios para consolidação do modelo psicossocial às modificações dos gestores relacionadas às deliberações de políticas na área da saúde nas esferas Estadual e Municipal. A paisagem nesse campo é fortemente instável, produzindo desânimos, cansaços e desmotivações. Ainda assim, ao adentrar e (re)visitar os CAPS, antes percorridos e vivenciados nessas “complicações”, deparei-me com profissionais mais apropriados do trabalho que atuam, mais envolvidos com os questionamentos da complexidade do modelo psicossocial, com os entraves que encontram no dia a dia e os desafios que precisam enfrentar.

No ano de 2005 os relatos sobre as práticas nesses serviços oscilavam entre o modelo biomédico e o psicossocial; existiam dúvidas de entendimento e eficiência sobre o trabalho nos CAPS, sendo que os relacionamentos e vínculos estabelecidos com usuários, familiares e comunidade foram os mais referidos como causadores de sentimentos de angústia e impotência. Nessa época, havia participantes da pesquisa que eram recém-chegados nos serviços ou estavam nesse trabalho há pouco tempo. Agora, em 2013, os participantes apresentaram uma trajetória mais sólida nesse campo da saúde mental, revelaram com maior clareza a prática que vivenciam no modelo psicossocial e se sentem mais tranquilos e seguros no tocante às relações com os usuários e familiares. No silêncio do invisível existe um delineamento mais consolidado, outras posturas de assimilação e concepção do modo psicossocial foram capturadas.

No tipo de serviço que estamos, trabalhamos com a imprevisibilidade a todo o momento, há uma flexibilidade para ações não planejadas no cotidiano. Estamos sempre alertas para um plano B, porque as coisas que planejamos podem não dar certo e outro jeito tem que ser pensado. E no geral os profissionais conseguem lidar com isso com tranquilidade (Gestor CAPS).

A falta do médico não nos desestabiliza, essa falta desestabiliza muito mais os usuários, eles dependem e necessitam mais desse profissional. E conseguimos resolver muitas questões nas miniequipes mesmo não tendo o médico conosco (Profissionais).

Nossa lógica de cuidado está no plano normativo e no subjetivo, temos as duas coisas, não temos muito como separar isso. Estamos numa instituição e para operacionalizar a demanda temos essa face burocrática, não temos como fugir desses dois aspectos (Gestor CAPS).

Quando trabalhamos com o território ainda temos maiores complexidades. Temos que ter pessoas com perfil para esse trabalho, não é qualquer pessoa que consegue estar aberto para o outro, tanto pro usuário quanto pra equipe. Aqui não existe hierarquia e não é qualquer pessoa que consegue trabalhar nesse modelo (Gestor CAPS).

Fazer com que as pessoas se sintam seguras para atuar nesse novo modelo é difícil, porque nós não temos bola de cristal para prever o que vai acontecer e isso acontece em qualquer modelo, não é só nesse. Errar faz parte do processo de aprendizado, questionar, dizer o que não deu certo (Profissionais).

E o processo de trabalho, principalmente quando é inovador, precisa de tempo para amadurecermos nele, afinal nos CAPS todos os dias estamos criando coisas novas, todos os dias vivenciamos situações inusitadas. São comuns as seguintes falas: nossa, não tínhamos pensado nisso! E agora, o que vamos fazer? O que é possível fazermos nesse momento? (Gestor CAPS)

Aqui nossa prática é muito interdisciplinar, quando os profissionais vêm para trabalhar aqui já explicamos como é o serviço, que as salas são compartilhadas, que não existe sala específica para o profissional, que as atividades são em grupo. Perguntamos aos médicos se eles se importam se um profissional questionar o porquê da mudança da medicação, pois se não estiver justificado no prontuário os profissionais perguntam mesmo qual foi o motivo da mudança. Explicamos tudo isso, porque tem pessoas que não conseguem atuar nessa prática interdisciplinar de trocas e conversas (Gestor CAPS).

Diante dessa perspectiva, poucos assuntos relacionados ao campo dos fazeres do modelo biomédico apareceram, mas ainda foram encontrados em alguns espaços, principalmente nos relatos dos participantes que consideraram a equipe com maior rotatividade e com déficit de funcionários. Nesse CAPS, a prática de intervenções em grupo é menor e as atividades de atendimento ambulatorial são avaliadas como comuns

para conseguirem atender a demanda com o número reduzido de profissionais. Nesse cenário há resistências, sentimento de impotência, desmotivações, assim como o desejo de mudança que caminha concomitante com o cansaço pelas lutas diárias. A vivência no processo de desterritorialização é mais intensa, porém as linhas de fuga são pouco perceptíveis pelos trabalhadores.

Outra forma de apresentação do modelo biomédico nesses espaços está no caráter hegemônico em conceber o conhecimento nas diversas áreas do saber, que legitimam o domínio de uma linguagem das ações realizadas. O uso dos termos comuns do campo biomédico ocasiona reconhecimento no trabalho que os profissionais executam cotidianamente. Essa constatação existe e aparentemente não gerou incômodo. Na a(fe)tividade vibrátil intrigou-me o fato da conformidade e ausência de questionamento por parte dos profissionais nesse aspecto.

Os gestores evidenciaram uma preocupação maior nesse sentido de observar e atentar as equipes para uma prática, linguagem e postura em conformidade com a proposta do modelo psicossocial. Ponderam que essa questão é considerada antes mesmo de o profissional começar a atuar nos CAPS, quando se faz uma avaliação do perfil do profissional e se adverte sobre o funcionamento do trabalho. Os gestores relataram que os trabalhadores, principalmente os médicos que não conseguem atuar interdisciplinarmente, geram dificuldades e cobranças por parte dos outros profissionais no cotidiano de trabalho. Isto apareceu como contraditório nas considerações feitas por alguns dos profissionais participantes.

Parece que quando a gente utiliza uma linguagem e uma forma de compreender o conhecimento em uma linguagem biomédica temos a impressão que conhecemos mais, que dominamos mais o assunto. Quando utilizamos termos que não são biomédicos parece que está faltando alguma coisa (Profissionais).

Aqui no CAPS, os médicos que temos atualmente são pessoas que buscam uma relação mais horizontalizada. **E se tivéssemos médicos que se considerassem**

num nível superior dentro de uma hierarquia com as outras profissões, pensamos que isso não nos incomodaria, pensaríamos que é melhor do que ficar sem médico, não teríamos tanto resistência a isso. Mas hoje temos médicos que buscam essa relação mais horizontalizada e isso ajuda muito e é ótimo para as relações, para as pessoas (Profissionais).

Por meio dessas exposições pude adentrar em outro campo que perpassa os agenciamentos locais, os encontros relacionais dos CAPS e a rede de saúde mental, tendo ressonância na dinâmica micropolítica dos serviços. Nesses termos, os impasses identificados nas narrativas dos profissionais envolvem o entrelaçamento nas posturas de atuar no modelo psicossocial e nas relações intercessoras (Merhy, 2009) produzidas nos CAPS: concepções dos relacionamentos horizontais e hierárquicos, ausência de reflexões sobre as funções ocupadas no trabalho e relações de poder.

O eixo de relacionamentos pautados nas concepções horizontal e hierárquica apareceu de modo mais constante entre todos os participantes. Esse aspecto é considerado como produtor de distorções no funcionamento dos serviços e das tecnologias relacionais, principalmente nos encontros que atravessam os gestores e trabalhadores. Os entraves citados que provocam resistências na relação/encontro gestor-trabalhador são os seguintes: decisões por parte da gestão exteriores às discussões com a equipe; cobranças de tarefas corriqueiras que precisam ser feitas no cotidiano; resoluções burocráticas que invadem a rotina dos atendimentos; e a ausência de clareza e conversas sobre as funções e papéis que gestores e profissionais ocupam.

Nessa relação intercessora entre gestores-trabalhadores, o direcionamento que se constrói interfere na intensidade dessas resistências, que também produzem ressonância na manifestação do trabalho vivo em ato proposto por Merhy (2002). Essas resistências provocadas pelas relações de poder conduzem à manutenção do instituído e diminuem a potência do trabalho vivo em ato, o que possibilita a criação de subjetividades do trabalho marcadas por cristalizações.

Nas discussões sobre a conservação desses acontecimentos e a dinâmica dos relacionamentos, os participantes não conseguiram identificar modos de atuação diferentes; parece não existir uma valorização do fazer/pensar no encontro intercessor gestor-trabalhador.

O acesso de vários territórios dos serviços, mesmo quando sendo os burocráticos, consiste no modo de participação e questionamento sobre a organização do trabalho e o eixo normativo que o guia. Ao contrário, esse caráter participativo tem gerado tensões e descontinuidade ao que é proposto, pois tem sido concebido por seus atores como simples disposição de papéis e funções. Nessa paisagem desponta a dinâmica micropolítica com processos que corporificam invisivelmente os fazeres e saberes.

Assim sendo, alguns participantes localizaram essa normatividade acrítica como parte intrínseca também das relações de poder que permeiam qualquer sistema de trabalho e reconheceram que esse é um aspecto delicado de ser apontado, tanto por não ser compreendido quanto por ser algo que não pode ser modificado.

Apesar de essa dinâmica micropolítica normatizar verdades aparentes, quando caracterizada pelas relações de poder produz resistências (Foucault, 1977, 2004a), como as citadas anteriormente, e gera contradições e jogos de poder velados, e não são discutidos, levando a cobranças que esgotam o cotidiano e as relações. Esses desgastes são advindos das resistências que ocasionam brechas e fluxos irreprimíveis, que abalam os processos instituídos e exigem dos atores participantes desse processo capacidade analítica da situação e mudanças de ações (Merhy, 2002; Ferigato & Carvalho, 2009).

Portanto, as relações de poder estão em um cenário que carece de mudanças e um olhar atento a essas questões, sendo que essa transformação passa também pela reinvenção das relações interpessoais e subjetivas que atravessam os gestores e

trabalhadores do campo psicossocial. Essas modificações abarcam o plano sutil das tecnologias relacionais e engendram enfrentamentos que nem sempre são fáceis; assim, é necessário ter cautela para não transformar essa temática em espaços produtores de excessos de discussões e vazios de ações.

Dessa forma, os relatos dos participantes demonstraram que as relações de poder criam entraves nas conversas e encontros entre os gestores e trabalhadores e diminuem a potência capaz de construir possibilidades de enfrentamentos e inovações nos espaços de trabalho.

Existe uma gestão e sei que sou responsável por isso e devo cobrar do profissional a responsabilidade, e a minha também é cobrada, porque na hora se há algum problema quem é chamado é a gestão e não o técnico. Então eu devo cobrar, eu tenho que dar uma direção pra esse serviço. Eu conto com a equipe e as decisões devem ser tomadas em equipe. Mas existe ainda muito essa confusão. É difícil de lidar, porque vejo isso claramente e tenho essa característica de cobrar o que foi combinado, e isso as pessoas estranham ainda. E não considero que isso seja autoritário, considero que existe uma hierarquia com democracia, alguém pra nortear o que está sendo feito, alguém para pegar o prontuário e dizer: escuta você não evoluiu aqui nesse dia que você atendeu, ou olha essas pessoas aqui não estão vindo, você já ligou pra saber o que aconteceu? (Gestor CAPS).

As relações no CAPS são mais horizontais, inclusive essa falta total de uma relação centralizadora até prejudica, porque as vezes tem coisa que é de gestão mesmo, que vem lá de cima, e passar isso pra equipe é muito frustrante. A equipe não sabe administrar o que é imposto, porque é tudo sempre feito muito junto, no coletivo. Quando é algo que vem da Divisão ou de outro lugar gera vários questionamentos, tem uma resistência dos profissionais (Gestor CAPS).

As gestoras aqui do CAPS são muito abertas, temos liberdade de conversar com todas, quando precisamos estão sempre dispostas a ajudar. O que anda acontecendo é que as vezes elas se perdem nos papéis e com isso se perdem quais são os papéis de gestores e quais são os nossos papéis de profissionais. Fazemos muitos trabalhos burocráticos que achamos que não são responsabilidades nossas e isso é muito desgastante. Porque nós estamos aqui pelos usuários e não para fazer serviço administrativo, não escolhemos estar em trabalho administrativo e porque temos que fazer isso? E outra reflexão que tivemos nesse momento é identificarmos o quanto esse trabalho burocrático invadiu nosso espaço de tempo no cotidiano dos atendimentos (Profissionais).

Alguns de nós também temos tido esse desgaste com a organização do trabalho, porque quando estamos em atendimentos nos grupos parece que há uma

revigoração que nos faz sentir muito bem, mas essas lateralidades hoje estão misturando muito. Essa visão de CAPS que tudo tem que ser horizontal fica misturado, achamos que tem que ser horizontal dentro do atendimento, mas não na burocracia. Temos tido muitas responsabilizações burocráticas, que temos que fazer também. Tudo é muito complexo, a gente não pode fazer só o nosso serviço (Profissionais).

É muito complexo essas relações horizontais, mas também hierárquicas em nosso modelo, porque as vezes tomamos uma decisão colegiada e mesmo assim não avançamos, então a equipe não se responsabiliza pela decisão que é compartilhada. Por exemplo, nós da gestão fizemos a proposta das dinâmicas terapêuticas na equipe serem feitas entre nós e cada semana um profissional se responsabilizaria em fazer uma dinâmica, todos concordaram, só que não caminhou e aí começa um processo de cobrança: fulano hoje é seu dia, e as pessoas esquecem, não se responsabilizam com a equipe, com o que foi conversado. Então precisamos tomar decisões em conjunto, mas a cobrança pela responsabilização dessas decisões não são bem recebidas (Gestor CAPS).

Não é fácil fazer essas conversas em equipe, porque algumas pessoas, por nós sermos também da gestão, não conseguem falar claramente o que sentem ou pensam. E, querendo ou não, existem essas relações de poder, algumas posturas tem que ser tomadas pela gestão mesmo, não tem como ser diferente (Gestor CAPS).

Outras pontuações que (re)apareceram novamente nos relatos dos participantes e que atravessam o modelo psicossocial são as responsabilizações que envolvem o usuário e os equipamentos sociais que não estão ligados somente à área da saúde. O novo arranjo organizacional da produção do cuidado na saúde mental estimula um maior vínculo entre o profissional e o usuário, provocando maiores responsabilizações e engajamento por parte dos trabalhadores. Em pesquisas recentes essas responsabilizações se estendem também às demandas assistenciais e causam insatisfações por estarem muito distantes do exercício profissional (Onocko Campos et al., 2009; Silva & Costa, 2010).

Essa maior responsabilidade é intensificada quando o profissional se vê diante da centralização do poder pela tomada de decisões que remetem ao projeto de vida do usuário. Essas experiências desencadeiam conflitos, inseguranças e cansaços nos

profissionais. Desse modo, algumas tarefas ultrapassam o sistema de saúde e esbarram em outros campos igualmente precários: familiar, social, cultural, econômico.

O que torna essa situação ainda mais difícil é quando o profissional encontra impasses que limitam as ações necessárias e, na maioria dos casos, o faz sentir-se sobrecarregado, impotente e descrente. Esse envolvimento ocasiona mais responsabilizações, as quais remetem a aspectos emocionais sentidos pelos profissionais como encargo em ter que solucionar todas as dificuldades do usuário.

A discussão dessas responsabilidades e encargos suscitou paradoxos entre os profissionais, pois algumas pessoas veem esse aspecto como função do trabalho e compreendem que são características requisitadas no modelo psicossocial. Por conseguinte, há profissionais que consideram esse envolvimento excessivo, vez que a maioria das pessoas da equipe faz um movimento de ter que resolver todas as dificuldades que surgem na vida do usuário. Logo, muitas dúvidas no agir pairam nos sentimentos e opiniões que engendram a vinculação e a responsabilização entre os profissionais e o usuário.

Essas questões compreendem ainda a dinâmica micropolítica e igualmente revelam a escassez de reflexões direcionadas à compreensão dessas novas responsabilidades que são rotineiras e perpetuam desmotivações e sobrecarga.

De acordo com esta pesquisa, desde 2005 essa imagem permanece estática; a produção do cuidado habita o território direcionado e sustentado de que o profissional tudo deve saber, fazer, solucionar e, acima de tudo, não fracassar. Esse estado de repouso precisa dar passagem ao móvel, ou seja, às responsabilidades por acontecimentos que “não se imagina” necessitam de espaços para “serem imaginados”. Nesse ponto, Rolnik (2010) esclarece que, quando as forças de estabilidade se

manifestam em crises subjetivas, é preciso permitir que novas linhas de fuga apareçam para que novas criações e percepções possam se expressar.

Temos que sair daqui e ir lá ver onde a pessoa pode ser inserida na comunidade, ver que serviços ela pode fazer. Então temos a sensação que nem exercemos mais a profissão que temos, sentimos que estamos perdendo nossa identidade profissional. No entanto, algumas de nós entendem que esse sair da unidade e ir até a comunidade é um objetivo básico em um serviço que pretende a reinserção social, porque o profissional precisa encontrar quais são os equipamentos de auxílio mesmo. É o papel desse nosso serviço oferecer isso. Claro que pode existir o caso de não gostar e não querer fazer determinada tarefa, de ter essa dificuldade. Mas não podemos esquecer que é uma função do nosso trabalho e precisamos aprender a lidar com isso. Por exemplo, esse sair da unidade e descobrir um equipamento é algo muito interessante e que algumas de nós gostamos, mas ainda não sabemos como fazer isso (Profissionais).

A impressão que tenho é que a gente está ali pra resolver o máximo o problema das pessoas e quando a gente vai ver estamos envolvidos em tantas coisas que a gente tem que dar conta da vida das pessoas, de minúcias e coisas tão pessoais. E se a gente não se policiar, não vigiar, quando percebemos estamos lá dentro da vida da pessoa, e isso cansa demais. Parece que é um envolvimento mais do que é necessário. Tinha caso que de repente a gente estava lá tendo que decidir o que a pessoa tinha que fazer, se a pessoa ia morar com fulano ou não, se vendia um terreno ou não, era muita coisa (Profissional).

O que na verdade nos desgasta mesmo é quando temos que tomar decisões que sabemos que não vamos conseguir resolver, é a sensação de impotência. E angústia aqui passa pelos mínimos detalhes, quando vamos fazer uma festa todo mundo faz uma vaquinha pro projeto acontecer, uma necessidade sempre de doar e quando não conseguimos sempre há sofrimentos. Esse movimento de doar muito, de resolver particularidades de usuários com cesta básica e roupas, é uma dinâmica muito forte disso na nossa equipe. Tanto que alguns usuários daqui já têm cristalizado que o CAPS tem essa obrigação de suprir coisas materiais que eles precisam. Mas algumas de nós sabemos que não é esse o caminho, não são questões materiais que vão resolver a vida da pessoa, porque dessa forma até podemos atrapalhar o movimento da família de fazer alguma coisa por eles mesmos (Profissionais).

A UAT foi inaugurada ano passado e desde esse dia tenho me sentido mais sobrecarregada, desde essa época as questões da casa complicaram mais, porque são mais responsabilidades, meninos que não têm família. Dos três primeiros meninos que entraram na casa, um deles alguém tinha que se responsabilizar por ele porque ele não tinha nenhum familiar conhecido. Pra esse menino entrar na casa eu precisei ir ao Conselho Tutelar e a Conselheira me colocou responsável por ele, porque se não ele não poderia entrar na casa. Então são questões que fogem do que é corriqueiro, ninguém imagina que terá que ser responsável por um menino no Conselho Tutelar, é como se eu tivesse com a guarda dele. São todas questões que não esperamos e que geram muita sobrecarga (Profissional).

Essas temáticas revelam a necessidade do reconhecimento e envolvimento do campo micropolítico no cotidiano de trabalho, especialmente na saúde mental cujos serviços estão na contramão do que é proposto na sociedade capitalista, que considera a reflexão como objeto dispensável e abarca o consumo e a ação acrítica como eficiência de aproveitamento do tempo. Consentir que a dinâmica micropolítica permaneça camuflada significa diminuir a potência coletiva dos profissionais que possuem a capacidade de produzir forças criativas no trabalho.

Os gestores, incluindo todas as Gestões que abrangem os serviços de saúde mental - Ministério da Saúde, Divisão de Saúde Mental do Estado e do Município, Gestores dos CAPS - necessitam (re)pensar os aspectos micropolíticos dos serviços e empregar maiores investimentos na organização e no fortalecimento das ações que considerem os profissionais; ademais, quando assim não o fazem possibilitam a precarização do trabalho e apenas a execução de tarefas convencionais. Assim, o trabalhador que tem a capacidade de ser um ativo protagonista político, de criar possibilidades de intervenção e produção de cuidados acaba se transformando em um simples reproduzidor acrítico das normas ministeriais (Yasui, 2006).

Nesse contexto, as forças do desejo e do interesse dos profissionais possuem implicações distintas, e a percepção dessas diferenças auxilia a gestão nos manejos da equipe, na qual é possível observar envolvimento direcionados ao campo macropolítico e micropolítico. Existem trabalhadores que transitam bem no espaço macropolítico e outros transitam melhor no espaço micropolítico, como também existem os profissionais que caminham em ambos os espaços. Essa diversidade foi considerada pelos participantes entrevistados, os quais ressaltaram que essas opções devem ser respeitadas e não julgadas como incompetência de fazer um bom trabalho. Outrossim, a

exigência por implicações similares engendra sentimentos de impotência, desgastes e desmotivações.

Além disso, é preciso atentar para o fato de que não se trata de caminhar em territórios fixos e sim em mutações; por vezes estamos mais comprometidos em tarefas ligadas ao campo macropolítico e em outras ocasiões o nosso interesse se volta aos espaços micropolíticos; os impasses advêm ao invisibilizar um campo em detrimento de outro.

Julgamos que é importante entendermos e sabermos sobre nosso trabalho, mas tem que saber diferenciar que tem pessoas que estão envolvidas com isso politicamente, por militância, que vão nessas reuniões e representam os CAPS, sabem falar. Alguns de nós não se sente capaz para isso, por mais que gostamos e entendemos o trabalho da saúde mental, não conseguimos incorporar isso de ser militante. Então fica sempre parecendo que porque é do serviço temos sempre que fazer, que tínhamos que dar conta dessa parte também. E existe o contrário também, porque já observamos que quem tem esse envolvimento político não é aquela pessoa que tem afinidade em fazer grupo, de programar uma atividade aos usuários. Então são perfis muito diferentes, só que geralmente não percebem isso e querem exigir que tenhamos o mesmo engajamento político que eles. É muita coisa para fazer, a gente tem que chutar para o gol e defender tudo ao mesmo tempo! (Profissionais).

Mas temos outras visões, por exemplo, sempre que vou a esses eventos de caráter militante, eu vou porque sinto que são ambientes também de formação. Eu não me considero militante, mas eu gosto de ir nesses eventos porque aprendo. Então é um jeito de enxergar de outra forma a mesma questão. Quem disse que tem que ir e falar algo? (Profissionais)

A medida que os CAPS vão proporcionando atividades juntamente com outras experiências, que contenham essa satisfação pessoal de atuar no que gosta, as pessoas vão se sentindo melhores com o serviço. Houve um tempo bem mais tenso e que hoje é mais tranquilo em função de conhecer melhor esse serviço, o que pode ser feito, o lidar com a rotina (Gestor DSM).

Todas essas considerações do modelo psicossocial carecem de avaliações constantes e requerem percepções que apreendam tanto o campo macropolítico quanto o micropolítico. No entanto, essa realidade impõe desterritorializações diversas que afetam todos os atores sociais envolvidos, bem como questiona o modo psicossocial,

pois os acontecimentos “não pensados” e “não discutidos” são experimentados como crises e instabilidades.

Esta é uma desconstrução complexa, como também é uma reconstrução complexa. Por isso, é preciso ponderar que a arraigada prática do fazer sem refletir estimulada pelo sistema capitalista dificulta qualquer proposta de projeto e de transformação de práticas idealizadas por meio de processos discutidos e assumidos coletivamente.

De tal forma os trabalhadores são os instrumentos mais potentes no cenário da construção do modelo psicossocial. Ao assumirem a tarefa de implantar serviços complexos, esses profissionais necessitam de gerenciamentos e estratégias que ofereçam múltiplas tecnologias: teórica, técnica, participativa, relacional, entre outras. A precarização desses recursos gera a reprodução das práticas implantadas hegemonicamente no campo do saber, fazendo prevalecer estruturas rígidas, de cumprimento de normas que exauram a força do modelo psicossocial para criar novos modos de produção do cuidado.

Nesses termos, Nicácio (2003) considera que uma das orientações fundamentais para esse percurso de mudança no modo de atenção à saúde mental é a mobilização e a potencialização dos atores sociais envolvidos nas ações institucionais. Esse movimento requer linguagem múltiplas, produção de políticas, novas intervenções, atuações mais complexas, enfrentamento de conflitos e invenção de possibilidades, ou seja, criações pautadas em relações comprometidas com a ética que alcança o campo individual e coletivo.

3.2 Posturas ético-políticas: do engajamento à disponibilidade

As questões que compreenderam esse aspecto foram as seguintes: envolvimento em projetos coletivos, responsabilizações e decisões compartilhadas, preocupações em refletir sobre as práticas de trabalho, avaliação crítica do trabalho e das necessidades dos trabalhadores, existência de questionamento das ações, da política, do sistema de poder. Na Tabela 4 são expostos os núcleos argumentais das posturas ético-políticas.

Tabela 4

Núcleos argumentais das posturas ético-políticas: do engajamento à disponibilidade

Núcleos argumentais		
Posturas ético-políticas: do engajamento à disponibilidade		
Gestor da DSM	Gestores dos CAPS	Profissionais dos CAPS
Infelizmente não temos essa prática de fazermos essas reflexões críticas sobre o trabalho, aliás quando chamamos pra conversar escutamos: “não, não, o que é que tem pra fazer? Vamos resolver isso logo! Eu gosto é de ação”.	O que temos de bom aqui em nosso CAPS é a potencialidade que esses profissionais tem, o olhar amplo, a disponibilidade para construir uma coisa nova, temos um quadro de pessoal muito rico aqui.	Acreditamos que hoje as pessoas que estão na saúde mental são muito guerreiras, as pessoas chegam e se propõem mesmo a trabalhar, fazer projetos e estarem juntas.
	Aqui fica quem realmente quer, aqui dentro da nossa unidade os profissionais que não quiseram, eles saíram. Hoje o quadro que a gente conta são pessoas que estão extremamente disponíveis para o serviço.	Achamos que temos uma avaliação crítica do trabalho, mas é uma coisa diluída ainda, porque não fazemos isso de modo sistematizado.
	Com relação aos projetos coletivos e responsabilizações, tem algumas pessoas que funcionam bem com isso e outras não muito.	Estar na saúde mental exige que a gente se envolva muito, algumas de nós no início nos envolvemos muito, tínhamos pique pra ir em muitas reuniões e encontros, hoje se disserem que não precisa de ir, melhor ainda.

Núcleos argumentais:		
Posturas ético-políticas: do engajamento à disponibilidade		
Gestor da DSM	Gestores dos CAPS	Profissionais dos CAPS
	Nós temos um grupo que faz um trabalho maravilhoso, porque quem se engaja, engaja de verdade e constrói uma prática fantástica, pena que a gente não registra.	Nós temos poucos profissionais que se engajam a fazer o trabalho do mesmo jeito, sempre temos uma sobrecarga de trabalho e existe uma má distribuição da carga de trabalho também.
	Percebemos uma diferença muito nítida dos profissionais que procuram cuidar de si, em fazer cursos para se qualificar, de engajamento para aqueles profissionais que não fazem isso, que se acomodam no serviço.	Eu não estou conseguindo me desligar da casa, quando não estou lá fico pensando o que pode estar acontecendo naquele momento. E eu preciso aprender a fazer esse desligamento, mas ainda me sinto muito responsável em fazer que esse serviço dê certo.
	A pessoa que vem trabalhar no CAPS tem que se disponibilizar, ter engajamento, tem que dizer eu estou aberta para aprender e crescer nesse modelo que atuamos. Porque nosso trabalho é fácil, mas ao mesmo tempo é muito complexo.	
	Hoje estou tranquila com a maturidade da equipe, antes eu ficava muito insegura e achava que as pessoas podiam fazer mais do que elas faziam. E hoje estou tranquila com o fato de observar que cada um faz o que pode.	
	Apesar dessa rotina intensa e pesada, esse trabalho me retroalimenta e me traz uma energia psíquica que me ajuda muito.	

Os apontamentos ético-políticos mais acessados e identificados pelos participantes durante as entrevistas se referem ao engajamento e à disponibilidade intrínsecos aos atores sociais que se implicam na saúde mental. Os profissionais que optam por essa área ou mesmo como, algumas vezes, eles denominam: “caem de paraquedas” nesse campo, se propõem a fazer um bom trabalho e a operacionalizar as ações de modo coletivo.

Nesse sentido, os gestores relataram que a maioria dos profissionais das equipes possui compromisso e envolvimento para atuarem nos CAPS. Eles também destacaram o fato de o modelo psicossocial ser sustentado por características importantes que possibilitam um trabalho vivenciado na construção de um coletivo que compartilha as ideias propostas, e permite as expressões de novos fazeres considerados na articulação com várias redes de diferentes campos da saúde e do saber.

Os gestores também ponderaram que essa diversidade, apesar de trazer maiores responsabilizações, faz dos serviços locais diferenciados de práticas inovadoras quando relacionados a outros campos da saúde que possuem experiências distantes da realidade da área da saúde mental. Esse fazer coletivo nos CAPS garante mais autonomia, bem como maior suporte aos profissionais por pressupor a integração de todos profissionais.

Em minhas idas aos CAPS também percebi esses espaços com maiores expressões de posicionamento ético-político, alguns mais intensamente do que no ano de 2005. Havia um envolvimento com assuntos de projetos e iniciativas para os usuários e para a articulação com a rede de saúde, os quais são necessários e estão disponíveis para o funcionamento dos serviços, mas que implicam energia propulsora de movimento na equipe, por exemplo, a implantação da RAPS e o matriciamento nas Unidades de Atenção Básica. Em dois CAPS esse movimento era mais perceptível,

sendo que os profissionais também apresentavam maior entrosamento e integração no trabalho em equipe.

Desse modo, na busca por cartografar esses cenários, deixei-me afetar pelos interesses que compreendiam o cotidiano dessas equipes, observando as expressões, o tom de voz, o modo como descreviam o significado do trabalho para as suas vidas. Assim como o ambiente que permeava os CAPS, alguns eram mais intensos em trocas relacionais, conversas com usuários, e em outros as pessoas estavam mais envolvidas individualmente em salas, na observação de agendas e prontuários.

De forma imprevisível, e que considero relevante citar, também observei o engajamento e a disponibilidade relatados pelos participantes nos momentos de espera para as entrevistas, nos quais tive a oportunidade de conversar com alguns usuários que espontaneamente contaram as experiências vivenciadas nos CAPS; tais relatos me afetaram e demonstraram um compromisso ético-político por parte da equipe no cuidado a essas pessoas. Infelizmente, pelo breve tempo de disponibilidade em campo, não foi possível contemplar esses atores sociais nesta pesquisa que, mesmo assim e como sempre, contribuem fortemente para as avaliações e qualificação dos serviços. Afinal, são eles o bem maior e o principal motivo de nossas implicações por mudanças que ofereçam um cuidado integral, humanizado e produtor de vida.

Assim sendo, as singularidades que transcorrem as atitudes ético-políticas são produzidas por subjetividades que norteiam as posturas e marcam os encontros e as relações intercessoras no cotidiano do trabalho. Para Franco e Merhy (2011), o campo do trabalho permite a expressão dessas concepções no trabalho vivo em ato, já que o ato de cuidar também está inscrito no território existencial de cada trabalhador.

Durante as entrevistas, os relatos demonstraram que o elemento operador de maior ou menor potência para a manifestação do engajamento, com a proposta do

trabalho e a disponibilidade para o fazer e o inovar nas ações diárias, está vinculado ao trabalho em equipe e à dinâmica micropolítica estabelecida nos serviços, pois também produzem processos de subjetivação e refletem o modo de agir dos trabalhadores.

Assim, quando a dinâmica micropolítica atua em intensidades e fluxos diversos que perpassam as características do modelo psicossocial e entrelaçam as relações entre gestores e equipes de modo integrado, existe a criação de novos agenciamentos que podem gerar as mudanças requisitadas. O contrário ocorre nas relações sempre permeadas por conflitos e resistências, ocasionando as estabilizações e desmotivações.

A narrativa a seguir é de uma profissional para quem o CAPS no qual atua apresenta muitos entraves no trabalho em equipe; ela pontua que tais dificuldades existem desde o início de sua entrada nesse CAPS, há oito anos. Mesmo com todo comprometimento e engajamento que essa profissional avalia existir no trabalho, percebe que o movimento de maior concentração de responsabilidade nos trabalhadores que mais se envolvem nas atividades provoca percalços que dificultam o fazer em equipe e limitam a disponibilidade dos profissionais, por suscitar angústias e cansaço, dado o excesso de responsabilizações.

Temos algumas dificuldades aqui no CAPS, isso é histórico aqui, de ficar muitas coisas na responsabilidade de poucas pessoas. Aqui não é muito compartilhado o trabalho, podia até melhorar, mas é difícil. Eu tenho uma responsabilidade muito grande com meu trabalho, eu sou funcionária pública, mas não venho aqui pra passar o tempo. Sou filha de funcionários públicos, nunca vi meus pais faltando serviço ou fazendo serviço de qualquer jeito. É da minha formação, eu não consigo vir aqui e fazer de conta que eu não sou responsável. Essa alta responsabilidade em cima de poucos gera dificuldades na equipe e em mim tem causado muitas angústias (Profissional).

Essa realidade evidencia que os espaços intercessores das relações entre profissionais-gestores e profissionais-profissionais ainda não demandam vozes e escutas para os processos que ocorrem no interior do trabalho. Nessas conexões existem jogos de necessidades e interesses que permanecem encobertos e mantêm o modo de

organização dos serviços. O universo ético-político atua nessa paisagem com menor intensidade.

As preocupações em refletir sobre as práticas do trabalho estão localizadas somente na resolutividade dos serviços para receber e conseguir acolher toda a demanda dos atendimentos. As escutas desses assuntos têm espaços nas reuniões de equipe, como também reconhecimento na organização do trabalho, já que está ligado à produtividade, à ação e à ocupação tão bem marcadas pelas máquinas capitalísticas de nossa sociedade.

Os participantes relataram poucas considerações sobre os espaços da capacitação, dos grupos de estudos, dos grupos de reflexões, entre outros. Na verdade, a exposição desses dispositivos surgiu pelo questionamento da pesquisadora, nos quais houve a identificação pelos participantes da ausência desses mecanismos que auxiliam na criação de situações de análises para os trabalhadores sobre os seus fazeres e as suas implicações com a produção do cuidado. O espaço para refletir o cuidado com o cuidador é considerado um lugar de discussões vazias, pois significa falta de ação. O tempo voltado para o profissional se qualificar, para pensar no fazer/saber dos princípios ético-políticos que norteiam as práticas, parece ser um tempo perdido.

Temos muito uma coisa de pensar mais no serviço, na resolutividade do serviço e o que a gente precisa fazer. Acaba que não pensamos que temos que tirar um tempo para nos aprimorar dentro do serviço, dentro de tantas coisas que temos que fazer. Achar esse tempo para estudar, para capacitar é complicado. Temos uma demanda imensa e até a reunião de equipe fica pequena pra darmos conta de tudo. E nesse ponto até criticamos a carga horária do médico, porque eles têm duas horas para estudo dentro da carga horária dele e ainda trabalha menos aqui. E o restante da equipe não tem nada disso (Profissionais).

Desde a pesquisa anterior (2005), nós não temos os seguintes dispositivos: ter momentos de reflexão sobre as relações interpessoais; supervisão clínico-institucional; grupos de reflexão sobre a prática do trabalho; reunião com equipe técnica com funcionamento bem definido. Não estamos conseguindo ter esses momentos de reflexão sobre as relações interpessoais, se por acaso alguém propor algo a gente faz, a equipe aceita bem essas propostas, mas ninguém faz essas propostas porque estamos tão atropelados com a demanda que a gente esquece da gente, pela demanda do próprio serviço mesmo a gente não se permite isso (Gestor CAPS).

Ainda não conseguimos ter reuniões de equipe técnica com critérios de funcionamento bem definidos, na nossa reunião ainda discutimos muitos casos e precisávamos discutir também a concepção do serviço para a gente alinhar um pouco mais as nossas ações, pois não conseguimos chegar em um consenso sobre isso. Ainda não conseguimos essa linha guia nossa, porque se já tivéssemos isso melhor estruturado para nós, os outros saberiam quais as condutas utilizar sem se perder. As pessoas novas se sentem muito inseguras nas ações, sem saber se o que fazem faz parte da orientação do serviço e aí acabam deixando as resoluções para quem tem um pouco mais de experiência no serviço. Nesses aspectos ainda somos falhos. Com relação aos momentos de reflexão sobre as relações interpessoais nós também não conseguimos fazer isso. Algumas vezes tivemos uns amigos que, voluntariamente e por camaradagem, vieram na unidade nos auxiliar nesse aspecto. Só que algumas pessoas começaram a não gostar desses momentos, porque achavam que questionavam o funcionamento da unidade, a equipe se mostrou realmente resistente e não queriam que alguém de fora viesse dizer e intrometer no nosso jeito de funcionar. E outra questão são as divergências de concepção do trabalho, porque algumas pessoas aqui estão fazendo especialização em saúde mental em uma concepção que não está aliada ao que o Ministério da Saúde preconiza, e isso gera discordâncias e tensões (Profissional).

Essas experiências destacam que a atitude ético-política está situada no território do fazer como modo de reproduzir sem refletir, questionar, criar. Por mais que o engajamento e a disponibilidade, algo considerado como intrínseco, sejam posturas permanentes, abre-se o espaço para as incertezas e crises que vão do domínio individual/privado ao coletivo/público.

É possível observar nesse movimento o que Foucault (2004a) considera como o cuidado de si demarcado e arraigado em nossa cultura ocidental pela era cristã, sendo caracterizado pelas relações de saber/poder que orientam as ações sem questionamentos, que fundamentam o conhecer e o relacionar hegemônicos e instalam os pactos de lealdades invisíveis resistentes às mudanças, permanecendo na situação que está veladamente imposta.

Os estudos de Foucault (1978 / 1985 / 2004a) auxiliam nesse aspecto por remeter a sermos sujeitos da ação, ou seja, para compreender a ontologia do presente em que consiste uma análise crítica em relação a nós mesmos. O autor elucida que seus

estudos deslocam a questão kantiana de “quem somos nós?” para uma questão, que também está presente em Kant, porém enfatizada por Nietzsche: “o que se passa com nós mesmos?”. O interesse de Foucault não está em descobrir o que somos nós, mas sim em problematizar na história a maneira pela qual produzimos o que somos, para poder questionar como agimos.

Essas reflexões remetem às avaliações pertinentes no campo do trabalho. Os questionamentos sobre as situações vividas e que revelam o significado do trabalho para a vida dos profissionais dão sentido aos encontros intercessores no cotidiano dos serviços. Dessa maneira, em alguns momentos das entrevistas os participantes colocaram a repercussão desse atuar nos CAPS; para alguns esse conhecimento ainda é distante (mas sempre possível de se fazer) e para outros reveladores de potenciais. Tais constatações, por vezes, podem produzir incômodos, mas igualmente engendram reflexões e sentidos no modo ser e fazer.

Por isso muitas vezes me pergunto se tenho o perfil para atuar em todas essas mudanças que estão acontecendo. Se quero continuar seguindo nesse campo da saúde mental. Tem horas que fico perdida dentro de mim mesmo, não paramos pra pensar nessas coisas e desse jeito já estou aqui há uns anos (Profissional).

Eu gosto muito desse trabalho, ele é gratificante pra mim, eu vejo bons resultados nele e acho que temos melhorado muito nesse campo e temos potencial para melhorar ainda mais (Gestor CAPS).

Outra coisa que proporcionou esse amadurecimento são as nossas experiências, porque esse trabalho nos faz crescer muito, se estivéssemos em outro local de trabalho e em outra equipe, esse crescimento que sentimos talvez não seria possível. É um trabalho que nos coloca pra pensar: eu fico só cobrando muito do outro, mas e eu, será que eu estou fazendo alguma modificação no meu fazer também? Eu mudei a forma de olhar? Eu mudei a forma de cobrar? Então é um trabalho de muitos aprendizados (Profissionais).

O CAPS hoje é heróico por funcionar como funciona diante de tantas dificuldades que a gente tem, diante de tão pouco que temos como servidores estamos até bem. A equipe tem uma visão muito legal sobre o atendimento psicossocial, os nossos médicos nós temos prazer de dizer que trabalhamos com eles, que são tão humanos, com uma visão psicossocial mesmo diante de uma

formação que muitas vezes é tão rígida. Então temos um trabalho bom devido ao pouco recurso que temos, todos fazemos um trabalho muito dedicado. A gente consegue fazer tudo o que está dentro de nossos limites e até mesmo quando conseguimos vamos além do que está ao nosso alcance. A equipe trabalha com heroísmo mesmo, isso é que é o encantador do trabalho, esse comprometimento e crença faz o serviço muito melhor (Gestor CAPS).

Para tanto, é preciso que a dimensão do cuidado de si que está permeada em nossa atualidade seja revelada, (re)pensada, reposicionada subjetivamente. A produção do cuidado do cuidador implica-ação com o outro, vez que o cuidado não está situado no mundo exterior ao profissional; ao contrário, é processado no plano subjetivo de todos nós e se realiza por meio de nossas ações. O cuidado de si revela o modo de ser e fazer cotidianamente, atravessado pelos posicionamentos ético-políticos.

Nesses encontros da pesquisa, que permitiram as expressões da fala e da escuta, pude perceber alguns ruídos que se transformaram em ressignificações sobre as problematizações que ocorrem no trabalho. Os profissionais identificaram a necessidade de estarem atentos quanto a se sentirem sobrecarregados pelo alto investimento que possuem no trabalho, aliado à baixa comunicação com a equipe sobre o peso das responsabilizações que neles recaem.

Assim, os profissionais mais engajados ficam também sobrecarregados em alguns serviços, sendo que a não percepção dos gestores e da equipe por essa dinâmica de responsabilidades pode acabar gerando no profissional adoecimento e perda do significado do trabalho. O risco está no fato de não ser notada a possibilidade de esse profissional adoecer e a rede psicossocial perder profissionais engajados, com alto desejo de mudança. Essa paisagem é preocupante, pois tem presente a marca da fragilidade sem suporte.

Aqui aquelas pessoas mais interessadas acabam pagando um preço mais alto por serem tão mais interessadas que os outros. Tem muito serviço, mas acaba fazendo quem está mais interessado em fazer. Me sinto sobrecarregada com isso, por isso preciso me cuidar. É difícil porque estamos tendo também

algumas distorções no projeto de atendimento no CAPS, falar isso na equipe hoje seria muito complicado (Profissional).

Atualmente estou trabalhando na Coordenação do serviço da Unidade de Acolhimento Transitório (UAT). Em 2010 eu ajudei a escrever o projeto de implementação dessa casa, que foi enviado para Ministério da Saúde e foi aprovado. Recebemos o recurso e precisávamos de algum funcionário do CAPS para estar nesse projeto para que ele se concretizasse. Pela responsabilidade de ter escrito o projeto, achei que era impossível imaginar que tínhamos que devolver o recurso porque a gente não tinha quem se responsabilizasse, sendo que a gente sabia que era uma necessidade termos esse serviço. Acabei sendo a pessoa responsável a organizar esse serviço e agora faço essa coordenação informal da casa, não recebo nada a mais por isso e trabalho ainda muito mais. Tenho feito muito mais que trinta horas de trabalho, trabalho mais por conta dessa casa e isso é uma coisa que tem provocado em mim angústias. Tenho sempre que estar com celular para resolver problemas da casa, no início quando implantamos o serviço era 24 horas recebendo ligação, até mesmo no fim de semana. Eu recebia telefonema a meia noite por conta de complicações que estavam acontecendo na casa e as pessoas não sabiam o que fazer. Mas agora estou pedindo que outras pessoas também se responsabilizem, porque ninguém se disponibiliza a me ajudar. Estou precisando fazer terapia, esse trabalho tem me consumido muito e outras pessoas precisam se responsabilizar também (Profissional).

Atualmente estamos com uma Coordenação técnica que está pedindo para sair, temos três gestores, mas aqui quem está na gestão técnica se sobrecarrega também, porque todos os problemas da unidade são direcionados a Coordenação técnica. Essa gestora tem problemas sérios de saúde e está precisando dar um tempo no trabalho, por isso vai pedir licença (Profissional).

Em outro direcionamento e novamente diante dos paradoxos, deparei-me com diferentes cenários na trajetória desses CAPS, nos quais o engajamento e a disponibilidade ocupam espaços distantes dos excessos de responsabilizações, angústias e desmotivações constantes. Nesses lugares o engajamento e a disponibilidade permitem o compartilhar do trabalho com suporte, proximidade e muita afetividade. As responsabilizações também existem, mas são consideradas parte do trabalho; assim sendo, pressupõem outros movimentos e podem ser divididas com as pessoas da equipe.

Nesses CAPS também há a percepção de que alguns profissionais se comprometem mais que outros, no entanto, os gestores relataram que, ao percebem essas situações, expõem-nas para equipe com vistas a resolverem juntos ou mesmo

conversam com o profissional individualmente, na tentativa de não deixar que essas questões produzam entraves na equipe. Dessa forma, o modo de agir e significar o processo de trabalho nesses CAPS apareceu com mais potências nas tecnologias relacionais, nas quais os espaços intercessores permitiam a expressão do trabalho vivo em ato e os encontros revelavam entrosamento, sustentação e desejo como força propulsora de mudança.

Esses encontros que acontecem no mundo do trabalho são também fundamentais na construção dos posicionamentos ético-políticos que a equipe se propõe a fazer circular nos serviços. No seu tratado sobre Ética, Espinosa (citado por Deleuze, 2002; Chauí, 2011) elucida que o desejo configura campos de forças sempre em movimento por meio de encontros e pela expressão dos afetos que realizamos ao longo dos espaços percorridos na vida.

Espinosa (citado por Chauí, 2011) esclarece que a variação da intensidade da força vital do corpo e da mente é constituída por *três afetos primários* dos quais nascem os outros: a alegria, a tristeza e o desejo, assim entendidos: alegria é o sentimento que temos do aumento de nossa força para existir e agir; tristeza é o sentimento que temos da diminuição de nossa força para existir e agir; e desejo é o sentimento que nos determina a existir e agir de certa maneira. Esses afetos estão sempre em mutação pelos encontros que estabelecemos com as outras pessoas e, assim, “somos relação com tudo quando nos rodeia, e isto que nos rodeia são também causas ou forças que atuam sobre nós” (p. 88). Essas relações podem produzir um no outro alegrias ou tristezas, causadas pelo nosso desejo e se constituem como motivadoras das ações.

Como forma de ilustrar essa inter-relação entre os afetos produzidos nos encontros, que também atravessam o território do trabalho, faço aqui uma pausa na descrição de uma cena registrada em diário de campo, como se segue:

Acabei de chegar ao CAPS, uma pessoa me recebeu e pediu que aguardasse um momento pois estavam esperando outras pessoas chegarem para dar início à reunião de equipe. Cheguei apreensiva porque no trajeto recordei-me da primeira reunião de que participei com essa equipe no ano de 2005, presenciei uma reunião bem conturbada, assim como foi conflituosa a decisão de aceitarem ou não participar da pesquisa. Mas agora estou aqui e me esforço também para recordar dos encontros subsequentes que tivemos após terem aceitado participar da pesquisa; e mesmo com as dificuldades iniciais que vivemos juntos, me surpreendi por ter sido um grupo muito produtivo nas discussões e reflexões. Recordo também que um tempo depois da pesquisa, essa equipe me convidou para o lançamento de um livro produzido pela equipe desse CAPS. Na época aceitei o convite e agora várias cenas desse dia me ocupam a memória, estavam todos felizes e integrados. A minha apreensão ameniza. Pausa. Agora estou aqui sentada entre a equipe, a reunião já começou, fui bem recebida por todos e estou aguardando o momento para a apresentação da pesquisa. Não me contive em registrar que sinto algo diferente nessa equipe, o clima parece mais harmônico, não me sinto incomodada. O que será que mudou? Pausa. Nesse momento acabei de sair do CAPS e estou surpresa com esse encontro. Estou impressionada em como as relações se transformaram entre os profissionais, entre os gestores, tudo mais ameno e mais apropriados do trabalho. Foi interessante no momento que revelei estar sentindo que tinha mudado algo na equipe, os gestores e profissionais confirmaram a minha impressão e relataram às novas pessoas da equipe como era o funcionamento das reuniões na época da primeira pesquisa; entre risos várias histórias foram contadas, inclusive das mudanças que ocorreram após terem participado do grupo da pesquisa de 2005. O comprometimento dessa equipe já era marcante, mas a impressão que estou agora é que eles estão seguros do trabalho e das relações que estão conseguindo construir. Ainda antes de sair do CAPS outra grata surpresa, uma profissional que anteriormente tinha participado da pesquisa no ano de 2005 veio me dizer o quanto ela cresceu nesse trabalho e como ter participado do grupo da pesquisa a auxiliou nesse crescimento; revela que esse aprendizado muitas vezes foi muito sofrido e conta diversos acontecimentos. Emocionamos juntas e ganho um reconfortante abraço acompanhado dos dizeres para eu seguir em frente nesse campo de pesquisa, pois, apesar das dificuldades, vale a pena a luta. Como não constatar que nesse exato momento meu corpo inteiro está contagiado por diversos afetos que se potencializaram no encontro com a equipe aumentando a minha vontade de ação? (Pesquisadora – recorte do diário de campo)

Nesse dia o diário de campo ficou imerso em muitas escritas e sentimentos. O olhar vibrátil detectou tantas linhas de fuga, diversas mudanças, criações e afetividade. E fazendo essa (re)leitura, imagino que, nesse momento, no interior dos CAPS, múltiplos encontros estão acontecendo; esses encontros podem ser potencializadores de contágio que tanto aumentam quanto diminuem a potência de ação das pessoas envolvidas nesse território.

Dessa forma, os afetos impulsionam a vida, somos afetados e afetamos, e por isso provocamos e convocamos energia de ação nos encontros que realizamos. Alguns encontros desviam e se transformam em resistências que diminuem nossa potência de agir e por isso criam barreiras e cristalizações. E existem outros encontros que causam expansão da vida, das relações, que aumentam nossa potência e produzem a busca pelo novo, afetando o entorno, (re)construindo novos modos de agir.

São nesses encontros que o cuidado de si igualmente se manifesta e reflete ainda nesses espaços intercessores identificados pelos participantes que observam um maior engajamento deles mesmos e dos profissionais que se comprometem com a produção do cuidar de si e com a reflexão do significado do trabalho em suas vidas.

Quando o profissional se apropria e se capacita nesse modelo o engajamento é ainda muito melhor. Tudo que aprendemos é nesse cotidiano do CAPS e é o que motiva a procurar textos, leituras para poder qualificar esse serviço. Eu tenho um retorno profissional e pessoal na saúde mental, porque eu me apropriei desse campo. E quando isso aqui não é o trabalho e o modelo que a pessoa acredita, percebemos que não há tantos investimentos e que fazem o trabalho por fazer, sem motivações. Às vezes as pessoas não tem recurso mesmo, não adianta somente eu querer que elas capacitem e se interessem pelo serviço, não adianta eu querer que elas façam como eu faria. Mas nem por isso essa pessoa não vai dar conta do serviço, porque ela pode contribuir de outra forma. Eu ainda sou muito responsável e preocupada com nosso usuário, com a equipe, mas estou conseguindo ser menos exigente com a maneira de ser do outro. É claro que eu quero sempre dar a melhor resposta, o melhor trabalho, mas isso não precisa ser hoje e sempre correndo. Aprendi muito fazendo o trabalho com essa equipe e fazendo o trabalho com outras equipes de fora para as quais eu fui como Supervisora Clínico-Institucional (Gestor CAPS).

Esse cuidado comigo já vem de uma constância mesmo, sempre procuro meu autoconhecimento em cursos vivenciais. Acredito que seja isso que não me faz sentir esse cansaço comum nas outras pessoas, afinal é certo o ditado “ama-te e assim amarás o teu próximo”. Eu sempre faço essas formações, já fiz terapia um tempo também. Essa busca pelo autoconhecimento faz toda a diferença no meu trabalho, é que me faz ver os meus limites e o que me dá sustentação diária. Por isso, eu não sinto o mínimo de cansaço de estar aqui, esse movimento de ouvir as pessoas e me envolver com as pessoas não me cansa. Para mim esse trabalho aqui é fonte de amadurecimento, é fonte de saúde mental. Quando a gente vive a gente aprende com a experiência e quando a gente escuta a gente aprende com várias experiências, então essa escuta faz a gente amadurecer muito mais. Em todos meus cursos de formação eu consegui identificar que eu nasci pra estudar e pra ouvir as pessoas, eu gosto muito de fazer isso. Eu sou encantada com a loucura, sou encantada em ver como o ser humano se organiza e desorganiza

em sua loucura, nas formas de organização e desorganização que a pessoa encontra pra continuar vivendo (Profissional).

Essas atitudes que revelam o engajamento e a disponibilidade dos profissionais acompanham as posturas ético-políticas que lançam a possibilidade do trabalho vivo em ato e produzem mais vida nas relações, inaugurando novas redes de cuidados. Portanto, o posicionamento ético-político de uma equipe deve ser considerado também pela realidade do cotidiano dos profissionais, que perpassa o modo como os trabalhadores se envolvem nos projetos coletivos, nas decisões compartilhadas e na preocupação em refletir as práticas.

Os fluxos de intensidade que operam a produção do cuidado são mediados por dois eixos: a produção de subjetividade gerada nos contextos de trabalho e que por isso o torna pleno de significados, e os afetos entre as pessoas que produzem o mundo do cuidado e por isso produzem a si mesmas e se afetam mutuamente. Esses dois componentes permitem a constituição de uma identidade subjetiva do cuidado de si nas equipes, que é possível através da alteridade (Franco & Merhy, 2007).

Nessa direção, Franco (s/d) alerta sobre a importância do encontro entre trabalhadores e gestão, no qual a gestão tem a expressão do Estado no seu ato de governar e em muitos serviços tem produzido as “tristezas”, ou seja, tem deixado a marca da produção da tristeza quando não prioriza as questões essenciais para o cuidado do cuidador, por exemplo: educação permanente, formas de participação colegiada, supervisão clínico-institucional, remuneração digna, plano de carreira, consideração do trabalho intersubjetivo, liberdade na condução do processo de trabalho.

Kinoshita (2001) também ressalta outro ponto importante na relação entre gestão-trabalhador, que diz respeito à ruptura da hierarquia por meio de ações que oferecem o exemplo como indicador de valor das mudanças requisitadas. Afinal, o

mundo do trabalho e do cuidado é também um mundo social e afetivo e originar bons encontros entre as equipes é possibilitar que os trabalhadores construam com os outros (usuários, familiares, comunidade) alta potência de cuidado, formando uma cadeia de intensidade que reverte no usuário uma potência de produzir vida em si mesmo (Franco, s/d; Franco & Merhy, 2007; Merhy, 2007).

Essas questões puderam ser constatadas até mesmo nas narrativas; a equipe, na qual foi possível observar bom nível de integração, de relacionamentos, de apropriação do serviço, apresentou regularidades nos relatos dos profissionais com do gestor. A gratificação e o engajamento pelo serviço foram sentidos tanto nos profissionais quanto no gestor. Nessa equipe houve um reconhecimento mútuo do engajamento e da disponibilidade de todos os envolvidos no campo do trabalho, sendo isso a manifestação da ética do cuidado que reconhece o outro em sua potência de criar e cuidar.

Temos muito isso culturalmente que as pessoas não crescem no serviço público, que não é possível fazer um bom trabalho, que as pessoas estão muito preocupadas consigo mesmas, de não dedicar ao trabalho, de não criar vínculo, de não se responsabilizar. E quando a gente conta a nossa experiência as pessoas ficam surpresas: o quê, isso é possível no CAPS? Acharmos que isso independe de ser público ou privado, essas possibilidades estão nas pessoas, no trabalho coletivo da equipe. Até mesmo a população que atendemos se surpreende, quando fazemos acolhimentos e explicamos para as pessoas que é um serviço do SUS, escutam: o quê, isso aqui é público? Vocês são funcionários públicos? Não parece de jeito nenhum. Eles não acreditam. E nessas horas vemos que realmente o serviço é diferenciado. Temos várias experiências que nos gratificam muito. E tem chegado diversas pessoas no serviço com referências muito boas de quem já esteve aqui, temos nos tornado uma boa referência (Profissionais).

A gente não tem tempo de registrar, de mostrar dados, vamos fazendo e fazendo sem dar a visibilidade necessária. E trabalhar aqui é muito gratificante pra quem gosta de fazer esse trabalho, os resultados são fantásticos, ver as experiências de pessoas que saem de um ciclo de internação constante, que conseguem se libertar disso e tocar a vida pra frente, construindo outra história, é muito gratificante. Temos um potencial grande, uma escuta qualificada, o estar presente com o outro, as pessoas veem e sentem que nós importamos. Temos muito *feedback* com relação a isso, e as pessoas perguntam: isso aqui realmente é SUS? Dizem que nunca foram escutadas dessa forma, nem em médico particular. Então temos sim um modelo muito potente e que funciona muito bem (Gestor CAPS).

Vale ressaltar que o engajamento ético-político está muito associado à imagem de pessoas ligadas à militância da Reforma Psiquiátrica, porém, os relatos das narrativas revelaram o contrário. Na verdade, essa questão está muito mais integrada à produção subjetiva, relacional e afetiva do modo pelo qual o profissional significa o mundo do trabalho e as pessoas com as quais se relaciona; isto afeta o modo de agir no cotidiano, sendo também afetado pelas ações produzidas ao seu redor.

Para as pessoas realmente se engajarem no modelo psicossocial não precisam ser ligadas à militância da Reforma Psiquiátrica, porque temos pessoas que chegaram em nosso serviço e, com orientações nossas a respeito do modelo psicossocial, essas pessoas incorporam esse modelo e atuam muito bem no serviço e entre a equipe. E uma das coisas que fazemos sempre, principalmente na reunião de equipe, é estar chamando a atenção nas falas, nas atitudes, que não fazem referência ao modelo psicossocial. Caso alguém relate a opção por internação, sempre perguntamos o porque e para quê essa internação, no sentido de refletir nossas práticas mesmo. Então fazemos com que nossas discussões de casos sejam também capacitações no modelo em que atuamos. Porque mesmo depois de dez anos a pessoa atuando aqui a gente encontra pessoas fazendo o projeto terapêutico muito em cima do sintoma, mas e o projeto de vida? O que vamos fazer com essa pessoa daqui dois anos, qual o caminho vamos traçar? Por isso temos que ficar atentos o tempo todo, sempre (Gestor CAPS).

Logo, no território em que o profissional se encontra ele é pleno de posicionamento ético-político; significa, inclusive, o que é a vida do outro para si (Franco & Merhy, 2007). Essa compreensão é fundamental porque se não nos norteamos pelos princípios ético-políticos que o processo de transformação do modelo psicossocial abarca, iremos apenas reproduzir serviços de portas abertas e mentes fechadas.

Nesses termos, os espaços de reflexão de produção do cuidado do cuidador são dispositivos que podem auxiliar no (re)pensar de novos atos inventivos e na significação do trabalho. Esses lugares devem permitir a imprevisibilidade e o acolhimento das diferenças, considerando a singularidade das pessoas como potência para a construção

de si e do mundo do trabalho. Importante se faz destacar que não existe receita pronta para esses momentos, mas sim marcadores que indicam algumas linhas de fuga que querem escapar das cristalizações para dar passagem a novos fazeres.

Ao capturar esses eventos que perpassam na invisibilidade da dinâmica micropolítica abrem-se espaços para experiências que implicam o agir ético-político, assim como evidenciam o fluxo de afetos e desejos, demonstrando acontecimentos que não são verbalizados como presentes. Nas idas ao campo pude acessar esses momentos denominados por Pakman (2010) de eventos poéticos, como o exemplo narrado anteriormente no diário de campo; ao dar passagem às percepções que eu estava capturando daquela equipe vivenciamos a elaboração de algo que existia, mas não era falado (mudança do funcionamento da equipe). Esse evento possibilitou a compreensão de outros caminhos que aquela equipe percorreu (do que foi) e também o que hoje esta equipe conquistou (o que se é).

A esse respeito, Franco (2006) destaca que a visibilidade desses campos que perpassam as dinâmicas dos processos de trabalho é encontrada em outras percepções que ultrapassam o plano da organização e estruturação dos serviços. Essa visão não é organizada porque não está interessada nas regras estabelecidas, não é estruturada porque não há limites capazes de demarcar o seu campo de ação e não é hierárquica porque opera por fluxos conectivos.

3.3 A potencialidade das relações no trabalho em equipe

Os assuntos considerados nessa temática dizem respeito às experiências que potencializam o trabalho em equipe, às relações interpessoais entre equipe e gestores, aos desafios para atuação interdisciplinar e aos sentimentos de suporte e apoio com a equipe. A Tabela 5 expõe os núcleos argumentais da potencialidade das relações no trabalho em equipe.

Tabela 5

Núcleos argumentais da potencialidade das relações no trabalho em equipe

Núcleos argumentais		
A potencialidade das relações no trabalho em equipe		
Gestor da DSM	Gestores dos CAPS	Profissionais dos CAPS
Nós percebemos que cada equipe é diferente, cada equipe caminhou de forma diferente. Pra gente isso dependeu muito das concepções e recursos pessoais.	A própria organização do serviço possibilita que a equipe tenha potencial e que possa qualificar o trabalho.	O suporte que temos é essa possibilidade de dividir o trabalho e as angústias com os colegas daqui, com a equipe, com a gestão. A equipe é um dispositivo muito potente, a possibilidade de termos vários olhares alivia muito.
Outra coisa que também contribui é a maturidade das pessoas, então tem equipe que tem muitas pessoas maduras, com compromisso maior com o coletivo e com público e isso diferencia bastante o trabalho e melhora o trabalho em equipe.	Para qualificar o serviço o dispositivo mais potente é a reunião de miniequipes, que possibilita uma discussão melhor e mais aprofundada dos casos.	Para mantermos e potencializarmos o trabalho em equipe necessitamos que o dispositivo da supervisão seja constante, para inclusive a gente não perder essa conquista de bons relacionamentos na equipe.
A gestão também é algo importante, quando os três gestores do serviço se afinam, são comprometidos, conduzem a discussão, conseguem agregar o grupo, faz diferença também.	Quando a gente senta pra discutir um caso de um adolescente a equipe se entrega e se dispõe por inteira, mas quando a gente senta pra discutir a organização interna a equipe fica totalmente fechada.	Quando criamos as miniequipes na organização do trabalho nós facilitamos muito o nosso cotidiano. É um dispositivo que criamos e que nos dá muito suporte.
	Não temos reunião com equipe técnica com funcionamento bem definido. A reunião técnica de equipe tem uma demanda muito espontânea, falamos do que aparece no momento, não é nada definido para o dia.	Eu estou em um momento que eu resolvi que eu preciso voltar para terapia porque tem hora que estou ficando nervosa até mesmo com meu filho, pela tensão do serviço (emoção na fala). Não consigo dividir isso com a equipe e atualmente eu não vejo muito essa possibilidade de levar essas questões que estou sentindo.
	Não temos momentos de reflexão, porque a equipe está num nível de estresse tão grande que qualquer coisa que é falado as pessoas levam para o plano pessoal.	

Núcleos argumentais:		
A potencialidade das relações no trabalho em equipe		
Gestor da DSM	Gestores dos CAPS	Profissionais dos CAPS
	Os momentos de confraternização que temos são momentos com os usuários, não para nós, essa coisa de estar junto em outros ambientes não acontece.	Esse tempo que temos na reunião nós gerenciamos muito mal, não conseguimos administrar esse tempo, falta uma melhor organização da reunião.
	Desde o ano passado, nós da gestão, estamos tentando implicar a equipe naquilo que eles falam, naquilo que eles cobram, que vão fazendo e abraçando, isso é colegiado.	O CAPS cresceu muito enquanto equipe, a população hoje tem uma equipe aqui que é capaz de atender muito bem.
	Esse responsabilizar mais a equipe foi um dos dispositivos mais importantes que conseguimos construir, e a equipe não se sentiu sobrecarregada com isso, na verdade a equipe amadureceu mais, cresceu mais.	As nossas relações interpessoais melhoraram muito, atualmente as pessoas são mais abertas e tranquilas para um café comunitário, para uma confraternização, as pessoas estão mais desarmadas e menos desconfiadas.
	Avançamos pelo nosso amadurecimento tanto da gestão como da equipe, pela organização da reunião de equipe, o conhecimento, os aprendizados nas discussões, isso ajudou muito na nossa escuta, da equipe nos ouvir e de nós ouvi-los.	Outro fato que também potencializou o trabalho da nossa equipe foi o companheirismo e a afetividade. Cada dia conseguimos observar mais o quanto crescemos, o quanto melhoramos, o quanto caminhamos em várias questões que anteriormente eram muito conflituosas e difíceis.
	E hoje sentamos nós três gestoras para pensarmos como resolver certos aspectos. As decisões entre nós da gestão também são compartilhadas, são participativas. E isso tem ajudado demais também.	O melhor de viver essa forma de experimentar e inovar é que quando a equipe pensa em algo novo e leva pra gestão, a gestão acata e leva pra frente.
	No geral a equipe consegue dar suporte uns aos outros e a criação das miniequipes ajudou muito nesse suporte.	Quando aparece uma dificuldade nós colocamos na miniequipe, se for preciso também na reunião geral, e então vamos pensando juntos o que podemos mudar, o que podemos fazer diferente.
	Avançamos muito porque temos esses momentos de trocas, de amadurecimento em perceber o que é possível, as nossas relações estão bem melhoradas.	Essa possibilidade de inovação no serviço vem de diversos momentos, tanto da equipe como da gestão, mas é preciso estar atento ao que necessitamos.

Esses núcleos argumentais, bem como as narrativas que serão apresentadas estão articulados aos gráficos produzidos pelos participantes na primeira investigação. No ano de 2005, foi proposta aos três grupos operativos de reflexão uma atividade na qual eles pudessem discutir e elaborar desenhos/gráficos com a indicação “Roda da equipe: refletindo sobre as relações de cuidado”. Foram entregues aos profissionais duas folhas com um círculo desenhado ao centro; na primeira folha havia a indicação de “situação real” e na segunda a “situação ideal”; assim foram feitos três desenhos/gráficos de cada situação. As experiências discutidas em cada grupo foram colocadas dentro do círculo, com a representação escolhida pelos participantes.

A elaboração dessa atividade permitiu registrar um momento específico que as equipes estavam vivenciando, sendo que os desenhos/gráficos são esquemas de um determinado instante capturado e representado pelos participantes. Como em um mapa, esses esquemas, se feitos hoje, seriam diferentes. Por isso, no retorno ao campo esses gráficos foram apresentados aos participantes, os quais puderam identificar os impasses que ainda permanecem, as inovações conquistadas e os desafios necessários nesse território da produção do cuidado do cuidador. Assim também possibilitou ser um instrumento de reflexão temporal das práticas cotidianas desses CAPS.

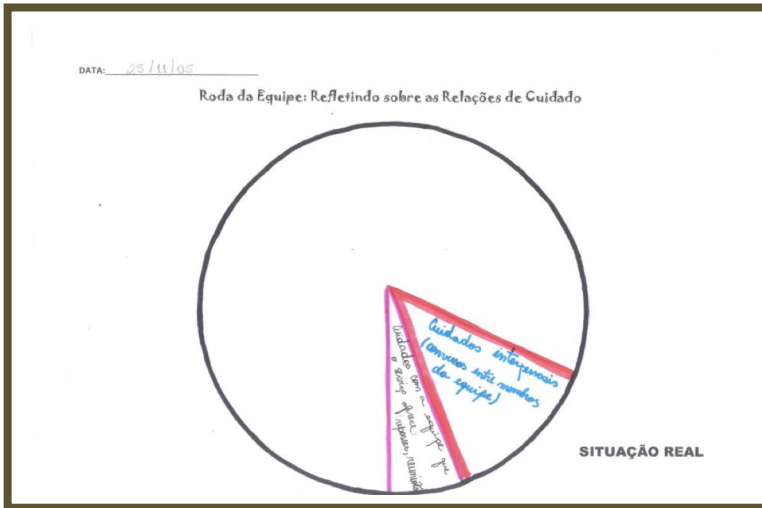
A análise desses materiais decorreu da compreensão de que o funcionamento da equipe no paradigma psicossocial envolve as características da produção de um sistema rizomático, proposto acerca do conceito de rizoma por Deleuze e Guattari (1995a). Portanto, o mapeamento cartográfico que será apresentado é móvel e passa por constantes modificações; o intuito é o de que esses materiais forneçam pistas para todos que desejam qualificar, criar, mudar, inventar novas possibilidades para produção do cuidado do cuidador nos CAPS. Segundo Deleuze e Guattari (1995a, p. 21), “o mapa é aberto, é conectável em todas as suas dimensões, desmontável, reversível, suscetível de

receber modificações constantemente. Ele pode ser preparado por um indivíduo, um grupo, uma formação social”.

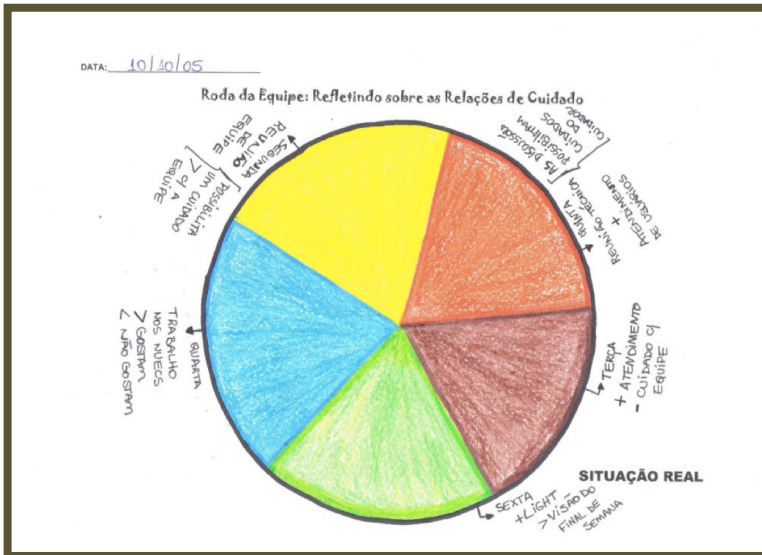
Ressalvo ainda que a intenção de apresentação dos gráficos não está em fazer comparações; assim os nomes dos CAPS não serão identificados. O entendimento é o de que cada equipe possui uma estrutura diferenciada e única, não é fechada e está em constante mudança, tendo em vista o fluxo de profissionais de diversas áreas do conhecimento e de subjetividades diferenciadas e, assim, se inscrevem em locais de múltiplas entradas e conexões. Primeiramente serão apresentados os gráficos da situação real e adiante os gráficos da situação ideal, como sistematizados a seguir:

3.3.1 As construções reais: as pedras no meio do caminho

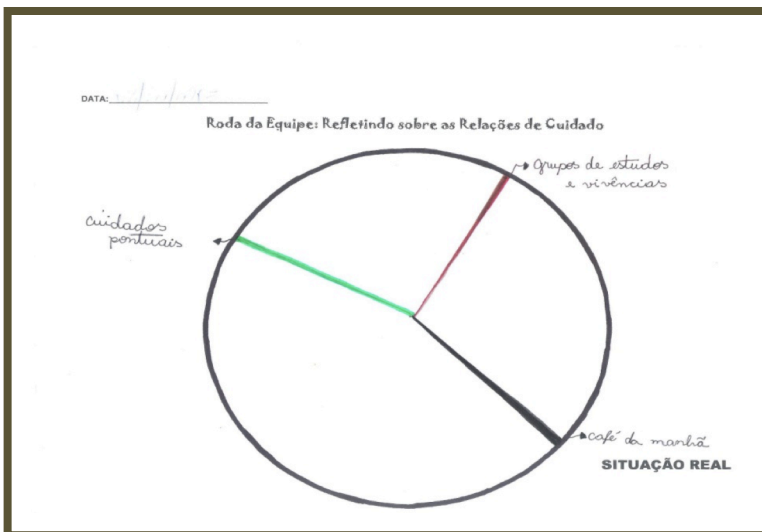
A seguir apresento os três desenhos/gráficos “reais” (Figura 2) que perpassaram as relações do cuidado do cuidador no cotidiano dos CAPS investigados. Essas elaborações conduziram a algumas pistas, conexões, linhas de fuga e territórios existenciais do trabalho em equipe.



CAPS 1
Situação real



CAPS 2
Situação real



CAPS 3
Situação real



Figura 2: Desenhos/gráficos da roda da equipe: refletindo sobre as relações de cuidado (situação real)

Todos os três grupos participantes consideraram difícil a realização da primeira proposta da situação real. Inicialmente não conseguiram pensar quais seriam os momentos de relações de cuidado do cuidador entre a equipe e houve muitas discussões. No decorrer das conversas perceberam que esses momentos existiam de forma não sistematizada e em proporção considerada insuficiente.

Para os participantes do grupo CAPS 1, os espaços reais de produção do cuidado do cuidador foram assim entendidos: a) relacionamentos interpessoais na equipe com encontros e conversas de apoio e suporte, isto gerava o cuidado entre eles e ocorria no dia a dia do trabalho (considerado em dimensão maior); b) ocasiões que a organização do serviço oferecia: reunião com toda a equipe, repasses e discussões dos atendimentos (possuíam tempo menor e um cuidado indireto), os quais aconteciam uma vez na semana. Durante essas reuniões, a possibilidade de falar das angústias e fragilidades era avaliada como momentos valiosos que traziam alívio ao cotidiano de trabalho.

Os profissionais e gestor participantes das entrevistas desse CAPS 1 consideraram que atualmente eles ainda possuem esses mesmos dispositivos de cuidado, e as relações interpessoais continuam sendo o principal instrumento de suporte e cuidado da equipe no presente período. Avaliaram essas relações como coesas e que permitem até mesmo a sustentação ao trabalho de profissionais que estão insatisfeitos. Todavia, esses momentos não são sistematizados, acontecendo informalmente entre os encontros intercessores dos profissionais.

Às vezes estamos em um sofrimento pensando em como resolver um caso e vem o colega e faz apontamentos tão essenciais que tira a gente daquele lugar de preocupação. E nesse ponto percebemos que não estamos sozinhos, mesmo quando o outro colega que está com você, com até mais tempo de trabalho, não sabe também que direcionamento dar para determinado caso. A gente sente que tá no mesmo barco, com sentimento de apoio, porque o problema não sou eu, é porque o caso é complexo mesmo. O legal é que todos nós, enquanto equipe, sentimos que nós somos uma boa equipe, que é coesa mesmo. Sentimos que a equipe é o que sustenta esse trabalho. E quando algum colega precisa damos o suporte entre nós

mesmos, em conversas, em estar junto, algo mais próximo e individualizado com as pessoas que são mais afins, porque é um âmbito mais pessoal. Esses momentos são mais improvisados e sem sistematizações (Profissionais).

O nosso suporte entre equipe acontece muito das pessoas se disponibilizarem, alguém passa e diz: olha não estou sabendo o que fazer. Alguém sempre vai sentar junto e dizer: vamos resolver juntos. Uma postura de querer ajudar, de dar alguma solução. E isso acaba indo pro campo pessoal e as pessoas estão sempre apoiando umas as outras. Esses momentos de suporte são informais, quando precisamos pedimos ajuda uns aos outros (Gestor CAPS).

Mesmo com esse cansaço e insatisfação, um dos motivos que me mantêm aqui no trabalho é a equipe, gosto dessa equipe tanto profissionalmente como também das pessoas que estão na equipe, tenho amigos de verdade aqui, que fazem parte da minha vida, porque aqui temos vínculos fortes de amizade, mesmo quando outros colegas saem daqui permanecemos com esses vínculos e relações (Profissional).

Para o grupo do CAPS 2, os espaços de produção do cuidado do cuidador foram assim organizados: a) reuniões de equipe com tempo maior para trocas e conversas administrativas entre os profissionais, mas com tempo menor para discussões dos atendimentos; b) reuniões técnicas como locais para discussões de casos e sentimentos envolvidos, e por isso um sentimento de maior cuidado; c) grupo de estudos e atividades fora da instituição (NUEC – Núcleo Educacional Comunitário) que permitiam o relacionamento interpessoal da equipe. Todos esses momentos aconteciam uma vez por semana.

Nesse CAPS 2 os participantes ponderaram que o dispositivo de cuidado atual são as reuniões de equipe que acontecem uma vez na semana. Essas reuniões ainda permanecem com discussões mais administrativas sobre os casos dos usuários, nas quais são priorizados os encaminhamentos e a elaboração dos projetos terapêuticos, com a ausência de conversas sobre as relações interpessoais e os sentimentos que envolvem os profissionais nos casos. Os participantes revelaram que a equipe desse

CAPS passou por um período de muitos impasses ao longo do tempo e isso deixou algumas marcas e resistências difíceis de serem gerenciadas e elaboradas.

Nós estamos com a equipe pequena aqui no CAPS, tivemos um problema aqui há uns dois ou três anos atrás que várias pessoas da equipe saíram. Foram mais ou menos oito profissionais que saíram da equipe. Porque o nosso trabalho é um trabalho muito difícil, lidar com adolescente é complicado, com adolescente usuário de drogas mais ainda. Esse trabalho mexe muito com a gente e alguns colegas perderam o rumo do caminho do nosso trabalho. Nessa época teve situações de agressão verbal por parte do profissional ao adolescente, estava uma situação difícil, porque os meninos percebiam isso. Então saiu muita gente e ficamos com uma equipe muito reduzida (Profissional).

O projeto coletivo em nosso CAPS funciona muito bem aqui dentro, focamos em nosso trabalho, quando é preciso fazer outros projetos coletivos que incluem outras articulações, como, por exemplo, um estudo ou curso, isso fica mais difícil de acontecer. Então o projeto coletivo funciona bem aqui dentro, há problemas de uma ou outra pessoa com a gestão e com a equipe, isso acontece aqui como em qualquer outro lugar, essas coisas atrapalham um pouco a equipe. Só que aqui a gente consegue separar essas dificuldades da equipe para pensar no usuário, deixamos os problemas da equipe de lado e focamos no usuário. Só que na hora de conversarmos isso não é falado diretamente, as questões que dificultam não são verbalizadas, e acaba que essas relações horizontais se dispersam e não resolvemos essas questões no cotidiano. Enquanto gestão eu não posso falar disso, é algo muito difícil de lidar, e isso traz um desgaste muito grande para a equipe (Gestor CAPS).

As elaborações do grupo do CAPS 3 sobre as situações reais foram as seguintes:

a) relacionamentos interpessoais entre a equipe com encontros durante o café da manhã, nos quais havia a oportunidade de compartilhamento do trabalho durante a semana; b) conversas pontuais no final do dia sobre alguns atendimentos e forma de atuação no trabalho; c) grupo de estudos e vivências que aconteciam esporadicamente, mas que ofereciam a percepção do colega de trabalho que estava precisando de algum apoio. Esses espaços do cuidado do cuidador não eram regulares e por isso a equipe tinha a sensação de que eram pouco vivenciados; nem mesmo na reunião de equipe os participantes consideraram que essas situações ocorriam, pois achavam que todos da equipe eram muito exigentes e pouco acolhedores uns com os outros.

Atualmente os participantes e gestor desse CAPS 3 avaliaram que esses momentos de produção do cuidado do cuidador tiveram várias mudanças, sendo que ainda possuem as situações citadas, mas com distinta concepção do trabalho em equipe e das relações interpessoais. A reunião de equipe tem outra dinâmica e por isso esse dispositivo é, no momento, muito importante, inclusive por criar diferentes dispositivos que oferecem igual suporte. Nesse sentido, compreendem que esse gráfico não representa as relações de cuidado do cuidador que conseguiram conquistar no presente, tendo a experiência de atuação no CAPS como fator que ofereceu segurança e apropriação do trabalho.

A nossa reunião de equipe anteriormente era muito difícil, era terrível participar dela, e hoje todos nós rimos e conseguimos confraternizar, durante muito tempo isso ficou sem acontecer. Então hoje a reunião de equipe nos dá muito suporte, o que antes não acontecia, saímos piores dela. O interessante é que conseguimos caminhar e é muito legal observamos essa trajetória hoje e ver que conseguimos mudar (Profissionais).

Esse amadurecimento e melhora nas relações da equipe foi por diversos fatores. Uns deles foi a saída de alguns profissionais que polemizavam muito as discussões nas reuniões. A vinda de outras pessoas mais leves, que possuem outro olhar. Mudança de postura da gestão e de todas nós gestoras, porque hoje, entre nós três, a gente conversa mais, a gente pensa mais, a gente discute mais as nossas estratégias. Eu mesmo atualmente sou mais flexível em deixar acontecer a decisão que a equipe tomou, porque antes eu ficava muito preocupada se daria certo. Hoje eu tenho muito mais tranquilidade, porque hoje eu conheço as pessoas. Essa convivência de anos fez com que a gente conhecesse os movimentos e dinâmicas das pessoas, da equipe (Gestor CAPS).

Outra coisa que também possibilitou uma melhora no nosso cotidiano é nossa própria experiência de trabalho na CAPS, percebemos que a turma da tarde, que está a mais tempo no CAPS, está mais tranquila e segura. E no final das contas quem decide se vamos atender uma pessoa somos nós do CAPS mesmos. Entendemos que isso é por nossa experiência, foi o que nos deu segurança para termos essa clareza de hoje. Foi um processo de decisão conjunta e discussões do que temos que aceitar ou encaminhar aos outros serviços. Foi a partir dessa experiência que conseguimos dizer o que deu certo e o que não deu certo, essa possibilidade de experimentarmos e discutirmos o nosso cotidiano é o que nos dá a segurança que temos atualmente. Isso diminuiu a angústia, o conflito, a cobrança e as exigências com o colega de trabalho, e facilitou a conversa com a gestão. Então foi com a experiência que temos de trabalho no CAPS que conseguimos maior tranquilidade do que fazemos. A equipe cresceu muito e

consideramos que o CAPS que trabalhamos hoje é um CAPS muito bom, não é ótimo por dificuldade na estrutura (Profissionais).

Durante os relatos dessa atividade foi possível notar nos três grupos as pistas que produzem a construção de uma equipe rizomática. As conexões entre os profissionais transcorrem a todo o momento por meio de uma heterogeneidade das relações interpessoais, sendo que em algumas equipes essas conexões têm uma força maior e provocam uma multiplicidade de cuidado mais intensa ou menos intensa nos espaços intercessores.

Desse modo, o retorno ao campo permitiu observar equipes que permanecem em territórios fixos por não ultrapassarem o processo de desterritorialização, então continuam reproduzindo os decalques de um sistema fechado, sem possibilidade de mudanças, gerando muitos conflitos e sofrimentos nas relações interpessoais. Foi possível capturar também equipes que conseguiram romper com as estruturas enraizadas ao buscarem as linhas de fuga; nesse movimento houve o processo de reterritorialização, que foi ocupado com posturas mais apropriadas da equipe, no qual foram capazes de fazer mais conexões de produção do cuidado do cuidador.

Um ponto importante nas representações reais dos três grupos são as reuniões semanais com toda a equipe nos CAPS; esse dispositivo tem permanecido como relevante para o funcionamento dos serviços e para concretização da prática interdisciplinar. No entanto, nem todos possuem a clareza da função e dos objetivos dessas reuniões para a estrutura do serviço, o que gera a sensação de que o tempo é pouco aproveitado.

As reuniões de equipe também são consideradas marca de uma conquista obtida no início da implantação dos CAPS em Goiânia, sendo um dispositivo que possibilita o

encontro intercessor dos profissionais, as discussões de casos, as resoluções de questões administrativas e organizacionais dos serviços, entre outros.

É difícil a gente ter no serviço público a experiência de profissionais que sentem todos juntos numa manhã pra discutir um caso. Isso já é um avanço muito grande. Isso faz com que as pessoas de fato exercitem o que a gente chama de interdisciplinaridade e prática compartilhada (Gestor CAPS).

Os CAPS precisam ter o cuidado de reservar um dia na semana para uma reunião com a equipe toda e esse período deveria existir para contemplar três momentos: 1) um momento de cuidado com os trabalhadores, é preciso discutir se está havendo algum problema, conflito ou divergência. É também um momento de socialização, de comemorações e das atividades que a equipe está envolvida; 2) um momento da organização administrativa da unidade, no qual os gestores discutem com a equipe as possibilidades de melhorar essa organização; 3) e o terceiro momento é a discussão dos casos. Esses três momentos não podem sair da pauta nunca. Essa reunião tem uma periodicidade semanal e todos os CAPS possuem esse dispositivo. Fazemos isso desde quando implantamos o primeiro CAPS. Inventamos isso e conseguimos manter até hoje. Esse período que a equipe tem é um momento muito interessante e importante de nossa conquista. Às vezes acontece desse momento dar uma esvaziada, isso se deve quando a equipe está desmotivada e então os profissionais acabam fazendo esse momento com um período menor. Já algumas equipes são mais persistentes e maduras no sentido de garantir esse espaço. Outras são mais imaturas e às vezes por conta das dificuldades, ao invés de aprofundar e utilizar esse espaço, o que fazem é encerrar esse espaço. E é nesse momento que falta aquele terceiro olhar, ou seja, alguém de fora para pontuar isso (Gestor DSM).

Como relatado pelo Gestor da DSM, a criação desse dispositivo não significa que todos os CAPS conseguirão ter, entre as equipes, alta potência produtiva de operacionalização desses momentos nos serviços. No decorrer das análises pude observar que a sustentação das inovações, do buscar novas linhas de fuga, das desvalorizações das dinâmicas cristalizadas estão também articuladas à dinâmica micropolítica, à territorialização no modelo psicossocial e às tecnologias das relações estruturadas no trabalho em equipe. Assim, o “terceiro olhar”, indicado pelo Gestor da DSM, necessita considerar a complexidade desse campo capturado, assim como a equipe carece de avaliar a predisposição para esse “terceiro olhar”.

As dificuldades que os participantes tiveram para elaborar os desenhos/gráficos forneceram pistas no sentido de que há, no trabalho em equipe, poucos momentos sistematizados para a produção do cuidado do cuidador. A percepção de que as relações de cuidado implicam o cuidado de si é pouco discutida nas equipes dos CAPS; tendo em vista que a demanda é alta, o investimento das ações é direcionado somente aos usuários e a reflexão das práticas do trabalho não possuem regularidade.

Nessa direção, alguns autores elucidam que os assuntos referentes aos recursos humanos não deveriam estar à margem dos serviços como frequentemente acontece no cotidiano, pois a maioria das estratégias de intervenção passa pelo campo da complexidade e depende dos relacionamentos estabelecidos nos serviços, ou seja, está também articulada às relações do trabalho em equipe (Saraceno, 2001; Saraceno et al., 2010; Thornicroft & Tansella, 2010)

O eixo comum de produção do cuidado do cuidador nos relacionamentos interpessoais permanece atualmente em todos os CAPS. Esse dado demonstra o fator relacional como uma ferramenta potente nos serviços de saúde e reafirma as considerações de diversos autores; estes, por sua vez, destacam que as relações operam conexões primordiais para o trabalho em equipe no modelo psicossocial (Franco & Merhy, 2011; Grigolo, 2010; Kinoshita, 2001; Merhy, 2007; Nicácio, 2003; Saraceno, 2001; Silva, 2007).

Os desenhos/gráficos também mostraram as construções vivenciadas no real, nas quais cada equipe evidenciou diferentes portas de entradas e experimentações nas relações do cuidado do cuidador. Nesse sentido, alguns profissionais se sentem tranquilos para verbalizar aquilo de que necessitam e outros não, reconhecendo que essa conquista de espaço e liberdade ocorre pelas relações quando as pessoas se sentem seguras com a equipe. Esse processo é estimulado pela expressão do trabalho vivo em

ato que possibilita a formação de sistemas rizomáticos os quais se constituem no cotidiano do trabalho em equipe (Franco, 2006).

Em um dos grupos, em 2005, não foi possível observar uma multiplicidade de ações experimentadas no plano real, sem buscas por rupturas ou linhas de fuga. Os diálogos giraram em torno das dificuldades, dos momentos que não aconteciam, da não-aceitação da necessidade de cuidar de si. Havia nas entrelinhas uma responsabilização dessas dificuldades/ausências na estrutura do serviço e no funcionamento da gestão, ou seja, uma busca na repetição de sistemas cêntricos, em ações centralizadas no poder/saber que revelam a dinâmica micropolítica das equipes.

Algumas gestões são mais frágeis, às vezes não conseguem propor e diante das dificuldades paralisam. Porque a gestão tem esse desafio muito grande que é lidar com as dificuldades, nós estamos implantando serviços, nós estamos em processo, então nem sempre temos coisas organizadas, e precisamos enquanto gestor buscar alternativas, correr atrás, minimizar os prejuízos. E tem gestor que paralisa e só sabe cobrar da instância superior e aí ele acaba fazendo com que a equipe faça a mesma coisa, então quando ele cobra da equipe, a equipe cobra dele, fica um trabalho que não sai do lugar. Então o gestor do serviço público precisa ser capaz de resolver problemas e não paralisar diante deles. É preciso aprender a lidar com a falta para aprender a usar os recursos que tem, falta um monte de coisa mesmo, mas temos outras também (Gestor DSM).

Às vezes as pessoas ficam culpando a gestão, ou o colega, ou a equipe porque algo não funcionou ou não deu certo. As pessoas têm dificuldades de construir projetos e experiências em cima das coisas boas, ficam direcionando o olhar para as coisas que não deram certo. Isso cria uma insatisfação dentro da equipe, fica minando as forças potenciais das pessoas, da equipe, dizendo que não vai dar certo e de repente a gente está com um grupo muito insatisfeito sem saber o que aconteceu. Então percebemos que algumas pessoas não têm essa maturidade profissional e pessoal pra resolver esses dilemas e entraves, para lidar com conflitos, que são comuns no trabalho em equipe (Gestor CAPS).

Em algumas situações, havia no relato a reprodução de um decalque, uma busca por processos de hierarquização que justificassem ações cristalizadas e fechadas. Os grupos estavam reproduzindo um funcionamento estabelecido gerador de conflitos e tensões que não davam lugar para reflexões ou questionamentos sobre a produção do cuidado do cuidador.

Para Deleuze e Guattari (1995a), o decalque pode transformar o rizoma em raízes, em estruturas, neutralizando as conexões e multiplicidades. A ameaça do decalque reside na reprodução do rizoma somente quanto aos impasses, bloqueios e pontos de estruturação. Essa característica constitui um paradoxo para equipe que trabalha de modo psicossocial, que ao permanecer em sistemas que apresentam muitas resistências e relações conflituosas, cristalizam a forma de atuação e não conseguem inovar, pois criam barreiras e impossibilitam a saída para as linhas de fuga.

As cristalizações provocam paralisações nas equipes, as quais não conseguem ver saídas e por isso continuam reproduzindo o decalque de seu funcionamento. Sempre haverá pessoas que, nesse sistema, enfrentarão essas resistências, mas, se a equipe não se sensibilizar para as rupturas que pedem passagem, as desmotivações, o excesso de responsabilizações e o cansaço serão os componentes mais presentes no dia a dia.

Eu estou praticamente sozinha na UAT e por isso pretendo voltar para terapia para saber o que eu tenho feito para incentivar esse comportamento da equipe. Provavelmente eu tenho feito alguma coisa para fazer a equipe achar que não precisa se comprometer. Eu tenho sempre a postura de colocar para equipe o que está sendo feito, peço ajuda nesse sentido. Já falei com a Coordenação da minha necessidade de suporte e na reunião de equipe eu nem sempre consigo o tempo necessário para abordar essa questão. Acaba tendo tantos assuntos na reunião geral, que é a única que eu tenho participado, e nem sempre dá tempo de falar sobre isso. Então está falhando nisso também a nossa comunicação entre os dois serviços. E tem essa questão de todo mundo ver que estou sobrecarregada e ao mesmo tempo dizerem que a casa é a minha cara, parecendo que estou presa a ela e que não posso nem sair de lá. Até por que se eu sair nem sabemos quem é que pode ocupar esse espaço também. E fica como uma prisão pelo fato de eu ter tido a responsabilidade de fazer a rede crescer, isso realmente é algo que angustia (constatação que mobiliza a profissional, pausa e verbalização feita com emoção) (Profissional).

Em nossa equipe há pessoas que têm resistências em inovar, porque o ousar e criar coisas novas são muito difíceis. Mas existem pessoas que estão sempre buscando, que lutam por coisas inovadoras. Só que no geral é difícil, até mesmo para buscarmos um supervisor, algumas pessoas não servem e isso gera polêmica. Então parece um medo da equipe em vivenciar experiências novas, situações ou mesmo de expor a equipe em algum momento, porque a equipe não gosta de se mostrar frágil e que não está bem (Gestor CAPS).

Nesse aspecto, os profissionais se afetam um ao outro no campo invisível das regras, dos padrões, dos conhecimentos, das técnicas, dos afetos e vão formando fluxos de intensidades no cotidiano de trabalho. Esse palco das invisibilidades e do não dizível também faz parte da micropolítica do processo de trabalho, sendo gerador tanto de potências e novas ideias quanto de repetições e descontentamentos (Franco, 2006). Assim, ao observar esses grupos e os relatos atuais encontra-se a presença de tensões e conflitos, como também os sentimentos de suporte e apoio que o trabalho em equipe proporciona.

O legal hoje é que quando falamos em equipe, falamos da maioria, na época da pesquisa, essa equipe era algo muito afinado, contemplava poucos e sempre eram as mesmas pessoas que cobravam e o restante da equipe muito sem se manifestar. E hoje vemos um envolvimento de todos, um ou outro fica mais reservado, mas temos no geral esse movimento de participarmos todos juntos. Isso é muito bacana de ver e sentir, tiramos o chapéu para essa equipe que temos hoje porque foi uma luta conseguirmos fazer isso acontecer, chegar nesse momento (Profissionais).

Essas situações paradoxais são construídas no coletivo, desencadeando manifestações comuns em todo trabalho em equipe e por isso deve haver lugares em que se possa fazer a escuta dessas experimentações, pois são polaridades não excludentes e constituem o cotidiano dos CAPS. Como em um rizoma, a equipe rizomática também necessita de sustentação e de suporte que possam garantir desejos e afetos no investimento de novos fazeres.

Para Merhy (2007), criar esses lugares de escuta e manifestação das polaridades motiva oportunidades de reflexões e problematização do cotidiano dos CAPS elaboradas por trabalhadores da saúde mental e não por pessoas que estão em oposição ao paradigma antimanicomial. Esses locais abrem espaços para novas conexões, multiplicidades, linhas de fuga, desterritorialização, ou seja, para que o trabalho em equipe atue em construções rizomáticas e no trabalho vivo em ato.

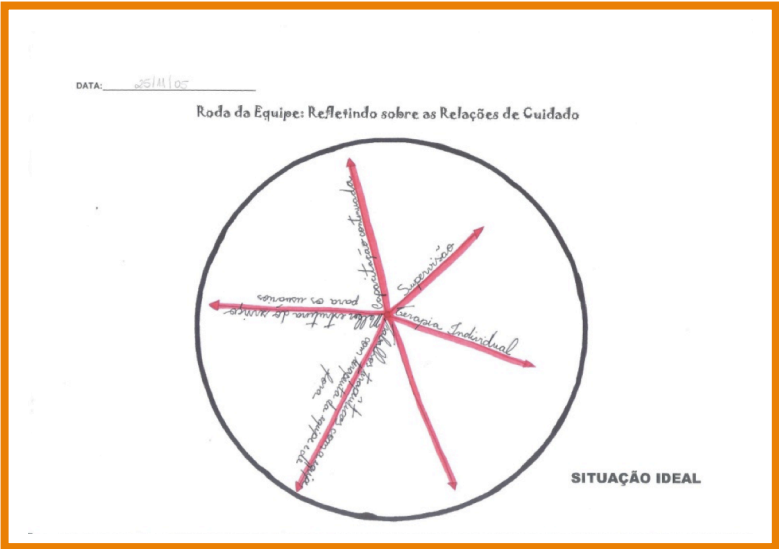
Houve também uma percepção bacana da gestão de quanto estava ficando pesado e desgastante levarmos para reunião geral os casos de referência que fazíamos individualmente, porque tínhamos que administrarmos sozinhos as críticas. Era desgastante demais, o profissional queria passar o caso porque não estava aguentando mais o peso sozinho. A gestão teve essa percepção e sentiu a necessidade de mudarmos nossa forma de organizar a referência. É claro que seguimos as diretrizes do Ministério da Saúde, do modelo psicossocial, mas o nosso trabalho tem muito essa possibilidade de criarmos estratégias para desenvolvermos melhor o trabalho. E uma grande qualidade que temos no CAPS é que aqui as pessoas começam, vamos fazer porque precisamos fazer e temos a proposta, mas não temos aquela caixinha fechadinha de caminho certinho. O que interessa é que fazemos e a medida que as dificuldades vão aparecendo a gente vai se encaixando, corrigindo, vendo outras opções todo mundo junto, a gente vai pensando em outras estratégias juntos. Às vezes é a gestão que observa outra maneira de se fazer, outras vezes é a equipe que observa, e coisa vai caminhando e vai funcionando, e isso que é muito bom de experimentar. Não é algo muito consciente de se fazer desse modo, é a maneira que vamos movimentando e que tem dado certo (Profissionais).

Desse ponto de vista, é nessa aposta relacional de equipes que têm vida a oferecer que os sistemas rizomáticos podem ser manifestados com mais intensidade, dando espaço para o trabalho vivo em ato e para a produção do cuidado do cuidador, particularmente para os trabalhadores que ofertam seu trabalho para vivificar o sentido da vida do outro (Merhy, 2007).

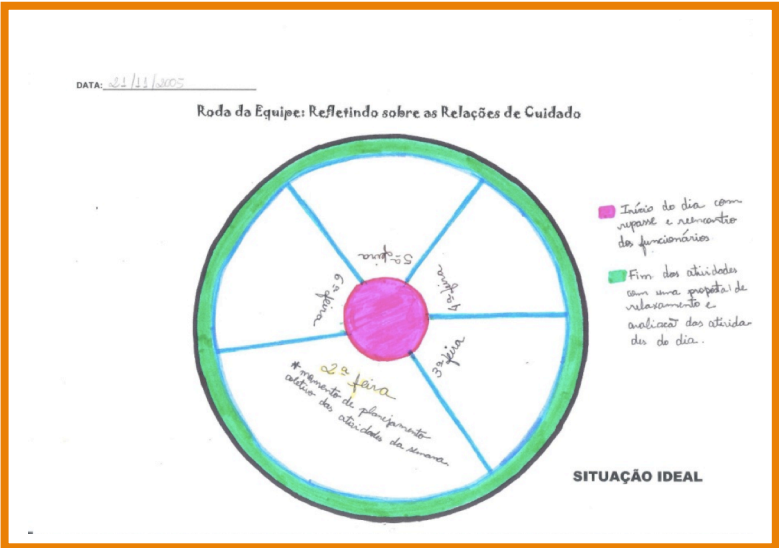
Acredito que os profissionais envolvidos no campo da saúde mental possuem intencionalidades de crença na inclusão e disponibilidade de atuação em rede, no desejo de mudanças e vontade de oferecer um cuidado integral e ético. Nessa confiança, sigo para a próxima etapa com a possibilidade de pensar em um ideal que não seja somente utópico e apresente pistas possíveis.

3.3.2 As construções ideais: as potencialidades não utópicas

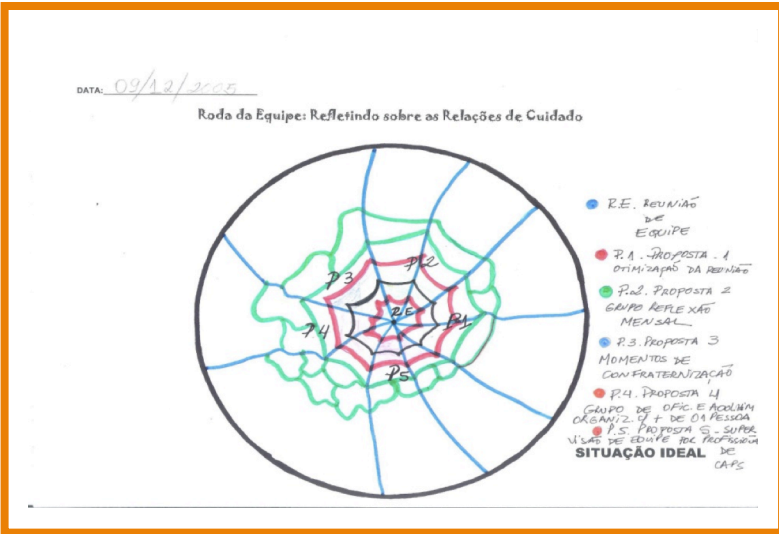
A seguir, os três desenhos/gráficos ideais apresentados proporcionam as pistas da produção do cuidado do cuidador revelando as potencialidades, a inventividade e a força do trabalho vivo em ato presentes no trabalho em equipe.



CAPS 1
Situação
ideal



CAPS 2
Situação
ideal



CAPS 3
Situação
ideal

Figura 3: Desenhos/gráficos da roda da equipe: refletindo sobre as relações de cuidado (situação ideal)

Os três grupos participantes também consideraram difícil a elaboração da situação ideal, em particular o grupo do CAPS 2, que pediu um encontro a mais para encerrar o desenho/gráfico. Durante o desenvolvimento da atividade, os participantes permaneceram muito tempo estacionados em discussões sobre os impasses e bloqueios da situação real, impedindo que eles conseguissem avançar para o plano ideal. Conversaram sobre as dificuldades da estrutura do serviço, dos relacionamentos, da necessidade do real cuidado de si, entre outros.

De qualquer forma, foi uma proposta que evidenciou avanços, ofereceu novas reflexões para todos os grupos, provocou conexões antes não pensadas, articulou a heterogeneidade do campo complexo dos profissionais e multiplicou a invenção de novos espaços de cuidado. Os desenhos/gráficos foram representativos na visibilidade do pensar em outras linhas de fuga e conexões da produção do cuidado do cuidador, atualmente evidenciadas em alguns novos movimentos das equipes no contexto do cuidado de si.

O grupo do CAPS 1 considerou os seguintes espaços ideais de produção do cuidado do cuidador: a) supervisão; b) terapia individual; c) atividades terapêuticas com a equipe; d) capacitação continuada; e) melhor estrutura (física e material) do serviço para os usuários. Os participantes relataram que todos esses momentos estão interligados e podem não ter conseguido pensar em outras propostas. Por isso, o grupo resolveu não fechar o gráfico e deixar uma seta livre, sem sugestões, para ser algo que representasse a possibilidade do não-pensando, sendo assim uma equipe que acredita na invenção e criação como força potente dos profissionais que atuam no modelo psicossocial.

No período atual os participantes avaliaram que fizeram alguns movimentos para alcançar essas possibilidades de cuidado, mas que ainda consideram como pouco

potentes por não terem atingido as reais necessidades que essas modificações requerem e também por serem ações que dependem da participação da gestão do CAPS e da DSM. Ponderaram também que as propostas do cuidado do cuidador que podem ser realizadas na equipe são discutidas superficialmente, consentidas como não necessidade, já que todos contam com relações interpessoais muito próximas que conseguem sustentar o trabalho.

Ao vermos esse gráfico do ideal feito na pesquisa de 2005, percebemos que ainda estamos esperando acontecer esse ideal, pouco avançamos. Até que pensando na estrutura do serviço, na parte física, deu uma melhorada em alguns aspectos, foram mudanças ainda mínimas, mas que aconteceram sim. Capacitação nós temos, mas ainda deixa muito a desejar no aspecto de organização e frequência de acontecimento, não tem uma constância. Supervisão desde 2004 não tivemos mais. A nossa rede de suporte e cuidado continua a mesma, que são as relações interpessoais e a reunião com a equipe (Profissionais).

É tão interessante de observar porque tem coisas aqui básicas que seriam muito bom se a gente pudesse discutir, como por exemplo as supervisões, lutar pra ter isso, mas aí certas pessoas fazem questão de lidar como se aquilo não existisse, como se não pudesse mexer em certos assuntos. Isso é uma coisa que incomoda e deixa que alguns movimentos de manifestações do cuidado do cuidador se percam no cotidiano (Profissionais).

O grupo do CAPS 2 realizou dois encontros para desenvolver essa atividade, pois não conseguiu finalizá-la no primeiro momento. A proposta inicial foi a seguinte:

- a) repasses e trocas de informações no início e final do período de trabalho, com momentos de relaxamento, todos os dias. Nessa ocasião fizeram muitas queixas dos outros colegas, revelaram as insatisfações, os desânimos e ficaram cristalizados nos entraves do cotidiano de trabalho. As propostas do segundo encontro foram as que se seguem: a) momentos de a equipe ser cuidadora de si, continuando com a ideia anterior;
- b) grupo de estudo semanalmente com objetivo de preparar a equipe com informações básicas sobre questões referentes ao CAPS; os participantes entendiam que a equipe deveria estar sintonizada com objetivos comuns;
- c) melhoria das relações interpessoais

por meio de grupo de reflexão e supervisão; d) supervisão com alguém que fosse exterior à equipe, mas que tivesse conhecimento sobre o funcionamento dos CAPS. O grupo não conseguiu expressar esses outros momentos no desenho que já tinham elaborado, os quais foram discutidos no segundo encontro, razão pela qual decidiu fazer o levantamento de propostas de forma escrita.

Para os participantes desse CAPS apenas duas dessas propostas foram possíveis de serem concretizadas, assim mesmo de forma parcial e não constante, que compreendem os repasses do serviço de modo mais sistemático e a supervisão para todos os CAPS da Rede de álcool e outras drogas. Os participantes avaliaram que a produção do cuidado do cuidador é muito precária nessa equipe; os profissionais não se sentem apoiados a verbalizar as angústias e as impotências que vivenciam no cotidiano, a equipe faz muitas cobranças à gestão, a gestão tem muito receio de verbalizar sobre as relações interpessoais com a equipe e os profissionais não consideram que tem suporte na equipe.

Os movimentos feitos até mesmo para oferecer sustentação ao trabalho do CAPS, como a implantação da UAT, têm provocado conflitos e tensões nos profissionais que assumiram a responsabilidade desse projeto, pois consideram que não há suporte da equipe no compartilhamento desse trabalho.

Nesse gráfico que fizemos na pesquisa de 2005 colocamos que o ideal seria fazer esse repasse de encontro com profissionais na parte inicial do trabalho, aqui no CAPS os profissionais tem conseguido fazer isso duas vezes semanalmente. Esse dispositivo de repasse quem criou foi a gestora técnica a partir de solicitação da equipe por esse momento. Na verdade, nesse momento de repasse não precisava ter gestor junto com a equipe, a equipe pode se reunir e fazer isso. Mas só que se não tiver o gestor junto o repasse não acontece. E ainda tem que ser a gestão técnica, existe essa cobrança por essa gestão. Então sentimos que precisamos trabalhar com o empoderamento da equipe. A equipe precisa assumir mais as responsabilidades das ações. Pedimos muito autonomia de trabalho, mas não damos o retorno. Nós também tivemos ano passado a supervisão direcionada a rede de álcool e drogas e melhor estrutura do serviço para os usuários (física e material). Nessa gestão passada a gente conseguiu um repasse para o serviço, com esse dinheiro fizemos uma pequena reforma aqui no CAPS (Profissional).

Do CAPS eu inicialmente estava sozinha nesse projeto, agora, tem pouco tempo, um colega daqui, da área da Educação Física, tem ido pra casa pra me ajudar um pouco. Mas essa semana ele me disse que terá que se ausentar. Então estou sozinha novamente e estou me sentindo em certos momentos escrava do trabalho (pausa e emoção na fala). Eu não tenho conseguido dividir isso com a equipe e na fala da equipe as pessoas sempre remetem que esse trabalho da casa é meu, somente eu sou a responsável. Eles até acham injusto eu estar trabalhando mais, só que ninguém se manifesta a me ajudar também. Então acham que o trabalho é importante, que a gente precisava do serviço, que foi muito bom ter inaugurado, mas é como se fosse uma coisa que eu inventei a mais para trabalhar mais. Aqui no CAPS na fala eu até percebo que tenho suporte da equipe, mas não nas atitudes. Então no discurso as pessoas entendem que o CAPS precisa se responsabilizar mais pelo serviço, só que ai o CAPS são as pessoas que trabalham nele, então a estrutura CAPS não vai lá me ajudar na unidade, e as pessoas ainda estão achando que não precisam sair desse lugar daqui e ocupar outras atividades lá (Profissional).

A nossa equipe na UAT são de dez profissionais e eu sou a pessoa de referência e suporte a esses profissionais. Estou começando a deixar algumas responsabilidades da casa para os gestores do CAPS também. No feriado passado eu tive que tomar a decisão de dizer que eu iria desligar o celular e que eles iriam ficar responsáveis por alguma dificuldade na casa, porque se não ninguém teria tomado a atitude de me dizer que estaria a disposição para me ajudar (Profissional).

Os casos que atendemos em que ocorre mortes, assassinatos, geram muita angústia na equipe, a equipe fica muito mobilizada. Semana passada ocorreu um caso de um adolescente que foi assassinado, fica um clima de muita angústia e alguns profissionais se permitem falar sobre o que está sentindo com as pessoas que são mais próximas. Mas a equipe não sentou toda junta para falar sobre esse caso. Na reunião de equipe apenas informamos a morte do menino e ponto, ninguém falou nada sobre esse assunto. Percebemos que essas questões não são faladas na equipe porque algumas pessoas acham que ter esse tipo de sentimento é fraqueza, então temos esse hábito de falar nos corredores e não na equipe (Gestor CAPS).

O grupo do CAPS 3 relatou que o espaço de produção do cuidado do cuidador deveria ser direcionado aos momentos da reunião de equipe com os seguintes procedimentos: a) otimização do tempo no sentido de dar espaço para os profissionais se manifestarem acerca das inquietações e dificuldades referentes aos casos atendidos; b) grupo de reflexões uma vez ao mês; c) momentos de confraternização; d) grupos com oficinas de acolhimento para os profissionais, realizadas por duas ou três pessoas da

equipe, fazendo rodízio de coordenação desses grupos; e) supervisão de equipe feita por profissionais com experiência na rede de saúde mental.

Os participantes desse grupo no período atual demonstraram surpresa ao ver que o desenho/gráfico estava bem representativo da equipe desse CAPS no momento presente. Relataram que ainda não tinham tido essa percepção de quanto avançaram nas relações interpessoais da equipe. Com relação às propostas eles ainda não conseguiram a supervisão clínico-institucional; mesmo tendo o projeto aprovado no Ministério da Saúde, pois encontraram dificuldade nas negociações com o supervisor. Consideraram que as outras propostas estão contempladas no cotidiano de trabalho, algumas mais regulares como a otimização do tempo da reunião de equipe e as confraternizações, e outras mais ocasionais como as oficinas de acolhimento e grupo de reflexão sobre a prática.

Foi muito interessante vermos o nosso gráfico ideal das relações de cuidado que fizemos há anos atrás (2005), enquanto fomos falando e agora podendo visualizar algo mais concreto, parece que foi você (pesquisadora) que fez esse gráfico agora, construindo essa teia de tudo que a gente falou, realmente caminhamos bastante! Há alguns anos atrás não imaginávamos que seria possível essa mudança, não mesmo! (Profissionais)

As construções rizomáticas dessa equipe foram potentes em conexões realizadas nas relações intercessoras que se constituíram como possíveis pela passagem de linhas de fugas ao possibilitarem novos fazeres compostos pela heterogeneidade de novas pessoas que entraram na equipe e engendraram multiplicidades de cuidados articulados à gestão e aos profissionais.

Essas novas experimentações de escuta e participação criaram novos dispositivos que permitiram melhorar e qualificar o trabalho em equipe, por exemplo: o protocolo de atendimento, responsabilizações compartilhadas entre equipe e gestão,

sistematização com flexibilidade da reunião de equipe, referência do usuário realizada por miniequipes de profissionais.

Outra coisa que contribuiu foram as pessoas que entraram, elas foram fundamentais nesse processo, porque elas trouxeram a possibilidade de olhar para um meio termo, trazendo essa possibilidade de mediar e ponderar, fazendo reflexões tanto de um lado como de outro. Isso foi dando uma diluída nos conflitos juntamente com a questão da gestão ampliar mais a escuta, foi um amadurecimento tanto da equipe quanto da gestão, um processo conjunto (Profissionais).

Acreditamos que uma coisa que melhorou no nosso cotidiano do CAPS foi a questão de termos delimitado mais claramente as pessoas que temos que atender, o território que somos responsáveis, ou seja, a clareza da população e as características das pessoas que temos que atender aqui no CAPS. Isso foi possível porque criamos um protocolo de atendimentos feito por nossa experiência. Quando não tínhamos essa especificidade clara, havia muito atrito entre nós. Delimitar com clareza a nossa população diminuiu o estresse da gente em aceitar a demanda que chega até nós (Profissionais).

Percebemos que a equipe tem cobrado também respostas, não basta somente a gestão querer, a equipe também precisa querer realizar o que é proposto. E estamos com tanta confiança nesse trabalho que amadurecemos no sentido de cobrar com segurança, nos responsabilizando, atuando de forma que garanta o que estamos necessitando para nosso usuário, nós fazemos acontecer também. A equipe tem sido eficiente e tem cobrado ações que são necessárias (Profissionais).

Até mesmo a forma de fazer a reunião de equipe nós inovamos como gestão. Somos três e uma coordena a pauta, outra coordena as discussões, outra anota as percepções e a dinâmica da equipe pra depois a gente discutir e ver o que a gente pode mudar e melhorar. Porque antes era muito informal, nada muito sistematizado e a gente se envolvia em muitas polêmicas. Então estamos tentando para que as pessoas não atendam celular, não saiam da reunião, uma forma de organizar e aproveitar bem esse momento (Gestor CAPS).

Os problemas pessoais também são difíceis, mas são muito importantes e aprendemos a considerar isso, hoje nós deixamos que os profissionais levem para a equipe esses problemas pessoais para que possa ser justificado e acordado com a equipe. Ano passado foi um ano muito melhor pra nossa equipe. Conseguimos fazer uma festa de confraternização de fim de ano e foi praticamente todo mundo, e estavam todos bem festivos e alegres. E esses momentos qualificam muito as relações, a comunicação, a proximidade e até mesmo o toque com o colega de trabalho (Gestor CAPS).

Tentamos ao máximo que os profissionais resolvam as dificuldade com a equipe, nós da gestão só somos recursos para os profissionais depois deles

terem esgotado as possibilidades de resolução com a miniequipe. Porque antes as pessoas estavam direto reclamando com a gente, eram muitas questões interpessoais mesmo. Agora instrumentalizamos a equipe e as pessoas a saírem de impasses. Essas nossas estratégias só foram possíveis de serem criadas depois de anos de experiência no serviço, com a equipe, de amadurecimento (Gestor CAPS).

Atualmente nós conseguimos planejar e sistematizar nossas reuniões de equipe, a primeira parte é dos informes, depois fazemos a parte das discussões administrativas, depois a parte das discussões técnicas e por último os estudos de casos. Mas também temos a flexibilidade de inverter esse planejamento, porque quando os casos começam a acumular muito e demandar mais da equipe, nós começamos as discussões pelos casos primeiro (Gestor CAPS).

Essa experiência da elaboração do desenho/gráfico articulada à temporalidade da (re)visão do que foi construído pelos grupos dos CAPS revelou-se uma potente atividade de reflexão sobre a prática do trabalho estabelecida nos CAPS. Foi um momento em que os profissionais conseguiram perceber novas conexões, diferenças na ação do discutir, do pensar, do seguir em linhas de fuga. Além disso, observaram as dificuldades em criar, inventar novos atos, produzir novos cuidados, construir novos fazeres.

Houve algumas situações em que os participantes vivenciaram esses conflitos de forma muito sofrida e sob tensões, questionando as práticas e o processo de trabalho. No entanto, nesse lugar de conflitos e tensões, tornou-se possível pensar em inovações e invenções.

Por várias questões fomos tomando novos rumos: amadurecimento da equipe, questionamentos, conflitos, afinal os conflitos também ajudaram a equipe hoje encarar várias questões de modo diferente, refletíamos o que estava acontecendo, as nossas ações que não estavam resolvendo, e fomos criando alternativas, como criar momentos de confraternização entre nós, uma coisa que era muito difícil e complicado de fazer na nossa equipe (Profissionais).

Esse crescimento que conseguimos e que hoje temos não foi de maneira nenhuma algo fácil de fazer, teve que ter muito disposição para essas mudanças, de fazer as coisas caminharem, de fazer o ambiente melhorar. Foi um processo muito dolorido. Mas hoje muitos colegas têm essa disposição de parar e refletir que o caminho não é por onde se está indo (Profissionais).

Sob essa ótica, Merhy (2007) esclarece que os profissionais de CAPS devem vivenciar essas dúvidas e experimentações como um ponto positivo da atuação cotidiana, pois, ao tentarem seguir receitas, eliminam a potência do coletivo e de novas criações. O autor assim expõe:

Por isso, para todos aqueles que estão implicados com estas apostas, imagino, que mesmo que tenhamos pistas sobre como isso foi feito em algum lugar, como algum coletivo já exercitou e realizou isso, devemos nos proteger de tornar estas experiências em paradigmas e receitas, em guias de nossas práticas; e, sabiamente, considerá-las como pistas, como momentos e lugares para mirarmos, como alimentos para digerirmos e ressignificarmos com os nossos fazeres, com os nossos coletivos reais, nos nossos mundos concretos (Merhy, 2007, p. 6).

Ao fazer as correlações visuais dos desenhos/gráficos, as mudanças foram muito nítidas, as conexões e a multiplicidade aumentaram. As expressões, para além das palavras, foram reveladoras de construções rizomáticas. Outrossim, os participantes puderam vivenciar a complexidade e a potencialidade de criarem novas ações, de perceberem que no trabalho em equipe há a presença de diversas direções e sentidos de conexões que constroem as linhas de produção do cuidado do cuidador.

Evoluímos na questão do papel do técnico de referência, que anteriormente, na época da pesquisa, nós fazíamos essa referência sozinhos, cada profissional se responsabilizava por determinado caso individualmente. E hoje essa referência é feita pela miniequipe, cada miniequipe se responsabiliza por determinados casos. Criamos essa nova possibilidade e isso está ajudando muito no serviço, porque é o lugar que discutimos os casos e temos a possibilidade de falar da gente. Discutimos questões do usuário como também as nossas questões pessoais envolvidas nos atendimentos, os sentimentos mobilizados que temos, isso tem ajudado muito. Então não fazemos mais essa discussão aberta dos casos na reunião geral, focalizamos fazer isso na miniequipe (Profissionais).

Depois que começamos a fazer o matriciamento, além de dividirmos isso por miniequipes, começamos também a dividir por microrregiões, identificamos que se cada miniequipe se responsabilizasse por uma microrregião do nosso território ficaria melhor. Então as miniequipes vão matriciar na região dos usuários que são de responsabilidade da miniequipe. Foram todos mecanismos que fomos construindo, inventando, descobrindo, e que ficou melhor e facilitou para todos nós (Profissionais).

Assim sendo, nesses espaços relacionais manifestam-se o trabalho vivo em ato e as construções rizomáticas. Para Franco (2006), o trabalho vivo possui uma capacidade rizomática no processo de abrir linhas de fuga e de operar em um sistema produtivo, capaz de criar novos territórios de significação do cuidado. Logo, as equipes que operam em sistemas rizomas possuem alta potência para a constituição da produção do cuidado de si e do outro. Após a pesquisa de 2005, houve um reconhecimento por parte dos participantes no sentido de que o cuidado de si também provoca o cuidado com o outro.

Entendemos também que a equipe consegue hoje fazer uma leitura interpessoal do outro, temos respeitado mais o outro, percebemos melhor a mudança de humor, essa questão do adoecimento e mal-estar, temos respeitado esse momento no outro. Não estamos cobrando e tendo tantas exigências, esse é um movimento diferente que a equipe está fazendo de um tempo pra cá, principalmente nós que participamos da pesquisa em 2005, que tivemos como olhar para nós, de percebemos essa mudança em nossa postura, de nós respeitarmos o outro e o limite do outro. Isso é um sinal de amadurecimento da equipe (Profissionais).

Outra coisa que mudamos em nossa estratégia foi a forma de lidar com o colega de trabalho que percebemos que está adoecido ou fragilizado. Hoje nós chamamos essa pessoa para conversar conosco individualmente. E antes, nessas situações, as pessoas ficavam muito expostas na equipe, porque falávamos dessas questões também no coletivo. Os problemas eram levados para equipe e a gente não sabia o que ia rolar, a gente tinha explosões homéricas, da pessoa levantar no meio da roda e sapatear e chorar mesmo, de levantarem a voz para um colega de trabalho, de sair durante a reunião. Então nós tínhamos coisas muito sérias, muito graves e a gente não conseguia segurar a dinâmica da equipe nesses momentos (Gestor CAPS).

É importante ressaltar que algumas propostas levantadas sobre os espaços de produção do cuidado do cuidador estão condicionadas à participação dos gestores implicados nesses serviços; afinal o eixo de operacionalização dessas equipes fazem parte dos direcionamentos dos gestores. Alguns impasses colocados pelos participantes evidenciaram essas questões, a citar: supervisão não continuada, sistematização da

reunião de equipe, carência de recursos materiais e físicos, ausência de educação permanente, entre outras.

Assim, a tarefa de criar estratégias que contemplem a produção do cuidado do cuidador necessita de uma multiplicidade mais ampla que a equipe, requerendo a implicação de todos os gestores interligados aos serviços (CAPS, DSM, Ministério da Saúde). Esses profissionais possuem um papel fundamental na dinamização das equipes, no formato de gestões que garantam uma participação colegiada e na responsabilização pela integração interna da equipe.

Para além das redes normativas, dos processos burocráticos, os gestores devem atentar aos espaços intercessores, à dinâmica micropolítica e às relações que permeiam a equipe (Merhy, 2002). É um trabalho complexo que, mesmo contando com os recursos pessoais dos trabalhadores, precisa de invenção de ações que motivem expressões de subjetividade e potencialidade das equipes.

O investimento que foi feito em capacitação e supervisão e todos aspectos que oferecem um *up* para o trabalho em equipe foi muito precário, pensamos que cada equipe contou com recurso pessoal de seus trabalhadores, e com isso elas foram desenvolvendo de forma bem diferenciada. Então para um bom trabalho em equipe depende da formação pessoal de cada um, porque tem pessoas que investem pessoalmente no trabalho, mesmo sendo no serviço público. Tem gente que pensa que entrou no serviço público e que não precisa de investimento nenhum, é como se houvesse uma acomodação. Então as pessoas acabam sendo contaminadas por esse imaginário coletivo da sociedade que no serviço público podemos descansar, que não é preciso inventar (Gestor DSM).

Temos levado as nossas insatisfações para a gestão e a gestão acata. Claro que a gestão toma as decisões internas, mas a equipe cobra a resposta de mudanças também. Isso tudo é feito de modo muito mais tranquilo, não sentimos que alguém tem o poder de decisão, na verdade conversamos e conseguimos transitar bem no que decidimos. Então houve amadurecimento de todos nós, inclusive da gestão no sentido de se colocar como parceira, sem centralizar tanto as decisões e as pessoas. E nesse sentindo nós sentíamos mesmo falta da gestão olhar o todo, há um tempo atrás a gestão tinha muita essa coisa de direcionar somente em algumas pessoas que se colocavam mais e questionávamos porque não olhar o todo, já que a equipe tinha várias pessoas (Profissionais).

Em contrapartida temos a gestão que cresceu muito também, quando a equipe está muito reservada e sem questionar, a gestão também cobra nossas colaborações, questiona o que está acontecendo, e também acontece o contrário, da equipe cobrar da gestão. Dessa maneira temos caminhado de uma forma mais tranquila e segura (Profissionais).

E se nós da gestão estamos tomando decisões em colegiado, a equipe também precisa fazer esse movimento no sentido de se responsabilizar. É uma construção que não é fácil, fomos aprendendo isso com a experiência, com leituras, com nosso cotidiano. E tem questões que são difíceis e que remetem muito à gestão mesmo, por exemplo, a questão da frequência, nós somos responsáveis pela presença ou não dos profissionais que estão aqui, nós respondemos por isso. Mas fomos tentando diversas formas das pessoas se responsabilizarem por isso, e hoje conseguimos encontrar uma proposta que envolve toda equipe, não fica somente a gestão centralizada para dar conta desse assunto, envolve toda uma responsabilidade de justificativa também com a equipe. O que é difícil é que a todo o momento temos que ficar lembrando as pessoas do que foi acordado em conjunto, construir essa gestão colegiada é muito difícil. Nesse bom tempo de gestão (8 anos) eu tenho aprendido muito. Tenho aprendido a deixar as pessoas cometerem erros, claro que erros graves não deixamos acontecer, para o aprendizado mesmo. Tenho tentando levar para equipe essa responsabilidade mais geral (Gestor CAPS).

Para tanto, as ações desenvolvidas por gestores precisam apoiar as equipes a operar no trabalho vivo em ato e nas construções rizomáticas. Fez-se, pois, necessário que tais ações contemplem os encontros intercessores, a expressão da fala e escuta entre si, a utilização dos recursos afetivos, criando-se fluxos de alta densidade relacional que acessem a dimensão do simbólico e do subjetivo.

Embora esses encontros sejam complexos e por vezes conflituosos, eles têm a força de produzir a presença dinâmica e criativa do trabalho em equipe. Nesta pesquisa, os participantes puderam vivenciar esses momentos de espaço intercessor e perceberam que os encontros relacionais são fundamentais, mesmo quando as pessoas não são militantes.

Percebemos alguns componentes que podem potencializar esse trabalho em equipe: a experiência em trabalho nos CAPS é muito importante, profissionais engajados é fundamental e os militantes podem ajudar a formar outros serviços e profissionais. Apesar de termos hoje muitos profissionais que trabalham na saúde mental e não conhecem a história do movimento social nessa área, mas na relação com a equipe e com gestores se apropria do trabalho e se engaja a conhecer, a fazer um bom trabalho. Por isso, os gestores do CAPS também são

um componente importante, porque eles incentivam e mobilizam a equipe a se comprometerem com o serviço, com as atividades, com a reunião geral da equipe. Porque tem CAPS que consegue manter essa conquista das relações, das reuniões com todos os profissionais técnicos, administrativos, de apoio, isso é fundamental. Mas tem CAPS com dificuldade de manter isso (Gestor DSM).

Outro ponto considerado relevante e que foi destacado pelos participantes diz respeito à possibilidade de as equipes atuarem como cuidadoras de si. Nessa direção, Merhy (2007) aponta que, além das supervisões clínico-institucionais, os trabalhadores deveriam instituir arranjos autogeridos como parte do cotidiano. Estes possibilitariam lidar com as tristezas e angústias, realizando o cuidado do cuidador. Tais arranjos, por sua vez, contemplariam o objetivo de deslocar e recolocar esses profissionais nos afazeres diários que lhes consomem vida.

Os gestores revelaram a criação desses arranjos, por parte de algumas equipes, como dispositivos que realmente auxiliam no suporte, na expressão da afetividade e na produção do cuidado do cuidador.

Além da supervisão e capacitação existe outra forma de suporte que é legal para os trabalhadores, que são os momentos de confraternização entre a equipe, e entre a equipe com os usuários. E tem equipes que sabe aproveitar isso muito bem e isso é também um grande diferencial. Porque são momentos que possibilitam a afetividade, isso é importante (Gestor DSM).

Outro dispositivo que tem contribuído muito para esse suporte são as miniequipes, os profissionais ficaram mais próximos, tem a possibilidade de discutir os casos e de falarem aspectos pessoais entre eles. Acaba que eles vão conseguindo sanar uma série de problemas entre eles mesmo, sobre os casos atendidos, sobre os relacionamentos entre a equipe (Gestor CAPS).

Estamos sempre pensando em ações, todo final do mês comemoramos os aniversariantes do mês, fazemos o café da manhã comunitário, para convivemos mais uns com outros. Nesses momentos não falamos de trabalho, falamos do nosso cotidiano e coisas mais leves. Presenteamos os aniversariantes do mês com contribuições de quem desejar fazer, e isso também faz o momento ficar mais descontraído. Então criamos esses pequenos dispositivos que melhoram a convivência, os relacionamentos e aliviam o cotidiano de trabalho (Gestor CAPS).

Campos (2005) também analisa que a própria equipe pode funcionar como cuidadora de si. Em sua pesquisa sobre o trabalho em equipe nos serviços de saúde, avaliou que uma equipe em sintonia com o projeto do trabalho, com atitudes que permeiam o suporte entre todos da equipe e tendo como rotina a prática reflexiva, consegue ser cuidadora de si.

Outros autores e pesquisas (Grigolo, 2010; Saraceno, 2001; Saraceno et al., 2010) contribuem nesse direcionamento e esclarecem que isso é possível se houver atitudes acolhedoras, um estilo de trabalho que permita o consumo da afetividade, o estabelecimento de vínculos interpessoais mais próximos e uma disponibilidade de trocas de saberes que rompam com o tecnicismo e organizem relações mais coesas e integradas.

A rede de afeto nas relações aumentou bastante. As pessoas da equipe estão muito mais preocupadas com o colega de trabalho, olhando o outro, respeitando o outro. Antes esse outro era visto com olhar de negligência e de desinteresse. Hoje nos importamos e preocupamos mais com o outro, respeitamos mais o momento de cada um, percebemos quem está sobrecarregado, temos hoje o movimento de chegar e ajudar ou de dar um tempo que a pessoa precisa. Vemos que antes o trabalho era mais individual e tínhamos determinados casos que o olhar da equipe para a pessoa era de competição mesmo: quero ver se fulano vai dar conta desse caso agora. E ficávamos esperando para ver o fracasso da pessoa, ver se ela ia dar conta mesmo e aí dando certo ou não a gente ficava para assistir. E atualmente não, vemos que quando aparece um caso existe uma cumplicidade da equipe para dar conta daquilo, o caso não é da pessoa, é nosso! Então os afetos e a cumplicidade de estarmos juntos, de disponibilizarmos uns aos outros, ajudou muito para esse momento que hoje vivenciamos. As pessoas se tornaram mais cúmplices diante dos casos (Profissionais).

Porque antes era um trabalho individual e mesmo quando chegávamos na equipe para compartilhar o caso, o individual permanecia. E quando a gente tinha que se expor para a equipe a gente se sentia muito desprotegidos, esperávamos as pessoas apontar os erros e tinha algumas pessoas específicas que estavam ali imaginando assim: eu sabia que ele não ia dar conta! Nesse momento era o caso de cada um e a competência de cada um sendo analisados. Parecia que esse era um momento de sermos julgados e não para dividir, compartilhar e aprender. Isso contribuiu para a equipe se fechar, as pessoas não abriam a boca com medo de serem julgados como incompetentes, era muito pesado. Hoje isso mudou muito, temos agora uma afetividade implícita que acompanha toda equipe (Profissionais).

Nessa perspectiva, as relações afetivas e de cumplicidade suscitam manifestações da produção do cuidado do cuidador, sendo que as equipes que possuem relações cuidadoras entre si engendram ações potentes no ato do cuidado, permitindo que os relacionamentos sejam mantidos e renovados.

Esse modo de produção do cuidado do cuidador inclui também a mediação da afetividade que acompanha a tecnologia das relações, vez que no trabalho em equipe existe a possibilidade de um ou mais trabalhadores ofertar apoio a outros profissionais que, em determinados momentos, careçam de ajuda. Essas experiências são suscitadas por questões subjetivas, individuais e coletivas, por isso em uma mesma equipe haverá profissionais que se mobilizam mais em alguns casos do que outros, liberando um suporte cíclico.

Os participantes avaliaram que a ausência do apoio, da afetividade e da cumplicidade em detrimento de relacionamentos pautados na individualidade, na competição e no julgamento provoca o enclausuramento dos profissionais por sentirem receio de expor o trabalho que tem sido realizado ou, mesmo, suscita embates permanentes que desgastam o cotidiano e as relações.

Dessa maneira, a produção do cuidado do cuidador no trabalho em equipe é permeada por subjetividades carregadas de significados que operam em fluxos de intensidades afetivas, que se afetam mutuamente e estabelecem dinâmicas potentes no ato de cuidar de si e do outro. Essas considerações colaboram com algumas pistas do fazer coletivo acessando campos de reflexões e ressignificações das práticas e ações relativas ao trabalho em equipe e à produção do cuidado do cuidador. Saraceno (2001) salienta a necessidade de dar visibilidade aos recursos humanos e relacionais, pois esses recursos, apesar de serem considerados importantes e existentes em qualquer serviço, ainda permanecem inativos em algumas equipes.

3.4 Dispositivos de produção do cuidado do cuidador

Os pontos tratados nesta questão são os seguintes: existência de espaços e participação dos trabalhadores para o cuidado de si, contribuições da gestão para o cuidado do cuidador, experiências de momentos de reflexão da prática de trabalho, aceitação ou resistência dos gestores e profissionais à temática do cuidado do cuidador e existência de dispositivos de suporte ao trabalhador - supervisão, educação permanente, capacitação, entre outros. A Tabela 6 revela os núcleos argumentais dos dispositivos de produção do cuidado do cuidador.

Tabela 6

Núcleos argumentais dos dispositivos de produção do cuidado do cuidador

Núcleos argumentais Dispositivos de produção do cuidado do cuidador		
Gestor da DSM	Gestores dos CAPS	Profissionais dos CAPS
Outra dificuldade é quando as equipes de saúde mental ficam muito tempo sem o recurso da capacitação.	Não temos supervisão aqui. Já tivemos, mas faz muito tempo que não temos. As pessoas sentem a necessidade da supervisão, mas isso não tem sido algo pertinente que a equipe solicita, não porque não precisamos, mas sim pelo fato que é difícil de conseguir termos esse dispositivo.	Eu sempre estive em formações que são muito vivenciais e eu aprendi que a gente consegue ir no caminho de estar melhor com o outro na medida em que estou bem com minhas emoções.
Essa relação das entidades formadoras com a rede de saúde mental precisa ser bastante melhorada, existe um começo, mas precisamos ampliar e qualificar para dar visibilidade desse campo.	Capacitação. A Secretaria fez algumas coisas esse ano, mas não tenho lembrança. Tem algumas que valem a pena, outras não.	Esse suporte da capacitação mais direcionada e organizada juntamente com o dispositivo de supervisão clínico-institucional nós não temos.
Falta esses momentos de supervisão, de capacitação, mas tem que ser capacitação e supervisão politizada, comprometida, que traz reflexões da prática.	Os dispositivos que melhor atendem o aspecto do cuidado do cuidador são as reuniões de equipe e as reuniões de miniequipes, que são ambas semanais.	Nós não nos mobilizamos para ter essa supervisão, não vemos isso aqui como prioridade. Ao contrário, achamos que muitas pessoas aqui têm é medo da supervisão.

Núcleos argumentais
Dispositivos de produção do cuidado do cuidador

Gestor da DSM	Gestores dos CAPS	Profissionais dos CAPS
<p>Existe sim uma preocupação entre nós profissionais em refletir sobre a nossa prática, mas ainda é algo muito elementar.</p> <p>O período administrativo ele se impõe pela própria exigência do funcionamento da unidade, mas a discussão de caso e o cuidado com a equipe depende de motivação tanto da equipe quanto da gestão.</p> <p>Os trabalhadores não se envolvem muito com a temática do cuidado com o cuidador, não há um movimento deles em relação a isso. Geralmente as propostas com relação a essa temática precisa vir de alguém de fora, porque não há discussões de como fazer isso entre a equipe.</p> <p>A supervisão com uma capacitação mais continuada, com o desejo da equipe e com uma gestão que possibilita motivar as equipes a crescer e a desenvolver projetos, isso tudo é fundamental.</p>	<p>É comum termos a avaliação crítica de nosso trabalho, da estrutura que temos, do papel da gestão, como são encaminhados os casos.</p> <p>Falta em nossa equipe esse momento de reflexão, tem o momento da gente sentar e discutir o que precisa ser feito em cada caso em atendimento.</p> <p>Hoje em nosso CAPS como suporte ao profissional não temos nada de específico. Temos alguns cursos esporadicamente, que são as capacitações, mas são ações insuficientes ainda.</p> <p>Outra ferramenta é fazer a capacitação. Nesse momento estamos tentando trazer uma pessoa de fora pra fazer essa capacitação, e isso é importante porque é uma pessoa que não está envolvida com nossas questões e isso ajuda.</p> <p>E quando o profissional sente que não dá conta mais do serviço nós liberamos ele imediatamente, sem esperar substituição.</p> <p>Tentamos fazer essa capacitação entre nós da equipe, com relação ao modelo psicossocial e também sobre a psicopatologia.</p> <p>Os profissionais não são muitos envolvidos com a temática do cuidado do cuidador, até porque geralmente as sugestões para fazermos atividades ligadas a essa temática não vem deles.</p> <p>Delegar e compartilhar as responsabilidades é uma forma de cuidado também. E implicar o outro significa fazer ele refletir também.</p>	<p>Quando tivemos supervisão, na única vez que tivemos, muitas coisas da equipe apareceram, coisas que a gente nem sabia que tinha. E apareceram e foram resolvidas, melhorando mesmo a equipe, porque depois disso as relações da equipe se transformaram.</p> <p>Nesses cinco meses de funcionamento da casa (UAT) tem funcionários que já estão ficando adoecidos por conta do trabalho, que estão se sentindo muito despreparados para a função. Temos que pensar em alguma mudança para esse serviço, senão não haverá como ele funcionar de fato. Não temos quem nos dê suporte.</p> <p>Infelizmente atualmente não vemos dispositivos de suporte e cuidado aos profissionais aqui no CAPS.</p> <p>Construímos esse dispositivo da miniequipe há uns três anos em nosso CAPS. Atualmente a miniequipe é um dispositivo importante de suporte a nós profissionais.</p> <p>A temática do cuidado do cuidador não é algo sempre discutido entre nós.</p> <p>Outro ponto importante de suporte que vivenciamos aqui foi a disponibilidade de um médico da nossa equipe em fazer uma capacitação de psicopatologia com todos da equipe.</p>

Os núcleos argumentais sobre os dispositivos que contemplam a produção do cuidado do cuidador nos espaços dos CAPS revelaram que os participantes reconhecem a capacitação e a supervisão clínico-institucional como mecanismos principais que oferecem suporte e possibilitam mudanças no cotidiano de trabalho. No entanto, os serviços ainda não possuem a garantia de continuidade desses dispositivos; dos três CAPS que participaram desta pesquisa, dois estão sem supervisão clínico-institucional desde o ano de 2004, o outro obteve uma supervisão institucional em álcool e outras drogas ano passado durante um determinado período e, no presente momento, também estão sem essa supervisão.

Nesse aspecto, os impasses relacionados a esses dispositivos se referem à ausência de permanência da supervisão clínico-institucional, à dificuldade de obter o recurso e, conseqüentemente, à forma de remuneração ao supervisor; atualmente tais dispositivos são realizados via Edital de seleção disponibilizado pela Coordenação de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde. A capacitação é também um dispositivo que não tem frequência e, mesmo quando é realizada, foi avaliada pelos participantes como um momento que precisa ser melhor planejado, organizado, com objetivos claros aos assuntos relacionados à rotina dos serviços; ou seja, o modo de configuração atual das capacitações desperta falta de interesse nos profissionais.

A Educação Permanente (EP) não foi algo mencionado pelos participantes, na verdade, parece haver uma confusão de entendimento entre capacitação e educação permanente. Quando foi perguntado pelas experiências em EP, as respostas eram com a nomeação de capacitação ou capacitação continuada. Durante os relatos sobre essas experiências foi notado que realmente se tratava de capacitação. No momento atual a Gestão da DSM/SMS informou que o desafio ligado a esse aspecto está na articulação de projetos com a Escola de Saúde Pública da Secretaria Estadual de Saúde (SES).

Nesse contexto, como estratégia da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas para Formação e Educação Permanente, o Ministério da Saúde tem dedicado esforços no sentido de oferecer subsídios financeiros para implantar e acompanhar as Escolas de Supervisores Clínico-Institucionais e as Escolas de Redução de Danos (ERD), as quais têm como proposta fomentar a qualificação dos profissionais para atuarem na RAPS, formar novos profissionais e compartilhar experiências (Brasil, Ministério da Saúde, 2012).

No relatório da Gestão da DSM/SMS (2012), existe a informação que no ano passado (2012) o Ministério da Saúde enviou o incentivo financeiro para o Estado de Goiás/SES para implantação de três projetos: o segundo Consultório na Rua, a Escola de Redução de Danos e o desenvolvimento de ações em álcool e outras drogas. Até o presente momento esses projetos estão em fase de implantação. Outro projeto que, segundo foi informado, está em fase de implantação pela SES é a Escola de Supervisores Clínico-Institucionais.

No ano de 2012, em Goiânia, os profissionais tiveram a realização de oito encontros/módulos que geraram o Seminário de Redução de Danos como Estratégia de Cuidado ao usuário de drogas: caminhos e perspectivas, por meio do Programa de Educação pelo Trabalho - PET Saúde Mental, desenvolvido pela Universidade Federal de Goiás (UFG) e SMS. Este evento também fez parte da estratégia da Formação e Educação Permanente da Coordenação de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde que lançou o Edital de seleção do Programa de Educação pelo Trabalho (PET) voltado especificamente para saúde mental, álcool e outras drogas, no qual o Município de Goiânia foi contemplado.

Esse evento foi avaliado como um importante momento de discussões para os profissionais, assim como outros projetos do PET/Saúde Mental que incluem temas

relacionados ao cotidiano dos CAPS. No entanto, alguns participantes revelaram a ausência de interesse dos trabalhadores em participar desses eventos pelo motivo de terem participado em capacitações anteriores que foram desestimulantes; alegaram terem sido tratadas temáticas fragmentadas no tocante à rotina dos serviços e direcionadas a diagnósticos clínicos, por exemplo, depressão, síndrome do pânico, esquizofrenia, entre outros. Esse delineamento de capacitação sem vincular com a realidade dos serviços está em oposição à proposta de integrar a formação e o serviço pautada pela Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

Assim sendo, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde foi instituída pelo Ministério da Saúde através da Portaria GM/MS nº 1996/07, como política pública para formação e desenvolvimento de trabalhadores para o setor da saúde, com o objetivo de transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho. A proposta da EP contempla a utilização de métodos que devem abordar as dificuldades do dia a dia dos serviços, pautando-se na aprendizagem que acontece no cotidiano dos trabalhadores e usuários nas instituições.

A educação e o trabalho devem caminhar juntos: um produz o outro, com efeitos fundamentais tanto para a construção do aprimoramento do trabalhador quanto para a expressão de seu lugar como sujeito ético-político produtor de cuidado, que impacta o modo de viver material e subjetivo do outro (usuário, individual e/ou coletivo) (Merhy, 2005).

Com relação à supervisão clínico-institucional, é consenso nas publicações relacionadas ao avanço da Política de Saúde Mental no SUS, como no Relatório da IV Conferência Nacional de Saúde Mental no ano de 2010, o relato da importância da garantia desse dispositivo para a qualificação e apoio às equipes que atuam na RAPS. A

supervisão clínico-institucional foi incorporada ao Programa de Qualificação dos CAPS e Gestão dos CAPS pela Portaria GM/MS nº1174/05.

Nessa direção, a Coordenação de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde vem apoiando e estimulando que esse dispositivo esteja presente nos CAPS a partir de seleções de projetos por meio dos Editais de supervisão clínico-institucional (Brasil, Ministério da Saúde, 2012). Embora alguns Estados estejam conseguindo a garantia dos supervisores na rede de saúde mental, muitos Municípios estão em carência desse suporte, tanto pela falta de profissionais capacitados e disponíveis para este trabalho quanto, principalmente, pelo formato de remuneração desses supervisores.

A Coordenação de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde tem se engajado no sentido de rediscutir essa configuração de acesso às supervisões clínico-institucionais, bem como estimulando os Estados a implantarem a Escola de Supervisores como um espaço de formação de novos supervisores, de articulação das ações de supervisão e de promoção de formação permanente para todos os supervisores clínico-institucionais (Brasil, Ministério da Saúde, 2012).

Os entrevistados consideraram que a ausência de supervisão por um longo tempo tem promovido desmotivações sobre a reflexão do trabalho, ficando em poucos profissionais ou gestor o empenho em possibilitar esses momentos de discussão das relações interpessoais entre a própria equipe. Além disso, parece existir um movimento de acomodação que leva a equipe a ficar resistente sobre a necessidade da supervisão, no sentido de “que está bom da forma que está, então pra que vamos inventar algo que é tão difícil de conseguir? Já que a supervisão também gera expectativas de avaliação de nosso trabalho” (Profissionais).

Nessa perspectiva, a imagem da supervisão provoca nos profissionais o imaginário da avaliação conectada ao negativo, de pessoas que vão apontar os erros de um trabalho que aparentemente está bom e os trabalhadores se dedicam para realizá-lo. O retrato dessa paisagem parece ainda vinculado às práticas hegemônicas do saber/poder, estruturadas e capturadas nas lógicas instrumentais do cuidado da era cristã, isto é, quem sabe mais orienta o fazer de forma adequada e inquestionável.

Essa é uma questão instigante e, nesse mesmo direcionamento, os participantes relataram que, de qualquer modo, esse dispositivo é importante, embora os supervisores precisam atender alguns requisitos no desenvolvimento de seu trabalho, como: ser externo à equipe, fazer reflexão sobre a prática, demonstrar compromisso com caráter ético-político, ter acolhimento com a equipe e conhecimento a respeito do trabalho dos CAPS. Ou seja, tais atributos estão relacionados nos documentos das ações programáticas estratégicas elaborados pelo Ministério da Saúde, mas parecem não estar conexos à paisagem real que perpassa o cotidiano dos CAPS, dando outro sentido às experiências de produção do cuidado do cuidador.

Assim, tanto as supervisões quanto as capacitações precisam atingir o *status* de regularidade nos serviços para alcançar movimentos que possibilitem a construção das diferenças, até mesmo no modo de significar e questionar esses dispositivos. Então, é necessário inovar e reestabelecer o interesse dos profissionais para esses espaços que também carecem de novas configurações no processo de planejamento e organização, considerando-se os aspectos que produzam potência de invenção, de criação por meio da realidade experimentada nos encontros intercessores dos serviços.

A capacitação precisa ser avaliada do ponto de vista do retorno dessa capacitação no serviço, porque a formação política do trabalhador, no sentido de compreender o coletivo, o público, o SUS, a Reforma Psiquiátrica, a Assistência Social, é fundamental. E quando pensamos em todos esses aspectos, essa formação que é oferecida aos profissionais é muito frágil. Essa situação se deve a vários aspectos, as pessoas que entram às vezes não têm interesse nessas

formações, isso pode ser em função da formação que teve na graduação, que é muito distante do político, do coletivo, do público. Acho que é um desafio pra academia que mantém essa postura ainda um tanto distante da prática e do dia-a-dia, das políticas públicas, do desafio que o SUS tem (Gestor DSM).

A capacitação continuada depende muito do interesse das pessoas, por exemplo, eu e mais duas pessoas estamos vinculadas ao PET e já colocamos para equipe que temos seis vagas para a participação em uma capacitação sobre Clínica Ampliada e Acolhimento agora no próximo mês e ninguém da equipe ainda se interessou em passar o nome. As pessoas da equipe reclamam que às vezes as coisas ficam muito concentradas em certas pessoas, mas também não há interesse por parte delas. Precisa muito desse interesse da equipe, que quando não tem fica difícil de construir novas ações. Por exemplo, estamos observando que a Unidade de Acolhimento de outro CAPS não vai sair, muito por essa falta de interesse da equipe (Profissional).

Algumas vezes temos que fazer cursos mesmo pra explicar como surgiu o Movimento da Reforma Psiquiátrica, quais são as diretrizes, porque tem gente que fica pensando e questiona: de onde surgiu isso? Vocês estão inventando o quê? Porque não conhece nada da história da saúde mental. Então temos que fazer esse movimento de informar como surgiram os CAPS e qual é o papel dos CAPS (Gestor CAPS).

Não temos tido suporte para fazer toda essa complexidade que o trabalho exige. Além disso, quando convocam a gente pra fazer uma capacitação, para alguma mudança que vai ser feita, não conseguem fazer isso de forma didática, é algo tão desestruturado que a gente mal consegue ficar no lugar para esperar acabar, e de tão desorganizado que é, quase ninguém entende o que é preciso fazer. Então esses momentos precisam ser melhores preparados, para conseguir atingir mesmo os profissionais. Os encontros também são muito pouco, parece que sempre fica faltando algo. E com esse pouco eles querem que a gente assuma uma situação como se a gente já estivesse preparado para enfrentar as mudanças. Sabemos que não existe uma fórmula certa para cada situação, porque trabalhamos com pessoas e o que fazemos pode gerar outra situação totalmente diferente da esperada (Profissionais).

Esses dados expõem a fragilidade do aprendizado puramente técnico pautado exclusivamente nos conhecimentos fragmentados que visam às informações e soluções precisas. Heckert (2008) pontua a necessidade de dimensionar os riscos do prosseguimento da dissociação entre as técnicas e os princípios que as fundamentam. A autora avalia que a “dimensão técnica envolve conhecimentos científicos, mas inclui também as experiências do sujeito, os valores sociais, os códigos morais, os princípios

ético-políticos, a imprevisibilidade e a variabilidade do vivo” (p. 217). De modo similar, destaco a fala do Gestor do CAPS, como se segue:

Tem pessoas que não dão conta de apropriar do saber que adquirimos aqui, nesse trabalho temos uma construção do saber, estamos aqui no cotidiano construindo um saber. E tem pessoas que não conseguem compartilhar e falar disso com outras pessoas. E uma das coisas que mais ajuda e capacita é essa troca de experiência. A gente pode pegar um exemplo de uma experiência emblemática que isso auxilia na capacitação de um monte de gente, isso traz à tona as vivências das pessoas e há um melhor aprendizado (Gestor CAPS).

Sob esse modo de ver, é pertinente distinguir que, em eventos da área da saúde mental, sempre existe a oportunidade de ouvir dos trabalhadores de CAPS experiências surpreendentes vivenciadas por eles no cotidiano com os usuários, familiares e comunidade. Tais relatos evidenciam as apostas e investimentos que os profissionais fazem em novas possibilidades de encontros, escutas, falas e vínculos. Muito mais do que casos bem sucedidos, a apresentação desses acontecimentos demonstra um engajamento ético-político que permitiu diferentes vivências. Assim, por meio de ações como essa é possível vivenciar experiências emblemáticas, o que pode desestabilizar conhecidas representações: usuários crônicos, família resistente, casos sem soluções, entre outros.

No sentido de compreender a importância desses momentos que articulam os processos de subjetivação e conhecimento nos territórios da formação e do trabalho, foi proposto no ano de 2005, em um dos encontros dos grupos operativos de reflexão, a vivência denominada “Linha da vida profissional: refletindo sobre as relações de cuidado”, como forma de identificar os sentimentos e significados das relações de cuidado experimentadas durante a formação e nos espaços do trabalho.

Essa vivência “linha da vida profissional” foi considerada pelos participantes um momento muito especial, que permitiu a direção do olhar para si mesmo e para os colegas de trabalho, provocando trocas, reflexões, vínculo e cuidado. As fichas de

avaliações entregues no final desse encontro demonstraram que, além de possibilitar a fala e a escuta sobre a importância dos locais de formação, essa atividade foi produtora de um cuidado do cuidador. A seguir, elenco alguns comentários apresentados pelos participantes da pesquisa nas fichas de avaliações dos encontros, com dois tópicos “o encontro foi...” e “estou me sentindo...”:

1. O encontro foi... – *“saudoso, bom lembrar como tudo começou, as dificuldades que ficaram para trás e perceber como estou hoje”*; *“ótimo, de muito conteúdo, não tinha pensado ainda como o espaço da formação é importante”*; *“muito tranquilo e proveitoso”*; *“necessário e muito oportuno”*; *“de muita reavaliação e descoberta da minha formação e do meu trabalho”*; *“interessante, reflexivo e cuidadoso”*; *“organizador de ideias práticas quanto ao cuidado comigo enquanto profissional de saúde mental”*.

2. Estou me sentindo... – *“pensativa e satisfeita em saber do crescimento profissional dos meus colegas”*; *“muito bem e mais próxima aos colegas por ter mais conhecimento sobre eles”*; *“como quem dá uma satisfação interessante para o grupo e conhecedor mais próximo dos meus colegas”*; *“leve como uma criança tranquila e mais segura por ter revisto minha história”*; *“bem, tranquila e realizada”*; *“incentivado a reflexões e mudanças”*.

Ao terem compartilhado as próprias histórias, os profissionais puderam rever as trajetórias percorridas durante a formação até o momento do trabalho, refletiram sobre a situação presente e dividiram com o colega essa elaboração; isso possibilitou o encontro da fala e escuta, do conhecimento e apoio, de reflexões e mudanças. Este foi um espaço que incluiu a criação e a multiplicidade dos acontecimentos por meio do respeito mútuo e da compreensão dos planos de cuidado.

A realização dessa vivência permitiu a percepção da relevância da formação nos locais de trabalho, permitindo a conexão entre os processos de subjetivação e conhecimento. A maioria dos participantes destacou que, durante a formação, tanto na graduação quanto nas capacitações oferecidas no trabalho, existe um distanciamento entre o ensino e a prática, o que ocasionou a sensação da falta de preparo, descrenças, inseguranças e decepções.

Nos relatos atuais, essas experiências continuam a persistir no campo do trabalho, perdendo-se a oportunidade de estabelecer novos lugares de encontros que apostem no compartilhamento de ações, que conquistem as reflexões dos valores éticos, participativos, responsáveis e sensíveis aos assuntos inerentes à produção do cuidado do cuidador em saúde mental.

Todavia, a busca e o interesse pela construção desses espaços têm demonstrado uma potência de ação diminuída, igualmente em profissionais e gestores, que direcionam poucos encontros relacionados à produção de um cuidado do cuidador, e quando acontecem confirmam a existência de uma perpetuação de resistências e cristalizações que afetam a toda equipe. Esta é uma paisagem de difícil transformação, impregnada por forte estabilização entrelaçada ao plano subjetivo do saber-fazer.

Estas questões que permanecem invisíveis, silenciosas e, quando apareceram nos relatos dos participantes, indicaram o receio da manifestação das fragilidades, do não saber, do reconhecimento do significado do trabalho, pois estão no território que produz movimentos de reflexão, de cuidado de si e do outro, do surgimento da ausência de controle. Então, quando questionados sobre espaços de produção do cuidado do cuidador, alguns profissionais responsabilizam a gestão e vice-versa; assim conseguem permanecer no território conhecido, evitam as desterritorializações (Deleuze & Guattari, 1997; Guattari & Rolnik, 2010; Rolnik, 2011), os eventos poéticos (Pakman, 2010) e as

novas experimentações provocadas nos encontros intercessores e na expressão do trabalho vivo em ato (Merhy, 2002).

Desse modo, os participantes reafirmaram que até o momento presente existem entre as equipes dificuldades em inventar estratégias que propiciem espaços de um cuidado de si e que esta não é uma prática comum nos serviços. A equipe que conseguiu avançar em um fluxo do cuidado de si no reconhecimento do cuidado do outro se propôs a produzir diferença na repetição e, para tanto, precisou do envolvimento da equipe e dos gestores, sendo este, um cuidado que circulou todos os espaços intercessores da equipe.

Talvez não pensar sobre esse suporte seja por ser uma característica minha, sou muito pragmática e uma coisa que sempre me incomodou na saúde mental é esse excesso de reflexão. Mais do que reflexão a gente precisa agir, porque as vezes fica muito no campo das ideias e na hora que precisa operacionalizar há uma dissociação. Talvez se não temos mais ações nesse campo seja por mim mesmo, de não parar pra pensar nisso e ir ver outras questões que geram mais ações (Gestor CAPS).

Os gestores também abordam essa temática às vezes com muita frequência, não sei porque paramos de falar dela, afinal sempre questionamos e refletimos que é preciso fazer alguma coisa. Porque tem sempre muita reclamação de adoecimento, os gestores falam: ‘estamos sem pessoal, tem muita gente doente, afastada, tem gente que se a gente não cuidar vai adoecer’. E tem mesmo serviços que são mais adoecidos (Gestor DSM).

Esse tema não é muito claro para nós, não falamos de como vamos fazer para nos cuidarmos, vamos simplesmente vivendo o cotidiano do CAPS. Às vezes surge algumas propostas, por exemplo, a gestão uma vez propôs que nós profissionais em cada reunião geral se responsabilizasse por fazer uma dinâmica com a equipe toda. Mas essa proposta não funcionou, não foi pra frente, não entendemos muito o porquê que não deu certo. E surgiram outras propostas também, até o médico que nos ofereceu a capacitação, que é do psicodrama, nos apresentou a proposta de fazer sociodrama na equipe, mas isso também nunca aconteceu (Profissionais).

Percebemos que essas propostas são difíceis mesmo de acontecer, interessante porque as pessoas gostam muito do resultado desses momentos, mas também possuem muita resistência de deixar esses momentos acontecerem. Então até tentamos fazer esses momentos, já tivemos sim, mas tem muita crítica e resistência. E no final as verbalizações são sempre que foi tão bom, que podia fazer mais vezes, mas até quebrar o gelo e chegar nessa motivação é muito

difícil. O resultado é bom, mas pra começar e fazer não é fácil. Pode ser que as pessoas tenham medo de se mostrar nesses momentos, afinal mobiliza questões que nem sempre sabemos que temos, mobiliza sentimentos que nos deixam frágeis. Porque até então o trabalho parece bom, mas vai que eu descubro que está ruim? Ou falam que está ruim por minha causa? (Profissionais)

Esse movimento de cuidado de si é mais individual, eles avisam que vai ter determinado curso, se interessam e vão fazer, mas não trazem nenhum retorno para equipe. Quer dizer utiliza do horário de trabalho, mas depois não faz um repasse do que viram no curso que fizeram, do que podemos utilizar em nosso serviço. Então essas questões de suporte, de melhorar o serviço, são cobradas da gestão, como se fosse uma responsabilidade somente da gestão cuidar do cuidador e das relações, e não da equipe. Por isso que agora quando solicitam algo nós pedimos que compartilhem com a equipe, com a mini equipe, pra ver se desfocaliza esse peso em cima da gestão, porque já vivemos isso por muito tempo e tivemos que lidar com muitos impasses (Gestor CAPS).

De tal forma, a temática do cuidado do cuidador suscita o envolvimento com as questões coletivas e as responsabilizações requisitadas no modelo psicossocial. Durante as entrevistas, no segundo momento da leitura das narrativas, alguns participantes conseguiram identificar o cuidar de si como sendo do espaço do coletivo, do sujeito da ação, provocando um exercício de atenção de si para uma implicação com as ações que transformam nós e o outro. Foi uma ocasião interessante: a imagem era a de uma construção antes não pensada; os ruídos eram de espanto e ao mesmo tempo de novas leituras do momento social que vivemos, bem como das ofertas do cuidado de si que não conseguem ser sistematizadas.

Às vezes nos surpreendemos que chegam pessoas adoecidas vindo de outro local da saúde e quando começam a atuar na saúde mental ficam legal. Parece que circular um pouco na rede é bom, porque na saúde mental os serviços são muito intensos, afetivos e quem vem de fora encontra esse acolhimento e se sente bem. Existe a atenção, mas também existe muita tensão por conta que se lida com a crise o tempo todo, a crise do outro que logo esbarra na minha crise. Então essa temática do cuidado com o cuidador é pensada sim, mas ainda não conseguimos sistematizá-la em pauta entre nós (Gestor DSM).

Mas ainda precisamos achar esse tempo, porque o trabalhador não pode ficar fora dessas discussões sobre o entendimento do trabalho que remete a nós, temos que refletir sobre isso, porque isso também faz parte do cuidado de si. O capitalismo entra nisso de ter o resultado sem ter que refletir sobre o que se faz. Porque se formos refletir podemos nos angustiar demais e às vezes é difícil nós

entrarmos em contato com tanta angústia. Por isso o cuidar do cuidador é dessa ordem da reflexão, do entendimento do meu papel, da ordem da articulação, de juntar e escutar o outro, ou seja, é de uma ordem que vai contra a ordem capitalista. Não parte da ordem do indivíduo, parte mais da ordem do coletivo e isso é muito angustiante e talvez por isso dá uma vontade danada de sair correndo (Gestor DSM).

A preocupação de refletir sobre a prática do trabalho despontou em algumas equipes de modo mais frequente; já para outra equipe, a disposição para essa postura se revela quando diz respeito aos atendimentos dos usuários e à discussão dos casos. Nesse sentido, o supervisor traz novamente a imagem da figura que autoriza o saber, o dizer e o que fazer, e a equipe continua consolidando visões e atitudes padronizadas. Esse envolvimento em produzir encontros, conversas, compartilhar o cotidiano, textos, conceitos, expõe o trabalho à modificação e, conseqüentemente, o modo de trabalho dos profissionais, o que causa entraves a algumas equipes.

Não temos esse momento de refletir sobre a prática profissional, sobre os sentimentos que essa prática provoca na equipe, na vida pessoal. Esse papel de fazer isso é muito do supervisor e a gente tentar essa conversa entre equipe parece que algumas pessoas se intimidam em falar disso. Algo que é comum conversarmos é sobre o sentimento de impotência, que é muito natural em nossa demanda, onde a adesão é baixa. Falar das angústias sobre determinado atendimento ou caso é uma coisa que não acontece aqui, nem muito menos das relações interpessoais (Gestor CAPS).

É importante também que nós profissionais identifiquemos as nossas necessidades de nos cuidar, de identificar estratégias que não nos deixe sucumbir pelas dificuldades do serviço, ter mesmo essa prática reflexiva do trabalho, porque trabalhar na saúde mental é pesado, precisamos ver outras coisas além disso aqui. Então é preciso fazer isso sempre e ter esse amadurecimento de reflexão, porque se não percebermos essas necessidades acabamos adoecendo no serviço e nos perdemos dentro do serviço. É claro que essas mudanças são possíveis se houver um engajamento pessoal e da equipe, porque se individualmente a gente quiser modificar e o ambiente não percebe e não acolhe isso, não há efeito nenhum (Profissionais).

Outras equipes aproveitam esses espaços intercessores que se materializam nas relações e são capazes de revelar as vozes e escutas das demandas e significações subjetivas envolvidas no interior do processo de trabalho. No que tange às práticas

profissionais do campo da saúde, o instrumento de trabalho será sempre o ser humano e por isso os encontros serão continuamente mediados pelos relacionamentos estabelecidos nesses lugares (Franco e Merhy, 2011; Merhy, 2009).

No entanto, algo importante sinalizado pelos participantes é a necessidade de atentar para as diferenciações que existem no trabalho em equipe tendo em vista a caracterização de atendimentos relacionados ao tipo de CAPS. Até mesmo os participantes de outros CAPS (CAPS II) verbalizaram que consideram o cotidiano dos CAPSad e CAPS III permeados por atendimentos mais complexos, acreditam que esse fator ocasiona na equipe sentimentos mais intensos de impotências, decepção, frustração, pois os profissionais entram em contato com as crises e recaídas de modo mais rotineiro.

Nós lidamos com um sofrimento psíquico que é intenso, não é um sofrimento qualquer, e isso traz angústia aos profissionais. A angústia é um processo natural de ver o outro naquela situação de sofrimento intenso, é humano. E quando a equipe consegue falar sobre isso, mesmo com uma pessoa e outra, nitidamente a gente percebe que melhora e que alivia. Em nosso cotidiano mortes acontecem e é claro que a gente sofre. Se temos algum adolescente, com atendimento diário, esse adolescente começa a fazer parte da nossa vida e nós fazemos parte da vida dele. E se algo de ruim acontece com esse adolescente, isso é angustiante, o que gera muito esse sentimento de impotência que a equipe sabe que existe, mas não consegue expor (Gestor CAPS).

A equipe hoje está um pouco adoecida em função dos acontecimentos passados, precisamos muito de uma supervisão, porque às vezes sentimos que nosso olhar está muito doente, nossos casos são tão complexos e quando vem uma pessoa de fora e consegue ver sem tanto envolvimento possibilita a gente ter uma chance de discutir isso melhor (Gestor CAPS).

Este é, sem dúvida, um cotidiano que exige mais desejo e disponibilidade, assim como encontros intercessores produtores de suporte, de trocas e de uma prática coletiva que possibilite a integração interna da equipe (Saraceno, 2001). O movimento de adoecimento, de resistências em mudanças e nas relações interpessoais é sinalizador de

alerta, por isso o estilo de trabalho deve envolver afetividade e organização flexível que ofereça visibilidade aos novos recursos e a análise do que se faz em conjunto.

Nesse desvelamento, na busca por pistas que ofereçam a produção do cuidado do cuidador, os participantes sinalizaram alguns dos dispositivos que oferecem suporte aos trabalhadores, considerando que são mecanismos já existentes, mas sem regularidade nos serviços, a saber: supervisão clínico-institucional, reunião de equipe semanalmente, grupo de estudos, organização flexível dos serviços e melhor definição das funções dos profissionais e gestão.

Atualmente alguns dos dispositivos que nos dariam um melhor suporte e cuidado seriam os seguintes: 1) supervisão; 2) melhor definição dos papéis entre profissionais e gestores com as responsabilizações no serviço; e 3) mudança na organização do serviço, porque essa mudança vai dar um movimento novo na dinâmica do serviço e precisamos disso de vez em quando para nos sentirmos revigoradas (Profissionais).

O grupo de estudos nós fazemos em alguns momentos, selecionamos textos, vemos a nossa necessidade do que estudar. Mas não tem nada sistematizado, a gente vai fazendo de acordo com a demanda que sentimos necessidade. Não é tão difícil sistematizar esse grupo de estudos, acho que é mais por acomodação da equipe mesmo, porque isso depende mais da equipe (Profissionais).

O grupo de reflexão nós não temos sistematizado, essas reflexões tentamos fazer durante a reunião de equipe, levamos as coisas que a gente observa durante a semana para conversarmos e refletirmos durante um momento da equipe (Gestor CAPS).

Então hoje a gente conta com esse suporte que é esporádico mesmo, às vezes discutimos melhor um caso na reunião de equipe, às vezes chamamos alguém de fora para nos ajudar a direcionar em nossas ações, é isso que temos. Algumas vezes fazemos grupos de estudos, vemos alguns textos, isso qualifica o nosso trabalho, mas é algo que acontece às vezes, não usamos isso com frequência porque a demanda do serviço atropela essas ações, tem tanta coisa pra resolver emergencial que esse espaço de estudo fica de lado (Gestor CAPS).

Assim sendo, as inovações apareceram nos dispositivos autogeridos pelos profissionais, avaliados como produtores de um cuidado do cuidador: a organização do trabalho de referência que era feito por um profissional referente e modificaram para

miniequipes de referência; e a capacitação sobre o modo de trabalho nos CAPS feita entre as próprias pessoas da equipe para profissionais novatos que estavam começando a atuar no CAPS.

Esses dispositivos permitiram maior integração interna do trabalho em equipe, contribuindo para compartilhar e guiar as ações no cotidiano dos CAPS. Encontramos nessas criações e transformações uma das características da produção do cuidado do cuidador que envolve os processos de comunicação dos serviços, colocando em análise o fazer conjunto dos profissionais em ação no campo do cuidar e, assim, estabelecem diretrizes da prática coletiva do fazer de cada equipe.

Esse fato ratifica o caráter de o trabalho em saúde ser marcado pelo trabalho vivo em ato, descrito por Merhy (2002), realizado no momento da atividade, quando está sendo executado e por isso o profissional possui liberdade para direcionar a relação que estabelece no contato com os outros, destacando-se o modo produtivo e inovador do campo da saúde, um local vivo e de manifestação dos desejos.

Temos as reuniões de miniequipes que reúne semanalmente e passamos a manhã inteira discutindo casos. E em outro momento a equipe toda se reúne pra discutir o serviço. É meio que óbvio isso de refletir sobre o serviço, não tem muito como não refletir. Fazemos essa reflexão em nossa prática, pode não ser 100%, mas sempre tentamos, sempre que fazemos uma visita avaliamos e refletimos o que foi legal, o que não foi, o que pode ser diferente (Gestor CAPS).

Essa possibilidade de cumplicidade veio muito a partir das miniequipes. Na miniequipe essa atitude de compartilhar tanto os casos como as situações cotidianas favoreceu demais essa disponibilidade para o outro que temos hoje, contribuiu para nossa cumplicidade. Todo mundo sente que está fortalecido porque agora estamos de igual para igual, podemos falar dos casos sem nos sentirmos pressionados. Hoje fazemos juntos, resolvemos juntos, podemos contar uns com outros, isso tem sido fundamental (Profissionais).

Essa capacitação com o médico da nossa equipe foi muito importante para nós, foi visível como nosso trabalho qualificou depois da capacitação. A gente estava em um nível e depois da capacitação estamos em outro nível melhor, conseguimos falar com mais segurança, tivemos mais abertura para compreensão e o compartilhar, isso se deu muito em função dessa capacitação.

Essa proposta veio da gestão depois de chegar muita gente nova na equipe, e houve a percepção que essas pessoas estavam com poucas informações a respeito do trabalho do CAPS, e pareciam inseguros nessa nova atuação. Essa proposta veio da gestão e da equipe, não ficamos esperando essa capacitação vir da Secretaria, fizemos isso entre nós, com um médico da equipe e deu muito certo. Como não temos tido supervisão, esses dispositivos que criamos têm sido muito importantes (Profissionais).

A expressão do agir em ato também se manifesta na autonomia que os profissionais possuem nas relações intercessoras com os usuários, apresentada pelos participantes como fonte de satisfações no trabalho. Essas possibilidades de autonomia nos encontros ocorrem porque o processo de trabalho em saúde opera sempre de forma relacional, agenciando forças potentes que instituem os espaços de inventividade, criação e liberdade (Merhy, 1997, 2002). O conceito do trabalho vivo em ato revela, pois, a importância de os trabalhadores terem no cotidiano a liberdade de inventar atividades e de pensarem em novas ações.

Entretanto, é preciso cuidado e atenção para que esse agir em ato não seja tomado por excessos de responsabilizações que somente reproduzem ações e extraem dos trabalhadores a essência das atuações profissionais, as quais foram escolhidas e possuem significados para a vida de cada trabalhador. É uma linha tênue, vez que a prática interdisciplinar tem como característica a diversificação na articulação do campo do saber e do fazer, na qual diversos papéis profissionais se interconectam, o que pode provocar em alguns profissionais a sensação de que não exercem os atributos da profissão pela qual optaram.

Hoje, se eu estivesse condições, eu tiraria uma licença por motivo particular, tanto por questões pessoais que estou passando no momento quanto por alguns desgastes do serviço, pela vontade de exercer somente os atributos da minha profissão, esse envolvimento com muita burocracia me desgasta. O que me segura hoje é eu ter essa autonomia de pelo menos, em pequenos momentos, poder fazer o meu trabalho nos grupos, ou seja, é eu ter autonomia de desenvolver o que eu faço na minha área profissional nos grupos que sou responsável, isso também é um suporte (Profissionais).

Outro componente relevante na produção do cuidado do cuidador é a forma como é direcionada a gestão dos serviços; tanto os profissionais quanto os gestores avaliaram que os dispositivos de produção do cuidado do cuidador advêm também da consideração que os gestores possuem com a organização desses momentos, bem como a forma como conduzem e incentivam as tecnologias das relações nos CAPS.

Para tanto, os participantes ponderaram que as pessoas que exercem a função da gestão devem ser instrumentalizadas para o trabalho em equipe no conhecimento do modelo psicossocial e das diretrizes que guiam a Política Pública de Saúde Mental, havendo relatos de pessoas que assumiram essas gestões sem o mínimo de conhecimento básico sobre o modo de funcionamento dos CAPS.

Por meio das experiências com diferentes tipos de gestões e com a vivência no papel de gestor, os participantes consideraram alguns posicionamentos dos gestores que auxiliam no suporte e na produção do cuidado do cuidador: acolhimento com as dificuldades da equipe e com as questões individuais de cada profissional, sensibilidade e percepção para diferenciar os assuntos coletivos e individuais, manejo da dinâmica da equipe, estímulo ao crescimento e desenvolvimento de projetos coletivos, parceria com as decisões compartilhadas, atribuição de responsabilidades à equipe como forma de implicação com o trabalho e reflexão sobre o que está sendo realizado.

Todas essas considerações invadem de alguma forma o campo da subjetividade, de tal forma que o gestor atravessa e é atravessado por processos de subjetivação constantes; ele não faz apenas gestão administrativa de recursos, mas também de pessoas que incluem os trabalhadores, usuários, familiares, comunidade. Logo, é preciso compreender que cada ação da gestão refere-se a um ato ético-político que reflete o saber-poder sobre as pessoas que circulam nos serviços (Frigato & Carvalho, 2009).

Nessa perspectiva, toda aposta que visa interferir no campo micropolítico dos serviços tem de reconhecer a necessidade do envolvimento com a gestão de maneira participativa e colegiada. O modo como os gestores se apropriam e organizam o trabalho revela o sentido do cuidado que podem oferecer, afetando as vivências do trabalho em equipe no cotidiano das relações. Logo, o lugar de encontro entre os profissionais e os gestores é um espaço que pode motivar, ou não, alta potência nos processos produtivos do cuidar e do relacionar.

Agora com relação à gestão é importante sim saber quais são as diretrizes do modelo psicossocial, conhecer a história da Reforma Psiquiátrica. Chegar na gestão sem ter esse conhecimento básico é complicado. Sabemos de CAPS que tem muitas complicações por conta mesmo da gestão, pela falta de comprometimento com o serviço, porque não possuem um fio condutor de ações. Então ter gestores capacitados é uma ação muito importante que a DSM precisa pensar (Gestor CAPS).

Hoje a gente tem esse cuidado, quando é algo pessoal que sentimos que a pessoa está fragilizada e mobilizada, fazemos uma conversa individual e pontuamos as percepções que temos desse momento. Mas também não deixamos de perguntar se a pessoa quer levar o assunto para a equipe, se a pessoa se sente preparada, porque a equipe também percebe que a pessoa não está bem e cobra da gente conversar com a pessoa. Já existiram casos da gente ter que dizer ao profissional que não dava mais pra ele continuar no serviço, porque estava doente mesmo e não percebia isso. E quando acontece esse processo de adoecimento ocorre muito estresse no serviço, porque os outros profissionais ficam mobilizados e com medo que eles possam adoecer também. Quando percebemos que o profissional não está bem, temos essa conversa de dizer pra pessoa que ela está fazendo muitas coisas, que o rendimento está caindo, para evitar o estresse porque senão pode adoecer, no sentido de fazer a pessoa perceber aspectos que não consegue ver (Gestor CAPS).

Até mesmo observamos uma falta de cuidado com o outro vindo de outras pessoas da equipe, fazemos discussões que alguns profissionais colocam lenha na fogueira ao invés de minimizar o conflito que surgiu. E nesse aspecto são os gestores que tem que se preparar para minimizar os conflitos que vão surgindo, mediar as discussões, observar a dinâmica da equipe. Sentimos falta dessas sugestões vindo dos profissionais, pois somos muito mais cobrados a resolver e não vemos tanto o movimento das pessoas no sentido de pensarem em soluções (Gestor CAPS).

Nosso ambiente de trabalho tem um bom envolvimento que permeia todos nós. Aqui nós temos uma característica de sempre as pessoas falarem o que pensam, o que estão chateadas, é algo bem aberto, as pessoas sempre falam o que

querem, mesmo se for algo que ofenda, para não ter que levar pra casa e gerar mau entendimento na equipe. O importante que a gente trabalhou muito isso na época da supervisão, essa dinâmica é um resquício dessa época, tivemos esses momentos de ter que dizer e entender que essa fala é importante. Mas também entendemos que isso depende em parte do perfil dos gestores, porque conhecemos equipes que se sentem vigiadas pelas pessoas que estão na gestão. Muito bom poder pensar nisso agora, porque até então não tínhamos pensado que essa dinâmica de relações abertas é uma conquista da nossa equipe após a supervisão (Profissionais).

Um movimento importante identificado por alguns participantes foi o reconhecimento do cuidado de si como condição para cuidar do outro. Esse reconhecimento foi feito tanto em relação ao coletivo quanto ao individual, revelando o aparecimento de outra característica da produção do cuidado do cuidador que se relaciona ao exercício do profissional em ocupar-se de si e de suas ações com o outro. Nessa prática que perpassa também o campo social do trabalho há o espaço de trocas recíprocas que incluem o eu e o outro, sendo esse outro representado pelo campo complexo: usuários, familiares, comunidade, profissionais, gestores.

Nas narrativas pude observar que os profissionais se responsabilizam por suas ações e pelas relações que fazem por meio de um exercício de reflexão acerca do que eles podem modificar daquilo que aceitam ou rejeitam. No entanto, ressaltaram que esse movimento do cuidar de si, por não ser compreendido por todos os profissionais, é entendido como sendo de pessoas racionais e egoístas, pelo fato de conseguirem interagir nos casos compreendendo o envolvimento necessário e possível.

Esses profissionais possuem uma compreensão diferenciada da significação do trabalho; revelaram mais apropriação e, ao mesmo tempo, afetividade nas relações, compreendendo que o espaço de trabalho é permeado por tensões, conflitos, e por isso existe a possibilidade de a equipe amadurecer e crescer nesses momentos. Mostraram mais inovações ao questionarem o cotidiano, tanto quanto produziram ruídos ao redor de outros trabalhadores que alegavam ser o trabalho mais fácil para essas pessoas.

Nessa paisagem poucas conexões de compreensão por parte de outros trabalhadores foram realizadas.

Os profissionais que afirmaram ser a atitude do cuidar de si uma condição para cuidar do outro, revelaram buscar esse aprimoramento em diversos espaços que incluem o trabalho e outras instituições que ultrapassam os serviços. Nos CAPS, esses profissionais participam e consideram importante os momentos de encontros na equipe, principalmente os que possibilitam a discussão de casos, conversas sobre as relações interpessoais e a supervisão clínico-institucional. Exterior aos CAPS, esses profissionais procuram participar de seminários e encontros que permitem o autoconhecimento, envolvimento com atividades prazerosas ligadas à cultura, ao esporte, ao lazer, entre outras.

Logo, a produção do cuidado do cuidador está na esfera do reconhecimento que o cuidar de si é possível pela presença do outro, ou seja: por meio do cuidado de si é acionada a capacidade de agir em ato sobre as ações que realizamos no encontro com o outro. A *epiméleia heautoû* implica certa forma de atenção ao que se pensa e ao que se passa no pensamento, isto é, uma maneira de olhar do exterior para nós mesmos, designando ações pelas quais nos assumimos e nos modificamos (Foucault, 2004a).

Se a gente cuida bem das nossas emoções não ficamos atropelando as emoções do outro para poder proteger as nossas emoções. A gente precisa cuidar da gente para não ter esse desespero de se atirar em situações que nos mobilizam e geram sentimentos de tantas responsabilizações. Sempre tento observar o que é meu sentimento e qual é o do usuário e dessa forma vejo o que eu tenho e posso oferecer na relação com o usuário, tenho claro que consigo fazer por que cuido de mim no sentido de refletir sobre a minha relação com o outro. Infelizmente, essa posição de não cansaço com o trabalho, de saber até onde e quando eu posso me envolver é vista como uma posição de racionalidade perante algumas pessoas da equipe ou até mesmo de não envolvimento e egoísmo (Profissional).

Na falta de uma supervisão, de um cuidador externo, a estratégia que todo mundo adotou como suporte é de tentar olhar um pouco mais para si e também se colocar no lugar do outro, isso tem acontecido porque agora a gente percebe mais a gente e o outro, cuida mais do outro na equipe também. E até percebemos que essa atitude atualmente é por termos passado por tantos

conflitos, eles ajudaram a gente caminhar e amadurecer para chegar nesse nível de perceber o outro, de ter mais empatia. Os conflitos e as dificuldades também contribuíram para chegarmos nesse avanço (Profissionais).

Nessa direção, (re)visitar o campo de pesquisa possibilitou a oportunidade de discutir com os participantes sobre as transformações no modo de observar e compreender a realidade das relações de cuidado, após terem participado dos grupos operativos de reflexão no ano de 2005. A realização desses encontros foi considerada como produtora de mudanças na postura e atitudes dos profissionais. Mesmo após alguns anos, os participantes conseguiram identificar as modificações que tiveram mais alcance no plano individual da ampliação da consciência sobre a temática, o que permitiu outras atitudes consigo e com o outro, repercutindo na dinâmica do trabalho em equipe.

Nos relatos, algumas características da produção do cuidado do cuidador também foram percebidas, sendo o cuidado de si compreendido como caráter prático (novo modo de atuar nas relações) e subjetivo (novo modo de significar o trabalho e as relações); além de tomar o outro como referência para reflexão, ocorreu a valorização dos encontros que tem como eixo o compartilhar das ações que abarcam as relações dos profissionais no campo social do trabalho.

Quando participamos da pesquisa em 2005, os encontros nos ajudaram a clarear as questões das dificuldades que nós tínhamos. Essas dificuldades esbarravam numa série de fatores: questão estrutural, falta de experiência, profissionais novos chegando. E nos preocupava muito essa questão de como esse profissional chegava, como era essa recepção, como era essa adaptação, de como essa pessoa iria enxergar o serviço de uma forma mais ampla e mais grupal. Então a pesquisa ajudou a clarear muitos pontos que faltavam pra que a gente começasse a tatear e buscar o que nos ajudaria (Profissionais).

Depois de termos participado da pesquisa o nosso movimento com a temática do cuidado do cuidador foi muito mais individual, não compartilhamos muito com a equipe maior o que refletimos e vivenciamos nos encontros da pesquisa. O que aconteceu foi que nós que estávamos envolvidos com a pesquisa ficamos mais mobilizados no sentido de pensar sobre o cuidado de si e o cuidado do outro, tivemos uma mudança e melhora do comportamento individualmente, foi

mais no plano pessoal mesmo. No entanto, esse movimento pessoal refletiu na equipe, nós também influenciámos nessa nova dinâmica do grupo, da equipe. Sentimos que foi um movimento natural nosso de mudança, sem ter que sistematizar. Tivemos outros olhares, no sentido de auxiliar o outro, cuidar de nós também, porque se estamos bem não incomodamos tanto o outro. Houve um crescimento individual de perceber várias coisas que não tínhamos muito claro ainda, então contribuiu no sentido de começarmos a ver o outro de maneira diferente, porque a tendência que tínhamos era jogar a responsabilidade para o outro, não sabíamos lidar muito com jeito diferente do fazer de cada um (Profissionais).

As perspectivas desenvolvidas nesses núcleos argumentativos realçam a necessidade da inserção da temática produção do cuidado do cuidador como uma ferramenta potente para ser instalada nos territórios do trabalho, formação, gestão; enfim, territórios que abarcam os atores sociais envolvidos com a saúde mental como protagonistas de um trabalho realizado no coletivo e nas redes de trocas que têm como eixo a complexa teia das relações interpessoais.

Ao agenciar esses movimentos criativos no trabalho, foi possível estimular a construção coletiva e a produção de novos modos de subjetivação pautados na reflexão, no diálogo e nas trocas. Essas transformações são possíveis à medida que se faz um reposicionamento subjetivo, no qual a reflexão e a prática se concretizam com base nos aspectos relacionais e em atitudes ético-políticas.

O compartilhar dessas experiências e reflexões giraram em torno de oferecer visibilidade às novas práticas e construções teóricas no campo das articulações da produção do cuidado do cuidador, no sentido de contribuir para ações que possam ser continuamente exercitadas, diversificadas e experimentadas e, assim, produtoras de outros movimentos que viabilizem conexões para além desses territórios.

A análise do cuidado de si que perpassou os encontros por meio das entrevistas considerou a maneira como os profissionais vivenciavam e davam sentido às suas experiências de cuidado do cuidador, isto é, o modo como se ocupavam de si mesmos.

Esses diálogos possibilitaram a articulação com o outro e permitiu o questionamento e a descoberta de posturas engendradas no cotidiano do trabalho, despertando outros posicionamentos ético-reflexivos.

A esse respeito, concordo com Merhy (2007), quando afirma que os trabalhadores conseguem dar novos sentidos ao viver se tiverem vida para ofertar. Para isso é preciso haver espaço de manifestação das equipes sobre a reflexão do trabalho e da prática cotidiana, criando possibilidades de apoio mútuo e de cuidado de si, “pra quem tem que construir suas caixas de ferramentas, muitas vezes em ato, pra quem, sendo cuidador, deve ser cuidado” (Merhy, 2007, p. 5). Logo, os espaços que contemplam essas novas atitudes e reflexões éticas com o cuidado do cuidador irão promover outros encontros que têm como alvo o usuário, o nosso bem maior nessa luta pela qualificação e aprimoramento dos serviços.

Interconectando o itinerário: conclusões inacabadas

O mais importante e bonito, do mundo, é isto:
que as pessoas não estão sempre iguais,
ainda não foram terminadas –
mas que elas vão sempre mudando.
Afinam ou desafinam.
(Guimarães Rosa - Grande Sertão: Veredas)

Com o desafio de delinear, nesta conclusão, a interface dos encontros de aproximação das diferentes dimensões interligadas à produção do cuidado do cuidador, considero importante ressaltar os agenciamentos que produzem as multiplicidades presentes neste estudo; tais multiplicidades, por sua vez, operam em conexões constantemente permeadas no cotidiano das práticas dos profissionais de saúde mental: teoria-prática, clínica-ética-política, saber-poder-fazer, individual-coletivo, conhecer-intervir, atenção-gestão.

Ao apresentar essas conexões, o intuito não é identificar consensos e verdades, mas sim mostrar a diversidade da realidade que esta investigação abarca. Não se trata de soma de relações; é, na verdade, uma tentativa de entendimento da lógica interna da produção do cuidado no trabalho em saúde mental, sendo essencialmente um exercício de compreensão.

Isto posto, elucidado que, ao longo desta investigação, várias pistas foram compondo a abrangência em que se localiza a produção do cuidado do cuidador. Essas pistas foram capturadas no sentido de configurar um coletivo organizador de dispositivos capazes de contribuir para a invenção dos espaços de trabalho nos CAPS, bem como para a construção da caixa de ferramentas que aciona a produção do cuidado do cuidador. Para Deleuze e Foucault (citado por Foucault, 1979), a caixa de ferramentas, assim como uma teoria, deve funcionar como um instrumento que possa

ser utilizado por diversas pessoas, sendo multiplicadas ou novamente inventadas, promovendo ações que não sejam totalizadoras.

Dessa maneira, a pesquisa realizada forneceu pistas para a composição da caixa de ferramentas proposta neste estudo e, como forma de produzir a imagem desse arranjo construído, elaborei uma figura representativa dos dispositivos que engendram as conexões da referida caixa (Figura 4).

Ressalto, antes, que essa caixa não significa uma receita sistematizada, pois não é a descoberta de uma “caixa totalizante”; é sim uma experimentação mapeada de uma realidade singular, por isso, sempre será móvel. A representação da figura a seguir tem o propósito de oferecer a visibilidade da complexidade que esta investigação se propôs desvelar, como também disponibilizar aos trabalhadores, gestores e CAPS a possibilidade de questionar a caixa de ferramentas de cuidado do cuidador, para assim seguirem potencializando o (re)pensar e o (re)inventar do campo de trabalho no cotidiano dos CAPS.



Figura 4: Caixa de Ferramentas da Produção do Cuidado do Cuidador

Tomando por base a trama proposta nessa imagem, seguirei incluindo outras ferramentas capturadas na discussão deste estudo, as quais, combinadas, acionam os engendramentos contemplados na Figura 2, assim como produzem novos questionamentos. Mais do que respostas e soluções, o empreendimento dessa compreensão foi multiplicar as possibilidades de rotas, as linhas de fuga, as ferramentas teóricas e práticas da produção do cuidado do cuidador.

Nesse sentido, ao explorar os dispositivos que operam nos estudos do suporte oferecido pela DSM/SMS-GO, dos gestores e trabalhadores dos CAPS, encontrei um entrelaçamento das dimensões macro e micropolíticas, os quais possuem instrumentos organizadores distintos que, ao se conectarem, efetuam o formato do modo de trabalho de cada CAPS, sendo esse um dos motivos do uso comum da expressão entre os profissionais: “cada CAPS é um CAPS”.

Há no campo macropolítico uma constituição mais normativa explicitada pelos documentos, portarias, diretrizes que conduzem o modo de funcionamento dos serviços de saúde. Esse campo revelador do que está instituído ganha contorno ao dialogar com o âmbito micropolítico, sendo este o lugar em que habitam os processos de subjetivação do trabalho, as compreensões do modelo psicossocial, as relações interprofissionais e interpessoais, as posturas ético-políticas, entre outros.

No entanto, observei que essas sistematizações normativas ainda não são claras para alguns trabalhadores e, portanto, não apropriadas; os participantes relataram as seguintes situações: ausência de norteamento de ações nos CAPS, ausência de planejamentos que guiam as estratégias e limitam o entendimento das funções de alguns dispositivos e assim os enfraquecem, como por exemplo, a capacitação, a supervisão clínico-institucional e a reunião de equipe. Nesse caso, existem lacunas que bloqueiam a

conexão de acesso entre os campos macro e micropolítico e os fazem funcionar de modo muito distante, como se fossem âmbitos que atuassem separadamente.

Essas lacunas representam a fragmentação das dimensões macro e micropolíticas que ainda são consideradas em planos diferenciados, reproduzindo um modo de trabalho segmentado no qual gestores de níveis centrais, como o Ministério da Saúde e a Divisão de Saúde Mental dos Estados e Municípios, se ocupam das questões macropolíticas e gestores dos CAPS e trabalhadores se envolvem com o âmbito micropolítico. Por certo, essa paisagem em dois planos requer a produção de linhas de fuga e novas conexões já que apresenta impasses nessa estrutura ofertada como imutável.

Nesse movimento de transformação da realidade, deparei-me mais fortemente com o campo micropolítico, cenário percorrido nesta investigação, lugar onde estão os trabalhadores, os gestores dos CAPS, os usuários, os familiares, ou seja, território que habita um coletivo que produz cotidianamente o modo de trabalho de cada serviço. Então nesse coletivo designado no âmbito micropolítico, as equipes são fabricadas, as sistematizações de cada CAPS são construídas, as regras explícitas e veladas são estabelecidas. Nesse cenário as paisagens são configuradas por meio dos encontros e das subjetividades que produzem singularidades nas ofertas de cuidado manifestadas na expressão do trabalho vivo em ato ou, ao contrário, nas cristalizações de ações vazias de interesse e escuta do outro.

A esse respeito, Franco e Merhy (2011) ressaltam que os trabalhadores de uma mesma equipe possuem também singularidades no modo de produzir o cuidado; ainda que estejam sob os mesmos pressupostos de ação no trabalho, as diretrizes normativas funcionam em um limite restrito quando se trata das relações com a equipe e com o usuário. As ações envolvidas no ato de cuidar têm influências diferenciadas constituídas

de diversos territórios existenciais, os quais podem ser percebidos na dinâmica micropolítica que envolve questões individuais e coletivas.

Dessa forma, neste estudo **os desafios e impasses da territorialização do modelo psicossocial** são direcionados à articulação das dimensões macro e micropolíticas, no intuito de que os atores sociais que ocupam determinados cenários (re)pensem as estratégias que proporcionam o encontro dessas duas dimensões, pois os espaços estabelecidos, como a capacitação, foram apontados pelos participantes como mal planejados, ineficazes e distantes da rotina dos serviços.

Considerando os avanços e aumento de investimentos e estratégias indicadas na última publicação da Área Técnica de Saúde Mental do Ministério da Saúde do Saúde Mental em Dados 11 (Brasil, 2012), foi possível verificar a consolidação de diversos projetos e promoção de mudanças das Políticas de Saúde Mental juntamente com os Estados e Municípios. Entretanto, alguns dispositivos importantes para qualificação do âmbito micropolítico ainda apresentam impasses, por exemplo, a supervisão clínico-institucional e a educação permanente; muitos Municípios, como no caso desta investigação (Goiânia, Go) está há anos sem obter a supervisão.

Nessa perspectiva, esse momento atual de expansão dos serviços e de consolidação da Política Pública de Saúde Mental necessita da implantação de CAPS III e CAPSad III, tanto quanto de investimentos e maiores cuidados no fortalecimento dos espaços micropolíticos dos CAPS, fazendo com que os dispositivos disponíveis tenham regularidades e melhores planejamentos.

A **dimensão ético-política** é também um dos componentes importantes na concretização do modelo psicossocial que igualmente passa pelo acesso dos campos macro e micropolítico. Profissionais e gestores consideraram que o engajamento e a disponibilidade para atuarem na saúde mental são essenciais para o fazer e o inovar nas

ações diárias, caracterizando atitudes que oferecem abertura ao acolhimento do coletivo e também das novas propostas.

Todos os participantes relataram que as relações interpessoais estabelecidas no trabalho em equipe é um fator que desencadeia maior ou menor potência na manifestação do envolvimento em projetos coletivos, nas responsabilizações e decisões compartilhadas e na avaliação crítica do trabalho. Assim, o espaço do micropolítico produz processos de subjetivação que repercutem no modo de agir dos trabalhadores. Nesse aspecto, a criação de métodos capazes de revelar o dinâmico e complexo modo operativo dos trabalhadores na ação cotidiana é eficaz para que o profissional se perceba como sujeito da ação na equipe e no trabalho (Franco & Merhy, 2007, 2011).

Os gestores e profissionais apontaram que as preocupações em refletir sobre as práticas do trabalho são localizadas em maior proporção na resolutividade dos serviços, no sentido de conseguirem responder à demanda dos atendimentos. Sendo assim, a avaliação e a reflexão crítica do trabalho nos CAPS está pouco relacionada aos questionamentos das relações de saber-poder, das verdade pré-estabelecidas, do modo de funcionamento do trabalho em equipe, as questões que perpassam o plano individual e coletivo, entre outros.

O **trabalho em equipe** foi considerado pelos participantes um dispositivo muito importante para a dinâmica cotidiana de cada CAPS, como também para a produção do cuidado do cuidador. Assim, uma equipe bem integrada, que se empenha em administrar os conflitos e tensões, que compartilha responsabilizações e com bom nível de comunicação entre profissionais e gestores, consegue oferecer suporte, apoio e afetividade entre si. Ao contrário, a equipe com alta rotatividade de profissionais, resistências para resolução de conflitos, dificuldades de comunicação e

responsabilização não compartilhada, não proporciona suporte e apoio entre si e eleva o índice de cansaço e desmotivações.

Nesse território do trabalho em equipe, as ações são responsabilidade de todos os profissionais envolvidos; elas incluem diversas estratégias realizadas tanto no espaço institucional quanto no espaço da comunidade local. Essas atuações originam demandas de outras redes sociais e aumentam a necessidade de comunicação e trocas entre as equipes; por isso é um trabalho que funciona no alicerce do compartilhamento, na disposição de apoio de outros atores e instituições, na capacidade de lidar com situações novas diariamente, no exercício das trocas interdisciplinares, ou seja, no desafio constante de fazer a diferença nas experiências das práticas substitutivas na saúde mental. Sem dúvida, é um cotidiano exigente marcado por processos complexos de cuidado.

É, pois, com esse entendimento, que este estudo propõe a produção do cuidado do cuidador, ou seja, uma *práxis* capaz de provocar reflexões e mudanças que evidenciaram ressonâncias nos participantes das pesquisas realizadas nesta investigação. Durante os encontros para as entrevistas e em registros das narrativas é possível notar relatos relacionados a transformações no olhar para si e para o outro, posturas sendo questionadas, verbalizações de acordos velados e reconhecimento dos fazeres antes não percebidos. Uma das equipes, nesse processo de novos olhares para si e para o outro e no exercício de si como sujeitos da ação, (re)inventou a dinâmica micropolítica da equipe, despertando em todos profissionais e gestores maior integração no trabalho.

Nessa direção o cuidado de si, conforme Foucault (1985, 2004a), contribui para a aposta na produção do cuidado do cuidador, sendo tomado como fio condutor de uma ética que agencia a prática reflexiva da atualidade para pensá-la de modo diferente de como se apresenta, analisando-se a relação entre a subjetividade e as relações de poder.

Logo, o cuidado de si proposto por Foucault não defende uma posição individualista, ao contrário, está relacionado ao contexto amplo das práticas sociais que questionam e discutem as imposições de determinadas formas de ser, fazer, saber, para assim poder inventar a si e aos outros.

Sendo assim, foi possível identificar que os dispositivos que proporcionam a produção do cuidado do cuidador e potencializam o desenvolvimento do trabalho em equipe se dividem em internos e externos. Os internos são autogeridos pela própria equipe e são possíveis de serem criados pelo nível de integração da equipe juntamente com o interesse dos profissionais e gestores. Os externos advêm da implicação dos gestores interligados aos serviços e aos profissionais (CAPS, DSM, Ministério da Saúde) para organizarem os procedimentos burocráticos que deem acesso aos recursos e à aquisição dos dispositivos; nesse caso os profissionais precisam também de se envolverem e ter interesses na obtenção desse subsídio.

Nesta pesquisa os dispositivos internos identificados pelos gestores e trabalhadores foram os seguintes: reunião de equipe semanalmente sistematizada com flexibilidade, organização da referência por miniequipe, capacitação com pessoas da equipe e momentos de confraternização. Esses arranjos possibilitaram o suporte, a expressão da afetividade, a melhora da convivência e dos relacionamentos, suscitando alívio do cotidiano com relações mais cúmplices e afetivas. A saber, os dispositivos externos foram assim citados: supervisão clínico-institucional e capacitação planejada com temáticas que envolvam as experiências dos serviços.

Vale ressaltar, que os gestores possuem um papel fundamental na dinamização das equipes, no formato de gestões que garantam uma participação colegiada e na responsabilização pela integração interna da equipe. Os gestores devem também atentar para os espaços intercessores, à dinâmica micropolítica, incluindo ações que considerem

as relações. Logo, a função de uma boa gestão é fundamental para operar o coletivo da equipe.

Foi importante observar que os modos de atuação do trabalho em equipe são diversos. Nesse funcionamento, existem equipes que operam no trabalho vivo em ato (Merhy, 2002) e atuam com construções rizomáticas (Deleuze & Guattari, 1995a), ofertando cuidado, acolhimento e vínculos mais próximos. As equipes que vivenciavam o trabalho e as relações com as características de um sistema rizomático apontaram mais relatos de experiências de cuidado do cuidador, com sentimento de suporte entre os profissionais e direcionamentos que produziam inovações.

Frente a essa verificação, os conceitos de Rizoma (Deleuze & Guattari, 1995a) e Trabalho vivo em ato (Merhy, 2002) contribuíram para observar que o trabalho em equipe nos CAPS vai para além das estruturas e modelos a serem seguidos e fazem acessar a força do campo relacional instituída no coletivo; ademais, são guias para os campos subjetivos da potência do fazer criativo, indicando a relevância das relações atuantes na dinâmica micropolítica.

É preciso, inclusive, enfatizar que, quando é colocada a ressalva para o campo das relações, do âmbito micropolítico dos CAPS, isto não ocorre no sentido de considerar que a concretização do modelo psicossocial e a responsabilidade pela construção de inovações nos cenários dos CAPS sejam possíveis somente pelo engajamento dos trabalhadores em fazer com que esse projeto tenha êxito. Na verdade, se assim fosse, não existiria motivação, desejo e disponibilidade suficientes para atingir a expansão da rede de saúde mental que se construiu em meio aos impasses que ainda permanecem e precisam ser ultrapassados.

Nessa concepção, é fundamental a regularidade dos dispositivos que agenciam a produção do cuidado do cuidador regulamentados em portarias e diretrizes direcionadas

aos serviços de saúde mental. O empreendimento dessa tarefa possibilita a promoção de cuidado e saúde aos trabalhadores, o fortalecimento das ações cotidianas dos serviços, assim como libera a produção da diferença na repetição e de novas formas de cuidado.

Os **dispositivos de produção do cuidado do cuidador** que não possuem regularidades ou que ainda são inexistentes indicados nesta pesquisa foram os seguintes: supervisão clínico-institucional, capacitação, educação permanente e escola de supervisores. Outros dispositivos que podem ser autogeridos pela equipe, mas também não possuem regularidade foram assim elencados: grupos de estudos e dinâmicas que envolvam as relações interpessoais e conversas sobre a organização dos serviços.

No estudo do suporte oferecido pela DSM/SMS-GO e dos gestores dos CAPS, os trabalhadores relataram que, além de esses dispositivos não serem arranjos regulares, quando acontecem, não possibilitam a percepção e a manifestação da produção subjetiva dos profissionais, sendo preciso também a apreensão das trajetórias individuais e de equipe, as vivências subjetivas do papel profissional e dos projetos coletivos.

Outro ponto importante, observado nos relatos acerca do emprego e ampliação da produção do cuidado do cuidador, revela que tanto os gestores quanto os profissionais consideraram que há um reduzido interesse por parte da equipe para os dispositivos que contemplem essa temática. Alguns participantes analisaram que são arranjos que expõem muito as relações, tanto individuais quanto coletivas, e suscitam angústias por lidarem com questões de difícil solução, o que causa resistências em muitas pessoas. Além disso, expuseram que a demanda dos serviços é muito alta e não permite que outras estratégias sejam pensadas e concretizadas.

Nesse âmbito, é necessário lembrar que as lógicas de pensamento que presidem a Reforma Psiquiátrica estão ainda muito estruturadas em lógicas racionalistas da

ciência moderna, do modelo biomédico, que são as mesmas instituídas no trabalho e no cuidado, ou seja, marcadas por um olhar retina sobre a realidade, deixando de reconhecer e operar com olhar vibrátil (Rolnik, 2011). Então, explicações sobre o cuidado devem ser buscadas nas lógicas racionalistas como uma dimensão do pensamento moderno, mas também nas linhas afetivas que atravessam as pessoas e, principalmente, estas em relação, que é a forma como se dá a produção do cuidado. Assim, o cuidado sem a dimensão afetiva será sempre parcial e precário (Franco, s.d.).

Então um questionamento ainda permanece: se o cuidado de si não é algo que os profissionais reconhecem como uma postura/ação importante no cotidiano, como os dispositivos relacionados a essa temática podem ser potencializados? É nesse eixo que se encontram os impasses; trata-se, pois, de mudanças de atitudes e posturas que equivalem ao processo de desterritorialização na forma de olhar para si e para o outro, no qual os profissionais precisam se ver como sujeitos da ação, como sujeitos que participam dessa relação do cuidado de si e do outro, problematizando o cotidiano, o trabalho, as ações coletivas.

O cuidado de si remete à relação que decorre da inseparabilidade entre produção de saúde (cuidar) e produção de subjetividade (si), convocando o protagonismo do cuidar que deriva de um reposicionamento subjetivo no social; por isso, o cuidar se passa igualmente entre as pessoas e as multiplicidades que constituem o outro. O cuidado se dá na relação entre um e outro, pressupondo mudanças nas relações entre quem cuida e aquele que é cuidado (Foucault, 1985, 2004).

Desse modo, a relação do cuidado do cuidador entre os profissionais carece de linhas de fuga, de novas conexões no campo da saúde mental; tais territórios precisam produzir mais afetos, dando passagem aos momentos de criação e produção. Foi nesse movimento de encontros que presenciei junto aos participantes a possibilidade de

(re)invenções ou cristalizações nos mesmos territórios antes percorridos durante o desenvolvimento desta pesquisa.

Nesse contexto, as entrevistas com o uso de materiais produzidos na primeira investigação foi muito valioso; tal recurso permitiu a interação e a aquisição espontânea de informações e representações subjetivas de forma mais aprofundada, com trocas de reflexões que possibilitaram o olhar para o outro e para si mesmo, o que permitiu aos participantes expressarem sentimentos e experiências.

O evento/reunião de apresentação da pesquisa aos CAPS foi também um momento especialmente importante, não só pelas reflexões e exposição da continuidade da proposta de estudo, mas sobretudo pela visibilidade, confirmação e necessidade dos avanços que aconteceram nos últimos anos. Esses encontros possibilitaram trocas com um coletivo maior de atores sociais, as equipes se mobilizaram para refletir sobre os saberes e atitudes das decisões engendradas no cotidiano de trabalho: contextualizamos o sistema socioeconômico instalado nos serviços de saúde mental e como os profissionais vinham lidando com as situações que exigiam o cuidado de si para o cuidar do outro.

Vale destacar que a participação dos profissionais nos grupos operativos de reflexão na primeira pesquisa contribuiu sobremaneira para as questões de cunho mais individual; estas tiveram repercussões no coletivo, no qual algumas pessoas passaram a apresentar postura mais ativa e abrangente nas relações que permeiam o cuidado de si e do outro. Esse fato parece demonstrar que a constituição de um grupo com tarefa pouco comum no cotidiano (reflexões sobre a prática) requer tempo, acompanhamento e investimento.

A devolutiva das narrativas das entrevistas aos participantes teve igualmente relevância no sentido de evidenciar aos profissionais quais eram as suas compreensões

e reflexões sobre as práticas que produziam, e como se atentavam a transformar lógicas de organização do trabalho, tanto no âmbito do cotidiano dos CAPS quanto no espaço da elaboração de políticas públicas. A leitura do que foi verbalizado e construído no coletivo produziu efeitos de constatações do cotidiano que ainda não eram percebidas claramente e também permitiu maiores trocas de subsídios teórico-práticos. Assim, esse retorno ao campo promoveu uma apropriação do saber tanto para os profissionais quanto para a pesquisadora, constituindo percepções mais complexas de situações que demandam novas posturas.

Thiollent (1996) esclarece que uma das funções da pesquisa-ação é fornecer a produção crítica do conhecimento e conduzir a ampliação da consciência no sentido de alterar o modo de observar e compreender a realidade, possibilitando transformações sociais. Nessa direção, foi possível verificar algumas dessas características, tais como: produção do conhecimento e reflexão sobre os limites e potencialidades no cotidiano de trabalho dos CAPS; envolvimento de diversos atores sociais: profissionais, equipes, gestores e pesquisadora; construção coletiva e colaborativa na sistematização das informações do campo de pesquisa; e relatos de mudanças individuais e em equipe identificadas após a participação na primeira pesquisa.

Nessa perspectiva, os resultados da pesquisa-ação têm objetivos práticos (participação coletiva para mudança social) e de conhecimento (tomada de consciência da complexidade da temática considerada), sendo variável a relação entre esses dois propósitos. Ou seja, realizar esses dois objetivos dependerá de cada proposta de trabalho, que tem um tempo determinado ou alguma outra limitação capaz de influenciar no escopo da investigação (Thiollent, 1996).

No caso deste estudo, os resultados tiveram como alcance maior a tomada de consciência dos envolvidos na pesquisa. A participação coletiva para a mudança social

foi considerada menor, ficando acessível aos arranjos da equipe e a implicação individual no coletivo. As ações que dependiam de gestões políticas se configuraram como limitadoras do tempo disponível em campo para articulação entre o conhecimento e a prática. Essa percepção de como as ações estavam conectadas ao fator gestão política só foi apreendida pelo acesso ao campo em diferentes momentos, nos quais foi possível observar distintos graus de interesse dos atores sociais no conhecimento e envolvimento com esta pesquisa.

No que tange à tomada de decisões a partir dos resultados da pesquisa compartilhada entre participantes e pesquisadora, houve restrições caracterizadas em função do tempo reduzido para a coleta de dados, escrita e defesa da Tese. Assim, ficou acordado entre pesquisadora, gestores e trabalhadores encontros subsequentes a finalização da Tese.

É interessante ressaltar que o âmbito das pesquisas ainda lança a ideia da criação de teorias que, aos olhos dos interessados, parecem estar afastadas das práticas cotidianas. Reverter essa imagem exige também mais disponibilidade de tempo em campo, maiores articulações com atores sociais, equipe de pesquisa estruturada etc. Neste estudo, tais ações, ficaram inviabilizadas, gerando sentimentos de impotência, bem como ampliação da complexidade dos desafios que nós pesquisadores enfrentamos ao inserir projetos de pesquisa participativas nos cenários sociais.

Assim, é preciso ir além das sistematizações dos métodos de pesquisa e começar a discutir nos grupos das universidades os fatores que contribuem para um maior alcance de consolidação dos resultados. A questão do que fazer com os resultados ainda é pouco explorada, uma vez que as decisões costumam atender mais a uma lógica política e econômica. De tal forma, o que realmente é possível oferecer é a ampliação da consciência e das reflexões acerca da temática abordada que, após os resultados, ficam

restritas à poucas discussões que acabam sendo mais realizadas nos cenários das universidades.

Nessa direção, é necessário avançar essas discussões para que, de fato, seja possível adentrar nas complexas e múltiplas realidades em que se inserem as investigações; isso exige também mais articulações entre grupos de pesquisa, comunidade, gestão política, entre outras. Desta feita, todo resultado e caminho percorrido podem enriquecer a leitura da circunstância e questionar os pressupostos das intenções de transformação (Laperrière & Zúñiga, 2007). Mais que uma crítica, na qual minha atuação também está inserida, a exposição desse fato é uma constatação de como estamos nos implicando enquanto pesquisadores agenciadores do conhecimento.

Necessitamos, ao expor nossas experiências, desvelar esses percalços que enfrentamos na escolha do método e discutir como operar as mudanças. É um exercício difícil de realizar, talvez por isso tão pouco o fazemos. Ao me comprometer nessa pausa para a reflexão do método que utilizei, por vezes experimentei um lugar incerto de incômodo e impotência. Mas, para além dessas incertezas, também exercitei a minha implicação ético-política com o campo teórico-prático em que acredito e desejo poder contribuir. Esse posicionamento trata-se de ter o entendimento de que a vida é pensada enquanto devires e produções, de responsabilidade de cada pessoa no coletivo no qual se vive. Essas linhas de pensamento oferecem a possibilidade de refletir acerca de mudanças e desafios para inventar uma nova realidade.

Para Nicácio (2003, citando Basaglia, 1982) a produção de inovações agencia avaliações e críticas para a transformação da realidade, questionando os esquemas validados a priori, sendo que a anulação das contradições conduz à cristalização dos atos e à ausência de oportunidade de diálogos que provocam novos fazeres e saberes.

Com base nessas experiências em campo, algumas inquietações ainda permaneceram no sentido da impossibilidade, pelos limites já citados, de contemplar outros atores sociais que fazem parte do cotidiano dos CAPS, tais como os usuários e familiares que utilizam os CAPS. Fica, pois, a sugestão de, sempre que possível, ampliar os engendramentos dos atores participantes das pesquisas.

Depois de feitas conexões diversas nesse itinerário e tendo que findá-las, neste momento considero pertinente reafirmar que a aposta na caixa de ferramentas deste estudo, a qual foi preenchida por um longo período, tem como propósito oferecer seguimento a outras (re)invenções que possibilitem o encontro com o território do cuidado e contribuam para a expansão de estratégias nos serviços de saúde mental e, assim se faça também o encontro com quem cuida.

Referências

- Amarante, P. (1996). *O homem e a serpente: Histórias sobre a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- Amarante, P. (2003). A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica. In P. Amarante (Ed.) *Arquivos de saúde mental e atenção psicossocial*. (pp. 45-66). Rio de Janeiro: Editora Nau.
- Ayres, J. R. C. M. (2010). Integralidade do cuidado, situações de aprendizagem e o desafio do reconhecimento mútuo. In R. Pinheiro & T. C. Lopes (Eds). *Ética, técnica e formação: as razões do cuidado como direito à saúde*. (pp. 123-136). Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO.
- Ayres, J. R. C. M. (2004). Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface: Comunicação, Saúde e Educação*. 8 (14), 73-92.
- Barbier, R. (2002). *A pesquisa-ação*. Brasília: Plano Editora.
- Barros, M. E. B., & Heckert, A. L. C. (2010). Sofrimento e adoecimento nos processos de trabalho e formação: entre paralisias e criações. In R. Pinheiro & T. C. Lopes (Eds). *Ética, técnica e formação: as razões do cuidado como direito à saúde*. (pp. 137-154). Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO.
- Bezerra Júnior, B. (1994). De médico, de louco e de todo mundo um pouco. In R. Guimarães & R. Tavares (Eds). *Saúde e Sociedade no Brasil: anos 80*. (pp. 171-191). Rio de Janeiro: Relume-Dumará.
- Bezerra Júnior, B. (s.d.). As diversas formas de ir e voltar. *Revista de In-Formação para Agentes de Leitura: Viagens*. 3 (9). Disponível em www.leiabrasil.org.br
- Boff, L. (2005). O cuidado essencial: princípio de um novo ethos. *Inclusão Social*, 1 (1), 28-35.
- Boff, L. (1999). *Saber cuidar: Ética do humano – compaixão pela terra*. Petrópolis, RJ: Vozes.

- Bosi, M. L. M., & Mercado, J. M. (2006). *Avaliação qualitativa em saúde*. Rio de Janeiro: Vozes.
- Brasil. Ministério da Saúde (2012). *Saúde Mental em Dados – 11*, VII, (11). Informativo eletrônico. Brasília: outubro de 2012. Disponível em www.saude.gov.br/bsv/saudemental
- Brasil. Ministério da Saúde (2009). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Diretrizes do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família)*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde (2004). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde mental no SUS: Os centros de atenção psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Campos, E. P. (2005). *Quem cuida do cuidador: Uma proposta para os profissionais de saúde*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Campos, G. W. S. (2009). Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: Revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In S. R. Carvalho, S. Ferigato, & M. E. Barros (Eds). *Conexões: saúde coletiva e políticas de subjetividade*. (pp. 243-275). São Paulo: Hucitec.
- Carvalho, L. B., Bosi, M. L. M., & Freire, J. C. (2008). Dimensão ética do cuidado em saúde mental na rede pública de serviços. *Revista Saúde Pública*; 42 (4), 700-706.
- Cerqueira, P. (1996). Ensino e assistência em saúde mental. Por uma assistência psiquiátrica em transformação. *Cadernos IPUB 3*. (pp. 59-66). Rio de Janeiro: UFRJ / IPUB.
- Chauí, M. (2011). *Desejo, paixão e ação na ética de Espinosa*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Costa, I. I. (Ed.). (2010). *Da psicose aos sofrimentos psíquicos graves: caminhos para uma abordagem completa*. Brasília: Kaco Editora.
- Costa, I. I. (Ed.). (2013). *Intervenção precoce e crise psíquica grave*. Curitiba: Juruá Editora.

- Costa-Rosa, A. (2000). O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In P. Amarante (Ed.). *Ensaio, subjetividade, saúde mental e sociedade*. (pp. 141-168). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Costa-Rosa, A, & Yasui, S. (2009). Algumas notas para pensar a psiquiatria psicossocial. In I. V. M. Rabelo, R. C. Tavares, & Y. R. A. Faria (Eds). *Olhares - Experiências de CAPS: Centros de Atenção Psicossocial*. (pp. 123-139). Goiânia: Kelps.
- Deleuze, G. (1992). *Conversações*. Rio de Janeiro: Ed. 34.
- Deleuze, G. (1996). O que é um dispositivo?. In *O Mistério de Ariana*. Lisboa: Ed. Vega.
- Deleuze, G. (2002). *Espinosa: filosofia prática*. São Paulo: Escuta.
- Deleuze, G., & Guattari, F. (1995a). *Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia*. Volume 1. Rio de Janeiro: Ed. 34. Coleção TRANS.
- Deleuze, G., & Guattari, F. (1995b). *Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia*. Volume 2. Rio de Janeiro: Ed. 34. Coleção TRANS.
- Deleuze, G., & Guattari, F. (1996). *Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia*. Volume 3. Rio de Janeiro: Ed. 34. Coleção TRANS.
- Deleuze, G., & Guattari, F. (1997a). *Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia*. Volume 4. São Paulo: Ed. 34. Coleção TRANS.
- Deleuze, G., & Guattari, F. (1997b). *Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia*. Volume 5. São Paulo: Ed. 34.
- Ferigato, S., & Carvalho, S. R. (2009). O poder da gestão e a gestão do poder. In S. R. Carvalho, S. Ferigato, & M. E. Barros (Eds). *Conexões: saúde coletiva e políticas de subjetividade*. (pp. 53-73). São Paulo: Hucitec.

- Ferrer, A. L. (2007). *Sufrimento psíquico dos trabalhadores inseridos nos Centros de Atenção Psicossocial: entre o prazer e a dor de lidar com a loucura*. Dissertação (Mestrado). Campinas: Departamento de Medicina Social, Universidade Estadual de Campinas.
- Figueiredo, A. C. (2005). Uma proposta da psicanálise para o trabalho em equipe na atenção psicossocial. *Mental*. III (5), 44-55.
- Fraga, A. P. V. (1997). *Repercussões subjetivas do atendimento a psicóticos em profissionais de saúde mental*. Dissertação de Mestrado pelo Instituto de Psicologia Clínica da Universidade de Brasília, UnB.
- Franco, T. B. (2006). As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In R. Pinheiro, & R. A. Matos (Eds). *Gestão em Redes*. LAPPIS-IMS/UERJ-ABRASCO, Rio de Janeiro. Disponível em [http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/redes na micropolitica do processo trabalho tulio franco.pdf](http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/redes_na_micropolitica_do_processo_trabalho_tulio_franco.pdf).
- Franco, T. B. (s.d.). *Gestão do trabalho em saúde mental*. Disponível em <http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/gestao-trabalho-saude-mental.pdf>
- Franco, T. B., & Galavote, H. S. (2010). Em busca da clínica dos afetos. In T. B. Franco, & V. C. Ramos (Eds). *Semiótica, afecção e cuidado em saúde*. (pp. 176-200). São Paulo: Hucitec.
- Franco, T. B., & Merhy, E. E. (2011). El reconicimiento de la producción subjetiva del cuidado. *Salud Colectiva*, Buenos Aires, 7 (1), 9-20.
- Franco, T. B., & Merhy, E. E. (2007). *Mapas analíticos: um olhar sobre a organização e seus processo de trabalho*. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro. Disponível em http://www.medicina.ufrj.br/micropolitica/textos/mapas_analiticos.pdf
- Foucault, M. (1978). *História da Loucura*. São Paulo: Perspectiva.
- Foucault, M. (1979). Sobre a história da sexualidade. In *Microfísica do Poder*. (pp. 243-276). Rio de Janeiro: Graal.

- Foucault, M. (1985). *História da sexualidade 3: o cuidado de si*. Rio de Janeiro: Graal.
- Foucault, M. (1977). *Vigiar e Punir*. Petrópolis: Vozes.
- Foucault, M. (2004a). *Hermenêutica do sujeito*. São Paulo: Martins Fontes.
- Foucault, M. (2004b). O uso dos prazeres e as técnicas de si. In M. B. Motta (Ed.). *Ética, sexualidade, política*. (pp. 192-217). Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Garcia, R. A., & Carvalho, S. R. (2009). Navegando no entre das instituições de ensino e serviços de saúde: um carta náutica dos (des)encontros. In: S. R. Carvalho, S. Ferigato, & M. E. Barros (Eds). *Conexões: saúde coletiva e políticas de subjetividade*. (pp. 220-239). São Paulo: Hucitec.
- Grigolo, T. M. (2010). “*O Caps me deu voz, me deu escuta*”: um estudo das dimensões da clínica nos Centros de Atenção Psicossocial na perspectiva de trabalhadores e usuários. Tese de Doutorado em Psicologia Clínica e Cultura da UnB. Brasília, DF.
- Guattari, F. (2010). Subjetividade e História. In F. Guattari, & S. Rolnik (Eds) *Micropolítica: cartografias do desejo*. (pp. 33-148). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Guattari, F. (1992). *Caosmose: um novo paradigma estético*. São Paulo: Ed. 34.
- Guattari, F., & Rolnik, S. (2010). *Micropolítica: cartografias do desejo*. Petrópolis, RJ: Vozes. 10. ed.
- Guizardi, F. L., & Cavalcanti, F. O. L. (2010). Considerações ético-políticas sobre a produção do cuidado como bem-comum. In R. Pinheiro, & T. C. Lopes (Eds). *Ética, técnica e formação: as razões do cuidado como direito à saúde*. (pp. 33-44). Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO.
- Guljor, A. P. F. (2003). *Os centros de atenção psicossocial: Um estudo sobre a transformação do modelo assistencial em saúde mental*. Dissertação de Mestrado – Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro.

- Haesbaert, R. (2002). Concepções de território para entender a desterritorialização. In *Território e Territórios*. Programa de Pós- Graduação em Geografia da UFF. (pp. 17-38). Niterói: UFF/AGB.
- Heckert, A. L. C. (2008). Ética e técnica: exercício e fabricações. In R. Pinheiro, & R. A. Mattos (Eds). *Cuidar do cuidado: responsabilidade com a integralidade das ações de saúde*. (pp. 213-230). Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO.
- Kastrup, V., & Barros, R. B. (2010). Movimentos-funções do dispositivo na prática da cartografia. In E. Passos, V. Kastrup, & L. Escóssia (Eds). *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. (pp. 76-91) Porto Alegre: Sulina.
- Kinoshita, R. T. (2001). *O outro da reforma: contribuições da teoria da autopoiese para a problemática da cronicidade no contexto das Reformas Psiquiátricas*. Tese de Doutorado da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Campinas, SP.
- Koifman, L., Fernandez, V. S., & Ribeiro, C. D. M. (2010). A construção do ato de cuidar no espaço da formação em saúde: a ética, a prática, sujeitos e valores. In R. Pinheiro, & T. C. Lopes (Eds). *Ética, técnica e formação: as razões do cuidado como direito à saúde*. (pp. 155-168) .Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO.
- Lancetti, A., & Amarante, P. (2006). Saúde Mental e Saúde Coletiva. In G. W. S. Campos (Ed.). *Tratado de Saúde Coletiva*. (pp. 615-634). São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Laperrière, H., & Zúñiga, R. (2007). Cuando la comunidad guía la acción: hacia una evaluación comunitaria alternativa. *Psicologia e Sociedade*, 19, 39-45.
- Leite, J. F., & Dimenstein, M. (2002). Mal-estar na psicologia: a insurreição da subjetividade. *Revista Mal-estar e Subjetividade*; Fortaleza, II (2), 9-26.
- Machado, A. G. (2006). *Cuidadores: seus amores e suas dores – o prazer e o sofrimento psíquico dos auxiliares e técnicos de enfermagem de um hospital cardiológico*. Dissertação de Mestrado do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

- Madalosso, A. R. M. (2001). *De mãos dadas com a qualidade: Refletindo sobre o cuidado de enfermagem*. Série Enfermagem 3. Passo Fundo: UPF.
- Merhy, E. E. (2009). Enfrentar a lógica do processo de trabalho em saúde: um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo em ato no cuidado. In S. R. Carvalho, S. Ferigato, & M. E. Barros (Eds). *Conexões: saúde coletiva e políticas de subjetividade*. (pp. 276-300) São Paulo: Hucitec.
- Merhy, E. E. (2007). Os Caps e seus trabalhadores: no olho do furacão antimanicomial: Alegria e Alívio como dispositivos analisadores. In E. E. Merhy, & H. Amaral (Eds). *A reforma psiquiátrica no cotidiano II*. São Paulo/Campinas: Aderaldo & Rothschild/Serviço de Saúde Doutor Cândido Ferreira.
- Merhy, E. E. (2002). *Saúde: a cartografia do Trabalho Vivo*. São Paulo: Hucitec.
- Merhy, E. E. (2005). O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. *Interface: comunicação, saúde, educação*. 9 (16), 161-177.
- Merhy, E. E. (1997). Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: E. E. Merhy, & R. C. Onocko (Eds). *Agir em saúde: Um desafio para o público*. (pp. 71-112). São Paulo: Hucitec.
- Merhy, E. E., Feuerwerker, L. M., & Cerqueira, P. (2010). Da repetição à diferença: Construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado. In T. B. Franco, & V. C. Ramos (Eds). *Semiótica, afecção e cuidado em saúde*. (pp. 60-75) .São Paulo: Hucitec.
- Migott, A. M. B. (2001). *Cuidado construtivo: Desvelando questões existenciais entre o agir ético e o técnico*. Série Enfermagem 4. Passo Fundo: UPF.
- Milhomem, M. A. G. C., & Oliveira, A. G. B. (2007). O trabalho em equipe nos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS. *Cogitare Enfermagem*. 12 (1),101-108.
- Minayo, M. C. S. (1992). *O desafio do conhecimento: Metodologia de pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Abrasco.
- Minayo, M. C. S. (2006). Pesquisa avaliativa por triangulação de métodos. In M. L. Bosí, & J. M. Mercado (Eds). *Avaliação Qualitativa em Saúde*. Rio de Janeiro: Vozes.

- Miranda, L., & Onocko Campos, R. (2008). Análise do trabalho de referência em Centros de Atenção Psicossocial. *Revista Saúde Pública*, 42 (5), 907-913.
- Morin, E. (2003). A necessidade de um pensamento complexo. In C. Mendes, & E. Larreta (Eds). *Representação e complexidade*. (pp. 69-77). Rio de Janeiro: Garamond.
- Nardi, H. C., & Rammingner, T. (2007). Modos de subjetivação dos trabalhadores de saúde mental em tempos de reforma psiquiátrica. *PHYSIS: Revista Saúde Coletiva*, 17 (2), 265-287.
- Nicácio, M. F. S. (2003). *Utopia da realidade: Contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde mental*. Tese de Doutorado da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Campinas, SP.
- Nogueira-Martins, L. A. (2002). Saúde mental do profissional de saúde. In N. J. Botega (Ed.). *Prática psiquiátrica no hospital geral: Interconsulta e emergência*. (pp. 130-144). Porto Alegre: Artmed.
- Nogueira-Martins, M. C. F. (2003). Humanização da assistência e formação do profissional de saúde. *Psychiatry On Line Brazil*, 8 (5). Disponível em http://www.polbr.med.br/arquivo/artigo0503_1.htm
- Onocko Campos, R. (2011). Fale com eles! O trabalho interpretativo e a produção de consenso na pesquisa qualitativa em saúde: inovações a partir de desenhos participativos. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva* [online]. 21 (4), 1269-1286.
- Onocko Campo, R., & Furtado, J. P. (2008). Narrativas: apontando alguns caminhos para sua utilização na pesquisa qualitativa em saúde. In R. Onocko Campos, R., J. P. Furtado, E. Passos, & R. Benevides (Eds). *Pesquisa avaliativa em saúde mental: Desenho participativo e efeitos da narratividade*. (pp. 321-334). São Paulo: Aderaldo & Rothschild.
- Onocko Campos, R., Furtado, J. P., Passos, E., & Benevides, R. (2008). *Pesquisa avaliativa em saúde mental: Desenho participativo e efeitos da narratividade*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild.

- Onocko Campos, R., Furtado, J. P., Passos, E., Ferrer, A. L., Miranda, L., & Gama, C. A. P. (2009). Avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. *Revista Saúde Pública*, 43 (1), 16-22.
- Pakman, M. (2010). *Palabras que permanecen, palabras por venir: Micropolítica y poética em psicoterapia*. Barcelona: Gedisa Editorial.
- Passos, E., & Barros, R. B. (2010). A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In E. Passos, V. Kastrup, & L. Escóssia (Eds). *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. (pp. 17-31). Porto Alegre: Sulina.
- Patton, M. Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods*. London: Sage Publications.
- Pinheiro, R., & Lopes, T. C. (Eds) (2010). *Ética, técnica e formação: as razões do cuidado como direito à saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO.
- Pitta, A. M. F. (2011). Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*. 16 (12), 4579-4589.
- Ramminger, T. (2005). *Trabalhadores de saúde mental: Reforma psiquiátrica, saúde do trabalhador e modos de subjetivação nos serviços de saúde mental*. Dissertação de Mestrado do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Relatório operacional da implantação da reforma psiquiátrica em Goiânia: de março de 2001 a janeiro de 2004. (2004). Prefeitura de Goiânia. Secretaria Municipal de Saúde. Divisão de Saúde Mental.
- Relatório de Gestão em Saúde Mental: 2011 e 2012. (2012). Prefeitura de Goiânia. Secretaria Municipal de Saúde. Diretoria de Atenção a Saúde. Divisão de Saúde Mental.
- Rocha, M. L., & Aguiar, K. F. (2003). Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises. *Psicologia Ciência e Profissão* [online], 23 (4), 64-73.
- Rolnik, S. (2011). *Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo*. Porto Alegre: Sulina, Editora da UFRGS.

- Rolnik, S. (2010). Desentranhando futuros. In T. B. Franco, & V. C. Ramos (Eds). *Semiótica, afecção e cuidado em saúde*. (pp. 35-47). São Paulo: Hucitec.
- Rotelli, F., Leonardi, O., & Mauri, D. (1990). Desinstitucionalização, uma outra via: a Reforma Psiquiátrica Italiana no contexto da Europa e dos “Países Avançados”. In F. Nicácio (Ed.). (pp. 17-59). *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec.
- Santos, B. S. (2010). *Um discurso sobre as ciências*. São Paulo: Cortez.
- Santos, M. (1999). O Território e o saber local: algumas categorias de análise. *Cadernos IPPUR*, XIII (2), 15-26.
- Saraceno, B. (2001). *Libertando Identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Instituto Franco Basaglia, Belo Horizonte / Rio de Janeiro: Te Corá Editora.
- Saraceno, B., Asioli, F., & Tognoni, G. (2010). *Manual de Saúde Mental: guia básico para atenção primária*. São Paulo: Hucitec.
- Segecin, S., & Scatena, V. L. (2004). Morfoanatomia de rizomas e raízes de *Tillandsia* L. (Bromeliaceae) dos Campos Gerais, PR, Brasil. *Revista Acta Botânica Brasilica*, 18 (2), 253-260.
- Silva, M. B. B (2005). Atenção psicossocial e gestão de populações: Sobre os discursos e as práticas em torno da responsabilidade no campo da saúde mental. *Revista Saúde Coletiva*, 15 (1), 127-150.
- Silva, E. A. (2007). *Dores dos cuida-dores em saúde mental: estudo exploratório das relações de (des)cuidado dos profissionais de saúde mental em Centros de Atenção Psicossocial de Goiânia – GO*. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura), Universidade de Brasília – UnB.
- Silva, E. A., & Costa, I. I. (2010). O profissional de referência em saúde mental: das responsabilizações ao sofrimento psíquico. *Revista Lationamericana de Psicopatologia Fundamental*, 13 (4), 635-647.

- Silva, E. A., & Costa, I. I. (2008). Saúde mental dos trabalhadores em saúde mental: estudo exploratório com os profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial de Goiânia-GO. *Psicologia em Revista*, 14, 83-105.
- Silveira, D. P., & Vieira, A. L. S. (2005). Reflexões sobre a ética do cuidado em saúde: Desafios para atenção psicossocial no Brasil. *Revista Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 5 (1), 92-101.
- Thiollent, M. (1996). *Metodologia da pesquisa-ação*. São Paulo: Ed. Cortez. 7ª edição.
- Thornicroft, G., & Tansella, M. (2010). *Boas práticas em saúde mental comunitária*. Barueri, SP: Manole.
- Tittoni, J. (1994). *Subjetividade e trabalho: A experiência do trabalho e sua expressão na vida do trabalhador fora da fábrica*. Porto Alegre: Ortiz.
- Turato, E. R. (2003). *Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa*. Petrópolis: Vozes.
- Vasconcelos, E. M. (1999). Mundos paralelos, até quando? Os psicólogos e o campo da saúde mental pública no Brasil nas duas últimas décadas. In A. M. Jacó- Vilela, F. Jabur, & H. B. Rodrigues (Eds). *Clio-psyché: Histórias da psicologia no Brasil*. (pp. 121-147). Rio de Janeiro: UERJ/NAPE.
- Vasconcelos, E. M. (2002). *Complexidade e pesquisa interdisciplinar: epistemologia e metodologia operativa*. Petrópolis: Ed. Vozes.
- Vasconcelos, E. M. (2009). *Abordagens Psicossociais, vol. I: história, teoria e trabalho no campo*. São Paulo: Hucitec.
- Waldow, V. R. (1998). *Cuidado Humano: O resgate necessário*. Porto Alegre: Sagra.
- Yasui, S. (2006). *Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira*. Tese de Doutorado da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro.

Yasui, S., & Costa-Rosa, A. (2008). A Estratégia da Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de saúde mental. *Saúde em Debate*, v. 32, 27-37.

Zúñiga, R. B., & Laperrière, H. (2006). Avaliação comunitária: conflitos verticais e ambiguidades metodológicas. In M. L. Bosi, & J. M. Mercado (Eds). *Avaliação Qualitativa em Saúde*. Rio de Janeiro: Vozes.

APÊNDICE A – INSTRUMENTO I
ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA COM GESTOR

Entrevista nº _____ Local (Instituição): _____
Data: _____ Início: _____ Término: _____ Duração total: _____

Parte I – Dados pessoais de identificação do entrevistado:

Nome: _____ Profissão: _____

Quanto tempo como Gestor(a) na saúde mental: _____

Outro local de trabalho? _____

Parte II – Roteiro

1. Estrutura da rede de saúde mental:

- Estrutura atual da rede de saúde mental.
- Dificuldades e desafios da gestão atual.

2. Aspectos ético-políticos:

- Envolvimento em projetos coletivos.
- Responsabilizações e decisões compartilhadas.
- Atitudes de escuta, acolhimento, vínculo, cuidado de si.
- Preocupação em refletir como as práticas de trabalho em saúde mental estão relacionadas na vida pessoal e profissional.
- Avaliação crítica do trabalho e das necessidades dos trabalhadores.
- Existência de questionamento das ações, da política, do sistema de poder.

3. Rede de suporte e relacionamento interpessoal:

- Experiências que potencializam o trabalho em equipe.
- Prática interdisciplinar.
- Sentimento de suporte e apoio com a equipe.
- Relações interpessoais entre equipe e gestores.

4. Estrutura de programas ao cuidado do cuidador:

- Existência de espaços e participação dos trabalhadores para o cuidado de si.
- Trabalhadores da saúde mental envolvidos nessa temática.
- Contribuições da gestão para o cuidado do cuidador.
- Experiências de momentos de reflexão da prática de trabalho.
- Aceitação ou resistência dos gestores e profissionais a temática cuidado do cuidador.
- Existência de dispositivos de suporte ao trabalhador.
- Movimentos de cuidado de si feito após a primeira pesquisa.

APÊNDICE B – INSTRUMENTO II
ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA COM PROFISSIONAL

Entrevista nº _____ Local (Instituição): _____
Data: _____ Início: _____ Término: _____ Duração total: _____

Parte I – Dados pessoais de identificação do entrevistado:

Nome: _____ Profissão: _____

Quanto tempo está no CAPS e atuando na saúde mental? _____

Outro local de trabalho? _____

1. Estrutura da rede de saúde mental:

- Avanços e os entraves vividos até o momento atual.
- Dificuldades e desafios atuais.

2. Aspectos ético-políticos:

- Envolvimento em projetos coletivos.
- Responsabilizações e decisões compartilhadas.
- Atitudes de escuta, acolhimento, vínculo, cuidado de si.
- Preocupação em refletir como as práticas de trabalho em saúde mental estão relacionadas na vida pessoal e profissional.
- Avaliação crítica do trabalho e das necessidades dos trabalhadores.
- Existência de questionamento das ações, da política, do sistema de poder.

3. Rede de suporte e relacionamento interpessoal:

- Experiências que potencializam o trabalho em equipe.
- Prática interdisciplinar.
- Sentimento de suporte e apoio com a equipe.
- Relações interpessoais entre equipe e gestores.

4. Estrutura de programas ao cuidado do cuidador:

- Existência de espaços e participação dos trabalhadores para o cuidado de si.
- Trabalhadores da saúde mental envolvidos nessa temática.
- Mecanismo de espaços e participação dos trabalhadores para essa temática.
- Contribuições da gestão para o cuidado do cuidador.
- Experiências de momentos de reflexão da prática de trabalho.
- Aceitação ou resistência dos gestores e profissionais a temática cuidado do cuidador.
- Existência de dispositivos de suporte ao trabalhador.
- Movimentos de cuidado de si feito após a primeira pesquisa.

APÊNDICE C - TCLE
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário (a), de uma pesquisa intitulada: “A produção subjetiva do cuidado do cuidador em saúde mental: um olhar dos profissionais de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)”. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado de forma alguma. Caso você ache necessário poderá fazer contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas da UnB: cep_ih@unb.br

Informações sobre a Pesquisa:

Título do Projeto: A produção subjetiva do cuidado do cuidador em saúde mental: um olhar dos profissionais de Centros de Atenção Psicossocial.

Pesquisadora Responsável: Elisa Alves, Psicóloga, Doutoranda do Programa de Pós-Graduação de Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília (UnB). **Contato:** (62) 9137-8417. E-mail: elisapsi@gmail.com

Orientador: Prof. Dr. Ileno Costa (UnB). **Contato:** (61) 9981-3287. E-mail: ileno@unb.br

O propósito desta pesquisa é o de mapear e analisar a produção subjetiva do cuidado do cuidador, investigando as experiências e ações potencializadoras que integram um cuidado de si como condição para cuidar do outro vivenciadas no cotidiano dos gestores e trabalhadores de CAPS.

A pesquisa inclui a sua participação em entrevistas semiestruturadas realizadas por mim, Elisa Alves, pesquisadora responsável. Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes, durante e após a finalização da pesquisa. O roteiro da entrevista irá nortear aspectos da produção do cuidado do cuidador no cotidiano de trabalho nos CAPS, como por exemplo, supervisão clínico institucional, prática interdisciplinar, relações interpessoais entre a equipe, dentre outros. As entrevistas serão gravadas, posteriormente transcritas como forma de resultados, que serão divulgados academicamente (defesa da tese, publicações de artigos, etc), porém lhe asseguro que o seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo mediante a informações que permitam identificá-lo (a). Os dados provenientes de sua participação ficarão sob a guarda da pesquisadora responsável e ao final da pesquisa as gravações serão apagadas.

Os benefícios desta pesquisa serão o de aprofundar a temática das relações de cuidado, a partir da pesquisa feita anteriormente, redimensionando e potencializando a *práxis* diária nos dispositivos de produção do cuidado do cuidador aos gestores e profissionais da saúde mental.

Sua participação é voluntária e livre de qualquer remuneração ou benefício. Você é livre para recusar a dar respostas a determinadas questões durante as entrevistas, bem como retirar seu consentimento e terminar sua participação a qualquer momento sem penalidades.

A pesquisadora responsável garante que os resultados do estudo serão devolvidos aos participantes por meio de relatório de pesquisa e apresentação dos dados, podendo ser publicados posteriormente na comunidade científica.

A pesquisadora responsável está submetida às normas de confidencialidade e de sigilo profissional, e se compromete a estar disponível para responder e esclarecer dúvidas e oferecer apoio e/ou encaminhamento, caso haja qualquer desconforto ou constrangimento durante sua participação.

Esse estudo está vinculado ao Grupo de Intervenção Precoce nas Primeiras Crises do Tipo Psicótica (GIPSI), grupo que trabalha com acolhimento e intervenção em casos de sofrimento psíquico, que reúne condições de acolher e prestar atendimento quando se fizer necessário. O endereço do GIPSI é: ICC Sul - Bloco A, Sala A1-054 ou pelos telefones (61) 3107-6837.

Este documento certifica que eu _____, concordo em participar na qualidade de voluntário(a) do projeto acima mencionado.

Elisa Alves Silva
Pesquisadora Responsável

Assinatura do(a) participante

Goiânia _____ de _____ de 2013.