

REFLEXÕES SOBRE A ATIVIDADE DE TRABALHO DO PSIQUIATRA NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)

Reflections about the work activity of the Psychiatrist at the Psychosocial Care Centers (CAPS)

SILVA, Enio Rodrigues da¹

BARROS, Vanessa Andrade de²

RESUMO

O presente artigo é resultante de uma pesquisa de mestrado desenvolvida na Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) no Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Tem como objetivo geral compreender o que fazem os psiquiatras no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) quando trabalham entre o prescrito e o real. Em termos específicos, analisar como eles fazem uso de si e como mobilizam os seis *Ingredientes de Competência* (IGRs) da atividade no *trabalho real*. Por meio de princípios teórico-metodológicos da Psicossociologia do Trabalho, dialogando com a abordagem da Ergologia, realizamos uma pesquisa qualitativa em quatro Centros de Atenção Psicossocial das redes de Saúde Mental de Belo Horizonte e Betim/MG. Foram realizadas observações da atividade do psiquiatra, que também foram entrevistados em profundidade, além de trabalhadores de outras áreas e pacientes. O panorama geral encontrado apontou para controvérsias e desconfortos quanto aos processos de trabalho e ao lugar central ocupado pelo psiquiatra e pela medicina nas equipes à revelia dos princípios clínicos de tratamento e de descentralização de saberes e poderes preconizados pela Luta Antimanicomial e Reforma Psiquiátrica brasileiras. Observou-se também um crescente movimento de institucionalização desse serviço no cenário das políticas nacionais de Saúde Mental.

Palavras-chave: Atividade. Psiquiatria. Centro de Atenção Psicossocial.

ABSTRACT

This paper is the result of a master's research developed at Federal University of Minas Gerais (UFMG) in the Graduate Program of Psychology. Its general objective is to understand what psychiatrists do in the Psychosocial Care Center (CAPS) when they work between the prescribed and the real. In specific terms, analyze how they make use of themselves and how they mobilize the six Competency Ingredients of the activity (IGR's) in the real work. Through the theoretical and methodological principles of the Psychosociology of Work, dialoguing with the Ergology approach, we conducted a qualitative research in four Psychosocial Care Centers of the Mental Health Networks of Belo Horizonte and Betim/MG. Observations were made of the psychiatrist's activity, who were also interviewed in depth, as well as workers from other areas and patients. The general panorama pointed to controversies and discomforts regarding the work processes and the central place occupied by the psychiatrist and the medical staff in the absence of the clinical principles of treatment and decentralization of knowledge and powers advocated by the Brazilian Anti-Madhouse Fight and Psychiatric Reform. There was also a growing movement to institutionalize this service in the context of national Mental Health policies.

Keywords: Activity. Psychiatry. Psychosocial Care Center.

¹ Doutor em Educação pela FaE/UFMG, Mestre em Psicologia Social pela UFMG, Médico pela Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais (FCCMG), Psiquiatra pelo Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais (IPSEMG), Professor da Faculdade de Medicina UNIFENAS/BH, Preceptor da Residência em Psiquiatria do Hospital Regional Público de Betim/MG – Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). E-mail: <eniosrodrigues46@gmail.com>.

² Doutora em Sociologia pela Université Paris VII, com estágio de pós-doutorado no Conservatoire Nationale de Arts et Métiers (CNAM Paris), Mestre em Administração pela UFMG, graduada em Psicologia pela PucMinas. Professora Associada do Departamento de Psicologia da FAFICH/UFMG. Líder do grupo de pesquisa CNPq Trabalho, Cárcere e Direitos Humanos. E-mail: <vanessa.abarros@gmail.com>.

INTRODUÇÃO

Depois de trinta anos de Reforma Psiquiátrica no Brasil e de movimento nacional de Luta Antimanicomial, fica evidente que esse processo possibilitou modificações concretas na estrutura da assistência em Saúde Mental, a partir do enfrentamento ao hospital psiquiátrico e às práticas asilares de tratamento (AMARANTE, 1995, 2003). Culminou, em termos reais, com a implantação de uma nova política de saúde mental, divulgação e sustentação de outras estruturas de tratamento, substitutivas às antigas, de atenção ao portador de sofrimento mental grave, segundo as diretrizes de implantação e implementação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (BRASIL, 2011).³ Em termos prescritivos, constitui um trabalho em rede e em equipe inter, multi e transdisciplinar, que tende a romper com as hierarquias profissionais.

Em Minas Gerais, nas cidades de Belo Horizonte e Betim, dentre os diversos serviços que compõem as suas redes, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)⁴ foi, ao longo do tempo, assegurando lugares de visibilidade na assistência ao portador de sofrimento mental em crise, como alternativa e/ou substituição ao hospital psiquiátrico, dependendo dos processos de trabalho de cada município.

Se no início do processo de Reforma Psiquiátrica os psiquiatras estiveram presentes de forma militante, a situação não se aplica ao longo da trajetória de implementação desses serviços e sedimentação dessa nova política de assistência (BARRETO, 1999, 2010; SILVA, 2010). A base desse movimento de transformação conta com mecanismos ideológicos controversos. De um lado, uma militância antimanicomial em prol de serviços abertos e contra a segregação da loucura e práticas asilares, questionando o percurso histórico da Psiquiatria e do psiquiatra. De outro, a resistência em favor de serviços fechados, como os hospitais psiquiátricos. Como resultado, o CAPS tem sido localizado do lado do bem (da inovação) e o hospital psiquiátrico, do lado do mal (da tradição), ou seja, o fechado contra o aberto, ao invés de uma relativização entre um e outro. E isso nos parece consequência de um posicionamento ideológico forte aplicado ao campo das políticas de saúde mental e da Reforma Psiquiátrica brasileira. Exprime-se uma maneira inovadora de tratamento, valorizando e respeitando a singularidade e a liberdade de ir e vir aos serviços do paciente em crise, mascarando-se as problemáticas reais, materiais e concretas de trabalho.

Percebe-se que o CAPS tem mostrado – além de avanços objetivos e subjetivos na qualidade do tratamento e na substituição da internação hospitalar – limitações e fragilidades de várias ordens na assistência aos pacientes. Se por um lado, há quem enalteça o CAPS como lugar da circulação de afetos, subjetividades, carismas e delicadezas na substituição ao tradicionalismo hospitalar, há também quem reafirme que ele é um serviço público de saúde, do Sistema Único de Saúde (SUS), e que, portanto, não foge ao processo de burocratização da assistência e importante hierarquização das práticas de tratamento (FURTADO; CAMPOS, 2005).

³ Portaria ministerial nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2011).

⁴ Portaria ministerial nº 336, de 2002, que normatiza o funcionamento dos CAPS I, II e III (BRASIL, 2002).

Para melhor compreender essa situação, apresentamos algumas reflexões decorrentes de uma pesquisa⁵ de mestrado que desenvolvemos no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG); intitulada *A atividade de trabalho do psiquiatra no CAPS – Centro de Atenção Psicossocial: pois é José...* Trata-se de um estudo realizado sobre a atividade de trabalho do psiquiatra, entre as prescrições normativas e as exigências do mundo real do trabalho, a partir de seu próprio ponto de vista, dos outros trabalhadores e de pacientes de quatro CAPS estudados. Promovemos nossas análises orientados pelas *Clínicas do Trabalho* (BENDASSOLLI; SOBOLL, 2011), articulando a perspectiva Ergológica (SCHWARTZ, 2000, 2004, 2007, 2012; SCHWARTZ; DURRIVE, 2007) com outros aportes teóricos, como a Psicossociologia do Trabalho (LHUILIER, 2008), a Clínica da Atividade (CLOT, 2006) e a Psicodinâmica do Trabalho (DEJOURS; LANCMAN; SZNELWAR, 2004). Guiamo-nos por questões que fazem do trabalho uma *Clínica* (BILLIARD, 2001; LHUILIER, 2008), que são abordadas entre controvérsias e convergências, e que associamos ao campo da Saúde Mental e da Psiquiatria a partir dos CAPS (BARRETO, 2010).

A PSQUIATRIA, AS POLÍTICAS DE REFORMA PSIQUIÁTRICA E O CAMPO DA SAÚDE MENTAL

Partimos inicialmente do conceito de Schwartz e Durrive (2007) de “normas antecedentes”, que diz de tudo aquilo que preexiste a uma situação de trabalho. Engloba não somente o *trabalho prescrito*, um procedimento a seguir, mas também a dimensão histórica e cultural de um patrimônio de trabalho. São normas que objetivam a produção e a gestão em termos jurídicos, de organização protocolar do trabalho, do organograma a seguir, das regras comuns de um *métier*, de *saberes constituídos* em *desaderência* ao real e que visam dirigir maneiras diversificadas de trabalhar.

Nessa perspectiva, ao longo de meados do século XX e XXI, mesmo sabendo que a Psiquiatria se constitui a partir de um hibridismo natural e humano (BARRETO, 2010, 2013; BERCHERIE, 1989; FOSSATI, 2015; FOUCAULT, 1997; MOTA; MARINHO, 2012; PAIM, 1991), assistimos a um mecanismo controverso:

Uma contradição, já que ela concebe o normal e o patológico a partir da norma social. O que há é uma petição de princípio: define-se o que é transtorno com base na norma social; em seguida, postula-se para esse transtorno outra base – neurobiológica – tratando-o como se assim o fosse. E nessa operação, ignora-se inteiramente a diferença entre causa, consequência e correlação. (BARRETO, 2013, p.72).

Na segunda metade do século XX (AMARANTE, 1995; CHAZAUD; BONNAFÉ, 2005; LE GUILLANT, 1984; OLIVEIRA, 2013), a Psiquiatria passou a ser confrontada em seus *saberes constituídos* e estabilizados, (re)configurando seu objeto de estudos. Como resultado desse processo, novos saberes têm sido mobilizados na intenção de melhor lidar com a complexidade da loucura, propiciando a criação de novos serviços e práticas diferenciadas:

⁵A referida pesquisa foi avaliada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) - Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (CEP-SMSA/PBH), Parecer nº 0003.0.410.203-09, com data de aprovação em 15/04/2009.

[...] a psicoterapia institucional e as comunidades terapêuticas, representando as reformas restritas ao âmbito asilar; a psiquiatria de setor e psiquiatria preventiva, representando um nível de superação das reformas referidas ao espaço asilar; por fim, a anti-psiquiatria e as experiências de Franco Basaglia, como instauradoras de rupturas com os movimentos anteriores, colocando em questão o próprio dispositivo médico-psiquiátrico e as instituições e dispositivos terapêuticos a ele relacionados. (AMARANTE, 1995, p.27).

São todos movimentos de transformação que influenciaram de formas diversificadas o processo de Reforma Psiquiátrica brasileira no final dos anos 70. Em outro sentido, são *antiteorias* que visam interrogar não somente a Psiquiatria, mas qualquer tentativa de estabilização de saberes no campo da Saúde Mental.

Em termos iniciais, podemos dizer que houve uma importação⁶ (prevalente) de aspectos essenciais da Reforma Psiquiátrica democrática italiana, desconsiderando, por exemplo, a experiência francesa (e outras) – que faz parceria com nossas reflexões psicossociológicas, institucionais, filosóficas, psicanalíticas e das clínicas sobre o trabalho (BENDASSOLLI; SOBOLL, 2011; BILLIARD, 2001; LIMA, 2006; LUCA-BERNIER, 2013).

Porém, no século XXI, em termos evolutivos de *debates de normas* (SCHWARTZ; DURRIVE, 2007), presenciamos um reforço do processo acima descrito e uma evolução da Neuropsiquiatria na pesquisa de marcadores e imagens cerebrais como diagnóstico e direção de tratamento (FOSSATI, 2015). Normas que, segundo nosso entendimento, precisam dialogar com os saberes de reformas, com as experiências dos trabalhadores e com o sofrimento mental dos pacientes.

Nesta pesquisa de mestrado (SILVA, 2010), ampliamos nossa lupa de investigação, compreendendo que “O campo da saúde mental é o resultado de uma reorganização do campo da psiquiatria. Entram em cena outros saberes, outros profissionais, outros serviços” (BARRETO, 2010, p.172). Quer dizer, compreendemos também que a Psiquiatria é uma parte importante que compõe o campo da Saúde Mental, assim como a psicologia, a psicanálise, a sociologia, a filosofia, a terapia ocupacional, a enfermagem, a assistência social e, inclusive, as Clínicas do Trabalho. Em seguida, promovemos uma inter-relação desses saberes com os dados empíricos da pesquisa.

EVIDENCIANDO A PESQUISA NOS CAPS

Inicialmente, valemo-nos de conceitos básicos da ergonomia francesa (GUÉRIN *et al.*, 2001), que evidencia a distância universal entre o *trabalho prescrito* e o *real*. A tarefa do lado do primeiro e a atividade do lado do segundo. Porém, a situação não é tão simples e concreta dessa forma.

As Clínicas do Trabalho evoluem nessa temática, acrescentando, por exemplo, aspectos sociológicos, culturais, artísticos, filosóficos, antropológicos, ontológicos, psicológicos e psicanalíticos de compreensão do conceito de atividade em seu enigma. Esta pesquisa representa um convite para que essas clínicas se pronunciem

⁶ Referimos a dois percursos críticos, explicativos e bastante debatidos por autores brasileiros e internacionais (AMARANTE, 1995, 2003; COUPECHOUX, 2006; PASSOS, 2009). Há diferenças entre essas duas heranças, segundo nosso ponto de vista, mais no plano teórico do que prático, uma vez que as duas redes de Saúde Mental de Belo Horizonte e Betim/MG apresentam experiências próximas das duas vertentes de reformas.

com respeito ao assunto da loucura, às polêmicas em torno do conceito de atividade aplicada ao campo da Psiquiatria e da Saúde Mental. Dizemos de tentativas de dar maior visibilidade à experiência dos trabalhadores e dos portadores de sofrimento mental. Nesse sentido, focamos a atividade de trabalho do psiquiatra no CAPS, seus *debates de normas* e estratégias de regulação das situações.

Inicialmente, segundo a Ergologia, compreendemos a atividade como um *debate de normas* inserido num movimento tripolar, ou seja, a própria atividade, os saberes e os valores (SCHWARTZ, 2000, 2004, 2007; SCHWARTZ; DURRIVE, 2007). Em seguida, essa abordagem ergológica promove uma ampliação desse conceito para além da ação que se realiza no aqui e agora das situações de trabalho. E para realizar essa operação, apresenta-nos outros conceitos de grande complementaridade que não esgotaremos neste artigo, como aquele de *corpo-si* e *dramáticas do uso de si* por si e pelos outros. Trata-se de uma entidade que é corpo, alma, consciente, inconsciente e subjetividade ao mesmo tempo. Segundo Schwartz e Durrive (2007), o que está em jogo é como o trabalhador se organiza, apresenta suas dramáticas, debates e renormalizações possíveis e parciais, singulares e universais ao fazer *uso de si* por si mesmo e pelo outro em suas atividades de trabalho (DURRIVE, 2015). Em outro sentido, uma forma singular de fazer uso de nossas próprias capacidades, recursos e escolhas. Partimos do pressuposto de que, no trabalho, as normas não antecipam todas as situações de trabalho. Então, trabalhar é arriscar, fazer *uso de si*. Trabalhar não significa a pura execução de normas, nem transgressões isoladas e descontextualizadas, mas sim um *debate de normas* e valores pessoais e coletivos contextualizados na escolha da melhor decisão a ser tomada nas situações de trabalho. Dizemos de um processo de trabalho individual e coletivo, que mobiliza os seis *Ingredientes de Competência* (IGRs) da atividade que aqui apresentaremos ao tratar do trabalhador psiquiatra.

Foi nesse prisma que analisamos a atividade de trabalho do psiquiatra. Qual a significação da distância prescrito-real aplicada ao mundo do trabalho no CAPS? Em termos mais gerais, o que os psiquiatras do CAPS fazem quando trabalham e como eles se relacionam com a equipe multiprofissional a partir dessa dicotomia prescrito/real e como renormalizam as prescrições de trabalho? Especificamente, os objetivos expandem-se para identificar como os psiquiatras fazem *uso de si* em suas atividades, como eles mobilizam os seis *Ingredientes de Competência* da atividade, além de verificar como eles se articulam com outras áreas específicas do conhecimento em Saúde Mental, Psiquiatria e outros campos intersetoriais do conhecimento.

PERCURSO METODOLÓGICO

Primeiramente, promovemos uma observação criteriosa do *trabalho real* do psiquiatra antes do estabelecimento de qualquer método possível (LIMA, 2002). Realizamos uma pesquisa qualitativa participante (VALLADARES, 2007) em dois CAPS II e dois CAPS III das redes de Saúde Mental de Belo Horizonte e Betim, inspirada em princípios da Análise Ergonômica do Trabalho (AET) (GUÉRIN *et al.*, 2001) e Análise Pluridisciplinar de Situações de Trabalho (APST), mobilizando conceitos ergológicos (SCHWARTZ; DURRIVE, 2007) e guiados pela perspectiva da psicossociologia que

[...] postula que toda situação é singular, pois é única, mas, paralelamente, ela é perpassada por aspectos transversais, comuns a tantas outras situações. O desafio do profissional é manter uma dupla atenção ao singular e ao contexto mais amplo, e propiciar que todos os envolvidos possam ampliar suas lentes, levando à produção de novos sentidos, conceituações ações. Aspectos psíquicos dos sujeitos sociais e coletivos participam da produção de sentido. (CARRETEIRO; BARROS, 2011, p.210).

Realizamos 89 entrevistas em profundidade com trabalhadores, dentre eles, 31 psiquiatras, dos quais 18 atuavam e 13 já haviam atuado nos CAPS estudados, além de 32 trabalhadores de outras áreas: psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, visando compreender as nuances da atividade do psiquiatra em seu ponto de vista, bem como sob a ótica desses outros trabalhadores citados. Entrevistamos também 12 pacientes distribuídos entre os referidos serviços. Por fim, promovemos uma categorização dessas entrevistas em relação às análises do *trabalho real*. Como consequência desse percurso metodológico, realizamos também um estudo de caso: o psiquiatra José,⁷ ressignificando toda a pesquisa e tornando um caso emblemático em nossas análises.

O DESENHO DA ERGOLOGIA (RE)CONHECENDO O FAZER PRÁTICO

Abordamos a Ergologia como pilar das reflexões pluridisciplinares sobre o trabalho. Partimos, inicialmente, do conceito de trabalho e de atividade, conforme já anunciamos. Na sequência, acompanhamos a postura desta *démarche* em seu trabalho de conceituar, de apresentar uma abordagem indisciplinar para lidar com toda tentativa de estabilização de saberes. Trata-se de uma herança ético-epistemológica da filosofia da vida de Canguilhem (1995). Ela foi reconhecida naquilo que se mostra mais explícito em suas intenções: sua capacidade e potencial de valorização do trabalho e do trabalhador, de articulação de *saberes investidos* na experiência em diálogo com os *saberes instituídos*, acadêmicos (SCHWARTZ, 2000; SCHWARTZ; DURRIVE, 2007). Ela parte de quatro premissas norteadoras:

[...] existe sempre uma distância (entre o trabalho prescrito e o realizado); esta distância é sempre ressingularizada; a entidade que conduz e que arbitra esta distância é uma entidade simultaneamente alma e corpo, como dizia a filosofia; e a arbitragem mobiliza um complexo de valores: o trabalho é sempre encontro de valores. (SCHWARTZ; DURRIVE, 2007, p.46).

A Ergologia propõe “a aprendizagem permanente dos debates de normas e de valores que renovam indefinidamente a atividade: é o “*desconforto intelectual*” (SCHWARTZ; DURRIVE, 2007, p.30). Debates no sentido de renormalizar as situações de trabalho. Por esse viés, uma transgressão da norma não significa *renormalização*, mas sim um confronto com a prescrição e ultrapassagem da mesma sem um debate necessário. Renormalizar significa decidir, tomar partido, ser ativo com respeito à norma, uma forma de se apropriar da regra de forma particular para ampliar seu poder de agir no meio de trabalho. Uma postura e um esforço de articulação

⁷ Trata-se de um nome fictício para melhor personalizar o relato de caso.

do singular e do universal na tomada de decisão, o resultado de um processo de incorporação do coletivo em si (SCHWARTZ, 2000; DURRIVE, 2015).

Seu objetivo não reside somente em visibilizar a atividade, mas antes valorizar a experiência e os *saberes investidos* mobilizados nesta operação. Também, contribuir para que os pontos de vista dos trabalhadores sejam verbalizados e disponibilizados, colocando-os em confronto com outros saberes, numa perspectiva clínica de “antecipação/confrontação” das situações de trabalho. Trata-se de uma análise pluridisciplinar de situações de trabalho, mediante o *Dispositivo Dinâmico a Três Polos* (DD3P).

O dispositivo de três polos é o lugar do encontro, o lugar de trabalho em comum em que se ativa uma espécie de espiral permanente de retrabalho dos saberes, que produz retrabalho junto às disciplinas, umas em relação às outras, portanto que transforma eventualmente um certo número de hipóteses, de conceitos entre as disciplinas. (SCHWARTZ; DURRIVE, 2007, p.269).

O primeiro polo, aquele dos *saberes constituídos*, acadêmicos, conceituais; o segundo, o polo dos *saberes investidos* na/pela experiência; o terceiro, um polo que visa ao bem comum, que coloca em visibilidade os aspectos ético-epistemológicos e filosóficos numa inter-relação: um lugar de *desconforto intelectual*, de encontro e trocas de saberes (SCHWARTZ, 2000). Um dispositivo que visa liberar a palavra dos trabalhadores ao se confrontarem com a atividade no *trabalho real*.

Partimos dos saberes ergológicos para promover uma interrogação ao processo de (des)centralização do saber-poder do psiquiatra (FOUCAULT, 2006) e da Psiquiatria no CAPS. Dessa forma, a atividade de trabalho destes profissionais foi analisada de forma minuciosa e mediante os seis *Ingredientes de Competência* (IGRs) (SCHWARTZ; DURRIVE, 2007). O IGR 1 – o domínio da dimensão protocolar do trabalho. O IGR2 – a infiltração e incorporação da história na situação de trabalho, as dramáticas do *corpo-si* que funcionam como matriz da atividade. O IGR3 – aquele que traduz a competência do trabalhador em articular a face protocolar com a singular. O IGR4 – o debate de valores na atividade, uma espécie de arbitragem do *corpo-si*. O IGR5 – a relativa duplicação do potencial ao revistar os quatro ingredientes, visando reconhecer o valor singular e coletivo de determinado meio de trabalho. Enfim, o IGR6 – que se relaciona com a sinergia dos ingredientes e traduz o trabalho em equipe, “de assumir responsabilidades quando se deve assumi-las, e ao mesmo tempo consiste em ser modesto quando convém ser” (SCHWARTZ; DURRIVE, 2007, p.221). São ingredientes que traduzem o agir em competência e servem tanto às análises das situações de trabalho, quanto ao enriquecimento dos processos clínicos de tratamento.

Para a Ergologia, a atividade se articula entre dois registros, R1 e R2. O primeiro diz respeito a tudo aquilo que é possível de ser antecipado ao fazer dos trabalhadores, que é pensado antes do acontecimento em si. O segundo, àquilo que é ressingularizado e desneutralizado no processo de normalização das tarefas de trabalho, através da compreensão dos pontos de vista dos trabalhadores, considerando as *infidelidades do meio* (CANGUILHEM, 1995). Uma situação de *encontro de encontros*, resultante da interação desses dois registros imersos na dimensão do histórico-vivido inédito e renovado pelas situações de trabalho (SCHWARTZ; DURRIVE, 2007).

AS PRESCRIÇÕES DE TRABALHO: DO VELHO AO NOVO MODELO

Segundo orientações das Clínicas do Trabalho e considerando a dicotomia prescritivo-real, em termos de *normas antecedentes* em Psiquiatria, buscamos localizar as tarefas prescritas para o psiquiatra do clássico ao novo modelo (AMARANTE, 1995, 2003; ARBEX, 2013; BERCHERIE, 1989; FOUCAULT, 1997; TOSQUELLES, 2012). Em seguida, promovemos uma confrontação das mesmas com o fazer prático-investido desse trabalhador na inter-relação objetiva e subjetiva com os pacientes. Assim, segundo a Psiquiatria Clássica, podemos dizer que a prescrição prevalente era a contenção da loucura. Dessa forma, legitimou-se a figura do psiquiatra como o diretor do hospital, operador do saber, aquele que dita as normas, que decide sobre o tratamento, que diagnostica e medica os pacientes. Em outras palavras: “[...] a psiquiatria sempre colocou o homem entre parênteses e se preocupou com a doença” (BASAGLIA, 1979 *apud* AMARANTE, 1995, p.46).

Na era da Reforma Psiquiátrica, inúmeras são as prescrições para os novos serviços e para os trabalhadores (LOBOSQUE, 2001). As mais evidentes são aquelas que promovem a descentralização de saberes-poderes de todas as especificidades nos serviços e de incentivo ao trabalho em equipe. “Um traço comum a todos estes serviços substitutivos, tais como os descrevemos, é o seguinte: o psiquiatra não ocupa aí uma posição central” (LOBOSQUE, 2001, p.89). Mas, o que significa não ocupar uma posição central? Idealmente falando, significa participar do trabalho em equipe em mesmo pé de igualdade, construindo um lugar de importância, não mais de evidência. Segundo nossas investigações, compreendemos que, no início da implantação desses serviços, tais prescrições se faziam de forma bem mais acirrada para o médico psiquiatra, considerando seu percurso histórico em ocupar uma posição central de saber e poder nas instituições de tratamento (FOUCAULT, 1997, 2006). Fato este que, se não prejudica, muito influencia os dilemas e as polêmicas de inserção do psiquiatra e da Psiquiatria nesses serviços que evidenciamos e estudamos.

ANÁLISES DO TRABALHO REAL NOS CAPS E DA ATIVIDADE REAL DOS PSQUIATRAS

No CAPS, às vezes, há uma cronificação da permanência-dia, mas pelo menos aquela presença do paciente perto de nós, nos angustia mais. No hospital, é fácil esquecer um paciente dentro da enfermaria, é só trancar uma porta. **No CAPS não, a gente tropeça no paciente, a gente tropeça no problema dele, o problema dele tropeça na gente. Quer dizer, esse esbarrão, ele ajuda a gente a ser mais criativo, entende?** (Psiquiatra 12, grifos nossos). (SILVA, 2010, p.54).

Apresentamos a fala acima como guia e emblema de investigação e compreensão do *trabalho real* nos CAPS analisados. Dentro da universal distância ergonômica entre o *trabalho prescrito* e o *real*, nossas análises foram marcadas por um intenso mal-estar da maioria dos trabalhadores. Uma tensão entre os conflitos de normas e de critérios operacionais, considerando as diferenças de posicionamentos teórico-práticos dos trabalhadores, as más condições de trabalho, os baixos salários e o distanciamento dos gestores dos reais processos de trabalho das equipes.

Verificamos, também, um empobrecimento dos processos clínicos e da construção de *Projetos Terapêuticos Individuais* (PTIs), bem como uma problemática em torno da formação e preparação do novo trabalhador para o CAPS.

Ao aprofundarmos em nossas análises, encontramos um complexo processo de evolução da demanda em sobrecarga traduzido por “ranhetações” e “reclamações” dos trabalhadores. Segundo a maioria dos entrevistados, se no começo da Reforma Psiquiátrica e implantação do CAPS existia um trabalho coletivo nas entrelinhas de um projeto comum, atualmente, a situação não é mais a mesma. Demonstraram intenso inconformismo frente à prevalência de aspectos antimanicomiais ideologizados do trabalho em detrimento de um olhar real, concreto e material de muitos gestores para aquilo que, realmente, desenvolvem e sustentam os trabalhadores no cotidiano das equipes.

Então o que foi acontecendo. Primeiro: eu atendia muito menos pacientes, fui atendendo um número cada vez maior. Então o que aconteceu, os meus atendimentos foram ficando cada vez mais enxutos. **Se eu tiver que atender dez pessoas, eu vou atender de um certo jeito. Se eu tiver que atender trinta, não vai ser do mesmo jeito.** (Psicólogo 4, grifo nosso). (SILVA, 2010, p.90).

Nesse mesmo cenário, conseguimos evidenciar oito situações de trabalho que traduzimos como desconfortos, fazendo alusão à Ergologia (SCHWARTZ, 2000), que não somente esclarecem a problemática do *trabalho real*, mas também fazem parte, intrinsecamente, das nuances da atividade dos psiquiatras e das políticas nacionais de Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica. São desconfortos que não se explicam isoladamente, mas sim em nível de reciprocidade e que se articulam com outros dados empíricos da pesquisa.

O primeiro deles, *a insuportabilidade institucional entre o CAPS e o Hospital Psiquiátrico*. Mediante esse contexto, os trabalhadores verbalizaram a existência de pacientes desafiadores dos processos de tratamento oferecidos. São pacientes que o CAPS diz: “não consigo” e o hospital psiquiátrico acolhe, mas também diz não tolerá-los.

Eu reconheço isso, só acho que tem um pedaço da clientela que o CERSAM diz... não suporte! Que é o mesmo paciente que o hospital também diz não suporte, entende, assim... O hospital também não suporta, dizer que o hospital suporta isso que o CERSAM suporta, é mentira. A diferença é que no hospital tem **uma estrutura com chave e no CERSAM, menos, só isso, mas o insuportável pra instituição é o mesmo.** (Psiquiatra 12, grifos nossos). (SILVA, 2010, p.59).

O segundo, uma forte crítica ao *empobrecimento da clínica*. Um desconforto decorrente de uma crítica à falta de um referencial clínico claro e consistente por parte dos trabalhadores e novamente à prevalência de aspectos político-militantes antimanicomiais de enfrentamento aos saberes psiquiátricos clássicos.

Sim, eu não penso uma reforma sem a clínica, não penso. Acho que uma reforma sem a clínica é uma reforma empobrecida, que vai resultar num... em impasses muito sérios e muito precoces. É uma reforma que vai ter dificuldade de ir mais longe. Era uma clínica muito rica. Nós não podemos reduzir a Psiquiatria Clássica a zero, mesmo com aquele modelo

manicomial, asilar que havia, muita coisa foi feita. Agora, não podemos jogar o bebê fora com a água suja do banho. Então, vamos jogar a água suja da Psiquiatria Clássica fora, mas vamos salvar o bebê... o bebê é a clínica. (Psiquiatra 1, grifos nossos). (SILVA, 2010, p.87).

O terceiro, a *problemática da formação de novos psiquiatras para a lida com o trabalho em equipe interdisciplinar*. A principal interrogação que se faz reside na existência ou não de “[...] uma formação propícia pra um trabalho futuro em serviços substitutivos [...] (Psiquiatra 16).” (SILVA, 2010, p.169). Tradicionalmente falando, os psiquiatras fazem suas residências médicas em Hospitais Psiquiátricos. Em seguida, muitos vão trabalhar na rede pública de Saúde Mental, encontrando dificuldades de adaptação aos processos de trabalho em equipe do CAPS e respondendo aos esbarrões de formas mais protocolares do que subjetivas e criativas.

Mas eu fiquei até surpreso, porque na realidade **eu não fiz uma residência em Psiquiatria, eu fiz uma residência de Psicanálise lacaniana com ênfase em Psiquiatria...** [...] e que eu também não estava querendo isso, eu queria que as coisas fossem equilibradas e não foram. Então, senti que a minha **formação como psiquiatra foi muito fraca, não era isso que eu queria**. (Psiquiatra 24, grifos nossos). (SILVA, 2010, p.170).

Dentro da mesma temática, a fala abaixo acrescenta outros elementos de compreensão da formação do novo psiquiatra e que carece de maiores investigações. Espera-se que haja um processo de formação⁸ diferenciado e específico para se trabalhar no CAPS, considerando que algo sempre escapa neste processo, ou seja:

Agora, mesmo feito isso, ainda restaria sempre uma coisa que não se deixa dizer dessa maneira, **que você só aprende conversando com doido, viajando com doido, construindo coletivos, militando, tendo experiências com a arte, né?** (Psiquiatra 16, grifo nosso). (SILVA, 2010, p.171).

O quarto, o *achado empírico da grande rotatividade de psiquiatras no CAPS*. **“A rotatividade aqui é muito grande, é pressão demais... eu acho que é excesso de trabalho, pressão também por parte da gerência e tudo... (Psiquiatra 22, grifo nosso).”** (SILVA, 2010, p.148). Em outras palavras:

Que aqui já foi um ateliê e deixou de ser. Eu quero fazer um trabalho criativo, artístico, artesanal. E não uma linha de montagem. Então, podemos voltar a transformar isso aqui em um ateliê? Podemos. Tentei, tentei e depois de um tempo eu desisti. **Desisti de transformar o CERSAM de novo em um ateliê. Aí eu falei: bom desisti e agora o que me resta? Ir embora**. Por exemplo, eu acho que a retransformação desse lugar em ateliê... não sei como, viu? (Psiquiatra 31, grifo nosso). (SILVA, 2010, p.147).

Em outros aspectos, onde se localizaria a criatividade de trabalho do psiquiatra? Segundo nossas análises, inferimos que na sua capacidade e competência em lidar com todas essas variabilidades, *infidelidades do meio* que apresentamos. Na articulação entre os saberes técnicos da Psiquiatria e subjetivos, *investidos*

⁸ Vale ressaltar que, recentemente, assistimos à implantação e implementação de um processo de formação multiprofissional do novo trabalhador (incluindo o psiquiatra). Um mecanismo de formação conjunta que ocorre em diversos dispositivos das referidas redes de Saúde Mental de Belo Horizonte e Betim/MG, e que visa antecipar a problemática do *trabalho real*, compartilhar saberes multidisciplinares, além de ocupar os diversos dispositivos componentes das referidas redes.

dos trabalhadores nas situações de trabalho e nas experiências de sofrimento (COOPER, 1967) evidenciadas nas histórias de vida dos pacientes? Segundo nossos achados empíricos, localizamos processos criativos de trabalho na possibilidade de *renormalização* das situações em tempo real de trabalho, de apresentar *reservas de alternativas* instituintes de sentido – formas diferentes de fazer a mesma coisa, segundo a demanda que se apresenta (SCHWARTZ; DURRIVE, 2007). Há quem diga que, no início da implantação do CAPS, era possível “esculpir”, criativamente, casos clínicos e, hoje, mal se tem tempo para refazer prescrições medicamentosas com tranquilidade. A resposta, assim sendo, não poderia ser outra senão um processo de *repetição do velho no novo modelo* em formas diversificadas e, conseqüentemente, o abandono e a alta rotatividade de psiquiatras no CAPS.

O quinto, a *trajetória histórica de vida dos psiquiatras, determinando escolhas teóricas e engajamentos militantes*. Se por um lado, a maioria dos psiquiatras entram e saem do CAPS muito rapidamente, por outro, encontramos alguns com carreiras de quinze anos em média de trabalho à revelia de toda a situação que constatamos. Assim, verificamos que estes últimos são aqueles que vivenciaram um processo de formação diferenciado mesmo dentro do Hospital Psiquiátrico e que também apresentaram trajetórias de vida marcadas por engajamentos militantes em diversos outros campos da vida social, política e cultural (BARROS, 2001).-

Não creio que se trate de uma coisa escrita nos cromossomos, mas eu acho que alguma coisa que vem da história das pessoas, das famílias, do trajeto social, cultural, das leituras que você encontra na sua vida, dos autores que você gosta, né? Trajetórias, circuitos, que repito, a minha geração, sim, teve mais acesso a eles, sem dúvida nenhuma. [...] Sabe, eu acho que realmente, existem certos saberes que não é na academia que se encontra, que você... eu tenho isso muito claro. Não só você não os aprende na escola, porque tem alguns que você não aprende, mas poderia aprender, né? (Psiquiatra 16, grifos nossos). (SILVA, 2010, p. 172).

Referimo-nos aos psiquiatras que, segundo nossas análises teóricas e práticas, receberam o nome de *“trabalhadores coletivos anômalos”*, no sentido de não se deixarem caber em qualquer posição e questionar as demandas que chegavam até eles (MERHY, 2005). Um mecanismo constante de *renormalização* da atividade real.

O sexto, *ao longo do processo de Reforma Psiquiátrica, os psiquiatras toparam a desospitalização, mas não a desmedicalização*. Situação esta que evidenciamos no depoimento de muitos trabalhadores e pacientes acerca do trabalho do psiquiatra.

O sétimo, *o trabalho no CAPS continua centrado na medicina, na figura do médico psiquiatra e na medicalização de pacientes*. Uma situação que não diz respeito somente a alguns psiquiatras, antes aos processos de trabalho das equipes que tendem a centralizar o médico e seu trabalho. Ao verbalizarem seus pontos de vista, as equipes dividiam os colegas profissionais entre os médicos (os psiquiatras) e os “não médicos” (o resto da equipe, ou os TNS – Técnicos de Nível Superior). Quer dizer, o trabalho continua centrado na medicina e no médico psiquiatra.

Ah, 95% das vezes, eles recorrem ao psiquiatra porque, normalmente, um paciente pra chegar no CERSAM, ele “tá”, que é um caso mais grave, não é ação básica, ou ele está em uso de alguma medicação, ou ele vai precisar, ou ele se intoxicou com alguma medicação de terceiros. Então, com certeza. (Psiquiatra 4, grifo nosso). (SILVA, 2010, p.132).

Dentre outras, essa fala, além de nos desvelar um caráter de medicalização dos pacientes, compreendemos também as forças centrípetas de centralização do psiquiatra no lugar de saber e poder nas práticas de trabalho do CAPS. De exercer, prevalentemente, o lado técnico da Psiquiatria. Um processo que, se não tem o reforço da maioria dos psiquiatras, recebe uma grande influência de outros trabalhadores, em especial os mais novatos. Quer dizer, na ausência de experiência, de *reservas de alternativas* e de *margens de manobras* para a tomada de decisão (SCHWARTZ; DURRIVE, 2007), convoca-se o psiquiatra e a Psiquiatria para apresentar uma solução possível.

O oitavo, a *contenção física de pacientes no leito tem deixado de ser uma “medida de exceção”*.

E o que a gente acabava ouvindo **é que a gente tinha que fazer o muro com o próprio corpo. O muro do manicômio com o próprio corpo!** Ora, nós não somos... nós somos humanos, a gente não consegue fazer um muro com o próprio corpo. Isso é muito pesado. Um muro é uma estrutura muito pesada pra sustentar com o próprio corpo, né? (Psiquiatra 3, grifo nosso). (SILVA, 2010, p.83).

Em vários momentos de reunião de equipe, presenciamos os trabalhadores fazerem uma associação do muro baixo (desejável para se diferenciar do Hospital Psiquiátrico) com a alta frequência de pacientes contidos no leito. A Linha Guia de Atenção em Saúde Mental adverte que essas medidas sejam “consideradas e utilizadas sempre como *medidas de exceção*, cabíveis apenas quando esgotamos verdadeiramente todos os meios possíveis para convencer ou persuadir o paciente” (MINAS GERAIS, 2006, p.154). Porém, cansados de “fazer o muro com o próprio corpo”, os próprios trabalhadores refletem a situação, dizendo que tal medida de contenção no leito acaba sendo uma possibilidade prioritária.

As condições de trabalho mostraram-se em fase progressiva de precarização, tornando-se nocivas e penosas para muitos trabalhadores, gerando sofrimentos psíquicos de várias ordens, bem como licenças médicas repetidas, reforçando o mecanismo de rotatividade e abandono (DEJOURS; LANCMAN; SZNELWAR, 2004). O assunto de baixos salários foi recorrente e os mecanismos de reivindicação por melhorias mostraram-se fragmentados em corporações trabalhistas.

Se a Reforma Psiquiátrica convida e/ou convoca os trabalhadores a ultrapassarem seus postos específicos de trabalho para assumirem o trabalho clínico de referenciamento de casos, configurando o trabalho do *Técnico de Referência* (TR), há quem questione a situação. Diz-se de um mecanismo mais evidente em alguns CAPS do que em outros: a *pulverização das especificidades*. Explicando melhor, os trabalhadores estariam privilegiando a *Clínica da Reforma Psiquiátrica* (TENÓRIO, 2001) e da *Referência* de casos ao invés de fazerem valer seus saberes e trabalhos específicos em suas atividades. Por outro lado, há aqueles que preferem manter essa tensão, realizando o específico de acordo com sua categoria profissional para alcançarem a *Clínica da Referência* de casos clínicos.

Em outro aspecto, se o CAPS abre suas portas para as referidas redes de Saúde Mental, mesmo com toda a problemática apresentada, não encontramos a mesma fluidez de

abertura na rede básica ambulatorial para os mesmos. Porém, estivemos presentes em algumas reuniões de Matriciamento⁹ (MINAS GERAIS, 2006) e verificamos momentos bastante instituintes de compartilhamento de saberes e fazeres psiquiátricos na construção coletiva de casos clínicos (ALKMIM, 2012, p.115-127).

Entre o prescrito e o real, localizamos a gestão das variabilidades, *infidelidades do meio de trabalho*. Dizemos de estratégias de regulação da atividade configuradas em termos de nó (cego), gambiarras e o pulo do gato (CUNHA, 2007), que mais evidenciamos no trabalho dos técnicos de enfermagem e que merecem maior investigação.

Em termos empíricos, localizamos uma situação nomeada de vazio de “ocasião de palavras” na versão de um psiquiatra entrevistado ao falar da falta de momentos clínicos de circulação da palavra, de saberes e fazeres criativos. Em contrapartida, os pacientes não pouparam palavras ao verbalizar seus pontos de vista sobre as atividades dos trabalhadores, em especial dos psiquiatras. Eles foram categóricos em localizá-los mais no lugar da medicação do que em qualquer outro dispositivo de relação interpessoal no tratamento.

Compreendemos que a atividade específica mais comum desenvolvida pelos psiquiatras era aquela de “*estar de plantão*”, quer fosse durante o dia, à noite ou final de semana, dentro e/ou fora do CAPS, em serviços de urgência psiquiátrica. A partir dessa atividade, encontramos uma diversidade de outras evidenciadas em lugares e posições por eles ocupados nos processos de trabalho. Primeiramente, o mais comum, aquele de *retaguarda* (estar em posição de espera para qualquer tarefa demandada): uma denominação muito comum para o trabalho do psiquiatra.

Em tempo real de trabalho, evidenciamos outras posições na atividade dos psiquiatras. Aquela de *Condutor* (sozinho) do caso (clínico) do paciente, *Consultor* em diversas ocasiões (em especial em tomadas de decisões clínicas de urgência da equipe), *Coadjuvante* na construção e condução de *Projetos Terapêuticos Individuais* de pacientes por outros trabalhadores. Por último, *Técnicos de Referência* (TR): um posicionamento raro de existência em nossos achados empíricos. Trata-se daquele trabalhador que referencia o paciente, que se responsabiliza pelo seu tratamento do serviço, que constrói o caso clínico em parceria com os outros trabalhadores. Espera-se que este técnico seja qualquer trabalhador (de nível superior) do CAPS, mas, na prática, este lugar é muito pouco ocupado pelo psiquiatra. Em síntese, as atividades acima elencadas orientam posicionamentos ocupados pelos psiquiatras na cena do *trabalho real*. Evolutivamente, evidenciamos: o *psiquiatra do CAPS*, o *trabalhador psiquiatra*, o *trabalhador psiquiatra coletivo* e o *trabalhador psiquiatra coletivo-anômalo*. São posicionamentos que refletem o movimento individual e coletivo de inserção do psiquiatra no trabalho e no *projeto-herança* desses serviços (SCHWARTZ; DURRIVE, 2007).

Ao analisarmos de perto o *trabalho real* do psiquiatra, percebemos que ele se mostrava, muitas vezes, bastante sobrecarregado. Na maioria das vezes, de posse de uma caneta, um carimbo, blocos de receituários e/ou folhas de prescrição (medicamentosa) da Permanência-Dia (PD), Hospitalidade Noturna (HN) e/ou

⁹Segundo a Linha Guia de Saúde Mental (MINAS GERAIS, 2006), o matriciamento significa uma política de apoio a equipes de trabalho da rede básica, onde os CAPS desenvolvem um papel importante de formador de opinião.

Pernoite (PN) dos pacientes, ou em posição de espera (retaguarda) do que em estado de “antecipação/confrontação” (SCHWARTZ; DURRIVE, 2007) clínica e anômala com o outro parceiro de trabalho.

Os processos de desvalorização, de desrespeito e de falta de *reconhecimento* no/ pelo trabalho foram temáticas presentes nos bastidores do trabalho nos CAPS.

DEBATENDO OS INGREDIENTES DE COMPETÊNCIA

Retomamos os seis *Ingredientes de Competência* (IGRs) da atividade, objetivando apresentar uma reflexão conclusiva acerca da atividade de trabalho do psiquiatra nos CAPS estudados. Em termos de configuração, verificamos uma forte adesão do psiquiatra ao IGR1 – “talvez o mais fácil de ser compreendido, mas isso não quer dizer que ele seja o mais fácil de ser adquirido” (SCHWARTZ; DURRIVE, 2007, p.209).

Verificamos uma tendência à hipertrofiação do IGR2, mesmo que o psiquiatra não conheça a singularidade de todos os pacientes. Para realizar seu trabalho, ele mesmo reconhece a importância de conhecer o mínimo necessário do percurso de vida dos pacientes, em especial para desenvolver sua atividade de *Consultor, Condutor, Coadjuvante e Técnico de Referência*. Com relação à infiltração da história na situação de trabalho, os psiquiatras demonstraram interesse pelo percurso da Reforma Psiquiátrica brasileira, porém, na maioria das vezes, tecendo comentários e críticas duras e incisivas quanto à prevalência dos aspectos ideológico-militantes de Luta Antimanicomial em detrimento do (re)conhecimento das reais condições de trabalho pelos gestores dos CAPS. Eles foram categóricos em dizer que não há um respeito pelas suas diferenças e estilos profissionais em aceitar e praticar os princípios da Reforma Psiquiátrica.

A partir da triangulação dos ingredientes, o IGR3 mostra-se invertido entre o IGR1 e o IGR2 (SCHWARTZ; DURRIVE, 2007, p.213), justamente por se tratar de uma posição intermediária entre os saberes protocolares e a história, guiando a escolha e a tomada de decisão numa situação particular. Se por um lado, ele apresenta um grande conhecimento técnico da Psiquiatria (da nosologia da doença, da psicopatologia e da psicofarmacologia), por outro, percebemos um desarranjo na articulação dessas duas dimensões (IGR1 e IGR2) para a tomada de decisão certa no momento certo da urgência. Uma fraca capacidade de colocar em dialética o caso e o aspecto singular da situação com os *saberes instituídos*.

Quanto ao IGR4, percebemos um baixo potencial de mobilização de *debates de normas* e valores requisitados para confirmar a boa decisão a ser tomada, uma vez que eles se apresentavam o tempo todo sobrecarregados de pacientes para avaliar e tomar uma conduta, principalmente medicamentosa. Constatamos uma tímida movimentação dos psiquiatras no sentido de compreender as dificuldades, assimilar e reproduzir as conquistas dos referidos projetos de Saúde Mental em forma de “patrimônio/herança”. Ou seja, de reconhecer o ambiente do CAPS como seu meio de trabalho e pertencimento aos processos coletivos de trabalho das equipes.

Com relação ao IGR5, o psiquiatra não se mostrou um intruso no CAPS. Ao contrário, ele faz parte da equipe, porém, na maioria das vezes, numa posição diferenciada de evidência, em que seu trabalho técnico e específico (de diagnosticar e medicar pacientes) é o tempo todo solicitado pela equipe, mesmo à revelia de seu desejo de realizar outras atividades coletivas, por exemplo. Assim, esse ingrediente se fragiliza no processo de trabalho, uma vez que ele requer uma revalorização e duplicação de todos os outros, na medida em que o meio, o ambiente do CAPS, adquire um valor de existência na vida profissional do psiquiatra. Situação esta que se mostrou bastante diferente para uma grande parte dos outros trabalhadores que, mesmo que o CAPS apresente uma enorme diversidade de problemas, ao se envolverem frequentemente com as atividades individuais e coletivas, bem como os muitos conflitos cotidianos do serviço, desenvolvem e veiculam um sentimento de valor e pertencimento ao seu ambiente de trabalho.

Por último, o IGR6, um ingrediente bastante polêmico com respeito ao trabalho do psiquiatra. Mesmo que ele queira fazer parte da equipe, mobilizando os saberes da Psiquiatria em seu hibridismo e apresentando outros tipos de saberes, a equipe o convoca no lugar de centralização da medicina, da Psiquiatria e da medicação, reconfigurando para ele um lugar evidente (e antigo) de saber e poder no coletivo de trabalho. O referido ingrediente também se fragiliza na medida em que o psiquiatra, na maioria das vezes, apresenta dificuldade em exercer a modéstia, aceitar o questionamento vindo de outros saberes e devolver à equipe outros questionamentos. Por outro lado, a fala abaixo contradiz essa situação, exemplificando a mobilização de uma psiquiatra de uma posição confortável para se apresentar no trabalho coletivo, em equipe:

Por exemplo, eu já tive dia de estar atendendo dentro da sala... ambulatório... e eu escutar o barulho do vidro quebrando, eu não espero me chamar não, eu já levanto, abro a porta e já vou. Por quê? Porque eu sei que, se eu não for, na hora que eu chegar lá, se eu esperar alguém vir me chamar, o negócio já vai ter triplicado... o problema, né? **Então, isso que eu chamo de trabalho em conjunto: é quando tem um barulho, um grito, todo mundo já está "atenado" e se julga assim... comprometido... como o negócio, tipo assim, "tão" me chamando, "tão" precisando de mim.** (Psiquiatra 2, grifo nosso). (SILVA, 2010, p.49).

ALGUMAS CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa desvela as condições e contradições de inserção da Psiquiatria e do psiquiatra no CAPS. Em termos gerais, concretos e materiais do *trabalho real*, verificamos um movimento de centralização da medicina e do psiquiatra à revelia de todo o movimento de Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial. Entre as diversas variáveis determinantes deste mecanismo, não se trata de tecer generalizações, culpabilizando esse profissional por ele mesmo, mesmo que muitos o façam ou queiram fazê-lo. Mas, antes, compreender a contribuição dos processos de trabalho multiprofissionais nesta operação.

Em se tratando dos aspectos político-antimanicomiais do CAPS, de um lado, verificamos uma forte exigência ideológica em favor da reforma, exprimindo conquistas, além de um posicionamento e uma postura política dura, firme e clara, contraponto ao

modelo asilar e ao hospital psiquiátrico. Por outro lado, esse mesmo mecanismo tem mascarado as realidades concretas e materiais de trabalho, prejudicando a adesão de novos psiquiatras e outros trabalhadores, dificultando os processos clínicos de construção de *Projetos Terapêuticos Individuais* no coletivo de trabalho.

Depois de todo esse debate, vale ressaltar que todos os achados empíricos aqui relatados sobre o trabalho no CAPS não dizem respeito exclusivamente a esses serviços, mas ao mundo laboral, em especial àquele em que o trabalho multiprofissional, interdisciplinar e coletivo é demandado.

Compreendemos que o CAPS é um dos dispositivos da Reforma Psiquiátrica brasileira e, segundo a presente pesquisa, ele têm caminhado para um processo de institucionalização no cenário das novas propostas de tratamento. Acreditamos que um caminho para se tentar reverter essa situação seria localizá-lo num espaço-tempo intermediário entre as forças instituintes e constituídas de transformação, ou seja, um lugar de tensionamento entre práticas de trabalho tradicionais e inovadoras em Saúde Mental e Psiquiatria. Um mecanismo claramente elucidado pela postura da Ergologia de *desconforto intelectual*, convidando-nos para a criação de *Dispositivos Dinâmicos a Três Polos* (DD3P) abertos, de contrapoder e, inclusive, de contrarreforma, promovendo novas modificações nas políticas nacionais de Reforma Psiquiátrica e a mobilização de novos saberes e práticas.

Mesmo à revelia de toda a problemática que desvelamos, verificamos que as referidas redes de Saúde Mental de Belo Horizonte e Betim apresentam grande visibilidade no cenário nacional das políticas de Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial. Especialmente quando se trata do objetivo de responder, de forma integral, à complexidade da crise do portador de sofrimento mental grave em substituição ao hospital psiquiátrico. Quer dizer, parafraseando Barreto (1999, 2010) em diálogo com a Antipsiquiatria (COOPER, 1967), o CAPS somente terá sua existência garantida à medida que ele conseguir abrir espaços para questionamentos diversos e questionadores impiedosos. Em outro sentido, uma forma de promover a evolução desse *métier*.

REFERÊNCIAS

- ALKMIM, Wellerson (Org.). **Carlo Viganò**: novas conferências. 2.ed. Belo Horizonte: Scriptum Livros, 2012.
- AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- AMARANTE, Paulo (Coord.). **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: NAU, 2003.
- ARBEX, Daniela. **Holocausto brasileiro**. São Paulo: Geração, 2013.
- BARRETO, Francisco Paes. **Reforma psiquiátrica e movimento lacaniano**. Belo Horizonte: Itatiaia, 1999.
- BARRETO, Francisco Paes. **Ensaio de psicanálise e saúde mental**. Belo Horizonte: Scriptum, 2010.
- BARRETO, Francisco Paes. O normal e o patológico para a medicina e para a psiquiatria. In: OLIVEIRA, Rafael Miranda de (Org.). **Seminários em psicopatologia**: da psiquiatria clássica à contemporaneidade. Belo Horizonte: COOPMED, 2013. p.67-74.

BARROS, Vanessa Andrade de. Ilusão e relações sociais. **Pulsional Revista de Psicanálise**, v.14, n.152, p.114-123, dez. 2001.

BENDASSOLLI, Pedro F.; SOBOLL, Lis Andréa Pereira. **Clínicas do trabalho**: novas perspectivas para compreensão do trabalho na atualidade. São Paulo: Atlas, 2011.

BERCHERIE, Paul. **Os fundamentos da clínica psiquiátrica**: história e estrutura do saber psiquiátrico. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1989.

BILLIARD, Isabelle. **Santé mentale et travail**: l'émergence de la psychopathologie du travail. Paris: La Dispute, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, II e III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, conforme disposto nesta portaria. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 fev. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, 26 dez. 2011.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. 4.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

CARRETEIRO, Teresa Cristina O.; BARROS, Vanessa Andrade. Clínicas do trabalho: contribuições da psicossociologia no Brasil. In: BENDASSOLLI, Pedro F.; SOBOLL, Lis Andréa Pereira. **Clínicas do trabalho**: novas perspectivas para compreensão do trabalho na atualidade. São Paulo: Atlas, 2011. p.208-257.

CHAZAUD, Jaques; BONNAFÉ, Lucien. **La folie au naturel**: le premier Colloque de Bonneval comme moment décisif de L'histoire de la Psychiatrie. Paris: L'Harmattan, 2005.

CLOT, Yves. **A função psicológica do trabalho**. Tradução de Adail Sobral. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006.

COOPER, David Graham. **Psiquiatria e antipsiquiatria**. São Paulo: Perspectiva, 1967.

COUPECHOUX, Patrick. **Un monde de fous**: comment notre société maltraite ses malades mentaux. Paris: Editions du Seuil, 2006.

CUNHA, Daisy Moreira (Org.). **Trabalho**: minas de saberes e valores. Belo Horizonte: NETE/FaE/ UFMG, 2007.

DEJOURS, Christophe; LANCMAN, Selma; SZNELWAR, Laerte Idal. **Christophe Dejours**: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

DURRIVE, Louis. **L'expérience des normes**: comprendre l'activité humaine avec la démarche ergológica. Paris: Octarès, 2015.

FOSSATI, Philippe (Dir.). **Imagerie cérébrale en psychiatrie**: contributions physiopathologiques de la neuro-imagerie. Paris: Lavoisier-Médecine Sciences, 2015.

FOUCAULT, Michel. **A história da loucura na idade clássica**. 5.ed. São Paulo: Perspectiva, 1997.

FOUCAULT, Michel. **O poder psiquiátrico**: curso dado no Collège de France (1973-1974). São Paulo: Martins Fontes, 2006.

FURTADO, Juarez Pereira; CAMPOS, Rosana Onocko. A transposição das políticas de saúde mental no Brasil para a prática nos novos serviços. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v.8, n.1, p.109-122, 2005.

GUÉRIN, François *et al.* **Compreender o trabalho para transformá-lo**: a prática da ergonomia. São Paulo: Edgard Blucher, 2001.

- LE GUILLANT, Louis. **Quelle psychiatrie pour notre temps?** travaux et écrits de Louis Le Guillant. Toulouse: Éditions Érès, 1984.
- LHUILIER, Dominique. **Cliniques du travail.** Toulouse: Éditions Érès, 2008.
- LIMA, Maria Elizabeth Antunes. A questão do método em psicologia do trabalho. In: GOULART, Iris Barbosa (Org.). **Psicologia organizacional e do trabalho:** teoria, pesquisa e temas correlatos. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002. p.123-132.
- LIMA, Maria Elizabeth Antunes (Org.). **Escritos de Louis Le Guillant:** da ergoterapia à psicopatologia do trabalho. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006.
- LOBOSQUE, Ana Marta. **Experiências da loucura.** Rio de Janeiro: Garamond, 2001.
- LUCA-BERNIER, Catherine de. **L'entre-corps:** la symbiose partielle dans l'approche des psychoses en psychothérapie institutionnelle. Paris: MJW Fédition, 2013.
- MERHY, Emerson Elias. **Saúde:** a cartografia do trabalho vivo. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2005.
- MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. **Atenção em saúde mental:** linha guia. Belo Horizonte: Secretaria de Estado da Saúde, 2006.
- MOTA, André; MARINHO, Maria Gabriela S. M. C. (Org.). **História da psiquiatria:** ciência, práticas e tecnologias de uma especialidade médica. São Paulo: CD.G Casa de Soluções e Editora, 2012.
- OLIVEIRA, Rafael Miranda de. **Seminários em psicopatologia:** da psiquiatria clássica à contemporaneidade. Belo Horizonte: COOPMED, 2013.
- PAIM, Isaías. **Tratado de clínica psiquiátrica.** São Paulo: EPU, 1991.
- PASSOS, Izabel Christina Friche. **Reforma psiquiátrica:** as experiências francesa e italiana. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.
- SCHWARTZ, Yves. **Le paradigme ergologique ou un métier de philosophie.** Toulouse: Octarès Éditions, 2000.
- SCHWARTZ, Yves. Ergonomia, filosofia e exterritorialidade. In: DANIELLOU, François (Org.). **A ergonomia em busca de seus princípios:** debates epistemológicos. São Paulo: Edgard Blucher, 2004.
- SCHWARTZ, Yves. Un bref aperçu de l'histoire culturelle du concept d'activité. **Activités**, v.4, n.2, p.122-133, 2007.
- SCHWARTZ, Yves. **Expérience et connaissance du travail.** Paris: Messidor/Les Éditions Sociales, 2012.
- SCHWARTZ, Yves; DURRIVE, Louis (Org.). **Trabalho e ergologia:** conversas sobre a atividade humana. Niterói, RJ: EDUFF, 2007.
- SILVA, Enio Rodrigues da. **A atividade de trabalho do psiquiatra no CAPS – Centro de Atenção Psicossocial:** pois é José... 2010. 236 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Belo Horizonte, 2010.
- TENÓRIO, Fernando. **A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica.** Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.
- TOSQUELLES, François. **Le travail thérapeutique en psychiatrie.** Toulouse: Éditions Érès, 2012.
- VALLADARES, Licia. Os dez mandamentos da observação participante. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v.22, n.63, p.153-155, fev. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69092007000100012>. Acesso em: 19 abr. 2017.

Data da submissão: 14/03/2017

Data da Aprovação: 03/06/2017