



Psicologia & Sociedade

ISSN: 0102-7182

revistapsisoc@gmail.com

Associação Brasileira de Psicologia Social  
Brasil

Ramminger, Tatiana; Cruz de Brito, Jussara  
"CADA CAPS É UM CAPS": UMA COANÁLISE DOS RECURSOS, MEIOS E NORMAS PRESENTES  
NAS ATIVIDADES DOS TRABALHADORES DE SAÚDE MENTAL  
Psicologia & Sociedade, vol. 23, 2011, pp. 150-160  
Associação Brasileira de Psicologia Social  
Minas Gerais, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309326564018>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica  
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal  
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

# **“CADA CAPS É UM CAPS”: UMA COANÁLISE DOS RECURSOS, MEIOS E NORMAS PRESENTES NAS ATIVIDADES DOS TRABALHADORES DE SAÚDE MENTAL**

## *“EACH CAPS IS A CAPS”: A COANALYSIS OF RESOURCES, TOOLS AND STANDARDS AVAILABLE IN THE ACTIVITIES OF MENTAL HEALTH WORK*

**Tatiana Ramminger**

*Universidade Federal Fluminense, Volta Redonda, Brasil*

**Jussara Cruz de Brito**

*Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil*

---

### **Resumo**

Este artigo propõe uma ampliação de diálogo em um duplo sentido. Diálogo entre os campos da Saúde Mental e da Saúde do Trabalhador e diálogo entre os pesquisadores e os trabalhadores. Valendo-se do dispositivo metodológico da Comunidade Ampliada de Pesquisa, colocamos em diálogo os saberes acadêmicos e os saberes da experiência cotidiana dos trabalhadores dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps), visando compreender quais são os recursos, meios e normas disponíveis para o desenvolvimento do trabalho em saúde mental. Percebemos o quanto os trabalhadores de saúde mental têm que ser engenhosos em suas atividades, fazendo a gestão de inúmeras normas conflitantes (burocracia administrativa X plasticidade, oferta do serviço X demanda dos usuários, demanda dos gestores municipais X demanda do gestor estadual, Caps X ambulatório, etc.), muitas vezes sem os recursos e meios fundamentais para a realização de suas atividades, fragilizando e exaurindo o trabalhador em um “uso exarcebado de si”.

**Palavras-chave:** serviços de saúde mental; saúde do trabalhador; atividade de trabalho; reforma psiquiátrica; centros de atenção psicossocial.

### **Abstract**

This paper proposes an expansion of dialogue in a double sense. Dialogue between the fields of Mental Health and Occupational Health, and dialogue between researchers and workers. Building on the methodological device of the Community Extended Search, we put in dialogue the academic knowledge and the knowledge of the everyday experience of workers from the Psychosocial Care Centers (Caps), to understand what are the resources, tools and standards available for the development of mental health work. We realize how much mental health workers have to be ingenious in their activities, making the management of numerous conflicting rules (administrative bureaucracy X plasticity; service supply X demand of users, demand of the municipal managers X demand of the state managers; Caps X clinic etc.), often without the resources and means necessary for performing their activities, weakening and depleting the worker in an “overdone use of himself.”

**Keywords:** mental health services, occupational health; activity of work; psychiatric reform; psychosocial care centers.

---

### **Introdução**

O principal objetivo deste artigo é ampliar o diálogo entre dois importantes campos da saúde que parecem distantes um do outro, embora tratem de tantos temas comuns, os campos da Saúde Mental e da Saúde do Trabalhador. Busca também a ampliação do diálogo entre

trabalhadores e pesquisadores, imprescindível para a coprodução de saberes sobre a relação entre trabalho e saúde. Para isso, precisamos de uma língua comum. O maior desafio talvez seja este – construir uma língua em comum que nos possibilite o verdadeiro diálogo, saindo da prática recorrente dos “falsos diálogos”, onde a palavra do outro só é ouvida na medida em que valoriza meu próprio discurso (Faita, 2005).

Para tanto é necessário, como bem aponta Schwartz (2000), uma “humildade ética e epistemológica”. Uma disponibilidade para a troca genuína, que exige humildade dos pesquisadores para assumir sua ignorância frente aos saberes produzidos no cotidiano dos trabalhadores (saberes da experiência) e, da mesma forma, humildade dos trabalhadores para aprender com o saber conceitual e acumulado dos pesquisadores (saberes disciplinares). Essa foi nossa principal aposta, afirmando a importância não apenas de incorporar o saber dos trabalhadores aos estudos acadêmicos, mas de auxiliar no desenvolvimento (no sentido vygotskyano) de suas experiências de trabalho, ou seja, torná-las mais fortes e potentes, ampliando a capacidade de agir dos trabalhadores (Clot, 2006). Nessa direção, inspiradas em Canguilhem (2006), compreendemos que a produção de saúde no trabalho está diretamente relacionada com a ampliação da capacidade de ação normativa do coletivo dos trabalhadores, e não apenas com a luta contra o sofrimento ou adoecimento.

Como campo empírico, elegemos os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), apontado como centro irradiador e principal dispositivo da atual política nacional de saúde mental do Ministério da Saúde, pautada nos princípios da reforma psiquiátrica, sobretudo a partir da Lei 10216/01. Há pouco mais de dez anos, os Caps eram uma experiência bancada fundamentalmente por “militantes”, com o objetivo de serem serviços “substitutivos” ao hospital psiquiátrico. Hoje são mais de 1500 espalhados pelo Brasil e integram a política “oficial” do governo, que tem o compromisso de efetivar a transição de um modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico para um modelo de atenção comunitário. Se no início deste redirecionamento da política de saúde mental, apenas 5% dos recursos eram destinados para ações fora do hospital psiquiátrico, em 2009 este percentual foi de 67,7% (Ministério da Saúde, 2010).

Novas experiências têm se desenvolvido nestes espaços, mas como têm sido compartilhadas? Em que medida o fechamento dos manicômios garante o fim das práticas manicomialistas? A institucionalização da reforma psiquiátrica como política pública reduz sua potência como movimento instituinte, transformando-a em mais um, entre tantos outros, discursos hegemônicos e impermeáveis? E, particularmente, que transformações aconteceram nos modos de trabalhar? Serão as condições e possibilidades de trabalho nos Caps melhores ou mais dignas do que aquelas do hospital psiquiátrico? Elas são discutidas e compartilhadas? Como? Há preocupação efetiva com a produção de saúde no trabalho, não só para usuários e familiares, mas também para os trabalhadores? Será possível sustentar uma rede de saúde mental robusta como a que se pretende, sem o protagonismo e valorização dos trabalhadores? Essas

foram algumas das perguntas que motivaram e guiaram nosso estudo, embora nosso objetivo não tenha sido chegar a respostas conclusivas ou definitivas.

## Afinal, o que são os Caps?

O Caps é um serviço aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde, que tem como objetivo acolher as pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, num dado território, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, evitando as internações e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias. É sua função, ainda, organizar a demanda e a rede de saúde mental em seu território, supervisionando e capacitando os profissionais da rede básica e das unidades hospitalares, regulando a porta de entrada da rede de assistência e cadastrando os pacientes que utilizam medicação psiquiátrica.

Aqui já temos uma especificidade do Caps em relação a outras unidades de saúde: seu objetivo não é apenas o cuidado clínico, mas também a reabilitação psicossocial (com oficinas de geração de renda, por exemplo) e a organização da rede de saúde mental em seu território. Assim, se o “centro” da rede de saúde é a Unidade Básica, na saúde mental esse “centro” é o Caps.

Considerando as diretrizes das Portarias MS 336/02 e 2841/10 que regulamentam estes serviços, os Caps têm seis diferentes modalidades, considerando a população de abrangência, o modo de funcionamento, a especificidade da demanda e a composição da equipe: Caps I (até 70.000 habitantes), Caps II (até 200.000 habitantes), Caps III (acima de 200.000 habitantes e funcionamento 24 horas), Caps I II (infância e adolescência), Caps ad II (álcool e drogas) e Caps ad III (álcool e drogas 24 horas). A equipe deve ser composta por pelo menos um médico (geralmente psiquiatra, com exceção do Caps I), um enfermeiro, profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, entre outros, de acordo com o projeto terapêutico do serviço) e profissionais de nível médio (técnicos/auxiliares de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional, artesão, entre outros).

A forma de faturamento dos serviços também é diferenciada, pois não segue a lógica ambulatorial (por procedimento), privilegiando a intensividade do cuidado. Procedimento é aqui entendido como as diferentes modalidades de assistência prestada pela equipe do Caps (atendimento individual ou em grupo, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atendimento à família, atividades comunitárias, entre outras). Quanto à função do Caps como gestor e organizador da rede de saúde mental de seu território, não há forma de remuneração específica.

Em relação ao modo de organização do serviço, em uma publicação intitulada “Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial” (Ministério da Saúde, 2004), conhecida como “Manual dos Caps”, o Ministério da Saúde define que todas as atividades desenvolvidas no Caps tenham finalidade “terapêutica”, chamando à “construção permanente de um ambiente facilitador, estruturado e acolhedor, abrangendo várias modalidades de tratamento” (Ministério da Saúde, 2004, p.16). Ao chegar ao Caps, o usuário passa pelo acolhimento (alguns serviços também denominam como “recepção”), que pode ser individual ou em grupo, realizado por um ou mais profissionais, objetivando realizar uma primeira escuta, compreendendo de forma mais abrangente possível a situação que levou o usuário a procurar o serviço. A partir desse primeiro contato, a equipe definirá um Técnico de Referência (geralmente quem fez o acolhimento e/ou com quem o usuário tem maior vínculo), que será o trabalhador responsável por pactuar, junto com o usuário e seus familiares, um Projeto Terapêutico Individual (ou Singular), em que serão definidas as atividades e a frequência de participação no serviço. Esse Projeto deve ser revisto e avaliado periodicamente, tanto com a equipe do Caps quanto com o usuário e seus familiares.

Se até aqui apresentamos as diretrizes para o funcionamento dos Caps, entendemos que a efetivação desta proposta se dá em contextos específicos e singulares, tendo os trabalhadores de saúde mental como protagonistas. Assim, interessa-nos analisar como as recomendações do Manual do Caps e dos demais documentos que definem a organização dos serviços de saúde mental são atualizadas no cotidiano, as dificuldades e desafios que os trabalhadores encontram e que saberes práticos produzem em suas atividades. Por esse motivo, recorreremos às contribuições da Ergologia e da Clínica da Atividade, das quais apresentamos, a seguir, alguns conceitos essenciais para pensar o trabalho em saúde mental sob o ponto de vista da atividade.

### **Contribuições do ponto de vista da atividade**

Uma das disciplinas que mais contribuiu para este debate em torno da noção de atividade foi a ergonomia francófona, que cunhou o termo “atividade”, para diferenciar o trabalho efetivamente realizado da mera prescrição de uma tarefa. O trabalho prescrito é definido como “um conjunto de condições e exigências a partir das quais o trabalho deverá ser realizado” (Alvarez & Telles, 2004, p.67), ou seja, incluindo tanto as condições dadas para a realização de um trabalho (ambiente físico, matéria-prima, condições socioeconômicas) como as

prescrições propriamente ditas (normas, ordens, resultados exigidos). A ergonomia esforça-se em demonstrar que esse trabalho prescrito jamais corresponde ao trabalho real, pois, ao realizar uma tarefa, o trabalhador se depara com diversas fontes de variabilidade, desde as mais técnicas até as mais subjetivas. Entre o trabalhador e a tarefa temos, portanto, um terceiro elemento: a atividade de trabalho, que consiste justamente na realização (sempre singular) de um trabalho, considerando-se tanto o trabalho prescrito como as variabilidades que têm que ser geridas pelo trabalhador.

É nesse sentido que Alvarez e Telles (2004) apresentam os recentes debates em torno do trabalho prescrito e sugerem o conceito de “normas antecedentes”, desenvolvido por Schwartz (inspirado por Canguilhem), como possibilidade de ampliar a noção de atividade de trabalho, posto que inclui, mas não se restringe, às prescrições. Ao falar de normas antecedentes, Schwartz (2007a) busca circunscrever tudo aquilo que tem o papel de se antecipar e pré-definir a atividade, onde três dimensões se destacam:

1. A dimensão da heterodeterminação, com as prescrições, regras, regulamentos e tecnologias disponíveis para a realização da atividade;
2. A dimensão histórica, que diz respeito a aquisições da experiência acumulada de um ofício, criando um patrimônio conceitual, científico e cultural dos coletivos de trabalho que formam valores e buscam guiar a atividade ou até mesmo constrangê-la;
3. A dimensão dos valores (dimensionáveis e não dimensionáveis), que retratam um campo de lutas, em uma conjuntura social específica, que podem espelhar a preocupação tanto com a afirmação da vida (saúde, educação, trabalho, segurança) como com interesses do tipo mercantil.

Mesmo com esse conceito ampliado de normas antecedentes, Schwartz (2007a) afirma que não há possibilidade de uma antecipação total da atividade, propondo a noção de “vazio de normas” para falar daquilo que escapa, que não foi bem previsto ou mesmo não pode ser previsto. Se a vida é “atividade de oposição à inércia e à indiferença” não se restringindo à mera adaptação, e se o meio é sempre “infel” (Canguilhem, 2006), Schwartz acredita que o ser humano recria seu meio de trabalho e afirma sua capacidade normativa, produzindo novas normas, em um movimento por ele denominado de renormatização (ou ação normativa).

Trabalhar é ter que gerir diferentes normas (por vezes contraditórias): tanto as impostas à atividade como as instituídas pela própria atividade; e diferentes valores (igualmente por vezes contraditórios): os do meio e aqueles do trabalhador. É nesse sentido que Schwartz (2007b) afirma que a atividade envolve sempre uma dialética entre heterodeterminação (uso de si

por outro) e singularização (uso de si por si), denominando como “dramáticas de uso de si” a esta dinâmica de determinações contraditórias e enigmáticas.

Nos serviços de saúde há um encontro entre diferentes vontades, sujeitos e necessidades. Mesmo na atividade de cada profissional de saúde, diferentes negociações de eficácia são realizadas. Segundo Schwartz (2005)<sup>1</sup>, o fato de uma auxiliar de enfermagem ajudar ou não um paciente a fazer sua própria higiene reflete um cálculo complexo: o valor tempo (dimensionado com o objetivo de redução do período de internação) pode entrar em conflito com o valor cuidado. Assim, podemos nos perguntar, quais debates e dramáticas tornam possível o trabalho em saúde? Acalmar um paciente para dormir ou administrar um sonífero? Insistir na alimentação via oral de alguém debilitado ou colocá-lo no soro? Acompanhar uma pessoa com dificuldades de locomoção ao banheiro ou alcançar-lhe a comadre? Dopar um paciente psiquiátrico ou suportar seus delírios? Nesse intenso debate, qual será a escolha do trabalhador? Que valores serão priorizados e por quê?

Esse debate e negociação, mesmo quando a decisão é de um só trabalhador, são sempre coletivos. Se a gestão do trabalho envolve a gestão de múltiplas gestões, cabe salientar que não há igualdade de condições nesse debate e negociação de eficácias. As relações de poder/saber estabelecidas influenciam diretamente as decisões, fazendo desta gestão de múltiplas gestões um campo de conflitos acirrados.

Outra contribuição que queremos aqui destacar é a de Clot (2006) e sua discussão sobre gênero profissional e estilização. Clot afirma que o trabalho só preenche sua função psicológica quando o sujeito consegue atar-se a regras que dão suporte à sua atividade individual, pois “sem lei comum para dar-lhe corpo vivo, o trabalho deixa cada um de nós diante de si mesmo” (Clot, 2006, p. 18). Inspirado em Bakhtin (2003), ele chama de “gênero profissional do coletivo de trabalho” esta “cultura profissional coletiva” que funciona como apoio à formação e competência individual, apontando para a dimensão “genérica” que existe em qualquer atividade (aparentemente) individual de trabalho.

Por outro lado, o trabalho, mesmo que referido a experiências e memórias coletivas, não é possível sem o estilo pessoal de cada trabalhador, ou seja, “o estilo individual torna-se por sua vez a transformação dos gêneros, por um sujeito, em recursos para agir em suas atividades reais” (Clot, 2006, p. 50). Da mesma forma, o gênero tem que ser visto mais como um movimento do que como um estado, pois também se transforma a partir destas estilizações, pois “o estilo retira ou liberta o profissional do gênero, não negando este último, não contra ele, mas graças a ele, usando seus recursos, suas

variantes, em outros termos, por meio de seu desenvolvimento, impelindo-o a renovar-se” (Clot, 2006, p. 41).

Será que podemos falar de um gênero profissional do trabalho em saúde mental, sobretudo a partir da passagem recente dos cuidados centralizados nos hospitais psiquiátricos para o cuidado em serviços territoriais, de base comunitária? Um gênero de atividade forte sustentaria a atividade no sentido de reger e apoiar os comportamentos e as decisões individuais de cada trabalhador. Ao contrário, quando o gênero profissional está fragilizado, o trabalhador sente sua decisão solitária, temendo não ter agido da maneira adequada ou ser alvo de críticas futuras (Ramminger & Brito, 2008).

De qualquer forma, podemos afirmar que a reforma psiquiátrica traz elementos complexificadores para a atividade do trabalhador de saúde mental. À dupla função da psiquiatria (cuidado e tutela) somam-se muitas outras. O cuidado em saúde mental não pode mais ser reduzido a uma atividade caridosa ou à execução de tarefas, baseada em um conhecimento técnico-científico. Exige, agora, um trabalhador implicado política e afetivamente com o projeto de transformação do modo como a sociedade tem se relacionado com a loucura, que trabalhe de forma interdisciplinar, em uma articulação da gestão com a clínica, circulando pela cidade, considerando um duplo papel: ser agenciador tanto do cuidado como da rede – e não apenas da rede de saúde, mas de uma rede de suporte social.

Passemos agora da “grande angular” à “lupa”, conhecendo algumas conclusões da nossa Comunidade Ampliada de Pesquisa.

### **Atividades de trabalho em um Caps do interior do Rio de Janeiro: passos e procedimentos metodológicos da pesquisa**

O Caps pesquisado fica em um dos doze municípios que compõem a região do Médio Paraíba, no interior do Rio de Janeiro, a qual concentra 5% da população do Estado. Município outrora promissor que se desenvolveu a partir da expansão da cultura cafeeira e da construção da linha férrea, a cidade foi a mais importante da região e cresceu de forma ininterrupta até os anos 1970, vivendo desde então um processo vertiginoso de decadência. Atualmente tem cerca de 96.000 habitantes, em uma extensão territorial de 582 km<sup>2</sup>, caracterizando-se pela ocupação desordenada e a criação de grupamentos periféricos isolados entre si (distritos).

Em relação à política de saúde mental, o município foi sede de um “Asilo-Colônia de Alienados”, fundado em 1904, em torno do qual se desenvolveu uma comunidade e todo imaginário social sobre a loucura do município. O local foi desativado em 1997, após várias

intervenções públicas decorrentes de denúncias de mortes, violência, epidemia, entre outras situações (infelizmente) comuns nesses estabelecimentos. No entanto, conforme mencionado no “Projeto para Implantação dos Dispositivos Residenciais Terapêuticos”, do Programa de Saúde Mental do Município, datado de 2008, não publicado, “o fechamento do Hospital foi uma decisão unilateral do Estado, não tendo tido nenhuma relação com uma possível formulação e construção de novas políticas públicas de saúde mental para o município”.

De acordo com o mesmo Projeto, o Programa de Saúde Mental foi implantado em 1993, primeiro com um Ambulatório e depois com um Caps I, inaugurado em 2000, sendo que ambos os serviços funcionam no mesmo local e com a mesma equipe técnica. O Ambulatório-Caps é o único recurso em saúde mental do município, instalado em uma casa antiga, em uma rua sem saída, na região central da cidade, em frente à linha de trem.

Na parte de cima, temos a recepção, uma sala de espera com televisão, uma sala para oficinas também utilizada como refeitório, uma cozinha e três salas de atendimento. Na parte de baixo, antiga garagem da casa, funciona o Bazar (oficina de geração de renda, com venda de roupas usadas, estilo “brechó”) e as oficinas de música.

A equipe, à época da pesquisa (2008-9), era composta por dois recepcionistas (um homem e uma mulher), uma auxiliar de serviços gerais, um auxiliar de enfermagem, duas médicas (uma psiquiatra e uma ginecologista), uma enfermeira, uma assistente social, uma terapeuta ocupacional e quatro psicólogas. Havia, ainda, uma voluntária que coordenava a oficina de música. As atividades oferecidas pelo serviço eram oficinas (música, caminhada, jornal, artes, video, bazar, beleza), grupos terapêuticos, atendimento individual, acolhimento, visitas domiciliares e hospitalares, e assembleia.

Após conhecermos o contexto, realizamos sete encontros com o coletivo de trabalhadores e, da mesma forma, sete encontros entre o coletivo de pesquisadores, visando organizar os encontros com os trabalhadores, na perspectiva de constituição de uma Comunidade Ampliada de Pesquisa.

A Comunidade Ampliada de Pesquisa é uma proposta formulada por pesquisadores brasileiros, na linhagem de pesquisa-intervenção (Brandão, 1999; Thiollent, 1982, 1999), neste caso inspirados nas contribuições de Ivar Oddone (Comunidade Científica Ampliada), Yves Schwartz (Dispositivo Dinâmico de Três Pólos) e Paulo Freire (Educação Popular). Seu objetivo é constituir uma rede de encontros de saberes, reunindo pesquisadores e trabalhadores, em uma coanálise sobre os processos de trabalho, subjetivação e saúde (Brito & Athayde, 2003).

Os encontros tiveram duração média de 1h30min, sendo realizados durante as reuniões de equipe do serviço. A frequência foi quinzenal, com maior espaçamento entre os encontros, quando as demandas do serviço assim exigiam. Todos os encontros foram gravados e depois transcritos. Ressaltamos que a participação dos trabalhadores foi voluntária e se deu mediante a obtenção do seu consentimento informado e da aprovação do estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fiocruz.

Em seguida, destacamos os diálogos que nos chamaram atenção, considerando o trabalho em saúde sob o ponto de vista da atividade, discutindo com os trabalhadores nossas considerações e tentando estabelecer este vaivém entre os saberes disciplinares e os saberes da experiência.

### **Gestões e dramáticas de uso de si**

Desde o início, percebemos que na atividade de trabalho nos Caps predominam as variabilidades em detrimento da estabilidade, requerendo ações normativas constantes dos trabalhadores, naquilo que chamamos de um “uso exacerbado de si”. O trabalho é sempre uso de si, por si e pelo outro. No caso do trabalho nos Caps, as demandas do usuário são sempre fortemente mobilizadoras, assim como as exigências formais colocadas para os serviços. Além disso, o próprio trabalhador se coloca o desafio de exercitar constantemente sua criatividade e capacidade inventiva. Acrescenta-se que a gestão da atividade é coletiva, envolvendo tanto trabalhadores, usuários, familiares como também demandas diversas de outros serviços municipais ou estaduais, sejam da saúde (Estratégia de Saúde da Família - ESF, Hospital Geral, Hospital Psiquiátrico) ou não (Assistência Social, Educação, Câmara de Vereadores, Instituto Nacional do Seguro Social - INSS, Vara Criminal, Ministério Público, entre outros). Portanto, o trabalhador faz um intenso uso de si, fazendo escolhas, tomando decisões e inventando formas de lidar com tantas variabilidades.

Uma das atividades, por exemplo, é responder aos encaminhamentos judiciais, já que o Promotor encaminha pessoas que foram flagradas portando drogas para tratamento no Caps. Diz uma trabalhadora: “*Muitas vezes não há demanda, a pessoa não quer se tratar, mas somos obrigados a atender*”. Há, assim, toda a exigência da gestão de diferentes normas (jurídicas, do serviço, da clínica, do usuário) e valores (atribuídos ao uso de drogas, ao cuidado, à punição). As trabalhadoras relatam como se esforçam em atender a solicitação judicial, mesmo entendendo que não há “demanda”, ao mesmo tempo em que tentam dar algum sentido terapêutico a este encaminhamento.

Outro exemplo é a interferência direta na gestão do serviço de instâncias que legislam e determinam

ações sem sequer conhecer ou respeitar as bases normativas da área de saúde. Durante o trabalho de campo, acompanhamos a determinação, pelo Ministério Público, da criação de um Caps infantil para atendimento de crianças e adolescentes com dificuldades escolares, sem atentar que tal serviço se destina ao atendimento de casos graves de saúde mental, para uma população acima de 200.000 habitantes. Mais uma vez, são as trabalhadoras, localmente, que têm que sustentar o posicionamento da política nacional de saúde mental, em um jogo de forças assimétrico.

O INSS do município não tem psiquiatra, exigindo um laudo de que a pessoa está em tratamento no Caps para a concessão do benefício, em caso de quadros psiquiátricos. Este atravessamento é o principal responsável pela carga de trabalho da psiquiatra que chega a atender mais de quarenta usuários por turno de trabalho. A psiquiatra explica que as pessoas chegam a se vincular ao serviço, apenas para conseguir o atestado: *“Eles já vêm com o discurso pronto... falam, falam e no final eu já espero: e aí, doutora, pode conseguir um atestado pra mim? É a beneficite, já ouviu falar? Este é o diagnóstico!”*

A maneira que ela tem de “avisar” aos colegas de Perícia do caso de “beneficite” é *“escrevendo com uma letra diferente no laudo... Aí eles já sabem e negam o pedido”*. O que leva a psiquiatra a assumir para si, mesmo que implicitamente, esta atividade pericial? Neste momento, podemos dizer que ela vive uma verdadeira “dramática”, tendo que gerir diferentes normas antecedentes: as normas ligadas aos saberes técnicos de sua profissão; aos índices de produtividade e rotinas prescritas aos trabalhadores do Caps; aos acordos entre os trabalhadores de distintos serviços, às expectativas dos usuários, entre outras. Suas escolhas a expõem e fragilizam, sendo alvo de denúncias ao Conselho Municipal de Saúde, aos vereadores, ao secretário municipal de saúde e ao próprio prefeito.

Em recente artigo (Brito, Muniz, Santorum, & Ramminger, 2011) entendemos que problematizar a gestão do trabalho em saúde envolve reconhecer essa dinâmica entre a produção de normas antecedentes e o vazio de normas, que exige renormatizações. No entanto, percebemos também uma “ausência de normas” (apesar de todos os protocolos e manuais), além do vazio de normas (que advém da impossibilidade de antecipação total, própria da vida), na medida em que faltam alguns referenciais fundamentais para a atividade.

A pergunta que se coloca é se os trabalhadores de saúde, de modo geral, vivenciam o seguinte paradoxo: de um lado, encontram-se frente a uma inflação de normas e, de outro, faltam-lhes normas essenciais para realizar sua atividade. Inflação de normas porque as políticas, diretrizes e portarias, entre outros documen-

tos gerados com olhar dirigido à qualidade da atenção à saúde dos usuários dos serviços, apontam múltiplas metas a serem perseguidas, além de várias regulamentações a serem contempladas. No caso dos Caps, como já explicitado, seu objetivo é tanto o cuidado clínico quanto a reabilitação psicossocial de pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, além da organização da rede de saúde mental em seu território. Entretanto, para alcançar esses objetivos de forma coerente com os princípios da reforma psiquiátrica brasileira, muitos são os desafios, sendo alguns deles relativos à ausência de normas fundamentais, como as relacionadas aos exemplos dados acima. Isto porque não há nenhuma orientação sobre como responder aos encaminhamentos jurídicos e às exigências de outras instâncias governamentais, sendo essas demandas recorrentes e, nesse sentido, previsíveis. Do mesmo modo, se a falta de psiquiatra no INSS do município é um fato já conhecido, a existência de regras claras de como proceder no caso citado, considerando os propósitos específicos do Caps, representaria um suporte fundamental à atividade da médica psiquiatra do Caps.

## Hibridismo do serviço e paradoxos

Outro modo de funcionamento que percebemos é que diversas atividades (gestão do serviço, acolhimento, registro em prontuários, etc.) não têm previsão de horário ou agenda. São realizadas no “buraco”, ou seja, no intervalo entre uma atividade e outra. Esses “imprevistos previstos” apontam para as microgestões realizadas pelos trabalhadores, que incluem “aquilo que não se pode fazer para fazer o que deve ser feito”, bem como a gestão de atividades distintas e simultâneas. Refletem, ainda, a forma híbrida e paradoxal como funciona um serviço “dois-em-um”. Aqui não nos referimos apenas ao duplo papel do trabalhador, como agente de cuidado e agenciador de uma rede de cuidados, próprio ao modelo Caps, mas à existência de dois serviços no mesmo local e com a mesma equipe: um Caps e um Ambulatório. É importante esse destaque, pois sabemos que não se trata de uma particularidade deste serviço.

Consideramos que esse funcionamento híbrido é um importante impedimento à atividade de trabalho nos Caps. Nesse caso, o modelo ambulatorial aparece como uma força centrípeta que puxa tudo para si. A equipe, mesmo que implicitamente, identifica o atendimento clínico (seja individual ou em grupo) como sua principal atividade. É assim que ouvimos comentários do tipo: *“As atividades de gestão não são valorizadas. Parece que você não está fazendo nada!”*; *“Eu não queria saber de oficina... não queria saber porque eu não sabia fazer oficina, que eu não sabia qual era o propósito da oficina. Que que eu tô fazendo aqui? Jogando dominó?”*

*Eu achava que não trabalhava, né?”*; ou ainda em uma reunião de equipe: *“Deixa eu trabalhar um pouquinho, vou lá atender!”*, como se a reunião de equipe não fosse “trabalho”.

De modo geral, as atividades coletivas, como oficinas e grupos terapêuticos, são identificadas como atividades-Caps, enquanto os atendimentos clínicos individuais são relacionados como atividades-Ambulatório. Nas atividades relacionadas ao ambulatório, os perfis profissionais parecem estar mais definidos (atendimento realizado pelo psiquiatra, pelo psicólogo, pelo assistente social). O mesmo não acontece com o Caps, que inclui uma gama de atividades que são realizadas por todos os trabalhadores, independente da formação profissional.

Nossa hipótese é que os trabalhadores dos Caps, frente à ausência de normas e aos impedimentos em desenvolver e compartilhar sua atividade, acabam recorrendo justamente ao modelo que pretendem superar. Diversas pesquisas confirmam uma continuidade da divisão sexual e social do trabalho em saúde mental, com hierarquização de funções seja entre homens e mulheres, seja entre técnicos (nível superior) e auxiliares (nível médio). E não apenas esta, mas também muitas outras características do trabalho nos hospitais psiquiátricos tendem a se reproduzir nos novos serviços de saúde mental. Não podemos ser ingênuos, acreditando que fechar manicômios e abrir serviços comunitários garante a ultrapassagem das velhas tecnologias do poder psiquiátrico (Foucault, 2006) ou da lógica da compaixão (Caponi, 2000). Elas estão por toda parte e certamente integram o patrimônio e a memória do coletivo de trabalhadores dos Caps.

Assim acontece com os modos de organização dos serviços e das equipes, ainda fortemente centrados na figura do médico; com as “altas administrativas” (sem caráter terapêutico, mas essencialmente punitivas); com julgamentos morais travestidos de argumentação clínica; com a impossibilidade de atendimento às crises (surtos), encaminhando-as sumariamente para a internação; com a “docilização” pelo encarceramento químico, entre outros tantos exemplos possíveis.

### **As atividades de atenção psicossocial**

Ao borrar as fronteiras dos especialismos, a proposta do Caps entra em conflito com a formação universitária e certa “cultura profissional”, ou ainda, com aquilo que Clot (2006) denominou como gênero profissional, fazendo com que os trabalhadores fiquem confusos em relação ao que podem ou não fazer. Como a assistente social que relata que acham que ela é psicóloga, ou a enfermeira que não sabe se deve ou não coordenar grupos terapêuticos, ou ainda a psicóloga que

diz: *“Tô achando que eu tô trabalhando, quando eu tô fazendo clínica... Outras coisas, eu ficava morrendo de angústia... por estar assim, solta, né?”*

Sendo assim, embora possamos falar de “usos de si” em todas as atividades, o trabalhador parece sentir-se mais exposto (considerando o vazio e a ausência de normas), justamente naquelas atividades ligadas à atenção psicossocial, que não são específicas de nenhum gênero profissional e assumem características muito singulares em cada serviço, conforme os distintos interesses e experiências dos trabalhadores.

Na realização das oficinas, por exemplo, contam muito as preferências pessoais de cada trabalhadora – gostar de embelezar-se, gostar de fazer ginástica, gostar de filmes – que são utilizadas para potencializar os recursos do serviço. Ao falar sobre as oficinas, as trabalhadoras começam dizendo que não fazem “nada demais”: *“apenas dou dicas de esmalte”* (oficina de beleza); *“andamos pela cidade”* (oficina de caminhada); *“assistimos filmes porque na cidade não tem cinema”* (oficina de vídeo). No entanto, aquilo que parece simples vai se desvelando uma trama complexa, a partir da reflexão sobre a atividade.

Assim, na oficina de beleza, a aparência das unhas pode ser um “medidor de crise”. A oficina de caminhada relaciona-se com a memória afetiva dos usuários em seus passeios pela cidade e com a superação de limites bastante simbólicos, como os usuários que “não atravessavam a ponte de jeito nenhum” (fundamental em uma cidade cortada por dois rios!) e hoje já incentivam os outros a fazê-lo... Já a oficina de vídeo sempre foi pensada como “espaço terapêutico”: *“não é a mesma coisa que assistir um filme na sessão da tarde. Aqui eles tem com quem debater. Não sei te explicar, mas eles já vão com um outro olhar”*, diz a coordenadora da oficina de vídeo.

Muitos serviços e políticas são implantados na forma de pacotes impostos, sendo que os integrantes de uma equipe podem ter muita dificuldade em compreender o sentido das mudanças propostas e concretizá-las. Por exemplo: na organização de uma oficina terapêutica devem ser incorporados os princípios das mudanças (que precisam estar então bem assimilados), mas deve-se também decidir qual a dinâmica a ser adotada e contar com os recursos necessários. A questão que buscamos discutir aqui é que a concretização de uma ideia genérica de oficina se dá através da mobilização do trabalhador em atividade – e esta se torna mais difícil se não há indicações dos caminhos a serem percorridos.

Ao contrário da máxima “ninguém é insubstituível”, fica claro que em uma atividade propositalmente pouco regrada, em que a capacidade normativa dos trabalhadores é uma exigência, a mudança ou chegada de apenas uma pessoa altera toda a rotina do serviço. Aqui entramos em um terreno onde mais que a forma-

ção técnica ou o regramento do serviço, o que vale é a história de vida, os valores que cada trabalhador traz consigo e o modo como tudo isso (seus valores, os dos usuários e os de seus colegas) entram em sinergia em determinada situação.

Um bom exemplo desta sinergia é a atividade de coterapia (dois profissionais atendem juntos) nos grupos terapêuticos. Nesse caso, o resultado terapêutico esperado no grupo vai depender da gestão coletiva da atividade entre os trabalhadores e também entre e com os usuários (“o trabalho em coterapia é uma química”, diz uma trabalhadora).

### As normas dos usuários

O trabalho em saúde mental envolve, portanto, um encontro entre trabalhadores e usuários, em uma coprodução do serviço (como chama a atenção Zarifian, 2001). Nesse encontro, os usuários comparecem com seus valores, suas concepções e exigências/demandas, modificando o fluxo da própria atividade. Eles têm um ideal de saúde que se reflete em suas expectativas em relação aos profissionais e ao serviço. Como vimos, o Caps insere-se em uma lógica onde o que se oferta ao usuário é o “cuidado”, e não a “cura”. No entanto, nem sempre o usuário quer isso: há aqueles que querem um “laudo de doido” para garantir sua sobrevivência com o benefício previdenciário; ou os que procuram exatamente aquilo a que o serviço pretende ser substitutivo, como a internação psiquiátrica de um familiar ou um único “tarja preta” que alivie todos os seus sofrimentos. Esta negociação – entre a oferta do serviço e a demanda do usuário – nunca é fácil, envolvendo valores muito além daqueles quantificáveis.

Os usuários-Ambulatório, por exemplo, incham o Caps no “dia da psiquiatra”, sendo que a sobrecarga da agenda da psiquiatra tem impacto não apenas na atividade da médica, mas de todos os outros profissionais que têm que considerar na gestão de suas atividades todas estas variabilidades (de demanda, de oferta, de horário, de circulação, de sobrecarga do colega). Já os usuários-Caps preferem frequentar o serviço conforme os dias em que a equipe está mais completa: “então eles sabem quais são os dias que eles podem vir no serviço que vai ter mais gente, que vão conseguir algum tipo de resposta para o problema que eles estão apresentando”, conclui uma trabalhadora.

De todo modo, os trabalhadores circulam por estas diferentes ofertas e demandas: a cura, a escuta ou a atenção psicossocial, onde não se trata apenas de ter uma conduta diferente e singular com cada usuário, mas de ter condutas diferentes com cada usuário, dependendo do espaço em que se encontram (atendimento clínico e assembleia, por exemplo).

Ocupar esses diferentes lugares, no entanto, conforme as distintas modalidades de atendimento, parece não ser um problema. Os trabalhadores entendem que há uma mudança em sua postura, uma mudança na forma de se colocarem frente ao usuário, que também muda a forma como o usuário se relaciona com eles. Uma sabedoria “do corpo” não codificável, pouco “dizível”, mas que garante os diferentes espaços de cuidado dentro dos Caps. Dito de outra forma: o que muda exatamente na postura do trabalhador em cada modalidade de atendimento não parece ser facilmente verbalizável, embora seja algo experimentado pelo corpo, isto é, trata-se de um saber-fazer que está inscrito no corpo.

Sendo assim, fica evidente o quanto as normas relacionadas aos usuários e suas expectativas transformam completamente a atividade, exigindo renormatizações, nem sempre possíveis para os trabalhadores. É o caso de algumas atividades, como as oficinas de escrita e o Bazar. Ambas eram atividades adaptadas à clientela e ao espaço “da outra casa”, anterior ao espaço ocupado pelo serviço atualmente.

A oficina de jornal tinha como objetivo ser um canal de comunicação do Caps, apresentando como que uma retrospectiva do que acontecia durante a semana. Conta uma trabalhadora: “*Quando ela foi criada, ela trabalhava muito mais com a escrita, até porque tinha o perfil das pessoas que participavam, que sabiam escrever. Hoje é uma oficina que muitas pessoas que participam dela, não sabem escrever ou apresentam muita dificuldade*”. Mesmo com esta clara dificuldade na escrita, a oficina permanece como “oficina de jornal”, incentivando a produção textual, embora seja permitido o desenho.

Já o Bazar ocupa o térreo da casa onde funciona o serviço, vendendo roupas doadas, como em um brechó. Por ser uma oficina de geração de renda, nos apresenta algo muito interessante pois, em algum momento, profissionais e usuários formam um coletivo de trabalho. Para o trabalhador de saúde mental, essa parece ser uma atividade dentro da atividade. As tarefas são variadas: “*Bazar é uma coisa que demanda, se a gente for des-trinchar a atividade, por partes: escolher roupa, limpar roupa, arrumar roupa, guardar sapato, montar preço, montar o bazar, vender, fazer troco, desmontar o bazar*” (terapeuta ocupacional responsável pela atividade).

Apesar dessa variedade, que poderia ser facilitadora para a integração de diferentes perfis de usuários, não há muita adesão à oficina. Os participantes são os mesmos há muito tempo: “*são aqueles que vem para sentar no banco... são pessoas que a gente tem que suar a camisa pra tirar um pouco dessa condição, que não precisam estar aqui*”. É curioso que os frequentadores assíduos do Caps sejam justamente aqueles que, na avaliação da equipe, “não precisam”. São os “crônicos-

-beleza” que, apesar do transtorno mental grave, estão “estabilizados”, sem sintomas ativos da psicose. No entanto, sabemos que a chamada “cronicidade” é um dos principais desafios do cuidado em saúde mental (Desviat, 1999)

Além da questão da clientela, a “outra casa” ficava em um lugar de grande circulação de pessoas, e o Bazar mais próximo à rua. Agora, o movimento é sempre das mesmas pessoas, apenas aquelas que moram no bairro. Isso fez cair bastante o rendimento do Bazar, “*que hoje é mais uma oficina de geração de troco, não chega a ser de renda!*”, brinca a coordenadora da oficina.

Percebemos, assim, o quanto as características físicas do serviço também influem diretamente na atividade: “*Tem uma hora que a gente acaba deixando o térreo de lado e a gente fica só no segundo andar*”, conclui a coordenadora. O térreo é o “nicho” dos usuários frequentes do Caps, com pouca circulação da equipe, que acaba ocupando o segundo andar, onde ficam as salas de atendimento. O caráter “partido” do serviço também está marcado em sua arquitetura. Além disso, parece existir uma certa idealização da clientela do Caps, que não é nem aquela do ambulatório “lá de cima”, nem a dos “esquecidos lá de baixo”.

### Outros recursos, meios e normas

A defasagem entre a formação acadêmica e a demanda do serviço é citada por todos, sendo que a formação mais valorizada é aquela realizada em serviço (nos estágios). Também não é identificada uma continuidade entre as experiências de trabalho em clínicas, ambulatórios ou hospitais psiquiátricos e as atividades realizadas nos Caps. Uma trabalhadora chega a afirmar que: “*Minha experiência anterior não existiu. Eu trabalhei muito em hospital psiquiátrico e hospital-dia*”.

A equipe é apontada, como o principal suporte e espaço de formação. Destacando a frase de uma trabalhadora: “*Não há espaço de formação formal. A formação se dá no cotidiano do serviço. O espaço onde mais discutimos é a reunião de equipe, talvez ela seja este espaço formativo*”. Não por acaso, lembramos que esta pesquisa também foi realizada neste espaço da reunião de equipe.

Ao considerar os desafios atuais da reforma psiquiátrica brasileira, Bezerra Jr. (2007, p. 245) destaca como ponto fundamental a questão da “formação de recursos humanos”. Lembra que grande parte dos profissionais da atual rede de saúde mental é “formada de jovens que não passaram pelo processo de luta política e ideológica que envolveu a criação do movimento antimanicomial” e que não vivenciaram o intenso intercâmbio formador com figuras como Basaglia, Foucault

e Rotelli. Soma-se a isso a valorização crescente do discurso tecnicista, cientificista e pretensamente neutro e apolítico, e temos a proporção do desafio de pensar a formação desses trabalhadores, que devem conciliar uma “formação teórica e técnica sólida” a uma “vocação crítica e criativa”, segundo o autor. Observamos que, além de uma formação mais condizente com a proposta do Caps, os trabalhadores de saúde mental parecem precisar de orientações/referências mais concretas para a realização de seu trabalho e de meios mais adequados para alcançar as metas definidas. É nesse sentido que falamos de ausência de normas.

O trabalho em equipe é enfatizado, ainda, como o grande diferencial na atividade de trabalho nos Caps, como bem resumiu uma das trabalhadoras em nossa observação preliminar: “*quando é ambulatório, eu decido o que fazer com o meu paciente. Quando é paciente-caps, tenho que levar para a equipe*”. Neste caso, a gestão de sua atividade já não envolve apenas o debate entre ela e o paciente, mas inclui outros profissionais, mesmo aqueles que não atendem diretamente ao usuário.

A fala da equipe é entremeada por exemplos da falta de condições e meios fundamentais para a realização de suas atividades (falta de impressora, carro ou até mesmo escada para trocar uma lâmpada, obrigando os trabalhadores a realizarem o atendimento em uma sala sem iluminação). O problema não se resume à falta de recursos financeiros, incluindo uma regulamentação administrativa rígida que não condiz com a plasticidade exigida no serviço, levando quase que invariavelmente à irregularidade. É o caso, por exemplo, das oficinas de vídeo ou da ida ao cinema com os usuários: “*Parece que o ingresso do cinema não é suficiente para justificar o gasto para o Ministério Público... Então, pipoca, nem pensar!*”, conclui a coordenadora da oficina de vídeo.

Nesta discussão sobre a falta de recursos, meios e normas para a realização das atividades de trabalho nos Caps, não podemos deixar de fora a discussão sobre a remuneração dos trabalhadores. Tal como neste Caps específico, é comum que os profissionais de saúde trabalhem em mais de um local (muitas vezes com atividades bem distintas) e em municípios diversos. É comum, ainda, que tenham vínculos precários (contrato temporário) e mal remunerados (entre dois e quatro salários mínimos para 30 horas semanais).

Cabe sinalizar que a evidente precarização do trabalho nos Caps tem também implicações no desenvolvimento do trabalho das equipes. Nesse sentido, Jorge, Guimarães, Nogueira, Moreira e Moraes (2007) afirmam que os serviços de saúde mental enfrentam os mesmos desafios do sistema de saúde geral, com um descompasso entre as políticas de recursos humanos

implantadas – como a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (Humanizausus) e o Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS (Desprecarizausus) – e sua operacionalização no nível local. Por exemplo, o Manual do Caps apresenta inúmeras recomendações à equipe técnica, mas nada menciona sobre forma de contratação dos trabalhadores, formação, capacitação, remuneração, entre outros fatores essenciais para a composição e sustentação de uma equipe com atividades tão diversificadas e complexas.

### As metas e o real

Outras lacunas são identificadas com a condição de serviço “do interior”. O modo de relacionar-se com a gestão estadual, por exemplo. “*Quando o Estado vinha aqui*”, desabafa uma trabalhadora, “*a impressão que dava é que a gente não sabia nada. Que a gente era um bando de caipira e que eles iam trazer as boas novas pra gente*”.

Embora denominadas como “supervisões”, as reuniões que acompanhamos dos representantes da gestão estadual com a equipe do Caps tinham o nítido caráter de cobrar ações “estratégicas”, tais como: diminuição e regulação das internações psiquiátricas, desinstitucionalização de municípios que viviam em clínicas psiquiátricas com ordem de fechamento pelo Estado, criação de Serviços Residenciais Terapêuticos - SRT, criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF, transformação do serviço em Caps II, entre outras metas que colaboram para os números da reforma psiquiátrica no país. Os trabalhadores ficavam muito incomodados com estes encontros que os colocavam entre “a cruz e a espada”, ou seja, entre as cobranças do gestor estadual e as desculpas do gestor municipal.

Observamos dois “pontos de vista” bem distintos: um vinculado às normas antecedentes (as ações estratégicas previamente definidas) e outro referente ao registro do “real”, das nuances e variações encontradas na efetivação do que é proposto. Este registro é ignorado e desprezado pelos responsáveis pela gestão, que se comunicam de forma não dialógica, isto é, orientam-se exclusivamente no sentido de identificar se o que foi estabelecido foi cumprido. Tudo o que foi realizado, todos os sucessos da equipe – e mesmo as razões dos fracassos – deixam de ser compartilhados, em um claro exemplo da diferença entre a “atividade de gestão” e a “gestão da atividade”... Se o compromisso de uma gestão (como atividade) com os preceitos da reforma é importante para a constituição e consolidação desses serviços, é no cotidiano da gestão da atividade que a reforma se torna possível, “apesar de tudo”.

### À guisa de conclusão

Em contraponto à conhecida afirmação de que “conhecer um hospital psiquiátrico é conhecer a todos”, hoje temos o discurso de que “cada Caps é um Caps”. No entanto, as finalidades terapêuticas estabelecidas em cada Caps exigem um esforço de formalização das experiências adquiridas. Não só para que as experiências exitosas possam ser adaptadas e repetidas, mas também para que novas experiências se desenvolvam a partir delas. É um erro pensar que a construção de normas com base nessas experiências (em um sentido amplo, envolvendo modelos, regras, modos de operar etc.) possa “engessar” o serviço. Ao contrário, como buscamos discutir ao longo deste artigo, normas assim construídas funcionam como suporte coletivo à atividade de trabalho, ao reger e apoiar os comportamentos e decisões de cada trabalhador, contribuindo, inclusive, com a preservação de sua saúde. Sendo assim, a busca de plasticidade do serviço e o incentivo à ação normativa dos trabalhadores não se opõem à necessidade dos mesmos contarem efetivamente com um patrimônio formalizado de saberes que sustentem sua atividade.

Vimos o quanto os trabalhadores de saúde mental têm que ser engenhosos em suas atividades, fazendo a gestão de normas conflitantes (burocracia administrativa X plasticidade; oferta do serviço X demanda dos usuários; demanda dos gestores municipais X demanda do gestor estadual; caps X ambulatório, etc.).

Além disso, se a capacidade normativa, de criação de novas normas é algo inerente a toda atividade de trabalho, acreditamos que no trabalho em saúde mental (e na saúde de modo geral), isto se torna um incontornável imperativo, exigindo dos trabalhadores um “exacerbado uso de si”. A criatividade não é vivenciada apenas como uma conquista, mas como um fardo, uma obrigação. E qual será o limite entre um vazio de normas que chama à reinvenção saudável e a ausência de normas que fragiliza e exaure o trabalhador no uso exacerbado de si?

Frente a tantos impedimentos e falta (e/ou antagonismo) de recursos, meios e normas para a realização das atividades de trabalho nos Caps, nos perguntamos se a viabilização deste projeto só é possível com a invenção, pelos trabalhadores, dos meios para desenvolvê-lo. Se assim for, não podemos considerá-lo uma política pública, mas um trabalho de militância que não terá fôlego para se estender pela amplitude da rede de Caps atualmente existente no Brasil. Promover e garantir os meios para o desenvolvimento do trabalho em saúde mental – incluindo a formalização e fortalecimento dos saberes investidos na atividade – é fundamental para a ampliação do campo de ação dos trabalhadores, na busca de produção de saúde e práticas de liberdade para usuários, familiares e trabalhadores.

## Nota

- <sup>1</sup> Schwartz, Y. (2005). Trabalho e saúde: construindo outros modos de gestão. *Comunicação Oral*. Revisão de Denise Alvarez e Milton Athayde. Florianópolis: Congresso ABRASCO. (mimeo).

## Referências

- Alvarez, D. & Telles, A. L. (2004). Interfaces ergonomia-ergologia: uma discussão sobre trabalho prescrito e normas antecedentes. In M. Figueiredo et al. (Orgs.), *Labirintos do trabalho: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo* (pp. 63-90). Rio de Janeiro: DP&A.
- Bakhtin, E. (2003). *Estética da criação verbal*. São Paulo: Martins Fontes.
- Bezerra, Jr. B. (2007). Desafios da reforma psiquiátrica no Brasil. *Physis. Revista Saúde Coletiva*, 2(17), 243-50.
- Brandão, C. R. (Org.). (1999). *Repensando a pesquisa participante* (2ª ed.). São Paulo: Editora Brasiliense.
- Brito, J. & Athayde, M. (2003). Trabalho, educação e saúde: o ponto de vista enigmático da atividade. *Rev Trabalho, Educação e Saúde*, 1(2), 63-89.
- Brito, J., Muniz, H., Santorum, K., & Ramminger, T. (2011). O trabalho nos novos e antigos serviços de saúde: entre a inflação e a ausência de normas. In A. A. Assunção & J. Brito (Orgs.), *Trabalhar na saúde: experiências e desafios para a gestão do trabalho e do emprego* (pp. 23-43). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Desviat, M. (1999). *A reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Canguilhem, G. (2006). *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária. (Original publicado em 1966)
- Caponi, S. (2000). *Da compaixão à solidariedade: uma genealogia da assistência médica*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz.
- Clot, Y. (2006). *A função psicológica do trabalho*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Faita, D. (2005). *Análise dialógica da atividade profissional*. Rio de Janeiro: Express.
- Foucault, M. (2006). *O poder psiquiátrico. Curso no Collège de France (1973-1974)*. São Paulo: Martins Fontes.
- Jorge, M. S. B., Guimarães, J. M. X., Nogueira, M. E. F., Moreira, T. M. M., & Moraes, A. P. P. (2007). Gestão de recursos humanos nos centros de atenção psicossocial no contexto da política de despreciação do trabalho no sistema único de saúde. *Texto & Contexto Enfermagem*, 16(3), 417-425.
- Ministério da Saúde. (2004). *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília, DF: Autor.
- Ministério da Saúde. (2010). *Saúde Mental em Dados – 7*. Acesso em 15 de outubro, 2010, em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/smdados.pdf>.
- Ramminger, T. & Brito, J. (2008). O trabalho em saúde mental: uma análise preliminar relativa à saúde dos trabalhadores dos serviços públicos. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 33(117), 36-49.
- Schwartz, Y. (2000). A comunidade científica ampliada e o regime de produção de saberes. *Revista Trabalho e Educação*, 7, 39-46.
- Schwartz, Y. (2007a). O trabalho e a ergologia. In Y. Schwartz & L. Durrive (Orgs.), *Trabalho e ergologia: conversas sobre a atividade humana* (pp. 10-45). Niterói, RJ: EdUFF.
- Schwartz, Y. (2007b). Trabalho e uso de si. In Y. Schwartz & L. Durrive (Orgs.), *Trabalho e ergologia: conversas sobre a atividade humana* (pp. 191-206). Niterói: EdUFF.
- Thiollent M. (1982). *Crítica metodológica, investigação social & enquête operária* (Coleção Teoria e História, 6). São Paulo: Editora Polis.
- Thiollent, M. (1999). Notas para o debate sobre pesquisa-ação. In C. R. Brandão (Org.), *Repensando a pesquisa participante* (2ª ed., pp. 82-103). São Paulo: Editora Brasiliense.
- Zarifian, P. (2001). *Objetivo competência: por uma nova lógica*. São Paulo: Atlas.

Recebido em: 08/01/2011

Revisão em: 25/11/2011

Aceite em: 20/01/2012

Tatiana Ramminger é Professora do Departamento de Psicologia da Universidade Federal Fluminense, Escola de Ciências Humanas e Sociais de Volta Redonda. Endereço: Rua Des. Ellis Hermydio Figueira, 783/A. Atterrado. Volta Redonda/RJ, Brasil. CEP 27213-415. Email: [tatiramminger@gmail.com](mailto:tatiramminger@gmail.com)

Jussara Cruz de Brito é Pesquisadora da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz – Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana. Email: [jussara@ensp.fiocruz.br](mailto:jussara@ensp.fiocruz.br)

## Como citar:

Ramminger, T. & Brito, J. C. (2012). “Cada Caps é um Caps”: uma coanálise dos recursos, meios e normas presentes nas atividades dos trabalhadores de saúde mental. *Psicologia & Sociedade*, 24(1), 150-160.