

Análise das implicações profissionais de trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial do interior do Nordeste brasileiro


Analysis of professional implications with staff of a Psychosocial Care Center in the northeast of Brazil (abstract: p. 17)

Análisis de las implicaciones profesionales con trabajadores de un Centro de Atención Psicossocial del interior del Nordeste brasileño (resumen: p. 17)

Eslia Maria Nunes Pinheiro^(a)

<eslianunes@gmail.com> 


Flávio Adriano Borges^(b)

<flavioborges@ufscar.br> 

Núbia Maria Freire Vieira Lima^(c)

<nubiamaria@facisa.ufrn.br> 

Ana Kalliny de Sousa Severo^(d)

<kalliny.severo@ufrn.br> 

^(a) Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi, Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Rua Passos de Miranda, s/n. Santa Cruz, RN, Brasil. 59200-000.

^(b) Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de São Carlos. São Carlos, SP, Brasil.

^(c, d) Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi, Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Santa Cruz, RN, Brasil.

Este estudo analisou práticas profissionais de trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial (Caps), com ênfase nas implicações profissionais com a instituição Saúde Mental. Compõe uma pesquisa-intervenção que utilizou o referencial teórico-metodológico da Análise Institucional, destacando a Socioclínica Institucional. O trabalho aconteceu em um Caps II de uma cidade do interior do Rio Grande do Norte entre maio de 2019 e outubro de 2020. Os dados foram produzidos por meio de cinco rodas de conversa, utilizando princípios da Educação Permanente em Saúde, sete entrevistas individuais e diário de pesquisa. As análises produzidas fizeram certas instituições ligadas ao cuidado em Saúde Mental falarem, conduzindo os trabalhadores a movimentos instituintes. O estudo aponta questões importantes para direcionar políticas públicas e estratégias de formação continuada.

Palavras-chave: Saúde mental. Trabalhadores de saúde. Análise institucional. Educação continuada.

Introdução

O processo brasileiro de Reforma Psiquiátrica (RP) foi fortemente influenciado pelo pensamento de Basaglia, psiquiatra italiano que denunciou a instituição psiquiátrica como aquela que (re)produz violências e formula, com base em valores da classe dominante, a ideia de doença mental a fim de excluir os sujeitos que escapam à norma, mascarando as questões sociais por trás da loucura¹.

Nos hospitais psiquiátricos, as condições precárias de trabalho levaram os trabalhadores a uma mobilização que começou no Rio de Janeiro e logo repercutiu por todo o país. No final da década de 1970, consolidava-se o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que posteriormente ampliou o caráter da luta para um movimento social com usuários e familiares. No II Congresso Nacional do MTSM, em 1987, o manifesto de Bauru trazia o lema “Por uma sociedade sem manicômios”¹.

Ainda em 1987, foi criado, em São Paulo, o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (Caps) Professor Luís da Rocha Cerqueira, na perspectiva de substituir o tratamento psiquiátrico tradicional. Esses serviços foram concebidos com o objetivo de prestar uma assistência que escapasse à burocracia, evitasse a cronificação dos transtornos e apresentasse caráter integral (psicossocial), humanizado, multiprofissional e de base comunitária².

A essas medidas sucederam a promulgação de portarias que formalizaram os Caps e outros serviços², além da Lei n. 10.216 em 2001, que dispunha sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e estabelecia o redirecionamento do modelo assistencial em Saúde Mental³.

Desde então, muitas contradições têm marcado o trajeto político da RP. O avanço do neoliberalismo no Brasil, por exemplo, trouxe muitos desafios para a estruturação dos serviços públicos de Saúde Mental. A partir de 2015, o processo de desmonte do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Rede de Atenção Psicossocial ganha força, subvertendo progressivamente discursos e práticas de cuidado em saúde em favor dos interesses de mercado, mediados pelas instituições^{4,5}.

Isso se reflete no desmonte da Estratégia de Saúde da Família (ESF), com ataque aos atuais Núcleos Ampliados de Saúde da Família (Nasf) e aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS); no desinvestimento nos Centros de Atenção Psicossocial (Caps) em detrimento do investimento em dispositivos manicomial e a crescente precarização do trabalho em saúde⁶.

Um cenário similar é apontado na experiência espanhola, na qual se afirma que o aprofundamento das políticas neoliberais gera condições objetivas e subjetivas para o fortalecimento do hospital psiquiátrico e o aprofundamento da lógica asilar⁷.

No início dos anos 2000, Amarante e Torre² já alertavam para a dificuldade de rompimento conceitual e técnico com o paradigma psiquiátrico, hospitalocêntrico e medicalizante, levando em consideração a compatibilidade das concepções positivistas e morais de doença mental ao modo de vida na sociedade capitalista que impõe relações de

desigualdade e opressão. Os autores apontavam a formação dos profissionais como forma de concretizar os princípios teóricos e práticos da Reforma Psiquiátrica. Entre os desafios para o avanço da Reforma Psiquiátrica em países como Espanha e Brasil, está o combate ao “modelo asilar que permanece nas práticas profissionais e no imaginário social”⁷ (p. 119).

O que se observa são as práticas de afastamento do cotidiano dos serviços das bases estruturantes da luta antimanicomial e do projeto de transformação social⁸. Em meio à disputa ideológica entre os modos de cuidado e as condições concretas de desvalorização do trabalho em Saúde Mental, os trabalhadores vivenciam seus processos de subjetivação⁹.

Estudos recentes têm apontado a potencialidade do trabalho de Educação Permanente em Saúde (EPS) na formação em Saúde Mental, sobretudo quando orientada pelo referencial teórico-metodológico da Análise Institucional (AI)^{10,11}.

Breves conceitos e linhas na perspectiva da Análise Institucional

Dois conceitos são essenciais na perspectiva da AI, quais sejam o de instituição e o de implicação. Lourau e Lapassade compreendem a instituição para além das organizações materiais e dos estabelecimentos, comportando as instâncias objetivas, imaginárias e simbólicas que compõem um tecido social (normas, regras e leis socialmente estabelecidas). Ela apresenta, portanto, uma dimensão instituída (que está definida, estruturada) e uma dimensão instituinte (que gera mudança)¹². Já a definição da institucionalização, para Lourau, “é o devir, a história, o produto contraditório do instituinte e do instituído, em luta permanente, em constante contradição com as forças de autodissolução”¹³ (p. 13).

A consequência é um emaranhado de relações involuntárias sempre presentes nas ações (ou omissões) de um sujeito diante das instituições. Para a AI importa a análise coletiva (do modo e não da qualidade de ausência/presença) dessas implicações com a realidade institucional e seus efeitos¹².

Três dimensões de abordagem desse conceito são relevantes para o processo proposto neste trabalho, a saber: psicoafetiva; histórico-existencial; e estrutural-profissional. Essas dimensões se interpenetram e agem umas sobre as outras: a primeira diz respeito à expressão do desejo nos momentos de análise; a segunda corresponde ao conjunto de ideias e crenças dos sujeitos – levando em consideração o processo de socialização –; e a terceira dimensão localiza o sujeito material e temporalmente no campo das relações de produção e sistema de valores internos às profissões¹⁴.

Em meados dos anos 2000, Gilles Monceau revisou alguns pontos relacionados às práticas socioanalíticas propostas por Lourau e Lapassade e referiu a Socioclínica Institucional, que visa acompanhar uma equipe em um determinado tempo, tomando como objeto de análise as práticas profissionais e a relação com o coletivo. Ao trazer questões em torno do objeto e das intenções das análises, Monceau elaborou oito características da sua abordagem: análise da encomenda e das demandas; participação dos sujeitos no dispositivo; trabalho dos analisadores; análise das transformações à medida que o trabalho ocorre; aplicação de restituição; trabalho das implicações; intenção da produção de conhecimentos; atenção aos contextos e interferências institucionais¹⁵.

Ele apresentou quatro modalidades possíveis dentro dessa abordagem, sendo uma delas a Análise Institucional das Práticas Profissionais (AIPP), pela qual podemos pensar em “implicações profissionais” como a forma que os indivíduos se relacionam com a sua profissão e com as demais instituições que atravessam suas práticas¹⁵.

O presente trabalho é parte da dissertação de Mestrado, concluída pela primeira autora, e objetivou analisar as práticas profissionais em Saúde Mental com trabalhadores do Caps II, de uma cidade do interior do Rio Grande do Norte, para conhecer-intervindo no modo como diversas instituições atravessam ou transversalizam as práticas de atenção às mulheres em situação de violência. Nesse recorte, delimitamos a discussão para aprofundar as implicações profissionais dos sujeitos da pesquisa com a instituição Saúde Mental.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa-intervenção¹⁶, de caráter qualitativo e guiada pelos princípios da Socioclínica Institucional, na modalidade da Análise Institucional de Práticas Profissionais¹⁵.

O trabalho foi desenvolvido no Caps II de um município no interior do Rio Grande do Norte. As atividades com os profissionais do serviço aconteceram entre maio de 2019 e outubro de 2020. A escolha do campo de intervenção deve-se à responsabilidade que esse equipamento da rede especializada de atenção psicossocial desempenha na região, atendendo à boa parte da demanda de Saúde Mental das cidades circunvizinhas.

Todos os trabalhadores do Caps foram convidados a participar do estudo, por entendermos que o serviço é construído no dia a dia das práticas envolvendo todos os sujeitos. No total, dez trabalhadores tiveram disponibilidade e aceitaram participar da pesquisa, entre eles: uma psicóloga, uma nutricionista, um enfermeiro, uma técnica de enfermagem, uma monitora de dança, dois auxiliares de serviços gerais, uma auxiliar administrativa, uma assistente social e uma coordenadora.

Para mobilizar a produção dos dados, utilizamos três dispositivos analíticos: rodas de conversa, entrevistas individuais semiestruturadas e diário de pesquisa. Ao longo das rodas de conversa e nas análises dos dados foram utilizados os princípios da Socioclínica Institucional já mencionados.

As entrevistas foram realizadas no mês de março de 2020 de acordo com a disponibilidade dos profissionais. No total, foram sete entrevistas no espaço do serviço, em sala reservada, a fim de garantir o conforto e a liberdade dos participantes para se expressarem. Mediante autorização, todas elas foram gravadas e transcritas na íntegra. Os sujeitos que não participaram da entrevista estavam afastados ou ausentes do serviço no período pactuado.

Cada entrevista durou cerca de vinte minutos e foi baseada em questões semiestruturadas que auxiliaram a nortear a conversa. Entre essas questões, destacamos as que se relacionam com os dados analisados no presente artigo: a) Como você começou a atuar na Saúde Mental? Quais foram os motivos que o(a) levaram a isso? b) Para você, qual a diferença entre o atendimento nos hospitais psiquiátricos e um atendimento na rede aberta (no Caps, por exemplo)? c) Na sua formação, você já discutiu gênero, raça, classe e Saúde Mental alguma vez? Se sim, como foi essa discussão? Se não teve, você acha que seria importante?

Entre os meses de maio de 2019 e outubro de 2020, foram realizadas cinco rodas de conversa, sendo quatro presenciais e uma virtual. Os três primeiros encontros foram presenciais e ocorreram nas dependências do próprio serviço, em horário pactuado com a coordenação, levando em consideração a rotina de atendimentos e as atividades dos profissionais.

O quarto encontro aconteceu virtualmente pela plataforma Meet.jitsi, devido ao surgimento da pandemia pelo novo Coronavírus (SARS-CoV-2), declarada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) no dia 11 de março de 2020, que levou à necessidade de adoção de medidas de distanciamento social para conter a circulação do vírus. O quinto e último encontro ocorreu no período de flexibilização das medidas de distanciamento e, por isso, voltou a ser presencial, seguindo os protocolos de segurança indicados pela OMS.

As rodas foram destinadas à reunião da equipe com o intuito de analisar coletivamente as práticas profissionais. Com base nos princípios socioclínicos¹⁵, nesses encontros foi utilizado o trabalho dos analisadores para disparar as “crises”, identificar as contradições do grupo e trazer à tona o não dito institucional. Utilizamos também a arte como ferramenta para alcançar dimensões dos sujeitos tantas vezes desconsideradas nos espaços de trabalho, como o corpo, o desejo, a afetividade, a criatividade¹⁷.

Três das cinco rodas de conversa foram dedicadas a restituir a equipe, isto é, compartilhar as análises feitas pelas pesquisadoras – retomando acontecimentos referentes ao processo interventivo e tomando nota das análises dos profissionais acerca do que lhes foi apresentado^{12,16}. O planejamento das rodas aconteceu por meio de reuniões de supervisão com a orientadora do trabalho e reuniões do grupo de pesquisa e extensão.

O diário de pesquisa foi confeccionado pela primeira autora com base nas rodas de conversa, nas entrevistas e nos momentos de visita e observação no serviço. O diário corresponde à narrativa do pesquisador, contendo aspectos descritivos e reflexivos referentes à sua experiência que possibilita a transmissão da temporalidade vivida no campo¹⁸.

Na perspectiva da AI, o diário surge com um grande potencial de registro e análise dos processos de subjetivação dos sujeitos envolvidos na pesquisa. Entre os escritos, revela-se o não dito institucional, compreende-se o contexto em que aparecem os resultados, assim como a implicação do próprio pesquisador. Dessa forma, rompe-se com a suposta neutralidade científica e abre-se caminho para uma nova enunciação do fazer científico¹⁹.

Para a análise dos dados, identificamos e destacamos – por meio da leitura e da seleção de trechos do diário de pesquisa, das entrevistas e rodas de conversa – elementos que, segundo a AI, expressam as implicações profissionais, os analisadores e as interferências institucionais, permitindo analisar as transformações ocorridas ao longo do trabalho no campo de intervenção¹⁵.

Em consonância com a Resolução n. 510 de 2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), o projeto foi devidamente submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob número de parecer 3.100.197. Aos profissionais foram explicados todos os aspectos de execução da pesquisa, incluindo a possibilidade de declinar sua participação a qualquer momento, e eles deram consentimento mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Para garantir o anonimato dos participantes, a cidade onde ocorreu o estudo não foi citada e atribuímos às falas dos participantes a identificação pela letra P (referente à palavra profissional) acrescida de um número escolhido aleatoriamente correspondente a cada sujeito. Também indicamos, entre parênteses após a sinalização dos sujeitos, se a fala foi registrada em roda de conversa ou entrevista individual.

Resultados e discussão

Ao longo de todo o processo, diversos analisadores surgiram, permitindo a análise das implicações para os trabalhadores participantes, que serão apresentadas nos próximos subitens.

Em um dos encontros presenciais, com o intuito de desvelar o não dito acerca da relação dos profissionais com a Saúde Mental como instituição, e com o Caps como instituição-dispositivo²⁰, foi construído um dispositivo chamado “Corpo do Caps”, no qual os participantes foram convidados a desenhar ou escrever, dentro de uma silhueta desenhada em papel madeira, símbolos e/ou palavras que representassem sua trajetória nessa área: como começaram a atuar na Saúde Mental e como se sentem trabalhando no Caps.

Inserção inicial na Saúde Mental: o analisador dinheiro e os vínculos precarizados

Uma das participantes desenhou um paraquedas, indicando que havia caído nesse campo por acaso e, com exceção de duas profissionais, os demais presentes se identificaram com essa narrativa:

Um paraquedas bem grande. [Pesquisadora: Não era sua ideia vir trabalhar aqui?] E ainda não é. (P6; roda de conversa)

Minha filha, eu vim pra cá pra assumir uma profissão que eu não tinha a mínima ideia. (P5; roda de conversa)

Vontade de trabalhar a gente sempre tem né? Agora na área da Saúde Mental, não. Nem imaginava... Foi meio que uma surpresa, né, na verdade o emprego, quando me chamaram pra trabalhar. (P7; entrevista)

O motivo principal... A procura de emprego que era difícil. Hoje está muito concorrida a enfermagem ainda... E outro foi o convite de *nome*, que era a prefeita. (P3; entrevista)

Os relatos revelam que a relação desses trabalhadores com a Saúde Mental foi inicialmente vinculada à necessidade financeira, pela oportunidade de entrar ou se manter no mercado de trabalho (dimensão histórico-existencial da implicação profissional)¹⁴.

Para além dos conhecimentos técnico-científicos, o estudo de Nardi e Ramminger⁹ aponta a necessidade de um comprometimento político e afetivo com o campo da Saúde Mental e com a construção de modos de cuidado alinhados ao projeto da RP. Nessa analogia do paraquedas, observamos que para alguns acontece um momento de choque com o “chão” ou a realidade daquele lugar, de surpresa, que pode levar ao desenvolvimento de uma afinidade – e do referido comprometimento – ou não. Torna-se trabalhador de Saúde Mental, mas de que forma?

Com exceção de um, os demais vínculos se dão por meio de contratos, o que precariza as relações de trabalho e compromete a estabilidade financeira dos trabalhadores. Essa conformação pode ser muito prejudicial para o desenvolvimento das relações dos profissionais com o serviço, bem como para conceber ideias, uma vez que a lógica de precarização aumenta a rotatividade nos cargos, possibilita o silenciamento dos sujeitos e dificulta o diálogo, submetendo-os a uma política de interesses que estão para além do compromisso com o público.

Nesse sentido, é preciso compreender esse processo de enfraquecimento dos vínculos empregatícios no contexto de ascensão de uma lógica neoliberal que atinge o setor público da saúde, contribuindo para o seu desmonte. Além da instabilidade, a iminência do desemprego, os baixos salários, a dependência em relação às gestões e a sobrecarga de trabalho em decorrência do número insuficiente de profissionais, são alguns fatores que também interferem nas práticas profissionais^{21,22}.

O dinheiro é considerado como um analisador muito sensível e revela importantes contradições institucionais¹⁶. Nesse caso, o resgate e a análise em torno da história de cada sujeito e sua posição diante do trabalho no Caps revelaram que os interesses iniciais desse trabalho se restringiram à necessidade da manutenção do emprego, com uma série de descontentamentos e inseguranças referentes a essa demanda relacionada ao sustento, e não por um comprometimento afetivo e político com o campo da Saúde Mental.

O cuidado psicossocial e as implicações profissionais

Não necessariamente a procura pelo sustento coincide com a satisfação pessoal, indo na direção da dimensão psicoafetiva da implicação¹⁴:

Cada hora que passa, eu penso em desistir [...] mas é como eu tô dizendo a você, é esse altos e baixos. Chega usuário mal, você diz “vai dar certo não” [...] “Ah, consegui salvar aquele”, quando olha aquele que você conseguiu salvar tá lá embaixo. Você diz “ah meu Deus do céu, de novo?” Então, é pra quem gosta. Aí você pergunta, você gosta? Eu não sei [...] é fácil? Não. É difícil e é estressante. (P4; roda de conversa)

Ainda no trecho acima, chamou a atenção a ideia de “salvação” que aparece como uma interferência do paradigma manicomial instituído, pautado na noção de cura, na contramão da perspectiva psicossocial, que é a do cuidado e da construção da reinserção social²³.

A monitora de dança também desenhou uma ponte, simbolizando o Caps como um elo entre o mundo dos usuários e a realidade.

Aqui é o mundinho deles, é quando eles chega, é a cabeça desorganizada, é o paciente... vamo dizer que o nosso usuário quando sai do João Machado [hospital psiquiátrico localizado na capital do RN], chega desordenado e a gente vai ordenar, a gente vai criar uma ponte, um elo pra que ele chegue na sociedade e que eles consigam caminhar com as próprias pernas. (P4; roda de conversa)

Quando questionados como seria o outro mundo, da sociedade, em comparação com o mundo desordenado que eles identificavam como sendo dos usuários antes de passar pelo Caps, outra participante respondeu que seria “mais equilibrado” e sugeriu representá-lo com uma balança. Após uma provocação, indagado sobre esse suposto funcionamento da sociedade, o grupo chegou à conclusão de que tal equilíbrio não condiz com a realidade.

Na fala da profissional, ao mesmo tempo em que há uma noção de tutela e de um ordenamento que deve ser almejado – contra um desordenamento de uma doença –, há também a noção de ponte, que pode se articular à reinserção social e à construção de protagonismo. Esses discursos traduzem a presença de paradigmas contraditórios²⁴, que precisam ser analisados constantemente pelo coletivo e pelo trabalhador de Saúde Mental, em processo de Educação Permanente em Saúde.

Essa contradição reflete as disputas políticas que permeiam o processo de reforma psiquiátrica brasileira. O Brasil, de forma semelhante à experiência em países como os Estados Unidos e o Reino Unido, caminhava no sentido de redução gradual dos leitos psiquiátricos e expansão dos serviços de Saúde Mental de base comunitária²⁵.

O debate acerca dos modelos assistenciais sempre se fez presente; no entanto, especialmente a partir de 2016, uma série de retrocessos têm sido observados com a edição e a elaboração de documentos normativos que configuraram a “Nova Política Nacional de Saúde Mental”. Política essa que, na contramão do referencial ético e técnico da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) e sem fundamentação e argumentação teórico-científicas, busca incentivar a internação psiquiátrica e fortalecer o modelo manicomial²⁶.

O trecho “que eles consigam caminhar com as próprias pernas” menciona a busca da autonomia. Na Atenção Psicossocial, essa busca do usuário em seu processo de reinserção social tem sido alvo de discussão de diversos autores. Recentemente, tem-se alertado para a necessidade de desconstruir uma noção idealizada de autonomia, para construí-la na relação singular de vida de cada usuário: a autonomia torna-se um exercício possível e complexo que aciona a capacidade de deliberação envolvendo uma gama de forças, “não podendo ser medida unicamente pelas condições cognitivas do indivíduo [...] uma autonomia pensada em redes e firmada pelas políticas públicas nacionais de saúde”²⁷ (p. 86).

Nas entrevistas, questionamos as diferenças e semelhanças entre os modos de cuidado no Caps e nos hospitais psiquiátricos:

Em uma casa psiquiátrica a gente sabe que é toda uma desestruturação, não no sentido profissional, né? Porque lá tem vários profissionais, claro, mas a gente sabe que tem uma decadência na parte de investimento, né? (P8; entrevista)

Acho que não, acho que os atendimentos é esse mesmo. O que eu acho diferente é que lá eles ficam internados, aqui não fica né? Não tem local né, pra ficar? Mas eu acho que é as mesmas coisas, atendimento médico, atendimento psicológico... (P9; entrevista)

Pela análise da dimensão histórico-existencial da implicação profissional¹⁴ com relação à Saúde Mental, identificamos que, apesar dos conflitos entre os paradigmas psicossocial e hospitalocêntrico nas práticas de cuidado desenvolvidas, as diferenças entre eles não aparecem de forma explícita nas falas acima, e essa compreensão truncada acerca do modo de organização do trabalho indica um distanciamento entre a clínica e as relações macro e micropolíticas que orientam as ações cotidianas. A despolitização dificulta a criação de desvios e transformações²⁸.

Uma coisa que me marcou muito que eu sempre gosto de relatar isso [...] O que me marcou foi que aqui eu falo com todo mundo, eu brinco, eu sou muito brincalhona [...] Um dia eu fui ao supermercado e tinha uma paciente daqui lá com a filha [...] Aí eu fui até ela e falei [...] aí quando chegou aqui no dia da atividade dela ela veio falar comigo e falou assim lá no meio de todo mundo “eu queria dar um depoimento aqui” [...] aí ela foi e contou a situação, que eu tinha ido ao supermercado, tinha encontrado com ela e que tinha falado com ela, como ninguém fala e que ela ficou muito feliz porque eu não tratei ela diferente, tratei ela como gente. Isso quando eu falo me dá vontade de chorar [...] a gente vê o preconceito da sociedade, só vê nessa hora. (P2; entrevista)

A fala acima, por sua vez, expressa a dimensão psicoafetiva de implicação¹⁴ por meio da percepção de si construída no cotidiano de trabalho e marca um encontro subjetivo com os(as) usuários(as). Em consonância com os achados de Sousa e colaboradores¹⁰, as singularidades de trabalhar em uma cidade do interior (de pequeno ou médio porte) são relevantes, proporcionando encontros e aproximações que podem reverberar nas subjetividades e nas práticas de cuidado.

Com base na análise das implicações, constrói-se a possibilidade de que a equipe, ao se escutar, perceba aspectos do cotidiano que estavam ocultos e articule a prática profissional às questões subjetivas, éticas e políticas que envolvem o cuidado em Saúde Mental em uma lógica psicossocial de cuidado.

O percurso formativo em Saúde Mental

Por meio da análise da dimensão psicoafetiva da implicação profissional¹⁴, em um dos profissionais com formação de nível superior que passou por estágio no âmbito hospitalar, identificamos que a formação propiciou sentimentos de medo e raiva, enquanto no Caps outra experiência é vivida:

Toda a sala ia com raiva, com medo... nem com raiva, ia com medo dos pacientes. E eu lá não tinha medo, ficava bem à vontade, conversava muito com eles, mas eu sempre tinha na minha cabeça que jamais trabalharia com Saúde Mental. Muito complicado, eu ouvi que o João Machado é esquecido pelo Estado... aí eu não sei... até hoje eu me pergunto: como foi que eu me apaixonei por Saúde Mental? Até hoje eu me pergunto; (P3; entrevista)

Ainda sobre formação, é possível perceber um senso de mobilização individual para compensar as lacunas tanto da formação durante a graduação (no caso dos profissionais de nível superior, que foi majoritariamente realizada em instituições privadas de ensino) quanto da Educação Permanente em Saúde Mental.

Saúde mental muito pouco [...] senti falta de uma grade maior falando de Saúde Mental. Eu acho que o interesse é pouco. (P8; entrevista)

A gente tá com 3 anos que a gente não tá indo mais nem um cursinho bom em Natal, tá indo pra canto nenhum a gente, só aqui mesmo [...] tem uma especialização melhor que essa? O convívio, você ter que aprender a lidar sozinho, junto com a equipe, os psiquiatras, aprender o que é Saúde Mental? Eu acho que não tem especialização maior que essa não... pra mim não. (P3; entrevista)

Muitas das coisas a gente tá aprendendo na prática mesmo, na ativa. Aí fez isso daí, peraí que eu vou dar uma estudadinha, vou ver se é o certo ou o errado, vamo lá, vamo ver o que errou, chegar em casa vou pensar no que fiz, se deu, se não deu... não? Vou mudar então meu pensamento. Mas assim, é mais na raça. (P4; entrevista)

Quando eu trabalhei com a vigilância sanitária, a gente via a importância. Todo o tempo a gente tava sendo capacitado pra trabalhar com aquilo dali, porque às vezes mudam né, muito rapidamente... Aí eu vou falar em relação ao Caps... isso não acontece aqui [...] então você vê, aqui não tem nenhum profissional que é especialista em Saúde Mental [...] Porque a gente busca sozinho, mas a gente teria que ter um respaldo também da gestão, do Estado. Porque também é função deles a Educação Permanente. (P2; entrevista)

A formação em estabelecimentos privados de ensino é uma realidade crescente, não apenas na área da Saúde, mas atinge o sistema educacional do país inteiro. A expansão das faculdades privadas ocorre sob o incentivo de políticas neoliberais e a formação não tem um compromisso ético, político e social direto com o SUS e com os princípios de Saúde Mental em uma perspectiva psicossocial. O ensino técnico e fragmentado responde a necessidades de mercado²⁹. A ausência/déficit de incorporação de saberes e práticas do paradigma da desinstitucionalização e da estratégia de atenção psicossocial³⁰, somada à falta de valorização de estratégias de Educação Permanente nos serviços de Saúde Mental, indica a desvalorização da área em um contexto mais amplo. O conceito de desinstitucionalização não se refere apenas ao desmonte do manicômio, mas à desconstrução sociocultural das relações estigmatizantes que reduzem a experiência da loucura à doença mental³¹.

A gestão e o trabalho em Saúde Mental

A desvalorização da área em um contexto mais amplo reflete uma dimensão estrutural-profissional da implicação¹⁴ nos relatos seguintes.

Meu desafio não é isso aqui, é de cima pra baixo. É a gestão, é o olhar que a gente falta, é o nosso SUS que a gente tenta fazer perfeito, mas sabemos que não é, é a rede de apoio que a gente não tem, é a nossa realidade da Saúde Mental que a gente tenta mostrar e não é ouvido. (P1; roda de conversa)

O que eu tenho notado aqui há muito tempo é que a gestão não se importa com o Caps [...] O cuidado de quem cuida não existe [...] por isso que a todo momento tem um profissional querendo sair, sai profissional. Se você for olhar a equipe de antigamente, era completa, hoje não tem nem metade dela porque ninguém quer ficar aqui. (P2; roda de conversa)

A seguir, estão destacadas algumas falas que sinalizam questões psicoafetivas¹⁴:

As coisas que a gente colocou, não só mostra pra os usuários né? Mas é pra gente também porque a gente é um todo. (P1; roda de conversa)

Essa linha aqui é o Caps e esse pontinho aqui sou eu. É como eu me vejo diante do serviço: quase invisível. Tentando puxar um fiozinho de esperança pra melhorar a situação do Caps, do serviço e dos usuários. (P2; roda de conversa; relato por meio de desenho sobre o lugar de fala)

Também sabia do preconceito que a gente enfrenta. Não são só os nossos usuários, né? A gente também enfrenta. Você enquanto profissional, você enfrenta. (P1; roda de conversa)

Tensionando a tendência à tutela e à verticalidade das relações, essas implicações falam de um movimento instituinte, de percepção da existência de um corpo coletivo do serviço e de compartilhamento de experiências de exclusão e de violência entre os sujeitos – trabalhadores, usuários e familiares –, à semelhança dos primórdios da luta antimanicomial²³. Demonstraram um sentido de pertencimento ao Caps e um engajamento contínuo para superar ou resistir coletivamente aos desafios, como a falta de apoio em rede, falta de suporte por parte da gestão e a discriminação de modo geral.

No entanto, é preciso explorar tais encontros (assim como os desencontros) para que por meio deles sejam percebidas contradições e potencialidades que existem na equipe e na comunidade. Nesse sentido, compreendemos o trabalho da pesquisa, apresentada em parte neste artigo, como uma oportunidade de criação desses dispositivos para que a equipe discuta e repense discursos, práticas e subjetividades à maneira da Educação Permanente em Saúde.

Tal compreensão reforça o que estudos, como o de Borges *et al.*¹⁴, Rézio *et al.*³² e Rézio *et al.*¹¹, encontraram em outros contextos, pela análise com os profissionais nos momentos de restituição, especialmente no último, em que ficou evidente a potência da proposta. Gerar espaços coletivos de análise das práticas profissionais pode possibilitar superar desafios apontados internacionalmente, como o combate do modelo manicomial e o fortalecimento do modelo psicossocial de atenção⁷.

O enfraquecimento da aprendizagem no/pelo trabalho prejudica a superação da lógica manicomial presente nas práticas de atenção e de gestão dos serviços. Superação essa que é condição *sine qua non* para a recuperação da perspectiva basagliana de desinstitucionalização e desconstrução do paradigma psiquiátrico⁸. Nesse sentido, identificamos a manutenção do instituído das práticas e da lógica manicomial na institucionalização da Reforma Psiquiátrica Brasileira, fazendo os atores dos serviços substitutivos esquecerem os motivos iniciais da formação do campo Atenção Psicossocial³³.



Além disso, reiteramos a necessidade de valorização do trabalhador da saúde e da Saúde Mental, principalmente no interior, onde o trabalhador se sente constantemente fragilizado mediante relações e vínculos de trabalho precarizados e gestões com interesses não técnicos³³. Os dispositivos analíticos devem caminhar no sentido de aumentar a transversalidade do grupo, visibilizando e questionando as linhas de poder instituídas nos serviços e entre os serviços e as gestões.

Considerações finais

A realização deste estudo permitiu que uma série de atravessamentos das práticas profissionais no contexto de uma cidade do interior do Nordeste fossem retirados da dimensão do não dito. Questões importantes foram trazidas à tona, como a relação entre trabalho, sustento e libido; a precariedade dos vínculos profissionais; e a presença de discursos que remetem a um modo de cuidado pautado no paradigma manicomial.

Apesar disso, o grupo fez um movimento importante de abertura para a reflexão de suas próprias práticas e pudemos identificar também alguns movimentos instituintes de engajamento e superação dos desafios cotidianos. A problematização da questão da autonomia e do protagonismo do usuário em seu processo de cuidado, do papel dos profissionais, das noções de doença mental e sofrimento psíquico e da análise de questões subjetivas, éticas e políticas imbricadas nas práticas profissionais, revela contribuições para o campo da Saúde Mental Coletiva.

O entendimento de como os trabalhadores chegam e por que permanecem no campo da Saúde Mental, além das especificidades do trabalho no contexto de cidades de pequeno e médio portes – mais afastadas dos centros urbanos –, é fundamental para direcionar as políticas públicas e as estratégias de formação continuada desses profissionais.

Contribuição dos autores

Todos os autores participaram ativamente de todas as etapas de elaboração do manuscrito.

Financiamento

O presente artigo é resultado do trabalho de dissertação da primeira autora, realizado com o Apoio Financeiro da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Capes (Bolsa de Mestrado).

Conflito de interesse

Os autores não têm conflito de interesse a declarar.

Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR).



Editora

Rosana Teresa Onocko Campos

Editor associado

Moisés Romanini

Submetido em

05/10/21

Aprovado em

17/02/22

Referências

1. Amancio VR, Elia L. Panorama histórico-político da Luta Antimanicomial no Brasil: as instabilidades do momento atual. *Cad Bras Saude Ment.* 2017; 9(24):22-49.
2. Amarante P, Torre EH. A constituição de novas práticas no campo da Atenção Psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil. *Saude Debate.* 2001; 25(58):26-34.
3. Zanardo GLP, Leite LS, Cadoná E. Política de Saúde Mental no Brasil: reflexões a partir da Lei 10.216 e da Portaria 3.088. *Cad Bras Saude Ment.* 2017; 9(24):1-21.
4. Amarante P, Nunes MO. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Cienc Saude Colet.* 2018; 23(6):2067-74.



5. Pitta AMF, Guljor AP. A violência da contrarreforma psiquiátrica no Brasil: um ataque à democracia em tempos de luta pelos direitos humanos e justiça social. *Cad CEAS Rev Crit Humanidades*. 2019; (246):6-14.
6. Delgado PG. Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte. *Trab Educ Saude*. 2019; 17(2):e0021241.
7. Carvalho RN, Picornell-Lucas A. Retratos da reforma psiquiátrica: aproximações entre Brasil e Espanha. *Argum*. 2020; 12(2):107-24.
8. Pereira MO, Passos RG. Luta antimanicomial e feminismos: discussões de gênero, raça e classe para a Reforma Psiquiátrica Brasileira. Rio de Janeiro: Editora Autografia; 2017.
9. Nardi HC, Ramminger T. Modos de subjetivação dos trabalhadores de saúde mental em tempos de reforma psiquiátrica. *Physis*. 2007; 17(2):265-87.
10. Sousa FMS, Severo AKS, Félix-Silva AV, Amorim AKMA. Educação interprofissional e educação permanente em saúde como estratégia para a construção de cuidado integral na Rede de Atenção Psicossocial. *Physis*. 2020; 30(1):e300111.
11. Rezio LA, Conciani ME, Queiroz MA. O processo de facilitação de Educação Permanente em Saúde para formação em saúde mental na Atenção Primária à Saúde. *Interface (Botucatu)*. 2020; 24:e200113.
12. Kasper M, Fortuna CM, Braghetto GT, Marcussi TC, Feliciano AB, L'Abbate S. Institutional analysis in scientific health production: an integrative literature review. *Rev Esc Enferm USP*. 2020; 54:e03587.
13. Lourau R. *Análise Institucional e práticas de pesquisa*. Rio de Janeiro: Editora UERJ; 1993.
14. Borges FA, Fortuna CM, Feliciano AB, Ogata MN, Kasper M, Silva MV. A análise de implicação profissional como um dispositivo de educação permanente em saúde. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2019; 27:e3189.
15. Monceau G. A socioclínica institucional para pesquisas em educação e em saúde. In: L'Abbate S, Mourão LC, Pezzato LM, organizadoras. *Análise Institucional e Saúde Coletiva no Brasil*. São Paulo: Hucitec; 2013. p. 91-103.
16. L'Abbate S. Análise institucional e intervenção: breve referência à gênese social e histórica de uma articulação e sua aplicação na Saúde Coletiva. *Mnemosine*. 2012; 8(1):194-219.
17. Matos M, Machado A. *Violência doméstica: intervenção em grupo com mulheres vítimas: manual para profissionais*. Porto: Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género; 2011.
18. Borges FA, Silva ARN. O diário de pesquisa como instrumento de acompanhamento da aprendizagem e de análise de implicação do estudante/pesquisador. *Interface (Botucatu)*. 2020; 24:e190869.
19. Altoé S, organizadora. René Lourau: analista institucional em tempo integral. São Paulo: Hucitec; 2004.
20. Costa-Rosa A. A instituição de saúde mental como dispositivo social de produção de subjetividade. *Estud Psicol (Campinas)*. 2012; 29(1):115-26.
21. Garrido-Pinzón J, Bernardo MH. Vivências de trabalhadores da saúde em face da lógica neoliberal: um estudo da atenção básica na Colômbia e no Brasil. *Cad Saude Publica*. 2017; 33(9):e00050716.
22. Góis PS, Medeiros SM, Guimarães J. Neoliberalismo e Programa Saúde da Família: a propósito do trabalho precarizado. *Rev Enferm UFPE*. 2010; 4 Esp:1204-10.



23. Ramminger T, Brito JC. O trabalho em saúde mental: uma análise preliminar relativa à saúde dos trabalhadores dos serviços públicos. *Rev Bras Saude Ocup.* 2008; 33(117):36-49.
24. Pimentel AP, Amarante PDC. Paradigmas, percepções e práticas em saúde mental: um estudo de caso à luz de Bakhtin. *Rev Estud Discurso.* 2020; 15(3):8-33.
25. Bilir MK. Deinstitutionalization in Mental Health Policy: from Institutional-Based to Community- Based Mental Healthcare Services. *Hacettepe J Health Adm.* 2018; 21(3):563-76.
26. Cruz NFO, Gonçalves RW, Delgado PGG. Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. *Trab Educ Saude.* 2020; 18(3):e00285117.
27. Zambillo M, Palombini AL. Autonomias errantes: processos de autonomização em saúde mental. *Estud Psicol (Natal).* 2017; 22(1):78-88.
28. Severo AK, Dimenstein M. Processos de trabalho e gestão na estratégia de atenção psicossocial. *Psicol Soc.* 2011; 23(2):340-9.
29. Vargas D, Maciel MED, Bittencourt MN, Lenate JS, Pereira CF. O ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental no brasil: análise curricular da graduação. *Texto Contexto Enferm.* 2018; 27(2):e2610016.
30. Macedo JP, Dimenstein M. Formação do psicólogo para a saúde mental: a psicologia piauiense em análise. *Interface (Botucatu).* 2011; 15(39):1145-58.
31. Luzio CA. Atenção psicossocial e psiquiatria biológica: uma trajetória histórica. In: L'abbate S, Mourão LC, Pezzato LM, organizadoras. *Análise Institucional e Saúde Coletiva no Brasil.* São Paulo: Hucitec; 2013. p. 471-509.
32. Rézio LA, Fortuna CM, Borges FA. Pistas para a educação permanente em saúde mental na atenção básica guiada pela Socioclínica Institucional. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2019; 27:e3204.
33. Severo AKS. A institucionalização da supervisão na reforma psiquiátrica brasileira: (re) produção de controles e desvios junto às equipes de saúde mental [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2014.



This study analyzed professional practices together with Psychosocial Care Center (Caps) staff, focusing on the professional implications for the Mental Health institution. We conducted an intervention study using Institutional Analysis as a theoretical and methodological framework, with emphasis on the Institutional Socio-clinical approach. The study was conducted in a Caps II in a city in the state of Rio Grande do Norte between May 2019 and October 2020. The data were collected using conversation circles underpinned by the principles of Permanent Health Education, seven individual interviews and a research diary. The analyses made certain Mental Health Care institutions “speak”, leading workers to set in motion instituting movements. The findings highlight important issues to guide continuing education policy and strategies.

Keywords: Mental health. Health workers. Institutional analysis. Continuing education.

Este estudio analizó prácticas profesionales con trabajadores de un Centro de Atención Psicosocial (Caps), con énfasis en las implicaciones profesionales con la institución Salud Mental. Compone una investigación-intervención que utilizó el referencial teórico-metodológico del Análisis Institucional, con énfasis en la Socioclínica Institucional. El trabajo tuvo lugar en un Caps II de una ciudad del interior del estado de Rio Grande do Norte entre mayo del año 2019 y octubre de 2020. Los datos se produjeron por medio de cinco rondas de conversación, utilizando los principios de la Educación Permanente en Salud, siete entrevistas individuales y diario de investigación. Los análisis producidos hicieron hablar a ciertas instituciones vinculadas al Cuidado de Salud Mental, llevando a movimientos instituyentes por parte de los trabajadores. El estudio señala cuestiones importantes para direccionar políticas públicas y estrategias de formación continuada.

Palabras clave: Salud mental. Trabajadores de la salud. Análisis institucional. Educación continuada.