



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E NATURAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

LUCIANA NASCIMENTO MERÇOM

**QUANDO PENSO EM MIM, PENSO NO CAPS:
O CUIDADO DE SI FRENTE ÀS VIVÊNCIAS DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE
MENTAL**

VITÓRIA – ES

2020

LUCIANA NASCIMENTO MERÇOM

**QUANDO PENSO EM MIM, PENSO NO CAPS:
O CUIDADO DE SI FRENTE ÀS VIVÊNCIAS DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE
MENTAL**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo como requisito para obtenção do Grau de Mestre em Psicologia, sob orientação da Prof^a. Dr^a Teresinha Cid Constantinidis.

VITÓRIA – ES

2020

Ficha catalográfica disponibilizada pelo Sistema Integrado de Bibliotecas - SIBI/UFES e elaborada pelo autor

M556q Merçom, Luciana Nascimento, 1994-
Quando penso em mim, penso no CAPS : o Cuidado de Si frente às vivências de profissionais da saúde mental / Luciana Nascimento Merçom. - 2020.
120 f. : il.

Orientadora: Teresinha Cid Constantinidis.
Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências Humanas e Naturais.

1. Psicologia. 2. Atenção Psicossocial. 3. Cuidado de Si. 4. Profissionais de Saúde Mental. I. Cid Constantinidis, Teresinha. II. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências Humanas e Naturais. III. Título.

CDU: 159.9

LUCIANA NASCIMENTO MERÇOM

“QUANDO PENSO EM MIM, PENSO NO CAPS”:

**O CUIDADO DE SI FRENTE ÀS VIVÊNCIAS DE PROFISSIONAIS DA
SAÚDE MENTAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Aprovada em 20 de agosto de 2020.

COMISSÃO JULGADORA:

Prof^ª. Dr^ª. Teresinha Cid Constantinidis

Programa de Pós Graduação em Psicologia

Universidade Federal do Espírito Santo

Orientadora

Prof^ª. Dr^ª. Luziane Zacché Avellar

Programa de Pós Graduação em Psicologia

Universidade Federal do Espírito Santo

Prof^ª. Dr^ª. Bruna Lídia Taño

Departamento de Terapia Ocupacional

Universidade Federal do Espírito Santo

*Para Mani,
Que depois de ter me ajudado tanto,
é quase mestre também.*

AGRADECIMENTOS

Agradecer é afirmar que esse trabalho foi construído com a ajuda de muitas pessoas, de perto e de longe.

A Deus cujo amor e misericórdia que me sustentaram durante toda a vida, agradeço pela conclusão de mais essa etapa.

Agradeço aos meus pais que sempre acreditaram em mim e sempre me viram como a pessoa inteligente que eu nunca achei que fosse. Obrigada por me incentivarem tanto e por me ensinarem sobre cuidado e amor durante todos esses anos.

Agradeço à minha irmã Mani, e digo ainda: eu fiz isso? Você fez isso? Quem fez isso? Mani, obrigada por ser a melhor irmã que eu poderia ter e por não ter saído do meu lado nem nos dias difíceis. Como alguém que adora dormir, deve ser difícil para você ter ficado acordada durante a madrugada enquanto eu escrevia e até me levar para UFES quando eu não queria ir. Um dia vou ter muito dinheiro e te darei o C do CBX, se ainda tiver para comprar.

Agradeço também aos meus avós. Vovô Gau e Vovó Rê por serem também grandes referências de cuidado para mim e por já me verem como doutora! Vamos fazer isso! Vovô Uilson e Vovó Tide podem não estar aqui para lerem esse trabalho, mas eu os agradeço por terem sido meus mestres e me inspirarem com lições que guardarei pra toda a vida.

Agradeço à minha orientadora Teresinha, que, em muitos momentos cuidou de mim de verdade. Você é uma pessoa que admiro e que tenho como inspiração! Obrigada por ter topado essa ideia, pela paciência e leveza que fizeram toda a diferença para mim no processo.

Agradeço também às mulheres trabalhadoras que encontrei no percurso dessa pesquisa e sem as quais essa dissertação não seria real. Foi muito bom conversar e aprender com cada uma de vocês! Muito obrigada!

Agradeço também aos amigos que suportaram muitas vezes a minha ausência. Ray, amiga desde o primeiro dia de graduação, obrigada por estar comigo até hoje. Agradeço

também aos amigos de longe, mas que estão sempre perto, em especial meu muito obrigada à Ste e Vince, amigos de tantos anos que nunca me deixaram na mão e sempre me viram como mestre, mesmo antes de fazer essa dissertação. Agradeço também às colegas de profissão que também me fortaleceram durante a jornada: Miu e Paula, vocês são tão inteligentes que às vezes penso que sou uma batata, viu? A lut também é uma parte de mim que tem muito a agradecer. Quero agradecer àqueles que serviram de inspiração, motivação e riso durante esses anos: EXO, we got the power!!! DAY6, every moment's gonna be my best part!!!

Por último, agradeço a CAPES pela bolsa que possibilitou a realização de todo esse trabalho!

*“O mais importante e bonito, do mundo, é isto:
que as pessoas não estão sempre iguais,
ainda não foram terminadas –
mas que elas vão sempre mudando.”*

Guimarães Rosa

Merçom, L. N. (2020). **Quando penso em mim, penso no CAPS: o cuidado de si frente às vivências de profissionais da saúde mental.** Dissertação de Mestrado. Programa de Pós Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo, Brasil.

RESUMO

O profissional de saúde mental se encontra no centro da Reforma Psiquiátrica Brasileira, movimento que amplia o olhar sobre a loucura, traz novas formas de trabalho e uma série de debates e desafios. Como dispositivo substitutivo aos hospitais psiquiátricos, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é o serviço responsável por prestar atendimento clínico diário, promover a inserção social das pessoas em sofrimento psíquico e é fundamental nessa modalidade de atenção. A nova proposta do modelo assistencial em saúde mental preza por uma rede de cuidados, cuja organização exige complexa estrutura de serviços comunitários, articulados a recursos territoriais, culturais, sociais. A produção de cuidado em saúde mental convoca, para além de uma postura atenciosa para com o outro, ao entendimento de si como alguém que também necessita de atenção e também se constrói a partir da relação com aquele de quem cuida. É nessa trama que a noção foucaultiana de Cuidado de Si se torna útil, como condição para o cuidado do outro. O Cuidado de si aqui é entendido como um processo de construção do sujeito trabalhador, por meio da adoção de uma postura crítica que visa a construção e transformação de práticas, onde a partir do exercício sobre si, o profissional passa a gerir-se e construir formas de ser e estar no mundo. Com o objetivo de compreender o cuidado de si de profissionais de saúde mental a partir do trabalho realizado em CAPS, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com dezoito trabalhadoras de quatro CAPS da cidade de Vitória - ES. Os relatos das entrevistas foram analisados a partir da análise de conteúdo, na modalidade temática. Foram encontradas regularidades discursivas, delineadas pelo núcleo de sentido do conteúdo das falas das participantes, que apontaram dois temas: “O trabalho no CAPS” e “Cuidado e cuidado de si”. Os resultados mostraram que o trabalho realizado nos CAPS é complexo e intenso, mobilizador de sentimentos de prazer e sofrimento e convoca o trabalhador a constante análise de si, de seu posicionamento em relação ao outro na produção de cuidado e na reconstrução de práticas. Além disso, observou-se também que os profissionais compreendem a importância do cuidado que dispensam ao usuário e possuem a percepção de que é necessário cuidar de si para melhor cuidar do outro. Apesar de empreenderem algumas estratégias para o cuidado de si, as profissionais apontam que existem poucos espaços de cuidado de si nos serviços. Os espaços coletivos são entendidos como fortalecedores do trabalho, mas são também desafiadores, pois convocam a troca de saberes e construção de estratégias coletivamente. Ao falar de seu trabalho, as profissionais falam de si mesmas e ao pensarem e construírem a si mesmas através do cuidado de si, elas pensam e constroem uma forma de estar no CAPS.

Palavras Chave: Profissionais de Saúde Mental, Cuidado de Si, CAPS.

Merçom, L. N. (2020). **When I think of me, I think of CAPS: The care of the self in the face of the experiences of mental health professionals.** Dissertação de Mestrado. Programa de Pós Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo, Brasil.

ABSTRACT

The mental health professional is at the center of the Brazilian Psychiatric Reform, a movement that broadens the look upon madness, brings new ways of working and a series of debates and challenges. As a substitute device for psychiatric hospitals, the Psychosocial Care Center (CAPS) is the responsible service for providing daily clinical care, promoting the social insertion of people in psychological distress and is fundamental in this type of care. The new proposal of the assistential mental health care model values a care network, whose organization requires a complex structure of community services, linked to territorial, cultural and social resources. The production of mental health care calls, in addition to a caring attitude towards others, to the understanding of oneself as someone who also needs attention and it is also built by the relationship with the user who is taking care of. It is in this plot that the Foucaultian concept of Care of the Self becomes useful, as a condition for the care of the other. Care of the Self here is understood as a process of construction of the working subject, through the adoption of a critical posture that aims at the construction and transformation of practices, where from the exercise on themselves, the professional starts to manage and build up ways of be and being in the world. In order to understand the Care of the Self of mental health professionals from the work carried out in CAPS, semi-structured interviews were conducted with eighteen workers from four CAPS in the city of Vitória - ES. The interview reports were analyzed based on content analysis, in the thematic mode. Discursive regularities were found, outlined by the core meaning of the content of the participants' speeches, which pointed out two themes: "Work at CAPS" and "Care and Self Care". The results showed that the work carried out in the CAPS is complex and intense, mobilizing feelings of pleasure and suffering and calls on the worker to constantly analyze himself, his position in relation to the other in the production of care and the reconstruction of practices. In addition, it was also observed that professionals understand the importance of the care they provide to the user and have the perception that it is necessary to take care of themselves to better take care of the other. Despite undertaking some strategies to take care of themselves, the professionals point out that there are few spaces for taking care of themselves in the services. Collective spaces are understood as strengthening work, but they are also challenging, as they call for the exchange of knowledge and the construction of strategies collectively. When talking about their work, the professionals talk about themselves and when they think and build themselves through taking care of themselves, they think and build a way of being at CAPS.

Keywords: Mental Health Professionals, Care of the Self, CAPS.

LISTA DE TABELAS E QUADROS

Quadro 1. Caracterização das participantes.....	43
Quadro 2. Resultados: Temas e subtemas	46

LISTA DE SIGLAS E ABREVEATURAS

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPSad – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

CAPSi/CAPSij – Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil

CRAS – Centro de Referência de Assistência Social

CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social

ESF – Estratégia Saúde da Família

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

RH – Recursos Humanos

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFES – Universidade Federal do Espírito Santo

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	15
1. INTRODUÇÃO	18
1.1 O cuidado na relação entre profissional e usuário	22
1.2 Quem cuida do profissional de saúde mental?	24
1.3 O cuidado de si e profissional de saúde mental	25
2. APORTE TEÓRICO-CONCEITUAL: O CUIDADO DE SI SEGUNDO FOUCAULT	28
2.1 O percurso do Cuidado de Si	29
2.2 Ética, liberdade e Cuidado de Si	34
2.3 O Cuidado de Si e os profissionais de saúde mental	37
3. OBJETIVOS	40
3.1 Objetivo geral	40
3.2 Objetivos específicos	40
4. MÉTODO	41
4.1 Caracterização do campo de pesquisa	41
4.2 Participantes	42
4.3 Caracterização das Participantes	43
4.4 Instrumento	44
4.5 Análise de Dados	44
4.6 Procedimentos Éticos	45
5. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	46
5.1 O Trabalho no CAPS	46
5.1.1 <i>Complexidade do Trabalho</i>	46
5.1.2 <i>Atenção Psicossocial</i>	50
5.1.3 <i>Trabalho em Equipe</i>	55

<i>5.1.4 Desafio e Aprendizagem</i>	60
<i>5.1.5 Encargos do trabalho no CAPS</i>	64
<i>5.1.6 Adoecimento</i>	74
<i>5.1.7 Prazer</i>	82
5.2. Cuidado e Cuidado de Si	86
<i>5.2.1 Cuidado</i>	87
<i>5.2.2 Cuidado de Si</i>	90
<i>5.2.3 Estratégias para o Cuidado de Si</i>	95
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	105
REFERÊNCIAS	107
APÊNDICE A	118

APRESENTAÇÃO

No início de minha graduação, no ano de 2011, um momento onde eu ainda explorava as várias possibilidades da Psicologia, participei de um evento de Psicologia Social de nível estadual. Naquele espaço, eu era apenas uma caloura que ainda estava aprendendo o modo de ser na universidade e foi ali que, pela primeira vez, tive contato com profissionais da saúde mental. Os profissionais que ali estavam, falavam com afeto sobre o que faziam, mas relatavam o grande sofrimento vivenciado por eles em seus espaços de trabalho e apontavam, ainda, que nada – ou muito pouco – era realizado com o intuito de cuidar dessa demanda.

Destaco esse momento de meu percurso acadêmico, porque, anos depois desse primeiro contato, acabei por encontrar alguns dos mesmos profissionais novamente. Nesse segundo momento, eu já estava nos espaços de outra maneira, como aluna de estágio supervisionado, no entanto os profissionais continuavam carregando as mesmas queixas – o (des) cuidado que permeavam seus processos de trabalho.

Durante os anos de 2014 a 2016, realizei a pesquisa “Descrição das atividades profissionais direcionadas às crianças e adolescentes usuários de substâncias psicoativas em tratamento no CAPSij (Centro de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil)”, como aluna de iniciação científica. A pesquisa tinha como objetivo caracterizar as atividades dos profissionais do serviço, entretanto, durante a realização das entrevistas, outras questões emergiam para além do propósito central da pesquisa. No momento em que eram convocados a falar sobre seu trabalho, os profissionais diziam – uns com alegria e outros com pesar – de um trabalho desafiador, que os tocava afetivamente. Descreviam um “fazer” que produzia efeitos em seus corpos e apontavam a necessidade de cuidado consigo mesmos, ainda que não soubessem como isso seria feito.

Muitas falas foram marcantes nesse processo, como, por exemplo, “a gente lida diretamente com o sofrimento e o corpo sofre e aí, como a gente faz?”; “a gente se doa por

completo para o usuário.” Se por um lado os profissionais compreendiam o que era o cuidado em saúde mental e entendiam a importância desse cuidado direcionado ao usuário, por outro, nada faziam em relação a si mesmos.

Já ao fim da graduação, em 2015, como parte das atividades de estágio supervisionado, estive em dois Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) da Grande Vitória. Entre as atividades de estágio estavam o acompanhamento das reuniões de equipe e o acompanhamento de grupos sobre autogestão da medicação (GAM – Gestão Autônoma da Medicação) com usuários do serviço, profissionais e familiares. Nas reuniões de equipe dos serviços, era possível perceber a força da equipe como um dispositivo do trabalho em saúde mental. Ainda que cada profissional falasse de um lugar a partir da sua área de formação, ao fim da maioria dos encontros, a discussão gerava uma fala coletiva, resultado da troca entre esses profissionais. Por reconhecerem que multiplicidade de saberes torna o cuidado em saúde mental mais rico e efetivo, os profissionais afirmavam a necessidade do espaço da reunião e da equipe como dispositivos pelos quais se sentiam amparados e cuidados.

Além das reuniões internas das equipes dos serviços que integravam o projeto, os profissionais também eram convidados a participarem de reuniões de supervisão realizadas na UFES – Universidade Federal do Espírito Santo -, juntamente com os pesquisadores. Nesse espaço havia a discussão de textos e de questões que surgiam a partir do cotidiano de trabalho nos serviços e do manejo dos grupos GAM. Os profissionais se diziam satisfeitos com os encontros que eram realizados com a equipe de pesquisa da universidade, pois sentiam que, ao trocar experiências e pensar sobre suas práticas, sentiam-se amparados a construir uma forma de estar nos grupos.

Assim, nasceram algumas inquietações: que trabalho é esse que demanda tanto, mas que é, também, tão defendido e amado? Quais são as estratégias de cuidado de si dos

profissionais da saúde mental? Como é operar/direcionar práticas de cuidado para si e para os outros? Em que espaços esses profissionais se sentem cuidados?

Foi a partir desse percurso, ouvindo relatos que sempre diziam desse trabalho tão diverso, que move tantos afetos e produz tantos efeitos, que surgiu a vontade de pesquisar sobre esses trabalhadores, suas vivências e como poderiam cuidar de si mesmos.

1. INTRODUÇÃO

Os profissionais que atuam nos serviços de saúde mental realizam um trabalho que pode ser fonte de prazer e, paradoxalmente, de adoecimento, experimentando essas sensações opostas na lida diária com muitos desafios e impasses; reflexos de uma forma de trabalhar que ainda vem se construindo nos últimos anos (Silva & Costa, 2008). O trabalhador de saúde mental se encontra no centro da Reforma Psiquiátrica Brasileira, movimento que teve início nos anos de 1980, influenciado principalmente pelo Movimento da Psiquiatria Democrática Italiana, o Movimento de Desinstitucionalização, iniciado em Trieste, na Itália, por Franco Basaglia. Esse movimento inaugurou uma maneira de cuidado e de olhar sobre o sofrimento psíquico que traz o louco¹ como sujeito e como cidadão de direitos.

Abriu-se, nesse ínterim, uma série de novos debates e desafios para Política Nacional de Saúde Mental. Esse novo aspecto envolve a dimensão cuidadora das práticas de saúde por meio das quais se propõe a transformação dos serviços. Consideram-se, como práticas transformadoras, aquelas que levam em conta as necessidades do sujeito e a oferta dos recursos de saúde, porém sem se descuidar da aplicação das tecnologias desenvolvidas, visando o cuidado. Operar segundo esse referencial teórico e político significa apostar em novos coletivos de trabalhadores de saúde, no campo da saúde mental, capazes produzir vida em contrapartida à produção da morte manicomial em qualquer lugar que ela ocorra (Merhy, 2007).

¹Faz-se importante esclarecer aqui acerca dos termos que serão utilizados neste trabalho. O termo louco/loucura possui muitos significados e foi historicamente compreendido de várias maneiras (Passos & Beato, 2003) e será utilizado quando nos referirmos à experiência de ruptura com o sentido comum de experiência compartilhada pelo grupo social. Já o termo sofrimento psíquico é uma das formas de designação da loucura, quando apreendida como objeto de estudo e intervenção pelas ciências da saúde, mais especificamente pela saúde mental. Volta-se para o sujeito em sofrimento resultante de sua diferença de ser e de estar no mundo e do desequilíbrio entre suas capacidades internas e as exigências do contexto social. A adoção deste termo está de acordo a III Conferência Nacional de Saúde Mental, em substituição ao termo “doença mental”, que remete à rotulagem, à inexpressão do ser humano e à sua exclusão social como forma de tratamento. A utilização do termo “louco” marca uma tentativa de uma nova compreensão da loucura, indo para além da dimensão patológica e caminhando para o seu entendimento como construção social. Esse discurso indica a necessidade de uma desconstrução da noção de doença, que justificaria os procedimentos assistenciais que podem levar à exclusão social da pessoa reconhecida como louca (Constantinidis & Andrade, 2015).

Se antes o tratamento psiquiátrico era marcado pela centralidade do manicômio e por práticas que aprisionavam os indivíduos, a partir da desinstitucionalização, passou-se a olhar o sujeito em sofrimento como participante de seu processo de atenção e cuidado. Assim, a reforma trouxe, à saúde mental, novas formas de trabalho, criando responsabilizações e encargos aos profissionais da área (Silva & Costa, 2008) e, por conseguinte, visando uma transformação nas políticas públicas e na socialização do usuário, o que implica, também, em uma mudança no modo de trabalho desenvolvido pelos profissionais (Amarante, 1996; Silva & Costa, 2008).

Os estudos de Fernandes e Marziale (2014), Zgiet (2013) e Ramminger (2005) apontaram que esses profissionais são cruciais para o novo modelo de cuidado, visto que são eles os responsáveis por colocar em prática aquilo que fora pautado pela reforma e pela política de saúde mental. São eles que constroem, em parceria com cada usuário, um projeto terapêutico, que precisa ser pautado em um cuidado mais humanizado, no território e em rede, objetivando fortalecer a autonomia, o protagonismo e a participação social da pessoa em sofrimento psíquico.

Com a aprovação da Portaria nº 3.088/2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), integra-se a saúde mental em todos os níveis e pontos de atenção no Sistema Único de Saúde (SUS). A RAPS se fundamenta nos princípios da autonomia, respeito aos direitos humanos e no exercício da cidadania; busca promover a equidade e reconhecer os determinantes sociais dos processos saúde-doença-sofrimento-cuidado; desfazer estigmas e preconceitos; garantir o acesso aos cuidados integrais com qualidade; desenvolver ações com ênfase em serviços de base territorial e comunitária; organizar os serviços em rede por meio do estabelecimento de ações intersetoriais, com continuidade do cuidado; desenvolver ações de educação permanente; ancorar-se no paradigma do cuidado e da atenção psicossociais, além de monitorar e avaliar a efetividade dos serviços (Brasil, 2011).

A nova proposta do modelo assistencial em saúde mental preza por uma rede de cuidados, cuja organização exige complexa estrutura de serviços comunitários, articulados a recursos territoriais, culturais, sociais. Nesse cenário, encontra-se a ousada tarefa de tentar tecer uma forma de fazer em saúde, tornando mais desafiador o tipo de resposta e o tipo de oferta de produto de saúde mental, momento no qual o profissional é convocado a disponibilizar o saber técnico adquirido em sua formação em conjunto com certa habilidade no trato com a diversidade e imprevisibilidade características desse campo (Silva & Fonseca, 2005).

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) representam pontos centrais da RAPS, uma grande conquista do movimento da reforma, e são fundamentais nessa modalidade de atenção. Esse serviço pode ser compreendido como núcleo de uma clínica produtora de autonomia, que responsabiliza o usuário e o convida ao protagonismo durante todo o seu processo de cuidado (Brasil, 2004). No cenário atual, os CAPS têm representado a principal estratégia para transformação do modelo asilar de assistência à saúde mental e imperativa condição para a garantia de direitos aos usuários, já que têm se constituído, a partir da perspectiva da rede, como

“serviço que se diferencia das estruturas tradicionais e que se orienta pela ampliação do espaço de participação social do sujeito que sofre, pela democratização das ações, pela não segregação do adoecimento psíquico e pela valorização da subjetividade, com base das ações multiprofissionais (Tavares & Sousa, 2009, p.254).”

Como dispositivos substitutivos aos hospitais psiquiátricos, os CAPS são os serviços responsáveis por prestar atendimento clínico diário e promover a inserção social das pessoas em sofrimento psíquico. Dessa maneira, o CAPS se torna o portal de saída do manicômio e de entrada para um modelo que se ocupe da existência, e surge como potência capaz de produzir novas formas de trabalhar em saúde mental (Salles & Miranda, 2016).

Na ampliação do questionamento e das formas de relação que são estabelecidos com a loucura no cotidiano dos serviços em saúde mental, é importante um olhar atento ao

profissional e às suas relações de trabalho. Segundo Lancman e Jardim (2004) o mundo do trabalho se transformou a partir da introdução de novas tecnologias, aceleração do ritmo do trabalho, alterando a organização e forma de produzir, o que nos fez caminhar para uma redefinição das relações estabelecidas com o trabalho. A atividade profissional é diretamente influenciada pela maneira como o indivíduo se relaciona com o próprio trabalho, podendo ser compreendida como algo que dá sentido à vida, que eleva o status, define a identidade pessoal e impulsiona o crescimento humano, quando desempenhada de maneira satisfatória. Porém, quando o profissional encontra desafios e dificuldades no contexto de seu trabalho, essa atividade pode não só facilmente ser vivenciada, como também sofrida, indesejada, pesada, humilhante, e geradora de desestruturação mental e loucura (André & Duarte, 1999; Dejours, 1987; Silva & Costa 2005).

Esse profissional, diante dessa nova maneira de trabalhar, ao executar atividades assistenciais às pessoas em sofrimento psíquico, além dos riscos ocupacionais comuns a que estão expostos os trabalhadores de saúde em geral, desenvolvem suas tarefas em ambientes envoltos pela elevada tensão emocional, devido à imprevisibilidade própria à complexidade do campo de ação em saúde mental, no cuidado à pessoa em sofrimento psíquico (Fernandes & Marziale, 2014). O ato de cuidar de outro e lidar com sua subjetividade é, por si só, complexo, na medida em que cada pessoa entende e se relaciona com o mundo à sua própria maneira. Lidar com essa complexidade, trazida por cada indivíduo, requer habilidades e posturas como a observação, a sensibilidade e a presença. O reconhecimento da subjetividade que permeia o processo de cuidar se apresenta como mais uma ferramenta para o processo de construção de um cuidado mais humano (Persegona, Lacerda & Zagone, 2007).

Zgiet (2013) em seu estudo, realizado por meio de grupos com profissionais de CAPS, encontrou níveis consideráveis de adoecimento entre os participantes. Além da organização dos serviços que não estimulava o diálogo dos profissionais com os gestores e nem como

equipe, os resultados apontam a impossibilidade de controle das situações de crise de usuários do serviço como fator de adoecimento entre estes profissionais. O autor aponta que a falta de controle produz uma sensação de incapacidade no profissional. Além disso, assim como Nardi e Raminger (2007), traz a relação dos trabalhadores com os usuários como fator de adoecimento. O estudo aponta que o profissional se vê imerso em seu cuidado com o usuário em sofrimento e que entra em sofrimento também, podendo adoecer neste processo.

Merhy, Feuerwerker e Cerqueira (2010) ao analisarem vivências em serviços de saúde mental, mostraram a relação entre a saúde do profissional e a qualidade do serviço. Segundo os autores, profissionais mais satisfeitos apresentavam melhor produtividade no trabalho e, ao contrário, quando adoeciam, essa produtividade caía. Fernandes e Marziale (2014) chegaram em resultados similares a Merhy et al. (2010) ao demonstrarem que, ao adoecer, o profissional desempenhava de maneira menos satisfatória o seu trabalho, o que pode ser percebido por meio da queda no número de atendimentos, do aumento na frequência de faltas, ou até do pedido de afastamento por parte do profissional.

Os estudos citados indicam que o profissional se afeta pelo sofrimento dos usuários dos quais ele cuida, e o seu adoecimento acaba por afetar a qualidade do seu trabalho. Portanto, ao ampliar o olhar e a escuta aos usuários, e ao preconizar por um cuidado humanizado, possibilitando o contato mais íntimo e afetivo com a pessoa em sofrimento psíquico, a saúde do profissional é afetada, podendo trazer sofrimento ao seu cotidiano e ao processo de cuidado do outro.

1.1 O Cuidado na relação entre profissional e usuário

Boff (2005), ao teorizar sobre o cuidado nas relações entre as pessoas, apresenta dois modos de estar no mundo: o modo de ser do trabalho e o modo de ser do cuidado. O modo de ser do trabalho é aquele pelo qual o ser humano, ser que é criativo, intervém na natureza e a

modifica. Essa lógica de vida está ligada à ideia de dominação, isto é, o ser humano domina o meio e o torna um conjunto de objetos que passam somente a ter utilidade conforme a sua vontade, a serviço dos seus interesses pessoais e coletivos. A outra forma de ser-no-mundo, segundo o autor, realiza-se pelo cuidado. O cuidado não se opõe ao trabalho, mas lhe confere uma modalidade diferente. Pelo cuidado não vemos a natureza e tudo que nela existe como objetos. A relação passa a acontecer entre sujeitos, com seus valores e aquilo de único que há em cada um. O autor afirma que, para cuidar de outras pessoas é necessário ter intimidade com elas, senti-las, acolhê-las, respeitá-las, dando-lhes sossego e repouso, sendo esse cuidado algo que supera a razão e parte para uma dimensão afetiva.

O grande desafio para o ser humano é ajustar trabalho e cuidado, já que, conforme Boff (2005), esses dois aspectos não caracterizam realidades opostas, mas se compõem. Juntos constituem a integralidade da experiência humana, ligada, por um lado, à objetividade e, por outro, à subjetividade. O equívoco consiste em opor uma dimensão à outra, e não vê-las como modos-de-ser do único em mesmo ser humano.

Nesta perspectiva, é interessante que o profissional de saúde mental incorpore, ao seu fazer, o modo de ser do cuidado e o modo de ser do trabalho, buscando o equilíbrio entre objetividade e subjetividade. É importante que o profissional se relacione intimamente com estes usuários, sendo essa relação afetiva a condição para o cuidado, ou seja, afetar-se pelo sofrimento dos usuários do serviço é resultado do cuidado em saúde mental. O modo de ser do cuidado exige para além de uma postura atenciosa para com o outro, pois convoca ao entendimento de si como alguém que também necessita de atenção e também se constrói a partir da relação com aquele de quem cuida.

Foucault (2006, 2010), nos fala de um cuidado de si que orienta o sujeito na transformação da relação consigo, onde a partir da governabilidade sobre si é que surge a capacidade de agir, transformar, e cuidar do outro. No contexto dos profissionais de saúde

mental, seria a partir da compreensão de si mesmo e daquilo que implica ser um cuidador, é que o profissional seria capaz de gerir seu trabalho, e cuidar do outro. Trata-se de em seu exercício profissional, envolto em verdades sobre o cuidado e a saúde mental, construir-se, encontrar maneiras de cuidar de si e governar-se para então ser capaz de governar, e cuidar dos outros.

1.2 Quem cuida do profissional de saúde mental?

Merhy (2007) trata das relações de trabalho de profissionais de CAPS enquanto coletivo para a produção de *desinterdições das existências* e aponta que diante das adversidades do trabalho em saúde mental, os trabalhadores podem autogerir-se para cuidarem se si mesmos e de suas tristezas, a fim de que se produzam alívio, alegria e *invenções antimanicomiais*.

A partir dessa desinterdição das existências e das invenções antimanicomiais, o processo de trabalho se torna mais satisfatório porque, por meio da construção de novos sentidos e formatos do trabalho em saúde, esse se afirma como trabalho vivo em ato. O "trabalho vivo" se refere ao trabalho em ato e o trabalho criador e se opõe ao "trabalho morto" que se refere a todos os produtos-meios resultantes de um trabalho anterior. Quando o "trabalho vivo" é capturado, de tal forma que o homem não consegue exercer nenhuma ação de forma autônoma, ele se torna "trabalho morto" (Malta & Merhy, 2003; Merhy 1997).

Uma ação que tenha como objetivo a mudança nos processos de trabalho nos CAPS convoca os trabalhadores à construção de seu próprio fazer e à consolidação do trabalho vivo em ato e para isso, deve dispor:

“de várias e novas ações instrumentais, de capacidade de problematizar cabeças e interesses, sempre questionando situações que podem gerar processo de liberação do trabalho vivo, enfim das forças instituintes e criadoras. Esta criatividade permanente do trabalhador em ação deve ser explorada na dimensão pública e coletiva para que sejam reinventados novos processos de trabalho, ou mesmo para abri-los em novas dimensões não pensadas (Malta & Mehry, 2003 p. 64).”

Nesse sentido, Merhy (2007) aponta a possibilidade de criação de estratégias de trabalho coletivas, que alterem a ordem dos adoecimentos e endurecimentos entre trabalhadores. Só um coletivo que possa estar em plena produção de vida em si e para si pode ofertar, com o seu fazer, a produção de novos viveres não dados em outros. Tomando a alegria como indicador da luta contra a tristeza e o sofrimento a que são submetidos todos os coletivos de trabalhadores da saúde e seu consequente esgotamento. Merhy aponta que “há que se instituir como parte do cotidiano, além das supervisões institucionais e clínicas, arranjos autogeridos pelos trabalhadores que lhes permitam reordenar suas tristezas e sofrimentos, realizando, inclusive, autocuidado de si como cuidadores (p. 10)”.

Como estratégias de cuidado diante desse esgotamento do profissional, Merhy (2002) sugere, além de uma rede bem articulada que possa amparar tanto usuários quanto profissionais, a geração de espaços que exponham estas questões e permitam que o coletivo de trabalhadores pense e fale sobre isso, interrogando e colocando em crítica de modo bem produtivo o seu próprio fazer, questionando-se acerca do que lhes entristecem e exaurem, pois a partir dessas indagações, os profissionais abrem oportunidades de se re-situar em relação ao seu trabalho e ressignificar suas práticas.

Nesse sentido, a possibilidade de retornar o olhar a si e suas atividades, enquanto profissional, e se moldar a partir dessa liberdade reflexiva, vai ao encontro da noção de cuidado de si em Foucault (2010), em que este conceito é compreendido como prática, a partir da qual o sujeito se modifica e se transforma a partir da reflexão sobre si mesmo. O cuidado de si torna-se uma prática importante para a manutenção e construção de identidade e fortalecimento desse coletivo profissional, além de contribuir com a qualidade do cuidado prestado.

1.3 O cuidado de si e o profissional de saúde mental

Para o presente trabalho, a partir da concepção de Foucault (2010), o cuidado de si é entendido como um processo de construção do sujeito trabalhador, através da adoção de uma postura crítica que visa a construção e transformação de práticas, pela qual, a partir do exercício sobre si, o profissional passa a gerir-se e construir formas de ser e estar no mundo. Conhecer-se mais e atentar ao seu próprio cuidado é uma atitude saudável e necessária para o processo de produção de vida e saúde em si mesmo e no outro, além de contribuir para que o profissional consiga pensar nas questões que surgem no contexto do trabalho e se reconfigurar a partir delas.

A noção de cuidado de si tem sido utilizada em trabalhos realizados com profissionais da saúde (Bernardes e Guareschi, 2004; Ferreira, Souza, Souza, Tavares e Pires, 2015; Lucena, 2014; Lunardi, Lunardi, Silveira, Soares & Lipinski, 2004; Ramminger, 2005; Silva, 2011; Silva, Terra, Freitas, Ely, Mostardeiro, 2013; Silva, Terra, Gonçalves & Souto, 2014; Silva, Terra, Motta, Leite, & Padoin, 2013). No entanto, na literatura nacional consultada, a maioria dos trabalhos tem como foco o profissional de enfermagem (Bernardes & Guareschi, 2004; Ferreira et al., 2015; Lunardi et al., 2004; Silva, 2011; Silva, Terra, Freitas et al., 2013; Silva, Terra, Gonçalves et al. 2014; Silva, Terra, Motta et al., 2013) e apenas três dos trabalhos encontrados se propõem a investigar estratégias de cuidado de si em profissionais atuantes em serviços de saúde mental (Bernardes & Guareschi, 2004; Silva, 2011; Silva, Terra, Freitas et al. 2013; Silva, Terra, Motta et al., 2013).

Em revisão de literatura realizada por Silva, Terra, Gonçalves et al. (2014) concluiu-se que o cuidado de si pelos profissionais de enfermagem é entendido como condição para cuidar do outro de maneira satisfatória. No entanto, no que se refere a sua concepção, os autores apontam que, em muitas pesquisas, o cuidado de si tem sido associado à ideia de autocuidado, o qual é entendido como toda e qualquer proposta que vise melhorar a saúde do profissional e prevenir doenças.

Essa perspectiva de cuidado de si, no entanto, difere da proposta por Foucault (2010), sob a qual se pauta esse trabalho, e que concebe o cuidado de si para além de atividades específicas e isoladas que visem a prevenção de doenças e é compreendido como um cuidado, que é atravessado pela ética que se pauta na atenção e reconfiguração de si mesmo e de sua forma estar no mundo.

Em sua tese, Silva (2013) defende o cuidado de si como uma ferramenta útil ao profissional de saúde mental e condição para o cuidado do outro. A autora compreende o cuidado de si como um exercício filosófico que leva à adoção de uma postura ético-crítica para consigo mesmo e que, no cotidiano dos CAPS, seria, ao mesmo tempo, uma prática individual e social, pois, ao cuidar de si, cada profissional estaria também cuidando das relações e trocas estabelecidas no trabalho. Para a discussão do cuidado de si, a autora privilegia espaços chamados “grupos de reflexão”, nos quais os profissionais apontavam e formulavam questões emergentes do cotidiano de um CAPS e pensavam possibilidades conjuntas de enfrentamento a essas realidades.

A discussão acerca das práticas de cuidado de si, tendo como referência o profissional em seu contexto de trabalho, no entanto, tem apontando que o cuidar em saúde é uma prática que pode ser executada por todo profissional da área e que todos estes profissionais estão sujeitos às mais variadas situações nos contextos dos serviços de saúde (Carvalho, 2004; Machado & Merlo, 2008; Oliveira, 2008).

Verifica-se a escassez de estudos que investiguem o cuidado de si do profissional do campo da saúde mental, abrangendo a equipe de profissionais de um serviço especializado, independente da especialidade profissional. Além disso, diante das discussões propostas até aqui, ressalta-se a importância de compreender as concepções de cuidado de si dos profissionais de saúde mental e as estratégias adotadas por eles para cuidarem de si mesmos.

2. APORTE TEÓRICO-CONCEITUAL: O CUIDADO DE SI SEGUNDO FOUCAULT

“A partir da idéia que o indivíduo não nos é dado, acho que há apenas uma consequência prática: temos que criar a nós mesmos como uma obra de arte.”

Michel Foucault

Discussões sobre o conceito de sujeito permanecem presentes no pensamento ocidental moderno e contemporâneo. Se fizermos uma busca acerca do significado desse conceito, encontram-se diversos sentidos e possibilidades. Conforme Abbagnano (2007) sujeito é “aquilo de que se fala ou a que se atribuem qualidades ou determinações ou a que são inerentes qualidades ou determinações; ou o eu, o espírito ou a consciência, como princípio determinante do mundo do conhecimento ou da ação, ou, ao menos, como capacidade de iniciativa em tal mundo (Abbagnano, 2007, p. 929)”.

Tendo como objetivo de pensar sobre o sujeito na condição daquele que cuida do outro, sendo o foco as relações de cuidado, e o cuidado de si, far-se-á uso das concepções de sujeito e das práticas de si trazidas por Foucault, para assim se aproximar do profissional de saúde mental, no lugar daquele que cuida de outro.

A questão se situa no olho do furacão², na constituição teórica e prática do profissional de saúde mental, enquanto sujeito que cuida do outro, no campo da saúde e de seus modos de fazer cuidado, pontuam-se alguns apontamentos que acompanharam os discursos em seus diferentes contextos históricos e que marcaram a construção de um saber-fazer – o cuidado em saúde mental. Transportar o pensamento foucaultiano para a realidade dos serviços de

² A expressão “O olho do Furacão Antimanicomial” foi utilizada por Merhy (2007) para designar os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e a complexidade do trabalho neles desenvolvidos. Conforme Merhy, a expressão foi utilizada pela primeira vez na tese de Ângela Capozolo, intitulada No olho do furacão: Trabalho médico e o Programa de Saúde da Família (2003).

saúde mental opera tanto como investigação, quanto como a própria maneira de constituição de reflexões acerca de como nos tornamos o que somos.

2.1 O percurso do Cuidado de Si

Os últimos trabalhos de Michel Foucault, a partir da publicação dos volumes da História da Sexualidade (Foucault, 2007, 2009a, 2009b), e os cursos apresentados no Collège de France em 1982 trazem uma discussão um tanto diferenciada daquilo que se conhecia das obras do autor, geralmente enfatizadas pela História da Loucura, as epistemes da arqueologia, as tecnologias políticas de regulação de corpos, bem como as relações microfísicas de saber-poder (Castro, 2009).

O *último Foucault*, como é chamado (Castro, 2009), aponta uma nova leitura possível para o entendimento da constituição do sujeito moderno: pela via das instituições e os princípios sociais, dos dispositivos de controle e das relações entre saber e poder e a partir das práticas de poder pelas quais se tem uma leitura do sujeito como objeto de saber e de dominação (Castro, 2009, Lucena, 2014). Porém, se antes de Foucault o poder estava associado a instituições como a Igreja ou o Estado, e as questões se construía a partir das formas de legitimação do poder, visando a ordem social, o autor não se detém no questionamento do que é o poder, mas, sim, sobre como ele funciona, entendendo o poder como uma prática social que se dá a partir de um conjunto de relações impulsionadas no cotidiano, no âmbito das práticas humanas (Lecena, 2014; Lucena & Paviani, 2017). Dessa forma, o tema poder, em Foucault, passa a fazer referência a vários conceitos que ele engendra, tais como *biopoder*, *biopolítica*, *disciplina*, *governo*, *política e luta*.

Segundo Castro (2009), em Foucault, o poder não é uma substância ou uma qualidade, tampouco algo que se possui ou se tem. É uma forma de relação, “um modo de enfrentar o tema do sujeito” no qual o termo sujeito pode ser compreendido como o “sujeito submetido,

pelo controle e dependência de outro” e “o sujeito ligado à própria identidade pelas práticas e pelo conhecimento de si (Castro, 2009, p. 324-326)”.

Em *A vontade de saber*, Foucault (2009a) prepara um terreno de estudos em torno do que nomeia biopoder – entendido como um conjunto de tecnologias de poder cuja preocupação se pauta em regular e gerir a multiplicidade de práticas que se fazem vitais aos homens (Foucault, 2009a). Em *O uso dos prazeres* (Foucault, 2009b), o dispositivo de sexualidade passa a ser apresentado através da contextualização da ética sexual dos gregos antigos, a qual era problematizada por meio de um exercício do pensamento, como uma relação entre o exercício da liberdade do sujeito, as formas de seu poder e seu acesso à verdade. Já em *História da sexualidade: o cuidado de si*, Foucault (2007) destina atenção aos dois primeiros séculos da era cristã (período helenístico e românico), e a uma nova perspectiva dos papéis políticos e deveres cívicos dos sujeitos.

Segundo Gros (2004, p. 618) a questão que Foucault convoca é o da possibilidade de pensar práticas de si e também práticas da verdade, em que estaria em jogo uma espécie de liberação do sujeito, muito mais do que seu aprisionamento: trata-se, em suma, da possibilidade de um sujeito, pensado não apenas no sentido de uma sujeição, mas de uma subjetivação ou, antes, do que Foucault denomina como modos de subjetivação, ou “formas de atividade sobre si mesmo”, e que se referem, de forma geral, às relações que são definidas de si para consigo, práticas de constituição do sujeito (Castro, 2009).

A objetivação e a subjetivação são, portanto, processos que se complementam e que se relacionam por meio do que Foucault denominou de “jogos de verdade” – presente na introdução de *História da sexualidade: O uso dos prazeres* (Foucault, 2009b) e outros trabalhos seguintes – que são os modos pelos quais os discursos podem ou não se tornar verdadeiros de acordo com as circunstâncias em que são ditos ou a maneira pela qual um tipo de objeto se relaciona com o sujeito (Castanheira, 2012).

Mas o que Foucault pretendia ao fazer um retorno à moral greco-romana antiga para pensar no sujeito, na ética e no cuidado de si? Que efeito o autor procurava produzir ao nos transportar do presente a um tempo tão distante, cujos modos de vida já se transformaram ou se perderam? Na Antiguidade, os gregos agregavam estilo às suas vidas, utilizavam técnicas para estilizar sua conduta, realizavam constantes trabalhos sobre si mesmos e uma constante reflexão sobre esses mesmos trabalhos, os quais incidiam no envolvimento de relações para com os outros, para com a prática da verdade e do franco falar. Entretanto todo um plano de constituição do sujeito, suas escolhas de modos de viver, realizava-se dentro um marco regido por princípios e cercado por limites que os próprios sujeitos estabeleciam. A estilização das condutas, norteadas pela noção do cuidado de si dos antigos, permitia uma reflexão moral e ética, na qual os sujeitos se encarregariam de estar cientes de suas práticas e exercícios de liberdade, além da constante atenção e prudência para lidar com funções políticas naquilo que repercute, ao mesmo tempo, em um governo de si e/ou governo dos outros (Gomes, Ferreri & Lemos, 2018).

A partir desse retorno, Foucault é capaz de observar as possibilidades de constituição dos sujeitos de outros modos sem os mecanismos de poder até então estudados por ele e a partir daí pensar o contemporâneo. Esse percurso conduziu ao tema do cuidado de si e das práticas de si. Ao se debruçar sobre as práticas cotidianas da Antiguidade, orientadas à noção de sujeito e subjetividade, o filósofo redescobre as formas pelas quais os sujeitos se relacionavam consigo mesmos (Gomes et al., 2018).

Em determinados momentos, essas formas se configuravam como tecnologias de cuidados de si, exercícios que operavam um certo modo de se relacionar consigo e, por conta disso, de constituir um si. Como escreve Foucault (1997, p. 111):

“A história do cuidado e das técnicas de si seria, portanto, uma maneira de fazer a história da subjetividade (...) através do empreendimento e das transformações, na nossa cultura, das relações consigo mesmo, com seu arcabouço técnico e seus efeitos de saber”.

No curso de 1982, no Collège de France, intitulado *A hermenêutica do sujeito*, Foucault (2010) tem a preocupação de organizar sua aula inicial em duas grandes noções necessárias ao seu pensamento, apresentando um paralelo de diferenciações construídas acerca do princípio do cuidado de si (*epiméleia heautoû*) e do conhece-te a ti mesmo (*gnôthi seautón*), no esforço de demonstrar como, ao longo da história do pensamento filosófico, o conhecimento de si mesmo ganhava respaldo e privilégio, ao passo que marginalizava a noção greco-romana do cuidado de si, geralmente desconsiderada e esquecida na história tradicional dos grandes feitos da humanidade (Bub, Medrano, Silva, Wink, Liss & Santos, 2006).

Nesse contexto, Foucault distingue duas noções: a de *epiméleia heautoû*, de uma outra noção do pensamento ocidental que é a de *gnôthi seautón* – conhece-te a ti mesmo. A *epiméleia heautoû* é, antes de tudo, uma atitude ligada ao exercício político, isto é, um modo de encarar as coisas, de estar no mundo, de agir e de se relacionar com o outro; uma certa forma de olhar para si mesmo, de ações que são exercidas de si para consigo, pelas quais nos assumimos e nos modificamos. Isto significa, por um lado, poder construir uma cultura de si que consiga testar a capacidade de um indivíduo se manter independente em relação ao mundo exterior e, por outro, um indivíduo poder ter um objetivo espiritual, ou seja, poder produzir uma certa transformação de si mesmo enquanto sujeito (Foucault, 2010).

O termo *epimeléia* não diz respeito a apenas uma preocupação, mas todo um conjunto de ocupações cotidianas. Em relação a si mesmo, implica um esforço, um trabalho. A *epimeléia heautoû*, o cuidado de si, pode ser entendida como: cuidar da própria alma, aprender a viver. É poder ter a possibilidade e o dever de ocupar-se de si. É uma prática social, na medida em que o cuidado de si aparece intrinsecamente ligado a um serviço de alma que comporta a possibilidade de um jogo de trocas com o outro e de um sistema de obrigações recíprocas (Foucault, 2002).

O cuidado de si estaria ligado a uma prática da espiritualidade, apresentando minimamente três princípios básicos: 1) entendia que a verdade jamais seria dada de pleno direito ao sujeito por um simples ato de conhecimento; 2) demandaria a necessidade do sujeito se transformar, modificar-se, tornar-se, até certo ponto, outro que não ele mesmo, para que tivesse acesso à verdade; 3) a verdade apenas seria dada ao sujeito por certo preço, que pusesse em jogo o ser mesmo do sujeito, que afetasse esse mesmo sujeito (Foucault, 2010).

Era fundamental ao cuidado de si a constituição do indivíduo como sujeito e, para tanto, tais trabalhos eram balizados por princípios que se impunham como condições. Princípios e limites que, ainda que não fossem eternos, também não poderiam ser mudados de qualquer forma ou a qualquer momento. Ou seja, a reconstrução da moral greco-romana que Foucault (2007, 2009a, 2009b) propõe mostra um tipo de relação do homem consigo mesmo que não se baseava nem na universalidade de um fundamento, tampouco numa reflexão sistemática sobre o sujeito como algo preexistente, como um dado prévio à experiência e à ação (Gomes et al. 2018); para ele não há um sujeito essencial, pois o sujeito se produz nas relações e a partir delas.

Nesse sentido, é preciso entender que o elemento sobre o qual se construía a moral antiga era o olhar sobre si mesmo: os sujeitos refletiam sobre suas práticas e condutas, associavam essas reflexões às suas atividades e, para além disso, buscavam uma transformação de si mesmo. Ou seja, o indivíduo não poderia mudar seu modo de ser no mundo sem alterar seu modo de se relacionar consigo mesmo e conseqüentemente com os outros (Foucault, 2009b). Foucault destaca que a noção do cuidado de si passou a assumir uma espécie de “acontecimento no pensamento”, uma cultura de si:

“Temos, pois, com o tema do cuidado de si, uma formulação filosófica precoce, por assim dizer, que aparece claramente desde o século V a.C. e que até os séculos IV-V d.C. percorre toda a filosofia grega, helenística e romana, assim como a espiritualidade cristã. Enfim, com a noção de *epiméleia heautoû*, temos todo um corpus definindo uma maneira de ser, uma atitude, formas de reflexão, práticas que constituem uma espécie de fenômeno extremamente importante, não somente na história das representações, nem somente na história das noções ou das teorias, mas

na própria história da subjetividade ou, se quisermos, na história das práticas da subjetividade (Foucault, 2010, p. 12).”

O cuidado de si consistia numa certa forma de atenção, de olhar, de converter o olhar do exterior para si mesmo – implicando certa maneira de estar atento ao que se pensa e ao que se passa no pensamento. A *epiméleia heautoû* poderia ser considerada um conjunto de ocupações: sejam as atividades como dono de casa, os cuidados destinados aos enfermos, ou mesmo, as obrigações para com os deuses (Foucault, 2010).

Esse exercício sobre si convoca um cuidado de si que se constrói a partir de certo modo de estar no mundo, uma atitude para consigo, para com os outros, para o mundo: ações exercidas de si para consigo, pelas quais nos transfiguramos (Gomes et al., 2018).

2.2 Ética, liberdade e Cuidado de si

Foucault ressalta que outra preocupação na Antiguidade grega eram as técnicas de subjetivação. Para Foucault, a noção de “sujeito” remete à ideia moderna de assujeitamento, ou seja, a produção do sujeito por meio das práticas de dominação e normatização. Por outro lado, nas civilizações greco-romanas antigas, o que se havia era produção de subjetividade enquanto modos de constituição de si. Em entrevista em julho de 1984 ao jornal *Le Monde*, Foucault (2006, p. 291) nos diz:

Em primeiro lugar, penso efetivamente que não há um sujeito soberano, fundador, uma forma universal de sujeito que poderíamos encontrar em todos os lugares. Sou muito cético e hostil em relação a essa concepção do sujeito. Penso, pelo contrário que o sujeito se constitui através das práticas de sujeição ou, de maneira mais autônoma, de práticas de liberação, de liberdade, como na Antiguidade – a partir, obviamente, de um certo número de regras, de estilos, de convenções que podemos encontrar no meio cultural.

Entre os séculos IV e II a.C., no berço das noções de autonomia e democracia gregas, as práticas de construção da subjetividade entendiam que cada sujeito era capaz de produzir suas próprias verdades.

“O exercício cívico, ético e político em questão era o conhecer-se, converter o olhar para si mesmo, reconhecer seus limites, transformar-se e sentir-se livre por não ser dominado nem pelos outros e nem por si próprio” (Gomes, 2013, p 191).

Em meio a esse movimento ético e político de governo de si e dos outros, o cuidado de si se relaciona ao exercício político e às práticas cotidianas de liberdade, proporcionando aos sujeitos possibilidades de compor, para si mesmos, determinados modos de vida, de maneira a experimentar, gerenciar e regradar suas condutas e limites (Gomes, et al. 2018).

Conforme Castro (2009), em algumas passagens do segundo tomo da *História da sexualidade*, o termo “moral” faz menção tanto a um conjunto de valores e regras de ações, propostas aos indivíduos ou grupos por aparelhos prescritivos, quanto ao modo pelo qual os indivíduos podiam se submeter, obedecer ou resistir, respeitar ou negligenciar esse mesmo conjunto de regras prescritivas. A cultura de si grega não era uma moral da lei e do preceito geral, mas uma ética da pluralidade de normas e de escolha de modos de vida:

[...] uma coisa é uma regra de conduta; outra, a conduta que se pode medir a essa regra. Mas, outra coisa ainda é a maneira pela qual é necessário ‘conduzir-se’ – isto é, a maneira pela qual se deve constituir a si mesmo como sujeito moral, agindo em referência aos elementos prescritivos que constituem o código. Dado um código de ação, e para um determinado tipo de ação (que se pode definir por seu grau de conformidade ou de divergência em relação a esse código), existem diferentes maneiras de ‘se conduzir’ moralmente, diferentes maneiras, para o indivíduo que age, de operar não simplesmente como agente, mas sim como sujeito moral dessa ação (Foucault, 2009b, p. 34).

Quando Foucault convoca o conceito de moral e de maneiras de um indivíduo se conduzir moralmente, pontua a proximidade entre moral e ética: conduzir-se moralmente implicava, ao mesmo tempo, em uma relação ética consigo mesmo, uma vez que toda ação moral repercutia numa ação sobre si, estabelecia para si certo modo de ser, que valeria como realização moral dele mesmo. O sujeito passava a agir sobre si mesmo, procurando conhecer-se, controlar-se, pôr-se à prova, aperfeiçoar-se, transformar-se:

“Em suma, para ser dita ‘moral’ uma ação não deve se reduzir a um ato ou a uma série de atos conformes a uma regra, lei ou valor. É verdade que toda ação moral comporta uma relação ao real em que se efetua, e uma relação ao código a que se refere; mas ela implica também uma certa relação a si; essa relação não é simplesmente ‘consciência de si’, mas constituição de si enquanto ‘sujeito moral’, na qual o sujeito circunscreve a parte dele mesmo que constitui o objeto dessa prática moral [...]. Não existe ação moral particular que não se refira à unidade de uma conduta moral; nem conduta moral que não implique a constituição moral de si mesmo como sujeito moral; nem tampouco constituição do sujeito moral sem ‘modos de subjetivação’, sem uma ‘ascética’ ou sem ‘práticas de si’ que as apoiem (Foucault, 2009b, p. 37).”

Para além do que limitava a maneira que o sujeito tinha de ser, de conduzir-se, de se fazer visível para os outros, a relação ética do sujeito implicava ainda em um sentir-se livre, tomando o sentido de liberdade (ou práticas de liberdade) como a condição primária da ética e sendo a ética a forma refletida assumida pela liberdade. Segundo Foucault:

“O cuidado de si constituiu, no mundo greco-romano, o modo pelo qual a liberdade individual – ou a liberdade cívica, até certo ponto – foi pensada como ética” (Foucault, 2006, p. 268).

Nessa relação entre liberdade, ética e cuidado de si, a liberdade era entendida como uma prática na qual o sujeito não poderia se sentir dominado pelos outros e nem por si mesmo e, para tanto, para o bem dessas práticas de liberdade, se fazia necessário se ocupar de si mesmo, cuidar de si, ao mesmo tempo para conhecer-se e dominar os apetites que poderiam satisfazer esse mesmo sujeito. Para Foucault (2006, p. 268; 270):

“Temos toda uma ética que girou em torno do cuidado de si e que confere à ética antiga sua forma tão particular. Não digo que a ética seja o cuidado de si, mas que, na Antiguidade, a ética como prática racional da liberdade girou em torno desse imperativo fundamental: ‘cuida-te de ti mesmo’. [...] O êthos de alguém se traduz pelos seus hábitos, por seu porte, por sua maneira de caminhar, pela calma com que responde a todos os acontecimentos etc. Esta é para eles a forma concreta da liberdade; assim eles problematizavam sua liberdade. O homem que tem um belo êthos, que pode ser admirado e citado como exemplo, é alguém que pratica a liberdade de uma certa maneira.”

A relação entre cuidado de si, liberdade e ética evidencia uma inseparabilidade entre a ética do cuidado de si e o governo de si e dos outros. A liberdade aqui é entendida como efeito de ações que podem tanto limitar o campo de possibilidade de outras ações, como também não se deixar determinar inteiramente por elas. Foucault defende que as práticas de liberdade podem não só criar e produzir modos de se governar, como também limitar e resistir ao governo dos outros. Nesse sentido, aquele que cuida de si e dos seus afazeres saberá manter as relações adequadas com os outros e, numa mesma proporção, as relações nos jogos políticos para com os outros serão estabelecidas pela justa medida. Desse modo aquele que se encarregar de cuidar dos outros saberá a dimensão exata do exercício do seu poder, sem abusos ou negligências (Gomes, 2018).

Segundo Gomes et al. (2018) é a partir dessa noção de ética despertada pelo cuidado de si nas relações dos sujeitos para consigo e para com os outros, que defende um sujeito de postura ativa, cujas práticas não passam de esquemas que este mesmo sujeito encontra em sua cultura e que lhe são propostos, sugeridos por seu entorno. Assim, um cuidado ético e político para consigo e outros pode ser o caminho e possibilidade de construir junto, em prol de uma coletividade.

2.3 O cuidado de si e os profissionais de saúde mental

O campo da saúde é plural e se estabelece a partir de múltiplos saberes e práticas, tornando-se um espaço de onde emergem diferentes concepções de cuidado e cuidar (Vieira da Silva, Paim, & Schraiber, 2014). Na trama diversa dos espaços de saúde e a partir de um conjunto de conhecimentos, os profissionais de saúde constroem uma noção de fazer cuidado que se caracteriza por uma atitude e ações que envolvem a apropriação de tecnologias, técnicas que têm como objetivo o sucesso do tratamento, estando situadas em um momento histórico – social, cultural e político do campo da saúde (Lucena & Paviani, 2017).

De mesmo modo, o trabalho em saúde mental é permeado por desafios, práticas e verdades que vêm emergindo nos serviços especializados. O profissional de saúde mental experimenta sensações diversas e opostas em seu trabalho e lida diariamente com muitos desafios e impasses, reflexos de uma forma de trabalhar que ainda vem se construindo nos últimos anos (Bernardes e Guareschi, 2004; Silva e Costa, 2005), estando os profissionais imersos na produção de formas de subjetivação, mediante um conjunto de códigos, de sentidos e verdades que surgem no campo da Saúde Mental.

O trabalhador da saúde mental está envolto por verdades que falam de cuidados com o outro, de resgate da cidadania, de integralidade e de humanização, em um conjunto de estratégias que têm como principal objetivo a reinserção no convívio social do usuário, o que

implica, também, em uma mudança no modo de trabalho desenvolvido pelos profissionais (Amarante, 1996; Bernardes & Guareschi, 2004; Silva & Costa, 2005).

Se fizermos um retorno à noção de cuidado de si em Foucault, as tecnologias do eu ou do governo de si, são exercícios, técnicas, procedimentos que visam a um:

“Certo número de operações sobre seu corpo e sua alma, pensamentos, condutas, ou qualquer forma de ser, obtendo assim uma transformação de si mesmo (...) não apenas no sentido mais evidente de aquisição de certas habilidades, mas também no sentido de aquisição de certas atitudes. (Foucault, 1990, p. 48)”.

Assim, essas técnicas de si não têm, como importância maior, aprender algo acerca de si mesmo, um corpo de conhecimentos a respeito da própria vida de maneira egoísta. Elas visam a transformação da relação consigo e, a partir dessa transformação de si, ser capaz de agir e transformar o outro, ou seja, a partir do entendimento de si mesmo, o profissional seria capaz de adotar uma nova atitude, que possibilitaria, a ele, condição de gerir seu trabalho de maneira satisfatória (Bernardes & Guareschi, 2004).

Trata-se de se amparar nas práticas cotidianas que estejam orientadas à construção ou à modificação da maneira pela qual profissionais se enxergam e fazem a gestão de si mesmos, com a finalidade de alcançar um certo estado ou modo de ser, adotando, para tanto, um ponto de vista pragmático sobre a experiência de si. Em seu exercício profissional, os trabalhadores da saúde mental também direcionam, ou podem direcionar a si mesmos, exercícios para o governo de si, para melhor governar os outros, segundo um conjunto de regras. No que tange ao trabalho na saúde mental, as tecnologias do eu se constituem, então, ações políticas. Ou, se por governo de si entende-se uma atividade voltada para os cuidados consigo mesmo para melhor governar/ cuidar dos outros, o cuidado de si se constrói junto com as atividades políticas e sociais, intimamente influenciado por elas (Bernardes & Guareschi, 2004).

A problematização da experiência de si sustenta-se no que Foucault (2007) escreve:

“o cuidado de si, para Epicteto, é um privilégio – dever, um dom –, obrigação que nos assegura a liberdade, obrigando-nos a tomar-nos, nós próprios, como objetos de toda a aplicação” (p. 53).

Dessa maneira, problematizar e apontar a necessidade do cuidado de si no contexto dos trabalhadores da saúde mental é olhar as práticas cotidianas além do ato de fixar a si mesmos regras de conduta, ações reflexivas e voluntárias que procuram modificar seu modo de ser. O que entra em questão nessa discussão são as ações cotidianas que os profissionais adotam em seu dia-a-dia, como um modo não só de se pensarem enquanto trabalhadores, mas também para melhor cuidarem da vida do usuário dentro dos critérios de verdade produzidos pelo discurso da saúde mental (Bernardes & Guareschi, 2004). Assim, como os gregos, os trabalhadores também podem desenvolver estratégias para o governo de si, para melhor governar os outros.

Ponderadas suas diferenças para com o cenário atual, o cuidado de si, quando articulado a questões éticas e de liberdade dos sujeitos, também referentes à saúde mental e o os trabalhadores da área, pode se tornar uma importante ferramenta de enfrentamento a práticas e discursos políticos que recheiam nosso cotidiano de dispositivos de verdade e de biopoder. O cuidado de si é necessário no contexto da saúde mental, na medida em que esse é um espaço permeado por discursos que, por vezes, têm como principal resultado o controle dos sujeitos, restringindo suas vidas a escolhas (ou falsas liberdades) “previamente demarcadas” (Gomes et al., p. 190), minando passo a passo suas vontades de sentirem-se livres – o que caracteriza, assim, um processo engessador de práticas e saberes, e normalizador da vida subjetiva dos indivíduos (Gomes, 2013). Cuidar de si é um exercício de liberdade.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Compreender o cuidado de si de profissionais de saúde mental a partir do trabalho realizado em CAPS.

3.2 Objetivos Específicos

- Compreender a relação entre as experiências do cotidiano de trabalho deste profissional, segundo a visão do trabalhador, na construção do cuidado de si;
- Compreender as concepções dos profissionais acerca do cuidado de si e cuidado do outro;
- Conhecer ações/estratégias de cuidado de si, realizadas pelos profissionais de saúde mental.

4. MÉTODO

A presente pesquisa se configura como um trabalho qualitativo de caráter descritivo e exploratório, na medida em que terá como objetivo explorar e descrever uma realidade pouco estudada. Para Flick (2009), “a pesquisa qualitativa se dirige à análise de casos concretos em suas particularidades locais e temporais, partindo das expressões e atividades das pessoas em seus contextos locais” (p. 37). Esta modalidade de pesquisa parte de campos de estudos que envolvem situações práticas e interações do sujeito na vida cotidiana, que valorizam a pluralização das esferas da vida (Flick, 2009).

Com intuito de compreender diferentes significados atribuídos pelos sujeitos à situação específica vivida cotidianamente, analisar os significados subjetivos atribuídos por eles ao cuidado de si, a pesquisa qualitativa mostrou-se o método mais adequado. Além disso, a escolha da estratégia qualitativa se deu por entender que essa forma de trabalho privilegia os sujeitos e a grande quantidade de informações e interpretações sobre a realidade que esses sujeitos possuem sobre a realidade que vivem (Minayo, 1996).

4.1 Caracterização do Campo da Pesquisa

Como campo de estudo, foi escolhido o CAPS por ser um serviço que oferece atendimento diário às pessoas em sofrimento psíquico, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dessas pessoas, trabalhando sob a lógica da territorialidade e do cuidado em rede. É importante ressaltar que o CAPS tem função importante como articulador da rede de atendimento em saúde mental, além de supervisionar e capacitar as unidades de atenção básica e o Programa de Saúde da Família no atendimento em saúde mental, aumentando a capacidade resolutiva de problemas de saúde mental pelas equipes locais (Constantinidis, 2011). A qualidade deste serviço depende, entre outros fatores, da ação dos profissionais de

saúde mental que compõem a equipe, da relação deles com os usuários, com familiares, com a comunidade e com as equipes de outros serviços.

Serão quatro unidades de CAPS selecionados para esta pesquisa: um CAPS II, um CAPS Álcool e Drogas (CAPSad), um CAPS Infante juvenil (CAPSij) e um CAPS III. Todos eles pertencentes ao Município de Vitória, ES.

O CAPS II atende diariamente adultos em sofrimento psíquico com idade acima de 18 anos. Da mesma forma, o CAPS III atende adultos em sofrimento psíquico, porém oferece atendimento 24 h durante sete dias por semana para os usuários em crise. O Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras drogas – CAPS AD é o serviço que realiza atendimento diário à usuários adultos com transtornos causados por uso abusivo de álcool e outras drogas. Já o CAPSij atende crianças e adolescentes de 0 a 18 anos em sofrimento psíquico grave.

Todos os CAPS de Vitória possuem uma equipe formada por médico psiquiatra, enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, técnico esportivo, musicoterapeuta e arteterapeuta. Os CAPS desenvolvem ações de visita/atendimento domiciliar, oficinas terapêuticas e de geração de renda, grupos de atendimentos individuais e familiares.

4.2 Participantes

Participaram deste estudo, 18 profissionais que integram as equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Vitória – ES. A totalidade do número de entrevistas se deu pelo critério de saturação. A saturação significa que não estão sendo encontrados dados adicionais, ou seja, quando não surgir mais nada de novo no processo de coleta de dados (Flick, 2009). Os dados coletados foram codificados e analisados conjuntamente podendo-se avaliar, a partir do material empírico, em que medida o caso seguinte será promissor, ou se já se atingiu material suficiente que responda aos objetivos da pesquisa.

Das participantes, 15 eram profissionais de nível superior, e 3 de nível técnico, responsáveis por atendimentos aos usuários e familiares em diversas modalidades de atendimentos, além de desenvolverem ações junto à comunidade e a outras equipes. Dessa forma, nível de formação e a categoria profissional não foram considerados como critério de amostragem. Além disso, o tempo de experiência profissional não se constituiu como critério de exclusão.

4.3 Caracterização das Participantes

Assim, foram realizadas ao total dezoito entrevistas com profissionais de CAPS de diferentes modalidades localizados na cidade de Vitória. Para nomear as participantes, foram escolhidos nomes femininos sequenciados conforme as letras do alfabeto, conforme apresentado no Quadro 1. Alternativas tais como usar números, mencionar as participantes apenas com iniciais ou as primeiras letras do nome não foram consideradas, pois negam a sua condição de sujeitos, sua identidade, simplesmente apagando quem são e as relegando a um anonimato incoerente com o referencial teórico da pesquisa e com a sensibilidade das falas compartilhadas (Kramer, 2002).

Quadro 1. Caracterização das participantes

	Participante	Formação	Tempo de Atuação	CAPS
1	Ana	Terapeuta Ocupacional	6 anos	CAPS II
2	Beatriz	Psicóloga	6 anos	CAPS II
3	Carol	Psicóloga	4 anos	CAPS II
4	Diana	Psicóloga	5 anos	CAPS II
5	Eva	Educadora Física	10 anos e meio	CAPS IJ
6	Flávia	Médica	12 anos	CAPS IJ
7	Giovana	Enfermeira	2 anos	CAPS IJ
8	Helena	Técnica	em 3 anos	CAPS IJ

		Enfermagem		
9	Isabela	Técnica	em 6 anos	CAPS IJ
		Enfermagem		
10	Julia	Assistente Social	6 anos	CAPS IJ
11	Karla	Assistente Social	3 anos	CAPS III
12	Luisa	Técnica	em 6 meses	CAPS III
		Enfermagem		
13	Maria	Técnica	em 6 anos	CAPS III
		Enfermagem		
14	Nora	Terapeuta	6 meses	CAPS III
		Ocupacional		
15	Olívia	Farmacêutica	2 anos	CAPS III
16	Paloma	Médica	1 ano	CAPS AD
17	Quézia	Assistente Social	12 anos	CAPS AD
18	Rúbia	Psicóloga	12 anos	CAPS AD

4.4 Instrumento

Para obtenção dos dados fez-se uso de entrevista semiestruturada a partir de um roteiro que abordou os seguintes itens: a) o cotidiano do serviço em saúde mental; b) concepções de cuidado; c) trabalho em saúde mental; d) concepções e estratégias de cuidado de si no cotidiano do trabalho.

As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora, tomando como referência os itens mencionados que serviram de orientação no sentido de se obter dados objetivos e subjetivos, segundo a proposta do estudo. As entrevistas foram realizadas no espaço de cada serviço tendo, duração de cerca de uma hora. As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra.

4.5 Análise dos dados

Os dados obtidos por meio das entrevistas foram analisados a partir da análise de conteúdo de Bardin (1977) na modalidade de Análise Temática que permite a compreensão

crítica do sentido das comunicações de seus significados a partir do arranjo em eixos temáticos. A análise temática “procura nas expressões verbais ou textuais os temas gerais recorrentes que fazem a sua aparição no interior de vários conteúdos mais concretos” (Turato, 2008, p. 442).

A transcrição das entrevistas foi realizada pela própria pesquisadora e parte de uma primeira leitura do material. Depois desta, foram feitas várias outras leituras, no sentido de “ruminar os dados”, de me deixar “invadir por impressões e orientações” (Bardin, 1977, p.40).

A análise de conteúdo de Bardin é uma estratégia metodológica que pode ser útil em discursos diversos. Para Minayo (1996), a análise de conteúdo é “compreendida muito mais como um conjunto de técnicas”. A visão da autora, constitui-se na análise de informações sobre o comportamento humano, possibilitando uma aplicação bastante variada e tem duas funções: verificação de hipóteses e/ou questões e descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos.

4.6 Procedimentos éticos

A pesquisa foi submetida à apreciação e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo, de modo a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado, em consonância com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde; a Lei Federal nº 11.794/08. Todos os participantes desta pesquisa responderam ao roteiro entrevistas mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice A).

5. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Quadro 2. Resultados: Temas e subtemas

Eixo temático	Temas	Subtemas
O cuidado de si a partir das vivências no CAPS	O Trabalho no CAPS	Complexidade do Trabalho Atenção Psicossocial Trabalho em Equipe Desafio e Aprendizagem Encargos Adoecimento Prazer
	Cuidado e cuidado de si	Cuidado Cuidado de si Estratégias de Cuidado de si

Os dados analisados, conforme apresentados no Quadro 2, partiram do estudo de um eixo temático no qual, pela análise do conteúdo das entrevistas semiestruturadas com os profissionais de saúde mental, foram encontradas regularidades discursivas que delinearão dois temas. Desses temas, delineados pelo núcleo de sentido do conteúdo das falas das participantes, foram configurados e identificados os subtemas que serão abordados a seguir.

5.1 O trabalho no CAPS

Nesta categoria temática foram agrupadas as falas que descreviam e caracterizavam o trabalho nos CAPS na perspectiva dos profissionais de saúde mental. Ao narrarem o cotidiano em um serviço de saúde mental, as profissionais acabam por descrever seu trabalho.

5.1.1 Complexidade do trabalho

“É muita coisa que acontece, muita coisa se sobrepõe, é em camadas o negócio aqui. Não é só um quadro psíquico, não é só um diagnóstico. Todo mundo costuma dizer “ah você trabalha com transtorno mental!” e não é, nunca é só um transtorno mental, há sempre uma série de coisas, de situações muito mais graves, sociais, familiares de

uma pessoa que também tem um transtorno. O transtorno às vezes é a última coisa da fila.” – Ana

O relato de *Ana* traz um trabalho que não se realiza em uma linearidade, mas em uma evolução dinâmica considerando-se vários planos, várias camadas. Para além de uma visão simplificada, o trabalho no CAPS, na visão da participante, mostra-se complexo em função de não simplificar ou reduzir as ações se baseando apenas no diagnóstico. Em muitos cenários, o transtorno que se apresenta enquanto sintoma precisa que sejam incorporadas estratégias variadas com a família, com o território, com outros mecanismos da rede e tal complexidade exige que os serviços passem a incorporar toda uma ordem de estratégias, ao seu funcionamento.

O trabalho em saúde mental vem se reestruturando nos últimos anos a partir da Lei 10.216, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica (2001), e esse processo de ressignificação é entendido como complexo por muitos autores (Ribeiro, 2015; Zgiet, 2016) por reconfigurar as práticas e os serviços para uma nova forma de lidar com a “rede de saberes envolvidos no sistema de cuidado” (Ribeiro, 2015, p. 96).

“Hoje a gente fala muito de empoderamento, eu acho que essa é uma ideia que tem muito a ver com o que se faz no CAPS, a gente tem que dar suporte e dar subsídio para essas meninas e meninos, para eles poderem ser quem eles são dentro do mundo que a gente vive. O cuidado eu acho que é fortalecer essas pessoas que nos procuram, receber isso que pessoas vem de histórias e realidades tão sofridas que não conseguem circular. Exercitar essa rede, pensar nos lugares, ir construindo as práticas.” – Isabela

A constituição dos CAPS, enquanto serviço substitutivo ao manicômio, e a premissa pautada em uma lógica de cuidado que seja inclusiva e *empoderadora*, exige que os profissionais reinventem suas práticas e se mantenham sempre críticos aos efeitos que

produzem. Como já citado, fazer a crítica ao modelo manicomial, estando no lugar de práticas substitutivas é estar no “olho do furacão” (Merhy, 2007).

Na rede de atenção à saúde mental, a complexidade do objeto - o sujeito que sofre e não foi desapropriado de seu contexto social - redireciona a lógica de organização dos serviços e dos processos de trabalho, os quais são “impelidos à adoção crítica de uma ética e uma estética do cuidado, pautada no respeito às singularidades, na atenção integral e na reapropriação das relações com a cidade e a cidadania” (Sampaio, Guimarães. Carneiro & Filho, 2011).

Merhy (2007) afirma que, diante dos encargos desafiadores aos quais estão expostos, os trabalhadores experimentam sentimentos intensos e antagônicos, cobrando de si mesmo e da equipe uma disponibilidade, versatilidade e abertura difíceis de manter permanentemente, sobretudo “para aqueles que ofertam seu trabalho vivo para vivificar o sentido da vida do outro (Merhy, 2007, p. 6)”. O autor afirma a potencialidade do CAPS como um campo em que as iniciativas duras e fechadas devem abrir espaço à experimentação e às possibilidades de construção desse novo modo de cuidado à loucura, para tanto, reitera ser necessário: “construir um campo de proteção para quem tem que inventar coisas não pensadas e não resolvidas, para quem tem que construir suas caixas de ferramentas, muitas vezes em ato, sendo cuidador, deve ser cuidado (p. 4).”

Merhy (2007) aponta que os CAPS, diante dessa magnitude, tornam-se lugares onde se manifestam grandes desafios e para dar conta de demandas tão gigantescas e diversas, necessitando que o profissional esteja aberto a operar no tamanho de sua potência e governabilidade diante de um objeto complexo: a loucura. Nesse sentido, destaca-se a importância do cuidado de si. Para Foucault (2009b), as práticas de liberdade criam e produzem modos de se governar, e as relações nos jogos políticos para com os outros serão

estabelecidas em justa medida. Para o autor, aquele que cuida de si e de suas atividades saberá manter relações adequadas com os outros.

“Aqui você tem que ter muitos olhares, não é só um. Você tem que sair do lugar de psicóloga, no CAPS você faz vários papéis, você vira enfermeira, você vira farmacêutica, você vira assistente social, você vira avaliador físico...” – Carol

Nessa perspectiva, a fala de *Carol* nos diz da posição do profissional diante da complexidade dentro desses serviços. A dissolução de papéis e a necessidade que os profissionais se reinventem no trabalho, *no ato*, é estratégia de enfrentamento à complexidade, mas também indica a dissolução de papéis profissionais.

No dia a dia dos serviços, a demanda pela interdisciplinaridade confronta-se continuamente com tais questões, gerando implicações importantes para a organização do trabalho, como na difícil demarcação de fronteiras entre as profissões. O caminho proposto é o estabelecimento de um espaço mais geral - o campo de competência/responsabilidade - que não se oferece ao monopólio de nenhum saber ou prática e funciona como uma área de confluência e de um espaço mais restrito - o núcleo de competência/responsabilidade -, que estaria reservado às atribuições exclusivas de cada profissão (Merhy, 1997; Vasconcellos, 2010).

Essa construção necessita ser apreendida como um processo dinâmico. Assim, essa articulação de saberes entre a equipe requer um movimento consciente e ativo dos agentes para o reconhecimento das diferenças e desigualdades - diferenças técnicas entre as profissões que são hierarquizadas e disciplinadas por meio de valores e normas sociais (Pedruzi, 2001; Oliveira, 2008), porém sem esquecer que tais diferenças são igualmente históricas e, em determinados momentos, podem perder seu sentido, exigindo novas mudanças.

Em suma, defende-se que o profissional que integra as equipes de saúde mental precisa reconhecer o potencial criativo do seu fazer e incorporá-lo à ética do seu trabalho;

aspectos que são despertados pelo cuidado de si. Para Gomes et al. (2018) a noção de ética despertada pelo cuidado de si nas relações dos sujeitos, para consigo e para com os outros, pode ser o caminho e possibilidade de construir junto, em prol de uma coletividade.

5.1.2 Atenção Psicossocial

“Esse trabalho é além da questão do transtorno, trabalhar com a perspectiva do usuário inserido no território mesmo, aqui quando a gente fala antimanicomial, eu acho que é isso também, é a gente estar nos espaços que a gente tem ocupado.” – Karla

A fala de *Karla* nos remete à atenção psicossocial que, por meio de um conjunto de práticas, visa a criação e expansão de uma rede de atenção e cuidados baseada em um território, substituindo o tratamento no modelo asilar (Yassui & Costa-Rosa, 2008).

Dessa maneira, a partir da compreensão do CAPS como um elemento dessa rede que preza por um cuidado que vai além dos muros, as profissionais entendem a importância do seu trabalho para efetividade de um modelo antimanicomial e falam de uma atenção ao usuário que transcende o transtorno psíquico e visa sociabilização e integração de quem é cuidado:

“Essa clínica é diferenciada, você tá falando de cidadania e de autonomia, então não é pra ver um adolescente falando que fuma maconha e ter falas de internação, [essa atitude] é ter um pensamento na lógica manicomial com as crianças.” – Julia

O cuidado psicossocial implica um redirecionamento do olhar ao indivíduo para além do transtorno mental. O CAPS é um serviço substitutivo de atenção de saúde mental, que tem demonstrado efetividade na substituição da internação de longos períodos, por um tratamento que não isola os pacientes de suas famílias e da comunidade, mas que envolve os familiares

no atendimento com a devida atenção necessária, ajudando na recuperação e na reintegração social do indivíduo com sofrimento psíquico.

A consolidação desse modelo psicossocial envolve a desconstrução de modos de pensar a loucura e a construção de práticas que privilegiem o social em detrimento do aprisionamento característico aos manicômios e à clínica ampliada em contraposição a lógica reducionista de problema-solução (Borba, Guimarães, Mazza & Maftum, 2012). Ao convocar os profissionais a rever e reconstruir seu entendimento a respeito da loucura, a Reforma Psiquiátrica contribui para a desconstrução de saberes e certezas e exige um novo trabalhador.

As falas de *Karla* e *Julia* ressaltam o rompimento paradigmático com a forma de tratamento da loucura, a reversão do modelo manicomial e hospitalocêntrico, a humanização no atendimento e principalmente a cidadania e inclusão social das pessoas com sofrimento psíquico. É reconhecer seu papel ativo na construção desse modelo e parte da rede de atenção à saúde mental. Fazendo um retorno à noção de cuidado de si em Foucault, para pensar o papel do profissional nesta empreitada de reversão do modelo asilar, seria imperativo colocar em exercício técnicas de si que reverberariam em transformações que vão além da aquisição de habilidades, técnicas ou conhecimentos específicos sobre saúde mental, mas também no sentido de aquisição/atualização de atitudes voltadas a práticas de liberdade. Nesse sentido, o cuidado de si envolveria relações com os outros, estabelecidas pela dimensão exata do exercício do seu poder, sem abusos ou negligências. Em outras palavras, a partir do entendimento de si, do entendimento e transformação da relação consigo mesmo, o profissional seria capaz de adotar atitudes de potencialização de seu trabalho com capacidade de agir, de transformar, pautado pelo respeito pelo outro e pela prática da liberdade.

“A gente que trabalha em saúde mental, não tem como não ter essa percepção do outro, essa escuta, esse olhar, isso pra mim é condição para o trabalho, é condição para um bom trabalho.” – Isabela

Na busca pelas reais necessidades desses usuários, é importante que haja uma escuta diferenciada, uma abertura para o “autêntico interesse em ouvir o outro” (Ayres, 2004, p.23), um legítimo diálogo, que promova um acolhimento das dimensões existenciais dessas pessoas. A fala de *Isabela* apresenta o acolhimento como percepção, escuta e olhar, como condição para o trabalho. De fato, o sofrimento vivenciado pelos usuários e familiares que buscam o CAPS é marcado por uma urgência de escuta e acolhimento.

O acolhimento representa uma das principais diretrizes da Política Nacional de Humanização do SUS e pode ser compreendido como o primeiro contato com quem procura o serviço, que tem nesse momento seus recursos postos à prova: quem atende, o que pode oferecer, como pode acolher, avaliar e discriminar a demanda. O acolhimento deve ser também interpretado como um dispositivo relacional que, articulado ao estabelecimento de vínculo entre trabalhadores, usuários e gestores, edifica as possibilidades de efetivação da humanização do cuidado, transversalizando toda ação terapêutica do serviço (Jorge, Pinto, Quindere, Pinto, Sousa & Cavalcanti 2011).

Nesse sentido, o Acolhimento propõe a inversão do modelo de atenção à saúde, organizando os serviços por meio de alguns princípios: atender todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a universalidade do acesso; reorganizar os processos de trabalho e qualificar a relação entre trabalhador-usuário, o que deve acontecer por parâmetros humanitários de solidariedade e cidadania (Franco, Bueno & Merhy, 1999).

Na saúde mental, o acolhimento é uma postura, é um encontro com o usuário que pressupõe a elucidação de necessidades. Teixeira (2003) destaca que as necessidades se constituem naquilo de que precisamos para ter saúde, para viver bem, para ser feliz, não são sempre imediatamente transparentes e jamais estão definitivamente definidas e é sempre objeto de um debate interminável. O acolhimento, a princípio, trata-se de escutar as

necessidades, e alguns profissionais colocam a escuta, o escutar o que têm a dizer os usuários, como fundamental no atendimento à pessoa com sofrimento psíquico:

“Eu acho que um dos principais aspectos do trabalho aqui é o acolher mesmo, é essa escuta, um olhar limpo, sem preconceito. É uma questão de estar sensível às necessidades de quem chega e saber acolher isso, com empatia, sem preconceitos e pensar em formas de ajudar.” – Julia

Julia destaca o estar sensível às necessidades do outro, do usuário. No entanto compreende-se que esta relação que acontece neste encontro é dialógica, ou seja:

“A compreensão dialógica da interação implica considerar que os interatores A e B vêm a existir, um para o outro, como tais, simultaneamente à existência da própria interação, numa relação de complementaridade ou de separação inclusiva na qual A e B compõem uma díade na qual um define o outro, sem entretanto haver uma fusão que os descaracterize como instâncias ativas particulares (Simão, 2004, p.34)”.

Nesta direção, Bernardes e Guareschi (2004) apresentam a relação de acolhimento profissional-usuário a partir da premissa de que humanização do usuário de saúde mental se constrói em conjunto com a humanização dos profissionais, quando as maneiras de acolher e cuidar se constroem a partir dessa relação. A partir dessa lógica, entende-se que as práticas de cuidado adotadas em serviço incidem não apenas nos usuários, mas reverberam nos profissionais, operando como produtores de modos de ser, formas de os indivíduos se relacionarem consigo mesmos, que constituem um si, pelo qual se reconhecem e se observam. O colocar-se na relação com o usuário, sensível ao outro, implica uma operação de estar atento ao que se pensa e ao que se passa no pensamento. Ao acolher o usuário com sensibilidade, empatia e sem preconceitos, conforme relata *Júlia*, o profissional se coloca em exercício sobre si, em um cuidado de si, em uma atitude para consigo e para com os outros.

Em relação ao trabalho no CAPS:

“Esse trabalho é muito pautado na rede e na intersetorialidade mesmo, totalmente no território. A gente acolhe essa família, a gente vai na escola se precisar ir na escola, a gente vai na creche se precisar ir, a gente vai na igreja se precisar ir na igreja,

CREAS, CRAS, em outros CAPS no caso de crianças que os pais também estão nesses serviços.” – Eva

O trabalho do CAPS, pautado na rede, na intersetorialidade e no território, como relata *Eva*, compõe a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que propõe um modelo de atenção em saúde mental a partir do acesso e promoção dos direitos das pessoas em sofrimento psíquico, baseado na convivência em sociedade (Brasil, 2011). Além de mais acessível, a rede ainda tem como objetivo articular ações e serviços de saúde nos diferentes níveis de complexidade. Enquanto ponto norteador de práticas em saúde mental, a RAPS objetiva dar à atenção em saúde mental um aspecto de funcionamento articulado em diferentes pontos de atenção e serviços e que defenda que a atenção em saúde mental representa mais que apenas o acompanhamento dos sujeitos pelos serviços especializados, afirmando-se assim que melhor atenção em saúde mental é aquela que possibilita que os sujeitos possam articular suas vidas com cidadania e participação social a partir de suas redes, de seu território e dos dispositivos de cuidado lá estabelecidos (Taño & Matsukura, 2019).

Como instituição parte de uma rede que objetiva o atendimento multidisciplinar e intersetorial, o CAPS preza por uma comunicação ativa entre os componentes que compõe a rede de atendimento em saúde mental como: a atenção básica, Estratégias de Saúde da Família (ESF), a própria família do sujeito, e quaisquer outros dispositivos que possam contribuir ao cuidado, conforme o relato abaixo:

“Tem atividades que são externas, que te demandam a ida a algum outro serviço da rede. A gente faz o matriciamento que é quando a gente vai nas unidades pra discutir os casos que estão aqui junto com a atenção básica, a gente faz essas articulações de rede mesmo, às vezes é necessário acionar outros serviços, da assistência, ou serviços jurídicos dependendo do caso... Quando a gente observa alguma necessidade, a gente vai fazendo essas articulações em rede.” – Nora

Desse modo, as profissionais reconhecem o lugar do CAPS e sua responsabilidade em oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

Pode-se afirmar que o palco de atuação dos trabalhadores se desloca para uma estrutura de serviços de base territorial, cujas práticas estão direcionadas à habilitação social. Tem-se, como fio condutor das ações, o delineamento de linhas de cuidado fundamentadas na defesa dos direitos dos usuários a partir do estímulo ao desenvolvimento de uma consciência cidadã, do acolhimento, do vínculo, da autonomia e da responsabilização (Brasil, 2011).

Realizar um trabalho em território vai além de fazer uso dos dispositivos disponíveis no entorno para enriquecer o projeto terapêutico do usuário, implicando também a inserção deste usuário na sociedade local. É preciso afirmar as mudanças de paradigma na saúde mental não apenas dentro dos serviços, mas também fora deles.

A partir da concepção de que cada manifestação de sofrimento psíquico ocorre de modo singular e que a finalidade da intervenção psicossocial não é mais o retorno a uma pretendida normalidade externa à pessoa, como ocorria no modelo psiquiátrico, o campo da saúde mental é chamado a refazer-se por inteiro. A historicidade dos processos individuais de adoecimento/reabilitação e de organização dos processos de trabalho requer novas habilidades e competências das equipes. A atenção psicossocial apresenta especificidades e um grau de complexidade de âmbito operacional, de gestão, de concepção teórica de objeto e de finalidade do trabalho que necessitam ser considerados ao se buscar sua implantação, as equipes precisam de uma mínima coesão ideológica e ética, pois está com elas a responsabilidade de colocar em prática um cuidado que seja efetivo e integral (Milhomem & Oliveira, 2007).

5.1.3 Trabalho em equipe

“Esse trabalho aqui tem que ser em equipe! É, a gente tem a reunião de equipe, que a gente quer fundamentar pra outros CAPS, de discussão de casos e outras coisas, e por vezes ali a gente discute as coisas e cada um traz do seu ponto de vista, da sua área e construímos juntos.” – Beatriz

Conforme relatado por *Beatriz*, a mudança nas práticas de atenção à saúde mental rumando para uma assistência integral exige não só uma reestruturação tanto dos estabelecimentos e das organizações do campo da saúde, por meio de uma organização e articulação entre os serviços, como também a reformulação do trabalho desenvolvido pelas equipes de saúde (Campos, 2003). Nesse sentido, as reuniões de equipe fazem parte do processo de trabalho em saúde, e no campo da saúde mental representam um espaço imprescindível de produção coletiva, porque contribuem para a troca de informações e experiências no trabalho, onde questões são colocadas para serem resolvidas juntamente. Desde a resolução de casos à designação de tarefas.

Ainda no que tange a fala de *Beatriz*, é possível perceber que a profissional diz que a reunião de equipe é um espaço de “construímos juntos” o que nos faz pensar nas práticas em saúde mental e no novo modelo de cuidado que não está pronto, dado, ou imutável, mas que é criativo, inventivo e vem se construindo no trabalho vivo no ato, conforme aponta Merhy (1997a, 2002).

Em concordância desta característica inventiva do trabalho, é possível o intercâmbio de conhecimentos e a construção do trabalho a partir da fala:

“Se a gente enquanto equipe não senta junto pra pensar as coisas e fazer um projeto que atenda a pessoa, então não da! Tem que vir junto, compor, estar em sintonia.” – Carol

No cotidiano dos CAPS estudados, o “sentar junto”, a possibilidade de discussão, acontece no momento das reuniões de equipe, espaço que reúne todos os profissionais de um

serviço. As profissionais entrevistadas reconhecem a reunião de equipe como imprescindível para o avanço do trabalho, espaço enriquecedor, mas também conflituoso.

O trabalho no CAPS exige dos trabalhadores mais que a execução de tarefas individualmente, o serviço necessita que cada atividade seja realizada em conjunto, como espaço coletivo de ação e reflexão de suas práticas profissionais, no qual a equipe e as relações entre os profissionais devem ser colocadas em discussão, pois os profissionais nesse modelo de atenção em saúde mental tornam-se polivalentes, transcendendo a área específica de atuação e rompendo com aspectos meramente técnicos (Ferrer, 2007; Glanzner, Olschowsky & Kantorski, 2011).

Para Peduzzi (2001), a proposta do trabalho em equipe multidisciplinar tem sido veiculada como estratégia para enfrentar um intenso processo de especialização na área da saúde, que tende a aprofundar verticalmente o conhecimento e a intervenção em aspectos individualizados das necessidades de saúde sem contemplar simultaneamente a articulação das ações e dos saberes. Dessa maneira, o trabalho nas equipes multiprofissionais é necessário frente à complexidade do objeto da saúde mental e na construção de saberes e ações que possam vir de encontro ao cuidado que se pretende oferecer.

A necessidade da interdisciplinaridade no campo da Saúde Mental decorre do fato de que o sofrimento psíquico não é um fenômeno homogêneo e simples, mas complexo e multifacetado e, como tal, as formas de atenção a ele devem ser as mais diversificadas possíveis, integrando as áreas do conhecimento e categorias profissionais representadas nos CAPS (Oliveira, Silva & Silva, 2009). A equipe surge como um dos instrumentos-chave no cenário dos CAPS, sendo a reunião de equipe citada por todas as profissionais entrevistadas como palco para fortalecimento, ou não, das relações entre os profissionais, as discussões, o planejamento e delegação de tarefas. Nesse sentido, a equipe multiprofissional tem a responsabilidade de construir o agir, a forma de trabalho e a produção dos resultados no

serviço, se constituindo a partir das visões de cada profissional, por vezes divergentes e conflituosas, mas enriquecedoras e potentes quando se encontra o eixo comum.

Para Araújo e Rocha (2007), a influência acerca dos diversos aspectos que compõem o processo de saúde-doença é uma consequência do trabalho em equipe. A probabilidade de um profissional se reconstruir na atividade do outro, em efeitos mútuos, é uma pressuposição das práticas interdisciplinares, tendo, assim, a finalidade de uma intervenção efetiva no contexto em que atuam. Estabelecendo um paralelo para o cuidado de si do profissional de saúde mental, o trabalho em equipe pressupõe para cada profissional de saúde, um exercício político e práticas de liberdade; um exercício sobre si, em que é necessário reconhecer seus limites e, ao mesmo tempo, não ser dominado nem pelos outros e nem por si próprio. O cuidado de si nas relações dos sujeitos, que defende um sujeito de postura ativa, conforme destacam Gomes et al. (2018), abre o caminho de construção em equipe, em prol de uma coletividade.

Em outra perspectiva, Ramminger (2005) aponta que, para trabalhar e se relacionar com os outros no cotidiano do CAPS de maneira satisfatória, é importante que o profissional conheça os *jogos de verdade* que estão presentes nesse meio e entenda a si mesmo como um construtor ativo do cuidado. Para a autora, tensões podem aparecer se os profissionais não trabalharem sobre a mesma lógica.

Em todas as entrevistas realizadas, a equipe foi apresentada como importante para o trabalho, podendo ser um ponto de apoio, mas também de tensão, conforme as falas:

“Tem também a relação entre os profissionais na medida em que esse é um trabalho feito em equipe, se tá tudo bem, vai tudo bem, mas às vezes a reunião de equipe vira um espaço tenso e pesado.” – Júlia

“A equipe ela é potencializadora das ações, mas também pode criar embates que adoecem as pessoas. Existem muitos processos acontecendo aqui, os modos de atendimento tem que estar em sintonia.” Diana

Percebemos que as profissionais compreendem o papel fundamental da equipe na produção do trabalho nos CAPS, aparecendo como um ponto onde o trabalhador se sente amparado e potencializado. Os relatos acerca da equipe, feitos pelas participantes, trazem a dualidade desses grupos de trabalhadores, ou seja, um campo de tensão, mas um meio por onde se organiza o agir e a produção dos resultados no trabalho. Sendo assim, “não é difícil imaginar que o entrelaçamento de visões distintas não só gera conflitos”, como também traz o enriquecimento e o desafio de construir “estratégias baseadas em pactuações do grupo”, conseqüentemente, desenvolvendo a clínica institucional, fruto dessa dinâmica de relações (Guljor, 2003, p. 85).

As dificuldades existentes no funcionamento das equipes são entendidas como parte do processo do trabalho, sendo os conflitos de ordem profissional e relacionados ao serviço. A dificuldade de relacionamento entre os trabalhadores foi apontada algumas vezes como um aspecto do trabalho em equipe, conforme as falas:

“A minha dificuldade é em relação a alguns membros da equipe. Existe um amor intenso por mim, mas ao mesmo tempo, uma raiva. Tem essa polaridade na maneira de aceitar as coisas. Eu acho que essa coisa, esse embate vem porque eu tenho um conhecimento que entra em conflito com o não conhecimento de algumas pessoas. Eu acho que eu sou muito rigorosa com a filosofia do CAPS, com esse novo paradigma de cuidado, eu sou rigorosa em trazer e dizer que não é assim.” – Flávia

“Eu gosto de trabalhar aqui! Foi primeiro um desafio quando eu cheguei aqui, mas você chega pra observar ai você conhece a rotina. [começa a falar sussurrando] As pessoas aqui elas são muito fechadas, é difícil a aproximação, elas não aceitam muito o outro até começar a interagir demora... A sua chegada, a minha recepção por exemplo... Eu não fui bem recebida não.” – Luisa

De um lado, temos a visão da trabalhadora que está há anos no serviço e presa pela filosofia do CAPS e, do outro, temos a trabalhadora que chega ao serviço sem conhecimento de seu funcionamento. Como já exposto anteriormente, o CAPS representa um marco à Reforma Psiquiátrica Brasileira, e seu funcionamento preza por uma nova lógica de cuidado, que requer, também, uma reconfiguração do profissional que vai atuar nesse serviço, seus saberes e práticas.

E como fica, para estas profissionais, o cuidado de si nesta situação, diante da necessidade dessa reconfiguração, para estar em consonância com o trabalhar junto com seus pares no paradigma da Reforma e, ao mesmo tempo, fazer parte de um grupo e estarem afinadas com ele? Esta questão traz à tona a inseparabilidade entre o cuidado de si, liberdade e ética. A liberdade, neste sentido, cria e produz modos de se governar, em que são considerados os efeitos das ações na relação com os outros, não se deixando determinar por elas. As ações se colocam em um campo de possibilidades e limites, e as práticas de liberdade podem criar independência em se governar sem se deixar governar pelos outros. Considera-se a noção de ética, despertada pelo cuidado de si, em que aquele que cuida de si e de suas ações saberá manter as relações adequadas com os outros, sabendo a dimensão do exercício de seu poder, usando-o sem abuso ou negligência (Gomes, 2013). Na leitura Foucaultiana, o profissional que souber se cuidar, ou seja, conhecendo a si próprio, o que compete a ele, seus direitos, assim como os direitos e competências do outro, poderá se guiar nas relações, nos jogos políticos, na dimensão do exercício de seu poder e de outros profissionais, podendo manter relações de equipe mais harmônicas.

5.1.4 Desafio e Aprendizagem

Como temos visto, a Reforma Psiquiátrica brasileira foi responsável por modificações significativas na assistência às pessoas em sofrimento psíquico, com os CAPS, representando

um grande avanço desse movimento. Com as práticas de Desinstitucionalização e a criação de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, o cuidado à pessoa em sofrimento psíquico tem como proposta, agora, a cidadania, a autonomia e humanização do cuidado.

Atuar segundo esse novo modelo de atenção representa um desafio aos profissionais. A partir desse cenário que exige dos trabalhadores a construção de novas ferramentas de ação e os coloca diante de novas situações complexas, surge a compreensão do trabalho como desafiador e fonte de aprendizagem. Algumas trabalhadoras entrevistadas revelaram despreparo para a prática exigida no cotidiano dos serviços quando começaram a trabalhar nos CAPS:

“Mas assim, no início foi meio um baque, porque você não conhece, então é meio assustador, te assusta um pouco, até você começar a ver as crises e entender cada um... Mas agora é tranquilo. Na realidade eu estou aprendendo muito aqui. Esses meses que eu to aqui, é pouco tempo, mas é uma coisa muito diferente, é muito desafiador, mas é transformador, eu não tinha ideia da dimensão” – Luisa

“Isso daqui pra mim foi uma surpresa. Eu me apaixonei, mas não foi à primeira vista não... Entrei aqui a dois anos e eu não tinha nenhuma experiência nem formação específica pra trabalhar aqui. Foi um susto pra mim. Sem experiência, sem preparo! Quando eu cheguei, eu fiquei uma semana anestesiada, parecia que eu não estava aqui. Eu me via perdida, eu não sabia o que fazer, não sabia como fazer, eu olhava pra mim e não me achava capaz disso daqui. É um desafio. Eu não conhecia as coisas, as propostas, a forma de olhar o paciente e a forma de cuidar. Passado um tempo, eu pensei se eu estou aqui eu preciso me envolver, se eu estou aqui eu preciso aprender, preciso aprender essa linguagem, o que é isso que os outros tão falando. Eu fui estudar, fui aprender sobre isso, é um aprendizagem.” – Helena

A falta de experiência e a ausência de formação específica ou preparo para a atuação nos CAPS podem criar um distanciamento entre os trabalhadores que chegam e os pressupostos da atenção psicossocial, alicerces tão necessários nos serviços de atenção à saúde mental, regidos sob os preceitos da Reforma Psiquiátrica.

Estudos (Passos, Souza, Aquino & Barros, 2008) têm evidenciado grandes lacunas entre a formação dos trabalhadores e as exigências práticas nos CAPS. Estes vêm demonstrando a dificuldade do trabalhador em conciliar o seu aprendizado teórico com os desafios do cotidiano que o novo cuidado em saúde mental incita. O que indica que os cursos universitários com formação em saúde podem ter um papel significativo no fortalecimento desses espaços se incluírem, em seus programas de ensino, o aprendizado e a assistência dentro dessas novas perspectivas de cuidado e não apenas reproduzirem a manutenção de um saber tradicional, coerente com o modelo biomédico de atenção, que está voltado para o indivíduo em sua doença (Ribeiro, 2015).

Nesse contexto é interessante perceber como os CAPS têm aproximado muitos profissionais da área da saúde mental, e figurado como um espaço de aprendizado para o profissional. Conforme as falas, é possível perceber que a partir da aprendizagem acerca do serviço e sua lógica, as profissionais deixaram de temer o trabalho quando passaram a se envolver. A relação dos profissionais com seus locais de trabalho se apoia na identificação com as propostas, desejos de contribuição, escolhas mútuas de parcerias reais. Na área da saúde mental, dentro dos serviços públicos substitutivos dos hospitais psiquiátricos, acrescentamos a isso, compromisso político e ético com a proposta da desinstitucionalização. O sentimento de não-pertencimento à área da saúde mental ou com pressupostos da Reforma Psiquiátrica afasta os profissionais da lógica do serviço e da realização de um bom trabalho, no momento em que ocorre a identificação do trabalhador com as propostas do CAPS, ele se engaja mais (Ramminger, 2005).

É interessante notar que os profissionais têm o reconhecimento de que é preciso estar inserido nas novas propostas de cuidado, para desempenhar um bom trabalho, mas mesmo para as profissionais que demonstram conhecimento em saúde mental, o trabalho no CAPS reconfigura as práticas de forma inédita e é, também, desafiador conforme percebemos na fala de *Paloma*.

“Eu considero que é muito desafiador trabalhar aqui e é estressante. A gente tá falando de um modelo de cuidado que vem emergindo pra ser diferencial, pra pensar a questão da desinstitucionalização, é pra pensar essa questão da medicalização, como que eles dão significado a isso, à autonomia, ao consumo de drogas...” - Paloma

As transformações do cuidado no novo contexto da saúde mental geram impasses, incertezas, conflitos e ansiedades sentidos cotidianamente pelo trabalhador. A substituição da prática manicomial por uma prática ainda em formação produz sentimentos das mais diversas ordens. Muitos fatores tornam o exercício da prática profissional desafiadora: desvalorização da saúde mental enquanto área de trabalho; a existência de diferentes formações discursivas; as contradições ante a riqueza de criação e inventividade que os CAPS proporcionam e a falta de investimento que impõe limites e sobrecarrega o trabalhador; as formações profissionais que ainda seguem o modelo clínico-biológico, confrontando-se com a necessidade da prática na perspectiva da atenção psicossocial. Outro caminho a ser apontado é o envolvimento das instituições de ensino nas novas propostas da saúde mental por meio da construção de parcerias com os serviços. É preciso investir na formação de profissionais neste novo modelo (Ribeiro, 2015).

O modelo de cuidado introduzido pela atenção psicossocial traz, para a prática dos trabalhadores, novas frentes de intervenção, abre caminhos para relações mais democráticas em que usuários e profissionais possuem competências que vão se entrecruzando. E é dentro desse espaço desafiador que os saberes e práticas vão se compondo. Assim, para além das

habilidades dos profissionais, o tipo de cuidado convocado pela atenção psicossocial requer atitudes desses sujeitos. Fazendo um retorno ao cuidado de si de Foucault (2010), é preciso que o profissional esteja aberto para transformações de si, alcançadas pelas técnicas de si, pela transformação da relação consigo que possibilitaria ao profissional adotar atitudes para com o outro, para com o usuário, aberto às imanências do campo da saúde mental. Tarefa nem sempre fácil, como nos mostra os relatos de *Luiza* (“um baque”), de *Helena* (“um susto”) e de *Paloma* (“desafiador”). Apesar das participantes não se referirem ao processo de aproximação com o campo com o cuidado de si, os relatos indicam um processo de gestão de si mesmas, segundo um conjunto de regras implícitas ou explícitas que regem o trabalho em saúde mental segundo o paradigma da atenção psicossocial. Assim, os relatos indicam que as profissionais lançam mão de um cuidado consigo mesmas para melhor cuidar dos outros. Bernardes e Guareschi (2004) apontam que este processo de melhor cuidar de si para cuidar do outro constitui-se junto com atividades políticas e sociais e são altamente influenciadas por elas. No caso destas profissionais, o CAPS parece funcionar como catalisador dessa potencialidade de levar a cabo o discurso ético político da atenção psicossocial.

5.1.5 Encargos do trabalho no CAPS

A implementação efetiva da Reforma Psiquiátrica, ou seja, as ações dessa política se traduzem em práticas específicas que recolocam a discussão sobre o significado do cuidado em saúde mental. O novo modelo assistencial reconfigurou o objeto de intervenção do cuidado, a sua finalidade e os instrumentos de intervenção, ou seja, os saberes e as práticas. Este panorama tem sido um desafio, pois implica na transformação do saber e das práticas e traz encargos aos profissionais que tecem, no dia a dia, essa revolução.

Já sabemos que a atenção psicossocial, convoca os trabalhadores a posição inovadora e criativa, este é um fazer em contato com realidades complexas e adversas, mas, acima de tudo, coloca o trabalhador em contato com o sofrimento psíquico do outro.

“Você fica carregando isso com você. Essa lida com o sofrimento é adoecedora. Lidar com o sofrimento te causa sofrimento, como não? Eu ainda não tenho superpoderes. Me desculpe por ser humana demais, então! Você vai pra sua casa, você vive a sua vida, mas você lembra daquela pessoa.” – Julia

Em sua fala, *Julia* defende que lida com o sofrimento e o compadecer-se pelo outro em sofrimento são aspectos inerentes ao ser humano, ou seja, inerentes a qualquer serviço e profissional que se proponha a cuidar. Levando em conta que o cuidado de pessoas com sofrimento mental depende fundamentalmente do engajamento dos profissionais com o usuário, com a equipe e com a população, sendo essa a participação que estabelece e ampara a rede pública de serviços em saúde mental, não há como evitar a lida direta com o sofrimento, mesmo que essa implique em intensa reestruturação pessoal por parte dos trabalhadores.

Os trabalhadores da saúde mental, mais especificamente os que trabalham em outros serviços de saúde, ficam duplamente expostos; fisicamente, por exposição aos riscos de sistema de plantões e excessiva carga horária e psiquicamente, em decorrência da convivência diuturna com o sofrimento e a dor, a doença e a morte, tendo que conviver com tais circunstâncias paralelamente aos seus problemas emocionais (Martins & Correa, 2004).

“Aqui são muitas coisas, o trabalho pesa, lidar com essa dor, as questões são pesadas e chega um tempo que dá. Você lida com o sofrimento das pessoas todos os dias e você tem os seus sofrimentos. A gente tenta... eu ainda consigo fazer essa divisão, mas eu acho que a gente devia ter um apoio, um amparo pra lidar com isso daqui.” – Isabela

“É para os outros, que a gente trabalha tanto pros outros, quanto pelos outros, se colocando no lugar do outro, isso cansa fisicamente, não é só o cérebro. A gente se doa pros outros, para fazer nosso trabalho bem, mas se negligência, se não cuidar chega uma hora que a coisa toda explode.” – Carol

Carol fala que o trabalhar para o outro implica em negligenciar a si mesma em detrimento das prioridades do usuário o que pode acarretar grandes prejuízos ao trabalhador que, em nome do trabalho, sacrifica o próprio bem estar. Lanzarin (2003) percebeu grande envolvimento emocional entre as auxiliares de enfermagem e a clientela atendida. Segundo a pesquisadora, se por um lado essa intensificação do laço afetivo se constitui como fonte de gratificação para as auxiliares e funciona como uma estratégia defensiva frente ao medo e à angústia, por outro lado contribui para a exploração do trabalho. Mulheres, em sua maioria as auxiliares, acabam tomando para si algumas responsabilidades e, ao mesmo tempo, o cuidado não é reconhecido como uma qualificação ou competência da trabalhadora, mas como a expressão de algo que é inerente a posição de cuidador.

Como já apresentamos, a criação de vínculo constitui um aspecto importante na construção do cuidado em saúde mental, no contexto dos CAPS é importante que sejam consideradas as singularidades deste território e do usuário, o que pressupõe um acompanhamento contínuo do usuário em sua totalidade. A atenção psicossocial requer *envolvimento*, conforme expresso nas falas a seguir.

“Na minha opinião quando você trabalha com essas pessoas, que as vezes estão em situações difíceis é impossível não olhar para aquilo e não se comover. Existem mazelas que te tocam e te movem como ser humano e aí tá a beleza e a dificuldade desse trabalho.” - Diana

“É um trabalho de envolvimento, muito cansativo e demandante. Porque muitas vezes eles transferem pra gente o peso do tratamento deles, né?” – Paloma

O trabalho nos CAPS se constitui a partir de práticas de cuidado que mobilizam a subjetividade do profissional, desde questões da história dos indivíduos em tratamento, seu sofrimento e seu entorno, muitos aspectos cooperam para que o vínculo estabelecido seja empático e afetivo. O vínculo é essencial nos serviços de saúde mental, principalmente e diante de *mazelas que te tocam e te movem como ser humano*, falamos de um cuidado presente, que é afetivo, de reconhecer-se no outro como ser humano.

Para Boff (2005) o cuidado inclui duas significações entrelaçadas: atitude de preocupação e inquietação, ao me tornar responsável por quem, ao cuidar, me sinto afetivamente envolvido; e atitude de desvelo e solicitude, de modo que a pessoa deixa de ser o centro e concentra-se no outro. Para Boff, no modo-de-ser do cuidado, o ser-no-mundo estabelece uma relação que não é de domínio sobre o outro, mas de *envolvimento*.

Além da postura empática e acolhedora que se preza no cuidado do CAPS, lida rotineira com situações-limite (Lancman, 2008), como suicídio ou automutilação, por exemplo, caracterizam a atividade no CAPS como um "trabalho desestabilizador", mas cooperam para maior vinculação e responsabilização, conforme percebemos na fala a seguir:

“Você vê a menina tentando e tentando e ela já vem de uma história de tentativas, acontece uma coisa forte dessas em uma sexta feira, você não tem condições de ficar bem no fim de semana. E nem é pra ficar! É uma coisa muito séria isso de tentar tirar a própria vida, sabe? O que é que faz alguém sofrer tanto a ponto de pensar nisso? E é uma adolescente! Eu dei meu telefone naquele final de semana pra mãe, pra todo mundo me ligar no caso de...[...] Não tem como não afetar. Esse trabalho aqui te adoce, te enlouquece, porque não tem como não se afetar com as mazelas que a gente, vê entende? Você vai sofrer, vai levar pra casa, porque num cuidado humanizado é assim, a gente tem empatia.” – Luisa

Os profissionais se transformam e, conseqüentemente, redimensionam suas formas de vida no e através do trabalho e, em razão da complexidade e vulnerabilidade dos usuários, com realidades difíceis e histórias de vida sofridas, marcadas pela institucionalização e o descuidado, acabam tomando-os para si. Segundo Lancman (2008), o trabalhador da saúde mental atende a uma demanda de alta complexidade e não trata somente das categorias psicopatológicas ou psicanalíticas. Ele tem que se haver com questões sociais como a fome, a pobreza, desestruturação familiar, desemprego, falta de redes sociais de apoio para as pessoas, além das psicoses causadas pelo esmagamento do sujeito pela sociedade atual. De acordo com Salles e Barros (2013), muitas vezes o indivíduo que sofre com transtorno mental severo também passa por perdas materiais e sociais, por conta de lhe serem negadas oportunidades e direitos, sendo essa a situação da maior parte dos usuários que recorre ao CAPS. Segundo Santos (2009), diferentemente dos que têm condição financeira para buscar auxílio em consultórios particulares, essa população é composta por cidadãos que diariamente enfrentam violências que acometem sua condição humana, padecendo pela falta de emprego, moradia, família, vínculos afetivos, educação e sentidos para a vida, sentindo-se, muitas vezes, culpados pela sua própria doença e exclusão. Por sua vez, o profissional de saúde mental, ao adotar o paradigma psicossocial, reconhece o sofrimento ocasionado pela existência de “faltas” ancoradas na cultura.

Ramminger (2005) aponta que, ao se apaixonar pela causa da saúde mental e pela forma de trabalho, o trabalhador atribui significados e se reinventa a partir dessa experiência. Dessa forma, é possível pensar que, através do convívio diário, pelo qual o vínculo vai se constituindo, o trabalhador *apaixona-se* também pelos usuários de que cuida, pelas histórias e se compadece de seu sofrimento.

Para Honorato e Pinheiro (2008) no cuidado em saúde mental, lidamos com algo que escapa às técnicas e teorias, algo que permeia os relacionamentos humanos: o afeto. As

práticas em saúde mental só encontram razão de ser em contato com o sujeito, na dimensão emocional que, nesses espaços, é essencial ao se pensar em práticas humanizadas.

Para haver o cuidado humanizado, é necessário ocorrer empatia, afetividade, envolvimento e aproximação entre cuidador e aquele que é cuidado com finalidade terapêutica, não se limitando apenas a aplicação de ferramentas técnicas. Durante as entrevistas, muitos profissionais relataram o forte vínculo que é criado entre eles e os usuários, este vínculo é visto pela equipe como facilitador no tratamento, havendo fidelidade entre ambas as partes, mas é visto também como aspecto que pode causar adoecimento, visto que, ao se reconhecer no outro e em suas realidades sofridas, o profissional sofre e adocece.

Para Bernardes e Guareschi (2004) nos serviços de saúde mental, a humanização é a chave, e estando nesses serviços os profissionais são convocados a pensar a humanização dos usuários que acolhem ao mesmo tempo em que se reconfiguram como sujeitos e constroem a própria humanização. Para as autoras, o colocar-se diante do sofrimento do outro é base para um cuidado humanizado e, por isso, há a necessidade de que sejam pensadas estratégias de atenção e cuidado a equipe de trabalhadores. Essa ideia possibilita um paralelo com o cuidado de si na filosofia socrática, platônica ou estoíca, que, segundo Foucault (2009b), era exercido como condição ao desenvolvimento das virtudes visando não somente o aprimoramento de si, mas ao cuidado com o outro. Como abordado anteriormente, a *epimeleia heautou* se constitui um conjunto de ações exercidas pelo próprio indivíduo sobre si na constituição de sua subjetividade, isto é, modos de transformar e modificar o seu eu e, ao mesmo tempo, modos de estar no mundo, de agir sobre ele, de agir consigo e com os outros (Gomes et. al. 2008, Ramos, 2016).

No entanto, para Mehry (2007) e Silva (2016) o contato com o sofrimento psíquico, inerente ao trabalho em saúde mental, pode operar como aspecto adoecedor quando não são

instituídos arranjos que pensem os processos de trabalho. Contudo, se estas questões são trabalhadas, abre-se espaço para a criatividade e potencialidades.

Nos CAPS, a lida com a loucura e possíveis quadros que a acompanham, como a agressividade, impulsividade e instabilidade dos usuários, faz com que os trabalhadores se sintam vulneráveis. As participantes citam que no CAPS é comum que sintam expostas a certos perigos, e predomina o medo de possíveis agressões:

“Já lidamos com situação de bomba, com arma branca, faca, com ameaças verbais, que tem ou não um nível de concretização, mas a gente não tem como saber. Então, por exemplo, nesse período que eu estou gestante eu me sinto mais vulnerável. Eu não estava me sentindo tão vulnerável antes de estar gestante Tem situações de ameaças, de agressão. (...) Aqui a imprevisibilidade, a agressividade, a crise, essa situação de ameaça e violência ela permeia o nosso cotidiano. Já aconteceram situações aqui, muito difíceis, muito graves de risco de vida e estresse pra equipe bem presente.” –

Ana

“Assim, não são muitos, são poucos, mas quando tem uma agressão, uma violência física ou verbal mexe com todo mundo, que a gente fica preocupado, fica assustado, né?” –

Ana, gestante no momento da pesquisa, se sente vulnerável ao ambiente do CAPS, que

ela mesma disse ser um ambiente permeado pela violência. Em estudo que tinha como objetivo investigar os impactos do trabalho no CAPS, Moura (2012) apontou o receio de ser agredido como um dos fatores significantes para aquela amostra de trabalhadores.

A vulnerabilidade, trazida pelas participantes, é composta por mais um elemento, a imprevisibilidade. Sendo um serviço de portas abertas, cuja principal proposta é a atenção ao sujeito em sofrimento psíquico, o funcionamento do CAPS é atravessado pelo elemento imprevisibilidade, característico não só à crise e à loucura, mas também à subjetividade

humana (Nardi e Ramminger, 2007). A seguir, as trabalhadoras falam sobre esse aspecto da convivência no serviço:

“Sempre acontece alguma coisa que você não espera, sabe como é? É o imprevisível que fica sempre rondando o CAPS, não tem como. Se você quer, gosta da rotina certinha, quer essa segurança, então já sabe que não pode vir pra cá.” – Julia

“A gente também lida com imprevistos, né? Faço a demanda espontânea que é quando chegam situações que não estão programadas e precisa de uma orientação um direcionamento, ou as vezes até de um atendimento. As vezes isso de lidar com o imprevisto aumenta o nível de estresse, potencializa o sofrimento, porque você quer estar preparado e fazer seu trabalho legal mas tem sempre uma surpresa, a gente fica sempre alerta.” – Diana

Como lidar com o previsto e o imprevisto? Como manejar todos os aspectos que constroem o cuidado em saúde mental e se sobrepõem ao transtorno psíquico do usuário? São muitas as facetas que devem ser alvo do cuidado. Além da imprevisibilidade que pode ser considerada característica do sujeito em sofrimento psíquico, a clínica psicossocial se constitui a partir de muitos elementos e fatores, de forma que todos esses aspectos podem interferir no cotidiano do serviço, conferindo mais imprevisibilidade a este ambiente.

Conforme Amarante (1998) é fundamental que os CAPS ofereçam estruturas flexíveis, evitando se tornarem espaços burocratizados, repetitivos, os quais tendem a trabalhar mais em relação com a doença do que com as pessoas, propiciem o acolhimento aos sujeitos que estão em crise e às demais pessoas envolvidas, prezando pela construção de uma rede de relações entre a equipe, sujeitos e com os diversos recursos presentes na comunidade. Esta flexibilidade, entendida como um fator que enriquece o serviço e os processos terapêuticos pode também contribuir para a tensão dos profissionais que, conforme reforçada pela fala de Diana, ficam sempre em alerta.

A demanda espontânea, também citada por *Diana*, situação na qual o usuário procura o serviço por conta própria (Brasil, 2013) é um fator que contribui para a imprevisibilidade do serviço, visto que o usuário ou seus familiares podem chegar ao serviço a qualquer momento, e os profissionais devem estar aptos a acolher essa demanda, por vezes tão diversa.

Além disso, o CAPS é um serviço que dispõe atenção à crise, o que também representa uma carga de instabilidade e imprevisibilidade. Ballarin (2007) nos apresenta que a crise é considerada uma “*experiência limite*”, não por desafiar os limites, mas por extravasar o delimitado. É o momento em que há a vivência de algo insuportável para o sujeito, que extravasa o sistema de representação e que se instala de forma abrupta e intensa, trazendo consigo angústia e sentimentos desconhecidos ao próprio sujeito que sofre. A crise representa, portanto, o “ponto de corte”, um arranjo subjetivo provisório a qual o indivíduo recorre quando os todos os outros recursos psíquicos já foram utilizados. Assim, a crise não tem hora nem lugar marcado para acontecer, pois sua imprevisibilidade se torna um dos maiores desafios para trabalhadores. Quando o imprevisível irrompe se torna não somente uma urgência psiquiátrica, mas uma “urgência subjetiva” (Calazans & Bastos, 2008) de atenção e cuidado. Além disso, no cuidado psicossocial, há também o inesperado e o imprevisível que vem de fora, externo ao CAPS. O que acontece em volta atravessa, agencia, intervém, dispara, atrapalha (Calazans & Bastos, 2008).

O funcionamento nos CAPS é intenso e imprevisível, colocando os profissionais diante uma variada gama de situações em que a necessidade de agir de imediato coloca os profissionais em várias situações, nas quais se sentem pressionadas pelo acúmulo de atividades:

“Pra fazer outros tipos de ação que cada caso pede, pra isso você vai encaixando uma série de atividades na agenda. Então, não tem uma rotina. (...) Como dar conta do que estava previsto e do que não estava?” – Ana

“Na verdade o serviço está sempre a todo vapor, você nunca vai ver alguém aqui de pernas pro ar, porque tem essa dinâmica, sempre tem gente chegando, sempre tem demanda espontânea e algo acontecendo.” – Helena

As falas de *Ana* e *Helena* nos dizem das várias atividades que são realizadas no CAPS e da necessidade dos trabalhadores estarem sempre atentos, pois sempre há trabalho a ser feito. A dinâmica de ser um serviço de portas abertas e lidar com demanda espontânea e situações de crise agrava ainda mais o acúmulo de atividades que é sentido pelos trabalhadores.

O cuidado de usuários em sofrimento psíquico implica uma série de atividades que exigem certas habilidades dos trabalhadores, mas que podem representar pressão e sobrecarga, sobretudo diante de aspectos comuns a esses serviços, mas que dificultam o trabalho, como a falta de recursos:

“As equipes são reduzidas, e é tudo diluído entre todos, mas o trabalho não diminui, só cresce, e tem o plantão noturno, tem muita gente, muita coisa... A gente vai acumulando, chega uma hora que transborda.” – Isabela

As equipes reduzidas, citadas em estudos anteriores (Zgiet, 2013) como uma problemática frequente nesse cenário representam um acréscimo ao acúmulo de atividades, à medida que os profissionais contam com mais encargos, precisam realizar cada vez mais, levando à sobrecarga, além de se sentirem sempre pressionados a realizar um bom trabalho, mesmo diante das circunstâncias, por se sentirem responsáveis pelos usuários.

O plantão noturno, citado na fala de *Isabela*, é outro aspecto do funcionamento dos CAPS que pode somar para que os profissionais se sintam pressionados. Conforme Campos e Baccari (2011), o acolhimento noturno representa para além de um acréscimo as atividades, um fator que contribui para a responsabilização dos trabalhadores e precisa ser repensado, principalmente pelas situações de emergência em que os técnicos e auxiliares são convocados

a agir. Circunstâncias em que, muitas vezes, devem realizar procedimentos que estão além de sua capacitação e oscilam no sentimento de desamparo e responsabilização.

Ainda no que diz respeito à pressão sentida pelos profissionais, vinda dos gestores, temos a seguinte fala de *Julia*:

“A chefia recebe pressão e ela põe pressão na gente e a gente que aguenta. É pressão mesmo. Tem uma hora que a gente sente pressão de um lado, pressão do outro, a gente se sente em uma panela de pressão. Não tem como dar conta.” – Julia

O relacionamento entre trabalhadores e gestores pode ser marcado por tensões das mais diversas ordens, visto que o gestor se encontra muitas vezes no papel de vistoriar e cobrar ações, aspecto que gera pressão nos trabalhadores, que são colocados a ação sem as condições necessárias para isso. No trabalho de Silva (2011), a autora aponta que parte dos conflitos entre gestores e trabalhadores poderiam ser resolvidos se houvessem espaços contínuos de capacitação externa ao coletivo de profissionais que opera o CAPS. Se pensarmos que o cotidiano intenso dos CAPS pode levar ao desgaste das relações profissionais, é realmente necessário pensar estratégias que abarquem e cuidem dos relacionamentos entre gestores e profissionais, pois esse olhar contribuiria para um melhor funcionamento do serviço seus fluxos internos.

5.1.6 Adoecimento

Diversos autores afirmam que o trabalho pode ser um desencadeador de saúde ou de doença, de bem-estar e de prazer e, até mesmo, de desestruturação mental e *loucura*, sendo importante investigar indicadores de adoecimento no cotidiano laboral (André & Duarte, 1999; Athayde & Hannington, 2012; Dejours, 1987; Fernandes & Marziale, 2014). Nos CAPS, os profissionais lidam com a difícil e ousada reconstrução do olhar à loucura e do cuidado em saúde mental, em meio a condições adoecedoras, segundo os relatos:

“Não tem como não afetar. Você fica carregando isso com você. Essa lida com o sofrimento é adoecedora. Lidar com o sofrimento te causa sofrimento.” – Julia

“Tem que se cuidar pra cuidar do outro, com certeza! É necessário. E isso aqui é muito adoecedor. A gente oferece saúde e fica sem. É isso, quando a gente oferece saúde e fica sem, tem que recorrer a quem?” – Nora

As falas de *Julia* e *Nora* nos apontam que o trabalho em saúde mental é adoecedor, pela lida direta com o sofrimento do usuário. É por meio da prática cotidiana com cada caso que os profissionais aprendem sobre o sofrimento do outro e como promover a mudança da condição de vida do usuário. A concretização do novo modelo de atenção em saúde mental vem da aquisição de aptidões, como a habilidade de escutar, de estabelecer vínculos e diagnosticar, de sentir o humor do outro, de viver uma intersubjetividade e cooperar com os colegas de trabalho (Santos, 2009). Nos CAPS estudados, essas atividades tão complexas e desgastantes são realizadas por um pequeno número de profissionais, que têm de suprir as demandas do serviço de saúde mental, as quais crescem a cada dia, o que gera sofrimento pelo grande esforço para atender todas as solicitações, aspectos que somados tornam o trabalho adoecedor.

As trabalhadoras entrevistadas relatam que, no CAPS, a angústia fica ainda “mais gritante”, por que envolve muitos usuários, familiares e sociedade ao mesmo tempo, além das várias questões que englobam o trabalho no CAPS, o que, segundo elas, mobilizam uma energia psíquica muito grande.

É claro que todo trabalho demanda uma relação dialética, em que, de um lado, está a satisfação pessoal, profissional, econômica, social e cultural, mas que, por outro lado, há também o desgaste, as dificuldades e o sofrimento. No caso dos trabalhadores da saúde mental, este desgaste é característico, pois eles estão constantemente expostos, pelas

organizações em que trabalham, a dor, sofrimento e morte de usuários com quem se vincularam.

As profissionais também se referem à sobrecarga de atividades como aspecto adoecedor:

“A gente adocece pela sobrecarga, pelo medo de ser agredido fisicamente e verbalmente, mesmo que o outro não tenha a intenção, aquilo com certeza afeta seus processos de trabalho, sua relação com o usuário e a equipe.” – Diana

“Essas coisas adoecem, porque é uma sobrecarga. A quantidade de trabalho, a falta de alguns recursos que são básicos... mas tudo isso são coisas que a gente consegue administrar.” – Eva

O modelo psicossocial que ampliou a gama de cuidados necessários ao usuário requer maior envolvimento dos profissionais com o serviço, o que pode resultar em maior sobrecarga (Buessó & Barbosa, 2019). A alta e complexa demanda, somada às equipes reduzidas e à falta de recursos para a realização do trabalho, contribui para o acúmulo de tarefas e para que o profissional se sinta sobrecarregado. A sobrecarga envolve aspectos psicológicos, emocionais e físicos causados por sentimentos de pressão relacionados com demanda excessiva no trabalho, frustração com o trabalho, cansaço, medo de agressão e desejo de mudanças de emprego. No trabalho de profissionais da saúde mental, a sobrecarga e estresse acarretam repercussões pessoais, clínicas e organizacionais, que podem contribuir para o adoecimento e afastamento do profissional.

Além desses aspectos, a falta de recursos atrelada a incapacidade de realizar um bom trabalho, são aspectos adoecedores, conforme a fala:

“Eu acho que essa falta de valorização é o que adocece o profissional porque ele fez mais do que ele pode, do que ele tem... Se eu quero trabalhar melhor aqui, eu tenho

que comprar meu material porque demora tudo, se eu quero fazer mais, eu tenho que comprar meu material pra trabalhar melhor. Isso me angustia...” – Eva

O adoecimento dos profissionais se relaciona, também, à impossibilidade de realizar o trabalho pretendido. É possível perceber que a falta de condições materiais para a execução do trabalho tem um peso significativo, pois incide diretamente sobre o sentimento de desvalorização e perda de esperança de realizar um trabalho conforme seus ideais. Nota-se que a pesada jornada de trabalho e a falta de reconhecimento diante da falta de investimentos no setor produzem insatisfações e desmotivações ligadas ao exercício profissional, gerando sofrimentos ao lidar com a realidade.

Estudos têm mostrado a falta de recursos, de infraestrutura e de pessoal bem como a precariedade dos vínculos empregatícios, os baixos salários, a tensão inerente ao trabalho, o sentimento de desvalorização por parte da gestão e dificuldade do trabalho em rede como aspectos que dificultam a resolutividade do trabalho. Esses achados evidenciam a persistência da precarização do trabalho no SUS, particularmente em serviços de saúde mental (Ferrer, 2007; Guimarães, Jorge & Assis, 2011).

O funcionamento dos CAPS coloca o trabalhador em um contexto que o convoca a ser desafiador e criativo, porém a constante desvalorização de sua função, enquanto servidores públicos, traduzida na falta de investimentos, recursos e de ações intersetoriais, que tanto impõe limites para a prática, coopera para que o trabalhador se sinta responsabilizado pela resolutividade dos serviços e, nesses casos, pela incapacidade de realizar um trabalho melhor (Nardi e Ramminger, 2007; Ramminger, 2005; Ramminger e Brito, 2011). A exigência de que o trabalhador esteja apto a resolver problemas complexos não é acompanhada do aumento de recursos.

Conforme Ramminger (2005), dois caminhos diferentes podem abrir espaço para o adoecimento: o de não encaixar-se no modo de trabalho que a equipe de saúde mental exige e

o aparecimento do trabalhador-militante que, por seu envolvimento afetivo, sobrecarrega e desgasta o cotidiano de trabalho, por exigir mais tarefa e esperar que o colega também se responsabilize tanto quanto ele.

Além dos riscos ocupacionais comuns a que estão expostos os trabalhadores das instituições de saúde em geral, os profissionais da saúde mental desenvolvem suas tarefas em ambientes envoltos pela elevada tensão emocional, devido à imprevisibilidade do comportamento dos usuários. O exaustivo cotidiano nos CAPS coopera também para o adoecimento físico dos profissionais, quando o adoecimento emocional é também sentido no corpo.

“É pesado o que a gente faz aqui, mesmo sem querer a ente leva um pouco disso, às vezes nem se dá conta e isso se manifesta naquele cansaço, na dor de cabeça ao fim do dia, do corpo moído, parece que lutou uma guerra. Ano passado eu já estava com dor nas costas e janeiro como muitas pessoas ficaram de férias e outras de licença, eu senti como se estivesse carregando o CAPS nas costas sozinha, e aí eu arrastava a perna puxando pra chegar até o telefone, aí eu fiz um problema no musculo interno da coxa direita, então essa foi uma rotina que foi crescendo, foi crescendo, eu fui mancando, quando acabou que eu fui pro hospital, pra fisioterapia.” – Carol

“Foi um dia cheio aqui no serviço, eu fiz muito, ouvi muita coisa e fiquei cansada mesmo e cheia de coisas na cabeça. Eu cheguei em casa com dor de cabeça e tive dificuldade pra dormir e essa dor de cabeça, enxaqueca, não parava de jeito nenhum e eu ficava pensando e pensando no que tinha acontecido. (...) Houve um dia, foi um dia cheio aqui no CAPS, com crises, que me recordo, que acordei com enxaqueca sem poder trabalhar, o cuidado, o afeto, ele transcende as paredes, a gente se responsabiliza, sente no corpo.” – Diana

As falas têm demonstrado que a realidade do trabalho desses profissionais é tão árdua que acarreta o adoecimento físico e apontam para um sofrimento que é sentido no corpo. De acordo com Turato (2008), as somatizações podem ser definidas, entre outros modos, como o processo através do qual os conflitos profundos do âmbito psíquico, uma vez não resolvidos satisfatoriamente, usam a via corporal para um necessário alívio, levando a transtornos manifestados no corpo.

Em um estudo que tinha como principal objetivo estudar os riscos ocupacionais no trabalho em um hospital psiquiátrico, Fernandes e Marziale (2014) apontaram que, no triênio que em que foi realizada a pesquisa, mais da metade da amostra de participantes adoeceu, resultando em prejuízos aos trabalhadores, à instituição e aos pacientes, além de uma porcentagem alta de profissionais em afastamento.

Conforme Guimarães et al. (2011) os processos de adoecimento resultam do profundo desgaste, provocado também pela atividade laboral quando o trabalhador é exposto continuamente a situações estressoras no seu ambiente de trabalho. É pertinente considerar que as doenças decorrentes de sofrimento físico e psíquico são importantes causas de licenças médicas e afastamentos. Enfim, de absenteísmo nas instituições. Dessa forma, torna-se evidente a necessidade de adoção de estratégias de enfrentamento dessa questão, visando à sua prevenção e/ou inversão de tais "complicações".

Porém, mesmo diante de um fazer intenso que, quando não cuidado, pode se tornar adoecedor, poucas iniciativas são realizadas a fim de abarcar o sofrimento do profissional, aspecto frequentemente citado nas entrevistas:

“Eu acho que em toda vez que acontecesse uma situação [de adoecimento] no profissional a gente podia sentar, conversar, pensar, vamos ver o que pode ser feito, mas não tem. Às vezes tem situação aqui de agressão verbal até física e onde foi parar o profissional? Ninguém liga pra onde foi, onde está, se está trabalhando. A gente

tinha era que pensar isso, o que tá acontecendo? O que a gente podia fazer pra melhorar aqui a equipe? O que a gente podia fazer pra melhorar esses relacionamentos? Quando a pessoa se afasta, o que a gente podia fazer de melhor quando a pessoa voltasse? Existe grupo e estratégia dos profissionais, mas do CAPS mesmo, não, pela instituição, formal, nada mesmo.” - Flávia

“Tem aquela medicina do trabalho, ela é do setor administrativo, nem é do setor da saúde, ela tem muito trabalho pra fazer, mas não assume o cuidado, não acompanha as pessoas, ela ouve, orienta... não sei o que ela faz porque eu nunca fui lá, né? Mas, ela não acompanha ninguém, entende? É tudo numa lógica bem saúde do trabalhador, é mais superficial. Então, a gente não tem esse ponto da saúde mental em nenhum lugar, assim, que a prefeitura dê, o gerenciamento de RH, por exemplo penso, deveria ouvir o que os servidores têm a dizer, mas não ouve, pra organizar uma estratégia, se ela tá bem aqui? Se ela quer sair do concurso? Você quer continuar com a prefeitura em outro lugar? Vamos ver se a gente consegue se reorganizar? Tem isso também, as vezes eu acho ruim.” - Beatriz

“Tem coisas que a gente precisa conversar melhor aqui dentro pra poder bater de frente ou bancar com os outros serviços, mas às vezes essas relações e essas conversas aqui estão um pouco frágeis e aí a gente se vê sozinho. Sozinho adoecendo e vendo os outros adoecerem.” - Carol

“Eu acho que é impossível você não se afetar mesmo que seja um pouquinho pelo sofrimento do outro e as crianças... E não tem nenhuma estratégia pra cuidar disso. Ninguém liga se você adoce, ninguém liga se é de partir o coração as realidades das famílias aqui, ninguém liga se você tem um monte de coisa pra fazer e não dá conta porque surgiu um imprevisto com um adolescente. Quem cria as estratégias somos nós.” - Helena

“A gente aqui é atropelado mesmo por essas questões e a gente tenta fazer essas mediações, essa atenção, essas medidas né? Quando a gente tem intimidade com o colega, a gente chega e fala assim “Olha, você não tá bem!” A gente tem que estar atento, porque muitas vezes a pessoa se sente na obrigação de fazer o trabalho dela e acha que é normal ir definhando assim, entendeu? Parece que o corpo e a mente concordam que é pra adoecer mesmo. A gente tem que estar de olho, porque aqui é a única rede que a gente tem mais afetiva é isso, são os colegas que a gente gosta, quando tem essa intimidade, do serviço não tem. Aqui no CAPS, te aflora muita coisa, medos... O que está acontecendo? Os profissionais ficam muito fragilizados, exaustos, desamparados.” – Julia

Percebe-se que há, nas profissionais, o desejo por um lugar de escuta e reflexão sobre a prática, experiência que se faz ainda mais necessária e urgente nos serviços pesquisados, visto ausência de supervisão clínico-institucional, apontada pelas participantes como a principal possibilidade de atenção ao profissional e que poderia ser uma estratégia de enfrentamento frente ao adoecimento dos trabalhadores.

“Não estamos tendo o supervisor, que é o que a gente de fato precisava, esse cuidado nosso, que é algo pra nós enquanto trabalhadores aqui dentro do serviço. A supervisão ameniza bastante, por ser um cuidado com a gente ele ajuda muito no trabalho.” – Beatriz

“Nem mesmo a supervisão que seria o espaço pra ser trabalhado isso, pra pensar nas nossas dores, nas nossas angústias e no trabalho, isso a gente não tem. A gente não consegue ter.” – Eva

A supervisão clínico-institucional destina-se à discussão das questões clínicas e institucionais dos serviços e da rede de saúde mental e foi definida a partir da portaria nº 1.174 (Brasil, 2007), e aponta a necessidade de um supervisor para assessorar, discutir e

acompanhar o trabalho realizado pela equipe e aspectos relevantes a qualidade do serviço. Mesmo com evidente necessidade de um espaço de fala e reflexão acerca dos processos de trabalho, as trabalhadoras entrevistadas apontam a não supervisão como um reflexo da falta de recursos que atinge a saúde.

Mesmo diante de um quadro desanimador, as profissionais estão engajadas em seu trabalho e percebem a necessidade de estarem atentos à própria prática e aos processos de adoecimento que, quando negligenciados geram fragilidade na equipe. Conforme Silva (2011), quando não se criam estratégias frente ao adoecimento, ou quando este adoecimento é negligenciado ou não reconhecido, isso pode gerar no profissional, para além dos processos de afastamento, a perda da significação do trabalho e da postura ética de si mesmo como um trabalhador engajado.

5.1.7 Prazer

O trabalho nos CAPS, complexo como já defendemos, tem se apresentado como mobilizador para os trabalhadores desse serviço. Muitos autores têm se proposto a estudar a dinâmica de prazer e sofrimento nesses espaços e apesar dos níveis alarmantes de adoecimento encontrados pelas pesquisas. Tem-se concluído que o trabalho em saúde mental pode ser e tem sido fonte de prazer para os profissionais da área (Kolhs, Olschowsky & Ferraz, 2019).

Por meio das entrevistas, ficou evidente que o prazer é alcançado através de fontes diversas que contribuem para o bem estar. Começamos com a fala de Ana.

“Tem espaços que dão prazer no CAPS. Por exemplo, eu me identifico muito com o grupo de mulheres que eu faço, que eu coordeno, então é uma escolha e eu sinto prazer em fazer esse grupo! Eu sinto prazer em estar no Colegiado Gestor por exemplo, porque a gente consegue avançar e produzir coisas, produzir material,

material pro CAPS, pensar os espaços em como fazer e eu gosto disso. Eu gosto de pensar esses espaços, pensar no que eu estou fazendo, pensar no meu trabalho, me traz uma sensação boa, é um espaço produtivo, me traz a sensação de “pô, que legal, estamos conseguindo, estamos conseguindo fazer.” - Ana

Diante das diversas atividades realizadas no trabalho, a participante relata sentir prazer naqueles que teve autonomia de escolher participar como percebemos no trecho “*eu me identifico muito com o grupo de mulheres que eu faço, que eu coordeno, então é uma escolha e eu sinto prazer em fazer esse grupo*”. Entre as diversas atividades que os profissionais exercem, algumas são mais prazerosas do que outras. Elas são vivenciadas como fonte de prazer, pois permitem e demandam um espaço para os profissionais pensarem e programarem ações e, dessa forma, descentralizam o processo de decisão, dando autonomia ao profissional, o que estimula sua criatividade (Azevedo & Figueiredo, 2015).

Mesmo diante do volume de trabalho no CAPS, que poderia ocasionar cansaço e adoecimento, o relato expressa a atividade sendo aproveitada como um espaço de aproximação e construção, levando ao prazer. Os trabalhadores, neste caso, vivenciam a carga de trabalho como uma possibilidade de criar e organizar seu modo operatório, como um cuidado próprio, fortalecendo sua identidade de profissional com liberdade para rearranjar suas atividades.

Os espaços onde é possível a reflexão sobre a própria prática também são entendidos pelas profissionais como prazerosos:

“Eu gosto de pensar esses espaços, pensar no que eu estou fazendo, pensar no meu trabalho, me traz uma sensação boa, é um espaço produtivo.” - Ana.

O trabalho no CAPS é tocante e mobilizador, disparador de questões e conflitos que têm como característica a lida com a subjetividade humana e construção de subjetividades dos envolvidos no processo de cuidado. Dessa maneira, os espaços onde o trabalhador pode se

debruçar sobre a própria prática são entendidos como prazerosos. Traçando um paralelo com o cuidado de si, seria a aposta ética pautada no cuidado de si, indo ao encontro do cuidado do outro tendo como resultado a satisfação.

Diversos autores defendem que, diante da complexidade do trabalho nos CAPS, os espaços de crítica à própria prática são essenciais para que o profissional se sinta satisfeito no trabalho (Azevedo & Figueiredo, 2015; Ramminger, 2005; Ramminger & Brito, 2011; Silva & Costa, 2008). A propriedade de se reinventar e de se recriar deve se constituir enquanto uma característica inerente às equipes de trabalho desses serviços, para manterem-se orientadas na busca da promoção de vida. Seria uma prática implicada com uma forma de cuidar da loucura, com o cuidado em liberdade, não apenas no sentido de promover a saúde mental, mas na produção de vida.

Segundo Merhy (2002), para tornar o processo de trabalho mais satisfatório e prazeroso, é necessário agir sobre o conjunto de autogovernos em operação, problematizar práticas e interesses e incitar a ação criativa dos trabalhadores, sempre questionando situações que podem gerar processo de liberação do trabalho vivo. Esta criatividade permanente do trabalhador em ação deve ser explorada na dimensão pública e coletiva para que sejam reinventados novos processos de trabalho, ou mesmo para abri-los em novas dimensões não pensadas. Atuar nestes processos significa buscar novas possibilidades, construindo um processo de busca de entendimento, possibilitando a invenção de novas missões institucionais e novos sentidos para o processo de trabalho (Merhy 1997a; Merhy, 1997b; Merhy, 2002).

Outro fator que se relaciona ao prazer no trabalho está na realização do profissional em ser reconhecido e se reconhecer por sua dedicação ao cuidado de atenção aos usuários e efetividade do tratamento, aspecto presente nas falas a seguir:

“Me dá prazer ver que estamos conseguindo mesmo com todas as dificuldades, me dá prazer essa coisa de olhar pros espaços e pras atividades e ver o que é possível, assim eu to cuidando também!”- Ana

“Eu gosto e ao mesmo tempo às vezes me sinto assim cansada, mas eu gosto assim de ver o resultado, gosto quando eu vejo que a pessoa vê em mim um profissional que tá ali pra ajudar, eu gosto assim, mas tem as dificuldades que a gente não pode deixar de considerar.” – Rúbia

O prazer inscreve-se numa relação subjetiva do trabalhador com seu trabalho de modo que, ao relacionar-se com os outros, vivencia e realiza sua tarefa, influenciado por seus valores pessoais. Assim, o prazer é vivenciado quando são experimentados sentimentos de valorização e reconhecimento no trabalho, o que facilita o encontro entre o trabalhador de saúde e o usuário. O trabalhador se sente útil e essencial a melhora do usuário, surgindo então uma relação de confiança e responsabilidade. Essa relação traz satisfação para a equipe de saúde, que se sente produzindo saúde em meio às tensões do ato cuidador e também concretiza a crítica ao manicômio, estimulando no usuário a autonomia (Merhy, 2007; Nardi e Ramminger, 2007). É nesse espaço que surge uma relação de confiança e responsabilidade entre profissional e usuário, produzindo, nos trabalhadores, o sentimento de reconhecimento pelo trabalho em que se sentem valorizados pelo que fazem e produzem, pois se reconhecem como sujeitos importantes na organização do CAPS e, ao mesmo tempo, sentem-se admirados e aceitos, o que se caracteriza como prazer.

Outro ponto importante na existência de uma relação de solidariedade e companheirismo é a percepção do prazer relacionado a situações fora-trabalho, e momentos com a equipe:

“Tem espaços, por exemplo, no almoço, a gente faz um almoço compartilhado, a gente compartilha nossos problemas, a comida, as coisas daqui, as coisas de casa. o

momento do almoço é quando a gente senta pra conversar, compartilhar as questões, rir um pouco pra sair disso daqui.(...) o que me faz bem, o que a gente se cuida mesmo é a conversa na hora do almoço”. - Isabela

O trabalho em equipe é um dos aspectos da dinâmica do reconhecimento, contribuindo para idealizar, construir, desejar e confirmar a identidade almejada por meio do trabalho na saúde mental. Assim, as relações sociais estabelecidas no CAPS são essenciais para os profissionais continuarem trabalhando na instituição, evidenciando o quanto o funcionamento psíquico está associado à organização do trabalho e ao peso da confiança e da cooperação, que contribuem para os sentimentos de apoio e alívio frente aos problemas que surgem no trabalho (Silva, 2007).

No CAPS o trabalho nunca é individual e o profissional necessita do olhar do colega para a efetividade do trabalho e para ser reconhecido, instituindo um espaço social por onde passa a atualização de seus vínculos afetivos (Azevedo & Figueiredo, 2015). Dessa forma, o momento em equipe é fonte de prazer e ocasiona expectativas de todos em relação a todos, e o amadurecimento e a honestidade são modos de lidar com essas expectativas, porque trazem condições mais favoráveis ao convívio no trabalho que permite momentos de descontração e de estabelecimento de vínculos entre os colegas.

5.2 Cuidado e Cuidado de Si

O tema do cuidado tem atravessado a discussão feita até agora, visto que os CAPS são mecanismos de uma rede que tem como proposta o cuidado de indivíduos em sofrimento psíquico. Os trabalhadores desses serviços são profissionais do cuidado, responsáveis pela construção e ampliação das práticas de cuidado em um espaço que, como vimos, possui características adversas que podem levar ao prazer e/ou ao adoecimento desse profissional que, por vezes, reproduzem suas práticas sem questionar o que as sustenta ou que dá sentido a

elas. Nesse sentido, se faz importante investigar como os trabalhadores entendem o cuidado que realizam e como retornam o conceito para si mesmos, como entendem o cuidado de si, e quais estratégias utilizadas neste cuidado consigo mesmo.

5.2.1 Cuidado

Conforme Pinheiro (2009) ‘cuidado em saúde’ é uma ação integral fruto do ‘entre-relações’ de pessoas, ou seja, ação integral como efeitos e repercussões de interações positivas entre usuários, profissionais e instituições, que são traduzidas em atitudes, tais como: tratamento digno e respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo. O cuidar em saúde é uma atitude interativa que inclui o envolvimento e o relacionamento entre as partes, encontro entre usuário e profissional de saúde, em que são desvendadas as necessidades e os modos de atendê-las, em um processo de acolhimento (Teixeira 2007). Para Boff (2005) o cuidado também se constrói a partir das relações, sendo imprescindível que essa relação se dê intimamente, que haja envolvimento do sujeito que cuida com aquele que é cuidado.

Uma das marcas da atenção psicossocial é o objeto do cuidado; se antes se agia sobre a doença, agora o cuidado se constrói para o usuário, em toda a sua complexidade. A fala a seguir, mostra como esse aspecto tem sido compreendido pelos trabalhadores:

“Não sei se eu consigo responder o que é cuidado, é uma coisa subjetiva. É subjetivo. Vem de uma percepção da pessoa, do que ela recebe, se ela percebe aquilo que ela recebe como um cuidado se é uma atenção, se ela se sente contemplada nisso que é aplicado aqui.” – Ana

A concepção de Ana sobre o cuidado se relaciona ao usuário e ao que ele entende por cuidado, o que se relaciona à ideia de que o cuidado pode assumir várias formas de acordo com as particularidades de cada um deles e da forma que cada um se sentir cuidado, podendo assumir maneiras múltiplas. Esse aspecto do cuidado é contemplado nos CAPS, pautado na atenção psicossocial, quando os profissionais trabalham na construção de projetos

terapêuticos que sejam variados e adaptados a necessidade e a realidade de cada usuário e requer a participação destes na sua elaboração. Desta forma, qualquer que seja o cuidado realizado, faz-se necessário considerar o aspecto subjetivo do usuário envolvido nesse processo.

O cuidado também é concebido como estratégia que busca a autonomia e valorização das potencialidades do usuário, como vemos a seguir:

“Fazer com que aquela pessoa consiga viver da melhor forma possível para ela, né?”

– Beatriz

“É fazer com que a pessoa perceba que ela precisa dar conta da vida dela, que ela tem condições de fazer suas coisas, que não precisa ficar dependendo da mãe, do pai, do tio, né?” – Carol

O fortalecimento da autonomia do usuário é um aspecto que vem de encontro à política do CAPS, que se constrói a partir do olhar ao indivíduo e suas necessidades, valorizando aspectos como a cidadania e a autonomia. Nesse sentido o cuidado deve se pautar na valorização de potencialidades, visto que, para esses usuários, a possibilidade de não depender da família e conseguir realizar suas atividades de maneira autônoma, já que muitos deles trazem histórias marcadas pela institucionalização, o silenciamento e a tutela, representa um grande desafio em suas vidas.

As trabalhadoras compreendem que, para cuidar da complexidade que envolve o contexto das pessoas em sofrimento psíquico, é necessário um olhar integral a este sujeito, um dos princípios da atenção psicossocial, e entendem esse como um aspecto do cuidado que realizam:

“Eu acho que aqui, cuidar é você ter esse olhar integral neles, são crianças, e perceber e ir atrás de mecanismos que cooperem, tem que olhar pra todas as necessidades.” – Flávia

“A proposta desse tipo de serviço é ser psicossocial, então cuidar é ver a parte mental e ver o social também, ver tudo, ver o entorno, ver a família, ver ele...” – Karla

As profissionais entrevistadas reconhecem que em saúde mental, não basta apenas o olhar ao transtorno, pois o cuidar, quando se propõe psicossocial, constrói-se abraçando a realidade desse indivíduo, englobando o seu entorno. É o “olhar para todas as necessidades”. Essa proposta de reestruturação da saúde mental implica em fortalecer a rede de cuidado, apostando na intersetorialidade, agregando serviços e incorporando estratégias múltiplas, visando a integralidade do usuário (Severo & Dimenstein, 2011), Nesse sentido,

[...] a intersetorialidade, através da articulação saúde mental-cultura, é muito potente na construção de parcerias com outros grupos sociais na conquista de outro lugar para a loucura no âmbito social. Serviços e políticas públicas norteadas pela atenção psicossocial devem priorizar a intersetorialidade como uma estratégia fundamental na construção de projetos de saúde, de solidariedade e de participação social, tornando os sujeitos ativos na produção de saúde. (Severo e Dimenstein, 2011, p. 650).

Portanto, a saúde mental deve ser articulada sempre com a intersetorialidade, pois, só assim, é capaz de superar a lógica histórica da fragmentação das políticas públicas no cuidado e caminhar para a integralidade.

Conforme Pinheiro (2009) a ‘integralidade’ como fim na produção de uma cidadania do cuidado refere-se ao ato de cuidar integral que tem as práticas de saúde como eixos políticos-organizativos, formas de construir inovações e novas tecnologias de atenção aos usuários no SUS. A ‘integralidade’ como fim na produção de uma cidadania do cuidado se dá pelo modo de atuar democrático, do saber fazer integrado, em um cuidar que é mais alicerçado numa relação de compromisso ético-político de sinceridade, responsabilidade e confiança entre sujeitos, reais, concretos.

No campo da saúde mental, podemos entender a integralidade como uma ação que se propõe antimanicomial, desmontando o ideal de hospitalização, medicalização, isolamento e perda da autonomia como a melhor forma de intervenção. O olhar integral aqui procura resgatar um conceito mais positivo sobre a loucura, exigindo que o cuidado ocorra em

diferentes espaços e uma prática assistencial que considere a subjetividade e a singularidade do sujeito em sofrimento psíquico, na qual a inclusão, a cidadania, a autonomia e a solidariedade aparecem como conceitos norteadores para ações integrais (Nasi, Cardoso, Schneider, Olschowsky & Wetzel, 2009).

5.2.2 Cuidado de si

“O que eu entendo que é cuidado pra mim, pessoalmente, é algo que eu empreendo, uma ação que eu empreendo ou um sentimento uma elaboração que me traz bem estar. Se eu posso fazer isso sozinha ou se eu preciso de terceiros pra me ajudar. Pode acontecer de eu precisar de outra pessoa pra esse cuidado ou eu posso fazer essa elaboração sozinha.” – Ana

Ana nos traz o cuidado de si como ação, elaboração ou sentimento que se empreende e ou que traz bem estar, podendo ser, esse cuidado, atingido sozinha e ou com a ajuda de outros. Essa concepção se relaciona, em certos níveis, ao que Foucault (2010) propõe; o cuidado de si como inicialmente advindo da noção de *epiméleia heautoû*, que era de fato considerada pelos gregos um conjunto de ocupações, atividades realizadas sobre si mesmo, através da qual era possível viver mais satisfatoriamente.

Contudo, a *epimeléia heautou*, se estende para além do campo de atividades que visam o bem estar, implicando esforço e trabalho de si sobre si. Para além do bem estar, o cuidado de si implica transformação, cuidar de si é um ato através do qual o sujeito pode posteriormente acessar a própria verdade, e esse é um exercício caro pois implica transformação. O cuidado de si, segundo Foucault poderia ser entendido como:

“uma espécie de agulhão que deve ser implantando na carne dos homens, cravado na sua existência, e constitui um princípio de agitação, um princípio de movimento, um princípio de permanente inquietude no curso da existência” (Foucault, 2004a, p. 11).

Para além de mero fenômeno ou atividade, o cuidado de si expressa, sobremaneira, um “acontecimento no pensamento” (Foucault, 2010). Como preceito básico de vida, o cuidado

de si refere-se, assim, a uma noção bastante complexa, que diz respeito, a um só tempo, a uma atitude, uma inquietação, a uma forma de atenção e a um princípio ético e político, um exercício pelo qual o indivíduo assume as mudanças em si, se abre às possibilidades de não ser mais o mesmo.

No contexto dos trabalhadores da saúde mental em que nos concentramos, para além das *atividades que busquem* o bem estar, é necessário que sejam articuladas estratégias que enfatizem o exercício ético e político de cada um como trabalhador e como quem oferece cuidado em um campo atravessado por verdades de como cuidar. Nesse contexto, o cuidado de si desses profissionais necessitaria atingir camadas mais profundas, através da crítica à própria ética de trabalho, estando abertos à transformação que podem resultar deste processo.

Ainda sobre a fala de *Ana*, a trabalhadora aponta o cuidado de si como uma prática que se pode assumir a partir do outro e com o outro. Silva (2011) traz o cuidado de si como prática social, na medida que pode ser entendido como *um sistema de trocas recíprocas que comporta o espaço do eu e do outro, sendo ao mesmo tempo uma prática pessoal e social* (p.53). Dessa forma, nos encontros e nas trocas realizadas pelos profissionais enquanto coletivo, o cuidado de si pode ser empregado como forma de compartilhar e guiar práticas que envolvem a comunicação como forma de cuidar.

Para *Julia* e *Rúbia*, a concepção do cuidado de si relaciona-se com estratégias ou caminhos adotados a fim de estar bem para cuidar do outro, conforme os relatos a seguir:

“São estratégias que a gente cria para se manter aqui, pra se manter com saúde mental aqui e com condições de se manter, se suportar, né, de dar suporte pra quem procura o serviço. Acho que cuidar de mim enquanto profissional seria é... tá bem pra gente conseguir ouvir também, né? Pra estar aqui você precisa estar bem, pra ter condições.” – Julia

“É aquilo, você precisa estar bem para ajudar o outro, se você não estiver bem você pode até ajudar, mas não vai ser da mesma forma né, quando você está bem você vê as coisas com mais clareza, se você não está bem as coisas ficam meio obscuras, quando a gente não tá bem a gente tende a misturar o que é nosso com o que é do outro.” – Rúbia

Julia e Rúbia trazem a ideia de que, para se manter no trabalho, é preciso investir em si mesmo e atentar ao cuidado de si, sendo necessário cuidar de si para cuidar do outro. Nos CAPS, as histórias dos usuários fazem emergir questões intensas e subjetivas e, diante disso, a atenção psicossocial reinventa as práticas de cuidado, o modo de ser e agir dos trabalhadores sobre o outro, mas principalmente sobre si. Falamos de uma atenção psicossocial que por sua constituição deve prezar pelo cuidado de todos os envolvidos no contexto de saúde, inclusive o trabalhador (Silva, 2011).

É nessa lógica que Foucault (2010) alerta para o fato de que, antes de cuidar do outro e se disponibilizar à relação de cuidado, é preciso cuidar de si, sendo esse um caminho para o agir ético no qual a liberdade de escolha passa a servir de exemplo para a relação com o outro. Esses encontros relacionais permeados por uma dimensão ético-política implicam novos arranjos nas relações e propõem uma postura avessa às relações de poder-saber (Silva, 2011). O exercício de atentar sobre si mesmo, de olhar e cuidar de si opera como uma fonte de aprendizado para o relacionamento e cuidado para com o outro.

Todas as participantes reconhecem, em algum momento, que é importante cuidar de si para cuidar do outro e ter condições de estar plenamente em cada relação de cuidado que é estabelecida. É o fato de necessitarem de cuidados, e de entenderem a si mesmas como pessoas que também necessitam de cuidado, de uma preocupação consigo mesmas que torna humanas essas trabalhadoras, que faz com que se reconheçam como profissionais da saúde mental e resgatem o significado do cuidado do outro, por entenderem em si mesmas. O

“equilíbrio” entra nesse ponto, ao saber dosar e operar sobre si mesmo técnicas que possibilitem cuidar de si. Alguns trabalhadores, em estudo de Bernardes e Guareschi (2004) cuidam de si através de uma ênfase no lazer e ou outras tarefas, no afastamento do trabalho, outros por meio de uma aprendizagem em lidar com o que, possivelmente, possa alterar o seu humor, sem esquecer-se do trabalho, mas amenizando seus efeitos.

Nas falas, há ainda a ideia de que é necessário cuidar de si para que as dores do usuário não se misturem às dos profissionais. Nesse sentido, é possível pensar que o exercício de cuidado sobre si mesmo opera como uma maneira de regular a própria conduta para que não se confundam com o sofrimento do usuário e com a relação com ele. Nesse sentido, “ter condições de se manter e de suportar”, se relaciona à saúde mental do profissional. O cuidar de si, olhar para si mesmo com autonomia, entendendo-se como um “todo” são aspectos que se amparam naquilo que é expresso em discurso no campo da Saúde Mental. São atividades para consigo mesmo que modificam o modo pelo qual o trabalhador se experimenta como um trabalhador da saúde mental.

Como tratado até aqui, o ato de oferecer cuidado requer certa disponibilidade do profissional, que inicialmente usa de seus recursos técnicos para cuidar, mas através do encontro com o usuário, surge uma configuração relacional mais próxima e íntima. Os instrumentos antes meramente técnicos passam a requerer também recursos subjetivos do profissional, pois a complexidade desse trabalho exige um encontro que envolva e acolha a subjetividade e que repercuta nos sentimentos e ações dos trabalhadores (Ferrer, 2007; Silva, 2007; Silva, 2011).

Considerando a complexidade e a intensidade do trabalho que é realizado pelos profissionais em saúde mental, é frequente a impressão de que nada está sendo feito, ou que o trabalho está muito longe do ideal (Silva, 2011). Estudos apontam que esses trabalhadores se sentem paralisados e adoecidos perante determinadas situações do trabalho, afinal são

convocados diariamente a atuar no “olho do furacão” (Merhy 2007), na lida com experiências nas quais o medo, a angústia e o desamparo, comparecem. Esses sentimentos que permeiam o fazer nos CAPS são associados aos “limites existenciais do viver” (Silva, 2011), levando os profissionais a sobrecarga e fazendo surgir sentimentos de raiva, angústia, decepção e frustração.

Ao ser tomado pelas políticas públicas de saúde, o trabalhador se torna, também, foco de investimentos de cuidado, quando compreende que o trabalho é produtor de adoecimento (Bernardes e Guareschi, 2004). Essa é uma das condições que dão visibilidade ao que é sentido pelos trabalhadores da saúde mental. Em função disso, o trabalhador, ao se perceber adoecido, experimenta a si mesmo com parte desse regime de verdades acerca do sofrimento psíquico. É um dos modos de o próprio trabalhador se incluir no sistema da saúde mental, visto ser um corpo sujeito a sofrimentos.

Silva (2011), em um estudo com profissionais de saúde mental, apontou, em seus resultados, que os profissionais que entendiam a importância do cuidado de si conseguiam agir e operar em determinadas situações consideradas intensas pelo resto dos profissionais. É nesse sentido que se coloca a fala de *Rúbia*; um serviço pelo qual são mobilizados tantos sentimentos e o cuidado dispensado é tão pessoal, saber se colocar na relação com o outro é essencial, saber se cuidar para estar em melhores condições de cuidar do outro, passa pelo entendimento de que *quando você está bem você vê as coisas com mais clareza, se você não está bem as coisas ficam meio obscuras, quando a gente não tá bem a gente tende a misturar o que é nosso com o que é do outro*.

Foucault (2010) entende o cuidado de si como um “cuidado com a alma”, sendo a alma um sujeito de ação, que age sobre o mundo e se transforma a partir das relações. Nesse sentido, se o trabalhador da saúde mental se transforma a partir das relações que assume no contexto do trabalho, justifica-se a necessidade de cuidar de si para assumir relações de

cuidado. Logo, o cuidado de si envolve e afeta o outro, sendo que só podemos nos modificar pela presença do que vemos no outro, ou seja, “o EU só existe porque existe a presença do OUTRO e nele posso me ver (Silva, 2011 p. 54)”.

5.2.3 Estratégias para o cuidado de si

Frente às vivências intensas, relatadas pelas participantes, é importante entender quais estratégias as trabalhadoras desse serviço têm adotado para cuidar de si. Entendemos que o cuidado de si é a certa medida uma prática de atenção a si mesmo, mas que produz cuidado e efeitos que retornam ao social, ao bem comum (Foucault, 2007; Silva, 2011). Chamamos de estratégias individuais apenas por serem medidas adotadas pelas participantes individualmente. Dentre elas, as participantes destacam a psicoterapia.

As trabalhadoras apontam a psicoterapia como principal estratégia individual de cuidado de si, frente ao sofrimento do trabalho, sendo esse um espaço onde é possível ressignificar questões da prática profissional.

“Não é qualquer um que aguenta isso aqui! Trabalhar com a doença dos outros e não fazer a sua própria terapia, o que acontece? O seu sintoma comparece e aí casa, gruda no sintoma do paciente e aí e aí você entra demais! Na terapia, você já tem um respaldo técnico e pessoal... [...] Então tem que ter preparo técnico, preparo pessoal e tem que estudar, tendo esse cuidado com você e com o que você está produzindo enquanto profissional.” – Carol

“Minha terapia é o que me ajuda muito. Eu fui me transformando, me transformando, entendendo esse trabalho e esse sofrer aqui na base da terapia. Eu cheguei a conclusão de que eu posso fazer o meu pra melhorar o trabalho, cuidar de mim, ter essa leitura.” – Flávia

A psicoterapia aparece aqui como estratégia de cuidado de si que auxilia a sustentação do trabalho, respaldo técnico e pessoal, que reflete na prática. Para Mondardo, Piovesan e Montovani (2005), a tomada de consciência da necessidade de ajuda, bem como a aceitação dos próprios limites para solucionar os problemas é que possibilitará a obtenção de mudanças. Em conjunto a essa idéia, Zaslavsky e Brito (2005) enfatizam que esse questionamento inicial que leva o indivíduo a buscar a terapia é também um questionamento acerca da própria "teoria de vida", que remete à reavaliação da forma como se viveu até então.

Nesse sentido podemos entender que a busca e a realização da psicoterapia pelas profissionais entrevistadas aparecem como uma estratégia de cuidado de si, na medida em que é um movimento de buscar o olhar para si mesmo enquanto sujeito trabalhador e ressignificar aspectos da prática e os sentimentos advindos do trabalho, para também se transformar, *não sendo mais o mesmo* depois desse momento.

Relaciona-se, a esse aspecto, a concepção de Foucault (2006) de que o preço a ser pago pelo acesso à verdade ou à espiritualidade é alto, já que pressupõe a transformação do eu em um outro diferente. É por essa razão que as práticas de si cultivadas ao longo do tempo e, especialmente hoje, determinaram os processos de subjetivação. Foucault aponta que o cuidar de si não é uma prática egoísta, mas um trabalho sobre si, voltado a uma ética da existência que, por ora, dirigia-se ao bem comum e à liberdade. No contexto das trabalhadoras entrevistadas, a psicoterapia as ajuda a olharem para si e para prática e ressignificá-las, encontrando melhores maneiras de ser no trabalho, com os outros profissionais, com o usuário, revelando um novo modo de ser e fazer no cotidiano.

A psicoterapia seria uma prática de si que propõe um olhar sobre si que reconfigura a ética; um cuidado de si transformador que surge a partir de um conjunto de reflexões que levam à possibilidade de uma nova constituição de si mesmo, a uma nova forma de viver e se

relacionar com o corpo, com a família, com os outros e com seus próprios valores, com o trabalho (Rebouças & Dutra, 2010).

Atrelada à noção de que o trabalho que realizam é um fazer que precisa ser constantemente amparado, a busca por estudo e capacitação também foi apontada como estratégia de cuidado de si:

“Como eu não recebo nenhum curso, nenhuma capacitação sobre isso, eu corro atrás. Se tem cursos, congressos, palestras, cursos de capacitação online grátis eu vou fazendo. Eu preciso estar sempre atualizada e pensar isso aqui... Eu gosto de ler artigo sobre o trabalho nos CAPS... é uma coisa que eu gosto, eu to sempre buscando me aprimorar pra fazer o meu melhor no meu trabalho.” - Isabela

“pra prática profissional é estudar sempre, ler alguns artigos, fazer um curso... mesmo que seja online porque isso muda toda hora, você precisa fazer isso, tem que pensar nisso e se atualizar principalmente pra estar aqui onde eu estou aprendendo.”
– Luiza

Assim como a psicoterapia mencionada anteriormente, a busca por estudo, como um dispositivo para pensar a prática profissional, pode ser compreendida como estratégia de cuidado de si, na medida em que abre espaço para a reflexão acerca do trabalho e do como ser e constituir relações no trabalho. Em momentos criando **grupos de estudo** que pudessem funcionar como estratégias coletivas de cuidado de si e, até mesmo, enfrentamento ao adoecer no trabalho.

Entender-se como sujeito em meio ao jogo de forças e que constitui a saúde mental, procurar capacitar-se é prática de si, na medida em que coopera para a produção de subjetividade de cada trabalhador, que se reinaugura a partir da necessidade de capacitação e da possibilidade de criar e reinventar práticas.

Conforme Mehry (2002) arranjos criados pelos próprios trabalhadores da saúde para falar de si contribuem para a problematização crítica da prática e afirmação do trabalho-vivo no ato e para a criação de novos arranjos de trabalho, transformando o que era feito antes.

Acerca da capacitação, podemos perceber, nas fala, que as trabalhadoras apontam a necessidade de capacitação formal permanente, mas que ainda não a possuem. No estudo de Silva (2011) também sobre o cuidado de si e profissionais de saúde mental, a autora apontou que a capacitação institucional, bem como a supervisão eram compreendidas pelos profissionais como as estratégias mais cruciais e eficazes de produção do cuidado.

As trabalhadoras citaram outras práticas individuais que ainda que não relacionadas ao trabalho em um primeiro momento, acabam configurando práticas de cuidado de si, por auxiliarem na atribuição de significados para a prática, como vemos nos relatos a seguir:

*“Eu escrevo sobre tudo, **escrevo sobre as experiências** e depois eu leio, eu escrevo textos, poesias, paródias, crônicas... Eu escrevo muito porque o ato de escrever me ajuda a elaborar coisas.” - Ana*

*“Gosto muito de poder pensar e analisar o que eu to vivendo, eu aprecio esses momentos de se recolher e pensar em mim. **Eu faço balé...** Tem coisas que eu não pensei inicialmente como essas estratégias de cuidado, mas que hoje eu enxergo que são estratégias de cuidado, dessa minha auto manutenção. Eu componho um grupo de **teatro**, então ser atriz pra mim também acaba sendo um espaço de cuidado, de poder colocar a energia e **se expressar**. Eu mesma eu não sou musica eu não sei tocar nenhum instrumento, mas eu já **compus** duas musicas sobre situações do trabalho.” – Diana*

As práticas citadas, ainda que escapem a concepção tradicional de cuidado, configuram-se como tecnologias de cuidado de si, na medida que auxiliam no *falar de si e expressar-se*, reconfigurando a forma de relacionar-se consigo com o trabalho.

A produção sobre si mesmo, o falar de si, como tecnologia, como relação consigo mesmo, de acordo com Larrosa (1995 apud Bernardes & Guareschi, 2004), sugere aquilo que a pessoa pode ver em si mesma, ao mesmo tempo em que lhe permite traçar novos limites e novos contornos para si mesmas.

Nos casos citados, a escrita, a dança e a representação auxiliam na expressão e criação de possibilidades de existência, que ressignificam as relação e as práticas. Através desses exercícios as trabalhadoras conseguem olhar para si mesmas e para seu trabalho a partir de uma nova ótica.

“Esse olhar comigo mesma é cuidado comigo também, de entender que eu não tenho que dar conta de tudo, que eu não posso dar conta de tudo e se preservar de algumas situações é necessário se eu não quiser explodir.” - Isabela

“Eu acho que tem alguma relação com o limite também. Eu acho que o cuidado é como eu estava te falando, é perceber os meus limites, me perceber nessas relações aqui dentro e dar conta de dizer o que eu sou capaz de fazer e o que eu não sou. Se eu estiver ofertando esse cuidado pra alguma pessoa naquele momento, é pensar quais são os limites do que eu posso fazer agora? Que demandas são elas que ela me traz? Pensar nos limites dela e nos meus também.” – Diana

Diana nos traz a ideia do cuidado de si relacionando ao estabelecimento de limites frente ao trabalho e ao exercício de entender o que se é possível ou não fazer enquanto trabalhador. Como estratégia de cuidado de si no cotidiano dos serviços, essa concepção vai ao encontro às ideias de governabilidade e liberdade, que Foucault postula como necessárias à ética do sujeito que pretende cuidar de si.

Quando Foucault convoca o conceito de moral e maneiras de um indivíduo se conduzir moralmente, pontua a proximidade entre moral e ética; conduzir-se moralmente implicava, ao mesmo tempo, em uma relação ética consigo mesmo, uma vez que toda ação

moral repercutia numa ação sobre si, estabelecia para si certo modo de ser que valeria como realização moral dele mesmo. O sujeito passava a agir sobre si mesmo, procurando conhecer-se, controlar-se, pôr-se a prova, aperfeiçoar-se, transformar-se e é nesse contexto que o autor traz a ideia de liberdade como a condição primária da ética, sendo a ética a forma refletida assumida pela liberdade. Nessa relação entre liberdade, ética e cuidado de si, a liberdade era entendida como uma prática na qual o sujeito não poderia se sentir dominado, devendo ter governabilidade sobre o exercício, ocupar-se de si mesmo, cuidar de si, ao mesmo tempo para conhecer-se e dominar os apetites que poderiam satisfazer esse mesmo sujeito.

A liberdade – entendida aqui como a atenção e governabilidade para criar e produzir modos de gerir, como também limitar e resistir ao governo dos outros (Gomes, 2013) – enriquece a discussão sobre o cuidado de si dos profissionais da saúde mental, na medida que aquele que cuida de si e está atento a si mesmo **reconhecendo seus limites** saberá manter as relações adequadas com os outros e com o fazer que realiza no ambiente de trabalho: “aquele que se encarregar de cuidar dos outros saberá a dimensão exata do exercício do seu poder, sem abusos ou negligências” (Gomes et al., 2018, p.195).

Nesse sentido o gerenciamento das próprias práticas, entendido aqui como exercício de liberdade e cuidado de si, preza por um trabalhador de postura ativa que consiga olhar para as atividades que tem a realizar e entender aquilo que lhe é possível ou não, percebendo a si mesmo como um sujeito que também necessita de cuidado.

Bernardes e Guareschi (2004) se propuseram a pensar as estratégias e cuidado de si de profissionais da saúde mental a partir da lógica da humanização tão presente nesses serviços. Ao serem tomados pelo discurso da saúde mental, trabalhadores passam a se preocupar com eles mesmos em relação à “humanização” e, nesse sentido, o reconhecer-se como humano que necessita ser amparado, aparece como própria estratégia de cuidado, expressa, no caso do estudo, no abster-se de algumas atividades. Esse gerenciamento dos processos de trabalho só é

possível graças à relação de autodomínio e autoconhecimento. Quando o trabalhador é incluído no sistema da saúde mental, o olhar a si mesmo e entender seus limites também se torna uma técnica que o capacita, que modifica a experiência que faz de si mesmo.

O afastar-se de situações em que não se considera possível estar, estabelece uma maneira de o trabalhador da saúde mental ficar atento a si mesmo, sem prescindir do outro para tanto. Alcançar a verdade através da quietude e do pensamento faz o trabalhador da saúde mental experimentar um espaço em que não necessariamente se retira, mas que o coloca frente a si mesmo para contemplar e escutar o que se passa consigo.

Outras estratégias de cuidado de cuidado de si são aquelas que se dão a partir do coletivo de profissionais e que se constituem enquanto estratégia coletiva frente a inexistência de espaços formalizados de cuidado: a reunião de equipe e o grupo de estudo. As reuniões de equipe são momentos semanais destinados a discussão de aspectos administrativos, mas onde as demandas de cuidado comparecem. Nesse momento, os trabalhadores do CAPS expõem, debatem e pensam em meios de superar as adversidades, se atentam para os processos de trabalho.

“Enquanto serviço para dar vazão, pensando nisso, em um pouco de cuidado, a gente tem o espaço da reunião de equipe que não deixa de ser um espaço pra fala, né? Que é supervisão, mas não é da gente, é um pouco do nosso trabalho, então eu acho que isso é importante, mas eu acho que poderia ser potencializado. Nas reuniões de equipe a gente acaba falando de como é o trabalho, mas não de como a gente está, mas dá vazão a algumas angustias, né?” - Karla

As reuniões de equipe caracterizam-se como um espaço em que o trabalhador se expressa, ouve e troca, estabelece laços de cooperação e estratégias de proteção com os outros colegas, ainda que não seja esse o seu propósito inicial. É nesse espaço que os profissionais se sentem livres para pensar a prática do coletivo de profissionais e ensaiar arranjos que

possibilitem o exercício do trabalho de maneira mais satisfatória. Nesse sentido, o arranjo da reunião de equipe permite aos profissionais o olhar para si mesmos e a possibilidade de se enxergar no colega, construir relações mais coesas e sustentar o trabalho.

Aqui, se coloca novamente a noção do falar de si como prática de olhar a si mesmo (Foucault, 2006) e nesse caso, os espaços de fala acerca do trabalho, contribuem para a construção de possibilidades. Nesses espaços, os profissionais são convocados a se afirmarem como sujeitos da ação, o que, para Foucault, exprime-se no constante questionamento “o que se passa com nós mesmos?”. O questionamento não é sobre o que somos, mas como nos tornamos o que somos e só a partir daí ser capaz de se questionar sobre como agimos (Foucault, 2004).

No campo da saúde mental, esse questionamento sobre as situações do trabalho revela os significados já atribuídos a esse, mas também ajudam a ressignificar as práticas. Nas reuniões de equipe se reconfiguram posturas éticas de trabalho a partir das trocas com outro. É também nesse espaço que se dá a expressão da liberdade de cada profissional em gerir aquilo que produz; falamos aqui de um cuidado de si que se pauta no diálogo, nas trocas e reflexões com o outro.

Conforme Ramminger (2005) as reuniões de equipe colocam os profissionais em contato mais intenso com a trama política na qual se envolvem as instituições de saúde mental, configurando como um espaço onde compareciam, no caso desta pesquisa, o aspecto “inacabado” do CAPS porque nelas é que:

“vislumbra-se uma maneira de relacionar-se com o trabalho e com a loucura que “interroga os absolutos” ensaiando uma porosidade cada vez maior entre o dentro e fora, entre os diferentes saberes ali, entre o que está instituído ou não (p. 87)”.

Nesse sentido, a reunião de equipe é um espaço onde constroem posturas éticas/ethos do trabalhador que passa a considerar/construir seu próprio trabalho como prática reflexiva, enquanto se apropria e dá significado aos discursos da saúde mental, a sua relação com os

colegas, e até mesmo sua postura em relação à profissão, por ser um espaço onde os trabalhadores e duas posições vão se reconfigurando.

Seguindo pela mesma lógica de um espaço para pensar a prática e construir novas possibilidades conjuntamente, surge o grupo de estudo, criado pelas profissionais de um dos serviços pesquisados, como estratégia frente a problemas enfrentados, principalmente a ausência de supervisão:

“O estudo eu sinto que ampara o meu trabalho. Muito, muito, pelo menos comigo, ampara. E por fim, até esse grupo, a gente montou esse grupo de estudo, que acontece toda quarta feira de oito às nove.” - Quézia

“Eu participo de um grupo de estudo nas quartas feiras antes da reunião, de oito às nove, é um espaço legal porque a gente lê textos que tem a ver com a nossa clínica, e a gente consegue falar um pouco da gente também, é um espaço que eu acho que tem um pouco disso.” - Rúbia

O grupo de estudos em questão nasceu da necessidade de um espaço para falarem de si e do trabalho, de olharem em conjunto para o que acontecia no trabalho, para melhorarem a forma como se colocavam nesse espaço. Os materiais a serem discutidos em tais reuniões eram selecionados pelas trabalhadoras que, ao se debruçarem sob textos e relatos de práticas da saúde mental, se viam e ressignificavam.

Nesse aspecto, as participantes apontam o grupo de estudos como uma estratégia para melhorar o cotidiano de trocas e saberes entre os profissionais e como instrumento de resistência frente à falta de supervisão. O grupo de estudos parece ser importante no cotidiano dos CAPS, por diminuir a lacuna da falta de preparo e respaldo que alguns profissionais sentem para a atuação em seu espaço, até mesmo com informações básicas sobre as propostas da Reforma Psiquiátrica e as formas de atendimento, colocando os profissionais em maior sintonia de pensamentos, críticas, avaliações e objetivos comuns.

O fato de terem constituído uma forma de, a nosso ver, cuidado de si coletivo, aponta para aquilo exposto por Mehry (2002, 2007) sobre os arranjos geridos pelos próprios trabalhadores, que permitem ordenar seus sentimentos em relação ao trabalho e produzir significados realizando, inclusive, o cuidado de si como cuidador.

O arranjo do grupo de estudo permite que os trabalhadores se desloquem e se recolquem em um movimento constante de construção e desconstrução, produzindo novas formas de agir em saúde. Além disso, mostra nas trabalhadoras a implicação, o engajamento a necessidade de cuidar de si, o que se configura, por si só, como um produtor de transformação dos trabalhadores, os *ruídos* de inquietação com trabalho é que se configuram em estratégias que mais tarde produzem transformação.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio da realização desta pesquisa pudemos perceber que ao falar sobre o trabalho no CAPS, além pontuar aspectos importantes que compõem este fazer, as entrevistadas também falam de si mesmas, mostrando a influência do trabalho em suas vidas.

Os resultados afirmam os CAPS como espaços importantes para consolidação do modelo psicossocial de atenção à saúde mental, sendo serviços imprescindíveis na rede. Nesse lugar de constante construção e desconstrução de práticas, encontram-se as profissionais atuantes nesses serviços na lida diária com a complexidade, característica do caos, da panela de pressão antimanicomial³.

Ao colocarem seu trabalho em análise, as trabalhadoras se atentam à construção de si como sujeitos e como profissionais de saúde mental, envoltas em acontecimentos, relações e práticas que compõem o CAPS. Entretanto, é interessante notar que, mesmo definido esse como um trabalho pesado, sofrido e adoecedor, as profissionais reconhecem nele fontes de prazer e afirmam gostar do que fazem, razão pela qual se engajam, se envolvem, inventam e reinventam seu fazer todos os dias.

Destaca-se o caráter fluído do CAPS, enquanto um serviço onde as práticas não estão dadas, e o trabalhador é chamado a adotar uma postura crítica e criativa. Assim, na medida em que constrói uma maneira de ser profissional da saúde mental, também inventa e constrói o serviço. Deve-se, portanto apostar na criatividade e no potencial de ação de trabalhadores dos CAPS, como aspectos que contribuem para a consolidação do serviço a partir da percepção de que construir-se é também construir o CAPS.

Estar inserido em um serviço substitutivo implica estar sempre atento ao que se produz e na maneira como se portar consigo e com os outros. Em relação à equipe, é possível perceber que as profissionais se fortalecem no coletivo, que é uma das apostas desse serviço. Mas é interessante apontar, também, que o trabalho em equipe as tira da zona de conforto e as

³ Expressão utilizada por uma das participantes da pesquisa.

convoca a reconstrução de si, um reconstruir-se que afeta também a maneira de se relacionar com o outro. Aquele que cuida de si, e se atenta ao que produz será capaz de se relacionar com os outros de maneira mais satisfatória.

Cuidar do outro implica, necessariamente, o cuidado de si, no sentido ético, que nos permita questionar o lugar que ocupamos na relação com o usuário, como na relação com o colega de equipe, com os familiares e quaisquer outros atores que compõem esse quadro. Ser antimanicomial, pensar conforme a Reforma Psiquiátrica significa estar atento a tudo isso e conceber o trabalho como uma prática reflexiva, que permita, ao trabalhador, questionar-se sobre si, suas relações com a saúde, com a loucura, com os saberes e práticas que o atravessam, é apostar no cuidado si para o cuidado do outro.

Os resultados mostraram, no entanto, apesar da compreensão das participantes de que é importante cuidar de si para cuidar do outro, uma escassez de estratégias de cuidado pautadas em espaços de reflexão, que poderiam ou deveriam ser oferecidos pelo próprio serviço. O estudo demonstrou que existem dificuldades em pensar ações que ofereçam mais qualidade ao trabalho, e espaços que fomentem discussão e fortaleçam os profissionais, ações por meio das quais seja possível ampliar o olhar ao cuidar em saúde mental a partir do entendimento de que é preciso cuidar de si para cuidar do outro. É preciso criar estratégias capazes de abarcar os sentimentos provenientes do trabalho e auxiliar os trabalhadores na busca de sentido para o seu fazer.

Espera-se que estudos futuros possam também investigar mais a fundo como se dá a efetivação das políticas públicas de saúde mental e o papel dos trabalhadores nesse processo. Ressaltamos a importância de espaços que possibilitem o olhar crítico à própria prática dos profissionais nos CAPS e consolidação do cuidado de si enquanto ferramenta de trabalho na saúde mental.

REFERÊNCIAS

- Abbagnano, N. (2007). *Dicionário de filosofia*. São Paulo: Martins Fontes.
- Amarante, P. (1996). *O homem e a serpente: histórias sobre a loucura e a psiquiatria*. (1. ed.). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Amarante, P. (1998). *Loucos pela Vida - a Trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- André, M. M. S., & Duarte, V. A. (1999). A violência simbólica do trabalho. *Texto Contexto Enfermagem*, 8, 369-372.
- Araújo, M. B. S., & Rocha, P. M. (2007) Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(2), 455-64. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200022&lng=en
- Araújo, C. S. B. (2018) *Processo de trabalho em saúde mental: um estudo com trabalhadores de CAPS – Uberlândia*. (Dissertação Mestrado em Geografia). Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Brasil.
- Ayres, J. R. C. M. (2004). Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 8(14),73-91.
- Athayde, V., & Hennington, E. A. (2012). A saúde mental dos profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 22(3), 983-1001. doi: 10.1590/S0103-73312012000300008.
- Azevedo A. P. F., & Figueiredo V. C. N. (2015) Pleasure and mental suffering experience at a Center of Psychosocial Care. *Revista Psicologia: Organização e Trabalho*, 2015;15(1):30-42.
- Ballarin, M. L. G. S. (2007). Abordagens grupais. In: A. Cavalcanti & C. Galvão (Orgs.). *Terapia Ocupacional: fundamentação & prática* (p. 34-46). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Bardin, L. (1977) *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Bernardes, A. G. (2012) Potências no campo da saúde: o cuidado como experiência ética, política e estética. *Barbarói*, 36(1), 175-190.
- Bernardes, A. G., & Guareschi, N. M. F. (2004) Trabalhadores de Saúde Mental, Cuidado de Si e Modos de Subjetivação. *Psicologia USP*, 15(3), 81-101. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/%0D/pusp/v15n3/24606.pdf>,
- Boff, L. (2005). O cuidado essencial: princípio de um novo ethos. *Revista Inclusão Social*, 1(1), 28-35. Recuperado de: <http://revista.ibict.br/inclusao/article/view/1503/1689>.
- Brasil. (2004). Ministério da Saúde. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas

- Estratégicas. Brasília – DF. Recuperado de: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf
- Brasil. (2007). Ministério da Saúde. O ofício da supervisão e sua importância para a rede de saúde mental do SUS. Brasília – DF. Recuperado de: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=31355
- Brasil. (2011). Ministério da Saúde. *A Rede de Atenção Psicossocial*. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília – DF. Recuperado de: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html
- Brasil. (2011). Ministério da Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do Sistema Único de Saúde - SUS*. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília – DF. Recuperado de: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/cop0003_17_05_2011.html
- Brasil. (2013). Ministério da Saúde. *Acolhimento à demanda espontânea*. Departamento de Atenção Básica. Brasília – DF. Recuperado de: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf
- Bub, M. B. C., Medrano, C., Silva, C. D., Wink, S., Liss, P. E., & Santos, E. K. A. (2006). A noção de cuidado de si mesmo e o conceito de autocuidado na enfermagem. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 15, 152-157.
- Buessio, T., & Barbosa, G. (2019). O impacto da sobrecarga de trabalho e a satisfação do trabalhador em saúde mental. *Saúde (Santa Maria)*, 45(2), 13. doi: <http://dx.doi.org/10.5902/2236583429678>
- Borba, L. O., Guimarães, A. N., Mazza, V. A., & Maftum, M. A. (2012). Mental health care based on the psychosocial model: reports of relatives and persons with mental disorders. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(6), 1406-1414. doi: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000600018>
- Calazans, R., & Bastos, A. (2008). Urgência subjetiva e clínica psicanalítica. *Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental*, 11, 640-652.
- Campos, C. E. A. (2003). O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(2), 569-84. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000200018
- Campos, A. S., & Pierantoni, C. R. (2010) Violência no trabalho em saúde: um tema para a cooperação internacional em recursos humanos para a saúde. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde*, 4(1), 86-92.
- Campos, R. O., & Baccari, I. P. (2011). A intersubjetividade no cuidado à Saúde Mental: narrativas de técnicos e auxiliares de enfermagem de um Centro de Atenção Psicossocial. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(4), 2051-2058. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000400004>

- Capozzolo, A. A. (2003). *No olho do furacão: trabalho médico e o Programa de Saúde da Família*. (Tese de doutorado). Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, Brasil.
- Carvalho, V. (2004). Cuidando, pesquisando e ensinando: acerca de significados e implicações da prática da enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12(5), 806-815.
- Castanheira, M. A. A. F. (2012). *Processos de sujeição e dessujeição: a constituição do sujeito em Michel Foucault*. (Dissertação de Mestrado em Filosofia). Universidade Federal de Goiás, Goiânia, Brasil.
- Castro, E. (2009). *Vocabulário Foucault*. Belo Horizonte: Autêntica.
- Constantinidis, T. C. (2011). *Familiares de pessoas com sofrimento psíquico e profissionais de saúde mental: encontros e desencontros*. (Tese de doutorado). Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, Brasil.
- Constantinidis, T., & de Andrade, A. N. (2015). Familiares, profissionais de saúde mental e a alteridade da loucura. *Revista De Terapia Ocupacional Da Universidade De São Paulo*, 26(3), 355-363. <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v26i3p355-363>.
- Dejours, C. (1987). *A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*. (2. ed.) São Paulo: Cortez.
- Dejours, C. (2011). *Psicodinâmica do trabalho, contribuições da escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho*. São Paulo: Atlas.
- Duarte, C. G., (1982). *Os (des)caminhos da interdição: cartografias dos territórios existenciais de sobreviventes dos manicômios de Sorocaba/SP*. (Dissertação de Mestre). Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, Brasil.
- Fernandes, M. A., & Marziale, M. H. P. (2014). Riscos ocupacionais e adoecimento de trabalhadores em saúde mental. *Acta Paulista de Enfermagem*, 27(6), 539-547. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201400088>
- Ferrer, A. L. (2007). *Sofrimento psíquico dos trabalhadores inseridos nos Centros de Atenção Psicossocial: entre o prazer e a dor de lidar com a loucura*. (Dissertação de mestrado). Universidade Estadual de Campinas, Campinas, Brasil.
- Ferreira, E. S., Souza, B. M, Souza, N. V. D. O., Tavares, K. F. O. T., & Pires, A. T. (2015). A relevância do cuidado de si para profissionais de enfermagem. *Ciência, cuidado e saúde*. 14(1): 978-985. doi: <http://dx.doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v14i1.23360>.
- Flick, U. (2009). *Introdução à pesquisa qualitativa*. (3. ed.) Porto Alegre: Artmed.
- Foucault, M. (1997). *Resumo dos Cursos do Collège de France (1970-1982)*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Foucault, M. (2002). *Em defesa da sociedade*. São Paulo: Martins Fontes.

- Foucault, M. (2005). O Sujeito e o poder. In: Dreyfus, H., Rabino, P. *Michel Foucault: uma trajetória filosófica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Foucault, M. (2006). *Ética, sexualidade, política*. Col. Ditos e Escritos. (vol. V). Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Foucault, M. (2007). *História da sexualidade: o cuidado de si*. (9. ed.). Rio de Janeiro: Graal.
- Foucault, M. (2008) *Microfísica do poder*. (26. ed.) Rio de Janeiro: Graal.
- Foucault, M. (2009a). *História da Sexualidade: a vontade de saber*. (19. ed.). Rio de Janeiro: Graal.
- Foucault, M. (2009b). *História da Sexualidade: o uso dos prazeres*. (19. ed.). Rio de Janeiro: Graal.
- Foucault, M. (2010). *A Hermenêutica do Sujeito*. (3. ed). São Paulo: Martins Fontes.
- Foucault, M. (2013). *Arqueologia das ciências e história dos sistemas de pensamento*. Ditos e Escritos II. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Franco, T. B., Bueno, Wanderlei Silva, & Merhy, Emerson Elias. (1999). O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 15(2), 345-353. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1999000200019>
- Glanzner, H. G., Olschowsky A., & Kantorski L. P. (2011). O trabalho como fonte de prazer: avaliação da equipe de um Centro de Atenção Psicossocial. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(3), 716-21.
- Gomes, M. M. O. (2013). *O cuidado de si na redução de danos: uma análise histórica, política e ética, a partir de Michel Foucault*. (Dissertação de mestrado em Psicologia Social). Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão, Brasil.
- Gomes, M., Ferreri, M., & Lemos, F. (2018). O cuidado de si em Michel Foucault: um dispositivo de problematização do político no contemporâneo. *Fractal: Revista de Psicologia*, 30(2), 189-195. doi:<https://doi.org/10.22409/1984-0292/v30i2/5540>
- Gros, F. (2004) Situação do curso. In: Foucault, M. *A hermenêutica do sujeito*. São Paulo: Martins Fontes.
- Guimarães, J. M. X., Jorge, M. S. B., & Assis, M. M. A. (2011). (In)satisfação com o trabalho em saúde mental: um estudo em Centros de Atenção Psicossocial. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(4), 2145-2154. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000400014>
- Guljor, A. P. F. (2003). *Os centros de atenção psicossocial: um estudo sobre a transformação do modelo assistencial em saúde mental*. (Dissertação de Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.
- Honorato, C. E. M., & Pinheiro, R. (2008). O trabalho do profissional de saúde mental em um processo de desinstitucionalização. *Physis*, 18(2), 361-80.

- Jafelice, G. T., & Marcolan, J. F. (2018). The multiprofessional work in the Psychosocial Care Centers of São Paulo State. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(5), 2131-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0300>
- Jorge, M. S. B., Pinto, D. M., Quinderé, P. H. D., Pinto, A. G. A., Sousa F. S. P., & Cavalcante, C. M. (2011). Promoção da saúde mental – tecnologias do cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(7), 3051-60.
- Junges, J. R. (2007). Vulnerabilidade e saúde: limites e potencialidades das políticas públicas. In: Barchifontaine, C. P., Zoboli, E. L. C. P., organizadores. *Bioética, vulnerabilidade e saúde* (p.139-57). Aparecida: Ideias & Letras, Centro Universitário São Camilo.
- Junior, A. G. S., & Mascarenhas, M. T. M. (2006). Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: Pinheiro, R., Mattos, R. A. *Cuidado: as fronteiras da integralidade* (p. 241-57) (3.a ed.) Rio de Janeiro: Cepesc/UERJ.
- Kramer, S. (2002). *Autoria e autorização: questões éticas na pesquisa com crianças* (p. 41-59). Cadernos de Pesquisa, n. 116, São Paulo.
- Lancman, S. (2008). *Políticas Públicas e processos de trabalho em Saúde Mental* (Org.). Brasília: Paralelo 15.
- Lancman, S., & Jardim, T. (2004). O impacto da organização do trabalho na saúde mental: um estudo em psicodinâmica do trabalho. *Revista De Terapia Ocupacional Da Universidade De São Paulo*, 15(2), 82-89. doi: <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v15i2p82-89>
- Lanzarin, C. C. (2003). *Carcereiros ou encarcerados: um estudo sobre o trabalho dos auxiliares de enfermagem no Hospital Psiquiátrico São Pedro*. (Dissertação Mestrado em Psicologia Social e Institucional). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.
- Leal, B. M., & Antoni, C. D. (2013). Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): estruturação, interdisciplinaridade e intersetorialidade. *Aletheia*, 40, 87-101. Recuperado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942013000100008&lng=pt&tlng=pt.
- Lei n. 10.216 de 6 de abril de 2001* (2001). Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União. Brasília – DF. Brasil.
- Lucena, M. A. G. (2014). *As práticas de si e o cuidado de si no fazer do profissional de saúde: uma leitura a partir de Michel Foucault*. (Dissertação de Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Filosofia da Universidade de Caxias do Sul, Caxias do Sul, Brasil.

- Lucena, M. A. G., & Paviani, J. (2017). O sujeito que cuida do outro: seus discursos e práticas em saúde. *Sapere Aude*, 8(16), 522-535. doi: <https://doi.org/10.5752/P.2177-6342.2017v8n16p522>
- Lunardi, V. L., Lunardi F. W. D., Silveira, R. S., Soares, N. V. & Lipinski, J. M. (2004). O cuidado de si como condição para o cuidado dos outros na prática de saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12 (6), 933-939. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692004000600013>.
- Kolhs, M., Olschowsky, A., & Ferraz, L. (2019). Sofrimentos e defesas no trabalho em um serviço de saúde mental. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(4), 903-909. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0140>
- Machado, A. G.; & Merlo, Á. R. C. (2008). Cuidadores: seus amores e suas dores. *Revista Psicologia & Sociedade*, 20(3), 444-452.
- Martins, E. R. C., & Corrêa, A. K. (2004). Lidar com substâncias psicoativas: o significado para o trabalhador de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12,398-405. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692004000700015>
- Merhy, E. E. (1994). Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar ao ruidos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: Cecílio, L. C. O. et al. (Org). *Inventando a mudança na Saúde*. São Paulo: Hucitec.
- Merhy, E. E. (1997a). Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy, E. E & Onocko, R. (Orgs). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: HUCITEC; Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Merhy, E. E. (1997b). O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). In: Fleury S. (Org). *Saúde e democracia, a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos.
- Merhy, E. E. (2002). Saúde, a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec.
- Merhy, E. E. (2007). CAPS e seus trabalhadores: no olho do furacão antimanicomial. Alegria e alívio como dispositivos analisadores. In: Merhy, E. E., & Amaral, H (orgs). *A Reforma Psiquiátrica no cotidiano II*. São Paulo: Aderaldo e Rothschild.
- Merhy, E. E., Feuerwerker, L. C. M., & Cerqueira, P. (2010) Da Repetição à Diferença: construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado. In: Franco, T. B., Ramos, V. C. (Org.). *Semiótica, Afecção e Cuidado em Saúde* (pp. 60-75). São Paulo: Hucitec.
- Milhomen, M. A. G. C. & Oliveira, A. G. B. (2007). O trabalho em equipe nos centros de atenção psicossocial – CAPS. *Cogitare enfermagem*, 12(1), 107-114.
- Minayo, M. C. (1996). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. Rio de Janeiro (RJ): Abrasco.
- Mondardo, A. H., Piovesan, L., & Mantovani, P. C. (2009). A percepção do paciente quanto ao processo de mudança psicoterápica. *Aletheia*, (30), 158-171. Recuperado de:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141303942009000200013&lng=pt&tlng=pt.

- Moreira, C. P., Torrenté, M. O. N., & Jucá, V. J. S. (2018). Análisis del proceso de acogida en un Centro de Atención Psico-social Infanto-juvenil: consideraciones de una investigación etnográfica. *Interface (Botucatu)*, 22(67), 1123-34.
- Nalom, D. M. F., Ghezzi, J. F. S. A., Higa, E. F. R., Peres, C. R. F. B., & Marin, M. J. S. (2019). Ensino em saúde: aprendizagem a partir da prática profissional. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(5), 1699-1708. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018245.04412019>
- Nardi, H. C., & Ramminger, T. (2007). Modos de subjetivação dos trabalhadores de saúde mental em tempos de Reforma Psiquiátrica. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 17(2), 265-287. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312007000200004>
- Nasi, C., Cardoso, A. S. F., Schneider, J., Olschowski, A., & Wetzel, C. (2009). Conceito de integralidade na atenção em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. *Revista Mineira de Enfermagem*, 13(1), 147-152.
- Oliveira, M. C. (2008). Os Modelos de Cuidados como Eixos de Estruturação de Atividades Interdisciplinares e Multiprofissionais em Saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 32(3), 347-355.
- Oliveira, F. B., Silva, K. M. D., & Silva, J. C. C. (2009). Percepção sobre a prática de enfermagem em Centros de Atenção Psicossocial. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 30(4), 692-699. doi:<https://doi.org/10.1590/S1983-14472009000400016>
- Passos, E., Souza, T. P., Aquino, P. R., & Barros, R. A. (2008). Processo coletivo de construção de instrumentos de avaliação: aspectos teóricos e metodológicos sobre dispositivos e indicadores profissionais. In: Campos, R.O., Furtado, J.P., Passos, E., Benevides, R., organizadores. *Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos da narratividade* (p. 371-97). São Paulo: Aderaldo & Rothschild.
- Passos, I. C. F.; & Beato, M. S. F. (2019). Concepções e práticas sociais em torno da loucura: alcance e atualidade da história da loucura de Foucault para investigações etnográficas. *Psychê*, 7(12), 137-158. Recuperado de: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci>.
- Peduzzi M. (2001). Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Revista Saúde Pública*, 35(1), 103-9. Recuperado em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102001000100016&lng=en
- Peduzzi, M.; & Schraiber, L, B. (2008). Processo de Trabalho em Saúde. In: *Dicionário da educação profissional em saúde* (2. ed.). Recuperado de: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/traima.html>.
- Peixoto, M. M., Mourão, A. C. N., & Serpa Junior, O. D. (2016). O encontro com a perspectiva do outro: empatia na relação entre psiquiatras e pessoas com diagnóstico de esquizofrenia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(3), 881-90.

- Persegona, K. R., Lacerda, M. R., & Zagone, I. P. S. (2007). A subjetividade permeando o processo de cuidar em enfermagem à criança com dor. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 9(2). Recuperado de: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a18.htm>.
- Pinheiro, R. (2009a). Cuidado em saúde. In. *Dicionário da educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Pinheiro, R. (2009b). Integralidade em Saúde. In. *Dicionário da educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Ramos, E. D. (2016) Cuidado de si, práticas de si contemporâneas e discursos de autoajuda: uma leitura foucaultiana. *Sapere aude – Belo Horizonte*, 7(12), 240-255.
- Ramminger, T. (2005). *Trabalhadores de saúde mental: reforma psiquiátrica, saúde do trabalhador e modos de subjetivação nos serviços de saúde mental*. (Dissertação de Mestrado). Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.
- Ramminger, T., & Brito, J. C. (2011). "Cada Caps é um Caps": uma coanálise dos recursos, meios e normas presentes nas atividades dos trabalhadores de saúde mental. *Psicologia & Sociedade*, 23, 150-160. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-71822011000400018>
- Ribeiro, M. C. (2015) Trabalhadores dos Centros de Atenção Psicossocial de Alagoas, Brasil: interstícios de uma nova prática. *Interface (Botucatu)*, 19(52), 95-108. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000100095&lng=en. <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0151>.
- Rebouças, M. S. S., & Dutra, E. (2010). Plantão psicológico: uma prática clínica da contemporaneidade. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 16(1), 19-28. Recuperado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672010000100004&lng=pt&tlng=pt.
- Rodrigues, B. A. C., Galindo, A. G., Imbrizi, J. M., & Mendes, R. (2016). Oficinas com trabalhadores em situação de afastamento do trabalho. *Revista Polis e Psique*, 6(3), 103-123. Recuperado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2238-152X2016000300007&lng=pt&tlng=pt.
- Salles, A. C. R. R., & Miranda, L. (2016). Desvincular-se do manicômio, apropriar-se da vida: persistentes desafios da desinstitucionalização. *Psicologia & Sociedade*, 28(2), 369-379. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/1807-03102016v28n2p369>
- Salles, M. M., & Barros, S. (2013). Transformações na atenção em saúde mental e na vida cotidiana de usuários: do hospital psiquiátrico ao Centro de Atenção Psicossocial. *Saúde em Debate*, 37(97), 324-335.
- Sampaio, J. J. C., Guimarães, J. M. X., Carneiro, C., & Garcia Filho, C. (2011). O trabalho em serviços de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica: um desafio técnico, político e ético. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(12), 4685-4694. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001300017>

- Santos, A. V. Jr. (2009). Organização do trabalho e prazer-sofrimento dos profissionais de um centro de atenção psicossocial. (Dissertação de mestrado). Universidade de Brasília, Brasília, Brasil.
- Santos, J. L. G., Vieira, M., Assuiti, L. F. C., Gomes, D., Meirelles, B. H. S., & Santos, S. M. (2012). Risco e vulnerabilidade nas práticas dos profissionais de saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 33(2), 205-212. doi: <https://doi.org/10.1590/S1983-14472012000200028>
- Santos, Y. L. Q. (2017) *O trabalho e a saúde dos profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial: reflexões sobre o trabalho na saúde pública*. (Tese de Doutorado). Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Brasil.
- Severo, A. K., & Dimenstein, M. (2011). Rede e intersetorialidade na atenção psicossocial: contextualizando o papel do ambulatório de saúde mental. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 31(3), 640-655. doi: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932011000300015>
- Silva, A. A., Terra, M. G., Motta, M. G. C., Leite, M. T., & Padoin, S. M. (2013). Enfermagem e Cuidado de Si: percepção de si como corpo essencial no mundo. *Revista de Enfermagem na UERJ*, 21 (3). 366 – 370. Recuperado de: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/7525/5445>.
- Silva, A. L. A. & Fonseca, R. M. G. S.(2005). Processo de trabalho em saúde mental e o campo psicossocial. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(3), 441-449. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692005000300020>
- Silva, A. A., Terra, M. G., Freitas, F. F., Ely, G. Z., & Mostardeiro, S. C. T. S. (2013). Cuidado de Si sob a percepção de profissionais de enfermagem em Saúde Mental *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 14(6), 92-102. Recuperado de: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/3717/2937>.
- Silva, A. A. (2011). *O cuidado de si do profissional de enfermagem em saúde mental*. (Dissertação de Mestrado). Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, Brasil.
- Silva, A. A., Terra, M. G., Gonçalves, M. O. & Souto, V. T. (2014). O Cuidado de si entre Profissionais de Enfermagem: Revisão das Dissertações e Teses Brasileiras. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, 18 (4), 345-352. doi:10.4034/RBCS.2014.18.04.10
- Silva, E. A. (2007). *Dores dos cuida-dores em saúde mental: estudo exploratório das relações de (des) cuidado dos profissionais de saúde mental em Centros de Atenção Psicossocial*. (Dissertação de mestrado). Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasil.
- Silva, E. A., & Costa, I. I. (2008) Saúde mental dos trabalhadores em saúde mental: estudo exploratório com os profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial de Goiânia/Go. *Psicologia em Revista*, 14(1), 83-106. Recuperado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682008000100006&lng=pt&tlng=pt

- Silva, T. S. (2016). *Vivências de trabalhadores da Saúde Mental de um CAPS de Porto Velho/RO*. (Dissertação Mestrado em Psicologia). Núcleo de Saúde, Universidade Federal de Rondônia, Porto Velho, Brasil.
- Simão, L. M. (2004) Alteridade no diálogo e construção de conhecimento. In: L. M. Simão, & A. Mitjáns Martínez (Orgs.) *O Outro no Desenvolvimento Humano - Diálogos para a pesquisa e a prática profissional em psicologia* (29-39). São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- Schimidt, M. B., & Figueiredo, A. C. (2009) Acesso, acolhimento e acompanhamento: três desafios para o cotidiano da clínica em saúde mental. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 12(1), 130-40.
- Tãno, B. L., & Matsukura, T. S. (2019). Intersetorialidade e cuidado em saúde mental: experiências dos CAPSij da Região Sudeste do Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 29(1), e290108. doi: <https://doi.org/10.1590/s0103-73312019290108>
- Tavares, R. C. & Sousa, S. M. G. (2009). Os Centros de Atenção Psicossocial e as possibilidades de inovação das práticas em saúde mental. *Saúde em Debate*, 33(82), 252-263.
- Teixeira, R. R. (2003). Acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: Pinheiro, R., Matos, R. A., & organizadores. *Construção de integralidade – cotidiano, saberes e práticas em saúde* (49-61). Rio de Janeiro: IMS/UERJ, Abrasco.
- Turato, E. R. (2008). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa*. Petrópolis, Rio de Janeiro:Vozes.
- Vasconcelos, E. M. (2001) O controle social na reorientação do modelo assistencial em saúde mental no Brasil. In: BRASIL. Ministério da Saúde (Org.). *Caderno de Textos da III Conferência Nacional de Saúde*. Brasília.
- Vasconcellos, V. C. (2010). Trabalho em equipe na saúde mental: o desafio interdisciplinar em um CAPS. *Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas*, 6(1), 1-16. Recuperado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762010000100015&lng=pt&tlng=pt.
- Vieira-da-Silva, L. M.; Paim, J. S.; & Schraiber, L. B. (2014) O que é saúde coletiva? In: Paim, J. S.; Almeida-Filho, N. (Org.). *Saúde coletiva: teoria e prática* (3-12). Rio de Janeiro: MedBook.
- Yasui, S.; Costa-Rosa, A. (2008). A estratégia atenção psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de saúde mental. *Saúde em debate*, Rio de Janeiro, 32(78/79/80), 27-37.
- Zaslavsky, J., & Brito, C. L. S. (2005). Ensino da psicoterapia de orientação psicanalítica. In: C. L. Eizirik, R. W. Aguiar & S. S. Schestatsky (Orgs.), *Psicoterapia de orientação psicanalítica: fundamentos teóricos e clínicos* (pp.481-497). Porto Alegre: Artes Médicas.

Zgiet, J. (2013). Reforma psiquiátrica e os trabalhadores da saúde mental: a quem interessa mudar?. *Saúde em Debate*, 37(97), 313-323. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042013000200013&lng=en&tlng=pt

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada “O Cuidado de Si de profissionais de Saúde Mental”, sob a responsabilidade da pesquisadora Luciana Nascimento Merçom sob orientação da Prof.^a Dr.^a Teresinha Cid Constantinidis.

Justificativa

Compreende-se que estudos sobre o cuidado de si do trabalhador de saúde mental podem suscitar ações entre os profissionais, visando o auto cuidado e subsidiar programas de prevenção de agravos e promoção à saúde a estes trabalhadores, colaborando para a qualidade de vida deste profissional.

Objetivo

O objetivo dessa pesquisa é compreender o cuidado de si de profissionais de saúde mental da cidade de Vitória, o cotidiano de trabalho desse profissional, e a relação entre as experiências do cotidiano de trabalho e a saúde deste profissional, bem como as concepções dos profissionais acerca do cuidado de si e cuidado do outro.

Procedimentos

Você será entrevistado e irá responder questões sobre as seguintes temáticas: 1- Cotidiano de vida e trabalho, 2- Saúde do Trabalhador e 3- Cuidado de si e do outro. Cada entrevista terá aproximadamente, a duração de 1h. Nas entrevistas poderá ocorrer o uso de recurso de áudio visual.

Duração e local

As entrevistas terão a duração média de 1h e acontecerão entre o período de abril a junho de 2019 no espaço de cada serviço.

Riscos e desconfortos

Corre-se o risco de provocar constrangimento entre os participantes. Para evitar a ocorrência desses danos, o pesquisador irá assumir o papel de buscar ameniza-los, assumindo uma postura ética de não potencializar a ocorrência dos riscos. Além disso, será acordado com os participantes da pesquisa que as questões abordadas durante a entrevista terão o caráter

sigiloso. Caso, ainda, o participante comprove ter sofrido danos devido a pesquisa, providenciaremos os devidos cuidados e meios necessários para resolver a situação/problema.

Benefícios

O estudo irá suscitar ações entre os profissionais, visando o auto cuidado e subsidiar programas de prevenção de agravos e promoção à saúde a estes trabalhadores, colaborando para a qualidade de vida deste profissional. Para além disso, aposta-se na possibilidade dessa pesquisa no que diz respeito às discussões no campo da produção científica, como o fornecimento de reflexões acerca da temática.

Garantias ao participante

Você será ressarcido das despesas com a participação na pesquisa, estando garantido o seu direito a buscar indenização em caso de dano decorrente da pesquisa. Você também terá a garantia de que o termo será redigido em duas vias que serão assinadas e rubricadas em todas as páginas pelo pesquisador e pelo participante, sendo uma delas será entregue a você.

Garantia de recusa em participar da pesquisa

Você não é obrigado(a) a participar da pesquisa, podendo deixar de participar dela em qualquer momento sem que haja penalidades ou prejuízos decorrentes da sua recusa.

Garantia de manutenção do sigilo e privacidade

A identidade do participante será resguardada durante todas as fases da pesquisa, inclusive após publicação.

Esclarecimento de dúvidas

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, eu devo contatar a pesquisadora Luciana Nascimento Merçom no telefone (27) 999151214 ou no endereço Universidade Federal do Espírito Santo, Departamento de Psicologia, Prédio Professor Lídio de Souza, Centro de Ciências Humanas e Naturais (CCHN), ao lado do Cemuni VI.

Você também pode contatar o Comitê de Ética e Pesquisa do CCHN/UFES para resolver casos de denúncia ou relatar algum problema por meio do telefone (27) 3145-9820, e-mail cep.goiabeiras@gmail.com ou correio: Universidade Federal do Espírito Santo, Comissão

de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, Av. Fernando Ferrari, 514, Campus Universitário, sala 07 do Prédio Administrativo do CCHN, Goiabeiras, Vitória - ES, CEP 29.090-075.

Você declara, ainda, que informado e esclarecido sobre o teor do presente documento e que recebeu uma via deste documento assinada por você e pelo pesquisador, entendendo todos os termos a cima expostos, como também, os seus direitos e que, voluntariamente, aceita participar deste estudo.

Vitória-ES, de _____ de ____.

Participante

Luciana Nascimento Merçom (Pesquisadora)