



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CENTRO DE HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
CURSO DE PSICOLOGIA

RENATA SOUSA SANTOS

**A RELAÇÃO ENTRE O ESTILO PROFISSIONAL DE PSICÓLOGOS E O
ENGAJAMENTO DE CRIANÇAS NO ACOMPANHAMENTO
PSICOTERAPÊUTICO EM TDAH: UM ESTUDO EM UM CENTRO DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL INFANTIL DE FORTALEZA.**

FORTALEZA

2017

RENATA SOUSA SANTOS

A RELAÇÃO ENTRE O ESTILO PROFISSIONAL DE PSICÓLOGOS E O
ENGAJAMENTO DE CRIANÇAS NO ACOMPANHAMENTO PSICOTERAPÊUTICO EM
TDAH: UM ESTUDO NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE FORTALEZA.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Psicologia da Universidade
Federal do Ceará, como requisito parcial para
a conclusão do curso.

Orientadora: Prof. Dr. Raquel Nascimento
Coelho

Coorientadora: Prof. Ma. Verônica Siqueira
Araújo

FORTALEZA

2017

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

S238r Santos, Renata Sousa.
A relação entre o estilo profissional de psicólogos e o engajamento de crianças no acompanhamento psicoterapêutico em TDAH : um estudo no centro de atenção psicossocial de Fortaleza / Renata Sousa Santos. – 2017.
82 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) – Universidade Federal do Ceará, Centro de Humanidades, Curso de Psicologia, Fortaleza, 2017.

Orientação: Profa. Dra. Raquel Nascimento Coelho.

Coorientação: Profa. Ma. Verônica Siqueira Araújo.

1. Clínica da atividade. 2. Saúde do Trabalhador. 3. TDAH. I. Título.

CDD 150

RENATA SOUSA SANTOS

A RELAÇÃO ENTRE O ESTILO PROFISSIONAL DE PSICÓLOGOS E O
ENGAJAMENTO DE CRIANÇAS NO ACOMPANHAMENTO PSICOTERAPÊUTICO EM
TDAH: UM ESTUDO NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE FORTALEZA.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Psicologia da Universidade
Federal do Ceará, como requisito parcial para
a conclusão do curso.

Orientadora: Prof. Dr. Raquel Nascimento
Coelho

Coorientadora: Prof. Ma. Verônica Siqueira
Araújo

Aprovada em: ___/___/_____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Raquel Nascimento Coelho (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Me. Dímitre Sampaio Moita
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Esp. Francisco de Assis Alencar
Universidade Federal do Ceará (UFC)

A Deus, o Centro de tudo.

À minha família, as pessoas que mais depositam confiança em mim.

RESUMO

Este trabalho busca correlacionar pontos pertinentes à saúde do trabalhador e ao acompanhamento psicoterapêutico de crianças com TDAH. Buscou-se, ainda, dar relevância ao cotidiano desses trabalhadores, diante de suas atividades. O objetivo maior deste trabalho é observar como o estilo profissional desses trabalhadores se vincula às suas atividades no Centro de Atenção Psicossocial de Fortaleza, diante da problemática da prescrição. Optou-se por uma metodologia baseada no referencial teórico da *Clínica da Atividade*, obtendo resultados satisfatórios quanto aos objetivos descritos, bem como novas reflexões acerca de questionamentos que foram surgindo.

Palavras-chave: Clínica da Atividade. Saúde do Trabalhador. TDAH.

ABSTRACT

This work seeks to correlate pertinent points to the health of the worker and the psychotherapeutic follow - up of children with ADHD. It was also sought to give relevance to the daily life of these workers, in front of their activities. The main objective of this study is to observe how the professional style of these workers is linked to their activities in the Center for Psychosocial Attention of Fortaleza. We chose a methodology based on the theoretical framework of the Activity Clinic, obtaining satisfactory results regarding the aforementioned objective.

Keywords: Activity Clinic. Health of the Worker. ADHD.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSI	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CID-10	Código Internacional de Doenças
COGETS	Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
CREPOP	Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas
DSM IV	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
PNH	Política Nacional de Humanização
SUS	Sistema Único de Saúde
TDAH	Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 APRESENTANDO BREVEMENTE O TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE - TDAH	13
3 SAÚDE DO TRABALHADOR E A CLÍNICA DA ATIVIDADE - REFERENCIAL TEÓRICO - METODOLÓGICO	18
4 DISCUSSÃO E ANÁLISE DE DADOS	31
5 CONCLUSÃO.....	46
REFERÊNCIAS	52
ANEXO A – TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA COM A PSICÓLOGA A	55
ANEXO B – TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA COM A PSICÓLOGA B.....	59
ANEXO C – TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA COM A PSICÓLOGA C	64
ANEXO D – TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA COM A PSICÓLOGA D	69
ANEXO E – TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA COM A PSICÓLOGA E.....	74
ANEXO F – TANSCRIÇÃO DA DISCUSSÃO ACERCA DO EXERCÍCIO - GRUPO 1 (PSICÓLOGAS A, B, C).....	79
ANEXO G – TANSCRIÇÃO DA DISCUSSÃO ACERCA DO EXERCÍCIO - GRUPO 2 (PSICÓLOGAS D, E).....	82

1 INTRODUÇÃO

O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade – TDAH é um dos diagnósticos mais recorrentes em crianças e adolescentes nas últimas décadas, atingindo cinco por cento das crianças e adolescentes em todo mundo (LIMA, 2005). É válido ressaltar, contudo, que para além dos termos de racionalidade médica, esse tipo de transtorno não deve ser reduzido às questões nosológicas, e sim compreendido também por meio de fatores históricos, temporais e sociais (MOYSÉS; COLLARES, 2010). Sabendo que o TDAH se desenrola em âmbitos biopsicossociais e que cada modo de se relacionar da criança com esferas importantes como a escola e a família se faz carente de percepções e observações mais integradas, faz-se de extrema importância perceber como ferramenta chave os modos de atuação e o papel do profissional de psicologia dentro dos Centros de Atenção Psicossocial Infantil diante desse público.

Além de algum desconhecimento de pais e da ainda recente formação de professores acerca da sintomatologia do transtorno e de suas comorbidades (COUTINHO *et al*, 2009), o diagnóstico de TDAH ainda é cercado por muitos mitos, como alguns relatos de crianças que, de acordo com os pais, não apresentam manifestações clínicas do transtorno durante a consulta médica ou psicológica, deixando à vista a sintomatologia apenas na escola ou no ambiente familiar (GOMES, 2007). Isso justifica com mais veemência a imprescindível coparticipação na atenção a essas crianças, a fim de que se melhor avalie e interprete a história de vida e experiência desses pacientes, bem como se busque a adesão dessas crianças diagnosticadas ao projeto terapêutico.

O problema de pesquisa aqui levantado busca entender como o estilo profissional de psicólogos do Centro de Atenção Psicossocial Infantil IV de Fortaleza influencia no processo de engajamento das crianças diagnosticadas com TDAH na realização das atividades de cunho terapêutico propostas. Tal interesse surgiu e se justifica importante a partir de pesquisas acadêmicas anteriores que demonstraram que a participação de profissionais de saúde mental inseridos na rede de atenção em saúde é fundamental para a construção do diagnóstico de TDAH e para o tratamento dessas crianças (CAVALCANTE, 2012), nas quais eu, enquanto autora, participei de forma atuante e que permitem, assim, compreender o meu lugar de fala e algumas afirmações (inclusive sobre a atividade das profissionais) que não estão referenciadas em outros autores.

Desejando perceber o modo individual de atuação do profissional de psicologia e as possíveis influências no engajamento de crianças diagnosticadas com TDAH durante as

atividades propostas, é necessário estudar o modo de atuação desse trabalhador não isoladamente, mas integrado ao contexto de atuação (aspectos estruturais e dos coletivos de profissionais, tempo de duração), ao público ao qual se volta sua atividade, dentre outros fatores que constroem esse modo de agir. Estão ainda dentro do objetivo deste estudo investigar como as crianças diagnosticadas com TDAH se engajam nas atividades terapêuticas propostas pelos profissionais de psicologia, considerando o modo individual de atuação deles. Como objetivos específicos, buscaremos identificar o modo de atuação individual desses profissionais de psicologia, identificar a possibilidade de uma atividade prescrita, de um gênero e de um estilo profissional para esses profissionais de psicologia, reconhecer como ocorre o trabalho desses profissionais diante desses dispositivos de saúde pública com base na clínica da atividade, verificar como o poder de agir desses profissionais psicólogos funciona como ferramenta potencializadora de engajamento das crianças diagnosticadas com TDAH para que se dê o processo terapêutico, e analisar a relação entre psicólogos que trabalham nesse Centro de Atenção Psicossocial Infantil de Fortaleza e as crianças diagnosticadas com TDAH. A consecução destes objetivos envolvem ainda, de certo modo, a participação das crianças, já que foram tomadas como base pesquisas anteriores que davam lugar à fala das crianças e se acresciam construtivamente ao discurso das psicólogas.

Segundo Pires e Braga (2009), a inserção dos profissionais de saúde no âmbito da saúde pública, aqui em especial do psicólogo, não deve ser limitada, descontextualizada ou engessada em suas práticas. Isso quer dizer que uma das preocupações dos psicólogos que atuam na saúde é compreender a relação entre o comportamento e a saúde e como intervir na interface indivíduo, sistema de saúde e sociedade.

A Psicologia na saúde não pode limitar-se apenas à saúde mental, mas sim desenvolver práticas que atendam às necessidades da população, em seu contexto integral. Quanto à formação profissional, enfatizam-se a necessidade de fortalecimento técnico e teórico, o aprimoramento de práticas curriculares que promovam e sustentem os seus modelos de atuação, bem como a ampliação dos serviços em um contexto global, focalizando, sobretudo, as necessidades locais e propostas vinculadas à saúde pública. (PIRES; BRAGA, 2009, p. 151).

Tendo em vista a alta demanda infantil na clínica psicológica e, de modo especial, nos serviços públicos de saúde, buscaremos investigar quais as estratégias usadas cotidianamente pelos profissionais de psicologia e como estes se utilizam dos recursos disponíveis em meio às possíveis normas e prescrições propostas para que eles exerçam seu trabalho terapêutico voltado para crianças diagnosticadas com TDAH. Isso porque compreendemos, a partir de relatos e estudos em artigos científicos, que os meios e normas para se compreender os fundamentos da atividade dos profissionais de psicologia se fazem

conflitantes, haja vista questões que geram certos empecilhos como a burocracia da gestão, ambiguidade de papéis, bem como a ausência de clareza sobre o fazer dos psicólogos (RAMMINGER, 2011). Dadas tais circunstâncias, leva-se a crer que a possibilidade de analisar e buscar compreender os modos como a atividade está sendo prescrita de uma atividade, levando em conta a atividade realizada e o real da atividade (CLOT, 2014), decorreria na construção de um estilo profissional e, conseqüentemente, na possível construção de um gênero profissional que facilitaria o processo de atuação desses profissionais de psicologia atuantes nos serviços públicos de saúde, no caso o CAPSI de Fortaleza sem desconsiderar sua criatividade e espontaneidade.

Assim acreditamos que, para além de um modo individual de atuação, caso os profissionais de psicologia conseguissem enxergar a possibilidade de construção sólida de um modo coletivo de atuação, isso ampliaria a capacidade de agir dos trabalhadores. Vale salientar que não perceber a relação entre os três termos, prescrição (dimensão impessoal do ofício), estilo (pessoal) e gênero (transpessoal), como uma sequência causal. É necessária prescrição para que o sujeito aja sobre a atividade, contudo, não há antecedência do estilo sobre o gênero, ou o contrário. No que concerne a esse construto proposto por Clot (2006), o estilo profissional se refere ao poder de agir dos profissionais enquanto sujeitos no trabalho, criando-se condições psicossociais para que eles possam se apropriar de suas atividades, enquanto uma atenção a si mesmo e à sua própria atividade. Desse modo, nos interessa compreender como o desenvolvimento do estilo profissional pode influenciar o engajamento das crianças atendidas nas atividades terapêuticas.

Pretende-se utilizar como referencial teórico principal para tal estudo a Clínica da Atividade (CLOT, 2014), haja vista tentar-se-á compreender como os profissionais psicólogos em sua atuação, numa proposta terapêutica diante de um diagnóstico de TDAH, podem contribuir para o desenvolvimento de atitudes e comportamentos positivos e potencializadores dessas crianças que estão imersas em relações sociais. Tentar-se-á aqui compreender melhor aspectos da realidade cotidiana da atividade experimentada por eles, pensando como um estilo profissional, assim como a possibilidade de construção de um gênero profissional, poderia servir de norte para apoiar decisões e comportamentos do coletivo profissional, mesmo esses profissionais estando atuando diante de uma lógica terapêutica que se encontra posta de burocracias relativas às políticas públicas educacionais e de saúde.

Uma contribuição importantíssima que queremos aqui destacar para a proposta desta pesquisa é a de Clot (2014) e sua discussão sobre gênero profissional e estilo profissional. O autor afirma que o trabalho só preenche sua função psicológica quando o

sujeito consegue ater-se a regras que dão suporte à sua atividade individual, pois sem uma regra geral para dar suporte ao seu trabalho os indivíduos ficariam inertes diante das atividades. Nomeia-se gênero profissional a dimensão transpessoal da atividade, ou conjunto de normas construído coletivamente a partir das interações cotidianas e repassado com o decorrer do tempo. Quanto ao estilo profissional, nomeia-se a dimensão pessoal da atividade, no qual o sujeito se volta para a sua atividade, e ao refletir sobre a singularidade desta pode atribuir significados. Vale ressaltar que estilo e gênero não são construtos apartados acerca da atividade, pois é graças ao estilo que o gênero se mantém e se renova com o tempo quando o poder de agir diante da atividade se torna insuficiente.

Um questionamento que compõe e reitera os objetivos desta pesquisa é o de saber se, mesmo com esse modo de atuar que considera outros saberes e que considera o sujeito imerso em teias de relações biopsicossociais, será que o profissional de psicologia consegue atender a todas as demandas trazidas até ele (pelos usuários do sistema, pelos colegas profissionais com os quais se relaciona, pelas normas do sistema em si) a fim de uma atuação preventiva e promocional em saúde? Uma atuação que considere as necessidades individuais de cada sujeito?

Foi a partir de coleta de dados de pesquisas anteriores (também nos CAPSI de Fortaleza) que se pode verificar a importância especial do fazer atuante do profissional de psicologia na construção e no modo de operar com relação a esse tipo de diagnóstico. O trabalho nos centros de assistência psicossocial públicos exige muito dos profissionais que atuam nesses campos, haja vista a ocorrência de falhas no que concerne a inexistência de uma sólida descrição de cargo, bem como carência, fluidez e frouxidão de prescrição de suas atividades, estando o fazer desses profissionais restrito a algumas normas reguladoras e que, prezando pela espontaneidade e abertura à diferentes instrumentalizações (RAMMINGER; BRITO, 2011), deixa margem para dificultar diante das atividades a construção de gêneros e estilos profissionais. Na perspectiva de Clot (2014), a atividade envolve uma atenção a si mesmo, à atividade dos outros (no contexto de um gênero profissional coletivo, com suas normas, histórias e regras) e à atividade propriamente dita, executada de modo pessoal pelo sujeito, levantando questões de propósitos, estética e gosto. Ao nos depararmos aqui com o problema de pesquisa acima mencionado, podemos encontrar algumas possibilidades de compreender como os modos de atuação individuais dos profissionais de psicologia inseridos nesses aparelhos públicos de assistência psicossocial podem auxiliar na construção de algo que congregue modos de fazer profissional para um melhor desempenho das atividades realizadas.

Seria possível perceber, assim, maneiras mais recomendadas para positivar as atitudes e comportamentos dessas crianças frente à questão de conviver social e relacionalmente diante do diagnóstico de TDAH. Para tanto, seria necessário identificar e refletir sobre os modos de atuar dos profissionais que possam lidar com temas e momentos diferentes nas atividades terapêuticas de acordo com a necessidade e queixa relativas a essas crianças, bem como a articulação entre os serviços e setores das redes de políticas públicas que permeiam o cuidado com as crianças diagnosticadas.

2 APRESENTANDO BREVEMENTE O TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE - TDAH

O TDAH não possui uma etiologia biológica especificamente bem definida, apesar de se caracterizar cientificamente por uma origem genética e sendo causado pela escassa produção dos neurotransmissores adrenalina e noradrenalina, que são os responsáveis pela atenção, pelo comportamento motor e pela motivação. Tal transtorno afeta diretamente o comportamento, gerando confluência de demandas entre três áreas: família, escola e contexto social. Por conseguinte,

A produção do adoecimento por meio da veiculação da promessa de alívio rápido para as dores da alma tem se constituído estratégia massiva e dominante da indústria farmacêutica. Para embasar cientificamente a necessidade de intervenção farmacológica, veicula-se massivamente a existência de sinais e sintomas como: desatenção, inquietude, falta de concentração e desânimo em determinados grupos. Estes sintomas tornam-se elementos centrais de discursos médicos, que são apresentados como insuportáveis e dotados de elevada capacidade de comprometer as trajetórias escolares e profissionais. Por meio de complexos processos identitários, algumas pessoas se veem ou são diagnosticadas como portadoras destes sintomas, e outras entram em situação de conflito – “ser ou não ser” desatento/ hiperativo? Capturadas pelo dilema, incorporam discursos, reproduzem os sintomas introjetados. Na maioria das vezes, acreditam que são portadoras. (CARVALHO; BRANT; MELO, 2014).

O TDAH é uma questão importante de saúde, cujas implicações vão desde a inserção social até o desempenho escolar. Embora os sintomas principais - desatenção, hiperatividade e impulsividade sejam reconhecíveis sem muita dificuldade, o diagnóstico e tratamento podem ser obstaculizados por questões ainda não tão bem esclarecidas. O diagnóstico do TDAH é clínico e se baseia na sintomatologia atual e na história pregressa do sujeito; já o tratamento deve ser multifatorial, envolvendo um olhar psicossocial e, se necessário, o uso de fármacos. Para tanto, isso inclui a constante busca de conhecimento conjunta acerca do tema, partindo, colaborativamente, de pais, professores, profissionais de saúde, etc.

O impacto psicossocial do TDAH é enorme, considerando seu alto custo para as relações (familiares, escolares, entre pares), bem como efeitos negativos na autoestima das crianças e adolescentes. Estudos têm demonstrado que crianças que apresentam esse transtorno decorrem em um risco aumentado de desenvolverem outras psicopatologias enquanto comorbidades na infância (pré-escola), adolescência e idade adulta.

A principal crítica dos elementos essenciais referentes à sintomatologia e às abordagens terapêuticas do TDAH, é que esta não se faz sempre clara e, muitas vezes, seu

estudo fundamenta-se em dados epidemiológicos e etiológicos relacionados ao substrato neurobiológico e de evolução do transtorno e que podem ser encontrados em diversas literaturas. Segundo Coutinho *et al* (2009), muitas vezes, os profissionais não possuem habilidades e competências suficientes para diagnosticar o transtorno, sendo esse um fator relevante sobre o processo de descoberta dos sintomas e diagnósticos do Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. Além disso, uma série de mitos perpassam a construção desse diagnóstico. Para que seja diagnosticado o TDAH de modo válido, é preciso concordância entre, pelo menos, duas instâncias. Isso quer dizer que, segundo os critérios do DSM IV, os sintomas característicos do transtorno devem estar presentes, ao mesmo tempo, em dois ambientes em que a criança se insere em relação psicossocial (por exemplo, escola e domicílio). Dessa forma, se faz de extrema importância, a fim de potencializar as atitudes, comportamentos e relações dessas crianças, o auxílio conjunto entre instâncias fundamentais como pais, professores e profissionais de saúde mental. Podemos destacar, nesse sentido, um cuidado humanizado com essas crianças, onde

A humanização tem sido estudada no âmbito da saúde visando proporcionar um tratamento que leve em conta a totalidade do indivíduo. A humanização em saúde pode ser definida como o resgate do respeito à vida humana, levando-se em conta as circunstâncias sociais, éticas, educacionais, psíquicas e emocionais presentes em todo relacionamento. Ao se falar do momento diagnóstico de uma deficiência acredita-se que a humanização torna-se importante, pois estudos apontam que a atitude do profissional diante da família pode amenizar o choque causado pela notícia. Este trabalho tem como objetivo a reflexão sobre a importância da humanização dos profissionais presentes no momento em que o diagnóstico de uma deficiência é comunicado à família ou aos cuidadores [...] Além disso, percebe-se que, por se tratar de momento de extrema importância para a manutenção posterior do tratamento e para o estabelecimento do vínculo entre família-paciente-equipe de saúde, é necessário que a formação profissional na área da saúde contemple uma visão global do indivíduo. É preciso que haja uma busca para um atendimento humanizado e não massificado tanto no sistema privado de atendimento à saúde quanto no público. No diagnóstico das deficiências a humanização é importante, pois o vínculo estabelecido entre profissional da saúde e familiares, no caso do diagnóstico das deficiências, influenciará as atitudes familiares posteriores diante do indivíduo com deficiência. (BAZON; CAMPANELLI; BLASCOVI-ASSIS, 2004, p. 89).

É sabido que as principais demandas psicossociais com relação a esse diagnóstico vêm da escola e dos pais ou de quem cuida da criança na família. Segundo estudos de Lima (2005), os comportamentos como consequência da desatenção e da hiperatividade trazem desconforto nas relações entre as crianças e outros atores desses campos. O problema fundamental é que hoje tais comportamentos desconfortantes são alvo de diagnósticos, de causas médicas que tentam sublimá-los localizando no corpo os conflitos de experiências de vida e da teia de relações em que o indivíduo se insere. Devido a tal exorbitância de

diagnósticos médicos, o Brasil se classifica em segundo lugar na prescrição (indiscriminada, em boa parte das vezes) de Ritalina, perdendo apenas para os EUA (LIMA, 2005). Isso nos mostra como os cuidados nas relações familiares e escolares têm sido colocados em segundo plano, por serem mais demorados, complexos, etc.

O uso atual dos medicamentos prescritos aos casos de TDAH tem por finalidade o refinamento dos comportamentos destoantes (agitação, desatenção...), correção de respostas inadequadas, melhoria da atenção e da capacidade cognitiva. Nesse sentido, com promessas de tamanha eficácia, a terapêutica do TDAH ainda é preponderantemente medicamentosa. Questões de cunho psicossocial - familiar, escolar, econômica e cultural - que devem ser inseridas de modo essencial no processo terapêutico, ainda são colocadas, muitas vezes em segundo plano.

A sensação de inadequação presente nas vivências das crianças com TDAH, são de baixa auto estima e adversidades no grupo social, provocando infelicidade e frustração e podendo gerar comportamentos autodestrutivos ou autopunitivos. Além disso, as crianças carregam uma sensação de isolamento por não se sentir entendidas e até de não se entender claramente, de não fazer parte desse mundo, além de sensações de vazio, inadequação, e falta de vitalidade e crença em si mesma (CYPEL, 2000).

Desse modo, outra forma de atenção e cuidado extremamente necessários a essas crianças diagnosticadas (corretamente ou não, precipitadamente ou não) é a dos profissionais de saúde mental. O TDAH se desenrola em âmbitos biopsicossociais, e cada modo de se relacionar da criança com essas esferas importantes, como a escola, a família, e o próprio profissional de saúde, se fazem carentes de percepções e observações mais delicadas, tendo por fim, assim, a não total sujeição dessas crianças aos saberes, além de poderem se constituir como autores e protagonistas nessas relações diante de sua própria história de vida. A relevância da atuação do profissional de psicologia se dá em conjunto com equipes interdisciplinares, família e escola. Haja vista que, no transtorno, as sintomatologias se graduam na medida em que passam a afetar bruscamente a teia de relações sociais e experiências dos indivíduos. Podemos citar, no caso de crianças diagnosticadas com TDAH, especialmente as relações que se desenvolvem nos primeiros *locus* de experiências relacionais: a família e a escola, desaguando ainda no âmbito do acompanhamento psicossocial, garantindo que a atenção e o cuidado sejam favorecidos pela rede como um todo. Uma das psicólogas entrevistadas¹ deixa isso bem claro, em um primeiro momento,

¹ Vide em anexos as transcrições das entrevistas realizadas.

quando perguntada acerca da sintomatologia e apresentação do transtorno e, em um segundo momento, como o enxerga após repensar sobre sua atuação com essas crianças.

Pronto. Pra mim, no dia da entrevista, eu fiquei pensando muito né, no que podia ter falado mais. E uma das questões é que eu falei muito que o TDAH é uma agitação mais psicomotora né, e eu até acho que tu questionou na hora né, dizendo assim: “mas tu considera TDAH só como agitação?” E eu fiquei pensando que eu restringi muito ao falar que o TDAH é só agitação, e a gente sabe que não é. Tem questões de personalidade, de dificuldades de conduta do paciente, alguns são mais regredidos... enfim, eu acho que eu poderia ter falado melhor né, e vou até estudar mais sobre. E também fiquei me questionando muito, porque aqui no CapsI a gente atende todas as demandas, a gente acaba não focando em nenhuma, tendo que conhecer praticamente todas, do autismo às psicoses. E eu não sei se eu me dedico tanto ao estudo do TDAH. Enfim, foi isso. Eu fiquei pensando, refletindo, e acho importante frisar a questão que cada paciente é singular. Então a gente não pode trabalhar e tratar igual como tem lá no CID 10, cada um vai se apresentar de forma diferente, tem a questão familiar. (Psicóloga B, 2017).

De acordo com o CID – 10, Capítulo V, o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, também conhecido como Transtorno Hipercinético, está integrado a um grupo de transtornos caracterizados por início precoce (habitualmente durante os cinco anos de vida), falta de perseverança nas atividades que exigem um envolvimento cognitivo e tendência a passar de uma atividade a outra sem concluir nenhuma, associados a uma atividade global desorganizada, não coordenada e excessiva. Sabe-se, atualmente, que a origem do TDAH é multifatorial, associando-se as variáveis tanto ambientais quanto clínicas, ou com base neurológica. Muitas pesquisas sugerem a existência de componentes genéticos (hereditariedade), apontando que 25% dos familiares, em primeiro grau, das crianças com o transtorno também o têm. Mulheres com complicações na gravidez e no parto, e expostas a substâncias químicas como chumbo aumentam também as probabilidades de que a criança tenha o transtorno. Entende-se, no entanto, que as pessoas que apresentam vulnerabilidade ao TDAH somente desenvolvem os sintomas se houver demanda ambiental maior. No entanto, crianças entre 5% e 15% na primeira infância e entre 10% e 20% na adolescência, apresentam problemas emocionais ou de conduta importantes. Tal incidência é preocupante quando se pensa nas repercussões desses problemas no desenvolvimento pessoal. Na escola, as crianças tendem a ser excluídas ou mal compreendidas, em razão da dificuldade que possuem de lidar com os sintomas do transtorno. Vale incluir nessa discussão, segundo Schwartzman (2001) que:

Para a confirmação do TDAH, utilizam-se, sobretudo, os critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM IV (APA, 2002). Avalia-se a evolução dos sintomas por um período de, pelo menos, seis meses, por meio de questionários para apurar sinais e sintomas clínicos. Na maioria das vezes, a “triagem da doença” inicia-se em instituições não médicas como escola, trabalho e família. Esse tipo de abordagem contribui na fabricação do TDAH. Sanches *Et al.* (2005) afirmam a existência de uma superestimação do diagnóstico, quando muitos

dos pacientes seriam, na verdade, bipolares. Ou seja, indisposição, dificuldade de aprendizagem, ou, mesmo, falta de atenção podem estar relacionadas a quaisquer outras condições que não têm absolutamente nada a ver com o transtorno, tais como: ansiedade, problemas familiares e sociais, nível intelectual, diferentes graus de surdez, entre outros problemas, havendo “exageros de diagnósticos”. (*apud* CARVALHO, BRANT, MELO, 2014, p. 595).

Ressalta-se, por fim, que são inúmeros os estudos que mostram que grande parte das buscas por serviços de saúde mental no nosso país são feitas por crianças - nesse caso por responsáveis direta ou indiretamente por elas, como pais e professores. Contudo, sabemos também da fragilidade de tais serviços em atender tamanha demanda, compreendendo que, na maioria das vezes, os recursos, instrumentalização e normas disponíveis para o desenvolvimento do trabalho em saúde mental é escasso.

3 SAÚDE DO TRABALHADOR E A CLÍNICA DA ATIVIDADE - REFERENCIAL TEÓRICO - METODOLÓGICO

Segundo Minayo-Gomez e Thedim-Costa (1997), o foco em saúde do trabalhador, desviando a visão deste enquanto mero recurso humano, se consolidou (ainda que muito se tenha a construir) no campo de estudos da psicologia social do trabalho e das organizações, inicialmente atrelado à psiquiatria e, só depois, construído enquanto campo de olhar psicossocial à saúde de quem trabalha e exerce uma atividade.

A questão da saúde do trabalhador se torna mais evidente na medida em que outras questões vão se levantando na contemporaneidade, como a democratização, a globalização, as novas configurações no mundo do trabalho (flexibilização, vinculação, empregabilidade, responsabilidade do encargo e autogestão etc.). Tal prática se justifica pela capacidade complexa de explicar a dialética relacional entre sujeito e trabalho que ultrapassa os muros fabris, tentando compreender a dinâmica das relações no que diz respeito aos processos de trabalho (em um olhar coletivo e, ao mesmo tempo, singular).

Parte-se do pressuposto de que a atividade em seu modo específico e singular tem ligação direta com a saúde deste que trabalha, já que envolve processos relativos à organização, às condições de trabalhos, aos sentidos e significados atribuídos a este, etc. A regulação dos modos de fazer as atividades e dos meios e recursos disponíveis para alcançá-los se faz necessário tanto pelo trabalhador (para superar as pressões do ambiente), quanto pela organização a fim de melhor geri-lo. Segundo Sato (2002), o ambiente de trabalho é um lugar no qual se organizam pessoas, papéis de trabalho, técnicas, estratégias, valores, cultura, interesses, e modos diferentes de controle, e tudo isso para determinado fim. Para o estudo do humano no *locus* do trabalho, dessa forma, não se pode buscar compreender somente o que as pessoas fazem e como executam, mas sim buscar compreender ainda o que faz sentido para elas nesse fazer, verificando o que é da ordem do querer, da vontade, do poder, ou somente da inércia do hábito.

Longe de ser meramente sinônimo de saúde ocupacional ou medicina do trabalho (operando como ferramentas de controle e gestão da força de trabalho), configura-se como um campo onde a práxis envolve vários saberes - medicina, sociologia, economia, psicologia - e diversas formas de atuação. E é nesse sentido que queremos inserir e discutir aqui sobre as clínicas do trabalho, de modo especial a que tomaremos como base para o desenvolvimento deste trabalho, a clínica da atividade de Clot (2014). Buscaremos contextualizar minimamente as transformações acerca do olhar sobre a saúde no trabalho.

Podemos começar pelo século XIX, marcado por condições indignas e desumanas de trabalho, como longas jornadas de trabalho, insalubridade, baixos salários, etc.; o trabalhador que vendia sua força de trabalho era presa da máquina e de seus ritmos que ditavam a produção com fins de rápido acúmulo de capital. O século XX teve como marca principal a intensificação da industrialização, como acelerado avanço tecnológico associado aos modos de controle e gestão de pessoas e de processos produtivos, exigindo cada vez mais da capacidade física e psicológica dos trabalhadores; a presença de um médico no interior das fábricas mostrava a necessidade de verificar o que era danoso ao trabalhador, mas para que esse pudesse retornar o mais breve possível às linhas de produção. A década de 60 destacou-se pela intensificação dos processos de automação do trabalho, que desloca parte da exigência proposta aos trabalhadores, buscando uma produtividade cada vez maior e sendo hegemônico o discurso da satisfação do consumidor e qualidade dos produtos; a Saúde ocupacional chega com propósitos de higienização industrial, relacionando o ambiente de trabalho com o corpo do trabalhador. As medicinas que deveriam assegurar a amplitude da saúde do trabalhador, restringem ao uso de Equipamentos de Proteção Individual, decorrendo o erro da culpa do sujeito e monetizando o risco (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997). Hoje, em um mundo marcado pela globalização, com rápidas e constantes mudanças, as novas tecnologias que obrigam o trabalhador a se adaptar tão rápido quanto elas. Isso impõe um perfil tecnicizado e gera hipercompetitividade, estimulando a desumanização e instrumentalização do outro e dos processos de trabalho, bem como da própria atividade. Nesse sentido, o compromisso da Saúde do trabalhador é do campo da saúde coletiva, integrando o bem-estar desse trabalhador no campo ético, jurídico, laboral. Por conseguinte,

Omitem-se formas, dessa forma, os componentes humanizadores do trabalho, que deveriam ter presença assegurada na formulação e desenvolvimento de programas direcionados à promoção de saúde dos trabalhadores. [...] O grau de envolvimento entre trabalhadores e técnicos/instituições pode conduzir a formas aproximativas de pesquisas participantes ou pesquisa-ação. [...] A apropriação do conceito “processos de trabalho” como instrumento de análise possibilita reformular as concepções ainda hegemônicas que ao, estabelecerem articulações simplificadas entre causa e efeito, desconsideram a dimensão social e histórica do trabalho e da saúde/doença. (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997).

O foco de investigação das clínicas do trabalho é a saúde do trabalhador em sua amplitude enquanto fenômeno psicossocial, cada modo tendo sua epistemologia e pressupostos teóricos específicos. Há diferentes modos de se investigar e entender sobre trabalho ligado à saúde e sofrimento dos trabalhadores, como um processo que expressa determinadas condições de vida e capacidade de enfrentamento dos indivíduos de sua realidade, de suas experiências frente ao trabalho.

Enquanto a psicologia do trabalho de inspiração cognitiva está interessada, por exemplo, em apreender como os indivíduos processam as informações que recebem do ambiente de trabalho e da própria atividade em que estão envolvidos, a psicologia social do trabalho busca articular o trabalho a processos sociais mais amplos, como representações sociais, identidade social, estruturas de poder e processos organizativos. Por sua vez, as abordagens clínicas buscam subsidiar ações de indivíduos e coletivos diante das diversas situações de vulnerabilidade no trabalho, sejam elas manifestadas, sejam objetivadas na forma de sofrimento, como também na forma de demandas, de “provas” do real do trabalho contra as quais o sujeito é chamado a se afirmar. (BENDASSOLLI; SOBOLL, 2011, p. 60).

Por exemplo, temos os estudos sobre estresse enquanto síndrome de adaptação e da relação de uma pessoa com o ambiente prejudicial ao seu bem-estar; os estudos sobre a psicodinâmica do trabalho, em uma visão psicanalítica proposta por Dejours (*apud* BENDASSOLLI; SOBOLL, 2011), na qual o sofrimento no trabalho se dá como expressão do sofrimento resultante da estrutura psíquica do indivíduo quando há dificuldades no mecanismo de sublimação, fatigante e sem ressonância com a atividade; os estudos sobre as teorias epidemiológicas e diagnósticas, de cunho marxista e que olham para o sofrimento no trabalho como dependente das condições ou maneiras como é realizado, bem como das relações que mantém no e com o trabalho; e os estudos sobre a clínica da atividade de Clot, que buscam analisar o trabalhador a partir das experiências que tem com a atividade, e que se relaciona construindo-as e sendo construído em sua subjetividade. Baseia-se na ideia de que a psicologia do trabalho vai partir do campo da realidade de trabalho e voltar ao campo. É uma ideia de que não há psicologia do trabalho sem transformação da situação de trabalho.

Outra abordagem encontrada no escopo de influências sobre as clínicas do trabalho é a sociopsicanálise desenvolvida por Gérard Mendel. Como no caso anterior, não temos aqui condições de um desenvolvimento extenso da abordagem desse autor, mas é relevante destacar sua contribuição à clínica do trabalho por meio de seu conceito de ato (Mendel, 1998; Lhuillier, 2006a). Para Mendel, toda clínica do social não pode se dispensar de ser uma clínica do real, captado pela mediação do ato, o qual é por ele compreendido como um processo de interatividade entre, de um lado, um sujeito portador de um projeto de ação e, de outro, a realidade material e simbólica implicada nessa ação. Por meio do ato o sujeito é levado a entrar em contato com a dimensão da realidade que lhe é estranha e que impõe resistência a seus desejos e a seu projeto de ação. Enquanto o projeto é um guia prévio ao ato, este se refere ao desconhecido, àquilo que efetivamente ocorre quando o sujeito submete seu projeto à realidade. Conforme observa Lhuillier (2006a), o ato mendeliano expõe o sujeito ao contato com o real, situação que inevitavelmente compreende o risco de fracasso de seu projeto de ação. E é precisamente nesse ponto, com a introdução da dimensão do real na discussão sobre o ato, que a mesma Lhuillier, uma das principais autoras a delinear a noção de clínicas do trabalho, propõe situarmos este último, já que o trabalho igualmente envolve um confronto do sujeito com o real – entendido como o que resiste à simbolização, o que ultrapassa o pensamento que dele se pode ter ou fazer previamente. Esse mesmo conceito de real será encontrado na psicodinâmica do trabalho de Dejours (1990, 1993, 1995) e, com ligeiras diferenciações, na clínica da atividade de Clot (1995, 1999), duas importantes representantes das clínicas do trabalho – sem deixar de mencionar ainda seus reflexos na abordagem ergológica de Schwartz (1992, 2000). (BENDASSOLLI; SOBOLL, 2011, p. 62)

Podemos muito claramente correlacionar a dinâmica organizacional com os sentidos e significados atribuídos ao trabalho pelo trabalhador, e como eles se afetam mutuamente. Segundo Zanelli, Borges-Andrade e Bastos (2014), o trabalho é um fenômeno psicossocial e aspectos como satisfação e comprometimento, por exemplo, deveriam ser levados em conta a fim de se compreender melhor essa relação intrínseca entre trabalhador e organização. Sabe-se aqui que o que é descrito em termos de comprometimento e satisfação, para Clot, é pensado em termos de poder de agir, bem como o fato de algumas outras discussões aqui apresentadas serem apresentadas em uma perspectiva organizacional e, assim, alheias à Clínica da Atividade. Contudo, a fim de melhor discutir a perspectiva laboral e sobre o campo da Saúde do Trabalhador, propôs-se dialogar, minimamente, entre tais perspectivas.

A satisfação com o trabalho diz respeito a como os indivíduos se vinculam ao seu fazer laboral em seu aspecto mais afetivo, sentimental. Alguns estudos e enfoques apontam que saber o nível de satisfação do indivíduo com o seu trabalho, e o que antecede essa satisfação, auxiliam no que tange a um trabalhador mais saudável (menos frustrado, privado, coagido...) e, conseqüentemente, mais motivado e produtivo. Alguns desses fatores que antecedem a satisfação com o trabalho são: as experiências anteriores com a atividade e ambientes semelhantes de trabalho, o desejo de estar exercendo aquele determinado ofício (ocupando aquele cargo, dispondo de determinados tipos de liderança, estando bem socializado no ambiente de trabalho...) e a identificação com a cultura da organização. Os fatores que podem elevar essa satisfação com o trabalho são, de modo geral, questões salariais, relacionamento exitoso com os colegas de trabalho, relacionamento exitoso com a chefia e lideranças, o suporte organizacional para com o trabalhador, a percepção de justiça e reciprocidade, etc. De um modo sintético, podemos dizer que estar satisfeito com o trabalho que exerce, se configura como um modo possível de evitar o adoecimento físico e psíquico desse trabalhador, e, ao mesmo tempo, evitar quedas na rotatividade e no absenteísmo, aumento do desempenho e da produtividade.

O outro exemplo que citamos é com relação ao comprometimento desse trabalhador. O comprometimento com o trabalho diz respeito a como o indivíduo se vincula ao trabalho e ao ambiente laboral, em seu aspecto mais cognitivo. Do mesmo modo que supracitado, alguns estudos e enfoques apontam que saber o nível de comprometimento do trabalhador com o trabalho, auxilia na construção de um trabalhador mais saudável (menos frustrado, privado, coagido...). Estudos demonstram que há três tipos de comprometimento com o trabalho: o comprometimento afetivo, que diz respeito ao desejo do indivíduo estar e

fazer parte daquela organização (que pode ser influenciado por aspectos como cultura organizacional ou experiências anteriores com o cargo); o comprometimento instrumental, que diz respeito à contingência em que o indivíduo se encontra, com relação à função exercida, cargo ocupado, recompensas, motivação, ao contexto que o proporciona); e o comprometimento normativo, que diz respeito a uma espécie de obrigação social, a um dever moral para com o trabalho. Vale salientar que os três tipos de comprometimento podem coexistir, estando um em prevalência ao outro. Para tanto, vão depender as relações que o trabalhador estabelece com o contexto organizacional, a conjuntura social e as configurações do trabalho em dada época, motivação e satisfação, dentre outros. A percepção de ser e estar comprometido com o trabalho também evita um sujeito adoecido, e melhora o desempenho do trabalhador e a produtividade pela queda do absentéismo.

É interessante observar que o trabalho, ao mesmo tempo que propicia uma atividade potencializadora e criativa, também pode se tornar fonte de sofrimento. Assim, podemos destacar o que encontramos na clínica da atividade segundo Clot (2014) que é o interesse pela ação no trabalho e pelo poder de agir dos sujeitos que exercem uma atividade. Segundo Bendassolli e Soboll (2011), busca-se criar meios e proporcionar condições psicossociais para a extensão do poder de agir dos sujeitos, para que eles venham a se apropriar de suas atividades. Seja voltando-se a ela e refletindo sobre, seja na forma de construir ações conjuntas para se enfrentar coletivamente as questões cotidianas da atividade comum ou semelhante. Clot (2006), ainda reitera tal questão, afirmando que o trabalho, além de condição eminentemente humana, preenche uma função psicológica, haja vista ser uma atividade pessoal e social (pré-ocupação e ocupação). É “ [...] a capacidade de realizar coisas úteis, de estabelecer e manter engajamentos, de prever com outros e para outros algo que não tem diretamente vínculo consigo.” (CLOT, 2006, p. 73). Ou seja, o trabalho é “[...] um dos maiores gêneros da vida social em seu conjunto, um gênero de situação do qual uma sociedade pode dificilmente abstrair-se sem comprometer sua perenidade; e do qual um sujeito pode dificilmente afastar-se sem perder o sentimento de utilidade social a ele vinculado.” (CLOT, 2006, p. 69).

A atividade, segundo Clot (1987), não consiste na mera operacionalização da tarefa, e sim como a menor unidade de análise de intercâmbio social ligada à experiência humana e à afetividade. Inspirado em Vygotsky, para Clot o homem se constrói enquanto constrói a atividade.

Eu diria que, para mim, há uma equivalência entre “atividade” e “saúde”. Eu adoto uma definição filosófica de saúde trazida por Georges Canguilhem. Se nós

definimos saúde segundo a leitura de Canguilhem, no mundo do trabalho atual, penso que a saúde está gravemente em perigo. As pessoas usam seus recursos pessoais para preservar a saúde. Para mim, a atividade é contribuir para uma história que não é minha e criar entre as coisas uma relação que não foi construída. A atividade não é operação (gesto visível, detalhe etc.), mas sim o que é feito e o que ainda não foi feito. O sonho é parte da atividade. Inclui o que eu fiz e o que eu não fiz. O que eu não fiz, paradoxalmente, faz parte da atividade. É uma concepção de atividade que toma a enunciação, de Bakhtin, que define o enunciado como um tipo de conflito possível. A atividade é uma colisão de possíveis. Então, com uma concepção de atividade que é equivalente à de saúde, a clínica da atividade é um dispositivo clínico que nós utilizamos para pesquisar o que não foi realizado para restaurar o possível da atividade, para ver e mostrar o que não é possível. (CLOT *et al.*, 2006, p. 105)

Esse poder de agir se endereça sobre si, sobre os outros e sobre a atividade, não como forma de controle, mas como forma de interagir e influenciar. Nessa perspectiva, deve se buscar criar condições para que os sujeitos se apropriem de suas atividades, seja de modo coletivo buscando modos de enfrentamento diante dos desafios profissionais, seja individualmente refletindo sobre a atividade em si. Para Clot, a atividade de trabalho envolve uma atenção a si e à própria atividade - no que concerne ao estilo profissional - e uma atenção ao outro e à atividade coletiva - no que concerne ao gênero profissional. Tudo isso propicia a atribuição subjetiva sobre a atividade e ao trabalho, bem como a de sentidos, significados, identificação, sofrimento, etc. Um dos pontos de preocupação acerca do sofrimento desses trabalhadores é a frustração diante do real. Clot (2010), afirma que a atividade realizada não goza do monopólio do real, porque aquilo que se realiza, que é possível observar, é apenas parte do conjunto de fenômenos subjetivos que mobilizam o real da atividade, um pequeno grupo de possibilidades realizadas. Estão presentes na definição do real da atividade aquilo que não foi realizado, o que se desejava realizar, o que não foi realizado para que se conseguisse realizar o que se realizou. Sobre o trabalho e a execução da atividade, trata-se, do mesmo modo, afirma Clot (2010), de um espaço propício para a construção da identidade e da saúde, pois é lá que “[...] se desenrola para o sujeito a experiência dolorosa e decisiva do real, entendido como aquilo que - na organização do trabalho e na tarefa - resiste à sua capacidade, às suas competências, ao seu controle” (CLOT, 2006, p. 59). Segundo a psicóloga D, isso se explicita sem seu trabalho.

Pois é. Acho que no mais o que eu tinha a comentar era isso. Ah, e que a demanda aqui sempre é muito grande, então a gente fazer tudo o que a gente gostaria, não existe essa possibilidade. E muitas vezes, devido a esse número grande de crianças, de pacientes, a gente passar os atendimento individual pra em grupo acaba sendo não aquilo que a gente gostaria, mas sim aquilo que é possível... (Psicóloga D, 2017)

Primeiro, devemos deixar claro a dimensão impessoal da atividade, que diz respeito ao que é determinado pela organização enquanto modo de operar (horários, regras, instrumentos de trabalho, etc.); a dimensão interpessoal da atividade, que diz respeito às interações entre os profissionais para que um possa executar sua atividade; a dimensão transpessoal, que diz respeito ao que Clot (2014) denomina gênero profissional, o qual é o modo de trabalho coletivo construído a partir das interações entre profissionais que exercem uma atividade semelhante

Segundo Clot (2000; 2006), a atividade situada sempre convoca uma série de gêneros a fim de que estes sirvam como suportes para a ação. Em outras palavras, toda ação se encontra apoiada em dimensões genéricas, isto é, em culturas profissionais coletivas tornadas em recursos durante a ação para a ação. Esta dimensão genérica consiste em uma memória impessoal e objetiva que formaliza a atividade em situação de um determinado modo, demarcando maneiras de começá-la, de conduzi-la eficazmente a seus objetivos em meio às atividades dos outros e de terminá-la. Trata-se de um componente impessoal da atividade que assegura a acomodação “imediate” dos sujeitos em um coletivo de trabalho, ao conformar uma zona comum de saberes-fazeres compartilhados somente por aqueles que fazem parte de um mesmo horizonte profissional e social – é este componente genérico que, por exemplo, possibilita o trabalho conjunto de pessoas que nunca trabalharam juntas antes. Pode-se dizer, ainda, que um gênero profissional é como um referencial pelo qual designamos não apenas a cooperação em ato, mas também os modos da cooperação que ordenam previamente uma ação conjunta entre os diferentes elementos nela engajados. Uma espécie de interposto que reúne sutilmente “regras” formais e informais da/para ação comum. De fato, o gênero pode definir-se como o conjunto das atividades mobilizadas por uma situação, convocada por ela. Ele é uma sedimentação e um prolongamento das atividades conjuntas anteriores, incluindo o que foi feito, o que não foi feito, o que foi pensado, sentido, produzido, os impasses que surgiram. Constitui-se um precedente para a atividade em curso: aquilo que foi feito outrora pelas gerações de um meio dado, as maneiras pelas quais as escolhas foram decididas até então nesse meio, as verificações às quais ele procedeu, os costumes que esse conjunto enfeixa (CLOT, 2006 *apud* BARROS; PINHEIRO; ZAMBONI, 2010, p. 64).

Sobre a dimensão pessoal, denominada estilo profissional, e que diz respeito ao que é próprio e singular do sujeito com relação à atividade, essencial e contributivo para a sustentação e renovação do gênero profissional. Segundo Clot (2010, p. 93) “o estilo pode, portanto, ser definido como uma metamorfose do gênero em curso de ação, uma repetição que vai além da repetição.” O grupo só consegue ser homogêneo ao cultivar a heterogeneidade dos estilos, que criam e recriam as práticas, atualizando o gênero. Em um grupo tudo leva a crer que todos devam ter espaço para tornarem-se autores, e isto acontece quando os sujeitos, a partir da atividade aprendida com o outro, começam a imprimir seu estilo na atividade.

O ofício delineia um quadro que possibilita a realização da atividade ao mesmo tempo em que é modificado por ela, sendo composto por quatro dimensões. A dimensão impessoal, trazida pela organização, determina modos de operar, horários, regras e condições às quais o sujeito deve se submeter e se valer para agir. A dimensão interpessoal diz respeito

aos diálogos e às interações que os profissionais precisam estabelecer para desenvolver suas funções. A dimensão transpessoal, também denominada de “gênero profissional” ou “trabalho da organização”, é o conjunto das normas e do saber construídos nas interações entre trabalhadores e repassados entre gerações. Esta herança, essa história do trabalho do grupo, garante ao sujeito uma pertença a esse coletivo e dá as balizas para que a atividade possa vigorar. É preciso dizer que o sujeito não se apropria do gênero de forma passiva, pois ele o reinventa e acrescenta sua contribuição. Tem-se aí o “estilo profissional”, ou a dimensão pessoal do ofício, essencial para a renovação e manutenção da vida do gênero, quando seus modos de agir se tornam saturados, insuficientes para fazer frente aos novos desafios que se impõem. No desenrolar da ação, o gênero precisa se metamorfosear para atender a circunstâncias específicas (CLOT, 2010).

O coletivo de trabalho implica em relações de trabalho que propiciem diálogo e circulação de informação. Mas “sem um quadro de referência do coletivo, nem manutenção de uma história comum, a ação individual desregula-se no trabalho.” (CLOT, 2002)

Neste sentido, a vulnerabilização dos sujeitos e dos coletivos profissionais também se faz preocupante, no que concerne ao processo de desmantelamento dos serviços públicos de atenção psicossocial como os CAPSI, bem como aos obstáculos profissionais que impedem o poder de agir total. A clínica da atividade nos trouxe ainda alguns conceitos importantes para bem entendermos o que será melhor discutido adiante, sobre as circunstâncias e os modos de atuação terapêutica dos profissionais de psicologia de um dos CAPSI de Fortaleza que atendem crianças diagnosticadas com TDAH.

Para que o sujeito saia da cristalização e inércia diante do trabalho e da própria atividade, e se abra às possibilidades, é preciso que ele se volte à reflexão. Para que o sujeito pense sobre a própria ação, se volte sobre ela e busque formas de mudar o que se considera necessário, construíram-se métodos de intervenção como o instrumento de instrução ao sócia. Neste método, pede-se que o sujeito descreva o mais detalhadamente sua atividade em todos os aspectos, a fim de que alguém venha conseguir supostamente lhe substituir. Depois do exercício e debates acerca deste, busca-se dialogar sobre a atuação, seja esta pela perspectiva individual ou coletiva. A metodologia de instrução ao sócia, em síntese, busca ampliar o poder de agir diante da atividade destes trabalhadores que aqui abordaremos, buscando repensar e ampliar o poder de agir deles.

Nesse método há uma concepção vigotskiana. O pensamento se desenvolve na discussão, na confrontação e, portanto, a controvérsia é a fonte do pensamento. Então, Vigotski diz que o pensamento nasce duas vezes. A primeira vez quando se discute coletivamente e renasce, em seguida, na atividade individual. É o duplo

nascimento do pensamento, segundo Vigotski. A meu ver, esse é o seu ensinamento mais importante. Se bem que os métodos da auto-confrontação cruzada, do diálogo no coletivo, da controvérsia no coletivo são muito característicos, a meu ver, do método indireto que ele desenvolveu em psicologia, que consiste em tentar se apropriar do objeto pela mediação de outro, por meio do conflito entre as pessoas. Esse método não é apenas empírico, mas há todo um aparato conceitual. Assim, nas situações criadas no método, os trabalhadores são solicitados a pensar. Pede-se a trabalhadores da mesma profissão que discutam seu trabalho. A descoberta prática é de que o diálogo profissional é uma fonte do pensamento individual, assim, o coletivo é uma fonte do pensamento individual. Coletivo entendido como confrontação e intercâmbio. O coletivo, então, é compreendido como controvérsia (CLOT *et al*, 2006, p. 112).

Clot (2006) buscou a utilização do método de instrução ao sócia dentro da teoria da clínica da atividade, a fim de analisar e compreender as problemáticas das situações laborais em conjunto com os trabalhadores. Baseando-se em leituras de Vygostsky, propunha um homem construtor e construído pelas suas interações, o que incluía a dinâmica do trabalho. Nesse sentido, sobre o poder de agir, considerava o homem como cheio de possibilidades não realizadas, o que o motivaria, de certo modo, a agir.

Esta mudança de mentalidade deve-se ao reconhecimento de que há no trabalho concreto, entre trabalho prescrito e trabalho real, um espaço onde o saber é necessariamente colocado em trabalho. As soluções criadas neste espaço pelos trabalhadores sempre foram, e continuam sendo, fundamentais para que a produção se efetive. O trabalho convoca a inteligência de cada trabalhador e do coletivo de trabalho na descoberta, na aprendizagem, no desenvolvimento e na produção de saberes. (SANTOS, 1997, p. 15).

De acordo com o que já foi supracitado no início da discussão sobre as novas configurações no mundo do trabalho, e como estas afetam diretamente o modo como o trabalhador se organiza psicossocialmente, deve-se lembrar que a atividade se torna cada vez mais invisível e difícil de ser prescrita; uma outra atividade, dirigida à tomada de decisões, toma o lugar da anterior. Vale salientar aqui, dentro dos objetivos do nosso trabalho, que a clínica da atividade propõe analisar os efeitos da distância entre o real e o prescrito, considerando o real da atividade enquanto, além daquilo que se faz, aquilo que não se faz, ou se tenta fazer sem ser bem-sucedido na ação.

O trabalho executado é muito mais que o previsto e percebido. O conceito de trabalho prescrito, refere-se ao que é esperado no âmbito de um processo de trabalho específico. O trabalho prescrito está vinculado, de um lado, às regras e objetivos fixados pela organização do trabalho e, de outro, às condições dadas. Pode-se dizer, resumidamente, que indica aquilo que se deve fazer em um determinado processo de trabalho. Já o trabalho real acontece no encontro entre o que deve ser feito e o que é feito efetivamente, e é o trabalhador, individual e coletivamente, que faz a gestão de tudo isso no cotidiano, muitas vezes tendo que

se adaptar a situações imprevistas. Ele pode ser definido como um processo de regulação e gestão das variabilidades e do acaso. São atividades exercidas pelos trabalhadores para atender às exigências frequentemente conflitantes e, muitas vezes, contraditórias, que podem acontecer no decorrer do serviço. Segundo Zanelli, Borges-Andrade e Bastos (2014), diferentemente de prescrever uma tarefa, descrever um cargo para que se execute uma tarefa, significa relacionar desde o que o ocupante faz até o motivo porque faz. É um retrato do conteúdo e das principais responsabilidades do cargo. Sua finalidade é tentar descrever o trabalho prescrito, ou seja, o que um ocupante daquele cargo deve fazer. Para tanto é necessário analisar as informações como o título do cargo, o sumário das atividades a serem desempenhadas e as principais responsabilidades do cargo, deveres e as responsabilidades do cargo, dos métodos de trabalho e das relações com os demais cargos.

A esse respeito, torna-se necessário expor aqui um desenvolvimento importante proposto por Clot ao refletir sobre as descobertas da ergonomia francesa. Ele reconhece a importância fundamental do tratamento dado por essa disciplina à tarefa prescrita e à atividade real, sendo que “ a tarefa é aquilo que se tem a fazer e a atividade, aquilo que se faz” (p. 115). Enfatiza sempre o papel decisivo dessa disciplina na fundação de uma verdadeira psicologia do trabalho na França, ou seja, uma psicologia voltada para a adaptação do trabalho ao homem, rompendo definitivamente com a perspectiva tradicional de adaptação do homem ao trabalho. No entanto, diz ele, o reconhecimento desse mérito não pode nos impedir de perceber na ergonomia uma limitação: ao analisar a atividade, ela não incorpora devidamente a dimensão da subjetividade. Clot propõe, então, que se acrescente às tradicionais dimensões do trabalho prescrito e do trabalho real, o real da atividade, isto é, que se ultrapasse a simples análise do que deve ser feito e do que efetivamente se faz, para incorporar as vivências internas do sujeito. Assim, deixa claro que a concepção de atividade por ele adotada “(...) só recobre de maneira parcial o conceito de atividade de trabalho geralmente em uso no âmbito da ergonomia”, uma vez que seu esforço é no sentido de “(...) especificar um conceito psicológico da atividade.” (p. 65)” (CLOT, 2006 *apud* LIMA 2006, p. 114)

Diante de tal referencial teórico, buscou-se manifestar a transformação da experiência vivida em algo que se possa minimamente observar e, assim, desenvolver, como um instrumento de inspiração ao método de instrução ao sócia, inferindo a tomada de consciência como o caminho para o desenvolvimento e método praticado dentro da clínica da atividade.

A instrução ao sócia supõe que o investigador substituirá o trabalhador em sua atividade, onde o sócia é “um interlocutor deliberadamente artificial que apresenta um defeito irremediável: não sabe, mas deve saber” (CLOT, 2006, p. 149): “Suponha que eu seja seu sócia e que amanhã vou substituí-lo em seu local de trabalho. Quais instruções você deveria me transmitir para que ninguém perceba a substituição?” (CLOT, 2006, p. 144). Dessa forma, o trabalhador indica ao clínico pontos como o que se faz cotidianamente na atividade, o que não se deve fazer, o que se poderia fazer, mas não se faz. A Clínica da Atividade retoma um

caminho apontado por Ivar Oddone, Re e Briante (1981), de atenção às possibilidades de superação de impasses pelos próprios trabalhadores, a fim de trazer à tona aspectos de como cada trabalhador realiza sua atividade.

Se existisse outra pessoa perfeitamente idêntica a você, do ponto de vista físico, como você diria a ela para se comportar na fábrica, em relação à tarefa, aos colegas, à hierarquia, e à organização informal, de forma que ninguém percebesse que não se trata de você mesmo? (ODDONE; RE; BRIANTE, 1981, p. 57, tradução livre).

O exercício é a oportunidade mediada de um contato consigo, com a própria atividade. Segundo Batista e Rabelo (2013), o sócia é um questionador sobre o motivo de o trabalhador realizar a atividade como realiza, mesmo que este não consiga explicar direito. Depois da instrução terminada, o investigador pergunta acerca dos sentimentos trazidos à tona com o exercício, a fim de saber sobre as reflexões provocadas. Em seguida, o trabalhador recebe a transcrição dos áudios, *ipsi litteris*, para que ele venha a elaborar um comentário e refletir mais acerca deste exercício, atentando para passagens como bloqueios, risos, pausas, etc. Posteriormente, é marcado um novo encontro com o grupo, onde se discutirá e compartilhará com o grupo as reflexões dos trabalhadores, bem como elaborações suscitadas pela instrução e pela análise posterior. Busca-se avaliar os motivos e circunstâncias pelos quais o profissional realiza sua atividade de maneira específica, semelhante ao coletivo, e ainda o que é impedido.

Com o sócia, o sujeito introduz-se em diálogos exteriores e interiores. Eles podem ser considerados como exercícios estilísticos que lhe permitem tomar consciência do que faz nesse exato momento ou do que se desfaz para, eventualmente, voltar a fazê-lo. [...] análise do trabalho se revela como um instrumento de desenvolvimento da consciência do sujeito quando lhe é oferecida a possibilidade de alterar o estatuto do vivido: de objeto de análise, o vivido pode tornar-se meio para viver outras vidas. (CLOT, 2010, p. 223).

As entrevistas sobre os modos de atuação dos profissionais foram de cunho qualitativo, semiestruturadas, com fins de análise de conteúdo, bem como o uso do método instrumental baseado e inspirado na instrução ao sócia, onde propomos uma análise do trabalho do profissional psicólogo pelo ponto de vista da atividade. Considerando-se, aqui, a atividade como aquilo que é sempre mais do que os gestos realizados, passíveis de ser observados diretamente. Algo que está sujeito às pressões, às normas e às situações que se transformam continuamente, contingencialmente (OSÓRIO, 2008). Para além de uma concepção desencarnada da atividade de trabalho, propõe-se incluir neste conceito os conflitos do real e resistência do real, entendido por quando o sujeito consegue enfrentar as restrições e frustrações, bem como a indeterminação da realidade da atividade (CLOT, 2014).

A fim de buscar informações acerca do modo de atuação individual dos profissionais de psicologia que atuam nesse Centro de Atenção Psicossocial Infantil de Fortaleza, usaremos como forma de proposta interpretativa do fenômeno a ser estudado a análise de conteúdo (RICOEUR, 1987), a fim de hermeneuticamente esmiuçar as narrativas desses indivíduos. É válido ressaltar aqui que durante a coleta de dados foi preferível o uso de áudios e/ou transcrições em vez de filmagens, que foram colhidas durante as entrevistas. As transcrições de partes pertinentes das entrevistas e conversas com os profissionais de psicologia fazem-se também como partes essenciais desses documentos submetidos a confrontações, proporcionando aos psicólogos a possibilidade de repensar e recriar elementos do exercício de sua atividade de trabalho, como possíveis prescrições mais concretas das atividades.

Esta pesquisa teve caráter qualitativo e se constituiu metodologicamente, em um primeiro momento, num grupo de três psicólogas das cinco que atuam em um dos Centro de Atenção Psicossocial Infantil de Fortaleza (CAPSI) em atendimento a crianças diagnosticadas com TDAH. A primeira visita ocorreu em três momentos, onde pude aplicar a entrevista de acordo com o instrumento utilizado (inspirado na instrução ao sócia), com objetivos de saber sobre o modo de atuação dessas psicólogas. Na segunda visita, houve uma reunião em que cada uma das profissionais falou acerca de suas reflexões sobre o processo de instrução (por meio da escuta prévia dos áudios e/ou transcrições). Por último, houve a terceira visita, que finalizou o processo em campo com este primeiro grupo de três profissionais, sendo destinada a uma reflexão coletiva em torno das diferentes formas do fazer da atividade, bem como em torno dos objetivos desta pesquisa.

Com a finalidade de ampliar os estudos, resolveu-se consultar as outras duas profissionais que também atuam nesse Centro de Atenção Psicossocial Infantil de Fortaleza (CAPSI) em atendimento a crianças diagnosticadas com TDAH, que compuseram o segundo grupo. O trabalho de coleta em campo se deu do mesmo modo que no primeiro grupo. (Chamaremos as psicólogas de A, B, C, D, E a fim de preservar suas identidades e evitar quaisquer constrangimentos). Explicou-se também para as psicólogas a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e depois a leitura do roteiro de entrevista contendo a explicitação do instrumento a ser utilizado, de inspiração no Instrução ao Sócia.

Desejando perceber o modo individual de atuação do profissional de psicologia e as possíveis influências no engajamento de crianças diagnosticadas com TDAH durante as atividades propostas, é necessário estudar o modo de atuação desse trabalhador não isoladamente, mas integrado ao contexto de atuação (aspectos estruturais e dos coletivos de

profissionais, tempo de duração), ao público ao qual se volta sua atividade, dentre outros fatores que constroem esse modo de agir. Estão ainda dentro do objetivo deste estudo investigar como as crianças diagnosticadas com TDAH se engajam nas atividades terapêuticas propostas pelos profissionais de psicologia, considerando o modo individual de atuação deles. Como objetivos específicos, buscaremos identificar o modo de atuação individual desses profissionais de psicologia, identificar a possibilidade de uma atividade prescrita, de um gênero e de um estilo profissional para esses profissionais de psicologia, reconhecer como ocorre o trabalho desses profissionais diante desses dispositivos de saúde pública com base na clínica da atividade, verificar como o poder de agir desses profissionais psicólogos funciona como ferramenta potencializadora de engajamento das crianças diagnosticadas com TDAH para que se dê o processo terapêutico, e analisar a relação entre psicólogos que trabalham nesse Centro de Atenção Psicossocial Infantil de Fortaleza e as crianças diagnosticadas com TDAH.

Para uma melhor tentativa de apropriação do tema, e melhor estudo do problema de pesquisa, justificou-se fazer também um levantamento bibliográfico acerca de descritores como clínica da atividade, gênero profissional, estilo profissional, poder de agir, psicólogo, engajamento, criança, TDAH.

Vale salientar ainda aqui que, como procedimentos para submissão do projeto ao comitê de ética em pesquisa (CEP/UFC/PROPESQ), serão anexados e enviados por meio da Plataforma Brasil e para outros setores ao qual a pesquisa se vincula como a Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (COGETS).

4 DISCUSSÃO E ANÁLISE DE DADOS

Essa, podemos chamar assim, falha na correspondência direta existente entre trabalho prescrito e trabalho real, se deve ao fato de as situações reais de trabalho serem dinâmicas, instáveis e submetidas a imprevistos. Isso acontece porque as prescrições, por mais que venham a ser amplamente complementadas (em normas, diretrizes, portarias, manuais, e abordagens no caso da psicologia), ainda são recursos incompletos, uma vez que desde a sua concepção elas não são capazes de contemplar todas as situações encontradas no exercício cotidiano de trabalhar. Portanto, a atividade de trabalho envolve estratégias de adaptação do prescrito às situações reais de trabalho, atravessadas pelas variabilidades e pelo acaso. Ainda que pudéssemos traçar uma descrição de cargos bem definida, tomando como norte todos os pontos necessários (o título do cargo, o sumário das atividades a serem desempenhadas e as principais responsabilidades do cargo, deveres e as responsabilidades do cargo, dos métodos de trabalho e das relações com os demais cargos, dentre outros), podemos perceber que, nesse sentido, trabalhar é gerir.

O trabalho nos centros de assistência psicossocial públicos exige muito dos profissionais que atuam nesses campos, haja vista a ocorrência de falhas no que concerne à carência, fluidez e frouxidão de prescrição de suas atividades bem como da descrição de seus cargos, estando o fazer desses profissionais restrito a algumas normas reguladoras e que, prezando pela espontaneidade e abertura à diferentes instrumentalizações (RAMMINGER; BRITO, 2011) deixa margem para dificultar diante das atividades a consolidação de gênero profissional.

Então eu acho que uma pessoa pra se passar por mim aqui é uma pessoa que tem que tá muito disponível, porque eu faço tudo aqui... além de ser psicóloga a gente ainda vai pegar merenda, pega no prontuário... então a gente além da parte de psicologia, do trabalho como psicóloga, a gente acaba fazendo outras coisas também, então é uma pessoa que tem que tá quase cem por cento aqui (Psicóloga E, 2017).

Esta problemática ainda é reiterada pelas psicólogas durante o momento de discussão acerca do exercício proposto pela pesquisa:

É, eu tava até comentando com as meninas como isso seria legal. No NUTEP, no NAMI, existe todo um programa, um planejamento. A gente aqui tenta organizar minimamente o serviço, os atendimentos, mas a gente não tem um norte nesse sentido. É cada um por si estudando, trazendo seu material, elaborando sua atividade, ainda que seja o mesmo caso e a mesma faixa etária, por exemplo. E a gente tem que tá sempre inovando mesmo, porque não tem nenhum direcionamento ou programa. Assim, também é um desafio bom, porque nos deixa livres pra criar coisas, mas as vezes a gente pode cair no problema da falha, de não poder oferecer um serviço melhor. Cada uma das teorias, das abordagens nos dá recursos pra

trabalhar, e isso inclui a subjetividade que ela falou, mas se tivesse um norte, algo pra delinear melhor o nosso trabalho pra uma demanda específica, já ajudava e qualitativamente. (Psicóloga C, 2017).

Segundo Santos (1997), as novas configurações de trabalho revelam boa parte dos motivos para que isto ocorra. Em processos onde o imprevisível e o incontrolável seguem sempre presentes, a prescrição permanece distante do trabalho real; e podemos inferir que este também é o caso da dinâmica dos CAPSI. Questões como a grande rotatividade de profissionais em um mesmo *locus* de serviço - haja vista uma seleção de profissionais que só dura dois anos, a alta demanda infantil dos mais diversos tipos e graus no que concerne às psicopatologias, a escassa atenção da gestão às demandas dos trabalhadores para a boa execução do serviço de atenção, bem como as mais diversas abordagens entre profissionais de psicologia, contribuem para que não haja um modo de atuação específico para o serviço.

Entretanto, a regulação da qualidade do funcionamento das instalações e do seu nível de confiabilidade implica um ajustamento à norma, logo uma resposta à prescrição. A produção passa a depender da regulação feita por equipes que dependem cada vez mais dos estilos pessoais, quiçá dos saberes e dos objetivos coletivos. O saber e as relações que os trabalhadores estabelecem entre si e com o saber deixam de ser resultados fortuitos da vida no trabalho e tornam-se fonte de toda produtividade. Comparamos aqui, no que diz respeito ao trabalho nos CAPSI, produtividade não como o cumprimento de metas ou questões relativas à alta produção, mas podemos comparar enquanto à exigência de necessidade de resposta social no que concerne ao serviço demandado: o de atenção psicossocial.

Na gestão passada eles tiveram [preocupação]. Mas no ano passado eles não tiveram não. Então assim, tinha que fazer o auê lá, pra ver se eles entendiam: olha, a gente trabalha com criança, com autista que precisa de elo, então... ainda bem que deu certo, mas a gente sempre explica pros pais que as coisas aqui são muito passageiras. E ainda tem os psiquiatras, são poucos os que ficam um ano aqui. E ai é muito complicado de trabalhar isso com eles, então se no final do ano que vem eu saio, em outubro já começo a trabalhar isso com eles. Porque o melhor era se a gente soubesse quem vinha, pra fazer essa transição... mas a gente não tem a mínima noção de quem vem. Porque a gente já entendeu que concurso não vai ter... então a gente tenta ver outros pontos pra amenizar essas dores, essas quebras. [...] Não, aqui é fácil de trabalhar. Depois que você pega o ritmo. Não tem pressão, tem horas que é tranquilo, dá pra levar de boa. O que complica mesmo aqui no CapsI é a parte administrativa, né, que ai a gente acaba tendo que dar conta de coisas que não diz respeito a gente... acho que o complicado é isso mesmo. Os atendimentos aqui, o ser psicólogo aqui só é pesado porque ninguém nunca chegou aqui pra dizer que tava muito feliz... mas é uma coisa que a gente já tinha se proposto desde a faculdade. Mas com relação a substituição o principal é: sorriso no rosto, mesmo não estando muito bem, e bota o corpo pra trabalhar. (Psicóloga E, 2017).

Segundo Barros, Pinheiro e Zamboni (2010), os gêneros, nesse sentido, são meios de agir; recursos que se pode dispor, assim como obrigações a cumprir para fazer valer nossas

intenções no intercâmbio com os outros e no uso dos objetos. O gênero deve ser pensado como constitutivo da atividade individual, o que também garante a manutenção do status do indivíduo como agente ativo, pois a formação e a transformação do gênero se dão na prática transformadora com base no estilo da atividade do sujeito.

Mas o real do trabalho impõe, cada vez mais, um trabalho coletivo; para fazerem face ao real, os trabalhadores têm que fazê-lo juntos. No mundo do trabalho atual há uma gestão individualizante, mas há uma necessidade muito, muito forte do coletivo. E o coletivo não é simplesmente um valor que deveria ser defendido contra a corrente de uma sociedade que vai contra o coletivo. Eu creio que a questão do coletivo merece ser aprofundada como uma tendência do lado do real do trabalho. Isso quer dizer que o coletivo não é qualquer coisa que deve ser defendido, mas algo que deve ser reencontrado; ele é algo que é solicitado e, ao mesmo tempo, interditado. Eu creio que no mundo do trabalho atual, na indústria e nos serviços, sobretudo na área de serviços, o coletivo é a fonte do real. O coletivo é solicitado e, ao mesmo tempo, interditado e eu penso que é a causa profunda do sofrimento no nível profissional. A necessidade do coletivo combatida pela organização que será vivida como dificuldade no nível individual. Eu creio que o que nós fazemos na psicologia do trabalho, na clínica do trabalho não é defender um valor antigo do coletivo; eu penso que nós estamos bem habilitados para saber que a organização do trabalho oficial tenta rechaçar o coletivo, mas esse coletivo é qualquer coisa que é demandada pelo real do trabalho. Assim, eu sou bastante crítico sobre certas descrições sociológicas do trabalho atual, que retêm uma única tendência. (CLOT *et al.*, 2006, p. 103).

Pelo diálogo com as profissionais de psicologia que atuam nesse CAPSI, o que se sobrepõe a essa não solidez de coletivização das ações, a respeito da normatividade das atividades, é justamente a estilização, ainda que exista para elas uma dificuldade em se refletir a fundo sobre esta. Quando, a partir da aplicação do instrumento de inspiração na instrução ao sócia, tentou-se refletir sobre a atividade, se pensar acerca da estilização, e do que era semelhante ou coletivo diante da execução das tarefas, elas destacam:

Não, eu acho que, cada uma tem sua abordagem dentro da psicologia, mas eu acho que é... eu acho que não é tão diferente não. Acho que é mais a questão da teoria mesmo, que às vezes difere, mas a prática eu acho que acaba não sendo tão diferente(...) Queria acrescentar no meu que, pelo que li, teve uma dificuldade minha de pensar sobre a forma individual de atuação, com a substituição, porque foi um questionamento que nunca chegou até mim, nem na faculdade nem aqui. E o que me pegou também foi como eu poderia passar o que eu sou e como faço pra alguém se isso é tão subjetivo? Mas trouxe essa reflexão, como se agora eu tivesse que me olhar no espelho.” (Psicóloga A, 2017).

Ainda sobre os desafios, mas sobre as gratificações de se pensar sobre a atividade, elas constataam:

Assim, foi interessante refletir sobre o que eu consigo falar da minha atuação, do exercício da profissão né, você parar pra pensar sobre a sua prática profissional. Então, assim, pra mim foi bom, apesar de ter o lado do desafio, né, você realmente no dia a dia acaba muito na prática e quando para pra falar acaba tendo que se remeter a toda sua formação, seu embasamento teórico, as metodologias, enfim... mas por outro lado é muito bom estar parando pra pensar em que aspectos você pode

melhorar, o que você está fazendo realmente, né, em termos de atuação individual e profissional. Foi muito bom, de um modo geral. Eu acho que isso traz um amadurecimento e uma vontade de estar procurando estudar mais, se conhecer mais, rever certos conceitos, rever como se dá a prática profissional [...] No mais eu achei tranquilo. Apesar de se deparar com uma situação como essa, eu acho que pensar sobre o serviço, pensar e falar sobre a prática sempre é preciso de algum modo... seja pra estagiários, estudantes, ou entre nós mesmos. E na correria do dia a dia a gente não para pra pensar sobre isso. (Psicóloga C, 2017).

Como mencionado, questões como o comprometimento com o trabalho dependem também das relações que o trabalhador estabelece com o contexto organizacional, a conjuntura social e as configurações do trabalho em dada época; sabemos que o comprometimento diz respeito a como o indivíduo se vincula ao trabalho e ao ambiente laboral, em seu aspecto mais cognitivo. Do mesmo modo que supracitado, alguns estudos e enfoques apontam que saber o nível de comprometimento do trabalhador com o trabalho, auxilia na construção de um trabalhador mais saudável (menos frustrado, privado, coagido...). Estudos demonstram que há três tipos de comprometimento com o trabalho: o comprometimento afetivo, que diz respeito ao desejo do indivíduo estar e fazer parte daquela organização (que pode ser influenciado por aspectos como cultura organizacional ou experiências anteriores com o cargo); o comprometimento instrumental, que diz respeito à contingência em que o indivíduo se encontra, com relação à função exercida, cargo ocupado, recompensas, motivação, contexto que o proporciona); e o comprometimento normativo, que diz respeito a uma espécie de obrigação social, a um dever moral para com o trabalho. Vale salientar que os três tipos de comprometimento podem coexistir, estando um em prevalência ao outro. Para tanto, vão à produção e promoção de saúde em um ambiente de trabalho está diretamente ligada à capacidade de execução bem-sucedida de uma atividade pelos trabalhadores, pela ampliação do poder de agir destes. É sabido ainda que, para tanto, a normatividade para a execução da atividade também deve ser propícia.

Novos processos de inserção laboral se configuram pelas atuais formas de organização no mundo do trabalho, no que concerne ao trabalhador e à instituição (inclusive nos serviços públicos de atenção psicossocial). Tomando como exemplo a fragilidade de vínculo e a decorrência destes nos modos de comprometimento, é sabido que nos CAPSI a admissão de profissionais não se dá de forma privada, mas sim por uma seleção que dura dois anos. Para que os profissionais continuem a exercer suas atividades nesses serviços, é necessário que sejam feitos constantes processos seletivos, de dois em dois anos. O que é trazido pelas profissionais de psicologia, por exemplo, é como essa fragilidade de vínculo com esse tipo de serviço público de atenção psicossocial afeta os processos terapêuticos diretamente. As profissionais mencionam uma espécie de desmanche da construção tão árdua

e gradual de seu trabalho, haja vista que todo um processo terapêutico (clínico, de reabilitação psicossocial) pode vir a se perder, num instante, quando se completarem esses dois anos.

A gente sofreu muito, principalmente quando os profissionais estão há bastante tempo e tem que sair por causa da seleção. As crianças ficaram muito mal com a saída deles, de caso de criança segurando a boneca e dizendo que não ia abandonar a boneca. É muito difícil e constrangedor, mas infelizmente nossos superiores não se importam com isso... eles não pensam outra forma de contratação viável por isso, pra que houvesse essa mínima manutenção de vínculo, já que essas crianças já têm problemas com laço social. Então a gente faz um trabalho por um lado, que é desconstruído por outro. Felizmente a maioria da equipe se manteve, conseguiu ficar. Mas esse sistema é sorte, porque muita coisa não conta e nem é visto pra que você fique. Eu me sinto muito mal, porque ao mesmo tempo que eu to construindo um trabalho, é tudo muito frágil, muito fácil de ser perdido, e daqui a dois anos eu não sei mais se eu tô aqui, ou se essa criança vai continuar a ser atendida... porque ainda tem isso, não há garantia de que essa criança que eu to atendendo hoje continue a ser atendida por outro profissional depois que eu sair daqui. Pode ser que ela se perca no meio dessa mudança de equipe. E é como se você não tivesse feito nada. É todo um trabalho que demora, e quando a gente consegue ter uma resposta, a gente já tá saindo. (Psicóloga D, 2017).

Elas mencionam ainda, enquanto trabalhadoras submetidas a esse sistema, o quanto os gestores da rede pouco se preocupam, nesse sentido. Assim, pode-se perceber como o cuidado em saúde mental e a atenção psicossocial não podem ser resumidos a um trabalho operacional, no que diz respeito ao mero cumprimento de regras (quando essas se fazem existentes e de fato podem nortear a atividade com êxito), mas sim exige que o trabalhador se implique na atividade de modo efetivo, político, engajado, sendo também agenciador dessa rede de cuidado diante da carência existente. Esse trabalhador se configura como um sujeito, por assim dizer, multifacetado, ora transformador das práticas de saúde, ora sujeitado às precárias condições de trabalho que muitas vezes são impostas e aceitas, levadas pela necessidade de permanecer na atividade. Como afirma a psicóloga D, são poucas as vezes em que ela presenciou, durante esses anos em que trabalha no CAPSI, os superiores se importando ou se propondo a pensar outra forma de contratação viável para que houvesse essa mínima manutenção de vínculo, já que as crianças atendidas precisam dessa atenção quanto ao laço social. Afirma, inclusive, que mesmo apesar disso tudo, até agora não se afetou diretamente os atendimentos, no sentido do comprometimento da equipe. Exemplificou que, no dia seguinte ao dia que ocorreu a entrevista, haveria a festinha do dia das crianças, e a prefeitura não arcou com nada; foram as profissionais que fizeram bazar e cota, e se mobilizaram, mas que provavelmente a “prefeitura” estaria lá tirando fotos para se promover. Então assim, mesmo sendo tudo bem complicado, demonstrava-se um vínculo afetivo com as crianças e com a família.

Nesse sentido ainda, sobre vínculos e comprometimento, mesmo quando elas mencionam um comprometimento instrumental que estabelecem com o trabalho, caracterizado especialmente pela necessidade capital, podemos perceber que o tipo de comprometimento que se configura de modo mais sobressalente e mais fortemente com relação ao trabalho delas é o normativo, cuja a caracterização principal é a necessidade moral em retribuir socialmente algo. Podemos conjecturar que isso contribui de modo exitoso para que elas venham a tentar cotidianamente exercer seu trabalho.

A equipe toda é muito comprometida, muito dedicada, tá aqui porque quer estar... o salário do CapsI é muito baixo, mas também não tá muito diferente da média. E a experiência daqui é muito rica, eu sempre quis essa experiência, trabalhar aqui, com psicopatologia grave... então assim, minha motivação aqui é a completa identificação com a causa, e a vontade de aprender ainda mais, e não o salário. Claro que eu não vivo de brisa. Mas é uma experiência maravilhosa, eu gosto de atender a quem não tem onde recorrer e vem aqui e tem esse tratamento... as pessoas estão aqui porque querem estar. (Psicóloga D, 2017).

Outro exemplo trazido fortemente, é a questão dos baixos salários e, muitas vezes, da desmotivação pela precarização do serviço, o que ainda tende a dificultar o bom andamento do processo terapêutico com essas crianças. As profissionais de psicologia mencionam, inclusive, como é possível que elas venham a executar suas atividades de modo cuidadoso, se elas não são cuidadas e atendidas. Segundo a Psicóloga E, as condições se configuram como péssimas. Primeiro, porque elas não têm férias, e questiona o fato de como ser possível trabalhar 40 horas e não ter férias, trabalhando com casos graves. Diz ainda que a saúde corporal e mental desses profissionais está bastante acometida. Afirma como tem épocas em que qualquer coisa é motivo adoecimento, e que sempre tem algumas semanas que várias faltam por motivos de doença; e que tem dias que a conversa delas se resume a:

Ai meu Deus, tomara que não venha paciente! Isso pra poder a gente... ufa! Dá uma descansada... porque é muito corrido... a gente deu uma diminuída na agente da gente pra poder respirar, porque se não é um atrás do outro, para e almoça, e volta pra atender até voltar para casa... e chega em casa ainda tem um monte de coisa pra fazer. (Psicóloga E, 2017).

Dando início a discussão teórica (a fim de conectá-la posteriormente aos dados em análise), sabe-se que o Conselho Federal de Psicologia disponibiliza o CREPOP – Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas, sendo este uma ferramenta de leitura que dispõe da elaboração de documentos de referência para a atuação dos psicólogos em diferentes áreas dentro das políticas públicas. O CREPOP busca construir uma referência sólida desse modo para a atuação e exercício profissional do psicólogo nos Centros de Atenção Psicossocial, sendo reguladas as referências construídas que possibilitam a

elaboração de parâmetros compartilhados e legitimados pela participação crítica e reflexiva da categoria.

Nele, a partir de pesquisas realizadas nos campos de atuação dos profissionais de psicologia, podemos observar que são vários os referenciais teóricos como instrumentos que norteiam a prática desses psicólogos (Psicanálise, Behaviorismo, Psicologia Social), mas que independente desses marcos epistemológicos, o compromisso profissional desse coletivo se pauta em princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira e em princípios que possam legitimar uma atenção psicossocial como construção individual e social (mutuamente) de modo histórico e temporal. Do mesmo modo, os serviços de saúde pública prestados pelos profissionais de psicologia, devem estar pautados nas diretrizes da ética Antimanicomial e do Sistema Único de Saúde, no que concerne à singularização e à construção de um projeto terapêutico singular usando como ferramenta de trabalho principal o vínculo e a escuta terapêutica:

Salientamos, no lugar disso, que as práticas serão tanto mais exitosas quanto mais responderem às exigências e desafios de cada contexto, na direção da atenção psicossocial referenciada. Do mesmo modo, a inovação das práticas deve ter como critério a produção de respostas diante da necessidade de intervenções dos projetos terapêuticos individualizados e as condições de cada território. Sem dúvida, do ponto de vista das intervenções tradicionalmente consolidadas no campo da Psicologia, isso deverá representar uma reinvenção de práticas e de tecnologias de intervenção. Pela relevância do seu lugar na orientação das práticas psicológicas e também na orientação das medidas de assistência em saúde mental, cabe uma reflexão final sobre a questão do diagnóstico e seu papel na construção das ações de atenção psicossocial e, portanto, na construção das intervenções nos CAPS. Nesse sentido, podemos afirmar que o campo da atenção à saúde mental orientado por tais princípios pauta uma transformação necessária à própria Psicologia, considerada a tradição a partir da qual esta se produziu a biografia do sujeito que ajude a pensar transformações possíveis nessa biografia. (CFP, 2013).

Sabemos que as diretrizes de atuação do CAPSI são a reabilitação psicossocial, bem como as diferentes modalidades de assistência prestadas pela equipe, como o atendimento terapêutico individual ou em grupo, oficinas com a família, visitas domiciliares e comunitárias, etc.; sabemos também, quais são as diretrizes do CREPOP que regulamentam (junto ao código de ética em psicologia) a atuação do profissional de psicologia nesses serviços de atenção psicossocial. Todavia, pretende-se discutir, ainda, acerca das dificuldades enfrentadas pelos profissionais de psicologia nesses serviços, diante de uma falta de prescrição bem estabelecida com relação à execução da sua atividade e ao seu cargo enquanto profissional, bem como de que modo se atualizam suas atividades realizadas diante do real.

Além das influências até agora identificadas, é fundamental assinalar a contribuição da ergonomia para o delineamento do conceito de “real” no âmbito das clínicas do trabalho. Embora não possamos fazer aqui senão uma apreciação esquemática, o

“real” da ergonomia é definido em contraste com a tarefa. O trabalho real é a atividade efetivamente realizada pelo trabalhador ou pelos coletivos de trabalho, ao passo que a tarefa diz respeito àquilo que foi prévia e normativamente concebido pela administração, que então age como uma instância prescritora (Leplat & Hoc, 1983). No hiato entre ambos, prescrito e real, vemos a ação do imprevisto, daquilo que resiste e questiona a tentativa de captura total do trabalho em normas e procedimentos instrumentais ou operatórios; da mesma forma, é nesse hiato que vemos emergir a função do sujeito como agente de seu próprio ato no trabalho. (BENDASSOLLI; SOBOLL, 2011, p. 62).

A clínica da atividade nos proporciona caminhos para que se embase tal discussão. Por exemplo, no que diz respeito à prescrição da atividade, o trabalho prescrito pode ser definido como as normas e exigências a partir do qual um trabalho deve ser realizado, incluindo as condições do ambiente de trabalho para tanto. A atividade diz respeito ao modo singular como esta tarefa de trabalho é realizada, considerando a prescrição desta.

Sabe-se ainda que há na atividade o que se chama de vazio de normas (SCHWARTZ, 2007, *apud* RAMMINGER; BRITO, 2001), como aquilo que não é possível de ser previsto e antecipado pela prescrição da atividade. Relaciono, nesse sentido, aquilo que o CREPOP pretende deixar aberto ao ofício dos profissionais de psicologia, levando em conta a subjetividade metodológica e instrumental de cada um. Contudo, sabe-se também que empenhar-se em uma atividade é ter que gerir diferentes normas, no que concerne ao uso de si e dos meios postos para a execução desta. Destaca-se, ainda, o que Clot (2006) afirma quando diz que o trabalho só exerce sua função psicológica quando quem o executa consegue guiar-se firmemente pelas regras que dão suporte à sua atividade; menciona ainda, que a cultura profissional coletiva (gênero profissional) também vem a dar suporte à competência individual da atividade (estilo profissional). O que ocorre é que, quando o gênero profissional está defasado, o trabalhador se sente só em suas decisões, sem este apoio.

E assim, pelo que a gente tá entendendo, você também quer que a gente discuta um pouco sobre as diferenças entre os meus atendimentos, com os da psicóloga D e as outras. E aí, pelo que a gente entende, eu acho que implica muito a forma de trabalhar pelo instrumento teoria, pela psicanálise, pela Gestalt né... então assim, claro que o que a psicóloga D disse serve pra todas, que quem comanda o tratamento é o paciente. Se o paciente chegar aqui e disser: “eu não quero falar nada hoje.”, a gente pode botar o que for que só vai depender dele, a gente só vai conseguir quando ele tiver com vontade. Então eu acho que isso é o que é semelhante em todo mundo da psicologia, e até em outras áreas também. Eu acho que ainda, discutir a história do: “se aparecer alguém parecida com você...”, eu acho que a gente entra muito no igual, no sentido de ter o respeito pelo paciente... porque é muito difícil vir uma pessoa e que você consiga instruí-la por completo. [...] Ter sempre um contato com os pais, porque sem isso o tratamento não anda... e tentar dar o melhor de cada uma aqui. Claro que tem aquele dia que a gente tá cansada, mas a gente sabe que aquelas pessoas também dependem da gente. Então é cada uma dar o seu melhor, da sua maneira. Ah! E uma coisa também que eu tinha dito muito, sobre cada como eu trabalhava e me diferenciava das outras psicólogas aqui, é que eu gostava muito do corporal, da vivência né... que é o que me diferencia mais das psicólogas A, B, C, D... mas eu acrescento que, se precisar, a D vai tá lá usando o corpo, se jogando.

Cada uma a sua maneira, mas a gente tenta se adaptar a cada uma a vivência da outra, e com a outra até aprender mais. (Psicóloga E, 2017)

O coletivo de trabalho implica em relações de trabalho que propiciem diálogo e circulação de informação. Mas “sem um quadro de referência do coletivo, nem manutenção de uma história comum, a ação individual desregula-se no trabalho.” (CLOT, 2002)

No trabalho no CAPSI, as demandas são sempre muito mobilizadoras, assim como as exigências do serviço; exigências não no sentido do cumprimento de metas ou de uma alta produtividade, mas exigências de um trabalhador sempre disponível ao serviço, que se vê no desafio constante de exercitar sua capacidade inventiva e criativa. Tudo isso está aliado à necessidade desse trabalhador gerir conjuntamente as demandas dos mais diversos casos, das normas do serviço (jurídicas, do serviço de atenção) e da falta de prescrição direta a respeito do seu cargo enquanto profissional de psicologia.

E a experiência daqui é muito rica, eu sempre quis essa experiência, trabalhar aqui, com psicopatologia grave... então assim, minha motivação aqui é a completa identificação com a causa, e a vontade de aprender ainda mais, e não o salário. Claro que eu não vivo de brisa. Mas é uma experiência maravilhosa, eu gosto de atender a quem não tem onde recorrer e vem aqui e tem esse tratamento... as pessoas estão aqui porque querem estar [...] O que eu poderia te passar é que o que eu faço valeria tanto pro TDAH quanto pra qualquer outra psicopatologia aqui no CapsI. Não existe um jeito de trabalhar de acordo com a patologia, o que diferencia é se o trabalho é individual ou em grupo. O trabalho da psicologia aqui não se delimita nesse sentido. E aí eu acho que o que tu traz seria muito importante pra ajudar a nos dizer o que é que nos cabe, no nosso trabalho, o que é que não, pra não ficar nessa história de que aqui todo mundo faz tudo e não há uma especificidade e que às vezes é mal confundido com o trabalho multidisciplinar [...] Eu quis atender bebês (psicanálise com bebês), apesar da portaria ser de 4 a 18 anos. Ela deixou, deu total apoio... foi super bacana, mas teve alguns problemas com relação ao próprio sistema mesmo, à justiça, ao abrigo... mas eu tive essa total liberdade até o dia em que eu disse que não queria ir mais porque não estavam valorizando o nosso trabalho, não tava fluindo, e ela disse: “okay.” Então assim, ninguém nunca me perguntou quantos pacientes eu atendia, não tenho metas a cumprir, nem tenho meta de grupo, meta de atendimento... então, assim, pra mim nesse sentido essa liberdade é maravilhosa. (Psicóloga D, 2017).

Ainda sobre as questões de gestão sem o caminho claro do suporte pelo gênero entre elas, a psicóloga E reitera:

A gente tem que adaptar ao que dá né... até porque a gente enquanto psicólogas não tem como dar conta. Porque o Capsi acaba passando todo mundo do Capsi pela psicologia. Então é muito paciente pra dar conta, e acaba tendo que selecionar e gerir de alguma forma. Tudo é adaptação. (Psicóloga E, 2017).

Não convém aqui afirmar que o CREPOP, enquanto ferramenta, se faz superficial, ou que os trabalhadores estão suprimindo sua capacidade de serem criativos e inventivos, como se tudo fosse muito simples e prático. A principal questão problemática é que o seguinte paradoxo se estabelece: de um lado, as psicólogas em sua atividade encontram-se frente a uma

inflação de normas (porque existem muitas políticas, portarias, diretrizes estabelecidas), mas, de outro, faltam-lhe normas essenciais para exercer sua atividade (por exemplo, não há orientações específicas ao profissional que chega ao serviço, a respeito do que lhe cabe enquanto profissional de psicologia naquela atividade, ou não há orientações específicas a respeito de como responder à normas jurídicas e encaminhamento à outras instâncias governamentais quando necessário, etc.). Vale salientar, assim, enquanto inspirados pela Clínica da Atividade, que tal constatação nos permite a possibilidade de fomentar intervenções posteriores dentro da instituição investigada, propondo contar com a adesão das profissionais, caso as mesmas se identifiquem como as análises e discussões aqui tecidas.

Este problema é uma demonstração acerca da falta de consolidação de um gênero profissional diante da não muito clara descrição de cargo ou de tarefas para estas profissionais de psicologia que atuam no CAPSI. É um erro pensar que a construção de normas venha a engessar o serviço. Ao contrário, normas construídas funcionam como suporte coletivo à atividade, ao reger e apoiar os comportamentos e decisões de cada trabalhador, contribuindo para a consolidação de sua tarefa e atividade e, inclusive, com a preservação de sua saúde. A partir do momento em que o trabalhador se sente, muito mais fortemente, ligado à questão da estilização, sem um coletivo para se sustentar, a criatividade não é vivenciada apenas como uma conquista, mas muito mais como um fardo, uma obrigação.

Ainda que Clot (2006) venha a mencionar a linguagem (e, por exemplo, a fala) como possibilidade de prescrição, estando esta inscrita na dimensão corpórea também, onde

Atravessado pelas formulações de Bakhtin (1979/1984), Clot (2006) estende o campo problemático do lingüista ao âmbito da psicologia do trabalho. Para Clot (2006), “a atividade de linguagem é uma modalidade de atividade humana que pode servir de analisador [denominador comum] para as outras modalidades de atividade, aí incluído o trabalho” (p. 43). O próprio Bakhtin (1979/1984), segundo Brait (2007), ao definir os gêneros discursivos, destaca que “eles transitam por todas as atividades humanas e devem ser pensados, culturalmente, a partir de temas, formas de composição e estilo” (p. 88). Clot (2006), então, faz aliança com Bakhtin (1979/1984) para propor um modo de análise da atividade profissional que entra em ruptura com o modo vigente nas ciências do trabalho, habitado por uma oposição de mesma ordem saussuriana entre o prescrito e o real do trabalho. É através desse entrecruzamento que Clot (2006) nos propõe uma abordagem do trabalho partindo do ponto de vista dos gêneros da atividade. (apud BARROS; PINHEIRO; ZAMBONI, 2010, p. 64).

Clot (2006) também deixa bastante claro que

Segundo Clot (2000; 2006), a atividade situada sempre convoca uma série de gêneros a fim de que estes sirvam como suportes para a ação. Em outras palavras, toda ação se encontra apoiada em dimensões genéricas, isto é, em culturas profissionais coletivas tornadas em recursos durante a ação para a ação. Esta dimensão genérica consiste em uma memória impessoal e objetiva que formaliza a atividade em situação de um determinado modo, demarcando maneiras de começá-

la, de conduzi-la eficazmente a seus objetivos em meio às atividades dos outros e de terminá-la. Trata-se de um componente impessoal da atividade que assegura a acomodação “imediate” dos sujeitos em um coletivo de trabalho, ao conformar uma zona comum de saberes-fazeres compartilhados somente por aqueles que fazem parte de um mesmo horizonte profissional e social – é este componente genérico que, por exemplo, possibilita o trabalho conjunto de pessoas que nunca trabalharam juntas antes. Pode-se dizer, ainda, que um gênero profissional é como um referencial pelo qual designamos não apenas a cooperação em ato, mas também os modos da cooperação que ordenam previamente uma ação conjunta entre os diferentes elementos nela engajados. Uma espécie de interposto que reúne sutilmente “regras” formais e informais da/para ação comum. De fato, o gênero pode definir-se como o conjunto das atividades mobilizadas por uma situação, convocada por ela. Ele é uma sedimentação e um prolongamento das atividades conjuntas anteriores, incluindo o que foi feito, o que não foi feito, o que foi pensado, sentido, produzido, os impasses que surgiram. Constitui-se um precedente para a atividade em curso: aquilo que foi feito outrora pelas gerações de um meio dado, as maneiras pelas quais as escolhas foram decididas até então nesse meio, as verificações às quais ele procedeu, os costumes que esse conjunto enfeixa (CLOT, 2006). Essa sedimentação da experiência coletiva não deve ser tomada como uma rígida regulação funcional do trabalho, referindo-se aos procedimentos normativos à maneira de instruções ou ordens. Um gênero não é feito para ser seguido à risca como um regimento, como uma lei, mas para conferir elementos para ação, tom e cadências possíveis.” (*apud* BARROS; PINHEIRO; ZAMBONI, 2010, p. 64).

Sendo assim, a busca de plasticidade do serviço e o incentivo à ação normativa dos trabalhadores não se opõe à necessidade dos mesmos contarem efetivamente com um patrimônio formalizado de saberes que sustentam sua atividade.

E isso aponta para a necessidade de ampliação constante do poder de agir desses trabalhadores, tendo que exercer micro-gestões a fim de se guiarem melhor, como afirma a profissional de psicologia:

Mas é muito fácil se passar por qualquer uma da gente aqui, pelas psicólogas daqui, porque o trabalho da gente é muito... como é que eu posso dizer... é mais ou menos todo dia igual. Claro que os temas abordados são... mas a rotina da gente é muito rotina mesmo. Então eu acho que uma pessoa pra se passar por mim aqui é uma pessoa que tem que tá muito disponível, porque eu faço tudo aqui... além de ser psicóloga a gente ainda vai pegar merenda, pega no prontuário... então a gente além da parte de psicologia, do trabalho como psicóloga, a gente acaba fazendo outras coisas também, então é uma pessoa que tem que tá quase cem por cento aqui. Que mais que eu posso dizer [...] É... todo dia é trabalhado um pouco de tudo, faz um pouco de tudo. Mas ao mesmo tempo, assim, o que vai diferenciando o trabalho da gente, é realmente o atendimento clínico. Eu acabo, aqui, ficando com os meninos mais TDAH. Porque a gente meio que se juntou, o pessoal da psicologia, e sem querer, a gente meio que fez uma divisão. Então assim, a outra fica mais com aqueles pacientes mais graves, né, esquizofrênicos, e eu já fico mais com os meninos mais agitados. Porque com essa disponibilidade corporal, eu tenho formação nisso, então acabo sendo um pouco mais flexível pra isso do que as outras. (Psicóloga E, 2017).

Fica claro que em uma atividade pouco regrada, mas onde a capacidade de autogestão dos trabalhadores é exigida, a mudança ou chegada de uma pessoa altera todo o serviço em sua rotina. Não se trata apenas do fato de que cada profissional tenha uma escuta ou modo de atuação individual e singular, mas de ocupar diferentes lugares. Pela falta de uma

descrição de cargo bem definida, contributiva a uma prescrição de atividade clara (e o que pode ser constatado com a instrumentalização de inspiração na instrução ao sócia), o que muda de trabalhador para trabalhador com relação à sua atividade parece não ser algo passível de se dizer, embora seja algo bastante experimentado. E isso transforma e reconfigura sempre a atividade. Como esclareceu a psicóloga A, quando lhe foi perguntado acerca da reflexão do exercício, o que mais causou dificuldade foi quando teve de pensar sobre a forma individual de atuação, com a substituição, porque foi um questionamento que nunca havia chegado até ela, nem na faculdade, nem nas rodas de conversa com os colegas profissionais, nem no ambiente do próprio serviço. Ela inclui também o pensar sobre como poderia passar quem ela era enquanto exercia a atividade e como faria para alguém a substituir, quando considerava isso muito subjetivo; mas afirma ter trazido essa reflexão, como se agora tivesse que se olhar no espelho.

Podemos analisar ainda como, mesmo diante de tamanhos percalços, há uma gratificação por estarem inseridas nesse tipo de trabalho em saúde, que não tem em sua essência o cumprimento de metas ou a alta produtividade material, mas sim que se configura na complexidade da própria realização da atividade psicossocial de cuidado. Expressa-se em um processo interacionista, que se dá entre diferentes formas de saberes, onde profissionais de saúde e da atenção constroem e são construídos dialeticamente em conjunto com as crianças atendidas, em relação ainda com outros responsáveis pela demanda, como pais e educadores.

Durante as entrevistas e interpretação do instrumento de Instrução ao Sócia, a partir do relato e observações dos comentários e transcrições das psicólogas, podemos observar que a falta de prescrição para o trabalho do psicólogo nos CAPS, mesmo com o intuito de dar abertura a referenciais teórico e metodológicos pessoais com fins de garantir espontaneidade e criatividade na atuação, dá margem para questões como ambiguidade e conflito de papéis. Além disso, a falta de descrição de cargo sólida e clareza na prescrição para o trabalho faz com que o profissional de psicologia tenha que elaborar diariamente o seu fazer diante das demandas e contextos distintos que aparecem, acerca do seu lugar (nesse caso de dois em dois anos, considerando a dinâmica da instituição, das relações entre pares, etc.). Esse foi o propósito do CFP pelo CREPOP, o de propiciar essa abertura e constante elaboração do lugar dos psicólogos enquanto profissionais, levando em conta contexto específicos. Contudo, considerando a não rigidez do profissional em sua atuação, a indefinida prescrição e descrição de cargo também pode gerar obstáculos consideráveis para o fazer profissional e para a relação entre psicólogo e crianças. Tais hipóteses foram referidas pelas profissionais entrevistadas, quando se diz que “a gente tem que se virar diariamente, e quando

chega colegas novos de trabalho, mostrar pra eles como faz isso também”. (Psicóloga A, 2017).

Ao falar sobre a possibilidade de entendimento da atividade (CLOT, 2006) como meio para se compreender estilo e gênero profissional, e os meandros das normas e prescrição para a elaboração da atividade como norteadoras para o trabalho terapêutico (aqui com as crianças diagnosticadas com TDAH e para o trabalho dentro do Centro de Atenção Psicossocial como um dos objetivos desta pesquisa), as psicólogas se mostraram ainda mais interessadas em contribuir com a continuidade da pesquisa. Constataram que, de fato, há a necessidade de serem bastante criativas e, muitas vezes, ter que dar conta de situações na atividade para executar o seu fazer profissional psicológico que não estariam previstas e que elas precisam resolver (e que caso existissem essas normas norteadoras mais claramente solidificadas, bem como as descrições de cargo das quais falamos, as decisões acerca das problemáticas que surgem diariamente seriam bem mais facilmente tomadas, saber o que poderia ser coletivizado na atividade).

Nossa, que coisa boa! Muito interessante, e ficaríamos muito gratas que você trouxesse o material final dessa pesquisa, e as contribuições adiante.. técnicas e conhecimentos que, dependendo da teoria, seja do humanismo, seja da psicanálise. Cada uma das teorias possuem recursos para trabalhar, mas se tiver uma técnica como norte, que possam delinear o nosso trabalho diante da demanda. Isso nos ajudaria bastante. (Psicóloga C, 2017).

Pela análise a partir das narrativas ainda se percebeu a dificuldade das profissionais em falar sobre a sua atividade e seu estilo individual de atuação, e especialmente isso se refere à pouca prescrição de trabalho, decorrendo em um modo de atuar eminentemente diferente todos os dias. Vê-se por meio de aspectos como a dificuldade de falar sobre a própria atividade, ou por cada psicóloga ter seu próprio modo inventivo de realizar a atividade, bem como o interesse na proposta de se pensar um pouco mais sobre o seu modo de fazer cotidiano como profissional de psicologia, que a falta de descrição do trabalho do profissional de psicologia dentro desses Centros dificulta o desenvolvimento das atividades. Isso porque há de se considerar questões burocráticas, de investimento adequado, a técnica dos profissionais, tudo isso reverberando no cuidado. Cada modo de atuar nas atividades terapêuticas necessita de reinvenção do modo de atuar de cada profissional a todo momento, especialmente por pontos a serem considerados como fundamentais, a saber o real da atividade, a falta de descrição e a falta de consolidação de um gênero profissional. Por exemplo, ao ser perguntado a psicóloga A sobre a sua atividade e a atividade realizada pelos colegas, e quais as implicações de um sobre o outro diante da falta de prescrição, ela diz:

De alguma forma... é... assim... não é que dependa, mas eu acredito que um acaba ajudando o outro. É... por exemplo, numa discussão e caso, ou querendo saber a opinião, ou as vezes cruzei com um terapeuta ocupacional, conversar sobre o atendimento daquele paciente, eu vou falar mais sob esse olhar psicológico, e um vai ajudando o outro né... não é que dependa, mas eu acho que ajuda... Eu acho que, cada uma tem sua abordagem dentro da psicologia, mas eu acho que é... eu acho que não é tão diferente não. Acho que é mais a questão da teoria mesmo, que às vezes difere, mas a prática eu acho que acaba não sendo tão diferente. (Psicóloga A, 2017).

Outro exemplo é quando perguntado, diante da autopercepção da atividade proposta pelo instrumento de inspiração na Instrução ao Sósia, sobre a especificidade das atividades, do estilo individual e do que é intrínseco a sua atividade diante da substituição:

Vixe! Difícil! Eu não sei se as outras psicólogas fazem né... ai, eu acho que essa atenção com a criança, assim... a escuta. Tá o tempo todo tentando escutar o sofrimento daquela criança. Eu percebo assim, a gente... não vou dizer a gente, mas alguns profissionais acabam utilizando mais jogos, né, uma coisa mais mecânica. E eu, eu procuro usar mais brincadeiras, gosto, de brincadeiras livres, pra que elas possam... é... mostrar mais o sofrimento delas... e eu, assim... poder entendê-las. (Psicóloga B, 2017).

A psicóloga C (2017) ainda diz que “é difícil falar, mas eu acho que o que diferencia um pouco são as formações, né. Psicodrama, humanista, o olhar do sujeito, os jogos simbólicos, encenações. O que diferencia acho que é a leitura de homem.”

O trabalho, mesmo que referido a experiências e memórias coletivas, não é possível sem o estilo pessoal de cada trabalhador, ou seja, "o estilo individual torna-se por sua vez a transformação dos gêneros, por um sujeito, em recursos para agir em suas atividades reais" (CLOT, 2014, p. 50). Da mesma forma, o gênero tem que ser visto mais como um movimento do que como um estado, pois também se transforma a partir destas estilizações, pois "o estilo retira ou liberta o profissional do gênero, não negando este último, não contra ele, mas graças a ele, usando seus recursos, suas variantes, em outros termos, por meio de seu desenvolvimento, impelindo-o a renovar-se" (CLOT, 2014, p. 41).

Clot (2014) chama de gênero profissional de trabalho esta cultura coletiva que funciona como apoio à formação e competência individual, apontando para a dimensão mais genérica que existe em qualquer atividade individual de trabalho. O estilo pessoal de cada trabalhador, ou seja, o estilo individual, chama-se a transformação dos gêneros, por um sujeito, em recursos para agir em suas atividades reais.

Tem-se como possibilidade para se pensar de modo mais completo o projeto terapêutico e as atividades destinadas à essas crianças diagnosticadas com TDAH, e para que elas se vinculem, a importância da prescrição da atividade para os profissionais de psicologia

que atuam no CAPS INFANTIL IV, a construção de um estilo e gênero profissional em conjunto com o estilo individual, criativo e espontâneo de modo complementar.

Até porque a gente sabe que muda muito de profissional, né, de dois em dois anos tem a rotatividade. Claro que a gente sabe que o vínculo não vai ser o mesmo com o outro profissional, né, mas que se pelo menos tentasse manter uma linha de trabalho, de intervenção. E existindo essa linha, cada uma ia trabalhar diante da sua subjetividade, com algo mais técnico para além do prontuário. (Psicóloga B, Psicóloga C, 2017).

Podemos perceber, diante de toda discussão acima levantada, que há diante da não sólida descrição de cargos e da não clara prescrição de atividade para a atuação dos profissionais de psicologia que atuam nos CAPSI de Fortaleza, que se tem, por conseguinte, a construção de um gênero profissional frouxo onde se torna sobressalente a estilização. Diante disso, pode-se observar que as profissionais se veem meio que perdidas diante de suas atuações e de tamanhas mudanças que são características desse tipo de serviço, ficando obrigadas a um fazer que se modifica constantemente de acordo com a demanda, onde a criatividade se torna um fardo necessário a ser carregado, e onde não se sabe ao certo o limite entre a sua atividade e a do outro; o que concerne à sua categoria profissional e o que concerne a outros afazeres.

Contudo, aceder ao real da atividade não significa descartar a atividade realizada, mas se servir dela para alcançar a atividade não observável. Pois é justamente nas diferentes realizações da experiência que o real da atividade pode se duplicar. A transformação da experiência vivida em meio de fazer uma nova experiência torna manifesto o real da atividade nos seus desenvolvimentos. Isso porque entre o real da atividade e a atividade realizada existe uma contradição que oferece uma possibilidade quando o primeiro se realiza. Neste processo, o real pode se reorganizar e se modificar. O sujeito se produz neste vir a ser do real na atividade realizada e vice-versa (Clot, 2001). A tomada de consciência não se define pelo resgate de um passado intacto, mas na recriação da experiência passada que é revivida na ação presente. Esse é o princípio norteador de uma metodologia histórica e desenvolvimental praticada na clínica da atividade. (BATISTA, RABELO, 2013, p. 2).

5 CONCLUSÃO

Conforme Thompson (1993 *apud* SATO, 2002), o âmbito dos costumes tem um poder de resistência que nem mesmo nós que os reproduzimos, percebemos. Resistimos sem explicar o conflito, nos apropriamos de modos particulares de atuação que, por vezes, nem são pensados. Estruturam-se grupos, a fim de criar-se uma política de execução das atividades e dos recursos, podemos dizer, mais humana. O profissional de psicologia, em seu poder de agir diante de tal atividade, deve mostrar alternativas e possibilidades para que a criança possa expressar-se enquanto sujeito, ressignificando o tratamento (e possibilitando que a criança venha a fazê-lo em conjunto). Uma questão que se levanta, dessa forma, é a de que o paciente - e que nestes casos, tratam-se de crianças - tem de se vincular, de se ligar de uma maneira diferente a cada vez que se rompe um contrato dos profissionais, em especial os de psicologia. Toda uma nova humanização tem que ser recriada, no que concerne à atenção e ao cuidado terapêutico dessas crianças, com relação ao complexo entendimento relacional que envolve as questões psicossociais.

As formações pessoais e o modo de trabalhar (mais acolhedor, mais diretivo, mais assertivo...) explicitado pelos diferentes modos como as três psicólogas falaram sobre suas individualidades e semelhanças em trabalhar o diagnóstico do TDAH (estudos, formação, olhar clínico sobre a questão), bem como o modo de atuar diante de todas os percalços presentes nos aparelhos de atenção psicossocial infantil reverbera nos modos de cuidado para com as crianças.

Em diálogo com a pesquisadora, a psicóloga B fala que somente o uso de um medicamento, como o metilfenidato, não se configura como a melhor e a mais viável estratégia terapêutica, ou tão somente a mais rápida em tempos de imediatismos vividos na sociedade contemporânea:

Também estou sempre procurando um vínculo com essa família, e é sempre importante escutar a família, pelo menos uma vez no mês, a gente tem que tirar um tempo pra saber: e aí, o que... como é que ele tá, como é que o adolescente tá? E assim... Não, eu costumo falar. Sempre quando eu vou buscar: e aí, como é que ele tá? Tá acontecendo alguma coisa? Se eu percebo alguma coisa na criança, também no grupo ela fala alguma coisa, assim, que eu achei... que me chamou atenção, vou lá e pergunto pra mãe no final do grupo o que tá acontecendo. Como uma criança que disse que tava com febre... engraçado uma criança de seis anos ter essa noção né... que tava com febre, doente, porque o pai foi pro interior, porque tava com saudade do pai. E aí no final do grupo fui conversar com a mãe dela e perguntar: que

tá acontecendo? O que foi, o que foi isso mesmo? E aí a mãe: é, o pai dela foi embora pro interior, até agora não deu notícia, e a gente tá, assim, sem saber notícia dele, e ela tá sem dormir a noite, tá com febre, tá com muita saudade do pai. E outra questão com relação à criança com TDAH: tem dias que a gente percebe que eles são mais agitados. E eu sempre pergunto o que foi que aconteceu pra mãe, né, no finalzinho do grupo: aconteceu alguma coisa de diferente na família? E a mãe sempre diz: não, teve uma briga ontem com o pai dele, tive uma discussão, ele viu tudo. Aí no grupo, é incrível, sempre apresenta mais agitação. Como o sintoma tá ligado, diretamente, a forma... com o ambiente que ele tá, né, não é a toa que ele seja agitado, e não creio que seja só biológico. (Psicóloga B, 2017).

Quanto mais se estende a definição de uma patologia, tende-se mais a aumentar o número de sujeitos com tais características patológicas e, assim, percam sua identidade e recebam um rótulo de deficitário. Essas pessoas são desqualificadas pelos padrões de normalidade e diagnosticadas como doentes, problemáticas. Quando se trata de sujeitos que são crianças, sujeitos que ainda estão em processo de formação pessoal, essa questão se torna ainda mais complicada. Nesse ponto, o vínculo entre terapeuta e criança se faz de extrema importância para a permissão do “ser criança” e não somente do “ser doente”. Há, de fato, uma real preocupação com um ambiente de trabalho saudável para aqueles que cuidam da saúde dessas crianças, bem como que cuidam ainda que indiretamente dos pais e de toda a teia relacional que as cerca? Esses trabalhadores são valorizados em sua atividade? Segundo Pires e Braga (2009), uma das preocupações dos psicólogos que atuam na saúde é compreender a relação entre o comportamento e a saúde e como intervir na interface indivíduo, sistema de saúde e sociedade. Também notaram a valorização do contexto social como um dos determinantes da saúde, sendo a sua avaliação fundamental para qualquer ação a ser desenvolvida em prol da saúde.

Uma pesquisa realizada por Seidl e Costa Júnior (1999), sobre o psicólogo na rede pública de saúde do Distrito Federal, constatou que 100% dos profissionais evidenciavam a necessidade de treinamento específico, para sua atuação profissional. Em relação à introdução de profissionais da Psicologia em outros níveis de atenção à saúde, primário, secundário e terciário, Yamamoto (1998) reforça que não está em questão a importância do trabalho da Psicologia, na saúde pública, nem defende linhas específicas de teorias ou técnicas, mas insiste na instrumentalização técnica apropriada e respaldos teóricos que orientem as ações a serem desempenhadas, para além dos limites tradicionais. Por tratar-se de uma área recente, requer construções específicas, nas quais não se reproduzam apenas as práticas clínicas, todavia que sejam coerentes com as especificidades do setor de saúde. Bernardes (2010) refere que a maioria dos serviços se baseia no modelo clínico, sugerindo a abertura da Psicologia para o diálogo com todos os atores envolvidos, entre eles a comunidade, estimulando inclusive a participação e o controle social. (PIRES; BRAGA, 2009, p. 154).

A importância de se ter uma comunicação interdisciplinar, de se ter respeito a outros saberes e discursos, e da implicação como participação na construção da história dessas crianças (levando em conta as necessidades trazidas por elas) são pontos importantes para a

diferenciação da atuação desse profissional. Isso pode ser observado a partir do momento em que algumas crianças estabelecem certos vínculos e se engajam nas atividades propostas em relação a alguns profissionais mais do que em relação a outros. Decorre disso, a importância de se ter uma atenção e um cuidado com essas crianças humanizados, onde

Com embasamento nesta lógica, criou-se a PNH – Política Nacional de Humanização da atenção a gestão no Sistema Único de Saúde, o Humaniza SUS. A PNH é orientada para a valorização da dimensão subjetiva e coletiva em todas as práticas de atenção e gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos de cidadania e controle social com o caráter participativo. Possui como princípios: transversalidade, indissociabilidade entre atenção e gestão e protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos. Tem como objetivos criar um sistema de saúde em rede que supere o isolamento dos serviços em níveis de atenção, alterar o entendimento de saúde como ausência de doença, para a ampliação e fortalecimento da concepção de saúde como produção social, econômica e cultural bem como a fragmentação do processo de trabalho e das relações entre os diferentes profissionais e implantar diretrizes do acolhimento e da clínica ampliada, buscando oferecer um eixo articulador das práticas em saúde destacando o aspecto subjetivo nelas presentes (Brasil, 2008). Dessa forma, toda política e ação em saúde devem ter como eixo norteador a humanização. (PIRES; BRAGA, 2009, p. 155).

Essas questões também justificam, ainda, o modo individual de atuação profissional peculiar e que torna tão dispendiosa a tentativa de falar sobre e sobre o que é comum com os outros profissionais do mesmo gênero, provavelmente pela falta de descrição clara de cargo e prescrição, como já supracitado. Inclui-se aqui, ainda, o questionamento acerca da possibilidade de se tratar de uma debilidade da dimensão impessoal do ofício, a prescrição, tanto quanto das dimensões transpessoal e pessoal do ofício, o gênero e o estilo.

Como constatado nos últimos encontros a partir da reflexão com as profissionais de psicologia acerca dos construtos estilo profissional, e a possibilidade de se pensar a importância e utilidade de se ter um gênero profissional de atuação bem consolidado, bem como uma descrição de cargos prescrita, ficou bastante presente a clarificação que isso daria ao fazer psicológico dessas profissionais para um maior engajamento das crianças diagnosticadas com TDAH, haja vista questões contextuais presentes nos aparelhos como o CAPS (tempo de permanência, rotatividade de pessoal e consequente frouxidão dos vínculos, dentre outros). Tal importância não se faria com a finalidade de engessar ou romper com a espontaneidade, criatividade e instrumentalidade dado cada contexto de atuação ou referencial teórico e metodológico para partida, mas seria um viável norteador para possibilitar uma melhor gestão de normas e funções conflitantes (dada as contingências reais nos serviços como burocracia administrativa, alta demanda de usuários, demanda de gestores, falta de recursos, dentre outros fatores) que bloqueiam a execução e o fazer da atividade, (mostrando

o real da atividade) e que acaba exacerbando o trabalhador em si, podendo causar frustração, adoecimento e sofrimento perante a atividade e o real da atividade.

Para oferecer uma resposta mais completa às questões acima, Clot precisa desenvolver duas noções fundamentais: a noção de gênero e a de estilo de atividade. Ele define gênero como “[...] um corpo intermediário entre os sujeitos, um interposto social situado entre eles, por um lado, e entre eles e o objeto do trabalho, por outro”. Ou seja, o gênero “[...] sempre vincula entre si e os que participam de uma situação, como coatores que conhecem, compreendem e avaliam essa situação da mesma maneira” (p. 41). Trata-se de um “[...] sistema aberto de regras impessoais não escritas que definem, num meio dado, o uso dos objetos e o intercâmbio entre as pessoas; uma forma de rascunho social que esboça as relações dos homens entre si para agir no mundo” (p. 50). Mas, acrescenta ele, o gênero social, encontro do sujeito com seus limites requer o estilo pessoal”. Esse seria “[...] o movimento mediante o qual esse sujeito se liberta do curso das atividades esperadas”, não pela sua negação, mas pelo seu desenvolvimento. Assim, a análise do trabalho nos permitiria explicitar “[...] a interioridade recíproca dos estilos e gêneros”, levando-nos a compreender que “[...] os estilos são a reformulação dos gêneros em situação” que, por sua vez, são “[...] o contrário de estado fixo”, sendo, portanto, sempre inacabados (p. 50). Enfim, “[...] a atividade não é somente atributo da pessoa. A tarefa prescrita e redefinida pelos coletivos que formam e transformam os gêneros sociais da atividade vinculados com as situações reais. Eles delimitam gêneros de situações de trabalho, memória impessoal e instrumentos, graças aos quais os sujeitos agem ao mesmo tempo no mundo e entre si. (p. 52). (CLOT, 2006, *apud* LIMA 2006, p. 113).

Mesmo sabendo de tal característica de gênero, enquanto inacabado, a obstrução de sua construção (por questões laborais como rotatividade, perda de vínculo trabalhista e com os pares que exercem uma mesma função, falta de uma descrição de cargos detalhada acerca do cargo, bem como a não clareza de prescrição) faz com que a estilização venha a ser sobressalente na atividade dessas profissionais que atuam no CAPSI. A estilização se torna ainda menos fixa e há ainda mais a necessidade de seu estado não fixo, de sua recriação. Isso porque nesse tipo de serviço, e pelas suas condições de trabalho (como o tempo de permanência dos profissionais, como exemplo principal), a tarefa prescrita não tem a chance de ser redefinida pelos coletivos para que se delimite minimamente a memória impessoal e a instrumentalização para atuação. Como as profissionais de psicologia não possuem seus cargos bem descritos para que executem suas tarefas, bem como uma prescrição existente que fica muito mais na inscrição da linguagem e do corporal, acrescida de uma quase nunca possibilitada reflexão acerca da sua atividade e do seu estilo de atuação, esse intercâmbio de informações instrumentais que constituem de modo mais consolidado o gênero é barrado. A falta de delimitação da tarefa e da atividade se mistura, pela falta de reflexão e conhecimento sobre o assunto, com a necessidade de práticas profissionais multidisciplinares ou de assertividade no trabalho.

O trabalho nos centros de assistência psicossocial públicos exige muito dos profissionais que atuam nesses campos, haja vista a ocorrência de falhas no que concerne a inexistência de uma sólida descrição de cargo, bem como à carência, fluidez e frouxidão de prescrição de suas atividades, estando o fazer desses profissionais restrito a algumas normas reguladoras e que, prezando pela espontaneidade e abertura à diferentes instrumentalizações (RAMMINGER; BRITO, 2011) deixa margem para dificultar diante das atividades a construção de gêneros e estilos profissionais. Na perspectiva de Clot (2014), a atividade envolve uma atenção a si mesmo, à atividade dos outros (no contexto de um gênero profissional coletivo, com suas normas, histórias e regras) e à atividade propriamente dita, executada de modo pessoal pelo sujeito, levantando questões de propósitos, estética e gosto.

Ao nos depararmos aqui com o problema de pesquisa acima mencionado, podemos encontrar algumas possibilidades de compreender como os modos de atuação individuais dos profissionais de psicologia inseridos nesses aparelhos públicos de assistência psicossocial podem auxiliar na construção de algo que congregue modos de fazer profissional para um melhor desempenho das atividades realizadas.

Clot propõe, então, que se acrescente às tradicionais dimensões do trabalho prescrito e do trabalho real, o real da atividade, isto é, que se ultrapasse a simples análise do que deve ser feito e do que efetivamente se faz, para incorporar as vivências internas do sujeito. Assim, deixa claro que a concepção de atividade por ele adotada “(...) só recobre de maneira parcial o conceito de atividade de trabalho geralmente em uso no âmbito da ergonomia”, uma vez que seu esforço é no sentido de “(...) especificar um conceito psicológico da atividade.” (p. 65) Para melhor expor o que pretende com a noção de real da atividade, ele recorre a Vygotsky, que diz: “O homem está a cada minuto pleno de possibilidades não realizadas” ou “ em termos mais imediatos, o comportamento nunca é mais do que o sistema de reações que venceram” (p. 115). Aquelas reações que não venceram e que foram mais ou menos reprimidas, formariam, segundo Clot, “resíduos incontrolados cuja a força é apenas suficiente para exercer uma influência na atividade do sujeito, mas contra a qual ele pode ficar sem defesa.” Em suma, o “real da atividade é também aquilo que não se faz, aquilo que não se pode fazer, aquilo que se busca fazer sem conseguir, aquilo que se teria querido ou podido fazer, aquilo que se pensa ou se sonha poder fazer alhures” ou, o que é para ele um paradoxo frequente, “aquilo que se faz para não fazer aquilo que se faz sem querer fazer.” E tudo isso sem contar com o que é preciso ser refeito (p. 116). Essa noção representa, a meu ver, uma contribuição importante para o enriquecimento da análise.” (CLOT, 2006 *apud* LIMA 2006, p. 114).

Nesse sentido, sobre a sobressalência da estilização ao gênero no fazer psicoterapêutico das profissionais de psicologia nesses centros de atenção psicossocial, podemos acrescentar a discussão acerca do real da atividade. A criatividade dessas profissionais e a necessidade de sempre repensar o serviço diante da alta dinâmica e mudanças nas demandas é barrada quando o poder de agir delas também se faz barrado pelos percalços do serviço público; é nesse sentido que o real da atividade vem a se acrescentar à estilização. Como reitera Ramminger e Brito (2011), se coloca em diálogo os saberes acadêmicos e os saberes da experiência cotidiana dos trabalhadores dos Centros de Atenção Psicossocial, visando compreender quais são os recursos, meios e normas disponíveis para o desenvolvimento do trabalho em saúde mental (como observamos a partir da metodologia de pesquisa por nós utilizada, de base no referencial teórico da clínica da atividade e de inspiração no instrumental da instrução ao sócio). Percebe-se como as profissionais de psicologia trabalhadoras desses campos de saúde mental têm que ser engenhosas e criativas em suas atividades, fazendo a gestão de inúmeras normas conflitantes (burocracia administrativa X plasticidade, oferta do serviço X demanda dos usuários, etc.), muitas vezes sem os recursos e meios fundamentais para a realização de suas atividades (como a descrição clara de cargos e tarefas, bem como prescrição clara), fragilizando e exaurindo o trabalhador

em um “uso exacerbado de si”, e ainda da obstrução decorrente de não se poder contar com um alicerce de atuação coletivo. Como elas mesmas trazem, em diálogo:

A gente aqui tenta organizar minimamente o serviço, os atendimentos, mas a gente não tem um norte nesse sentido. É cada um por si estudando, trazendo seu material, elaborando sua atividade, ainda que seja o mesmo caso e a mesma faixa etária, por exemplo. E a gente tem que tá sempre inovando mesmo, porque não tem nenhum direcionamento ou programa. Assim, também é um desafio bom, porque nos deixa livres pra criar coisas, mas às vezes a gente pode cair no problema da falha, de não poder oferecer um serviço melhor. Cada uma das teorias, das abordagens nos dá recursos pra trabalhar, e isso inclui a subjetividade que ela falou, mas se tivesse um norte, algo pra delinear melhor o nosso trabalho pra uma demanda específica, já ajudava e qualitativamente. – É, até porque a gente sabe da rotatividade do CapsI, de dois em dois anos muda de profissional, e claro que o vínculo não vai ser o mesmo, mas que se pelo menos tentasse manter uma linha de intervenção. – Isso. E aí, tendo essa linha, cada um iria atuar, dentro da sua subjetividade de uma forma única, mas existiria algo que nos norteasse além do prontuário, da devolutiva do paciente, algo mais técnico. (Psicólogas B e C, 2017).

Deste modo, necessita-se da responsabilidade de um também olhar cuidadoso para um novo modo de ser trabalhador, munido de qualificação técnica, e olhar atento para as questões psicossociais demandadas, mas que se depara ainda com política de sorte que não constituem um bônus à sua atividade, mas sim obstáculos ao seu poder de agir. Assim, estratégias de atenção perante o surgimento constante de novos cenários e de novas demandas, onde os profissionais foram e estão sendo inseridos nos novos campos de atuação na Atenção Psicossocial, apresentam necessidades e especificidades próprias e inerentes a sua configuração que demandam um olhar ainda mais minucioso às necessidades desses trabalhadores enquanto autores e atores coadjuvantes na construção da subjetividade dessas crianças.

REFERÊNCIAS

- BARROS, Maria Elizabeth Barros de; PINHEIRO, Diego Arthur Lima; ZAMBONI, Jésio. Psicologia do estilo: nas bordas da atividade. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 62, n. 1, p. 62-71, 2010.
- BÁSICA, Educação. Conselho Federal de Psicologia. 2012.
- BATISTA, Matilde; RABELO, Laís. Imagine que eu sou seu sócia: Aspectos técnicos de um método em clínica da atividade. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, v. 16, n. 1, p. 1-8, 2013.
- BAZON, Fernanda Vilhena Mafra; CAMPANELLI, Eloísa Amicucci; BLASCOVI-ASSIS, Silvana Maria. A importância da humanização profissional no diagnóstico das deficiências. **Psicologia: teoria e prática**, v. 6, n. 2, p. 89-99, 2004.
- BENDASSOLLI, Pedro Fernando; SOBOLL, Lis Andrea Pereira. Clínicas do trabalho: filiações, premissas e desafios. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, v. 14, n. 1, p. 59-72, 2011.
- BOARINI, M. L.; BORGES, R. F. Demanda Infantil por Serviços de Saúde Mental. _____ . **A Demanda Infantil à Saúde Mental: Reflexo de uma Crise**, 1996.
- CARVALHO, Tales Renato Ferreira; BRANT, Luiz Carlos; MELO, Marilene Barros de. Exigências de produtividade na escola e no trabalho e o consumo de Metilfenidato. **Educação & Sociedade**, v. 35, n. 127, p. 587-604, 2014.
- CAVALCANTE, Cinthia Mendonça. **Cuidado de crianças com diagnóstico de TDA/H: articulações entre família, escola e profissional de saúde mental**. Tese de Doutorado. Universidade Estadual do Ceará, 2012.
- CLOT, Y. A função psicológica do trabalho. In *A função psicológica do trabalho*. Petrópolis: Vozes, p. 222, 2006.
- CLOT, Yves. Gêneros e estilos profissionais. **Laboreal**, v. 10, n. 1, p. 95-97, 2014.
- CLOT, Y. Prefácio In: LIMA, E. A. **Escritos de Louis Le Guillant: da ergonomia à psicopatologia do trabalho**. Rio de Janeiro: Vozes, p. 20, 2002.
- CLOT, Y. **Trabalho e poder de agir**. *Belo Horizonte: Fabrefactum*, p. 95-97, 2010.
- CLOT, Yves et al. Entrevista: Yves Clot. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 99-107, 2006.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Referências Técnicas para Atuação de Psicólogos(os) no CAPS - Centro de Atenção Psicossocial** / Conselho Federal de Psicologia. Brasília: CFP, p. 100, 2013.

COSTA, A. A. S.; RODRIGUES, E. M. O Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) e suas implicações na aprendizagem. **Revista Brasileira de Informações Científicas**, v. 2, n. 1, p. 51-61, 2011.

COUTINHO, Gabriel *et al.* Concordância entre relato de pais e professores para sintomas de TDAH: resultados de uma amostra clínica brasileira. **Rev Psiq Clín**, v. 36, n. 3, p. 97-100, 2009.

CYPEL, Saul. **A criança com déficit de atenção e hiperatividade: atualização para pais, professores e profissionais da saúde**. São Paulo: Lemos Editorial, 2000.

FRANÇA, Maria Thereza de Barros. Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH): ampliando o entendimento. **Jornal de Psicanálise**, v. 45, n. 82, p. 191-207, 2012.

GOMES, Marcelo *et al.* Conhecimento sobre o transtorno do déficit de atenção/hiperatividade no Brasil. **Jornal brasileiro de psiquiatria**. Rio de Janeiro. Vol. 56, n. 2 (2007), p. 94-101, 2007.

LIMA, Maria Elizabeth Antunes. Resenha do livro A função psicológica do trabalho de Yves Clot. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 112-114, 2006.

LIMA, Rossano Cabral. Somos todos desatentos. **O TDA/H e a construção de bioidentidades**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2005.

MINAYO-GOMEZ, Carlos; THEDIM-COSTA, Sonia Maria da Fonseca. **A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas**. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 1997.

MOYSÉS, M. A. A.; COLLARES, C. A. L. **Dislexia e TDAH: análise a partir da ciência médica**. In: **Conselho Regional de Psicologia de São Paulo e Grupo Interinstitucional “Queixa Escolar”**. **Medicalização de crianças e adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos**. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 71-110, 2010.

ODDONE, I.; RE, A.; BRIANTE, G. **Redécouvrir l’expérience ouvrière: vers une autre psychologie du travail?** Paris: Éditions Sociales, 1981.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. CID10/Organização Mundial da Saúde; tradução Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. 8ªed. – São

OSÓRIO, Claudia; SEMINÁRIO NACIONAL DE SAÚDE MENTAL E TRABALHO. Oficina de fotos: uma atividade para re-inventar a atividade de trabalho. **SEMINÁRIO NACIONAL DE SAÚDE MENTAL E TRABALHO. Oficina**, v. 1, 2008.

OSORIO, Claudia. Trabalho e perspectivas clínicas. **COLÓQUIO INTERNACIONAL DE PSICOSSOCIOLOGIA E SOCIOLOGIA CLÍNICA**, v. 11, 2007.

PINHEIRO, Francisco Pablo Huascar Aragão *et al.* PROJETO ELABORAR: UMA EXPERIÊNCIA DE INTERVENÇÃO JUNTO A TRABALHADORES DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. **Revista de Psicologia**, v. 4, n. 2, 2013.

PIRES, Ana Cláudia Tolentino; BRAGA, Tânia Moron Saes. O psicólogo na saúde pública: formação e inserção profissional. **Temas em Psicologia**, v. 17, n. 1, p. 151-162, 2009.

SANTOS, E. H. Trabalho prescrito e real no atual mundo do trabalho. *Trabalho & Educação- ISSN 1516-9537*, 1, p. 13-27, 1997

SANTOS, Marta. **Análise psicológica do trabalho: dos conceitos aos métodos**. 2006.

SATO, Leny. Saúde e controle no trabalho: feições de um antigo problema. **Saúde mental e trabalho: leituras. Petrópolis: Vozes**, p. 31-49, 2002.

RAMMINGER, Tatiana; BRITO, Jussara Cruz de. "Cada Caps é um Caps": uma coanálise dos recursos, meios e normas presentes nas atividades dos trabalhadores de saúde mental. **Psicol. Soc.**, Florianópolis, v. 23, n. spe, p. 150-160, 2011.

RICOEUR, Paul. **Teoria da interpretação: o discurso e o excesso de significado**. Lisboa: Edições 70, P. 111, 1987.

SCHICOTTI, Rosana Vera de Oliveira. Algumas experiências profissionais acerca da construção do diagnóstico do TDAH. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 28, n. 1, p. 55-62, 2016.

SIQUEIRA, Cláudia Machado; GURGEL-GIANNETTI, Juliana. Mau desempenho escolar: uma visão atual. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 57, n. 1, p. 78-87, 2011.

STROH, Juliana Bielawski. TDAH-diagnóstico psicopedagógico e suas intervenções através da Psicopedagogia e da Arteterapia. **Construção psicopedagógica**, v. 18, n. 17, p. 83-105, 2010.

ZANELLI, José Carlos; BORGES-ANDRADE, Jairo Eduardo; BASTOS, Antonio Virgílio Bittencourt. **Psicologia, Organizações e Trabalho no Brasil-2**. AMGH Editora, 2014.

ANEXO A – TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA COM A PSICÓLOGA A

P: Suponha que eu seja seu sócia e que eu vá te substituir amanhã no seu trabalho. Quais são as instruções que você deve me passar para que ninguém perceba a substituição? Se existisse uma pessoa igual a você, perfeitamente, do ponto de vista físico, hierárquico, como você diria para ela se portar com relação às atividades realizadas, à tarefa, aos colegas, à organização do Centro – CAPS? Ou seja, você vai me dar uma instrução como se eu fosse hoje... suponha que hoje eu vá te substituir no final da manhã e no turno da tarde na tua atividade. Então o que eu quero saber é o que tu faz, por completo, pra que ninguém perceba que eu sou teu sócia.

A: Tipo a rotina, é isso?

P: Isso, tudo.

A: Bom, eu ia ter que te passar meus atendimentos, e os... os grupos terapêuticos, os meus atendimentos individuais e a rotina do serviço, mas, assim.. é... não ia conseguir acontecer a substituição porque você não ia conhecer a história de cada paciente, que é tão subjetivo.

P: Não, mas assim... como tu trata, como tu se veste, como tu se porta, pra que eu pudesse te substituir, ser a tua sócia, certo? Pra que as pessoas não percebessem que não era tu no teu atendimento. Não é com relação ao tratamento do paciente, até porque, certamente, se tu me desse o prontuário ou alguma coisa eu poderia te substituir de alguma forma. O que eu quero saber é com relação a sua atividade, como tu faz a tua atividade, realiza a tua atividade, para que eu te substituindo, as pessoas não percebessem que não era você.

A: Mulher, que pergunta difícil! (tempo de silêncio) Não sei, eu acho que...

P: Não tem resposta certa ou errada, certo?

A: Não, eu sei... mas assim...eu acho que o que tu poderia me observar e perceber a forma como eu tô tratando cada pessoa, ou que eu vá agindo diante do serviço, né, vendo como é que é minha rotina, é... (silêncio)

P: E especificamente com as crianças diagnosticadas com TDAH, como é a tua atividade, para que se eu te substituísse, as crianças não percebessem que não era tu? Como tu se veste, como tu trata, como tu se porta, é... se tu se veste mais socialmente, se tu senta no chão com elas, se tu pratica alguma atividade específica no teu fazer como musicoterapia, arteterapia, ou se é mais conversa... como é a tua atividade com elas?

A: então... é... é assim... (silêncio) eu costumo ser mais doce, né, porque é da minha personalidade, mais suave, tratar elas com carinho, gosto de abraçar, gosto de tentar sempre tá alegre, de passar uma alegria pra elas, gosto de... é... sempre inicio os grupos com uma conversa, falando sobre como foi a rotina, a semana, as novidades, como estão se sentindo, depois eu gosto de brincar, fazer algum tipo de brincadeira ou dinâmica, né... eu acho que é por ai. Acho que funciona assim, mais ou menos. Não me visto formal, eu me visto simples, cada dia eu tô de um jeito, também não tenho um estilo próprio de me vestir.

P: E com relação ao tratamento, é individual, ou é atividade em grupo? Com elas, com essas crianças diagnosticadas com TDAH?

A: Tem crianças aqui que são atendidas em grupos como individual. Depende.

P: Com TDAH, com esse diagnóstico?

A: Sim, sim, com esse diagnóstico.

P: Certo. É... As atividades são sempre de diálogo ou lúdicas, mas não tem uma atividade específica, como por exemplo, musicoterapia, arteterapia?

A: Aqui no serviço tem, eu não faço.

P: Não, você.

A: É, eu não faço. Aqui no serviço tem, mas eu não faço, porque eu não tenho formação pra isso.

P: Sei. Mas a tua atividade é mais dinâmica lúdica mesmo, de atividade com jogos...

A: Isso, isso...

P: E eles te chamam como, por A, ou tia, ou doutora?

A: Por tia, por tia.

P: Que horas tu costuma chegar aqui?

A: 7

P: E ai tu chega e já tem alguém te esperando na recepção, como é que é? Tu costuma cumprimentar ou não...

A: É... 7hs, eles costumam chegar a partir de 8hs, 7.30... mas as vezes tem alguém, sim, como as vezes não tem, ne... depende, depende.

P: E ai, o teu tratamento com os teus colegas de trabalho, porque quer queira, quer não, eles também fazem parte da tua atividade. Como tu faz? E chega dando bom dia, ou teu humor vai mudando no transcorrer do dia?

A: Não, eu sempre falo bom dia, eu sempre costumo falar. (silêncio!)

P: Tem cordialidade com os colegas? Saber como tá o dia deles, e...

A: Quando dá tempo sim, quando dá tempo da gente conversar... porque às vezes é tanta coisa, tanto atendimento, tanta correria, que não dá tempo de conversar, e de trocar ideias e tudo... mas quando dá tempo, dá sim pra trocar essa ideia.

P: E tua acha que a tua atividade, de alguma forma, ela tá implicada pelas atividades dos outros colegas? Dos outros profissionais de psicologia?

A: é... sim...

P: Que o teu fazer, depende do fazer deles?

A: De alguma forma... é... assim... não é que dependa, mas eu acredito que um acaba ajudando o outro. É... por exemplo, numa discussão e caso, ou querendo saber a opinião, ou as vezes cruzei com um terapeuta ocupacional, conversar sobre o atendimento daquele paciente, eu vou falar mais sob esse olhar psicológico, e um vai ajudando o outro né... não é que dependa, mas eu acho que ajuda.

P: E com relação às psicólogas mesmo, essas que atendem os pacientes com TDAH, né, você e as outras. É... você acha que vocês tem um modo específico, um modo individual, assim, muito diferente de realizar a atividade de vocês? Ou você acha que vocês seguem mais ou menos o mesmo modo, a mesma risca, assim, a mesma norma? Tem alguma prescrição, não tem?

A: Não, eu acho que, cada uma tem sua abordagem dentro da psicologia, mas eu acho que é... eu acho que não é tão diferente não. Acho que é mais a questão da teoria mesmo, que às vezes difere, mas a prática eu acho que acaba não sendo tão diferente.

P: E com relação à substituição, o que que tu acha que seria imprescindível pra que, caso eu te substituísse, ninguém notasse, ninguém percebesse? Nem os colegas, nem as crianças?

A: (Grande silêncio!) Mulher... não sei... essa pergunta ai... (risos) realmente eu... eu não sei dizer não, o que que seria insubstituível.

P: Não... o que seria imperceptível caso eu te substituísse, assim... o que tu acha que se eu fizesse, as pessoas iriam dizer assim: não, essa menina não é a A, porque tá muito diferente.

A: Não sei, não sei. Acho que talvez uma outra pessoa fazendo... faça... é que é tão difícil né, muitas vezes... realmente não sei, talvez uma terceira pessoa saberia mais do que eu mesma falando, ne...

P: Mas é porque a instrução depende de ti...

A: É justamente isso né? Pois é... Não sei, talvez essa forma de tratar mais carinhosa, mais suave, que é o meu jeito, mais simples, com a bagagem que eu tenho, né, porque eu acho que isso é importante... (silêncio!)

P: Deixa eu ver mais alguma coisa... E com relação às decisões dos casos, elas são tomadas de modo individual por ti, ou elas são tomadas coletivamente com os outros profissionais...

A: Que decisões, assim?

P: É... não sei, talvez uma possibilidade de alta, ou de protocolo mesmo, de prontuário, alguma coisa mais burocrática.

A: Geralmente são discutidas, né, até porque é difícil ter um paciente que seja atendido só por um profissional aqui. Então teria que ser discutido entre o psiquiatra, né, no caso entre o psicólogo que atende, o terapeuta ocupacional, enfim... geralmente são discutidas. Pode acontecer de eu atender uma pessoa que eu acho que esteja bem e que eu ache que não precisa mais de atendimento e eu dar alta. Pode acontecer. Mas, é... se esse paciente também foi atendido por outro profissional tem que haver uma discussão, né.

P: E com relação à tua tarefa, hoje, o que tu acha que é imprescindível que os outros profissionais não poderiam realizar? O que que o teu fazer tem de só teu que os outros profissionais não poderia realizar, ou não conseguiriam realizar, na tua atividade com essas crianças?

A: Outros profissionais psicólogos? Ou não psicólogos?

P: Quaisquer outros profissionais, da mesma área ou... porque o que eu tô querendo, procurando entender, é o que tem de específico no teu fazer, na tua atividade terapêutica com essas crianças diagnosticadas com TDAH, o que é teu de especial que...

A: Eu acho que a forma de tratar, que eu acho que é o que mais difere de um profissional pro outro. É, eu acho que é isso, a minha forma de tratar a pessoa, aquela família, aquele paciente que tá chegando... que eu já falei sobre ela, né, que é uma forma mais suave, mais carinhosa, mais acolhedora... sentir mais acolhimento. Eu funciono assim, né.

P: Okay, tudo bem. Era mais ou menos isso.

ANEXO B – TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA COM A PSICÓLOGA B

P: Baseada na pergunta de partida que te falei, que é “como é o poder de agir dos profissionais de psicologia, no que concerne ao engajamento das crianças diagnosticadas com TDAH nas atividades terapêuticas?”, o que eu quero saber é “se existisse outra pessoa, perfeitamente idêntica a você, do ponto de vista físico, como você diria a ela para se portar, aqui no seu ambiente de trabalho, no Centro de Atenção Psicossocial, em relação à sua tarefa, à sua atividade clínica, aos colegas, à hierarquia, à organização do Centro de Atenção Psicossocial, de forma que ninguém percebesse que não era a B?”. Ou seja, o que eu quero saber é, se eu fosse te substituir amanhã, na tua atividade de trabalho, no período da manhã e da tarde, o dia, se eu fosse te substituir amanhã aqui, quais instruções você me daria pra que ninguém percebesse a substituição, pra que ninguém percebesse que não era a B.

B: Então, assim, vou te explicar um pouquinho, né, contextualizar. É... eu tenho três anos de formada, mas ou menos, né... eu fiz a seleção, antes eu trabalhava no NASF, mas fazia clínica mais com adultos, apesar do NASF não ser clínica, mas acabava atendendo mais adultos, e essa foi a minha primeira experiência com crianças, né. Não vou dizer pra você que tenho uma leitura, uma grande experiência com crianças, especialmente com TDAH, mas aqui com a prática a gente vai estudando, vai tentando entender essas crianças. Eu parto do ponto de partida que eu não vejo só o sintoma dela, a agitação, né... eu quando vejo uma criança com TDAH, pra mim ela não é só agitada, ela tem outras questões aí por trás. Seja da família, seja da escola, são questões assim, é... ligadas ao sofrimento psíquico delas. O... a agitação psicomotora é só uma forma dela demonstrar o sofrimento psíquico dela, o sintoma. Então, aqui no CAPS, é... nós temos, é... faço alguns grupos que têm crianças que tem... que são diagnosticadas com TDAH. E a gente percebe claramente a agitação dessas crianças, elas não param, realmente. Eu não faço nenhuma atividade dirigida pra essas crianças, no grupo eu procuro trabalhar, é... não tenho nenhum individual, só no grupo. Eu procuro trabalhar de uma forma, é... é... igual pra todas as crianças, assim... não que eu tô dizendo que vá ser algo padronizado pra todas as crianças, mas é uma atividade, por exemplo, contação de história: eu gosto muito de trabalhar com contos de fada, então a gente vai ler aquela história pra criança, e ela depois vai produzir algum desenho, vai falar sobre o que ela entendeu daquele conto de fada, e assim é uma forma dela elaborar o sofrimento dela. Procuro sempre escutar muito. Assim, se viesse uma sócia, né, assim no meu lugar, eu ia dizer que ela observe muito a criança, procure escutar o sofrimento daquela criança, o sofrimento psíquico, e tentar entendê-

la, né, tentar escutar, tentar conversar com a família, seria mais nesse sentido. Mas não que eu faço uma atividade direcionada pro... pra crianças que têm TDAH. Claro que tem algumas... a gente tem que fazer algumas mudanças no ambiente. Por exemplo, a questão que você não pode entrar numa sala cheia de estímulo, porque a criança realmente não vai se concentrar no que a gente tá propondo ali no grupo. Essa... acho que a principal modificação é essa. É... eu já percebi que não adianta a gente ficar gritando com aquela criança, dizendo “fulaninho senta, observa, se concentra.” Assim, não adianta. Agora quando eu percebo que eu escuto aquela criança, o que ela tem a dizer, o que ela... é... eles têm muita necessidade de falar, de conversar... aí eu já percebo que é um momento que ele se acalma, se tranquiliza, e a gente consegue trabalhar algumas questões, né. Mas eu acho que a agitação da criança tem a ver com o sofrimento psíquico dela. Geralmente, alguma confusão em casa, o pai que é alcoólatra, a mãe que bate na criança... aí a gente... (hesitação) eu busco escutar essa criança. Acho que a minha... acho que eu ia orientar minha sócia nesse sentido: “escute aquela criança, tente observar, e tente trabalhar em cima disso e dessa criança.

P: Tá. É... e com relação a horário que tu chega, sala que tu fica, vestimenta, tratamento dos colegas, tudo isso vai importar na instrução ao sócia também. Porque se tu vem de ônibus e eu chegar de carro, se tu vem 7hs e eu chegar 9hs, se tu é cordial e eu for... entendeu? Tudo isso vai importar também. Teu relacionamento com os outros psicólogos, com os outros profissionais de outras áreas, com a família das crianças, tudo.

B: Olha, eu sou muito “cri cri” com horário. Se o grupo começa 9hs da manhã, tem que começar 9hs da manhã, pra aquela criança não ficar ali esperando, horas e horas. Então eu... horário, tem que sempre chegar no horário. Vestimentas, também, têm que ter muito cuidado, não vir com roupas nuas, transparentes, porque claro que desperta na criança e no adolescente desejo também, então... sempre procurar vir mais social mesmo. O relacionamento com os colegas? Sempre simpática, sempre bem com os colegas, nada de ter... é... de querer ser melhor do que o colega. Por exemplo, eu faço um grupo com uma terapeuta ocupacional. Eu não vou querer me sobressair, ou então, é... desautorizar alguma intervenção que ela faça, né... acho isso importante, apesar de muitas vezes a gente, é... eu não concordar com algumas coisas, mas eu vou, é... na hora do grupo tá corrigindo, né?! De forma alguma! A gente tem que... pelo menos tentar conversar depois, né, tipo: olha, isso aqui a gente podia ter feito assim. Com relação a horário, vestimenta, com relação aos outros colegas... com as crianças, sempre uma postura acolhedora, tranquila, nada de gritar, ou de... né, como eu te falei, nada de: “calma, se concentra, olha aqui, senta!”, como se fosse uma professora, ne, porque aqui não é colégio, e não é educativo. É...

P: Com as famílias, com os familiares...

B: Também, sempre procurando um vínculo com essa família, é sempre importante escutar a família, pelo menos uma vez no mês, a gente tem que tirar um tempo pra saber: e ai, o que... como é que ele tá, como é que o adolescente tá? E assim...

P: Tu costuma chegar na recepção e cumprimentar os pais, ou somente as crianças e já traz, como é?

B: Não, eu costumo falar. Sempre quando eu vou buscar: e ai, como é que ele tá? Tá acontecendo alguma coisa? Se eu percebo alguma coisa na criança, também no grupo ela fala alguma coisa, assim, que eu achei... que me chamou atenção, vou lá e pergunto pra mãe no final do grupo o que tá acontecendo. Como uma criança que disse que tava com febre... engraçado uma criança de seis anos ter essa noção né... que tava com febre, doente, porque o pai foi pro interior, porque tava com saudade do pai. E ai no final do grupo fui conversar com a mãe dela e perguntar: que tá acontecendo? O que foi, o que foi isso mesmo? E ai a mãe: é, o pai dela foi embora pro interior, até agora não deu notícia, e a gente tá, assim, sem saber notícia dele, e ela tá sem dormir a noite, tá com febre, tá com muita saudade do pai. E outra questão com relação à criança com TDAH: tem dias que a gente percebe que eles são mais agitados. E eu sempre pergunto o que foi que aconteceu pra mãe, né, no finalzinho do grupo: aconteceu alguma coisa de diferente na família? E a mãe sempre diz: não, teve uma briga ontem com o pai dele, tive uma discussão, ele viu tudo. Ai no grupo, é incrível, sempre apresenta mais agitação. Como o sintoma tá ligado, diretamente, a forma... com o ambiente que ele tá, né, não é a toa que ele seja agitado, e não creio que seja só biológico.

P: Tá. E o que tu acha que tem específico da tua atividade, do teu fazer psicológico, da tua atividade diária, da atividade da B, que não tem por exemplo na atividade, no modo de fazer, que é um mesmo profissional de psicologia, dos outros? Tipo assim, tu é psicóloga como elas, mas a tua atividade, o teu modo de fazer, não é igual ao delas. O que tu acha que difere, assim, que é intrinsecamente do teu modo de fazer. Se eu te substituísse eu teria que, absolutamente, saber?

B: Vixe! Difícil! Eu não sei se as outras psicólogas fazem né... ai, eu acho que essa atenção com a criança, assim... a escuta. Tá o tempo todo tentando escutar o sofrimento daquela criança. Eu percebo assim, a gente... não vou dizer a gente, mas alguns profissionais acabam utilizando mais jogos, né, uma coisa mais mecânica. E eu, eu procuro usar mais brincadeiras, gosto, de brincadeiras livres, pra que elas possam... é... mostrar mais o sofrimento delas... e eu, assim... puder entendê-las.

P: Tu prefere atendimento individual ao atendimento ao grupo?

B: Eu gosto mais do atendimento individual.

P: E a tua postura, é mais, acolhedora no sentido de contato físico, de tá abraçando?

B: Não... É de demanda, de acolhimento de demanda... É, não gosto muito de tá abraçando, só se a criança vier me abraçar, mas se não... de jeito nenhum! Sou muito fechada com relação a isso. Até por uma dificuldade minha também. Acho que... a questão mesmo do costume, né... do hábito, já. Como eu faço análise, a minha analista não fica me abraçando, né. Então eu acabei meio que copiando isso dela.

P: Mas alguma coisa que tu ache que, se eu fosse te substituir amanhã, seria imprescindível eu chegar aqui sabendo? Pra que os outros não matassem a charada de que eu não era tu?

B: (silêncio) Essa postura mais séria, mais é... séria e de escuta. É isso. Não to conseguindo aqui lembrar nada...

P: Mas eu entendi. Tu costuma chegar que horas, sair que horas... vem de ônibus, vem de carro, chega bem humorada e o humor transcorre no decorrer do dia, ou chega mal humorada e o humor vai melhorando, ou é constante?

B: Entendi. Eu sou mais calada, assim “na minha”, mas eu não sou mal humorada aqui no meu trabalho de jeito nenhum. Chego, dou bom dia pra todo mundo, assim, eu costumo tá sempre bem. Até porque quando eu to no meu trabalho, é incrível, eu esqueço tudo lá fora, eu amo meu trabalho. O horário... sempre chego... depende do dia, porque como eu sou 20 horas, tem dias que eu to de manhã, e tem dias que eu tô a tarde. Se for pela manhã, eu entro oito e saio meio dia. Se for a tarde, eu entro uma e saio cinco. Ai meu horário é bem quebrado nesse sentido. Tipo hoje, terça-feira, eu tô o dia todo, só saio daqui cinco horas. Quarta é só de tarde. Quinta é só de tarde.

P: Mas tu costuma ser pontual...

B: Sim, como eu disse, eu sou “cri cri” com horário,

A: Vem de carro, vem de ônibus?

B: De carro...

P: Então não chega assim tão esbaforida com o trânsito, chega tranquila, como é?

B: Mais ou menos, porque quando eu marco o paciente pra oito horas, meu horário é oito horas. Tem gente que não marca pra oito, mas pela questão da demanda, que é muito grande, eu fico assim... de “mãos atadas”, né, então eu me obrigo a marcar oito horas. Acabo atendendo paciente 8h10min, 8h15min, que é o tempo que eu vou chegando, vou guardando minhas coisas e corro pra atender. Mas realmente o tempo é muito corrido. Eu

acho que o certo não seria esse, marcar oito, mas 8h30min. Pelo tempo, assim, de chegar, de tá mais tranquila.

P: Tem mais alguma coisa que tu queira me falar, que tu acha ser ou não? Porque o nosso intuito também, depois, é vocês terem acesso a esses áudios e as transcrições pra se chocar mesmo e dizer: “não, eu não faço isso aqui!”, ou então, “não, isso que eu não disse e é fundamental!” Entendeu?

B: Não, eu acho assim... que talvez... da minha parte! Faltaria mais estudar a questão do TDAH, assim... a gente acaba estudando mais autismo, psicose... mas assim, também, como eu te falei, o TDAH é mais um sintoma, agitação é um sintoma, é tá ligado bem a uma estrutura psíquica que é bem mais... é... ampla, eu posso dizer assim.

P: Então, pra ti, tu reduz o TDAH, a hiperatividade, a desatenção, à agitação, resumindo? Resumindo algo mais amplo, pra ti?

B: É... acho que é, assim, é uma forma de pensar, né... uma agitação que pode ser... pode tá ligada a uma psicose, pode tá ligada a um autismo, entende? Eu não consigo ver: essa criança é só, é biologicamente... olha, ela tem um transtorno biológico, a falta ai de um hormônio, ou então a falta de um... ai meu Deus... a falta de uma coisa cerebral? Uma deficiência no cérebro? Assim, eu não consigo ver o TDAH de uma forma só biológica, a gente percebe que o ambiente é fundamental, assim... pra falta de limites, né, as famílias que não impõe limites nas crianças.

P: E tudo isso você conversa com a criança, todos esses aspectos?

B: Não, porque não tem como a gente conversar com as crianças sobre isso. Isso é mais conversado com as famílias, com os pais, né, com a criança não. A gente interfere de uma outra forma. Como eu te falei, os contos de fada faz a gente pensar em outras questões. Então a gente lê com as crianças, elas vão tentar elaborar questões como a inveja, a raiva, os ciúmes, né. Eu penso que é mais ou menos nesse sentido. Que não é algo só biológico. Pode até ter. Mas o que o ambiente influencia nesse sentido é, assim, muito no sintoma dessa criança... pode pesquisar na família dessas crianças como os pais são desorganizados, os pais discutem na frente das crianças, usam drogas na frente das crianças, são super agressivos. E ai como é que essa criança... qual a forma dela se defender desse sofrimento? É com a agitação, né?! Ou então com uma falta de atenção, também. Não é à toa essa falta de atenção. “Não, ela não aprende na escola!” E porque será?! É nesse sentido.

P: Tá bom, obrigada.

ANEXO C – TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA COM A PSICÓLOGA C

P: O que eu pretendo, a partir da minha pergunta de partida, é saber, até certo ponto, né, porque não tem como eu saber tudo, é como no atendimento de vocês, no fazer psicológico, na atividade de vocês, as crianças diagnosticadas com TDAH se vinculam mais ou menos na atividade. E aí o que eu pretendo saber é: se existisse outra pessoa, perfeitamente igual a você, C, idêntica a você, do ponto de vista físico, como você diria pra ela se portar no Centro de Atenção Psicossocial, no CAPS, com relação à tarefa, à sua atividade diária no atendimento às crianças diagnosticadas com TDAH, com relação aos colegas, com relação à hierarquia, com relação à organização, à forma de se portar diariamente no Centro de Atenção Psicossocial, de modo que ninguém percebesse que não se tratava de você. Ou seja, a minha proposta é: se eu, PESQUISADORA, fosse substituir a C, hoje, no dia da atividade dela, terça-feira, o dia todo, pela manhã e a tarde, o que é que tu me diria pra fazer, de forma que ninguém aqui percebesse que não era tu. E aí o que eu quero saber é como se dá tua atividade diária, desde que tu chega, até o teu bom dia, até o teu relacionamento com a criança e com a família.

C: Pronto. Bem, quando o paciente chega no CAPS, ele vem pro acolhimento, né, um momento de acolhida, pra ele ser escutado, pra saber se aquela demanda que aquela criança traz, que o familiar traz junto com aquela criança, é realmente o perfil pra ser atendido no CAPS. Eu, particularmente, nunca participo desses grupos de acolhida, geralmente ele é feito por outros colegas, do Serviço Social, da Enfermagem... mas essa é a rotina do CAPS. Então, uma vez desse grupo de acolhida, que esse pai, que essa mãe, é escutado, que se verifica se é realmente um perfil, aí é agendado as primeiras avaliações. Então, assim, se for um caso mais grave, já pode... é... marcar pra um atendimento mais emergencial com a médica, que aí ela já olha e tudo. Mas qual é a rotina... é... o curso mais esperado: é de marcar uma anamnese. Então depois desse grupo de acolhida, a criança vai passar por uma anamnese, isso contando que não seja um caso de uma crise, né, uma situação mais eletiva que pode ser atendida passando por todos os passos do serviço. Então, quando vai fazer a anamnese, aí todos os profissionais fazem. Inclusive eu já fiz várias aqui no serviço. Então tomando como exemplo um paciente com TDAH, né, que é o seu foco da pesquisa: a gente vai fazer a coleta mesmo de dados daquela família, conhecer a dinâmica de trabalho daquela... é... é... de vida, né... como é que aquela criança... quais são os sintomas que aquela criança apresenta, desde quando iniciaram os sintomas... porque isso pro TDAH é muito importante. Às vezes os pais

chegam aqui: “ah, meu filho tá muito agitado, não para quieto, não consegue concentrar na escola, e nem em casa, e não faz a tarefa...”, então vem cheio de queixas e tudo, então a gente tem que saber a partir de quanto tempo vem esses sintomas e: “a senhora tá observando a quanto tempo esses sintomas no seu filho? Esse comportamento é observado em mais de um ambiente?” Então a gente tem que saber qual a origem dessa queixa e entender se realmente é um TDAH de base, vamos dizer assim, mais neurobiológica, mais orgânica, ou se é mais um sintoma de um estresse pós-traumático, ou de uma situação de vida que ele esteja vivenciando e reagindo de uma maneira mais agitada, mais agressiva, porque algo não tá bem e ele tá sinalizando que ele não tá bem naquele contexto que ele tá vivendo, né... sendo um resultado de interação dele com o ambiente que ele não tá funcionando bem. Então a gente tem que saber. Então são as duas coisas, realmente têm uma tendência orgânica, e também tá num ambiente conflituoso. Complicado! Então ele vai ter esses sintomas. Ai ponto. Então fora isso a gente, é... quando termina de coletar, fazer a coleta dos dados, a anamnese, todo esse histórico de vida do paciente e da doença do paciente, ai a partir daí a técnica que está fazendo a anamnese vai marcar as avaliações pra depois fazer um projeto terapêutico. Então é agendada a avaliação psicológica...

P: Você?

C: Comigo, ou com uma das meninas.

P: Mas no caso de você?

C: No meu caso eu já, dependendo do tempo, já faço essa avaliação logo na anamnese, dependendo do tempo, pra avaliar, se não, se a anamnese se estender muito e eu perceber que a criança tá cansada, merece um outro momento só pra fazer a avaliação de uma maneira mais detalhada... porque às vezes eu faço a avaliação em dois ou três dias, ou eu agendo pra outro dia. Bom, e daí... é... se o caso for realmente de um TDAH bem... é... bem... como é que eu posso dizer... bem forte, bem marcante e tudo, a criança tendo um prejuízo na escola, e além da agitação ela não tá se concentrando, tá tendo baixo rendimento e qualidade escolar, ai eu peço uma avaliação já pra médica né. No caso pra psiquiatra, certo, pra poder esse sintoma já ser trabalhado e ela conseguir entrar em terapia, ou então não se prejudicar tanto na escola. Agora, quando é um TDAH que você vê que a criança, naquele ambiente ali, na clínica, ele consegue fazer a atividade que você pede, ele consegue participar da avaliação, consegue concentrar, consegue participar, e que você vê que não é uma coisa assim tão forte, ai eu já não marco uma médica logo não... vamos fazer a psicoterapia. Porque tem muitas crianças que a gente consegue trabalhar com psicoterapia, orientando os pais, né... essa intervenção com os pais é muito importante! E isso eu já to entrando no processo terapêutico,

tá certo? Ai a gente vai, orienta os pais, pra saber como é que tá sendo, como é os pais estão lidando com esses sintomas em casa, como é que estão sendo essas intervenções... então assim, é bem um trabalho de psicoeducação mesmo. Porque eu também sou psicopedagoga. Então, assim, são conhecimentos que eu utilizo, técnicas, o olhar também pra me ajudar como mais um recurso que me ajuda na clínica com essas crianças que tem TDAH e com defasagem escolar. Fazer os devidos encaminhamentos, fazer atividades cognitivas também, que a gente precisa trabalhar questões emocionais. Às vezes numa mesma atividade, num mesmo jogo, você trabalha com várias dimensões do sujeito. Ai a psicoterapia é tanto individual como em grupo. Ai vai depender da gravidade desse sintoma da criança. Porque tem criança que pode estar em grupo. Porque aqui no CAPS a gente tem uma demanda muito grande em um número de profissionais e horários, então assim, é da filosofia do trabalho essa criança ser atendida também em grupos. E a gente tem grupos muito bons, que trabalha de forma assim muito construtiva. Porque muitas crianças com TDAH tem muitos problemas com limites, com respeitar o outro, e desrespeitar, então no grupo você também consegue trabalhar habilidades sociais.

P: Mas você prefere, os atendimentos da profissional C, que atende TDAH, você prefere os seus atendimentos individual ou em grupo?

C: Quando são os TDAH que né... a criança já vem a hipótese diagnóstica que você fica até na dúvida se é, ai a gente tenta mudar nos contexto com os pais, com a dinâmica familiar. É porque as causas são multifatoriais, mas se for um TDAH típico, que não consegue falar, socializar, uma criança muito agitada, ai eu prefiro o individual, trabalhar a tomada de consciência, a persistência, por meio de jogos pedagógicos, pra poder ela conseguir se organizar e mais na frente estar em grupos. E esses casos mais graves eu acho que a médica e a medicação tem que entrar.

P: E o teu fazer em grupo que é o que tu prioriza se possível, tu trabalha como? Como é a tua atividade?

C: A gente faz em duplas, ou com o T.O. Gosto sempre de trabalhar com o T.O porque já é um outro olhar. Construção e jogos coletivos. Sempre trazendo algo... é... pedagógico mesmo, que trabalhe a atenção, concentração, raciocínio, de começar e terminar uma tarefa. Atividades individuais que eles possam compartilhar a própria produção.

P: Então o teu atendimento individual é mais em último caso?

C: É, se for um TDAH típico eu boto no individual, mas se for mais leve...

P: Certo. E ai o teu atendimento individual é?

C: Eu uso esses mesmo recursos, certo? Do brincar espontâneo.

P: Mas e aí só você e a criança. E aí depois como funciona o retorno da C pros pais?

C: Pronto. Sempre gosto de chamar os pais pra ver como tá em casa, na escola, peço relatório da escola... quando é um caso mais grave a gente agenda visita na escola... geralmente feitas pelas Assistentes, e eu passo as orientações, e mostrar a escola que ela está em atendimento pra formar uma parceria boa.

P: E o que tem no fazer, na atuação da profissional C, que não tem no fazer dos outros? O que você acha peculiar teu?

C: É difícil falar. Mas eu acho que o que diferencia um pouco são as formações, né. Psicodrama, humanista, o olhar do sujeito, os jogos simbólicos, encenações.

P: Tu é psicodramatista?

C: É a minha abordagem. O que diferencia acho que é a leitura de homem.

P: Tá. E com relação a forma de vestir, horário...

C: Ah, eu acho que gosto de falar muito com os pais, e não sei se todos tem essa dinâmica.

P: Tá. E com relação a forma de vestir, horário... desde a portaria, com os colegas?

C: Pronto, eu sou bem espontânea, cumprimento todo mundo. Gosto de discutir casos, mas... por exemplo... se tem hora vaga, se o paciente falta. Em vez de bater papo eu gosto de ler, estudar. Porque eu penso em crescer profissionalmente. Depois, nos intervalos eu gosto de conversar com os colegas, saber as novidades e tal.

P: Tá. E com relação a forma de vestir, horário...

C: Eu chego na hora, mas não sou de chegar muito cedo. As vezes acontece de atrasar um pouquinho e eu compensar...

P: Tá. E com relação a forma de vestir, tratar a criança...

C: Sim, um roupa mais composta, calça pra sentar no chão. Tem aquela proximidade, mas... pra não confundir né.

P: Te chamam de tia ou de C?

C: De tia. Sempre com afetividade, né, mas sempre mostrando que ali a tia C tá trabalhando aquela dificuldade... sempre gosto de explicar o propósito do brincar e da vida, dentro de uma linguagem pra faixa etária, o objetivo, trabalhando as regras... e pros pais também. Eu me considero acolhedora, mas dentro dos limites

P: Tem mais alguma coisa?

C: Acho que cumprimentar a todos, tá disponível, não deixar paciente voltar... é uma coisa minha, não sei se todos têm.

P: Ok.

ANEXO D – TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA COM A PSICÓLOGA D

P - Como eu já falei, o que eu quero saber é: se existisse outra pessoa perfeitamente idêntica a você (e que no caso seria eu), do ponto de vista físico, em relação aos colegas, em relação a hierarquia, a organização formal e informal aqui do CapsI, como você diria pra ela se comportar (desde a entrada, desde que você estaciona o carro ou chega, até o cumprimento com os pais e o atendimento com as crianças) pra que ninguém percebesse que eu não era você?

D - Certo, começando assim, com essa questão do TDAH especificamente não haveria um modus operandi para o TDAH especificamente. O que eu poderia te passar é que o que eu faço valeria tanto pro TDAH quanto pra qualquer outra psicopatologia aqui no CapsI. Não existe um jeito de trabalhar de acordo com a patologia, o que diferencia é se o trabalho é individual ou em grupo. O trabalho da psicologia aqui não se delimita nesse sentido. E ai eu acho que o que tu traz seria muito importante pra ajudar a nos dizer o que é que nos cabe, no nosso trabalho, o que é que não, pra não ficar nessa história de que aqui todo mundo faz tudo e não há uma especificidade e que às vezes é mal confundido com o trabalho multidisciplinar. Enfim, várias questões. Mas o que eu poderia te dizer dentro dessa perspectiva que tu tá levantando sobre o meu trabalho, ele se define como: primeiramente, quando o paciente entra no serviço, a gente presta um serviço de escuta inicial, digamos assim, que é essa primeira porta de entrada do paciente com o serviço. Tanto eu posso fazer como qualquer outro profissional aqui, quem tiver livre, faz essa escuta; do pai que chega querendo saber como o filho pode usufruir do serviço. A gente explica um pouco desse funcionamento, e se for perfil de atendimento pro CapsI, a gente já começa marcando uma anamnese e é feita toda coleta de informações (e que é feita por qualquer profissional também). Só ai são encaminhadas pras devidas terapias: ou consulta com o psiquiatra, ou consulta com o psicólogo (ou com os dois) e terapia ocupacional. A partir daí é que entra mais a especificidade do meu trabalho. Se pode fazer tudo isso, todos os profissionais podem, mas realmente esse atendimento psicológico ninguém pode, só eu. E ai a gente avalia, não como um psicodiagnóstico tradicional, mas como uma escuta mais elaborada para que se avalie o caso, se realmente é perfil do serviço (porque as vezes é só a mãe que quer benefício, ou força a barra, ou é a escola que diz que o menino tem mil problemas) então a gente vai ouvir melhor, pra definir qual a melhor terapêutica pra aquele paciente. Se for o caso, a gente encaminha pra uma escuta individual, e já fica com o paciente, ou então encaminha pra um grupo. Ai essa diferença vai se dar a partir

da gravidade do caso; o que acontece é que, com os pacientes TDAH, muito dificilmente eles ficam em atendimento individual, eles ficam em grupo. (Só se for uma gravidade extrema, associado a outras coisas, como um autismo, uma psicose...) Porque a gente atende três regionais.

P - Mas se você pudesse escolher, no seu estilo de atuação, você me diria pra atender individual ou em grupo?

D – Tendo em vista que a gente não tem essa capacidade de sala pra atender tanto quanto a gente gostaria de atender individualmente, que eu até gosto mais de atender individual do que em grupo, mas sendo a demanda enorme... a não ser que, como além do TDAH envolvam outros casos como também violência, maus tratos...

P – Certo. Como funciona contigo o atendimento a crianças com TDAH, por exemplo, em grupo como você citou?

D – Pronto. A gente aqui não trabalha nessa perspectiva de adaptar o atendimento ao paciente, é muito o paciente que vai me dizer o que ele quer fazer ou de que ele quer brincar. Eu sou psicanalista, então é muito o paciente que vai trazer, a gente não dirige. Então tanto faz o paciente ser TDAH, TOD, seja lá o nome que se dê; é muito a criança, eu atendo a criança, e não o transtorno. Claro que faz diferença com relação ao seguimento do tratamento, à minha intervenção, ao que se espera dessa criança.

P – Agora a gente vendo por um lado mais um pouco informal, sobre a tua relação com o teu trabalho: desde o momento que você se prepara pra vir atender até o decorrer o dia... como seria, pra que eu pudesse te substituir?

D – Bom... assim, nem sempre o que você se considera é o que as pessoas acham que você é. Eu, pelo menos, considero que eu falo com todo mundo desde a recepção até o segurança, o pessoal da cozinha, porque a gente cruza com todos. Falo com as crianças, com os pais que queiram falar comigo... eu acho que sou muito aberta, e se uma pessoa fosse me substituir, teria que ser uma pessoa com essa flexibilidade pra falar fora do horário... e com os colegas também, temos uma coordenadora que dá muita liberdade. Apesar de tudo isso, trabalhar com essa liberdade é bom porque você pode criar em cima, você pode pensar em várias coisas. Por exemplo, eu quis atender bebês (psicanálise com bebês), apesar da portaria ser de 4 a 18 anos. Ela deixou, deu total apoio... foi super bacana, mas teve alguns problemas com relação ao próprio sistema mesmo, à justiça, ao abrigo... mas eu tive essa total liberdade até o dia em que eu disse que não queria ir mais porque não estavam valorizando o nosso trabalho, não tava fluindo, e ela disse: “okay.” Então assim, ninguém nunca me perguntou

quantos pacientes eu atendia, não tenho metas a cumprir, nem tenho meta de grupo, meta de atendimento... então, assim, pra mim nesse sentido essa liberdade é maravilhosa.

P – Tá com quanto tempo que tu trabalha aqui?

D– Eu tô há três anos.

P – Certo, mas a vinculação com o CapsI são dois anos.

D– É. É porque é assim, a seleção pública são dois anos, mas eu fiz nova seleção e consegui permanecer. Ai eu to começando a segunda seleção.

P – Entendi. E como tu acha que as crianças se sentem (se elas mencionam ou os pais mencionam sobre isso contigo?)

D– A gente sofreu muito, principalmente quando os profissionais estão há bastante tempo e tem que sair por causa da seleção. As crianças ficaram muito mal com a saída deles, de caso de criança segurando a boneca e dizendo que não ia abandonar a boneca. É muito difícil e constrangedor, mas infelizmente nossos superiores não se importam com isso... eles não pensam outra forma de contratação viável por isso, pra que houvesse essa mínima manutenção de vínculo, já que essas crianças já têm problemas com laço social. Então a gente faz um trabalho por um lado, que é desconstruído por outro. Felizmente a maioria da equipe se manteve, conseguiu ficar. Mas esse sistema é sorte, porque muita coisa não conta e nem é visto pra que você fique.

P – E pra ti, e pros colegas caso eles mencionem algo, como vocês se veem enquanto trabalhadora e psicóloga nesse sistema em que o CapsI tá inserido, com todas essas dificuldades, deficiência, fragilidade de vínculo?

D – Eu me sinto muito mal, porque ao mesmo tempo que eu to construindo um trabalho, é tudo muito frágil, muito fácil de ser perdido, e daqui a dois anos eu não sei mais se eu tô aqui, ou se essa criança vai continuar a ser atendida... porque ainda tem isso, não há garantia de que essa criança que eu to atendendo hoje continue a ser atendida por outro profissional depois que eu sair daqui. Pode ser que ela se perca no meio dessa mudança de equipe. E é como se você não tivesse feito nada. É todo um trabalho que demora, e quando a gente consegue ter uma resposta, a gente já tá saindo. Porque a equipe toda é muito comprometida, muito dedicada, tá aqui porque quer estar... o salário do CapsI é muito baixo, mas também não tá muito diferente da média. E a experiência daqui é muito rica, eu sempre quis essa experiência, trabalhar aqui, com psicopatologia grave... então assim, minha motivação aqui é a completa identificação com a causa, e a vontade de aprender ainda mais, e não o salário. Claro que eu não vivo de brisa. Mas é uma experiência maravilhosa, eu gosto de

atender a quem não tem onde recorrer e vem aqui e tem esse tratamento... as pessoas estão aqui porque querem estar.

P – Isso é interessante, e é até uma pergunta que eu quero te fazer. Tu falou muito sobre o comprometimento dos profissionais aqui mesmo diante dessa escassez de inúmeros lados. Nesse tempo que tu tá aqui, tu já presenciou (formalmente ou informalmente) alguma situação de colegas de trabalho em adoecimento por conta desses percalços que a gente mencionou antes (falta de prescrição, problemas com quebra de vínculo e fragilidade, carência de meios materiais, etc)?

D– Assim, o que eu observo é um grande estresse, porque a gente trabalha 40 horas e não tem férias. Acho que a questão mais difícil de todas é essa, além dessa questão material mesmo que muitas vezes é falha, tipo... brincado, a prefeitura não providenciou: a gente recebe doação, ou traz o nosso... mas o que pesa mais é realmente passar dois anos e emendar sem ter férias.

P – Mas qual o motivo de não ter férias?

D- Eles pagam as férias e não permitem ao trabalhador gozar dessas férias. Então a gente trabalha na área de saúde mental, com uma sobrecarga muito grande, questões psicossociais que comparecem, e trabalha neste regime de 40 horas e não tem férias. Então acontece de no final do ano tá todo mundo doente. E claro, a desmotivação também por não ser reconhecida, por nosso salário ser tão baixo, por fazer um trabalho super massa e não ser devidamente reconhecido... a prefeitura não nos vê. Então isso sempre gera um desânimo, uma vontade de querer sair. Mas até agora não afetou diretamente os meus atendimentos, no sentido do comprometimento da equipe. Por exemplo, amanhã vai ser nossa festinha do dia das crianças, e a prefeitura não arcou com nada... a gente que fez bazar e cota, se mobilizou... mas ela tá aqui tirando foto para se promover. Então assim... é bem complicado, mas demonstra um vínculo afetivo com as crianças e com a família.

P – Certo. Realmente... Agora uma outra pergunta: o que você considera no seu modo de atuação profissional com essas crianças que seja próprio seu, um estilo individual que só você tem, e o que você considera comum e que se assemelha ao dos outros profissionais?

D– Assim, o que eu vejo nos atendimentos conjuntos (com uma T.O, por exemplo), e que eu posso considerar diferente, é que o atendimento pelo menos meu é não diretivo, enquanto psicanalista. Eu não proponho nada, a criança brinca do que ela quiser... como tem uma criança aqui que ela só brinca de massinha, e as vezes eu até pergunto: “tu não quer massinha e outra coisa? “ Mas não, então é só massinha. O que prevalece é a vontade

dela. Eu não me antecipo ao desejo dela. Então eu acho que é nesse sentido que é um pouco diferente, de um plano que já se pensa o que fazer no atendimento. E outra questão minha é que eu não me prendo muito, eu vou muito no improviso, depois eu penso se a minha posição de analista me permite isso... eu priorizo o momento. E coletivamente, como em grupo, é trazer alguma proposta; ter que sugerir alguma coisa, alguma atividade.

P – Tem mais alguma coisa a acrescentar?

D– Não, acho que era isso, já falei até demais...

P - Okay, grata.

ANEXO E – TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA COM A PSICÓLOGA E

P - Como eu já falei, o que eu quero saber é: se existisse outra pessoa perfeitamente idêntica a você (e que no caso seria eu), do ponto de vista físico, em relação aos colegas, em relação a hierarquia, a organização formal e informal aqui do CapsI, como você diria pra ela se comportar (desde a entrada, desde que você estaciona o carro ou chega, até o cumprimento com os pais e o atendimento com as crianças) pra que ninguém percebesse que eu não era você?

E - Então, é... seria assim: chegaria, e normalmente quando a gente chega já tem um atendimento esperando, então era só guardar as coisas, né, e ir lá saber quem era o primeiro pra ser atendido. Os atendimentos, eu sempre trabalho muito o corporal, e não fico só na conversa. Então eu sento, eu brinco com os meninos, se precisar eu rolo no chão com os meninos... então teria que ser uma pessoa que tivesse uma disponibilidade corporal bem... se não eles iriam começar a perceber, né. Eu faço muito grupo aqui, eu tenho muitos grupos... todos os dias, tanto de manhã quanto de tarde eu tenho grupo. Então, nos grupos, sempre a gente trabalha muito esse corporal, no final dos grupos eu faço relaxamento... então teria que ser uma pessoa, assim, que tivesse bem disponível pras atividades daqui. Mas é muito fácil se passar por qualquer uma da gente aqui, pelas psicólogas daqui, porque o trabalho da gente é muito... como é que eu posso dizer... é mais ou menos todo dia igual. Claro que os temas abordados são... mas a rotina da gente é muito rotina mesmo. Então eu acho que uma pessoa pra se passar por mim aqui é uma pessoa que tem que tá muito disponível, porque eu faço tudo aqui... além de ser psicóloga a gente ainda vai pegar merenda, pega no prontuário... então a gente além da parte de psicologia, do trabalho como psicóloga, a gente acaba fazendo outras coisas também, então é uma pessoa que tem que tá quase cem por cento aqui. Que mais que eu posso dizer...

P - É como se o trabalho todo dia funcionasse do mesmo modo, mas todo dia você faz uma coisa diferente, é isso?

E - É... todo dia é trabalhado um pouco de tudo, faz um pouco de tudo. Mas ao mesmo tempo, assim, o que vai diferenciando o trabalho da gente, é realmente o atendimento clínico.

P - Certo. E o teu, como funciona?

E - Eu acabo, aqui, ficando com os meninos mais TDAH. Porque a gente meio que se juntou, o pessoal da psicologia, e sem querer, a gente meio que fez uma divisão. Então assim, a outra fica mais com aqueles pacientes mais graves, né, esquizofrênicos, e eu já fico

mais com os meninos mais agitados. Porque com essa disponibilidade corporal, eu tenho formação nisso, então acabo sendo um pouco mais flexível pra isso do que as outras.

P - Tua formação é em que?

E - Eu tenho formação em psicomotricidade relacional.

P - Certo. E tua abordagem aqui?

E - Gestalt. Ai as meninas já ficam com a psicanálise... não que a psicanálise não seja aberta a isso, mas é mais a conversa, né, essa outra parte. Então a gente meio que faz essa divisão, né, e ai acaba que os atendimentos... por exemplo, um caso de suicida, já muda completamente o modo de atendimento, como eu tava por exemplo num grupo agora... era crianças de 4 a 7 anos todos com TDAH... é uma coisa bem enérgica, bem que você precisa tá brincando de massinha e, ao mesmo tempo, já tem que pegar outra coisa, então assim... você tem que tá muito se focando naquilo. Porque as crianças mudam muito rápido. Você tá com um paciente com ideação suicida e depois com um paciente TDAH que ele tem que tá rolando no chão, brincando... e ai também tem o vestir de acordo com o paciente que você vai atender naquele dia. Então, por exemplo, hoje eu to com essa saia, mas é porque eu sei que não tem nenhum que eu vou precisar rolar no chão, fazer tudo isso. E a gente sempre tem um dia aqui que é dia de reunião, ai na reunião eu já sou mais calada. Então pra se passar por mim, se for uma pessoa que fale muito, vão notar a diferença, porque eu sou mais na minha, mais calada. Mas eu acho que é basicamente isso, assim.

P - E o teu relacionamento com os pais, com as crianças, como se dá?

E - Ai, são muito bons.

P - Mas muito bons como, o que eu tenho que fazer? É tipo muito vincular, de abraçar, ou é mais distante...

E - Não, eu sempre deixo muito aberto pra criança. Se a criança quiser me abraçar, tá, eu não posso abraçar ninguém, né, porque tem os casos deles, eu não sei como é cada um. Agora, assim, eu sempre to muito disposta aos pais, a conversar tanto antes como depois do grupo, mas às vezes a gente tem que ir dando cortes, tipo: tá, o que que a senhora quer? Porque, se não... porque tem os outros atendimentos. Com as outras meninas aqui é muita brincadeira, sou super disponível, mas eu acho que diferencial é deixar a criança... eu vou no ritmo da criança... então se a criança vier me abraçar, me beijar, sentar no meu colo, eu deixo... mas se ela for aquela que quer a distância, eu mantenho a distância dela... então eu espero o primeiro passo ser da criança. Pros pais eu vou lá falo bom dia, boa tarde, mas que não sou também de melhor amiga dos pais aqui também não. Eu escuto o que é pra ser

escutado, e se eu ver que a criança não tá bem, e que a mãe da criança também não tá bem, aí eu chamo pra conversar, né, pra gente tentar sempre o benefício da criança.

P - E nos teus atendimentos, pelo que suponho você prefere mais em grupo do que individual?

E - Não, a gente aqui tem que fazer os dois.

P - Mais o teu estilo individual é mais como?

E - Eu gosto muito dos grupos, mas tem dias... tem dias que eu to muito ligada nos grupos, se eu pudesse tinha grupo o dia inteiro. Mas tem dias que eu prefiro individual... agora assim, eu gosto muito do individual mas aqui a gente não tem muita estrutura pra ele, e o grupo como a gente meio que planeja... eu trago brinquedo pra aquele grupo... então como a gente não tem estrutura pro individual, eu prefiro o grupo. Mas... é uma interação muito boa, com as crianças eu me dou muito bem, são poucas as crianças que... e assim, até agora não teve uma criança com TDAH que me desorganizou aqui. Já vi as meninas se desorganizarem, mas eu ainda não me desorganizei. Eu brinco que eu mesma tenho TDAH, então... pra me desorganizar precisa ser aquela no ápice. Mas assim, é você chegar... normalmente eu entro por trás, eu não entro aqui pela frente, porque quando você chega os pais já param você é você não consegue nem guardar as coisas, então eu entro por trás, guardo minhas coisas, e só vou aparecer lá quando tem o paciente... ou se eu tiver algum pai que eu queira conversar, aí as vezes eu chamo aqui, as vezes eu vou lá fora. E eu tenho muito atendimento quinzenal, os semanais eu deixo pras coisas mais graves.

P - Certo. E o que tu poderia me dizer, no teu diálogo formal ou informal com os colegas, pelas divisões de tarefas, que o teu estilo de atendimento, de atuação, tem de único (que tu percebe que é só teu) e o que tu pode me mostrar como coletivo, que se assemelha ao das outras profissionais?

E - Eu acho que eu acho que o que é único é essa parte do corporal, né, de tá mais disponível, de deitar no chão, rolar, brincar mesmo, correr com eles... as outras toda vez que é pra fazer isso elas jogam pra mim. E o que eu acho que a gente compartilha muito é a escuta, né, todas nós somos muito disponíveis a isso. Eu não aqui nenhuma daquelas que é mais resumida, né, a gente sempre tá disposta, as psicólogas. Aliás, todos os profissionais daqui... graças a Deus a gente tem um grupo de profissionais bem dedicado. E aí eu acho que a dedicação, porque às vezes é muito complicado atender criança na parte da psicologia aqui, porque tudo é muito pesado. Aqui no CapsI a gente não pega nenhum caso leve, não pode ter casos leves aqui... então são meninos que são muito agressivos, são autistas que pra você conseguir alguma coisa só com a psicologia é muito complicado... a gente até brinca com as

meninas que são terapeutas, primeiro elas tem que moldar pra depois vir pra psicologia. Todas as psicólogas procuram estudar, descobrir, conhecer, claro do seu modo, da sua abordagem.

P - Pois é, você falou de desorganização, né, que alguns profissionais ficam mexidos demais com alguns casos e tal. Mas eu queria te perguntar, de modo pessoal, ou se você já tiver presenciado em diálogo com os colegas: diante dessa estrutura deficitária, mesmo, do CapsI, como anda a saúde de vocês, enquanto trabalhadores mesmo.

E - PÉSSIMA! Primeiro que a gente não tem férias. Como é que você trabalha 40 horas e não tem férias, trabalha com casos graves... e a gente, fica aonde? Eu digo muito, que a saúde mental da gente tá acabada. E a corporal piorou ainda... teve uma época que qualquer coisinha a gente adoecia. Sempre tem algumas semanas que várias faltam por motivos de doença. Então eu acho que a saúde da gente tá meio complicadinha... a gente as vezes até conversa que como é que a gente vai ajudar o outro se a gente não tá tão bem? Porque tem dias que a conversa da gente aqui é: ai meu Deus, tomara que não venha paciente! Isso pra poder a gente... ufa! Dá uma descansada... porque é muito corrido... a gente deu uma diminuída na agente da gente pra poder respirar, porque se não é um atrás do outro, para e almoça, e volta pra atender até voltar para casa... e chega em casa ainda tem um monte de coisa pra fazer.

P - E com relação ao teu vínculo com o teu trabalho, sabendo de todas as dificuldades desse sistema, que são só dois anos, por exemplo, como tu se sente? E ainda com relação às crianças, nessa possível quebra brusca de vínculo, depois desses dois anos?

E - Eu já to no meu 3 ano, já vim da seleção passada. Mas, assim, dá muita dor no coração. A gente tem que comunicar os pais que fez a prova novamente, mas não sabe se vai ficar ou não, e conversando com os pais: olha, infelizmente, eu posso sair, não sei se a prefeitura vai querer me colocar aqui... que ainda tem isso.

P - Eles não têm essa preocupação?

E - Geralmente não. Na gestão passada eles tiveram. Mas no ano passado eles não tiveram não. Então assim, tinha que fazer o auê lá, pra ver se eles entendiam: olha, a gente trabalha com criança, com autista que precisa de elo, então... ainda bem que deu certo, mas a gente sempre explica pros pais que as coisas aqui são muito passageiras. E ainda tem os psiquiatras, são poucos os que ficam um ano aqui. E ai é muito complicado de trabalhar isso com eles, então se no final do ano que vem eu saio, em outubro já começo a trabalhar isso com eles. Porque o melhor era se a gente soubesse quem vinha, pra fazer essa transição... mas a gente não tem a mínima noção de quem vem. Porque a gente já entendeu que concurso não vai ter... então a gente tenta ver outros pontos pra amenizar essas dores, essas quebras.

P - E tu, como se sente vinculada a esse trabalho?

E - Tem horas que eu quero chutar o pau da barraca e dizer: tchau, vou embora...

P - E quais os motivos?

E - A seleção não paga quase nada, não dá direito a nada... eles cobram de você mais do que lhe dão... pra gente fazer atendimento a gente tem que trazer as coisas, os brinquedos porque não vem de lá... mas ai também bate aquela história: e essas crianças vão ficar como? Porque eu sei que, se eu sair... claro que se aparecer uma coisa melhor, né... mas se eu sair não vem ninguém, então todas vão ficar sem atendimento... e como não apareceu nada melhor, eu continuo.

P - Certo. Tem algo mais a colocar com relação a substituição?

E - Não, aqui é fácil de trabalhar. Depois que você pega o ritmo. Não tem pressão, tem horas que é tranquilo, dá pra levar de boa. O que complica mesmo aqui no CapsI é a parte administrativa, né, que ai a gente acaba tendo que fazer coisas que não é da psicologia, a gente acaba tendo que dar conta de coisas que não diz respeito a gente... acho que o complicado é isso mesmo. Os atendimentos aqui, o ser psicólogo aqui só é pesado porque ninguém nunca chegou aqui pra dizer que tava muito feliz... mas é uma coisa que a gente já tinha se proposto desde a faculdade. Mas com relação a substituição o principal é: sorriso no rosto, mesmo não estando muito bem, e bota o corpo pra trabalhar.

P - Okay, grata.

**ANEXO F – TANSCRICÃO DA DISCUSSÃO ACERCA DO EXERCÍCIO - GRUPO 1
(PSICÓLOGAS A, B, C)**

P – O que o exercício daquele dia provocou? Quais as reflexões, os impactos, foi fácil ou difícil? O que foi mais significativo?

A – Posso começar. Eu acho que me causou inquietação, por eu nunca ter feito isso. Foi difícil, achei bem difícil, porque eu senti dificuldade de compreensão da proposta, mas eu acho que me fez refletir sobre isso, né, sobre como seria tentar passar o meu trabalho caso alguém tivesse no meu lugar, e se existiria alguma forma de fazer isso.

P – E aí tu acha que teria algo a mais a me falar, depois de ter pensado sobre?

A – Sim, mas era mais aquilo mesmo. Não sei como explicar.

P - Tá. E a inquietação que te causou, como foi?

A – Não foi nem positiva nem negativa, foi como se fosse estranho, algo novo.

P – E tu acha que hoje, uma semana depois, seria mais fácil pra ti falar sobre o teu trabalho e sobre a tua atuação, ou seria tão difícil quanto?

A – Falar sobre a minha atuação, talvez, mas instruir alguém sobre o meu trabalho depois da reflexão, sim.

P – E pra você, como foi?

C – Assim, foi interessante refletir sobre o que eu consigo falar da minha atuação, do exercício da profissão né, você parar pra pensar sobre a sua prática profissional. Então, assim, pra mim foi bom, apesar de ter o lado do desafio, né, você realmente no dia a dia acaba muito na prática e quando para pra falar acaba tendo que se remeter a toda sua formação, seu embasamento teórico, as metodologias, enfim... mas por outro lado é muito bom estar parando pra pensar em que aspectos você pode melhorar, o que você está fazendo realmente, né, em termos de atuação individual e profissional. Foi muito bom, de um modo geral. Eu acho que isso traz um amadurecimento e uma vontade de estar procurando estudar mais, se conhecer mais, rever certos conceitos, rever como se dá a prática profissional.

P – E no momento em que a gente conversou, tu achou desafiante ou tranquilo, falar sobre a tua atividade?

C – No mais eu achei tranquilo. Apesar de se deparar com uma situação como essa, eu acho que pensar sobre o serviço, pensar e falar sobre a prática sempre é preciso de algum modo... seja pra estagiários, estudantes, ou entre nós mesmos. E na correria do dia a dia a gente não para pra pensar sobre isso.

B – Pronto. Pra mim, no dia da entrevista, eu fiquei pensando muito né, no que podia ter falado mais. E uma das questões é que eu falei muito que o TDAH é uma agitação mais psicomotora né, e eu até acho que tu questionou na hora né, dizendo assim: “mas tu considera TDAH só como agitação?”. E eu fiquei pensando que eu restringi muito ao falar que o TDAH é só agitação, e a gente sabe que não é. Tem questões de personalidade, de dificuldades de conduta do paciente, alguns são mais regredidos... enfim, eu acho que eu poderia ter falado melhor né, e vou até estudar mais sobre. E também fiquei me questionando muito, porque aqui no CapsI a gente atende todas as demandas, a gente acaba não focando em nenhuma, tendo que conhecer praticamente todas, do autismo às psicoses. E eu não sei se eu me dedico tanto ao estudo do TDAH. Enfim, foi isso. Eu fiquei pensando, refletindo, e acho importante frisar a questão que cada paciente é singular. Então a gente não pode trabalhar e tratar igual como tem lá no CID 10, cada um vai se apresentar de forma diferente, tem a questão familiar.

P – Okay. E sobre a tua atuação, teu trabalho com teu estilo individual, tu acha que esqueceu de falar alguma coisa?

B - Eu acho que eu tentei abordar a forma como eu trabalho, e tentei explicar. Acho que deu.

A – Queria acrescentar no meu que, pelo que li, teve uma dificuldade minha de pensar sobre a forma individual de atuação, com a substituição, porque foi um questionamento que nunca chegou até mim, nem na faculdade nem aqui. E o que me pegou também foi como eu poderia passar o que eu sou e como faço pra alguém se isso é tão subjetivo? Mas trouxe essa reflexão, como se agora eu tivesse que me olhar no espelho.

P – Certo. O que se propunha com essa atividade era também isso mesmo, como se dá esse olhar sobre a própria atividade, ainda nesse sentido do serviço sem prescrição de atividade sólida, e onde você tem que usar de toda uma criatividade, espontaneidade pra exercer o seu trabalho, e que talvez por isso se torne tão diferente do outro.

C – É, eu tava até comentando com as meninas como isso seria legal. No NUTEP, no NAMI, existe todo um programa, um planejamento. A gente aqui tenta organizar minimamente o serviço, os atendimentos, mas a gente não tem um norte nesse sentido. É cada um por si estudando, trazendo seu material, elaborando sua atividade, ainda que seja o mesmo caso e a mesma faixa etária, por exemplo. E a gente tem que tá sempre inovando mesmo, porque não tem nenhum direcionamento ou programa. Assim, também é um desafio bom, porque nos deixa livres pra criar coisas, mas às vezes a gente pode cair no problema da falta, de não poder oferecer um serviço melhor. Cada uma das teorias, das abordagens nos dá

recursos pra trabalhar, e isso inclui a subjetividade que ela falou, mas se tivesse um norte, algo pra delinear melhor o nosso trabalho pra uma demanda específica, já ajudava e qualitativamente.

B – É, até porque a gente sabe da rotatividade do CapsI, de dois em dois anos muda de profissional, e claro que o vínculo não vai ser o mesmo, mas que se pelo menos tentasse manter uma linha de intervenção.

C – Isso. E ai, tendo essa linha, cada um iria atuar, dentro da sua subjetividade de uma forma única, mas existiria algo que nos norteasse além do prontuário, da devolutiva do paciente, algo mais técnico.

P – Era isso. A gente supunha que o que delinea minimamente o trabalho de vocês nos CapsI se resume a algumas resoluções, como as do CREPOP. E é uma coisa bastante superficial e considerando a plena subjetividade do psicólogo na sua abordagem, no sentido de que se chegasse um novo profissional de psicologia aqui amanhã ele não teria como se guiar com relação ao trabalho dele aqui, no sentido de uma prescrição de cargo, prescrição da atividade mesmo.

ANEXO G – TANSCRICÃO DA DISCUSSÃO ACERCA DO EXERCÍCIO - GRUPO 2 (PSICÓLOGAS D, E)

P – O que o exercício daquele dia provocou? Quais as reflexões, os impactos, foi fácil ou difícil? O que foi mais significativo?

D – Eu gosto muito quando vêm aqui estudantes ou estagiários, enfim, desses momentos. E eu acho bom porque é um momento de parar e pensar sobre a nossa prática, sobre o que a gente faz e o que poderia fazer, sobre as nossas limitações. E toda vida que tem esses momentos, uma coisa se repete, uma fala é comum: é esse meu envolvimento com o trabalho, de eu estar aqui por querer estar e não por falta de opção. Claro que é muito difícil o mercado da psicologia, por exemplo, eu tenho interesse na área docente, mas ainda não consegui iniciar. Mas eu não gostaria de estar em nenhum outro lugar que não em atendimento a crianças dentro desse perfil. Então o meu desejo de estar aqui por essas crianças e do meu trabalho ser relevante pra elas e pras suas famílias se repete, ainda que eu não seja de ferro e tenham várias coisas que atravessam a minha prática e me fazem repensar, como as dificuldades (a fragilidade de vínculos, férias, melhores condições de trabalho...). Ao meu ver as pessoas saem daqui por isso. Quanto a esclarecer a alguns pontos, e meio que discordâncias de mim mesma, em relação a quando eu disse que não havia uma adaptação do atendimento ao paciente, claro que há, porque é cada paciente quem vai direcionar o tratamento. O que eu quis dizer é que, assim, não existe um modo de trabalho específico para TDAH que é diferente do modo específico com autistas, a meu ver. As especificidades dizem respeito ao paciente, não à patologia. Não existe modos de tratamento, de funcionamento que se aplique e seja já pronta pro autista ou pro TDAH, enfim. É de cada caso, singular, tanto no tratamento individual como em grupo.

E - E assim, pelo que a gente tá entendendo, você também quer que a gente discuta um pouco sobre as diferenças entre os meus atendimentos, com os da psicóloga D e as outras. E aí, pelo que a gente entende, eu acho que implica muito a forma de trabalhar pelo instrumento teoria, pela psicanálise, pela gestalt né... então assim, claro que o que a psicóloga D disse serve pra todas, que quem comanda o tratamento é o paciente. Se o paciente chegar aqui e disser: “eu não quero falar nada hoje.”, a gente pode botar o que for que só vai depender dele, a gente só vai conseguir quando ele tiver com vontade. Então eu acho que isso é o que é semelhante em todo mundo da psicologia, e até em outras áreas também. Eu acho que ainda, discutir a história do: “ se aparecer alguém parecida com você...” , eu acho que a

gente entra muito no igual, no sentido de ter o respeito pelo paciente... porque é muito difícil vir uma pessoa e que você consiga instruí-la por completo.

D - Até porque cada profissional tem o seu estilo de trabalho, de lidar com os outros profissionais, e também com o paciente. Agora o importante é que todas tenham o envolvimento com a causa da saúde mental, com as crianças e adolescentes, estar implicada...

E - Ter sempre um contato com os pais, porque sem isso o tratamento não anda... e tentar dar o melhor de cada uma aqui. Claro que tem aquele dia que a gente tá cansada, mas a gente sabe que aquelas pessoas também dependem da gente. Então é cada uma dar o seu melhor, da sua maneira. Ah! E uma coisa também que eu tinha dito muito, sobre cada como eu trabalhava e me diferenciava das outras psicólogas aqui, é que eu gostava muito do corporal, da vivência né... que é o que me diferencia mais das psicólogas A, B, C, D... mas eu acrescento que, se precisar, a D vai tá lá usando o corpo, se jogando. Cada uma a sua maneira, mas a gente tenta se adaptar a cada uma a vivência da outra, e com a outra até aprender mais.

D - E isso se reporta ao paciente né, o que ele suporta, o que ele deseja fazer. Então tem que respeitar.

E - É, cada criança é uma criança, e cada terapeuta é um terapeuta. A gente tem que ir se adaptando tanto ao que a gente tem de conhecimento da gente, quanto ao que criança precisa naquele momento.

D - Pois é. Acho que no mais o que eu tinha a comentar era isso. Ah, e que a demanda aqui sempre é muito grande, então a gente fazer tudo o que a gente gostaria, não existe essa possibilidade. E muitas vezes, devido a esse número grande de crianças, de pacientes, a gente passar os atendimento individual pra em grupo acaba sendo não aquilo que a gente gostaria, mas sim aquilo que é possível...

E - É, a gente não respeita por completo...

D - Porque na maioria das vezes não dá. Mas muitas vezes... claro que também se tiver um caso gravíssimo a gente não vai colocar no grupo, porque também..

E - A gente tem que adaptar ao que dá né... até porque a gente enquanto psicólogas não tem como dar conta. Porque o Capsi acaba passando todo mundo do Capsi pela psicologia. Então é muito paciente pra dar conta, e acaba tendo que selecionar e gerir de alguma forma. Tudo é adaptação.

D - Sim, contanto que o paciente fique o mais confortável possível, senão não seria terapêutico.

E - Sim, sempre respeitando o que ele necessita.