

O trabalho nos Centros de Atenção Psicossocial de Campinas, SP: um estudo hermenêutico- narrativo sobre o sofrimento psíquico dos trabalhadores.ⁱ

The work in the Psychosocial Attention Centers of Campinas, state of São Paulo, Brazil: an hermeneutic-narrative study regarding workers mental suffering.

Ana Luiza Ferrer¹

Rosana Onocko Campos²

aluizaferrer@ig.com.br

RESUMO : Trata-se de uma pesquisa qualitativa, apoiada na teoria hermenêutico-crítica para identificar o sofrimento dos profissionais de saúde inseridos nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do município de Campinas-SP. Realizaram-se doze grupos focais, considerando diferentes grupos de interesse. Os grupos foram gravados, transcritos e narrativas foram construídas recorrendo ao referencial teórico de Ricoeur. Os trabalhadores afirmam que o trabalho na Saúde Mental é tenso, pois lidam o tempo todo com a loucura e não há espaços nos serviços voltados para o cuidado deles. O preparo teórico dos trabalhadores de nível médio é insuficiente. Referem que não lidam somente com a doença mental, mas com muitas ações de promoção social. A grande demanda de casos novos e a precariedade da rede básica atrapalham o acompanhamento dos casos. É possível perceber que o sofrimento se estabelece no campo somático por meio de várias doenças. Os trabalhadores convivem diariamente com situações geradoras de sofrimento. Contudo, apesar das dificuldades, estão cientes de suas escolhas profissionais e dizem que são implicados, acreditam na proposta dos CAPS e na reabilitação psicossocial, sendo motivados também pelo prazer de trabalhar nesses equipamentos, o que os mantém ligados às tarefas e responsabilidades que assumem.

Palavras-chave: Saúde Mental, doenças mentais, desinstitucionalização.

ABSTRACT: Research is in regards to a qualitative research supported by the critic hermeneutic theory to identify the suffering of health professionals inserted in the Psychosocial Attention Centers (CAPS) of the municipality of Campinas/SP. There were twelve focal groups, taking into consideration different interest groups. The groups were recorded, transcribed and narratives were constructed using the theoretical framework of Ricoeur. The professionals punctuate that the work in mental health is tense because they deal all the time with madness and there is no space in the service for their own care. The theoretical preparation of mid-level workers is insufficient. They say they don't deal only with mental disease, but with many social promotion actions. The great demand of new cases and the basic health network's precariousness, with lack of resources, disrupt the case following. It is possible to note that the suffering establishes itself in the somatic field, through many diseases. The CAPS workers daily deal with situations that generate suffering. However, even knowing the difficulties they face, they are aware of their professional choice and say that they get involved in it, that they believe in the CAPS proposition and in psychosocial rehabilitation, being also motivated by the joy of working in these equipments, that keep them linked to the tasks and responsibilities they assume.

Mental Health, mental disease, deinstitutionalization.

¹ Terapeuta Ocupacional, especialização em Saúde Mental pela Unicamp. Mestre e doutoranda em saúde coletiva pelo Depto. de Medicina Preventiva e Social da Unicamp. Desde 2005 é membro do Grupo de pesquisa "Saúde Coletiva e Saúde Mental: interfaces, inserido no diretório dos grupos de pesquisa do CNPq

² Médica, Doutora em Saúde Coletiva, professora do Depto. de Medicina Preventiva e Social da Unicamp. Pesquisadora responsável pelo Grupo de pesquisa "Saúde Coletiva e Saúde Mental: interfaces". Supervisiona o curso de aprimoramento em Saúde Mental e Planejamento e realiza supervisões clínico-institucionais em vários CAPS da região de Campinas.

Introdução

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), legitimados a partir da Reforma Psiquiátrica brasileira, são atualmente os principais serviços para o tratamento de doenças mentais graves. Criado o primeiro CAPS na década de 80, estes serviços constituem uma realidade recente e objetivam a construção de um novo projeto de saúde mental em uma instituição que não segregue e não exclua, que seja territorializada, visando superar a lógica assistencialista em direção à lógica da produção de saúde.²⁰

As equipes que trabalham nesses equipamentos são responsáveis por oferecer atendimentos individuais e/ou grupais, visitas domiciliares, atendimento às famílias, bem como o desenvolvimento de atividades comunitárias, com enfoque na integração do doente mental na comunidade e sua inserção social.³ Além disso, esses equipamentos promovem a criação de projetos terapêuticos individuais, que envolvem o cuidar de uma pessoa com atenção personalizada, pautada em acolhimento, vínculo e definição de responsabilidades dos membros da equipe, a fim de atender às crises e evitar o abandono.

Os profissionais envolvidos na dinâmica dos CAPS tornam-se polivalentes na medida em que suas atividades transcendem suas áreas específicas de atuação, rompendo com os aspectos meramente técnicos. Esses trabalhadores produzem intervenções de responsabilidades e afetividades, que envolvem a complexidade dos sujeitos na condução dos casos. Nesse sentido, é preciso construir um serviço que requer certa abertura para o enfrentamento de incertezas e conflitos, sendo fundamental pensar na transformação da equipe de profissionais que, segundo Rotelli¹, “aprendem a aprender”, dentro de um equipamento aberto, onde o trabalho tem que ser realizado em conjunto, como espaço coletivo de ação e reflexão das práticas profissionais, do confronto, das crises e do pensar e repensar o próprio serviço sem as famosas grades de proteção, chaves e muros na relação com os usuários.

Os CAPS agregam diferentes níveis de atenção em uma só unidade e proporcionam maior envolvimento e maiores repercussões subjetivas dos trabalhadores no atendimento aos usuários, que são inevitáveis e necessárias, provenientes da natureza do trabalho, mas que podem gerar mecanismos defensivos de diversas ordens.^{9,10} Considerando as equipes dos CAPS como peças-chave para a consolidação deste novo modelo de atenção em Saúde Mental, objetivamos com este estudo identificar e descrever o sofrimento psíquico dos profissionais de saúde inseridos nos CAPS do município de Campinas-SP, analisando como

esses trabalhadores expressam suas angústias e sofrimentos vivenciados nestes equipamentos; de que forma a manifestação desses sofrimentos interferem na rotina de trabalho e na vida pessoal destas pessoas e quais as estratégias defensivas mais frequentes utilizadas para atenuar as repercussões que o constante contato com a loucura pode gerar.

Método

Esta pesquisa utilizou-se da abordagem qualitativa, apoiada à teoria da hermenêutica proposta por Gadamer.⁶ A partir do presente e interesse dos pesquisadores foi possível suspender seus preconceitos sob a forma de perguntas, provocando o destaque do objeto deste estudo. No entanto, este movimento constituiu-se de dois horizontes (passado-presente), sendo os pesquisadores também interpelados pela própria tradição sobre o tema. O destaque do objeto foi bastante apropriado, pois não fez o tradicional recorte, amputando-o de suas condições de produção. Ao destacar o objeto foi possível manter uma relação recíproca com o contexto do qual foi destacado.

O campo foi desenvolvido nos CAPS de adultos da cidade de Campinas, escolhida em função da complexidade e extensão do seu sistema de Saúde Mental e pelo pioneirismo na implantação de seis CAPS III⁴. Os dados foram coletados por meio de doze grupos focais^{7,21,22} realizados com trabalhadores de nível médio e superior, comprometidos com assistência direta ao paciente. Para participação do estudo foi utilizado o critério da amostra intencional¹⁶, sendo necessário que os profissionais estivessem trabalhando na Rede de CAPS pesquisada há no mínimo seis meses no período de realização dos grupos focais e que apresentassem interesse, protagonismo nas discussões e desejo em participar do estudo.

A pesquisa de campo foi realizada em dois momentos: o primeiro totalizou seis grupos, cada um composto por pessoas de diferentes categorias profissionais, tais como médicos psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, técnicos de enfermagem e monitores, porém todos do mesmo serviço, caracterizando um grupo para cada CAPS. Cada grupo constituiu-se de no mínimo dez e no máximo doze pessoas e foi realizado no dia da reunião de equipe de cada equipamento, o que facilitou o comparecimento das pessoas.

Os sujeitos que participaram da pesquisa de campo receberam um termo de consentimento livre e esclarecido contendo os objetivos da pesquisa e os procedimentos a serem realizados, além de ser explicitada também a garantia da confidencialidade das informações e da privacidade dos sujeitos na divulgação dos resultados da pesquisa, assim como a liberdade para abandonar o processo a qualquer tempo, sem nenhum tipo de prejuízo.

Após a leitura das informações e esclarecimento de eventuais dúvidas, os sujeitos que aceitaram participar da pesquisa assinaram este termo de consentimento livre e esclarecido.

Na primeira fase dos grupos focais havia um roteiro com perguntas que norteavam a discussão, abrangendo a temática de interesse da pesquisa. Após a transcrição do material gravado destes grupos, foram construídas narrativas¹⁵ de cada um deles, recorrendo ao referencial teórico de Ricoeur^{18,19}. Pretendemos com estas narrativas trazer para o mundo do texto *histórias ainda- não – narradas*, mas que já estavam inseridas no mundo pelo agir social. Valendo-nos da primeira pessoa do plural - pois entendemos que as narrativas foram compostas por um grupo – extraímos seus núcleos argumentais para buscar compreender o sofrimento dos trabalhadores e suas repercussões com a dinâmica de funcionamento dos CAPS e seus processos de trabalho, marcadas pelo ineditismo constante que a loucura provoca.

O segundo momento do campo totalizou mais seis grupos focais e foi realizado seis meses após o primeiro. Sua composição foi igual à da primeira fase, sem perdas significativas de sujeitos. O objetivo era apresentar as narrativas construídas de cada grupo aos seus participantes, que puderam contestá-las, corrigi-las e validá-las, enriquecendo e aprofundando as discussões em torno da temática estudada. Destaca-se com este segundo momento do campo o movimento circular da análise, partindo do princípio hermenêutico de uma espiral, pois ao apresentar a construção narrativa aos grupos passamos pelo mesmo lugar, porém em uma altitude diferente.

Após a transcrição do material produzido neste segundo encontro, novas narrativas foram construídas para cada grupo e, juntamente com aquelas do primeiro encontro, constituíram o material empírico necessário para dialogar com os referenciais teóricos que abordam o tema do trabalho e sofrimento na área da Saúde Mental. Neste momento realizamos uma nova volta hermenêutica, visando à interpretação das narrativas à luz do contexto de produção sobre o sofrimento psíquico.

Trabalhar com esta proposta metodológica, a partir de textos construídos pelas transcrições dos grupos focais e com a preocupação de apresentá-los aos participantes do estudo, possibilitou entrar em contato com experiências e vivências de práticas cotidianas que determinam o funcionamento destes serviços de saúde. Assim, mais do que produzir material sobre o assunto, “buscamos construir um sentido para o outro, um sentido que só é possível no laço social, e não guardado no interior da academia”¹⁴ (p.270). Evidencia-se, assim, o caráter político da pesquisa participativa, quando constatamos pelos relatos dos

participantes que as discussões produzidas nos encontros foram levadas para os CAPS e tornaram-se assuntos de reunião de equipe e objetos de trabalho.

Pesquisar a rede de CAPS III do município permitiu aprofundar o conhecimento das peculiaridades dos profissionais inseridos neste contexto, uma vez identificado que estes trabalhadores estão comprometidos com a consolidação deste modelo de atenção em Saúde Mental. O movimento da análise tornou-se circular, seguindo o princípio hermenêutico de um círculo não vicioso, pois apesar de passarmos duas vezes pelo mesmo lugar, passamos em altitudes diferentes, compreendendo o objeto de maneiras diversas e ampliadas; e ancorados na afirmação hermenêutica de que o movimento de compreensão é sempre produtivo e nunca somente reprodutivo, pois “quando se logra compreender, compreende-se sempre de maneira diferente”⁶.

Resultados

Por meio das discussões realizadas e das observações da postura e reações dos participantes em relação ao tema do sofrimento psíquico, constatamos que os profissionais expressaram suas angústias, sofrimentos e dificuldades em relação ao trabalho nos CAPS. Os grupos deram ênfases diferentes para os tipos de queixas, mas inicialmente todos reclamaram de muito cansaço, sobrecarga pelo excesso de demanda, desânimo em relação à falta de recursos na Rede e nos CAPS, além da falta de estrutura física e de recursos humanos.

Pontuam que o trabalho na área da Saúde Mental é tenso por si só, pois lidam diariamente com a loucura, com questões subjetivas que, segundo eles, geram um excesso de intensidade dos casos devido à carga emocional que disponibilizam no contato com os usuários, não havendo espaços formais dentro da instituição para o cuidado dos profissionais. Esta situação e a sensação constante de que as dificuldades e as queixas são compartilhadas pela equipe na cozinha e nos corredores do serviço fazem-nos procurar espaços fora do CAPS, como grupos de estudos, psicoterapia individual, análise pessoal, qualificados por eles como facilitadores para o enfrentamento das dificuldades e situações mobilizadoras que vivenciam no cotidiano.

No entanto, os trabalhadores de nível médio alegam que não dispõem de tempo e nem de recursos financeiros para buscar espaços fora da instituição que os ajudem a lidar melhor com os casos e com o sofrimento que a relação com os pacientes pode provocar. Além disso, dizem não possuir preparo teórico suficiente para lidar com os casos, muitas vezes não fizeram a escolha de trabalhar com saúde mental e consideram-se os membros da

equipe que permanecem mais tempo com os usuários no serviço, sentindo que são os *'carregadores de piano'*.

De maneira geral, todos os profissionais requerem maior atenção por parte da gestão e propõem a criação de espaços dentro da instituição voltados para educação continuada. Ao mesmo tempo, identificam que as supervisões existentes se constituem como espaços para discussão de situações que mobilizam a equipe, mas alegam que, na maioria das vezes, não há tempo suficiente para isso, pois sempre existem questões mais emergenciais que precisam ser levadas para a supervisão e, talvez por mecanismo de defesa das próprias equipes, não sobra tempo para abordar tais questões.

Os trabalhadores da enfermagem de um dos equipamentos estudados consideram-se diferenciados de seus pares que atuam em outros CAPS devido ao esquema de trabalho adotado: um rodízio foi criado com objetivo de mudar a lógica do plantão noturno, sendo que quem trabalha no período da noite também trabalha no período da manhã, em dias alternados. Essa organização do trabalho é avaliada positivamente por todos os trabalhadores. Para os que fazem o rodízio é interessante e potente criar vínculos com os usuários e acompanhar os casos fora dos momentos de crise, eles se sentem mais integrados à equipe e não ficam restritos ao leito-noite.

Já os técnicos de enfermagem do plantão noturno de outros equipamentos relatam que trabalham sozinhos com mais um ou dois colegas e sentem muitas dificuldades, pois não têm informações da equipe sobre os usuários que estão no leito-noite, muitas vezes não conhecem os usuários, agindo intuitivamente, o que para eles é angustiante, fonte de grande sofrimento. Situações como essas fazem com que reflitam sobre a contradição do trabalho que exercem, pois cuidam para aliviar o sofrimento mental de outros, mas não têm acesso e recursos para cuidar do próprio sofrimento. Além disso, preocupam-se com o que se fala dos *'pacientes-funcionários'*, gíria utilizada para nomear trabalhadores que adoeceram e que estão afastados do serviço.

Um grupo de trabalhadores sente-se sobrecarregado pelo quanto ficam expostos no equipamento. Relatam que não há lugares privativos para a equipe, uma vez que os usuários circulam por todos os espaços, o que torna denso e desgastante o convívio dentro da instituição. Não há consenso entre as equipes sobre os espaços privativos, mas os que defendem essa idéia alegam ser necessário e saudável um tempo e um lugar para a equipe *'respirar'* entre um atendimento e outro e nos horários de refeição. Os que são contra essa idéia alegam que colocar chaves e cadeados nas portas é voltar a repetir o modelo

manicomial, além de que os usuários precisam circular livremente nos CAPS como se estivessem em suas residências.

Para os profissionais estudados, é muito difícil manter uma rotina e uma agenda de compromissos dentro do CAPS. Descrevem que existem momentos em que há exigência da presença deles em vários lugares ao mesmo tempo, principalmente nos equipamentos onde ocorre maior defasagem de recursos humanos. No entanto, discutem sobre os modos de cuidado de pessoas com transtornos mentais graves e defendem que o cotidiano do serviço tem que ser flexível. Não é possível ter uma rotina rígida com pacientes psicóticos, mas também não existe trabalho que se sustente sem o mínimo de organização; o grande desafio, então, é achar o ponto de equilíbrio entre as duas formas.

Na visão dos profissionais, a demanda que chega ao CAPS é considerada não qualificada, porque os serviços da Rede encaminham casos que não têm indicação para serem tratados lá, como transtornos de ansiedade ou depressões leves. Essa situação interfere diretamente na qualidade da assistência prestada, uma vez que dispendem muito tempo na triagem e avaliação dos casos, além de produzir um sentimento de que não conseguem investir o necessário no tratamento dos usuários em seguimento nos CAPS, gerando ansiedade nas equipes.

Por outro lado, pelo fato de o CAPS estar inserido no território, as várias demandas produzidas pelos usuários e seus familiares vão além do que os profissionais podem oferecer. Muitas vezes a doença mental aparece camuflada pelas precárias condições sociais e econômicas, tornando difícil estabelecer pontos de partida para a condução dos casos. Essa situação promove grande discussão em relação às fronteiras entre aquilo que é considerado da Saúde e o que cabe à Promoção Social, além da articulação do CAPS com a Rede, aspectos vistos pelos profissionais como geradores de intenso desgaste e como um dos pontos de maior entrave para a condução dos casos: *“(...) você pega um caso e pensa que vai tratar da saúde mental do sujeito, mas percebe que a família toda não se alimenta, não toma banho, o sujeito literalmente come chinelos. Então, a questão é anterior, não tem civilidade mais naquele lugar”*.

Muitas parcerias poderiam ser estabelecidas entre os CAPS e outras secretarias, tais como da Assistência Social, Educação, Habitação, Transporte, entre outras; porém, na visão dos trabalhadores, o fato de uma pessoa possuir um diagnóstico de transtorno mental grave autoriza restringi-la ao campo da Saúde, ficando o CAPS responsável por todas as demandas que ela produz.

Mesmo a parceria com outros serviços de saúde da Rede é frágil e pouco estabelecida. Não raro os trabalhadores deparam-se com situações de doenças dos usuários que necessitam de um acompanhamento clínico ou especializado, tendo que acompanhá-los à Unidade Básica de Saúde ou a outro serviço para garantir que serão atendidos, pois há uma dificuldade muito grande de conseguir outro tipo de atendimento à saúde para portadores de doenças mentais. Além disso, para os profissionais dos CAPS, os próprios trabalhadores da Saúde não sabem o que é CAPS e qual a sua finalidade.

A localização dos CAPS é outro aspecto considerado importante pelos trabalhadores, uma vez que a maioria deles está em regiões de bolsões de pobreza, muito populosas, com alto índice de violência, o que se traduz em falta de segurança para trabalhar. Alguns equipamentos já sofreram assaltos em horário comercial e muitos nem sequer contam com serviços de vigilância.

Em relação à estrutura física, a maioria destes equipamentos estão estabelecidos em antigas residências, com pouca estrutura para abrigar um serviço de atendimento ao público. Isso traduz-se em salas improvisadas, falta de espaço para realização de grupos e atendimentos, que acontecem muitas vezes pelos corredores. Os trabalhadores queixam-se das precárias condições do ambiente de trabalho, com mobiliário sucateado, falta de equipamentos, de materiais de consumo e até de higiene e limpeza. A falta de transporte próprio restringe as ações no território. Outra questão apontada – e que gera desmotivação e descontentamentos nas equipes – é a convivência com diferentes tipos de contratos de trabalho: no mesmo CAPS existem trabalhadores que possuem regimes salariais, horários, benefícios e calendários diferenciados, no entanto todos exercem as mesmas atividades e respondem ao mesmo gestor.

Alguns profissionais detectam grande esgotamento da equipe quando esta já não consegue mais lidar com situações de casos muito complexos ou quando essas situações ultrapassaram os limites da própria equipe. Os casos de co-morbidade em que usuários psicóticos também fazem uso de álcool ou outras drogas são apontados pelos trabalhadores como geradores de muita ansiedade e angústia na equipe, pois o uso constante de substâncias químicas agrava o quadro da doença, desencadeia várias crises, frustrando qualquer tentativa por parte dos profissionais de avançar positivamente no tratamento.

O atendimento à crise foi intensamente discutido em todos os grupos, não havendo coesão sobre o entendimento que se tem sobre este tema. A crise é considerada também como um momento de desorganização, ruptura do sujeito, que envolve muito sofrimento. Tal situação exige tanto do profissional que, muitas vezes, este fica tão angustiado quanto o

sujeito que está em crise. Os trabalhadores enfatizam que neste momento deve haver muito diálogo entre a equipe, pois o usuário pode atacar mais um profissional e/ou aproximar-se de outro, o que gera certo desgaste da equipe: “(...) a crise tem o poder de desterritorializar família, paciente, equipe, médico, psicólogo, seja lá o que for. E não tem regra para tratar a crise, não tem protocolo”.

As formas de atendimento à crise mostram também como as equipes suportam este momento. Em um dos grupos, o vínculo estabelecido com o usuário é o eixo principal e não há indicação de internação sem que todas as possibilidades de recursos do CAPS estejam esgotadas. Nesse caso, os trabalhadores descrevem que embora assumam vivenciar a crise junto com os usuários, sentem medo e desconforto em aproximar-se para tratar o paciente, mas apostam no diálogo e na sustentação da própria equipe.

Em outro grupo, os trabalhadores analisam que a crise está associada ao leito-noite e isso acontece devido à insegurança da equipe em aproximar-se do usuário. O uso frequente do leito revela o medo que os profissionais têm de cobranças posteriores, no caso de o usuário envolver-se com situações de risco.

Algumas vezes, os profissionais deparam-se com situações em que são agredidos por usuários ou seus familiares e logo em seguida vão para outro atendimento. Relatam que é muito difícil conviver com essas situações e afirmam não existir amparo institucional quando as agressões acontecem: “Quando a gente fura o dedo ou leva um soco na cara, abrimos um CAT³, fazemos exames a cada seis meses, mas é nosso emocional, como fica? É um soco na cara, não é qualquer coisa”.

Exames clínicos são feitos periodicamente, mas em nenhum momento as repercussões emocionais dessas situações são levadas em consideração.

Todos os trabalhadores afirmam que o sofrimento gerado no/pelo trabalho manifesta-se muitas vezes no corpo, através de doenças. Relatam que, na maioria das vezes, só quando ficam doentes é que se dão conta do excesso de trabalho e da carga mental que disponibilizam para realizá-lo. Apontam que a apresentação de atestados médicos é muito frequente nos CAPS e traduz limitações inscritas no corpo dos trabalhadores. Os profissionais acreditam que não é possível desconsiderar o peso que o trabalho no CAPS proporciona em suas vidas, embora reconheçam que o estilo de vida da sociedade atual é enlouquecedor. Alguns dizem que lidam com o sofrimento aumentando o consumo de bebidas alcoólicas, outros procuraram reduzir as atividades no CAPS para preservar a saúde e

³ Cadastro de Acidente de Trabalho

outros foram em busca de maior equilíbrio ampliando momentos de atividades físicas e de lazer.

Discussão

Os trabalhadores expressaram de suas experiências, por meio de seus discursos, o que nomeiam como angústia, sofrimento e entraves no trabalho realizado nos CAPS. No entanto, o tipo de sofrimento vivenciado e relatado por eles é peculiar, se entendermos que a própria natureza do trabalho na saúde é fonte de sofrimento, quando os profissionais ficam constantemente expostos à dor, ao sofrimento e à morte de pessoas doentes^{12,17}. O trabalho na Saúde Mental guarda ainda suas especificidades, se resgatarmos sua história de séculos de tratamentos em instituições fechadas, marcados pela exclusão social e pelo estigma dos portadores de transtornos mentais^{2,8}.

Verificamos que as equipes estão organizadas para trabalhar com a lógica do cuidado, da reabilitação, da educação; norteadas pelos princípios da Reforma Psiquiátrica. Acreditam que os portadores de transtornos mentais têm seus espaços e direitos na sociedade e que o melhor jeito de tratá-los é no território, próximo das pessoas com quem convivem.

No entanto, percebemos que os profissionais colocam-se muitas vezes em posição de militância, com a responsabilidade de transformar o percurso histórico da loucura, guiados apenas por ideologias. Mas, como aponta Marazina¹⁰, essa posição de militância faz com que os trabalhadores sintam-se iguais aos que atendem e acabam se frustrando quando não conseguem realizar o projeto inicial: “Ali ficamos colados aos ‘nossos loucos’, produzindo sintomas, desautorizando nossa palavra. Falamos assim da marginalização de nossa produção que, à semelhança da produção do louco, não acha espaço de legitimação”¹⁰. (p. 72).

A partir de uma leitura psicanalítica, entendemos que o trabalhador da Saúde precisa acreditar no valor positivo do seu trabalho, necessita ter uma aderência narcísica à tarefa primária, identificando-se positivamente com a missão da instituição em que trabalha⁹. Porém, vemos que em algumas regiões periféricas, onde não há recursos, há pouco (ou nenhum) investimento político, econômico e social, além da população ficar à mercê da violência, do tráfico de drogas, entre outras questões. Parece ser difícil para o profissional suportar esse mal-estar e identificar-se positivamente com uma missão que não se mostra tão favorável, além de que muitas vezes a responsabilidade dos casos é totalmente transferida aos trabalhadores.

Onocko Campos¹³ ressalta que quando o contexto de trabalho coloca entraves para a realização da tarefa primária, seja por falta de recursos humanos ou materiais, entre outros, os sujeitos utilizam-se de estratégias defensivas para atenuar o próprio sofrimento, dentre elas a burocratização, o desenvolvimento de estados passionais, somatizações etc. Se nos equipamentos de saúde acontecem processos de identificação entre profissionais e usuários, as equipes podem sentir-se como a população de área de abrangência: pobre, desvalida, desrespeitada; ou então as equipes, para se defenderem, podem se fechar tanto que montam fortes barreiras a fim de evitar colocar-se em contato com aquilo que tanto incomoda, podendo se tornar agressivas e retaliar os usuários¹³.

Percebemos que o trabalho nos CAPS não requer a utilização de grande aparato tecnológico. Ao contrário do que a literatura aponta sobre o desenvolvimento tecnológico dos hospitais¹⁷, nos quais ocorre uma supervalorização da técnica em detrimento dos relacionamentos interpessoais, nos CAPS os recursos utilizados para o tratamento provêm dos próprios trabalhadores, que se vinculam aos usuários, acompanham os casos fazendo o papel de profissionais de referência e na maioria das vezes não têm como valorizar determinadas técnicas que poderiam auxiliar na defesa de angústias geradas pelo contato intenso com aqueles que atendem.

Em geral, os trabalhadores de nível superior dizem que buscam instrumentos fora dos CAPS que auxiliam no trabalho com a loucura, como análise, psicanálise, grupo de estudos e cursos. Esse preparo dos profissionais pode ser eficaz para a produção de saúde dos usuários e também dos próprios trabalhadores, pois o grau de técnica que um trabalhador possui em sua prática interfere no grau de tolerância e resistência que este sujeito vai ter para enfrentar o dia-a-dia em contato com a doença, dor e sofrimento¹³. Nesse sentido, os técnicos de enfermagem, que possuem menor grau de formação, estarão submetidos a um sofrimento maior, pois não saber o que fazer ou não saber discernir riscos e urgências provocam maior angústia e insegurança¹³.

Na maioria dos CAPS, os plantões noturnos e de fins de semana concentram-se com os técnicos de enfermagem, que identificam nesse trabalho a lógica do trabalho hospitalar. No entanto, o esquema de plantão adotado em um dos equipamentos subverte esta lógica produzindo um rodízio dos técnicos de enfermagem entre o período do dia e da noite e é avaliado positivamente por toda a equipe. Esta é uma alternativa de reorganização do trabalho que potencializa o cuidado e que pode servir como exemplo para outros equipamentos.

Os profissionais consideram fundamental existirem espaços dentro dos CAPS para o cuidado deles mesmos, que envolvam a gestão e supervisão, com capacitação, cursos, entre outros. A criação de dispositivos oferecidos pela gestão dos equipamentos, como oficinas, cursos, treinamento etc. é um caminho para abrirem-se mais espaços de fala, de escuta e pode proporcionar melhor entendimento do que os profissionais sentem perante as dificuldades encontradas¹¹.

O trabalho desenvolvido nos CAPS requer muita disponibilidade dos seus trabalhadores, que estão constantemente expostos à loucura e a todas as outras demandas que chegam ao serviço. Quando os trabalhadores reconhecem que o sofrimento manifesta-se por meio de doenças, podemos nos basear nos estudos de Dejours⁵, que afirma que o sofrimento mental e a fadiga não podem se manifestar nos locais de trabalho, mas a doença é admissível. Para este autor, apresentar atestados médicos é disfarçar o sofrimento mental, por isso, o trabalhador utiliza-se deste recurso para deslocar seu conflito para um terreno mais neutro.

Considerações finais

A partir das discussões realizadas com os grupos, foi possível levantar algumas linhas argumentativas sobre o sofrimento psíquico dos trabalhadores da Saúde Mental inseridos nos CAPS. Pudemos constatar que, apesar de existirem muitas dificuldades e situações angustiantes, geradoras de sofrimento, existe uma implicação destes trabalhadores, motivada também pelo prazer de trabalhar no CAPS, que mantém essas pessoas ligadas às tarefas e responsabilidades que assumem.

Os trabalhadores sabem a que estão expostos, no entanto a grande maioria deles refere estar nos CAPS conscientes de sua escolha, porque apostam na lógica de trabalho destes equipamentos, gostam do campo da Saúde Mental, acreditam na reinserção social destas pessoas; portanto não perderam a ilusão institucional, pois como nos fala KAËS⁹, quando há falta de ilusão institucional, ocorre uma privação dos sujeitos de uma satisfação importante, debilitando o espaço psíquico comum dos investimentos imaginários que sustentam a realização do projeto da Instituição, tornando insuportável a permanência nela.

Referências bibliográficas:

1. AMARANTE, P. D. C.; TORRE, E. H.G. A constituição de novas práticas no campo da Atenção Psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil. *Saúde em Debate*, 25: 26-34. 2001.
2. BASAGLIA, F. *A instituição negada*. Rio de Janeiro: Graal, p. 97-133. 2001.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. *Reorientação do Modelo Assistencial em Saúde Mental – Relatório Final*, 1994.
4. CAMPOS, F. C. B. Os desafios da gestão de redes de atenção em Saúde Mental para o cuidar em liberdade. M.S. *Cadernos de texto da III Conferência Nacional de Saúde*, 190p. 2001.
5. DEJOURS, C. *A Loucura do Trabalho – Estudo de Psicopatologia do Trabalho*. 5ª ed. S.P:Cortez, 1992. 168p.
6. GADAMER, H. G. *Verdade e Método – Traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica*. Tradução de Flávio Meurer. Petrópolis, RJ: Vozes, 1997. 731p.
7. GATTI, B. A. *Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas*. Brasília: Líber Livro, 2005, 77p.
8. GOFFMAN, E. *Manicômios, Prisões e Conventos*. 5ª ed. S.P.: Perspectiva, 1996. 312p.
9. KAËS, R. Realidade psíquica e sofrimento nas instituições. In: KAËS, R.; BLEGER, J.; ENRIQUEZ, E.; FORNARI, F.; FUSTIER, P.; ROUSSILLON, R.; VIDAL, J. P. (orgs.). *A Instituição e as Instituições*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997, p. 1-39.
10. MARAZINA, I. Trabalhador da saúde mental: encruzilhada da loucura. *SaúdeLoucura*, 1 (1): 69-74. 1991.
11. ONOCKO CAMPOS, R. A gestão: espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas. In: CAMPOS, G. W. S. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 122-149.
12. ONOCKO CAMPOS, R. Humano, demasiado humano: um abordaje Del mal – estar em la institución hospitalaria. In: SPINELLI, H. (comp.). *Salud Colectiva: Cultura, Instituciones y Subjetividade: Epidemiologia, Gestión y Políticas*. Buenos Aires: Lugar, 2004. p. 103-119.
13. ONOCKO CAMPOS, R. O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10 (3): 573 – 83. 2005.
14. ONOCKO CAMPOS, R. Pesquisa qualitativa em Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde Coletiva. In: BARROS, N. F.; CECATTI, J. G.; TURATO, E. R. *Pesquisa*

- Qualitativa em Saúde – múltiplos olhares*. Campinas, SP: Ed. Unicamp, 2005. p.261-71.
15. ONOCKO CAMPOS, R.; FURTADO, J. P. Narrativas: uma revisão introdutória dos seus potenciais usos na pesquisa qualitativa e saúde. *Rev. Saúde Pública*, vol.42, nº.6, p.1090-1096. 2008.
 16. PATTON, M. Q. *Qualitative evaluation and research methods*. London: Sage Publications, 1990.
 17. PITTA, A. *Hospital dor e morte como ofício*. 4ª Ed. S.P.: Hucitec, 1999. 198p.
 18. RICOEUR, P. *Interpretação e Ideologias*. Tradução de Hilton Japiassu. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1990. 12p.
 19. RICOEUR, P. *Tempo e Narrativa - Tomo 1*. Tradução: Constança Marcondes Cesar. Campinas: Papyrus. 1994. 327p.
 20. TENÓRIO, F. A Reforma Psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *História, Ciências, Saúde*, vol.9(1): 25-59. 2002.
 21. WESTPHAL, M. F.; BÓGUS, C. M.; FARIA, M. M. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. *Boletim da Oficina Sanitária do Panamá*, 120 (6): 472-82. 1996.
 22. WORTHEN, B. R.; SANDERS, J. R.; FITZPATRICK, J. L. *Avaliação de programas – Concepções e Práticas*. Ed. Gente, 2005.

ⁱ Artigo baseado em dissertação de Mestrado, produto de pesquisa com financiamento do CNPq.