

A saúde mental dos profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial

I¹ Vladimir Athayde, ² Élide Azevedo Hennington I

Resumo: A saúde dos trabalhadores dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) tem sido objeto de poucas pesquisas, apesar da implantação de centenas de CAPS em todo país. O objetivo geral deste estudo foi analisar situações de trabalho em um CAPS localizado no município do Rio de Janeiro, tendo como foco o processo saúde-doença-trabalho. Neste estudo de caso, foram adotadas as perspectivas analíticas da Ergologia e da Psicodinâmica do Trabalho e utilizados como técnicas observação, a entrevista e a análise documental. A atividade cotidiana dos profissionais de saúde mental demanda grande envolvimento subjetivo e revelou-se desgastante, gerando sofrimento e adoecimento. As condições de trabalho insatisfatórias repercutiram no serviço prestado e na saúde dos trabalhadores. Ainda assim, foi possível identificar potência criativa e aspectos de satisfação pelo trabalho desenvolvido. As principais estratégias utilizadas pelos sujeitos para o enfrentamento e a superação das adversidades envolveram o apego aos ideais do SUS e da Reforma Psiquiátrica, o suporte da equipe, e o reconhecimento do trabalho realizado.

► **Palavras-chave:** serviços de saúde mental; equipe de assistência ao paciente; recursos humanos em saúde; ergologia; psicodinâmica do trabalho.

¹ Mestre em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz (Ensp-Fiocruz). Endereço eletrônico: vladimirathayde@gmail.com

² Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas; professora e pesquisadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da ENSP-Fiocruz e do Programa de Pós-Graduação em Pesquisa Clínica em Doenças Infecciosas do Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas (Ipec-Fiocruz). Endereço eletrônico: elida.hennington@ipef.fiocruz.br

Recebido em: 09/02/2012.
Aprovado em: 19/08/2012.

Introdução

O trabalho em saúde no Brasil e todo o seu aparato tecnológico-organizacional estão inseridos na lógica econômica capitalista, que identifica na rede de saúde pública a garantia de reprodução das pessoas como força de trabalho e consumidores (LIMA, 2007). Estima-se que a rede de saúde no Brasil seja uma das maiores do mundo, atuando em mais de cinco mil municípios, com mais de setenta mil estabelecimentos e gerando mais de dois milhões de empregos diretos, sendo o gasto anual *per capita* com saúde no país de R\$ 450,00 (MACHADO, 2006). Já a rede de atenção à saúde mental conta hoje com 1650 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), um crescimento de 330% desde 2003, atingindo uma cobertura nacional de 68% da população (BRASIL, 2011).

Como parte de uma política pública em saúde, a organização do novo modelo de atenção em Saúde Mental precisa ser fortalecida enquanto se busca sua definitiva consolidação e a superação do antigo modelo (LANCMAN, 2008). Assim, como estrutura de referência na rede de atenção, o CAPS configura-se como uma unidade de saúde singular e que representa uma inovadora forma de acolher e lidar com os transtornos mentais graves (LANCMAN, 2008). Os CAPS são considerados serviços novos e em expansão no país. Substitutivos dos manicômios e estruturados a partir da Reforma Psiquiátrica, sua criação foi inspirada especialmente no movimento italiano de desinstitucionalização do lugar de segregação estabelecido – técnica, social e culturalmente – para a loucura (AMARANTE, 2007).

Estudos (BEZERRA JR, 2004; LOBOSQUE, 2003; SANTOS, 2007) têm evidenciado que os trabalhadores de Saúde Mental no Brasil se deparam com um problema comum: as precárias condições de trabalho nas unidades públicas de saúde, o que tem contribuído para dificultar a consolidação das mudanças propostas pelo novo modelo. Apesar da relevância do tema, a produção científica sobre a saúde dos trabalhadores que atuam nesses centros ainda é escassa (LANCMAN, 2008; RAMMINGER, 2009).

O CAPS é caracterizado por uma demanda assistencial crescente, e com frequência tem sido impossível atender todos os usuários que ao serviço recorrem. Ainda pior, não se tem revelado possível o encaminhamento dessa demanda, o que tem gerado sofrimento patogênico nos trabalhadores, potencializado pela

falta de condições de trabalho (LANCMAN, 2008). Outros fatores também são apontados, como a pobreza da população atendida, suas precárias condições de vida em geral, a violência no território, a falta de recursos humanos, materiais e de infraestrutura nos serviços, a precariedade dos vínculos empregatícios, a dificuldade de comunicação e atuação intra e intersetorial, e a inexistência de uma rede de serviços (FERRER, 2007; NARDI, RAMMINGER, 2007; GUIMANRÃES, JORGE, ASSIS, 2011; JORGE, GUIMARÃES, NOGUEIRA et al., 2007).

Ao mesmo tempo, o trabalho realizado nos CAPS é também citado como gratificante, diferenciado e inovador, por ser necessariamente interdisciplinar e multiprofissional e seu processo ser objeto de constante reflexão por parte da equipe, permitindo-se pensar o como e o porquê de realizar certo procedimento ou tomar determinada conduta (KIRSCHBAUM, PAULA, 2005; ABELHA, LEGAY, LOVISI et al., 2008). Além da equipe, ressalta-se a importância da supervisão de equipe e até mesmo da psicoterapia individual para sustentar aspectos essenciais do trabalho (RAMMINGER, 2005; ALBUQUERQUE, 2010; VASCONCELOS, 2001).

Desse modo, conforma-se um panorama contrastante em relação à saúde dos trabalhadores de saúde mental. Por um lado, relatos de sofrimento, tristeza, exaustão, dificuldade de acolher o sofrimento do outro e mesmo de suportar as crises dos usuários que os procuram; por outro, o ideal de prontidão, alegria e disponibilidade, qualificação e competência para a escuta e assistência que se esperam desses trabalhadores (MERHY, 2007). Tudo isso remete ao questionamento sobre como lidam os profissionais dos CAPS com os problemas relacionados à sua própria economia psicossomática e inclusive à sua saúde mental, no cotidiano de trabalho, dado o contexto em que se encontram.

Assim, o objetivo geral da pesquisa foi analisar situações concretas de trabalho no CAPS, tendo como foco o processo saúde-doença-trabalho dos profissionais de saúde mental. Seus objetivos específicos foram descrever a atividade dos profissionais da equipe, identificar as questões presentes nos discursos e práticas cotidianas, referentes ao processo saúde-doença-trabalho dos profissionais, e verificar as estratégias empregadas pelos profissionais para enfrentar os problemas que afetam sua própria saúde.

Percurso teórico-metodológico

Neste estudo de caso, fez-se uso de conceitos e ferramentas de duas principais linhas de pensamento, atualmente incluídas no conjunto das Clínicas do Trabalho: a Ergologia (SCHWARTZ, 1992, 1997, 2007, 2011) e a Psicodinâmica do Trabalho (MOLINIER, 2006; CRU, 1987; LANCMAN, SNELWAR, 2008; DEJOURS, 1986, 1987, 1995).

Os pressupostos da Ergologia inscrevem-se em vários níveis: a) norma de investigação intelectual; b) espaço epistemológico, privilegiando as singularidades em detrimento de antecipações normatizadas, colocando o pesquisador em uma posição de permanente “desconforto intelectual” e dele exigindo humildade epistêmica, ou seja, fazendo com que cada aproximação de um campo de estudo seja encarada como uma primeira aproximação; c) pensamento de historicidade, sujeitando-se a um meio histórico específico; d) sinergia entre saberes da prática e saberes disciplinares, cuja problemática pode ser reavaliada; e) problema de produção de saber, interrogando-se, dentro do conjunto de saberes do qual faz uso, sobre seus próprios limites e fragilidades (SCHWARTZ, 1997).

Segundo a Ergologia, o conceito-chave para compreender o viver e o trabalhar é o de *atividade*, pois une o agir técnico estabelecido e o agir intelectual, que necessariamente se dá sobre o anterior. O exercício da atividade, especialmente visível na atividade de trabalho, envolve sempre um debate de normas atravessado por valores no cotidiano. É o momento de mediação entre o individual e o coletivo, entre os níveis macro, como fatores socioculturais, econômicos, políticos e históricos, e micro, as idiossincrasias e peculiaridades locais (SCHWARTZ, 2007).

Schwartz, desenvolvendo a concepção de Canguilhem (1990), entende a saúde como capacidade de gerar novas normas, de *renormatização*, ou seja, ter a possibilidade de tolerar as infrações à norma habitual e de instituir novas normas em situações novas, o que também se aplica ao viver em saúde no trabalho (SCHWARTZ, 2011).

Já a Psicodinâmica do Trabalho entende que o sofrimento gerado no cotidiano de trabalho pode sim tomar o rumo da desestabilização da economia psicossomática e mesmo do adoecimento. Contudo, considera que o sofrimento é um conceito que remete a algo inerente ao viver, podendo também impulsionar movimentos criativos para subverter adversidades (MOLINIER, 2006), tomando um rumo

de luta pela saúde e manutenção no campo da normalidade. Para identificar e compreender os trâmites desse sofrimento, é necessário conhecer as estratégias defensivas de que os trabalhadores lançam mão, como construção coletiva, frente às dificuldades com que se defrontam, além de sua engenhosidade para conseguir dar conta de tudo aquilo que emerge nas situações de trabalho. Segundo essa linha de pensamento, é preciso ainda verificar como a dinâmica do reconhecimento que se estabelece entre colegas, usuários e a hierarquia da gestão funciona como uma processualidade fundamental para a busca de saúde no trabalho.

Tipologia de investigação

Desenvolvemos um estudo de caso, considerando-se a unidade participante como um “caso representativo ou típico” (YIN, 2010). Buscou-se estudar a complexidade das situações de trabalho e suas relações com o processo saúde-doença, caracterizando-as em sua singularidade, sem deixar de considerar as possíveis generalizações para outros serviços. A escolha de uma única unidade revelou-se adequada às limitações de tempo da pesquisa e à finalidade desta de dar maior profundidade à análise dos dados.

Com a Ergologia, procuramos nos aproximar de nosso objeto tomando-o como “matéria estrangeira”, ou seja, posicionando-nos como leigos. Visamos, assim, facilitar a apropriação da especificidade da atividade em análise, ao primar pela busca por instruir-nos junto aos protagonistas do trabalho em análise, com eles também aprendendo (SCHWARTZ, 1992), numa preocupação “eticoepistemológica” sobre que saber está sendo produzido e como ele o está (SCHWARTZ, 1997).

Estabelecemos como estratégia de pesquisa alguns critérios para seleção da unidade de saúde que se tornaria o *caso* estudado: a) que se estabelecesse no município do Rio de Janeiro – por acreditarmos que a região metropolitana apresentava características peculiares em relação a municípios menos urbanizados, principalmente no que se referia à demanda; b) que estivesse em funcionamento há mais de 3 anos, de modo a evitar a seleção de uma unidade que não tivesse ainda suas rotinas e relações de trabalho estabelecidas e relativamente consolidadas, ou que não tivesse tido a oportunidade de experimentar dificuldades próprias do serviço; c) que possuísse um quadro de funcionários minimamente estável, para que houvesse uma forma de trabalhar e processos de trabalho estabelecidos.

No município do Rio de Janeiro existem treze CAPS (SESDC/RJ, 2011), um número ainda em necessário crescimento.

Os contatos com as unidades de saúde foram feitos por mensagem eletrônica. Após negociação com cinco CAPS, num período de aproximadamente 4 meses, houve um aceite efetivo. Houve grande dificuldade na seleção da unidade, especialmente em relação ao cumprimento do terceiro critério (estabilidade da equipe).

Técnicas de pesquisa

Além da elaboração de diário de campo, as ferramentas que buscamos integrar para atingir os objetivos do estudo foram: observação participante, entrevistas individuais e acesso às atas das reuniões de equipe/supervisão.

A observação participante deu-se primordialmente nas reuniões semanais de equipe/reuniões de supervisão clínico-institucional e no cotidiano do serviço. As reuniões foram observadas, porém não foram gravadas em áudio, em respeito à vontade da equipe. Contudo, foram elaborados relatórios de cada reunião, no total de 11. Escolheu-se a reunião para a observação por ser um espaço instituído nos CAPS, conforme o patrimônio do movimento reformista, e por ser um espaço de discussão, tanto clínica, de gestão e pactuação sobre o trabalho, como de partilha das dificuldades (ALBUQUERQUE, 2010).

Foram convidados a integrar a pesquisa todos os trabalhadores que costumavam participar das reuniões de equipe/supervisão, desde que contemplassem o critério de ter mais de dois anos de trabalho naquela unidade. Esse critério buscou garantir que o participante tivesse experiência acumulada de vivência com a equipe, tendo participado da criação e incorporação de uma forma coletiva de trabalhar, além de já ter constituído e desenvolvido sua maneira pessoal de se posicionar naquele coletivo. Houve três recusas. As categorias profissionais entrevistadas, tanto estatutários quanto terceirizados, foram: psicólogo, enfermeiro, terapeuta ocupacional, médico, nutricionista, assistente social e uma autodenominada “dançoterapeuta”, aludindo à ausência de nomenclatura oficial para sua formação.

A opção pela entrevista individual sobre técnica grupal se deu pela flexibilidade de agendamentos individuais, considerando a inviabilidade confirmada pela equipe de dispor de tempo para um encontro coletivo. A entrevista semiestruturada mostrou-se adequada principalmente por aproveitar ao máximo o tempo disponível, sem restringir o diálogo, mas atentando para que

os tópicos fossem satisfeitos. As 13 entrevistas, gravadas com autorização, foram realizadas na própria unidade, em sala disponível no momento capaz de garantir privacidade. Sua duração variou de 20 a 55 minutos.

Para a análise documental, foram acessadas as atas das reuniões de equipe/supervisão referentes aos oito meses imediatamente anteriores ao início da pesquisa, considerando a disponibilidade de tempo destinada a essa etapa da pesquisa de campo. Procurou-se cercar o objeto, de forma a nos pormos a par do contexto e do funcionamento habituais das reuniões, anteriores à presença do pesquisador, além de facilitar a compreensão dos assuntos abordados pelo coletivo.

Uma última estratégia foi o retorno à unidade para a restituição e validação dos resultados preliminares da pesquisa, ao final do trabalho de campo. Foi elaborado um roteiro para o material, incluindo partes de apresentação das teorias e partes dos resultados preliminares, como forma de orientação para a conversa. Houve dificuldade tanto em promover o encontro quanto a discussão, devido principalmente a urgências proeminentes.

Categorias analíticas

As categorias analíticas definidas a partir do material produzido pelas entrevistas foram as de “coletivo de trabalho”, “dinâmica do reconhecimento” e “sofrimento e defesas”, ancoradas nos referenciais da Psicodinâmica do Trabalho e da Ergologia.

O coletivo de trabalho é uma formação social bastante frágil e que não se dá naturalmente (LANCMAN, SNELWAR, 2008), pressupondo encontro de uma forma de agir que se transforma em técnica ao passar do individual ao coletivo, tornando-se patrimônio social (CRU, 1987). As regras estabelecidas no interior do coletivo são: *sociais*, como respeito e polidez; *linguageiras*, como os códigos ou jargões técnicos ou coletivos; *técnicas*, como o ritmo do trabalho ou o modo de trabalhar; e *éticas*, que vão além da técnica e estabelecem o que é justo ou não se fazer. O estabelecimento de formas de trabalhar, seguindo regras comuns em um coletivo de trabalho, possibilita para o trabalhador uma técnica ali consagrada, liberando-o de desgastantes hesitações frente aos impasses (CRU, 1987).

Para a Ergologia, os coletivos, agrupamentos do agir coletivo, cristalizam seus vetores de comunicação verbal ou gestual e povoam um mundo hierarquizado de valores, conformando normas endógenas àquela coletividade, sem o que tenderiam à ineficácia e aos riscos (SCHWARTZ, 2011). O modo de trabalhar

passa então por um debate de normas atravessado por valores em uma atividade deontológica, pois o que é vivido o é como um jogo de dilemas, uma dramática. Tomamos o conceito de *dramáticas do uso de si*, segundo o qual não existe uma relação dicotômica entre gestores e geridos em uma organização: todos os seus trabalhadores, em qualquer nível hierárquico, são gestores do próprio trabalho e toda atividade é sempre uma “dramática do uso de si” (SCHWARTZ, 2007), o que remete à ideia de gestão de si por meio das “microdecisões” tomadas no cotidiano, por cada um.

O trabalho e o reconhecimento do que os trabalhadores nele investem têm um papel fundamental na constituição da identidade pessoal, elo fundamental entre sujeito e a realidade. A identidade, “armadura” da saúde mental (DEJOURS, 1986), é aqui uma vivência subjetiva e que se apoia, no entanto, na realidade e no reconhecimento, pelos outros, para se assegurar e dar sentido ao trabalho. A falta de reconhecimento pode gerar desmotivação, com o efeito clássico de absenteísmo. O reconhecimento se representa como drama, em uma dinâmica que ocorre sob a promessa de ser reconhecido (MOLINIER, 2006). O reconhecimento de que falamos se dá sobre o trabalho em si, e não sobre o sujeito, o que torna a atividade uma passagem para o seu reconhecimento. Ele é obtido por mediação do olhar dos outros no jogo das relações de trabalho, na forma de julgamentos pelos pares (os colegas de trabalho que compõem o coletivo de trabalho), pelos usuários, pelos superiores hierárquicos e pelo próprio sujeito (LANCMAN, SNELWAR, 2008).

Esses julgamentos são dois: o estético e o de utilidade. O primeiro passa pelo crivo da conformidade aos pré-requisitos das regras do coletivo de trabalho, abordando então o trabalho realizado quanto à originalidade e estilo (“que bela obra”). Isso alimenta uma identidade do autor do trabalho, apresentando-se como “argamassa” do reconhecimento (MOLINIER, 2006). O segundo refere-se à utilidade social, econômica ou técnica do trabalho feito pelo sujeito (LANCMAN, SNELWAR, 2008). Esse julgamento é incontornável e passa pela avaliação dos superiores hierárquicos em relação tanto à qualidade do trabalho realizado quanto aos objetivos alcançados. O reconhecimento diferencia-se da gratidão, que seria o reconhecimento dos usuários do serviço, apenas (MOLINIER, 2006).

Pela promessa de reconhecimento, põe-se em ação a *engenhosidade* do trabalhador, uma inteligência caracterizada pela competência, astúcia, sensibi-

lidade, inventividade ou criatividade, evocada frente aos desafios da realidade e limitações da teoria (LANCMAN, SNELWAR, 2008), proporcionando autonomia e eficiência (DEJOURS, 1995). Porém, por seu aspecto subversivo, pode-se caracterizá-la como “quebra-galho” ou macete, fora dos regulamentos da norma, o que implica risco de sanções (DEJOURS, 1995).

O *sofrimento* do qual falamos é inerente à vida, inclusive ao trabalho, e tomará destinos distintos: ou se transformará em prazer, numa experiência estruturante do sujeito, tornando-se o trabalho um operador de saúde por meio de seu desdobramento em superação na dinâmica do reconhecimento – um sofrimento denominado “criativo”; ou, caso contrário, tomará o caminho negativo do adoecimento, o sofrimento patogênico (MOLINER, 2006). Como forma de proteção contra esse último, as coletividades cooperam para o estabelecimento de “estratégias coletivas de defesa” – mais eficazes do que as individuais –, por meio das quais os trabalhadores buscam modificar, transformar ou minimizar sua percepção da realidade que os faz sofrer. São, portanto, necessárias para a saúde mental (LANCMAN, SNELWAR, 2008).

A insatisfação (DEJOURS, 1987) ou os ditos sofrimentos cardeais do trabalho - o medo e o tédio - são pistas para a identificação do sofrimento, por meio da narrativa da atividade de trabalho e das engenhosidades, além dos impasses e injustiças decorrentes do não reconhecimento (LANCMAN, SNELWAR, 2008).

Este estudo foi submetido e aprovado pelos Comitês de Ética da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (CAAE 013.0.031000-10), e da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (CAAE 0156.0.314.031-10).

Resultados e discussão

A unidade pesquisada foi um CAPS em funcionamento há mais de 5 anos, com equipe formada por cerca de 15 integrantes, fora pessoal de apoio. Localizado no município do Rio de Janeiro, em região cercada de vias expressas e de comunidades de baixa renda, esse CAPS apresenta histórico de violência no seu entorno e contra a própria unidade, em um território denominado pela equipe de “deserto sanitário”, em referência à ausência de rede de saúde.

Sofrimento e defesas

A imprevisibilidade e a lida rotineira com situações-limite, como suicídio ou automutilação, por exemplo, caracterizam a atividade no CAPS como um “trabalho desestabilizador” (LANCMAN, 2008). Além disso, o próprio cotidiano de trabalho em um serviço que atende pessoas com graves transtornos mentais naturalmente já suscita sofrimento nos profissionais:

Às vezes é brutal da mesma maneira [que uma violência física], que é agressivo da mesma maneira, você escutar por horas uma pessoa, é uma coisa que ocupa dentro de você, um trabalho que você tem que fazer essa digestão (B – “Dançoterapeuta”)

A ameaça de adoecimento é constante, segundo os entrevistados. Foi registrado um caso de afastamento na equipe, tido por eles como relacionado ao trabalho:

Foi uma coisa tão rápida que eu nem senti, quando eu vi, eu já estava com alguns sintomas muito semelhantes aos que eu trabalho aqui, entendeu? Eu acho que aqui eu senti como se fosse um *pancadão* (A - Assistente social)

O fator relatado como causador de maior sofrimento entre a equipe foi a impossibilidade de realização de um bom trabalho devido à falta de condições. A impossibilidade de controlar adequadamente o estoque da farmácia, a falta de um medicamento básico, a falta de pessoal, o atraso no pagamento dos salários, a saída de um colega que desiste e a impossibilidade de continuar oferecendo a refeição aos usuários são exemplos reiterados nas entrevistas daquilo que causa maiores reações ou sentimentos negativos em relação ao trabalho, como raiva, inconformismo, desmotivação, frustração, tristeza ou sensação de cansaço e exaustão permanentes:

Sustentar esse lugar como lugar de eficiência, como um lugar de um direcionamento, de uma ética e tudo mais, às vezes eu acho meio complicado. Em mim, eu sinto às vezes um certo cansaço crônico, eu sinto às vezes um certo... que vem junto com um certo desânimo, que às vezes se confunde um pouco com a questão: ‘Será que eu estou me deprimindo? Desmotivado?’ (D – Psicólogo/Diretor)

Ainda em termos de precariedades das condições de trabalho, a chamada “falta de rede” também é citada de forma repetida pelos entrevistados como um dos principais problemas enfrentados. O CAPS é regulamentado como porta de entrada em saúde mental, encaminhando os usuários e prestando-lhes apoio matricial; porém, a fragilidade do SUS, como nessa área programática, leva-os a uma situação tida pela equipe como “desesperadora”, por não ter para onde

encaminhar pacientes e também por ter de conviver com o dilema de assumir ou não novos pacientes, em detrimento dos que já são atendidos.

A atividade de trabalho desafia a capacidade de renormatização dos trabalhadores para tolerarem um meio com tantas adversidades, devido ao seu objeto, à organização do trabalho e às suas condições precárias. Há a necessidade fundamental de uma preparação protetiva:

Eu vim um pouco às cegas, então eu acho que isso contribuiu muito; também a questão do território, a questão dos recursos e também a questão de eu estar despreparada [...]. Eu acho que a gente precisa criar *escamas* pra trabalhar num serviço desse (A – assistente social)

As defesas psicológicas contra o sofrimento (“escamas” *versus* “pancadão”) estão presentes individual e coletivamente. Afastar-se da abordagem de determinado problema é a defesa individual mais comum, representada por atitudes tais como sair para fumar ou para comer durante a reunião de equipe/supervisão quando o assunto implica a si, ou no distanciamento entre a direção da Unidade e os gestores da área, por exemplo. Coletivamente, as estratégias de defesa mais identificadas foram semelhantes à descrita para outras categorias profissionais (DEJOURS, 1987; MOLINIER, 2006). Frente ao medo de uma reação violenta de um usuário ou da violência do entorno, adota-se uma postura e um discurso de brincar com o perigo ou de desafiá-lo ou mesmo de apego aos casos mais graves e a um entorno arriscado e violento:

Eu gosto de trabalhar com essa clientela grave, casos difíceis, complexos, pessoas que às vezes estão em uma situação de risco, de pobreza, de loucura, eu gosto. (I - psicóloga)

Observou-se que o conhecimento clínico, valorizado e disseminado no coletivo, também pode ser encarado enquanto estratégia de defesa. Adviria de um suposto conhecimento sobre as características clínicas uma maior capacidade de prever crises com comportamento violento dos usuários, de forma a permitir controlá-las, proporcionando o alívio da tensão cotidiana quanto a tal ameaça.

Dinâmica do reconhecimento

A dinâmica do reconhecimento pôde ser percebida nesse espaço de discussão do coletivo de trabalho, que se revelou a reunião de equipe/supervisão. Notamos que existe um grande interesse por parte da equipe em expor um caso clínico sobre o qual se tenha mais detalhes e informações, ou uma atividade realizada, sobretudo

as novas. Aparentemente, isso se deve a muito mais do que o caráter de supervisão da reunião. Na verdade, as escolhas na atividade de trabalho, resultantes do debate de normas, são aí postas em julgamento, e sua aprovação confere ao julgado o seu valor, enquanto a estética do trabalho realizado lhe confere sua marca pessoal, sua identidade. Essa necessidade imperativa de exposição se deve principalmente ao alívio e à satisfação proporcionados pela avaliação pelos pares e pela hierarquia interna quanto à conformidade ética e técnica aos preceitos da Reforma Psiquiátrica e ao chamado “projeto clínico político” da Unidade.

Eu acho que isso aqui é um barco e tem que caminhar todo mundo junto, é achar o melhor caminho. Agora, a reunião de equipe ainda é o melhor espaço [para discussão] (K – Assistente social)

Segundo o grupo, uma atividade pode ser desenvolvida de forma mais grosseira, um trabalho “duro”, que pode ou não ser eficaz. Ou, para além da eficácia, a atividade pode ser considerada “sutil”, “delicada”, expressões também costumeiras, consideradas algo especialmente importante em uma atividade que envolve e valoriza conceitos artísticos no trabalho com a loucura.

E o quanto é difícil a gente poder, com tanta gente, com tantos problemas, ter essa delicadeza. É o pouco uma resistência, né... (I - Psicóloga)

O critério de utilidade social é estabelecido pelo sujeito. O trabalho, embasado nas profundas modificações sociais, técnicas e culturais preconizadas pela ideologia subjacente à Reforma Psiquiátrica, faz com que adquira especial importância o reconhecimento pela função social, de forma que o trabalho no CAPS é relatado como uma escolha, devido a esses princípios, dando o sentido ao trabalho muito mais de um ativismo ou uma utopia a ser perseguida, do que de um meio de retorno financeiro.

Não é questão financeira, porque eu poderia transferir e trabalhar em lugar que ganha mais do que aqui. O CAPS viabiliza a atenção de forma mais flexível, mais aberta, tem um paradigma mais aberto, dá pra se inspirar nele (C - Psicólogo)

Já o reconhecimento por parte dos níveis hierárquicos gestores, que deveria ser proporcionado inclusive por meio de justa remuneração, vínculo empregatício não precário e condições materiais de trabalho para seu adequado desenvolvimento, é motivo de queixa por parte dos trabalhadores, apesar de promessas superiores de mitigação das precariedades. Nesse ponto específico o reconhecimento é negado.

A impressão que eu tenho, trabalhando num serviço público já há 3 anos, é que não há nenhum interesse governamental em investir num serviço de saúde pública. (J - Psiquiatra)

Outra fonte de reconhecimento, além do interno ao serviço, dos níveis hierárquicos superiores de gestão e daquele decorrente da função social, são os usuários. A possibilidade do coletivo de trabalho influenciar no alívio ou melhoria das pessoas em crise por meio de um projeto terapêutico exitoso, além do vínculo pessoal entre técnico e usuário, é referida como profundamente gratificante. No entanto, devido ao descrédito e à falta de perspectiva de mudanças nas condições de trabalho, os trabalhadores acabam por voltar suas expectativas justa e unicamente para a gratidão do usuário como estratégia para suportar situações inadequadas e pouco estimulantes, numa arriscada aceitação de uma demanda infinda, à qual atender plenamente seria inviável.

É muito legal você poder ajudar alguém que está em crise e a pessoa chega e diz ‘eu quero que você me atenda’, ‘eu confio em você’, então é todo o estabelecimento desse vínculo, que te coloca em um lugar de quem tem potência pra poder estar acolhendo o outro, de estar podendo elaborar um projeto um pouco mais intenso, intensivo, enfim, acho que isso é bom, entendeu? (D – Psicólogo/Diretor)

Coletivo de trabalho

A constituição de equipes nos CAPS foi considerada fundamental para ajudar os trabalhadores a se protegerem do sentimento de impotência frente às dificuldades do serviço⁴. Encontramos, a despeito de todas as adversidades, um coletivo de trabalho, com regras estabelecidas e respeitadas.

As normas languageiras, condição para a intercompreensão nos coletivos, baseiam-se no vocabulário da Reforma Psiquiátrica, da psicopatologia e da psicanálise, além do senso comum, constituindo, sustentando e instrumentalizando a maneira de falar do grupo.

As regras éticas estão no acordo sobre os valores e sobre o que é certo fazer em determinada atividade de trabalho (MOLINIER, 2006). O CAPS é em um serviço de atenção psicossocial, onde não há tantos procedimentos padronizados e se preconiza a reflexão constante sobre os modos de trabalhar para que o serviço (que é substitutivo) não capitule e recaia em uma forma condenada de atuação.

O trabalho no CAPS te chama muito à corresponsabilidade, te chama muito a uma disponibilidade interna, uma disponibilidade subjetiva que é muito grande, te chama muito a repensar os valores pelos quais você vai ouvir e vai encaminhar determinadas questões, que são valores muitas vezes marcados por uma determinada tutela, uma certa perspectiva tutelar, valores nossos, no nosso trabalho. O grande risco de você, no CAPS, mesmo trabalhando no CAPS você possa cronificar, você possa trabalhar manicomialmente, enfim. (H – Psicólogo)

Predominam as regras éticas sobre as regras técnicas, o *como* trabalhar. Ou seja, a regra técnica mais forte aqui aponta para regras éticas, tais como sobre os valores que atravessam a atividade de trabalho “desinstitucionalizada”, ou também para uma decisão clínica quanto ao melhor projeto terapêutico para um usuário, ou ainda as que envolvem o “projeto clínico-político” da equipe para a unidade.

Outras regras técnicas se referem à intensidade e à proximidade que cada um deve ter em relação aos casos nos quais atuam. São os “recursos” clínicos, como a “construção de pausa no trabalho” ou a “postura clínica” que envolve a clareza de seu papel e de seus limites e a necessidade de distanciamento profissional.

[Há que se] Manter esse distanciamento profissional ao máximo, porque quem não consegue manter sucumbe, sucumbe feio! (H -psicólogo)

Essa habilidade é transmitida no coletivo, pois à sua falta é associado o perigo de um envolvimento imoderado, dada a intensidade do cotidiano, algo que seria comum aos novatos na área e que já teria se passado, como no caso da colega que adoeceu. Trata-se de uma habilidade ou cultura de trabalho essencial, patrimonializada pelo coletivo de trabalho.

Sabe-se que a reflexão – pensar o *porquê* e o *como* fazer, de forma a desempenhar um trabalho diferenciado – em saúde mental, costuma ser algo muito gratificante (BARROS, SILVA, 2005) e define a forma de trabalhar nesse CAPS. O espaço da reunião, considerado pela própria equipe como primordial para esse fim, remete-nos às dramáticas do uso de si cunhadas por Schwartz (2007). “Será que estou sendo manicomial?” ou “Como levar determinada oficina?” são perguntas que exigem o debate de normas interno, a partir dos pressupostos do serviço, das convicções pessoais pela experiência e do conhecimento técnico das diferentes categorias profissionais sobre cada elemento do cotidiano. Exigem também um debate coletivo sobre cada passo clínico a ser tomado, constituindo uma dramática de como se pôr em atividade:

Eu acho que poder construir com a equipe aqui algumas oficinas, alguns projetos de trabalho, foram coisas que me afetaram positivamente. Eu acho que, assim, a gente precisa produzir espaços coletivos de enfrentamento, sozinho, só por heroísmo e vontade pessoal, a gente adoece mesmo e também não da conta, né. (I - Psicóloga)

Observamos que é estabelecida, nesse contexto, a regra técnica de prudência, de não precipitação sobre o trabalhar. A intervenção, mesmo em casos mais graves e em situações de pressão da demanda, é feita apenas após exaustiva discussão na

reunião, e só se toma uma medida definitiva em último caso. Isso se assemelha ao denominado “uso exacerbado de si” (RAMMINGER, 2009) ou “atividade ao quadrado” – “clínica da clínica” (ALBUQUERQUE, 2010). Percebemos que a exaustão ameaça esse modo de trabalhar, mesmo que ele proporcione um potencial deontológico da atividade e o fortalecimento da equipe.

Conforme o meio se apresenta e as dificuldades e fracassos surgem, faz-se uso da engenhosidade, por meio de macetes ou do “jeitinho” (DEJOURS, 1995), como por exemplo usar de dinheiro próprio para comprar algum material, encaminhar um pedido de medicamento em falta a uma autoridade judiciária ou pedir “emprestados” funcionários de apoio de outra unidade de saúde. Por um lado, essas astúcias (DEJOURS, 1995), que em alguns casos foram de iniciativa individual, proporcionam reconhecimento e satisfação, quando aprovadas e assimiladas pelo coletivo, por solucionarem um problema prático que se impunha e por darem destino saudável a um sofrimento que os afligia. Mas, por outro lado, podem ser vistas como irregularidades e, assim, serem passíveis de sanção hierárquica, como pudemos registrar na relação com a gestão superior externa à unidade.

Considerações finais

O trabalho no CAPS, ao mesmo tempo em que suscita angústia por lidar direta e constantemente com o sofrimento mental do outro, é também inspirador e baseado em preceitos considerados pelos trabalhadores como socialmente nobres e, em vista disto, recompensadores, em termos de reconhecimento pessoal. O sofrimento faz parte, ainda que possa ser assimilado e reformulado na dinâmica da atividade, por meio do reconhecimento do/no próprio trabalho.

As dificuldades inerentes à atividade e as impostas pelas condições precárias de trabalho exigem um debate de normas e valores no qual as dramáticas de uso de si são cotidianamente e ao máximo vivenciadas pelo indivíduo e pelo grupo. A responsabilidade de atuar conforme os pressupostos da Reforma Psiquiátrica – reinventando, porém, cotidianamente a atividade – demanda o uso de potencialidades individuais de forma talvez exaustiva, se considerarmos que há um esforço extra na medida em que não há condições de trabalho necessárias. No entanto, a despeito das precariedades descritas e apontadas pelos trabalhadores e expressas pela falta de reconhecimento por parte das instâncias de governo, o coletivo de trabalho se estabelece e mantém o serviço

em funcionamento, desenvolvendo suas formas próprias de atuar, livres e pactuadas em grupo, frutos de intensa reflexão e criatividade. Nesse cenário, onde a dinâmica de reconhecimento pelos usuários tem grande importância, ressalta-se, especialmente, o coletivo de trabalho e a dinâmica entre os pares, profundamente exercitada na reunião semanal instituída, sustentando-os numa luta pelos princípios da Reforma Psiquiátrica, mas devendo observar, contudo, a preservação de sua própria saúde.¹

Referências

ABELHA, L. et al. O trabalho em saúde mental: um estudo de satisfação e impacto. *Cad. saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 624-32, 2008.

ALBUQUERQUE, L.G.C. *Saúde Mental em Rio Bonito*: atividade dos trabalhadores no processo de Reforma Psiquiátrica do município. 2010, 120 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2010.

AMARANTE, P. *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007. 120 p.
BARROS, S.; SILVA, A.T.M. O trabalho de enfermagem no Hospital Dia na perspectiva da reforma psiquiátrica em João Pessoa/Paraíba. *Rev. Esc. Enferm.*, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 310-16, 2005.

BEZERRA JR, B.C. O cuidado nos CAPS: os novos desafios. In: ALBUQUERQUE, P.; LIBÉRIO, M. (Orgs.). *O cuidado em saúde mental: ética, clínica e política*. Rio de Janeiro: Coordenação de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, 2004. p. 3-11.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde Mental em Dados*. Brasília, v.6, n.9, jul. 2011. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/mentalemdados2011.pdf>>. Acesso em 08 fev 2012.

CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária. 1990. 307 p.

CRU, D. Les Règles du Métier. In: DEJOURS, C. (Org.). *Plaisir et souffrance dans le travail*. Tome I. Paris: AOCIP-CNRS, 1987. 145 p.

DEJOURS, C. *A loucura do trabalho*: estudos de psicopatologia do trabalho. São Paulo: Oboré, 1987. 168 p.

_____. *O fator humano*. Rio de Janeiro: FGV, 1995. 102 p.

_____. Por um conceito de saúde. *Rev bras saúde ocup*, São Paulo, v. 54, n. 1, p. 7-11, 1986.

- FERRER, A.L. *Sofrimento psíquico dos trabalhadores inseridos nos Centros de Atenção Psicossocial: entre o prazer e a dor de lidar com a loucura*. 2007. 136 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2007.
- GUIMARÃES, J.M.X.; JORGE, M.S.B.; ASSIS, M.M.A. (In) Satisfação com o trabalho em saúde mental: um estudo em Centros de Atenção Psicossocial. *Ciênc saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 2.145-154, 2011.
- JORGE, M.S.B. et al. Gestão de recursos humanos nos Centros de Atenção Psicossocial no contexto da política de desprecarização do trabalho no Sistema Único de Saúde. *Texto & contexto enferm*, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 417-25, 2007.
- KIRSCHBAUM, D.I.R.; PAULA, F.K.C. Reconstruindo laços, resignificando a vida: a enfermagem e seu trabalho nos equipamentos substitutivos de saúde mental. *Rev. paul. enferm*, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 10-7. 2005.
- LANCMAN, S. (Org.). *Políticas Públicas e processos de trabalho em Saúde Mental*. Brasília: Paralelo 15, 2008. 224 p.
- LANCMAN, S.; SNELWAR, L.I. (Org.). *Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. 360 p.
- LIMA, J.C.F. Bases Histórico-Conceituais para a Compreensão do Trabalho em Saúde. In: FONSECA, A.F.; STAUFFER, A.B. (Org.). *O processo histórico do trabalho em saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV-Fiocruz; 2007, p. 57-96.
- LOBOSQUE, A.M. Trabalhadores dos serviços públicos de Saúde Mental: dos nossos recursos. In: _____. (Org.). *Clínica em movimento: por uma sociedade sem manicômios*. Rio de Janeiro: Garamond; 2003. p. 171-180.
- MACHADO, M.H. Trabalhadores de Saúde e sua trajetória na reforma sanitária. *Cadernos RH saúde*, Brasília, v. 3, n. 1, p. 13-29, 2006.
- MERHY, E.E. O CAPS e seus trabalhadores: no olho do furacão antimanicomial. In: MERHY, E.E.; AMARAL, H. (Org.). *A reforma psiquiátrica no cotidiano II*. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 55-66.
- MOLINIER, P. *Les enjeux psychiques du travail*. Paris: Pyots & Rivages, 2006. 336 p.
- NARDI, H.C.; RAMMINGER, T. Modos de subjetivação dos trabalhadores de saúde mental em tempos de Reforma Psiquiátrica. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 265-87, 2007.
- RAMMINGER, Tatiana. *“Cada CAPS é um CAPS”*: a importância dos saberes investidos na atividade para o desenvolvimento da atividade em saúde mental. 2009. 226 p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.

_____. *Trabalhadores de Saúde Mental: Reforma Psiquiátrica, Saúde do Trabalhador e Modos de Subjetivação nos Serviços de Saúde Mental*. 2005. 117 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e Institucional) – Departamento de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

SANTOS, M.P.G. Relações de trabalho nos serviços públicos de saúde mental. IN: SIMPÓSIO SOBRE CONDIÇÕES DE TRABALHO E SAÚDE NO SETOR DE SAÚDE. 1. *Anais...* Belo Horizonte, 7-9/11/2007.

SCHWARTZ, Y. Manifesto por um engajamento. In: BENDASSOLLI, P.F.; SOBOLL, L.A. *Clínicas do Trabalho: novas perspectivas para a compreensão do trabalho na atualidade*. São Paulo: Atlas; 2011. p. 132-66.

_____. Travail et ergologie. In: _____. *Les reconnaissances du travail: pour une approche ergologique*. Paris: PUF, 1997. P .1-40.

_____. *Travail et philosophie: convocations mutuelles*. Toulouse: Octare,; 1992.

_____. Un bref aperçu de l'histoire culturelle du concept d'activité. *Activités*, Aix en Provence, v .4, n. 2, p. 122-33, 2007.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE E DEFESA CIVIL DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO. Disponível em <http://www.sms.rio.rj.gov.br/ondeser/publico/ondeser_pub_consulta_unidades.php>. Acesso em: 01 out. 2011.

VASCONCELOS, E.M. O controle social na reorientação do modelo assistencial em saúde mental no Brasil. In: BRASIL. Ministério da Saúde (Org.). *Caderno de Textos da III Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: 2001. p. 42-53.

YIN, R.K. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. Porto Alegre: Bookman, 2010. 248 p.

Nota

¹ V. Athayde e E.A. Hennington participaram igualmente de todas as etapas de elaboração do artigo.

Abstract

The mental health of workers in Psychosocial Care Centers

The health of workers in Psychosocial Care Centers (CAPS) has been studied by few researches, despite the deployment of hundreds of CAPS across the country. This study aims to analyze work situations in a CAPS located in the municipality of Rio de Janeiro, focusing on the health-disease-work process. In this case study, it was adopted the Ergology and Work Psychodynamics' analytical perspectives, using the techniques of observation, interview and document analysis. The daily activities of mental health workers require a lot of subjective involvement and proved to be overwhelming, producing suffering and disease. Unsatisfying working conditions have affected the service provided and the workers' health. Still, it was possible to identify creative potential and aspects of satisfaction at work. The main strategies used by the subjects to confront and overcome adversities involved the attachment to the service's ideals, support of the team, and recognition of the work developed.

► **Key words:** mental health services; patient care team; health manpower; ergology; work psychodynamics.