

Universidade Estadual de Campinas
Faculdade de Ciências Médicas
Departamento de Medicina Preventiva e Social
Programa de Aprimoramento em Saúde Mental

**O TRABALHO EM SAÚDE MENTAL: ACOLHENDO A CRISE DO
CUIDADOR**

Patrícia Helena Duarte da Matta

Campinas, 2007

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| 1 – A ESCOLHA DE COMEÇAR PELO FIM..... | 02 |
| 1.1 - O tempo rodou num instante... .. | 03 |
| 2 - LOUCURA E SAÚDE MENTAL: REVISITANDO O CUIDADO..... | 05 |
| 2.1 - De onde vieram os loucos, antes de chegar ao Hospital?..... | 05 |
| 2.2 - O mal-estar e sua ressonância subjetiva na relação com a loucura..... | 08 |
| 2.3 - Os discursos, vetores existentes no cuidado com a loucura..... | 10 |
| 2.4 - A Reforma Psiquiátrica brasileira: várias eras que habitam o mesmo tempo..... | 11 |
| 2.5 - Clínica ou clínicas? Colocando a doença entre parênteses..... | 12 |
| 2.6 - Arranjos, dispositivos e o papel articulador do CAPS..... | 14 |
| 3 - TRABALHO E SAÚDE MENTAL: PENSANDO NO CUIDADOR..... | 16 |
| 3.1 - Políticas de Saúde do Trabalhador..... | 16 |
| 3.2 - Saúde do Trabalhador de Saúde Mental..... | 18 |
| 3.3 - Analisando a prática..... | 21 |
| a. Perfil..... | 21 |
| b. Um novo conceito de trabalho..... | 22 |
| c. Alguns momentos..... | 23 |
| 3.4 - Estratégias de Cuidado..... | 32 |
| 4 - VIR A SER É UMA LENTA E LENTA DOR BOA..... | 34 |
| 5 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS..... | 38 |

1 – A ESCOLHA DE COMEÇAR PELO FIM

Último dia de aprimoramento. Terminei a sexta-feira na companhia do Sr. Sebastião Fernandes, nome que segundo ele é apenas o que foi colocado na sua última carteira de trabalho. Era difícil pra ele me explicar esse problema, porque assim ele poderia confundir o que é do tempo de hoje com o que aconteceu em outros tempos e para mim isso pareceria apenas uma grande mentira.

Ele contava pra mim do momento em que seus pais se colocavam em uma difícil missão “chegou uma hora que meus pais tiveram que decidir, ao invés de me mandar pro futuro eles me mandaram pro passado porque ainda tinha muito trabalho pra fazer e estudo”. Tinha muito trabalho nesse mundo a ser feito, dizia ele, e ainda completou: “Eu trabalhei muito, mas não está escrito nessa carteira de trabalho que está com o Hospital Cândido Ferreira porque essa é a segunda via”.

Ele se despedia de mim dando alguns conselhos para a minha vida, eu agora buscava outro caminho. Insistia que eu deveria casar, que já estava na hora e então perguntei se ele já havia casado. Ele respondeu: “eu não casei, mas já tive vontade de casar sim, o problema é que enquanto eu estava trabalhando eles me pegaram” e levantou-se a procura de um novo maço de cigarros. A pergunta não se calou, eu poderia arriscar mais por estar me despedindo e então: “como assim? Quem te pegou?”.

Tive a mais deslumbrante resposta: “Não sei quem me pegou, sei que não queriam que eu trabalhasse. Eu fui para o hospital e por isso não me casei. Eu fiquei muito tempo no hospital e envelheci, levaram muita coisa de mim, quase me mataram”. Levaram tudo? – perguntei. Não, tudo não – respondeu - ainda resta um pouco de ternura em mim.

Respeitamos o silêncio e depois me despedi, ele foi buscar a chave e me acompanhou até o portão, beijou cordialmente minha mão como de costume e me desejou felicidade, saí dali levando um doce sorriso como lembrança.

1.1 - O tempo rodou num instante...

Este trabalho é uma revisão de um ano em que os mais diversos encontros com a loucura construíram minha trajetória de aprimoranda. Fui política, fui manicomial, fui calada, ouvi, deixei de escutar, me diverti, me preocupei, me frustrei e me encontrei.

Este trabalho também é uma revisão da história da loucura e da relação que se estabeleceu com a civilização ocidental. Um olhar para o trabalho na saúde mental a partir da perspectiva de quem ainda não é trabalhador, especialmente no que se refere aos direitos trabalhistas. A perspectiva de uma parceira dos trabalhadores em suas conquistas e suas frustrações.

Visitando o cuidado de saúde mental na realidade do município de Campinas procurei também visitar os antigos cuidados e práticas de aprisionamento da *desrazão* (Pelbart, 2001). Refletindo sobre o mal-estar da civilização pensado por Freud tentei construir um paralelo com as repercussões subjetivas no tratamento de “doentes mentais”, termo que me esforcei para não reproduzir, apesar da falta de vocabulário.

“As palavras movem mundos”, como costumava dizer uma professora. E a partir desta constatação busquei refletir sobre os discursos que sustentam as práticas atuais no trabalho de saúde mental. Assim como as novas propostas de organização do trabalho nos equipamentos substitutivos.

Paralelamente ao movimento de da luta antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica, no Brasil estavam em franco crescimento as mobilizações dos trabalhadores na luta por melhores condições de saúde. As conquistas em Saúde do Trabalhador surgiram no mesmo cenário de movimentos sociais das décadas seguintes ao regime militar. Fortaleceram-se a partir da Reforma Sanitária e da constituição do SUS.

Saúde do Trabalhador e Saúde Mental, por sua vez começam timidamente a se encontrar. Há um reconhecimento de que determinadas formas de organização do trabalho são nocivas à saúde mental. Entretanto, por mais

lamentável que isso possa parecer, existem poucos trabalhos demonstrando uma preocupação com a saúde mental dos trabalhadores de saúde mental.

Sufrimento existe e como resultado percebemos a desistência de muitos trabalhadores, a não ser daqueles que ainda se inspiram em uma prática militante. Diante das análises que fiz sobre o trabalho em saúde mental, pude fazer apontamentos acerca de alguns fatores desencadeantes do sofrimento psíquico neste setor. Refletiremos a seguir este sofrimento e as práticas discursivas que os fomentam.

2 - LOUCURA E SAÚDE MENTAL: REVISITANDO O CUIDADO

2.1 - De onde vieram os loucos, antes de chegar ao Hospital?

Mais do que uma doença, a loucura sempre foi causadora de inquietação. Na Renascença apesar de ter sido abordada nas artes e literatura com um certo lirismo, isso apenas refletia as fissuras que incitava no contexto social. A loucura do século XV incomodava, provocava, mas mesmo assim continuou presente pois houve outra forma de ignorá-la que não a internação. Neste período era vista como uma natureza errante e, sendo assim, a forma de exclusão que as comunidades européias desse período encontraram foi o uso da "Nau dos Loucos". Eram barcos em que os insanos eram depositados, depois de escorraçados pela cidade, e assim levados de uma cidade pra outra mantendo seu limite na própria errância. Eram "prisioneiros de sua própria partida" (Foucault, 2005).

Ao mesmo tempo em que causava incômodo, a loucura promovia também a curiosidade, era misticamente aliada ao saber, exercendo assim um certo poder de fascínio incentivado pela própria contradição que produzia. Estava aliada às tentações, à obscuridade, enfim, ao inacessível ao Homem.

As tentativas humanas de problematização da loucura acabaram por adotar uma forma didática de reconstituí-la: fragmentando-a. Assim, já em meados do século XVII, a experiência da loucura poderia ser dividida em seus dois elementos. O primeiro é o elemento trágico que fala da estranha alquimia dos saberes, das surdas ameaças das bestialidades e do fim dos tempos. Já o segundo, o elemento crítico, era o que produzia mais sentido pois se tratava da representação da loucura como didática dos defeitos humanos (Foucault, 2005).

Inaugura-se o olhar da loucura na perspectiva da razão. A lógica Aristotélica que preserva o corte platônico entre desejo e pensamento e se aprofunda na cisão entre desejo e razão. O desejo é reflexo da desordem e do caos e a razão é neutra causadora de equilíbrio. Fuganti (1990) afirma que em Aristóteles "a saúde do corpo implica a temperança e o governo da razão sobre o corpo". Descartes

retoma este discurso no Classicismo e cria o método cartesiano propondo uma moral "provisória" que entre suas máximas incluía a de antes modificar os desejos do que a ordem do mundo.

À medida que a distância entre os dois elementos (trágico e crítico) aumenta, a loucura passa a ser ocultada. Encontrou-se uma forma muito potente de desarmá-la, reduziu-se a loucura ao poderio da razão. Na era clássica, com a hegemonia da razão, a loucura só teria lugar ao lado dos sonhos e de todas as formas de erro. Nada de didático se encontra na loucura que não se encontra sob os domínios da verdade.

Contida em sua violência, silenciada por ser posta em fragmentos - dissecada pelo método racional - domada, a loucura é exilada pois seu lugar é o da não-razão. Agora os muros são erguidos para contê-la. Inicia-se a prática do internamento como uma nova reação à miséria, um outro relacionamento do homem com aquilo que pode ser inumano em sua existência. A loucura e a miséria deixaram seu lugar místico e ambíguo e passam a ser um obstáculo à ordem. Transformando-se em problemática da moralidade é assunto de polícia.

Neste momento a internação não foi de modo algum uma prática médica. "A consciência prática que separa, condena e faz desaparecer o louco está necessariamente misturada com uma certa concepção política, jurídica e econômica do indivíduo na sociedade" (Foucault, 2005). A clínica que surge nesse momento não possui caráter terapêutico, mas sim o mandato de controle social da loucura, da tutela, de anulação da cidadania e o imperativo da normalização (Tenório, 2001). Os hospitais gerais teriam neste momento a função de trancar não apenas os loucos, mas todos os representantes da miséria humana, que incomodavam por sua improdutividade laboral. A mendicância foi proibida e a perturbação ao capitalismo é suprimida.

O internamento passa a ter a função de controle do capital: o hospital reabsorve o desempregado ocultando seus efeitos sociais mais visíveis e em épocas de bons empregos e altos salários, utiliza essa massa como mão-de-obra barata, estabilizadora da economia. **Na experiência do trabalho que se formulou a exigência econômica e moral do internamento.** A lepra foi

substituída pelos resultados da partilha entre trabalho e ociosidade. Todos os ociosos tiveram de ser submetidos ao trabalho obrigatório e nesse momento os loucos se distinguem dos outros excluídos pela sua "incapacidade para o trabalho e incapacidade de seguir os ritmos da vida coletiva" (Foucault, 2005). Criou-se portanto a necessidade de conferir aos alienados um regime especial.

Na Renascença a loucura tinha certa propriedade transcendente, já na era Clássica ela é percebida por uma condenação ética da ociosidade. A reclusão passa a se constituir pelo viés correccional, de castigar a falha moral. O desatino foi nesses períodos, um importante e combatido campo de experiências, responsável não apenas pela sustentação da instituição do internamento e as concepções e práticas referentes à loucura, mas todo um reajuste do mundo ético (Foucault, 2005). Este reajuste é a provocação do mundo moderno que se defronta com as contradições do desatino. Seriam eles vítimas ou doentes, criminosos ou loucos? Surge aí a compreensão de que sob a loucura, sob a neurose, sob o crime e todas as inaptações sociais ocorre uma experiência comum da angústia. Porém, o mundo positivo se concentrará em apenas um fator. "Cala-se o desatino para ouvir apenas as vozes patológicas da loucura" (Foucault, 2005) e, por conseguinte chega até a medicina o trato com a loucura.

"...estabeleceram-se, nos anos constitutivos da legalidade contemporânea, o manicômio e a psiquiatria como especialidade médica, diferenciando as formas de loucura ou alienação mental e seus espaços de reclusão" (Desviat, 1999)

A loucura como doença é submetida ao tratamento corretivo, de isolamento e talvez de cura, tal como as diversas pestilências que colocaram em risco a civilização. Aliado ao saber médico ainda recebia o contorno do julgamento moral, no mesmo raciocínio cartesiano de modificação dos desejos a serviço da ordem do mundo.

2.2 - O mal-estar e sua ressonância subjetiva na relação com a loucura

Freud (1930), ao tentar refletir sobre a lógica cultural que promove a união dos seres humanos em comunidades, partiu do raciocínio das fontes de felicidade e sofrimento. As possibilidades de felicidade são restringidas, ao passo que as fontes de sofrimento são mais presentes na vida humana e que, segundo Freud, nos ameaçam em três direções: de nosso próprio corpo que está condenado à dissolução; do mundo externo ou da natureza e; dos relacionamentos humanos.

Esta última é claramente uma fonte ambígua e permeada de contradições porque é principalmente através dos relacionamentos e do amor que suprimos nossos desejos. Contudo, o sofrimento aparece justamente no momento em nos apegamos à essa sensação, criando o medo da frustração.

A civilização é provedora, através dos relacionamentos permite a realização de desejos e garantia de proteção dos seres humanos contra suas outras fontes de sofrimentos. De forma oposta a isso ela também se faz em grande parte “responsável por nossa desgraça” (idem) pois a serviço dos ideais de sociedade uma pessoa se priva de suas satisfações de desejos e conseqüentemente de sua felicidade. O amor antes direcionado ao objeto desloca-se para o ato de amar, voltado não mais para objetos isolados, mas para todos os homens. A finalidade dos instintos é inibida.

A regra fundamental da civilização é a de amar ao próximo como a si mesmo, premissa que, segundo Freud, desconsidera que no homem além da grande possibilidade de amar também atuam outros vetores tão intensos quanto o amor, porém opostos como a agressividade. A humanidade presencia historicamente as manifestações agressivas, tais como a hostilidade contra intrusos ou contra as diferenças. Esta hostilidade presente nos seres humanos é portanto uma constante ameaça de desintegração.

Para sustentar sua convivência social a fim de aprimorar o desenvolvimento cultural, o homem renuncia seus desejos e também suas expressões agressivas. Para garantir que esta destrutividade não coloque em risco a própria civilização, desenvolveu-se o mecanismo de culpabilização. Trata-se, segundo os

pressupostos psicanalíticos, da internalização da agressividade que assumida pelo ego, se coloca punitivamente como o resto do ego - o superego - e desta tensão é gerado o sentimento de culpa.

A culpa é o medo da perda do amor, da proteção e a internalização da agressividade. Trata-se de uma ansiedade social sustentadora das relações humanas ao mesmo tempo em que impede a felicidade do homem.

A loucura novamente se abstém desses complexos contratos sociais que abdicam da felicidade, rebelando-se contra a realidade e criando mecanismos de existência que rejeitam o mundo. A realidade é demasiado forte para o louco que sofre por não encontrar alguém que torne real seu delírio. A repressão dos instintos como uma espécie de “militância” pela civilização é excessiva para esses humanos cujo funcionamento psíquico não permite um movimento equilibrado entre os diversos vetores de sentimentos e sensações.

Características presentes no comportamento esquizofrênico como o excesso ou ausência de afetividade, a persecutoriedade, a agressividade, entre outras, são explicitamente opostas à regra fundamental de amar o próximo como a si mesmo. Algumas vezes são capazes de amar mais ao próximo do que a si próprio ou de simplesmente não amar. E o que dizer para algum delirante para amar aquele que o persegue? Ame seu inimigo. Não há como julgar se há mais infelicidade na loucura que está sempre desprotegida dos sofrimentos provocados pelo mundo, ou na “normalidade” a qual, na busca incessante por proteção social, acaba se privando da felicidade e também de seus ímpetos agressivos.

Talvez por isso a loucura não deixe de ser provocadora para as civilizações que se estruturam como o que Freud descreve. Tendo em vista que esse devir temerário acaba por comprovar a coexistência de diferentes formas de organizações sociais e psíquicas no mundo. Podemos supor que as diversas possibilidades de encontro entre a normalidade e a loucura - no sentido de isolá-la em interações ou até mesmo no convívio social - serão situações conflitivas. E aí se encaixa o trabalhador de saúde mental, moderador dessa luta penosa e paradoxal em que consiste toda a vida.

2.3 - Os discursos, vetores existentes no cuidado com a loucura

Este olhar sobre o percurso histórico, cultural e subjetivo da loucura, permite observar os discursos que subjetivam e sustentam o cuidado em saúde mental, incidindo tanto na vida do louco quanto nas práticas dos trabalhadores. Para entender os discursos que forjam o trabalhador de saúde mental e seu trabalho, é necessário retomar as verdades que sustentaram, em diferentes momentos, o cuidado com a loucura.

A partir do século XIX a loucura passa a ser identificada como doença mental. A perspectiva racional de Descartes aliou-se ao *discurso médico-psiquiátrico* que se tornou o detentor da verdade sobre a loucura.

Ramminger (2005) define os dois personagens que se destacam no cuidado do “alienado mental”: o médico psiquiatra e o enfermeiro psiquiátrico. Este último, deixado para trás na escala hierárquica tem a função de vigilância, refletindo as relações de trabalho e de poder assimétricas e verticalizadas. Ainda com uma nítida separação entre os que pensam e os que executam, caracterizando o trabalho alienado.

Os diferentes movimentos de reforma psiquiátrica, somados à descoberta dos psicotrópicos, à adoção da psicanálise e da saúde pública (Desviat, 1999) configuraram um outro cenário. Na França, o movimento foi o da Psicoterapia Institucional, liderado por Tosquelles que propunha uma reorganização dos hospitais. A psicanálise lacaniana se aplica na reorganização do modo de ser do hospital, repensando as formas de agir e acolher a doença. A Grã-Bretanha por sua vez, se organizou na proposta das comunidades terapêuticas que diminuiu sensivelmente o número de internações psiquiátricas. Entretanto o fechamento de hospitais gerais não se tornou um objetivo.

A reforma Italiana, na qual se baseia a brasileira, partiu da constatação de que a instituição total é a instituição da violência. A proposta que partiu de Franco Basaglia, era de transformação total, extinção dos manicômios e criação de novos dispositivos de tratamento como serviços comunitários geograficamente

delimitados e não-complementares aos hospitais. Em meados do século XX diversas propostas contrárias à existência dos manicômios começam a brotar.

Trata-se de reconstruir a postura frente ao doente. Definindo-se o ato terapêutico como um ato político de integração, “reabsorver a crise retrocedendo à aceitação daquilo que a provocara” (Basaglia, 1991). À loucura que esteve presa durante mais de quatro séculos, deverão ser abertos os portões dos hospitais, devolvendo-a à sociedade que a excluiu.

Porém, há uma gama de relações cristalizadas em torno da loucura sobre as quais deve incidir uma ruptura. Médicos, doentes, enfermeiros e a sociedade precisarão reinventar novos discursos e formas de convivência. Chocam-se no cotidiano os discursos médico-psiquiátrico com os *discursos da luta antimanicomial e da reforma psiquiátrica*. O trabalhador se constitui hoje na tensão desses discursos que refletem o embate interno da reforma.

“... a qual defende um deslocamento do saber médico-psiquiátrico para a interdisciplinaridade, da noção de doença para a de saúde, dos muros do hospital psiquiátrico para a circulação pela cidade, do doente mental para o portador de sofrimento psíquico, do incapaz tutelado para o cidadão. O trabalho em saúde mental deveria incluir, portanto, não apenas o conhecimento técnico-científico, mas também a implicação política e afetiva com a construção de um outro modo de cuidar e entender a loucura.” (Ramminger, 2005)

2.4 - A Reforma Psiquiátrica brasileira: várias eras que habitam o mesmo tempo

A década de 80 foi marcada pelo fortalecimento dos ideais da Reforma. A produção crítica que estava efervescente, elaborou importantes diagnósticos da situação manicomial do país que se fortaleceram com a ampliação dos atores sociais envolvidos no processo. Este trabalho resultou na iniciativa da reformulação legislativa e no surgimento de experiências institucionais bem

sucedidas de um novo cuidado em saúde mental, como os Naps em Santos e o CAPS Luis da Rocha Cerqueira em São Paulo. A efetividade dessas experiências resultou na criação de portarias que regulamentam e incluem a atenção psicossocial nas tarefas do SUS. Contudo, o manicômio ainda prevalece como principal recurso de tratamento. O Brasil possui grandes centros evoluídos na atenção às doenças mentais vinculados à produção acadêmica, e enormes centros de exclusão da loucura ainda inspirados pelas propostas do século XVII.

O fato que se apresenta no momento histórico atual é que ambas as formas de tratamento existem. De um lado, os hospitais psiquiátricos asilares e manicomiais precisam ser totalmente abolidos. Os CAPS que já existem, por sua vez, necessitam de um grande aporte para se manterem, pois correm sérios riscos de se tornarem meros reprodutores da prática manicomial.

Esta problemática acontece por diversos fatores: recursos insuficientes para a realização dos projetos; mão-de-obra despreparada para o trabalho específico da saúde mental e; falta de clareza das equipes sobre a função do CAPS com relação à rede de assistência à saúde. Igualmente relevante, a dificuldade do trabalho no que se refere às repercussões subjetivas do atendimento à psicóticos (Onocko et all), que discutiremos adiante. Assim como os diversos fatores transversais que podem partir tanto dos pressupostos do convívio pessoal nas equipes quanto da conjuntura macropolítica, social e cultural.

2.5 - Clínica ou clínicas? Colocando a doença entre parênteses.

Nesta perspectiva exposta até o momento, fica evidente que o acolhimento à loucura, na prática diária dos trabalhadores de saúde mental, fica muito longe da versão romantizada que serviu de argumento para defendê-la. A cada dia o convívio com a insanidade continua sendo uma provocação às regras estabelecidas no convívio humano.

A loucura não é apenas uma doença. A função social e única de doença lhe foi atribuída na tentativa de explicá-la, ou seja, em mais uma dissecação racional deste "evento humano". A prática do CAPS não pode considerar o louco apenas

como um doente a ser tratado e curado, corrigido e resguardado, a fim de não ter que se encontrar com desastrosas frustrações.

É possível afirmar que não existem certezas com relação ao(s) diagnóstico(s) da loucura. A psiquiatria aos poucos vem se retirando do saber hegemônico da doença mental, admitindo não ser onipotente. Não é fácil o lugar de árbitro da normalidade e da loucura, zona limítrofe, incômodo social. Quem poderia então substituir esta onipotência praticamente divina? Seria a psicanálise? A psicologia e, especialmente a psicanálise foram elementos fundamentais para a quebra do paradigma médico. Contudo, o domínio de outro fragmento da loucura, o inconsciente, novamente demonstrará a dificuldade ou impossibilidade de se chegar à uma precisão frente à loucura.

Onocko Campos (2001) faz recordar o sentido da doença na inspiração basagliana. Esta é colocada entre parênteses, impedindo assim um olhar exclusivamente técnico ou exclusivamente clínico do cliente. Não se trata porém de negar os saberes constituídos na área médica ou psicanalítica, mas de mudar o foco que se dirige ao louco e repensar esta lógica cartesiana fragmentadora ou até mesmo "neurotizadora". A própria experiência da loucura se basta enquanto dissociação, podendo até mesmo ser ilustrada pelo caleidoscópio. Os fragmentos móveis de vidro colorido produzem um número infinito de combinações. Cada olhar sobre ela irá constituí-la de tantas formas possíveis, de maneira que se torna impossível escolher as cores e formas que se deve captar. Dissecando a loucura, estaremos apenas reproduzindo seu próprio movimento. Na medida em que forem de fato permitidas as inúmeras clínicas possíveis, regidas pela interdisciplinaridade, ou até pela transversalidade proposta por Guattari¹, mais próximo se chegará de uma compreensão dela.

O CAPS consagra uma nova prática articuladora, responsabilizado por promover a inserção não só do doente mental, mas da própria loucura na sociedade. Enquanto conhecedor das diversas problemáticas pertinentes à loucura precisa incorporar de fato o seu papel de articulador, para que num futuro,

¹ Guattari sugere a existência de dois tipos de grupos referenciais, o grupo sujeito e o grupo sujeitado. O grupo sujeito seria aquele que enuncia, que toma a palavra, que tem o maior grau de consciência crítica e habita integralmente a transversalidade. Já o grupo sujeitado, seria o que vive relações hierárquicas, acomodadas e alienadas a outros grupos. Podemos equivaler isso à hegemonia do saber médico sobre os outros saberes dentro da saúde mental. (Guattari, 1981)

o cuidado com o louco possa ser de responsabilidade de todos os circuitos pelos quais estes sujeitos podem passar. Gestão e equipe do CAPS devem cuidar para que este não se cristalize, criando dispositivos que o distanciem da institucionalização.

Sendo assim, aspectos institucionais pertinentes ao CAPS devem ser constantemente colocados em evidência como as interrelações entre subjetividade, gestão dos processos de trabalho, formação profissional e clínica (Onocko Campos, 2001), impedindo que este equipamento adoeça enfraquecendo a teia de relações da qual ele é o principal interlocutor.

2.6 - Arranjos, dispositivos e o papel articulador do CAPS

Para constituir a rede de atenção, todos os recursos afetivos, sanitários, sociais, econômicos, culturais, religiosos e de lazer estão convocados para potencializar as equipes de saúde nos esforços de cuidado e reabilitação psicossocial (Brasil, 2004). Os CAPS devem assumir seu papel estratégico de promover o tecimento das redes comunitárias de cuidado, articulando-se tanto com os usuários na assistência (medicamentos, residências terapêuticas, pti's) assim como assessorando o cuidado de saúde mental feito pelos agentes comunitários e equipes de centros de saúde e PSF

Neste sentido, a gestão desse equipamento pode caminhar no sentido de constituir arranjos institucionais que viabilizem espaços propiciadores da criação de projetos. Arranjos, segundo de Onocko Campos (2002), são espaços que possuem uma certa permanência e estrutura, que também podem produzir fluxos contrários à institucionalização. São exemplos de arranjos: os colegiados de gestão, os apoios matriciais e as equipes de referência. Todas as estruturações permanentes tendem a ser capturadas pela lógica dominante, por isso se fazem necessários os dispositivos, que são espaços ou movimentos que subvertem as linhas de poder instituídas, podendo ser criados ou reciclados a medida que forem notadamente necessários (oficinas, cursos, assembléias, supervisões).

Já se produziu muita teoria com relação às atribuições do CAPS. Entretanto uma das problemáticas que se revela é a questão do embate entre as diferentes linguagens e abordagens entre a equipe do CAPS, de saúde mental, e das equipes da rede básica de atenção à saúde. Muitas vezes ele acaba capturado pela lógica dominante contendo demandas e assim ambas as equipes acabam confrontando suas propostas e inutilizando este espaço. Depois de cortadas as possibilidades de interação, dificultam-se outras ações que devem ser realizadas em rede, como a discussão de casos, visitas e parcerias, ou seja, minando uma das principais vias da reinserção social.

Os Centros de Convivência também podem ser equipamentos propiciadores para a constituição de novos arranjos e novas entradas do doente mental na comunidade. Com um grande diferencial que condiz com o do Modo Psicossocial (Costa-Rosa et all, 2001) que propõe o respeito às singularidades nas relações dos usuários com a população do seu território. Assim, não se impõe uma adaptação da sociedade com o usuário e vice-versa. Mas o que se propõe é a construção de um novo espaço social, em que caibam as mais diversas singularidades presentes no território em questão.

3 - TRABALHO E SAÚDE MENTAL: PENSANDO NO CUIDADOR

3.1 - Políticas de Saúde do Trabalhador

Para focar a discussão do trabalho em saúde mental, após uma reflexão acerca da complexidade da vida com a loucura, optei por considerar o movimento da Saúde do Trabalhador com a finalidade de resgatar o lugar do servidor público ou o trabalhador de saúde neste contexto. Esses dois campos da saúde constituem redes enunciativas similares que se legitimam a partir da Reforma Sanitária.

As preocupações com a saúde do trabalhador nasceram dos ideais higienistas do século XIX, que consideraram a miséria operária como um flagelo, incômodo para as classes mais privilegiadas. Período marcado por conquistas na questão da redução das jornadas de trabalho. No pós - Guerra Mundial, as lutas dos trabalhadores submetidos então ao modelo Taylorista, foram marcadas pelas conquistas com relação à melhoria das condições de trabalho (Dejours, 1992). Foi a partir da década de 1960 que grandes movimentos sociais levantaram as questões do trabalhador em todo o mundo capitalista ocidental.

Foucault (2001) relata a maneira pela qual o capitalismo transformou as relações sociais e subjetivas, principalmente aquelas relacionadas ao uso do corpo e conseqüentemente da saúde. Este modelo econômico se garante às custas da inserção controlada dos corpos no aparelho de produção e por meio de um ajustamento dos fenômenos da população aos processos econômicos.

Dejours (1992) afirma ainda que a investigação em “psicopatologia do trabalho traz de volta a questão, tão controvertida, da alienação”. Alienação primeiramente no sentido que Marx propôs que se tratava da tolerância graduada pelos trabalhadores de uma organização que caminha contrariamente aos seus desejos, suas necessidades e sua saúde. “Alienação no sentido psiquiátrico também de substituição da vontade própria do sujeito pela do objeto” (idem).

Por essas razões que os sistemas de saúde se desenvolveram a partir da assistência aos trabalhadores urbanos. Ramminger (2005) conta que a partir da

organização por parte dos trabalhadores, com os imigrantes anarquistas italianos que surgiram a primeira lei do Acidente do Trabalho de 1919 e o início da Previdência Social em 1923. A saúde neste momento é vista como caridade e não como direito.

No período da ditadura militar, com a centralização política e a censura de sindicatos e partidos políticos, novos movimentos sociais começam a ocupar um lugar protagonista, como a saúde. As conquistas pertinentes à saúde, neste momento ainda são fortemente vinculadas aos direitos trabalhistas por causa do importante investimento por parte do Estado em assistência médica da Previdência Social. A saúde é ainda muito relacionada à produtividade e a Previdência financiadora da medicina na iniciativa privada ligada ao Capital e ancorado na Medicina do Trabalho. Não se estabelece portanto uma preocupação com o sofrimento do trabalhador, mas com sua capacidade de produzir. Ademais, convém lembrar que o lugar do campo de saber da Medicina do Trabalho é tão pertinente para este sistema como a hegemonia da Psiquiatria na manutenção da cultura manicomial.

A Saúde do Trabalhador portanto se constitui como contraponto ao discurso da Medicina do Trabalho, assim como a Reforma Psiquiátrica está para a Psiquiatria. Ambos movimentos sociais da saúde foram protagonizados por trabalhadores e movimentos populares.

A partir da conquista do SUS pela Reforma Sanitária, novas frentes de luta se ramificaram criando seu próprio movimento como no caso da Saúde do Trabalhador e a Reforma Psiquiátrica. Ambas se fortaleceram com essa conquista, mas se implicaram em reflexões mais específicas. A primeira se valeu do saber do próprio trabalhador, principalmente em regiões do país em que tinham um maior potencial de mobilização e disponibilidade de recursos. Resultando na proposta de uma Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador.

Enquanto a Reforma Psiquiátrica “priorizou o estabelecimento de articulações intersetoriais, a inclusão de usuários e familiares e toda sorte de fóruns, associações, manifestações públicas” (Furtado e Onocko Campos, 2005),

extrapolando assim o setor de saúde, contando com outros segmentos da sociedade.

O interesse de comparar o itinerário dos dois movimentos pode nos possibilitar uma visão panorâmica que muito lhes aproxima. Ambos estão interligados pelas trajetórias de luta no campo da saúde, e suas conquistas são bastante semelhantes no que concerne a uma visão de saúde integrada ao conjunto de referências socioculturais e econômicas presentes no cotidiano da vida humana. Há atualmente uma aparente discussão acerca da saúde mental do trabalhador, apontada há quase duas décadas por Christophe Dejours e contemporâneos. Porém, resta ainda uma lacuna na atenção à saúde para os próprios trabalhadores de saúde e especificamente os trabalhadores de saúde mental.

3.2 - Saúde do Trabalhador de Saúde Mental

A militância exigida pelos trabalhadores de saúde mental, especialmente na própria transformação subjetiva com relação aos cuidados com a loucura, tirou o foco do sujeito trabalhador em função das necessidades sociais. Ramminger afirma que as equipes de saúde por uma “definição messiânica de objetivos tidos como éticos e politicamente corretos” acabaram permitindo uma nova relação: a do “império transcendente do outro”. Assim se estabeleceu um círculo vicioso do curar adoecendo, onde a produção de saúde se dá às custas da própria saúde além da enganosa cobrança pela onipotência dos cuidadores.

Falar sobre a saúde mental dos trabalhadores de saúde mental parece redundante, passando a impressão de que nesse meio não há grandes sofrimentos, supondo-se uma maior aceitação deste tema. Por outro lado, o saber “psi” acaba revelando uma certa perversidade ao mascarar ainda mais os sintomas e abafar o sofrimento. Dejours (1992) afirma que contra a angústia do trabalho os trabalhadores elaboram estratégias defensivas, de maneira que o sofrimento não é identificável. Assim disfarçado ou mascarado, o sofrimento só

pode se revelar através de uma capa própria a cada profissão, que constitui certa forma de sintomatologia.

As produções científicas a respeito da saúde dos trabalhadores de saúde são ainda muito restritas. Até mesmo por conta de sua contextualização histórica de conquistas ainda muito ligadas à realidade dos trabalhadores do setor privado e, mais especificamente aqueles vinculados a grandes corporações que se baseiam no modelo taylorista.

Dessa forma, a literatura em saúde do trabalhador conta com um levantamento dos possíveis fatores desencadeantes do sofrimento psíquico, bastante pertinentes à esta estrutura. Também se apresentam no cenário da saúde mental, embora de maneira mais amena ou até inexistente as causas orgânicas (no trabalho com substâncias tóxicas), os acidentes de trabalho, mudança de posição hierárquica, falta de espaços de comunicação dentro do ambiente de trabalho, tempo e ritmo exigidos.

Mais especificamente relacionada às pessoas envolvidas com a prestação de cuidado ao portador de saúde mental está a síndrome de *burnout*, ou da desistência. Esta síndrome atinge os trabalhadores encarregados de prover cuidados, sobretudo os trabalhadores da educação, saúde e segurança. O contato pessoal direto com outras pessoas apresenta com mais intensidade os sentimentos de “frustração, o estresse, a reação de impotência e a sensação de que poderia ter feito algo mais” (Rosa, 2001).

A síndrome de desistência se manifesta através da perda do desejo pelo trabalho e do desgaste subjetivo no relacionamento com seu objeto de trabalho. Pode resultar em despersonalização da atenção, exaustão emocional e falta de compromisso. O sofrimento e insatisfação presentes nesse trabalho manifestam-se de outras formas, indicadas pelos índices de absenteísmos e nos conflitos interpessoais e extratrabalho.

Dejours aponta que o sofrimento patológico surge quando se esgotam as possibilidades de negociação do trabalhador com a organização do trabalho e a luta contra esse sofrimento resulta em estratégias defensivas. Cada organização conta com suas próprias estratégias, que estão diretamente vinculadas às

relações que se estabelecem internamente. A intensificação dos laços afetivos pode ser um exemplo de estratégia de defesa que podem resultar em dois eventos distintos, ilustrados a seguir:

- a intimidade com os usuários pode causar uma diminuição ou negação da doença, a equipe passa a julgar seus comportamentos sintomáticos sem a distância da técnica e acaba reproduzindo no tratamento as mesmas reações encontradas pelo paciente nas relações familiares ou sociais;
- intensificar os laços pode ser uma grande fonte de gratificação, que se contrapõe ao medo e angústia gerado no trabalho. Porém o exagero pode se transformar em uma exploração do trabalho, fugindo do âmbito da tarefa e passando para o relacionamento de cuidado pessoal, adquirindo o caráter religioso e voluntarioso que justificam os esforços desmedidos.

Não se trata de propor a ausência destas relações, partindo do pressuposto de que são inevitáveis, já que falamos de um trabalho bastante subjetivo. Subjetividade esta que define as identidades próprias, que se configura na experiência do tempo como um plano de produção ininterrupto (Benevides e Passos, 2003).

Pretendemos sim admitir a existência desses movimentos, prestar atenção, prevenindo assim sofrimentos futuros. Relativizamos assim as noções de saúde e doença pois a existência do sofrimento ou de uma patologia não significa uma irregularidade. **Saúde indica a capacidade de lidar com as limitações, possibilitando a reinvenção da organização do trabalho permitindo o enfrentamento das situações de adoecimento.**

Angústias existem, de fato, quando ocupamo-nos do sofrimento de outrém. Ainda assim ocorre a insistência em “negar ou minorar os efeitos daquilo que nos atravessa ... Nesse estado de catatonia existencial, insistimos em estar como se nada tivesse nos acontecido, alheios àquilo que reclama por passagem, lugar, modo de expressão...” (Muylaert, ?). A dor dos cuidadores também deve ser

acolhida, reconhecendo que esta é constitutiva da vida, promovendo deslocamentos e mudanças nos corpos e em suas organizações.

3.3 - Analisando a prática

Para tratar do adoecimento dos trabalhadores, levantarei algumas situações analisantes, contextualizadas na realidade do CAPS onde realizei meu aprimoramento. Essas situações ficaram ainda mais relevantes quando discutidas em supervisão e divididas com os outros aprimorandos que vivenciavam situações muito parecidas nos equipamentos em que estavam inseridos.

a. Perfil

Este CAPS está integrado à rede de saúde mental do município de Campinas, vinculado ao Serviço de Saúde Cândido Ferreira. Atualmente conta com uma equipe multidisciplinar com as seguintes especialidades: 03 Terapeutas Ocupacionais, 04 psicólogos, 01 psiquiatra (com vagas abertas para processo de contratação), 04 enfermeiras, 15 técnicos ou auxiliares de enfermagem, 05 auxiliares de limpeza, 02 cargos administrativos e 02 farmacêuticos.

O CAPS é responsável pelo acompanhamento de 222 usuários de uma região de cerca de 270 mil habitantes. Organiza-se no modelo de equipes de referências, divididas por regiões. Os técnicos se dividem nas mini-equipes, sendo que cada profissional de ensino superior (com exceção dos médicos) tem um certo número de usuários de sua referência. Para cada usuário é elaborado um Projeto Terapêutico Individual (PTI), que além de atendimentos individuais com seu profissional de referência participa também das atividades propostas pelo CAPS.

As atividades dos trabalhadores de saúde mental são basicamente inspiradas nos arranjos e dispositivos citados anteriormente, a saber: acolhimento; triagem; psicoterapia e/ou atendimentos individuais e em grupo; grupos de medicação; oficinas terapêuticas; ateliês; oficina de geração de renda; atendimento psiquiátrico; acompanhamento terapêutico; visitas domiciliares; laudos; atualização de prontuários; cuidados específicos da enfermagem (higiene,

aplicação de injeções, controle de sinais vitais, coleta de exames, etc); controle e entrega de medicação; atendimentos a familiares; elaboração de PTI; matriciamento; reuniões semanais de equipe e mini-equipe; participação em assembléia do CAPS; participação de reuniões setoriais como colegiados e conselhos municipais da área da saúde; co-gestão de centro de convivência;; acolhimento a estagiários e aprimorandos e; participação em atividades culturais, de lazer e de formação. Pretendi enumerá-los dessa forma propositadamente, relevando a grande quantidade de atribuições desses novos trabalhadores “multifuncionais”.

b. Um novo conceito de trabalho

Para que o trabalhador de saúde mental possa cumprir suas atribuições ele deve estar motivado para o trabalho, identificar-se com a proposta e ter disponibilidade para atuar para além de seu núcleo profissional nas mais diversas atividades transversais. Essas exigências pressupõem uma nova subjetividade do trabalhador, não mais alienado ou serializado, mas sim integrado aos mais diversos estímulos gerados no ambiente de trabalho.

Ramminger (2005) em entrevistas com trabalhadores de saúde mental fez um levantamento das principais problemáticas levantadas por eles. Pôde então constatar que muitos concordam que o trabalho é muito diverso e exige muito do trabalhador. Segundo relato de uma terapeuta ocupacional entrevistada por ela, a Reforma Psiquiátrica “nos colocou no lugar do ‘tem que fazer, tem que inovar, tem que pensar diferente’, da mais trabalho, dá mais cansaço” (idem).

A autora também levantou dados importantes com relação às exigências do trabalho no CAPS como: as frustrações e sentimento de impotência no trabalho com a psicose; as demandas geradas pela Reforma Psiquiátrica e o conseqüente aumento das responsabilidades e autonomia do trabalhador; a necessidade de supervisões; falta de integração das equipes e de espaços de escuta para seus incômodos; a necessidade de construção de regras no coletivo, tendo em vista a cultura de alienação do trabalho em que o trabalhador está inserido. Mudar a proposta de atenção à loucura significa mudar as relações de trabalho. Neste em

especial se apresenta um choque com a cultura vigente de processos de trabalhos competitivos e não coletivos.

Define-se uma nova forma de organização do trabalho, que se baseia nas deliberações e ações grupais. Semelhante às práticas autogestionárias que aparecem com cada vez mais frequência no cenário social como as associações e cooperativas e populares. Se por um lado existe a esperança de que essa forma de organização do trabalho seja uma alternativa ao trabalho massacrante do sistema neoliberal, existem também obstáculos a serem enfrentados.

O trabalhador deve agregar-se à esta organização coletiva e, no entanto, a apatia, o imediatismo (urgência pela sobrevivência), a lógica do merecimento e a dependência das instituições sociais (hierarquização do trabalho, por exemplo) são as primeiras dificuldades a aparecer pelo caminho. Configura-se um trabalho com caráter político e crítico e que necessita de um perfil de trabalhador mais implicado.

Além dessa transformação subjetiva do sujeito trabalhador, no campo específico da saúde mental, se delineia a necessidade de um outro sujeito capaz de lidar com a loucura. Despindo-se de conceitos estereotipados, em alguns momentos precisando desfazer-se da tão aclamada estrutura neurótica proposta por Freud. De forma alguma negando esta forma de existir, mas sim admitindo a coexistência de outras singularidades, especialmente essas que não se enquadram na estrutura civilizatória proposta por Freud no Mal-estar da civilização. Este sujeito é o exigido pela Reforma Psiquiátrica.

c. Alguns momentos

Tomei aqui a liberdade de recorrer à minha própria memória, lembrando fatos que marcaram meu percurso do aprimoramento na tentativa de ilustrar essas vivências paradoxais dos trabalhadores de saúde mental.

Cena 1: Chega na sala de equipe o auxiliar de enfermagem empalidecido. Conta que tinha corrido cerca de 200m de uma subida próxima ao CAPS, atrás de um usuário que havia chegado no equipamento na mesma manhã em crise, trazido

pelo SAMU, mas que a equipe desconhecia e portanto não sabia qual era a dinâmica do mesmo. M.M., cerca de 30 anos, estatura alta, desorganizado e com quadro alucinatório, foge do CAPS no momento da passagem de plantão e corre em direção à uma caminhonete que estava destrancada na frente de uma construção. Ele não ouve os gritos dos auxiliares de enfermagem que correm até ele e o alcançam quando o mesmo já se encontrava dentro do carro e havia soltado o freio de mão. O carro chegou a descer, mas não houve acidente porque um dos técnicos de enfermagem enfrentou “heróicamente” as agressões do usuário para conseguir alcançar o freio. Depois disso conseguiram conter o usuário e levaram-no novamente para o CAPS. Em discussão em equipe avaliamos os riscos e levantamos diversas questões que não poderiam ser resolvidas de imediato, pois a priori estariam contrárias às prerrogativas da reforma. A equipe teve que lidar com uma prática explicitamente manicomial, da contenção física, que não havia tido a necessidade de fazer há muito tempo.

Os questionamentos que ficaram desse momento deveriam-se principalmente ao embate de dois discursos: o da reforma, de respeito à loucura e de que o CAPS deve acolher todas as demandas sendo “porta-aberta”, e o da segurança e integridade física e mental dos trabalhadores que colocaram em risco a própria vida às custas de um usuário ainda desconhecido pela equipe e que exigia cuidados intensivos que no momento da fuga a equipe não poderia proporcionar. No momento da ocorrência e no restante do dia a equipe também não contava com o apoio medicamentoso já que o médico tinha cumprido seu horário de serviço e não haveria retaguarda médica no período da tarde.

O delírio e a potência deste usuário é um exemplo das mais diversas situações em que o CAPS, enquanto instituição social vivencia o choque do convívio. Quando uma situação como essa acontece no CAPS, acaba existindo uma identificação com a família que provavelmente lida com momentos significativos como esse durante toda a vida. Quanto mais se ignora o conhecimento acerca deste tema, mais se tem a tendência de recorrer às práticas manicomiais, de exclusão e contenção. Porém, em determinados momentos,

mesmo as equipes mais preparadas e bem-formadas se encontram nesse choque de paradigmas. E assim ainda podemos perguntar: **Há um consenso com relação à contenção?**

A clínica do CAPS deve ser, acima de tudo, uma clínica política implicada na mudança do paradigma manicomial. Certas ações por mais complexas que sejam devem se respaldar na proposta de mudança total deste regime. A luta pela desospitalização no Brasil é pautada na proposta de que o CAPS deve ser a principal retaguarda na atenção à crise. Sendo portanto a porta de entrada para as primeiras crises dos usuários.

Existem riscos quando o Caps interna um novo usuário, sem conhecer sua história de vida, família e modos de relacionar-se? Se esta mudança deve acontecer deve-se tomar muito cuidado pois, como acontece em diversos CAPS do Brasil, este equipamento muitas vezes sem condições básicas de atender a demanda do território acaba criando defesas peculiares. Neste momento que recorrem às práticas manicomiais, defendendo-se através do saber psiquiátrico, mais seguro e consolidado, levantando muros, trancando portões...

Até quando o limite do cuidado é a própria vida do trabalhador? Até quando o sujeito político se superpõe ao indivíduo? Quando, em momentos críticos e limítrofes, a equipe pode se dotar de um pensamento crítico a fim de discernir se sua prática é necessária ou se recai numa perspectiva de salvação do discurso religioso? As relações de poder também se revelam neste discurso onipotente do cuidador. O sofrimento pode advir de duas fontes: a primeira da própria relação de medo e susto e a segunda vem da frustração, quando o indivíduo se dá conta de que não existe a onipotência.

Mas, se devemos lutar para construir uma nova relação com a loucura, numa clínica mais dinâmica e menos dependente das práticas psiquiátricas mais arcaicas, devemos reconhecer os mecanismos que ainda podem evoluir. Nesta cena podemos então refletir sobre um objeto muito emblemático: **a porta. Se ela está aberta, de quem é a culpa?** E se não houverem culpados, como fazer para que os próprios profissionais não carreguem o peso de serem mantenedores de

outras vidas, que não a sua. **Como lidar com a angústia de um usuário referência que coloca a vida em risco ou ainda, aquele que se suicida?**

Cena 2: S.A., 58 anos, usuária inserida no CAPS há bastante tempo, apresenta uma nova crise, com alucinações auditivas gravíssimas e quando persecutório bastante importante. S. também faz uso abusivo de substâncias químicas, especialmente cocaína e maconha. O uso dessas substâncias, e o uso incorreto de suas medicações foram fatores desencadeantes dessa crise, além de um motivo ainda mais agravante: o partilhamento da loucura e da dependência química com seu filho D. que se mudou para Campinas recentemente. Segundo relatos da mãe o rapaz voltou do Rio de Janeiro, onde estava morando com seu pai o qual por brigas familiares relacionadas ao uso e tráfico de drogas, o expulsou de casa. Voltou para a casa da mãe e voltou a estudar, está completando um curso técnico. S. chegou a contar que sofre agressões físicas de seu filho, mas depois nega, com o intuito de protegê-lo.

Depois de algumas semanas que S. estava no leito noite do CAPS a equipe começou a se preocupar com a ineficácia da internação e também com as freqüentes visitas de seu filho que a cada dia se mostrava mais intransigente e agressivo. D. insistia que sua mãe não deveria ficar no CAPS, que a mesma estaria presa “como um ratinho de laboratório”, e que seu lugar era em casa ao lado de seu filho. Certo dia, ele aparece alcoolizado, clamando pela alta da mãe e quando esta lhe é negada o mesmo começa a insultar as profissionais que estavam atendendo-o na sala, dando socos na mesa que despertaram a atenção de toda a equipe que se mobilizou para conter a situação. D. vai embora ameaçando a equipe, dizendo que retornaria para buscar sua mãe.

No final de semana ele chega ao CAPS novamente, como de costume nos horários mais esvaziados, com equipe reduzida. Leva um lanche e come com sua mãe, sempre insistindo que ela teria que fugir do CAPS. Em determinado momento, D. começa a discutir com a equipe querendo levar sua mãe para casa. No momento estavam dois técnicos de enfermagem e duas auxiliares de higiene.

Enquanto uma técnica se ocupou de levar os outros usuários internados no leito noite e ligar para a guarda civil, o outro técnico teve que enfrentar D. com o intuito de tirar das mãos dele uma faca de cozinha, com a qual ele estava ameaçando a equipe.

Esta situação foi discutida na reunião de equipe seguinte com o respaldo de um supervisor, fator que auxiliou muito na discussão do PTI de S., assim como na possível construção de um vínculo com D., que apresenta os mesmos sintomas que a mãe. Porém, com relação aos riscos os quais os trabalhadores foram submetidos pouco se poderia fazer pois implicaria na discussão de contratação de mais profissionais, na definição de estratégias de “proteção e segurança” que muito provavelmente cairiam novamente no engodo da prática manicomial.

Se o CAPS é o equipamento substitutivo, muito deve ser pensado sobre sua estrutura e regulamentações básicas como número de profissionais, cargos e salários. **A equipe que permanece nos plantões de final de semana é suficiente para cuidar de usuários em crise?**

A questão dos plantões de final de semana remete especificamente à estrutura do CAPS III, que do ponto de vista da reforma seria o equipamento responsável pelo acolhimento às crises partindo do pressuposto de que os hospitais psiquiátricos não existirão. **E quando o leito extrapola a quantidade de vagas?**

Para que exista uma regulamentação desses equipamentos, uma discussão deve ser feita com relação ao limite de vagas em leito. Tendo em vista que em diversos momentos de negociação de vagas para usuários em crise, entre SAMU e CAPS, opta-se por exceder o número limite de vagas. Excede-se o número de pacientes, mas o número de técnicos continua o mesmo. Em casos de “intercorrências” como esta citada na cena, os profissionais precisam se redobrar para atender os usuários presentes. Além de se arriscarem, são sobrecarregados. Novamente, **as possibilidades de proteção individual do trabalhador muito facilmente cairiam no engodo da prática manicomial.**

Retomando a discussão do caso clínico, decidiu-se em equipe por acolher D., tendo em vista que no caso de uma psicose compartilhada, a separação dos dois apenas resultaria num atraso para o tratamento. Mas D. não estava interessado em se tratar, tinha um ódio declarado pelo CAPS e pela equipe e sua mãe custava para admitir que o filho precisava de atenção. **Até quando o Caps é capaz de forçar um indivíduo a se tratar?**

As propostas de saúde coletiva, principalmente através do trabalho das agentes de saúde permitem um novo mapeamento de doenças e seus fatores causadores, atuando sensivelmente na prevenção e promoção de saúde. A presença do CAPS no território corrobora com esta prática. Mas também reforça a idéia de que todos devem ser tratados. Esta pressão incide com mais força nos Centros de Saúde, que recebe cobranças verticais com relação aos números e porcentagens de atendimento. Os profissionais trabalham diariamente com o medo de que algo aconteça com os usuários e que portanto os responsabilize ocupando um lugar de cuidador-vigilante.

Cena 3: A.J.R., 27 anos, atualmente com o diagnóstico de dependência química com transtorno de personalidade e postura anti-social. Este usuário conta com um grande histórico de internações psiquiátricas, iniciou o uso de drogas e álcool aos 12 anos de idade, e já fez tentativa de suicídio. A. quando bebe fica incontrolável e violento, chegando muitas vezes a agredir a mãe e irmãs. Foi inserido no CAPS em setembro de 2002, sem adesão ao tratamento desde então, o que fez com que a equipe, após discussão em supervisão optasse pela alta, encaminhando o mesmo para o C.S. de sua região pois a problemática era a dependência química, afirmando que não se tratava de um perfil para CAPS.

Em setembro de 2004 é feita nova tentativa de tratamento no CAPS, depois de duas internações em hospital psiquiátrico e uma tentativa da família de transferência para a casa de custódia de Taubaté. A nova referência de A. tentou uma reaproximação com a família, realizando visitas domiciliares em parceria com

as agentes de saúde do território, pois o mesmo não desejava retornar ao CAPS. A mãe também é atendida.

A. não adere ao tratamento, não toma as medicações, faz uso demasiado de maconha e álcool. A partir de abril de 2005 ele passa a ir diariamente ao CAPS para ter a medicação assistida, também porque começara a morar sozinho pois a mãe havia se submetido a uma cirurgia e passou a morar com uma filha. A. tem uma melhora perceptível em sua organização e ritmo de vida. A família se mostra resistente à essas mudanças e mantém a postura de internações compulsórias e pouca responsabilização sobre ele.

Em março de 2006 passa a ter um relacionamento bastante conturbado com uma usuária do CAPS e ambos decidem morar juntos, sem o consentimento da família que se retira do tratamento por entender que o CAPS deveria impedir este relacionamento. São recorrentes os episódios de traições da usuária, inclusive com outros pacientes e, conseqüentemente terminavam em agressões físicas à mesma.

Em novembro do mesmo ano A. é internado por uso excessivo de bebidas alcoólicas, no serviço agride violentamente a família, os funcionários, os pacientes e o patrimônio. Recusa-se a fazer o processo de desintoxicação e sai de alta-pedido. Em supervisão do caso conclui-se que o paciente não estabelece vínculo algum com o tratamento. Decide-se que com ele será negociado que a medicação não será fornecida caso apresente-se alcoolizado nas dependências do CAPS.

Em janeiro de 2007, A. chega ao CAPS para pegar a medicação e pede para não entrar senão iria agredir um paciente que se encontrava internado por conta de envolvimento com sua namorada. A medicação foi entregue no portão. Pouco tempo depois adentra o CAPS de maneira impulsiva, pulando o portão e se direcionando para os leitos, quebrando vidros, cadeiras e portas. Dizia “eu quero ver sangue” repetidas vezes. Os funcionários em vão tentam acalmá-lo, e o mesmo já se encontrava com as mãos cortadas, deixando o banheiro todo ensangüentado. Feito isso, saiu do CAPS correndo, pulando o portão novamente.

A guarda militar e a família foram acionadas, foi feito boletim de ocorrência. No dia seguinte ele retorna ao CAPS, deixando a equipe novamente preocupada,

pede desculpas sem demonstrar arrependimento e afirma que como não encontrou o usuário que queria bater, acabou quebrando as coisas do CAPS. Não demonstra preocupação com os fatos do final de semana, colocando em risco funcionários e pacientes que ali se encontravam.

A equipe observa ainda que há um gradual aumento de ingestão de álcool, configurando um quadro de dependência psíquica e física. O caso foi novamente discutido em supervisão e a equipe que se encontrava aterrorizada com a situação, revelou nesta reunião o sentimento de frustração e impotência com relação ao caso e da conseqüente quebra de vínculo. Em termos psicanalíticos podemos afirmar que a transferência se desfez e nenhum dos membros da equipe estava subjetivamente disponível para a continuidade do acompanhamento de A. neste serviço.

Em conversa com A., sua referência, mini-equipe, médico responsável, e gerência definem sua alta administrativa. Ele foi advertido sobre o uso associado de medicamentos psicoativos com bebida alcoólica e por esse motivo lhe foi oferecida internação em outra instituição.

Alguns dias depois foi realizada no CAPS uma reunião com representantes do seu CS de referência, do NADEQ e do CAPS para uma possível elaboração de um PTI em rede que resultou em uma parceria. A. até o momento está internado em uma clínica particular.

Como a equipe deve agir em situações que colocam em risco os outros usuários, o patrimônio, os trabalhadores? Novamente a discussão sobre o número de profissionais e disponibilidade física e psíquica precisa ser retomada. Deve-se chamar a polícia? Cabe ainda avaliar quais parcerias com outros equipamentos de segurança poderiam ser feitas, sem recair na questão da vigilância e do poder punitivo em sua estreita relação entre loucura e falha moral que discutimos anteriormente. **É possível que o trabalhador de saúde mental consiga se manter num constante equilíbrio e consciência críticos?**

Não, não é possível. As situações conflituosas e inesperadas do cotidiano da saúde mental também se colocam em choque com a integridade pessoal do

trabalhador. Este deve aprimorar sua ação crítica e política, mas deve fugir do abafamento deste conflito. Se os “excessos” da loucura devem ser respeitados, **deveria também haver um momento em que a equipe pudesse admitir que a frustração frente ao usuário resulte no corte dos laços com o mesmo?** Haveria também um risco muito recorrente nos serviços públicos de criar resistências ao trabalho, boicotando ricas possibilidades de intervenção com alguns usuários.

Mas então o que fazer com a declaração de impotência? Como a equipe pode avaliar e decidir eticamente que não tem forças para lidar com determinada pessoa? E se isso for decidido, devem ser pensados os cuidados que a serem tomados com o grupo dos trabalhadores para que estes não se sintam enfraquecidos com o fracasso de um projeto terapêutico.

Esses são exemplos que acontecem com bastante frequência no atendimento a pessoas portadoras de transtornos psicóticos e neuróticos graves. O intento fica longe de encontrar respostas para esses questionamentos, permitindo apenas o aparecimento. O trabalhador ocultado pelo brilho do desatino pode (re) surgir e promover novos debates.

A Reforma defendeu a tese de que a sociedade não deveria usar os hospitais como forma de contenção da loucura, afirmando que haveria espaço para ela na sociedade. De fato há, sem dúvida alguma. Porém, se a loucura agora está sob a responsabilidade dos serviços substitutivos, a atenção deve se redobrar em direção das novas formas de trabalho que se sustentam a partir dela.

Encarar a Reforma Psiquiátrica como um processo e não como um fim descola seu lugar de verdade inquestionável. Permitindo assim que as críticas apareçam e construam um novo modo de trabalho. Esse modo mutável e construtivo refletirá diretamente na qualidade da atenção, exercício constante de desvio aos processos de institucionalização.

3.4 - Estratégias de Cuidado

Críticas são ainda mais construtivas se possibilitam a visualização de estratégias de mudança. Nada mais óbvio que usar como estratégia a mesma política proposta pelo SUS: atuar preventivamente, incitando a promoção de saúde. Nesse sentido são fundamentais a constituição e manutenção de espaços em que os cuidadores passem pela experiência de serem cuidados no seu horário de trabalho (Rosa, 2001).

Em sua pesquisa Ramminger (2005) ao convocar os trabalhadores a pensar nas ações que deveriam ser priorizadas em relação à saúde do trabalhador, levantou as seguintes propostas:

- Regulamentações das equipes, melhores salários e condições de trabalho;
- Adequação das demandas - levantar debates sobre a pertinência do tratamento da deficiência mental ou da dependência química num equipamento organizado para cuidar de esquizofrênicos, por exemplo;
- Assessoria, supervisão e capacitação – criação de dispositivos de formação e gestão participativa como reuniões interdisciplinares, grupos abertos de estudo e trabalho, assembléias, centros de estudo, seminários e cursos de educação continuada;
- Atividades lúdicas de interação e de lazer;
- Incentivo á procura por terapia ou cuidados pessoais e do grupo;
- Participação dos trabalhadores na gestão dos serviços e;
- Participação em coletivos e movimentos sociais.

O trabalho nesses novos equipamentos de saúde deve manter os espaços de invenção (idem). Pensamos em saúde como um estado possível de acordo com as possibilidades de reflexão sobre o trabalho e suas condições. O trabalhador de saúde mental se constrói no embate entre a realidade da Reforma com seu discurso inventivo e à fragilidade do setor público, com falta de recursos e investimentos. Seu trabalho é desvalorizado e reduzido ao cuidado sacrificante,

ao mesmo tempo em que pressupõe uma mudança ética das relações humanas. De tal modo que a luta contra a dor e o adoecimento está justamente no confronto entre os ideais políticos e as agruras do cotidiano.

4 - VIR A SER É UMA LENTA E LENTA DOR BOA

Em todas as minhas horas libertas uma dor dormia, floria vagamente, por detrás dos muros da minha consciência, em outros quintais; mas o aroma e a própria cor dessas flores tristes atravessavam intuitivamente os muros, e o lado de lá deles, onde floriam as rosas nunca deixavam de ser, no mistério confuso do meu ser, um lado de cá esbatido na minha sonolência de viver.

Fernando Pessoa

E pra que saber de tanta história? O percurso histórico nos prenderia nos discursos, médicos, psiquiátricos, capitalísticos, da reforma psiquiátrica e da saúde do trabalhador que já estão instituídos, se não houvesse outro propósito: o de diferir. Compreender e refletir os processos históricos, as formas como os seres humanos já se organizaram em civilizações, assim como os discursos que fundamentam até hoje todo seu percurso, são imprescindíveis para analisarmos as produções de subjetividades. Estas delimitaram o contato e posterior cuidado com a loucura e estão em constante processo de modificação.

Freud, no início do século XX definiu uma estruturação da civilização tendo como foco a estrutura neurótica. Hoje contamos com uma certa imposição das diferenças e a conseqüente necessidade de acolher toda a massa excluída socialmente, libertada das instituições totais. A saúde é também o muro que tem a função de conter e proteger as classes privilegiadas de seus assombros: loucura, miséria, drogadição, violência doméstica, fome, etc. Havendo assim a necessidade dos trabalhadores reformularem a lógica social, implicando em novas posturas que respeitem as diferenças colocando por terra o método de culpabilização e controle.

Não cabe mais a abdicação das pulsões em função de uma pretensa proteção social, mas sim um sincero respeito às diferenças e o reconhecimento de si e do outro. Promover a desospitalização e criar novos dispositivos de cuidado não é o mesmo que desinstitucionalizar a loucura e libertar a desrazão. *Desospitalizar* pode significar uma tentativa de homogeneizar e docilizar, como se costuma fazer com as minorias. Ao passo que permitir o reaparecimento da *desrazão* – trancafiada pelo pensamento cartesiano – instauraria uma “nova forma

de relacionar-se com o Acaso, com o Desconhecido, com a Força e com a Ruína” (Pelbart, 1991).

Todo esse raciocínio foi feito para entender porque inúmeras vezes no trabalho no CAPS, na convivência com as angústias de diversos técnicos integrantes da equipe, pude sentir um sentimento de tensão exacerbado, e ao mesmo tempo um sofrimento velado que implicavam em entraves para a discussão de pti's, na articulação de projetos em parceria com a rede municipal de saúde e nas recorrentes tentativas de internações e/ou busca por auxílio dos equipamentos de emergência sem muito resultado.

Na medida que às equipes encontram dificuldades, seja nas relações intersubjetivas na lida com a loucura, seja no enfrentamento de dificuldades pertinentes aos serviços públicos, existe um movimento de retomada dos saberes e práticas mais remotos, talvez como forma de proteção. Podendo ser: práticas manicomiais de contenção, concessão de poder excessivo aos técnicos, uso abusivo de medicação, uso de diagnósticos enquanto "rótulo" pejorativo com relação ao doente, etc. Mesmo o trabalho em equipe passa a ficar prejudicado, pois cessam os diálogos, os profissionais trabalham isoladamente e tendem a centralizar seus cuidados, causando um inchaço de demandas. Estes problemas inevitavelmente irão causar entraves nas relações com a rede de saúde em geral.

O trabalho em saúde se sustenta no orgulho de uma grande conquista dos movimentos sociais envolvidos, mas vai de encontro com as pequenas frustrações do dia-a-dia, que justamente por serem difíceis de suportar, deixam de ser assumidas. Favorecendo assim um recalçamento da agressividade que se projeta para outros lugares, minando a rede de serviços de saúde. Esta portanto acaba ficando num lugar inacessível da utopia, a cada dia sendo capturada pelos discursos e assim banalizando seu sentido primordial. A “Rede” também corre sérios riscos de ser coroada como instituição total.

A nova organização do trabalho, proposta pelos movimentos da área da saúde e até mesmo movimentos de outras áreas, como a economia solidária, propõe um modelo de trabalho que se aproxima cada vez mais da proposta autogestionária. Justamente neste ponto que a saúde do trabalhador de saúde

mental hoje deve ser pensada não somente perante os entraves do modelo Taylorista e do sistema capitalista produtivo como apontou Dejours, mas também a partir do novo foco do trabalho autogestionário.

Este último por sua vez, se opõe ao outro por não se tratar do sofrimento gerado pela alienação e a submissão dos corpos às grandes corporações empresariais. Pelo contrário, o sofrimento agora vem da obrigatoriedade de se trabalhar com a grupabilidade. Assim cada sujeito deve descobrir seu estilo de trabalho, reconhecendo sua humanidade e portanto suas qualidades e defeitos perante a equipe.

A exigência agora é que não se separe mente de corpo no trabalho, agora ambos devem estar integrados, difícil postura depois de anos de subjetivação capitalista. Não se cobra mais uma potência infinita do corpo, mas uma onipotência do cuidado e o excesso de vigilância, que abrange todas as esferas da vida do paciente.

O CAPS portanto deve ser um espaço aberto que permita a circulação de fluxos, de desejos e de possibilidades tanto na esfera da clínica como na do trabalho. A equipe incorpora no seu modo de atuar o seu próprio objeto de trabalho, no caso a própria dissociação da psicose. Isto não se torna um problema se for um processo consciente. Pelo contrário, pode ser um aliado, desde que haja uma compreensão crítica por parte dos trabalhadores de que este movimento existe. Contudo, isso deve produzir questionamentos práticos que reintegrem a equipe, fazendo com que novamente todos os saberes existentes no CAPS pertinentes à loucura movimentem-se no sentido de uma integração. Impedindo assim que certas práticas se privilegiem em detrimento de outras.

A circulação de saberes é imprescindível para que aconteçam as diversas clínicas possíveis que possam atuar harmonicamente. Os excessos, entraves, limites devem ser resgatados e elaborados pois são parte integrante do cuidado específico que se prestam os profissionais de saúde mental. Promovendo movimentos inerentes ao tratamento, às relações sociais, pessoais e de trabalho em equipe.

Este trabalho que cuidadosamente se contextualizou nos frutos da Reforma Psiquiátrica e encontrou um possível viés conclusivo. Trata-se de admitir a existência de conflitos, problemas e sofrimento. Permitir os erros e falhas, para que eles deixem de ser velados e passem a ser construtivos. Qualquer momento de estagnação é uma ameaça à proposta de cuidado aliada à liberdade. Ao passo que o acolhimento dos sofrimentos e dificuldades do trabalho constitui uma imensa fonte de produção do diferente.

5 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BASAGLIA, F. *As instituições da violência* In: A Instituição Negada. (F. Basaglia, org.), pp. 99 - 133, Rio de Janeiro: Edições Graal. **BASAGLIA, F. A Instituição Negada** - relato de um hospital psiquiátrico. 2 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1991.
- BENEVIDES, R., PASSOS, E., *A instituição e sua borda* In FONSECA, T.M.G., BRASIL – Ministério da Saúde. *Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial*, Brasília, 2004
- COSTA-ROSA et all. As conferências Nacionais de Saúde Mental e as premissas do Modo Psicossocial in: Saúde e Debate, Rio de Janeiro, v.25, n.58, p. 12 –25, 2001
- DEJOURS, C. *A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*. 5^aed. São Paulo: Cortez – Oboré, 1992
- DESVIAT, M. *A Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1999
- FOUCAULT, M – *História da Sexualidade, vol I – Vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal, 2001
- FOUCAULT, M. *História da Loucura: na idade clássica*. 8. ed. São Paulo, Perspectiva, 2005
- FUGANTI, L.A. *Saúde, Desejo e Pensamento* in: LANCETTI, A. Saúdeloucura v.2, 3.ed. São Paulo, Hucitec
- FURTADO, J. , ONOCKO CAMPOS, R. *A transposição das Políticas de Saúde Mental no Brasil para a prática dos novos serviços*. In Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental, volumeVIII, março de 2005
- FREUD,S. *O mal-estar na civilização* (1930). Rio de Janeiro, Imago, 1980. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas, v. 21).
- GUATTARI, F. *Revolução Molecular: pulsações políticas do desejo*. 3^a edição. São Paulo: Editora Brasiliense, 1981.
- KIRST, P.G., (orgs) *Cartografias e Devires: a construção do presente* – Porto Alegre: Editora da UFRGS,2003
- MUYLAERT, M. *De igual para igual: A dor, a conexão, a potencia de diferenciação*

PELBART, P.P., Manicômio mental – a outra face da clausura. In LANCETTI, A. (org) SaúdeLoucura. São Paulo: Hucitec, v.2, p. 131-138, 1991

ONOCKO CAMPOS, R. et all. *Pesquisa avaliativa de uma rede de Centros de Atenção Psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental*, Campinas, 2005.

ONOCKO CAMPOS, R. *Clínica: a palavra negada – sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental*. Saúde em debate, Rio de Janeiro, V.25, n.58, p98-111,2001

ONOCKO CAMPOS, R. *A gestão: espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas*. pp 122-149. In: Campos, G. São Paulo: Hucitec, 2003

ROSA, L.C.S, *E afinal, quem cuida dos cuidadores?* In Brasil, Ministério da Saúde. Caderno de textos da III Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001

TENÓRIO, F. *A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica*, Rio de Janeiro: Rios ambiciosos, 2001 (cap.1, p.19-49)