ANA LUIZA FERRER

SOFRIMENTO PSÍQUICO DOS TRABALHADORES INSERIDOS NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL:

entre o prazer e a dor de lidar com a loucura

CAMPINAS

2007

ANA LUIZA FERRER

SOFRIMENTO PSÍQUICO DOS TRABALHADORES INSERIDOS NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL:

entre o prazer e a dor de lidar com a loucura

Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, área de concentração em Saúde Coletiva.

PROJETO: Pesquisa Avaliativa de uma rede de Centros de Atenção Psicossocial: entre a Saúde Coletiva e a Saúde Mental

ORIENTADORA: *PROFª. DRª. ROSANA ONOCKO CAMPOS*

CAMPINAS

2007

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP
Bibliotecário: Sandra Lúcia Pereira – CRB-8ª / 6044

F414s

Ferrer, Ana Luiza
Sofrimento Psíquico dos trabalhadores inseridos nos Centros de Atenção Psicossocial: Entre o prazer e a dor de lidar com a loucura / Ana Luiza Ferrer. Campinas, SP : [s.n.], 2007.

Orientador : Rosana Onocko Campos
Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

1. Saúde mental . 2. Loucura. 3. Doenças mentais. 4. Trabalhadores – saúde mental. 5. Saúde e trabalho. 6. Desinstitucionalização. I. Campos, Rosana Onocko. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Título em inglês : Worker's Mental Suffering inserted on Psycosocial Attention Center (CAPS): among the pleasure and pain to handle craziness.

Keywords:
- Mental Health
- Mental disorders
- Mental disease
- Workers, mental health
- Work and Health
- Deinstitutionalization

Titulação: Mestrado em Saúde Coletiva
Área de concentração: Saúde Coletiva

Banca examinadora: Profa. Dra. Rosana Onocko Campos
Prof Dr Mario Eduardo Costa Pereira
Prof Dr Carlos Minayo-Gomez

Data da defesa: 14-02-2007

Banca examinadora da Dissertação de Mestrado

Orientadora: Profa. Dra. Rosana Teresa Onoko Campos

Profa. Dra. Rosana Teresa Onocko Campos

Prof. Dr. Carlos Minayo Gomez

Prof. Dr. Mário Eduardo Costa Pereira

Curso de pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 14/02/2007

UNICAMP
00734709

DEDICATÓRIA

Para todos os trabalhadores que atuam em Centros de Atenção Psicossocial e acreditam na potência destes equipamentos para o tratamento de pessoas com doença mental.

A todas as pessoas do grupo de pesquisa "Saúde Coletiva e Saúde Mental: interfaces", em especial à Rosana, minha orientadora, que me ensinou o exercício de ser pesquisadora e despertou em mim um grande interesse no campo da saúde mental. Obrigada pela confiança, pelo carinho e por todas as oportunidades que me concedeu!

Ao Juarez, pela dedicação, confiança e contribuições que me deu através das discussões no grupo.

À Mariana, Luciana e Lílian, companheiras de trabalho que se tornaram parceiras da vida...

À Ivana, Amanda, Daniela e Ana Carolina, "meninas" da Iniciação Científica, que muito contribuíram com todo esforço e dedicação no trabalho de campo da pesquisa.

Com certeza, participar do grupo possibilitou amadurecimento e aprendizagem com todas as discussões que juntos realizamos.

À banca de qualificação: Prof. Nelson Felice de Barros e Prof. Mário Eduardo Costa Pereira, pelas contribuições tão importantes para o desenvolvimento da pesquisa.

À banca de defesa: Prof. Mário Eduardo e Prof. Carlos Minayo-Gomez, pela dedicada leitura da dissertação e pelas considerações pontuadas.

Ao Profº. Jair, pela cuidadosa revisão ortográfica do trabalho;

Ao amigo Marcos, pela valiosa ajuda na tradução para a língua inglesa;

Ao Cláudio, companheiro de todas as horas, que esteve sempre tão próximo da construção deste trabalho e me deu tanta força nos momentos em que precisei.

A toda turma do “mestrado e doutorado de 2005”, juntos cursamos as disciplinas e trilhamos um longo caminho...nos conhecemos e criamos laços para além da Universidade!

A todos os trabalhadores dos CAPS que participaram dos grupos focais. Sem a contribuição de vocês esta pesquisa não seria possível!

SUMÁRIO

PÁG.

RESUMO..... *xvii*

ABSTRACT..... *xxi*

1- INTRODUÇÃO..... 25

2- JUSTIFICATIVA..... 29

3- CONTEXTUALIZANDO O SOFRIMENTO PSÍQUICO: Algumas tradições que abordam o tema..... 35

4- OBJETIVOS..... 59

4.1- Objetivo geral..... 61

4.2- Objetivos específicos..... 61

5- METODOLOGIA..... 63

5.1- O objeto..... 65

5.2- O campo..... 66

5.3- Sujeitos e técnica de coleta da pesquisa de campo..... 67

5.4- Tratamento e interpretação das informações coletadas em campo... 70

6- A DESCRIÇÃO DAS NARRATIVAS..... 75

7- ENTRE O EMPÍRICO E O TEÓRICO: O encontro das narrativas com o contexto da produção sobre o Sofrimento Psíquico..... 97

8- CONCLUSÃO..... 111

9- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... 117

10- ANEXOS..... 125

Anexo I- Parecer do Comitê de Ética..... 127

Anexo II- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido..... 129

Anexo III- Roteiro para o grupo focal com trabalhadores dos Caps – 1ª rodada..... 131

Anexo IV- Roteiro para o grupo focal com os trabalhadores dos Caps – 2ª rodada..... 135

RESUMO

O presente trabalho de mestrado tem como proposta identificar, descrever e analisar o sofrimento psíquico dos profissionais de nível médio e superior da saúde mental inseridos nos CAPS III do município de Campinas, que estejam comprometidos com a assistência. Trata-se de uma pesquisa com uma proposta qualitativa, guiada pelo referencial da hermenêutica – crítica, utilizando grupos focais como instrumentos de coleta de dados. Foi realizado um total de 12 grupos focais, em duas etapas de campo, com trabalhadores de diferentes categorias profissionais, representando cada um dos seis serviços. Após a transcrição da primeira etapa dos grupos, foram elaboradas narrativas de cada um, seguindo o referencial teórico proposto por Ricoeur. Na segunda etapa de coleta de dados, as narrativas foram devolvidas aos participantes, que puderam aprofundar, alterar, complementar e validar a discussão feita no primeiro encontro. Procurou-se descrever as narrativas e discuti-las à luz dos referenciais que abordam o tema do sofrimento psíquico. Esta pesquisa faz parte da *"Pesquisa Avaliativa de uma rede de Centros de Atenção Psicossocial: entre a Saúde Coletiva e a Saúde Mental"*, que é mais ampla e propõe a aproximação empírica das áreas da saúde mental e da saúde coletiva, avaliando os modelos assistenciais (clínica), a gestão, a formação de pessoal e outras questões eventualmente identificadas pelos profissionais e usuários ligados aos CAPS do município de Campinas. Os sujeitos da pesquisa Avaliativa são, além dos trabalhadores dos CAPS, o colegiado municipal de saúde mental, os gerentes, usuários e familiares dos CAPS.

ABSTRACT

The purpose of this work is to identify, describe, and analyze the mental suffering of health care professionals working at the CAPS III in the city of Campinas, Satate of São Paulo, Brazil, bearing either a high school or a bachelor's degree. As a qualitative research project, this work follows the critical hermeneutic theory, using focal groups as instruments for the gathering of data. A total of 12 focal groups were organized in two different phases (six groups each phase), with participants from several professional categories, each representing one of the six CAPS. After the transcriptions of the recordings from the first phase were ready, a narrative for each group was created after Ricoeur's theory. In the second phase, the narratives were handed out to the participants, who were able to deepen, transform, add to, and validate the discussion from the preceding phase. The narratives were described and debated according to the theories regarding mental suffering. This research is part of the *"Pesquisa Avaliativa de uma rede de Centros de Atenção Psicossocial: entre a Saúde Coletiva e a Saúde Mental"* ("Evaluating research for a network of CAPS: between public and mental health"), which is broader and intends to bring near the areas of public and mental health in an empirical environment, thus evaluating the clinical standards, administration, staff training, and other issues eventually pointed out by the professionals themselves and users of CAPS in the city of Campinas. The targets of this evaluative research are, besides CAPS health care professionals, the City Mental Health Board (Colegiado Municipal de Saúde Mental), managers, CAPS users and their family members.

1- INTRODUÇÃO

Os Centros de Atenção Psicossocial foram criados a partir da Reforma psiquiátrica, constituindo-se de uma realidade praticamente recente. Com novas propostas de atuação, os profissionais são levados a todo o momento a reflexões sobre suas práticas e a uma construção diária do cotidiano do serviço.

Esta dissertação de mestrado tem como objetivos identificar e descrever o sofrimento psíquico dos profissionais da saúde inseridos nos CAPS do município de Campinas, analisando as maneiras como eles expressam suas angústias e sofrimentos vivenciados nestes equipamentos. Procura verificar também como as formas de manifestação dos sofrimentos interferem na rotina de trabalho e na vida pessoal destas pessoas, identificando as principais estratégias defensivas utilizadas por estes trabalhadores.

Num primeiro momento, foi retratado um pouco da história da construção dos Centros de Atenção Psicossocial e suas propostas de trabalho. Também foi contextualizado o sofrimento psíquico, partindo de estudos clássicos, como de Dejours; retomando conceitos da psicanálise, como propostos por Freud, Kaës, Castoriadis e Enriquez; até chegar nos estudos mais recentes que abordam questões relevantes sobre o trabalho na área da saúde, como Pitta, Freudenberguer, Marazina, Onocko Campos entre outros autores.

Em um outro momento foi relatado o processo metodológico da pesquisa, que é qualitativa e se apóia na teoria da hermenêutica, descrita por Gadamer e Ricoeur e na construção de narrativas, fundamentada por Ricoeur.

Com o material coletado em campo nos grupos focais, foram construídas narrativas para cada grupo, descritas neste estudo para posterior análise, tomando como base o contexto da produção teórica sobre o sofrimento psíquico.

2- JUSTIFICATIVA

Historicamente, a assistência em saúde mental foi marcada por práticas de violências explícitas ou não, pela exclusão social, pelo poder do profissional sobre o usuário e a repressão moral, guiados por um referencial de modelo biológico, que priorizava o manicômio como o único local para o tratamento (BASAGLIA, 2001, GOFFMAN, 1996).

A reforma psiquiátrica brasileira, a partir da década de 80, permitiu a legitimação de equipamentos substitutivos aos hospitais psiquiátricos, como os Centros de Atenção Psicossocial; e foi um movimento importante de transformação no campo da Saúde Mental e da Saúde Pública.

Os primeiros Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) foram criados a partir de 1987 em São Paulo e Santos, respectivamente, regulamentados pelo Ministério da Saúde através das portarias 189, de 1991 e 224, de 1992 e se tornaram referência para a implantação de serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos em todo o país. Os CAPS e NAPS propõem a desconstrução do manicômio e a construção de um novo projeto de saúde mental em uma instituição que não segregue e não exclua. Visam superar a lógica da assistência em direção à lógica da produção de saúde (AMARANTE, 1995, TENÓRIO, 2002).

Os CAPS constituem-se equipamentos inseridos na gestão pública, alinhados aos princípios do SUS, que buscam garantir o acesso, a integralidade e resolutividade na atenção prestada, acolhendo constantemente pessoas com transtornos mentais graves e oferecendo apoio aos seus familiares. Através das associações, propiciam uma abertura para a comunidade, para promover um diálogo e debates com os cidadãos a respeito do significado da loucura, da exclusão social e da cidadania.

Os CAPS são definidos como unidades de saúde comunitárias e regionais, compostos por uma equipe multiprofissional, responsável por oferecer atendimentos individuais e/ou grupais, visitas domiciliares, atendimento à família e desenvolvimento de atividades comunitárias, com enfoque na integração do doente mental na comunidade e sua inserção social (BRASIL, 1994).

> "Os serviços substitutivos devem desenvolver atenção personalizada garantindo relações entre trabalhadores e usuários pautadas no acolhimento, no vínculo e na definição precisa da responsabilidade de cada membro da equipe. A atenção deve incluir ações dirigidas aos familiares e comprometer-se com a construção dos projetos de inserção social, respeitando as possibilidades individuais e os princípios de cidadania". (MINISTÉRIO DA SAÚDE / BRASIL, 1994).

Além disso, estes equipamentos promovem a criação de um projeto terapêutico que envolve o cuidar de uma pessoa, tornando-se responsável, evitando o abandono e atendendo às crises.

Diferentes atores sociais são envolvidos na construção de um serviço que não é definitivo e que requer certa abertura para o enfrentamento de incertezas e conflitos. Neste sentido, é fundamental pensar na transformação da equipe de profissionais que, segundo ROTELLI (apud AMARANTE e TORRE, 2001) "*aprendem a aprender"*, dentro de um equipamento aberto, onde o trabalho tem que ser realizado em conjunto, como espaço coletivo de ação e reflexão das práticas profissionais, do confronto, das crises e do pensar e repensar o próprio serviço.

Nas reuniões diárias da equipe, a discussão se torna muito mais ampla, englobando a transformação do papel do técnico, as crises geradas na construção de um serviço aberto, o se perceber sem as famosas grades de proteção, chaves e muros na relação com os usuários. Conseqüentemente as relações de poder e de saber da equipe têm que ser colocadas em discussão. (AMARANTE E TORRE, 2001).

O profissional envolvido na dinâmica do CAPS se torna polivalente, na medida em que suas atividades transcendem a sua área específica de atuação, rompendo com o aspecto meramente técnico. Neste sentido, o profissional assume a responsabilidade individual no acompanhamento do caso, trabalha a aproximação do usuário com a rede social, o que pode se traduzir em uma intervenção de responsabilidade e afetividade, evitando a fragmentação do processo terapêutico.

A relação entre profissionais e usuários, no modelo psicossocial, envolve o sujeito em sua complexidade, o que demanda a construção de projetos terapêuticos individualizados, que busquem a produção de saúde e um olhar voltado para todas as dimensões do sujeito.

Os CAPS agregam diferentes níveis de atenção em uma só unidade e proporcionam um maior envolvimento e maiores repercussões subjetivas dos trabalhadores no atendimento aos usuários, que são inevitáveis e necessárias, fruto da natureza do trabalho, mas que podem gerar mecanismos defensivos de diversas ordens (MOTTA e FREITAS, 2000, KAËS, 1997, MARAZINA, 1991).

As equipes de profissionais de CAPS são peças chave para a consolidação deste novo paradigma de cuidado em saúde mental. No entanto, será que estes profissionais têm conseguido trabalhar com a complexidade de fatores que envolvem o cuidado na saúde mental? Como estes profissionais lidam diariamente com a loucura e a segregação social?

É claro que todo trabalho demanda uma relação dialética, em que de um lado estão a satisfação pessoal, profissional, econômica, social e cultural, mas que por outro lado, há também o desgaste, as dificuldades e o sofrimento. No caso dos trabalhadores da saúde, este desgaste é diferente dos profissionais de outras áreas, pois eles estão constantemente expostos, pelas organizações que trabalham, à dor, sofrimento e morte de pessoas doentes. (ONOCKO CAMPOS, 2004).

3- CONTEXTUALIZANDO O SOFRIMENTO PSÍQUICO:

algumas tradições que abordam o tema

Abordando do ponto de vista social-histórico, CASTORIADIS (2002) pensa que há uma crise da sociedade contemporânea e esta, ao mesmo tempo em que produz a crise do processo de identificação, é por ela produzida e agravada.

Partindo de um ponto de vista global, o autor afirma que o processo de identificação é sempre singular para cada sociedade historicamente instituída, porém a própria identificação constitui momentos da totalidade social, e que nem um e nem outro fazem sentido quando destacados.

A crise da identificação na sociedade contemporânea pode ser explicada em referência ao enfraquecimento ou ao deslocamento do que se chama de escora do processo de identificação em diversas entidades socialmente instituídas, como a habitação, a família, o local de trabalho, etc. Mas não se deve parar por aí, por que em nossa cultura, o processo de identificação, a criação de um '*si*' individual-social passou por lugares que não existem mais, ou que estão em crise.

A crise é global, pois ela atinge um elemento tão central da hominização social quanto o processo de identificação.

CASTORIADIS (2002) fala da crise da significação que mantém esta sociedade, bem como qualquer uma, unida, pronta a ver, em seguida, como esta crise se traduz no nível do processo de identificação.

Toda sociedade cria seu próprio mundo, criando precisamente suas significações. Estas possuem uma tripla função. Primeiro, são elas que estruturam as representações do mundo em geral, sem as quais não pode haver ser humano. Tais estruturas são específicas para cada momento histórico, por exemplo, o mundo em que vivemos atualmente não é igual ao mundo grego antigo. Segundo, são elas que também designam as finalidades da ação, impõem o que está por fazer e por não fazer, o que deve ou não ser feito - por exemplo - é preciso adorar a Deus ou acumular capital, embora, nenhuma lei natural, biológica ou psíquica afirma ser necessário fazer estas coisas. Terceiro, são elas que estabelecem os tipos de afetos característicos de uma sociedade, que segundo o autor, é o ponto mais difícil de delimitar. Por exemplo, a fé é um afeto criado

pelo cristianismo, um sentimento que de certa forma é indescritível. Este afeto é instituído sócio-historicamente.

A instauração destas três dimensões perpassa com sua concretização por todos os tipos de instituições particulares, mediadoras, pela família, que é o primeiro grupo que cerca o indivíduo e depois por toda a vizinhança topograficamente incluída umas nas outras ou intersectadas, como outras famílias, coletividade local, do trabalho, a nação, etc. Por intermédio de todas essas formas, institui-se a cada vez, um tipo de indivíduo particular, pois o homem do século XV não é o mesmo do homem do século XX, não em razão de diferenças temporais, mas de tudo o que ele é, pensa, quer, gosta ou detesta. E, ao mesmo tempo, se estabelece uma verdadeira colméia de papéis sociais, onde cada um é simultâneo e paradoxalmente, auto-suficiente e complementar aos demais. Das significações instituídas por cada sociedade, a mais importante é, sem dúvida, a que concerne à própria sociedade. A esta representação está indissociavelmente ligado um *se querer* como sociedade, um investimento ao mesmo tempo da coletividade concreta das leis por meio das quais esta coletividade é o que é.

> "Existe, no nível social, na representação, ou no discurso que a sociedade mantém sobre si mesma, um correspondente externo, social, de uma identificação a um 'nós', 'nós outros', uma coletividade em direito imperecível; o que, com ou sem religião, ainda tem uma função fundamental, visto que se trata de uma defesa, e certamente a principal defesa, do indivíduo social contra a morte, o inaceitável de sua mortalidade". (CASTORIADIS, 2002, p.150).

Mas o problema central da crise dos processos de identificação da sociedade contemporânea está no sentido vivenciado como imperecível por esta sociedade. Para o autor, socialmente falando, este sentido não está em lugar algum.

As sociedades modernas capitalistas atribuíram significação do domínio da racionalidade sobre o todo, tanto da natureza quanto dos seres humanos, sendo essa significação única e dominante, que se encontra esvaziada de todo conteúdo que o passado lhe dava. De outro lado, atribuiu a significação da autonomia individual e social, da liberdade, da pesquisa de formas de liberdade coletiva que correspondem ao projeto democrático, libertador, revolucionário.

Para uma parte dos indivíduos isto significa certo 'poder' ilusório ou real. Para outra parte, a maioria, significa o aumento contínuo do consumo. É o modelo do indivíduo que ganha o máximo possível e usufrui o máximo possível. No entanto, isso está cada vez mais banal.

> "Não ganhamos por que temos valor, temos valor porque ganhamos".
> (CASTORIADIS, 2002, p.153).

"Ganhar", segundo o autor, está quase que totalmente separado de qualquer função social. Este modelo só continua a existir porque ainda se beneficia dos modelos de identificação produzidos no passado.

Este mundo do consumo contínuo penetra nas famílias e atinge o indivíduo desde suas primeiras etapas de socialização. A 'mensagem' que os pais passam para seus filhos é que se deve ter o máximo possível, usufruir daquilo que se tem. Tudo o mais é secundário ou inexistente. A criança entra em um mundo vazio e logo se afoga em uma quantidade exorbitante de brinquedos. E quando se entedia no meio deles, larga tudo e vai para frente da T.V., substituindo um vazio por outro.

Isso significa uma fuga desesperada da morte e da mortalidade, que foram exiladas da vida contemporânea. A sociedade ignora a morte, não havendo luto, expectadores ou rituais.

O conformismo, que só é possível com a condição de que não exista núcleo de identidade importante e sólido é o caráter da época. Este conformismo como um processo social bem ancorado, faz com que um tal núcleo de identidade não possa mais ser constiuído.

Segundo CASTORIADIS (2002), não se pode deixar de ter crise do processo de identificação, pois não existe uma auto-representação da sociedade como centro de sentido e de valor. A sociedade constantemente se re-cria, e a identificação de um "nós" se desloca quando cada indivíduo a considera como um "constrangimento" que lhe foi imposto.

O Sofrimento Psíquico é algo inerente ao ser humano. Segundo CECCARELLI (2005), a psicopatologia, seguindo as posições freudianas, concebe o psiquismo como uma organização que se desenvolveu com objetivo de proteger o ser humano contra os ataques

que colocam a vida em perigo, tanto os internos como os externos. O psiquismo, então, seria parte integrante do sistema imunológico, ou seja, do mesmo modo que um sujeito pode ser mais suscetível para contrair determinadas doenças que outros, ele pode também estar menos equipado para responder aos ataques internos, que seriam pulsionais, passionais; e externos, como as mudanças ambientais ou perdas diversas que encontra ao longo da vida, podendo 'adoecer' psiquicamente.

Ainda segundo o autor, na obra de Freud *neuroses de transferência: uma síntese (1987)* o aparelho psíquico é concebido como patológico em sua origem, pois é uma defesa contra o excesso. Para enfrentar tanto o excesso externo (como as transformações do meio ambiente), quanto o interno (como as demandas pulsionais que não podem ser satisfeitas) sem adoecer, o ser humano precisou de profundas reorganizações psíquicas. Este processo é vivenciado por cada ser humano, que traz consigo um sofrimento psíquico geneticamente herdado, causado pelo excesso, uma resposta à violência à qual o ser humano se viu exposto ao longo do tempo. Freud resgata ainda a noção grega de *pathos* (paixões) colocando-a como ingrediente central da essência do humano, de tal forma que a particularidade da organização psíquica de cada um deve ser compreendida como uma criação singular e única para garantir a sobrevivência da espécie.

As neuroses, as perversões e as psicoses, segundo Freud, são modos de subjetivação encontrados pelo sujeito frente à falta de medida pulsional. Se por um lado o excesso de '*paixões'* cria subjetividade, por outro causa dor.

O sofrimento tem uma dimensão psicológica, mas, sobretudo existencial, pois o homem sofre a partir do momento em que passa a perceber sua finitude. Quando se fala em tempo, há que se falar também em memória.

Segundo BRANT e MINAYO-GOMEZ (2004),

> "*A memória do sofrimento é o elemento capaz de implicar o ser na preservação da vida; eis uma importante função do sofrimento na construção do sujeito. Estar implicado significa acreditar na promessa de um futuro, sinalizando algo para além do imediatamente presente. Portanto, o sofrimento está relacionado com um saber acerca da existência que não se sabe todo, no que difere o homem do animal"* (p.215).

Ainda segundo os autores é importante reconhecer que o sofrimento é algo completamente subjetivo, pois o que se traduz sofrimento para um não é, necessariamente, para outro, mesmo se submetidos às mesmas condições ambientais. Outra questão importante é que aquilo que pode ser vivenciado como sofrimento para um sujeito, pode ser motivo de prazer para outro e vice-versa. Além disso, no próprio sofrimento é possível encontrar uma mescla de prazer e dor, simultaneamente.

O sofrimento pode ser expresso através da linguagem. O falar solicita escuta, que possibilita transforma-lo em experiência concreta. Mas não se pode desconsiderar o corpo, pois o sofrimento também tem uma inscrição neste, "*compondo uma geografia marcada por relevos atravessados por prazer e dor"* (BRANT e MINAYO-GOMEZ, 2004, p.215), nem sempre possível de ser expresso por palavras.

As fronteiras entre sofrimento, não-sofrimento e sofrimento-prazer são imprecisas, vagas e se superpõem em camadas que não se discernem, muitas vezes impossíveis de exprimir com palavras.

Retomando os estudos de Freud, BRANT e MINAYO-GOMEZ (2005) citam sua obra conceituando o sofrimento como um estado de expectativa diante de uma situação de perigo, mesmo sendo desconhecido. Sendo assim, ante o perigo, o que se vê é a ansiedade, que é um estado particular de espera ou preparação para o perigo. Ou o medo, quando ele é conhecido. E também o susto, quando o indivíduo topa com um perigo sem estar preparado para enfrentá-lo. Então, o sofrimento se configura como uma reação, uma manifestação da insistência em viver em um ambiente que, na maioria das vezes, não se coloca como favorável.

O perigo pode estar interiorizado, somente como fruto do imaginário, ou concretamente no ambiente, sendo representado por uma ameaça, ou ainda pode se configurar em uma mescla de experiências e memórias.

Freud diz que a civilização se constrói sob a égide do sacrifício, sendo os prazeres da vida civilizada acompanhados de sofrimento. Então, a satisfação e o mal - estar surgem juntos. Os mal - estares da sociedade moderna são vistos como compulsão,

regulação, recalcamento ou renúncia forçada, resultantes do "excesso de ordem" ou de sua inseparável companheira, a "escassez de liberdade".

BRANT e MINAYO-GOMEZ (2004) procuraram em seu trabalho abordar o sofrimento a partir da ótica do sujeito, este definido como um efeito das práticas lingüísticas, uma decorrência do uso de nossos vocabulários. Neste sentido, o sofrimento pressupõe a existência de um registro, de um código lingüístico que permite identificar, nomear e comunicar determinadas percepções avaliadas como ameaças. A partir da linguagem é possível nomear aquilo que foi manifestado, a experiência como angústia, dor, prazer ou satisfação.

> "É a inserção num discurso que permite a representação de um acontecimento como perigo ou não, portanto capaz de desencadear sofrimento ou não". (BRANT e MINAYO-GOMEZ, 2004, p.215).

Os estudos de DEJOURS, considerados clássicos na literatura, foram fundamentais para entender os processos de saúde, doença e sofrimento no trabalho. Em *A Loucura do Trabalho*, 1992, o autor parte do ponto de vista da psicopatologia, propondo-se a investigar como os trabalhadores fazem para resistir aos ataques ao seu funcionamento psíquico provocados pelo trabalho. O objeto de estudo se configura na questão do sofrimento no trabalho, que é central para o autor.

O papel da organização do trabalho é um outro conceito que aparece como base na teoria de DEJOURS (1992), pois segundo o autor, nela devem ser procuradas as forças que empurram os sujeitos em direção à doença mental. A organização do trabalho não é entendida somente como divisão do trabalho, ou seja, divisão das tarefas entre operadores, ritmos impostos e modos operatórios prescritos, mas também e, sobretudo, a divisão dos homens para garantir esta divisão de tarefas representadas pelas hierarquias, as repetições de responsabilidades e os sistemas de controle. O sofrimento patogênico surge quando a organização do trabalho entra em conflito com o funcionamento psíquico dos homens, quando estão bloqueadas todas as possibilidades de adaptação entre a organização do trabalho e o desejo dos sujeitos. Sendo este um processo dinâmico, os sujeitos criam estratégias defensivas para se protegerem.

A ideologia da vergonha, descrita pelo autor, revela particularmente o caso do sub-proletariado em relação ao trabalho, doença e corpo. Essa ideologia consiste em manter à distância o risco de afastamento do corpo ao trabalho e, conseqüentemente, à miséria, à sub-alimentação e à morte.

A partir deste estudo, DEJOURS (1992), propõe algumas características do que seria uma ideologia defensiva. Esta tem por objetivo mascarar, conter e ocultar uma ansiedade particularmente grave, e enquanto mecanismo de defesa elaborado por um grupo social particular, deve-se procurar uma especificidade, que pode estar na organização do trabalho, por exemplo.

O que caracteriza uma ideologia defensiva é o fato de ela ser destinada a lutar contra um perigo e riscos reais, e não por ser dirigida contra uma angústia provenientes de conflitos intra-psíquicos de natureza mental.

Para a ideologia defensiva operar, necessita da participação de todos os interessados. E para ser funcional deve ser dotada de certa coerência, o que supõe certos arranjos relativamente rígidos com a realidade.

A ideologia defensiva tem sempre um caráter vital, fundamental, necessário. Torna-se obrigatória e tão inevitável quanto à própria realidade. Substitui os mecanismos de defesa individuais, tornando-os impotentes.

Estas características da ideologia defensiva foram estudadas nos trabalhadores da construção civil e operadores das indústrias de processo.

Na vivência operária, no discurso dos trabalhadores, DEJOURS (1992) descreve provisoriamente dois sofrimentos fundamentais organizados atrás de dois sintomas: a insatisfação e a ansiedade.

A partir do discurso dos operários, aparece o que o autor designa de 'temas', como da indignidade, pela vergonha de ser robotizado, de não ter mais imaginação ou inteligência, de estar despersonalizado. A imagem da indignidade surge quando há contato forçado com uma tarefa desinteressante.

Outra vivência é o sentimento de inutilidade, devido à falta de qualificação e de finalidade do trabalho. Os trabalhadores muitas vezes não conhecem a própria significação do seu trabalho em relação ao conjunto das atividades da empresa. Ou também sua tarefa não tem significação humana, ou seja, não significa nada para as relações familiares e sociais que se estabelecem. As queixas sobre a desqualificação aumentam, no sentido da imagem de si que repercute no trabalho.

No que se refere ao conteúdo significativo do trabalho, dois componentes podem ser considerados: um em relação ao sujeito e outro em relação ao objeto. No primeiro, estão as dificuldades práticas da tarefa, além do significado que tem em relação a uma profissão e como esta é vista pela sociedade. No segundo, estão os investimentos simbólicos e materiais destinados a um outro, ou seja, ao objeto, pois a atividade de trabalho não comporta somente uma significação narcísica. Entretanto, estas relações são dialéticas. Toda atividade contém os dois conteúdos. E a complexidade está no fato de que o essencial da significação do trabalho é subjetivo.

No conteúdo significativo do trabalho em relação ao objeto, considera-se a produção como função social, econômica e política. Para o autor, mesmo se o engajamento pessoal no objetivo social da produção não é possível, não existe jamais neutralidade dos trabalhadores em relação ao que eles produzem.

O homem procura se adaptar à organização do trabalho. Esta adaptação espontânea, em termos de economia psíquica, corresponde à procura, à descoberta, ao emprego e à experimentação de um compromisso entre os desejos e a realidade. Porém, quanto mais rígida e imutável for esta organização, menos é possível a adaptação do trabalho à personalidade, menor é o conteúdo significativo do trabalho e menores são as possibilidades de mudá-lo, aumentando o sofrimento.

> "O sofrimento começa quando a relação homem-organização do trabalho está bloqueada; quando o trabalhador usou o máximo de suas faculdades intelectuais, psicoafetivas, de aprendizagem e de adaptação. Quando um trabalhador usou de tudo que dispunha de saber e de poder na organização do trabalho e quando ele não pode mudar de tarefa: isto é, quando foram esgotados os meios de defesa

> contra a exigência física. Não são tanto as exigências mentais ou psíquicas do trabalho que fazem surgir o sofrimento. A certeza de que o nível atingido de insatisfação não pode mais diminuir marca o começo do sofrimento." (DEJOURS, 1992, p. 52).

O medo também é uma das dimensões da vivência dos trabalhadores. O medo corresponde aos aspectos concretos da realidade e exige sistemas defensivos específicos.

DEJOURS (1992) vai tentar mostrar com o estudo da psicopatologia que o medo está presente em todos os tipos de ocupações profissionais, inclusive nas tarefas repetitivas, nos trabalhos de escritório, além das profissões que expõem mais seus trabalhadores a riscos relacionados à integridade física. O medo é diferente da angústia. Esta é resultante de um conflito intrapsíquico, ou seja, de uma contradição entre dois impulsos inconciliáveis. A angústia é uma produção individual, cujas características só podem ser esclarecidas pela referência contínua à história individual, à estrutura da personalidade e ao modo específico de relação objetal, sendo sua investigação realizada pela psicanálise.

A vivência do medo existe efetivamente no trabalho, mas raramente aparece à superfície, pois encontra-se contida pelos mecanismos de defesas, que são absolutamente necessários.

Um trabalhador com consciência constante de seu medo tornará improdutivo, não podendo dar continuidade à suas tarefas por muito tempo.

A relação do trabalho é entendida como todos os laços humanos criados pela organização do trabalho, que se mostram, às vezes, como desagradáveis, até insuportáveis. Estas relações são fontes de ansiedade que, segundo DEJOURS (1992), são diferentes no trabalho de indústrias e nos trabalhos de escritórios, por causa de suas organizações.

DEJOURS (1992) também descreve o que chama de 'sofrimento invisível', dizendo que mesmo sendo intenso, o sofrimento é razoavelmente bem controlado pelas estratégias defensivas, impedindo que se transforme em patologia. No entanto, as descompesações nem sempre são evitadas.

Em muitos momentos a organização do trabalho é a causa de certas descompesações. O autor refere-se ao aumento dos ritmos de trabalho na indústria eletrônica, na qual a aceleração dos tempos e a exigência crescente de desempenhos produtivos de rendimento conduzem a descompesações rápidas, que se desencadeiam como epidemias. Porém, quando o limiar coletivo de tolerância não é ultrapassado, pode acontecer que um trabalhador, isoladamente, não consiga manter os ritmos de trabalho ou seu equilíbrio mental. Neste caso, ou ele larga sua função, troca de posto ou muda de empresa, que são saídas encontradas pela rotatividade, ou a saída é representada pelo absenteísmo. O sofrimento mental e a fadiga são proibidos de se manifestarem numa fábrica, somente a doença é admissível. Mesmo sabendo que não está propriamente doente, mas esgotado e à beira de uma descompensação psiconeurótica, o trabalhador deverá apresentar um atestado médico, acompanhado de receitas medicamentosas. A consulta termina por disfarçar o sofrimento mental. O processo de medicalização é diferente do processo de psiquiatrização, na medida em que "*se procura não somente o deslocamento do conflito homem-trabalho para um terreno mais neutro, mas a medicalização visa, além disso, à desqualificação do sofrimento, no que este pode ter de mental."* (DEJOURS, 1992, p. 121.)

DEJOURS (1992) centrou seus estudos nos trabalhadores de fábricas, operários, com tarefas repetitivas. Para o autor, a forma com que se reveste o sofrimento vai variar com o tipo de organização do trabalho. Tanto para a angústia e a insatisfação gerada pelo trabalho, são elaboradas as estratégias defensivas, de maneira que o sofrimento não é imediatamente identificável. Sendo disfarçado ou mascarado, este sofrimento só pode ser revelado através de uma capa própria a cada profissão, que constitui de certa sintomatologia. O sofrimento dos trabalhadores da construção civil é chamado de "ideologia defensiva de profissão", nas indústrias químicas de "síndrome subjetiva da fadiga nervosa" e nas tarefas taylorizadas de "síndrome de contaminação pelos comportamentos condicionados".

Em entrevista concedida à comissão de saúde do Conselho Regional de Psicologia da 6ª região e publicada no livro *A loucura do Trabalho*, Dejours é questionado sobre a saúde mental dos profissionais que trabalham com a saúde mental. Em resposta, o

autor diz que antigamente o engajamento das pessoas para trabalhar e melhorar a saúde mental dos outros era considerado uma virtude. Mas, atualmente, existe uma degradação das condições de trabalho, com restrições orçamentárias importantes no campo da saúde, sobretudo da saúde mental. O resultado é o grande desânimo entre as pessoas responsáveis pela saúde mental na França. Em virtude disso, os que resistem melhor a esta desvalorização são os que suportam bem a doença, ou, que vivem dela e dela se aproveitam. Para o autor, isto ocasiona uma preocupante regressão na vocação de tratar, tranformando-a em vocação de "guardião".

Para o autor é necessário realizar pesquisas de psicopatologia do trabalho sobre o trabalho dos profissionais da saúde, a fim de se ter condições de descobrir em que consiste a irredutível defasagem entre a organização prescrita do plano de tratamento e os problemas realmente encontrados. Pois tratar não consiste simplesmente em executar as prescrições elaboradas; os profissionais lidam com problemas relativos às condições materiais e pecuniárias dos doentes. Lidam com sua inserção familiar, profissional, social, além de ter que se haver com as demandas e com o sofrimento da família do doente, com problemas de duração de estadia, com autorizações ou proibições de saídas dos doentes, com a aceitação ou recusa pelo doente do tratamento que é proposto.

Segundo DEJOURS (1992), opiniões diferentes e divergentes aparecem entre os profissionais, na medida em que as decisões, as condutas terapêuticas, não dependem somente de um indivíduo, mas da construção de consensos, de acordos e desacordos entre os membros da equipe, extrapolando o tratamento tal como prescrito pela ordem médica.

Os profissionais da saúde lidam no seu cotidiano com duas proposições contraditórias: o fato de que é milenar o conhecimento de que o trabalho adoece e, ao mesmo tempo, que o trabalho na área da saúde objetiva proporcionar o cuidado de pessoas e a cura de várias doenças.

PITTA (1999) coloca em discussão a relação entre sofrimento psíquico e trabalho hospitalar e toma o primeiro como uma manifestação de mal-estar, 'distúrbio psíquico menor', uma etapa prévia à eclosão de uma situação patológica evidenciável pelos instrumentos habitualmente utilizados pela clínica.

A autora demonstrou em seus estudos que a insalubridade ou a penosidade, isto é, a permanente exposição a um ou mais fatores que produzam doenças ou sofrimento no trabalho hospitalar, decorre da natureza deste próprio trabalho e de sua organização, evidenciados por sintomas e sinais orgânicos e psíquicos inespecíficos. As determinantes principais desse sofrimento estaria no próprio objeto de trabalho, ou seja, a dor, o sofrimento, a morte do outro e as formas de organização desse próprio trabalho.

Ao mesmo tempo, este mesmo objeto de trabalho é capaz de produzir satisfação e prazer através de mecanismos de defesas, quando os trabalhadores têm suas tarefas socialmente valorizadas.

Para a autora, o hospital tem sido um local onde o avanço científico e tecnológico se constitui através da sofisticação de técnicas e requintes de equipamentos, além de ser um lugar de aglutinação de diversos profissionais, com amplas profissões e ocupações, responsáveis pelos cuidados dos usuários, que se apresentam, muitas vezes, em dramáticas situações de doença.

O desenvolvimento tecnológico trouxe o progresso para a cura de muitas doenças que antes eram consideradas fatais, transformando o hospital em um local de atenção especializada, que transformou seu papel social e colocou os relacionamentos interpessoais abaixo de todo o avanço científico-tecnológico, quando ambos deveriam caminhar juntos para obter melhor qualidade na assistência à saúde.

Ainda segundo PITTA (1999), cresce o número de trabalhadores com as tarefas de combater as doenças, alongar a duração da vida e acompanhar os que morrem.

A própria natureza do trabalho hospitalar, o contato constante com pessoas adoecidas gravemente, submetem os profissionais à execução de tarefas agradáveis ou repulsivas. Para PITTA (1999), a situação de trabalho suscita sentimentos muito fortes e contraditórios nos profissionais durante a rotina de trabalho.

A convivência com a doença, o sofrimento, a dor e a morte do outro causa um desgaste físico e mental para o trabalhador da saúde, que, na sua condição de pessoa humana depara-se com a sua própria finitude.

> "O risco de ser invadido por ansiedade intensa e incontrolada está presente na própria natureza do trabalho e certamente atenuada ou estimulada pelo próprio processo tecnológico do trabalho no hospital". (PITTA, 1999, p. 65).

O Hospital é um lugar que deve conter e administrar os problemas emocionais vivenciados pelos usuários e/ ou suas famílias.

> "Sentimentos como depressão e ansiedade de doentes e familiares devem naturalmente ser projetados no hospital, através de seus elementos de mediação – os trabalhadores do hospital -, a quem cabe decidir questões importantes, e assumir responsabilidades que, de uma forma igualmente natural, poderiam e até mesmo deveriam ficar com os enfermos e suas famílias". (PITTA, 1999, p. 65).

PITTA (1999) em seu trabalho, também se propôs a examinar as respostas individuais e coletivas dos trabalhadores de hospitais em relação ao lidar cotidiano com doenças e morte. Para isso, recorreu aos estudos de Menzies que afirma que situações de trabalho suscitam sentimentos muito fortes e contraditórios, como piedade, compaixão, amor, culpa e ansiedade; ódio e ressentimento contra os doentes, principalmente nas enfermeiras, que estão em tempo permanente com os pacientes. Pontua ainda que ao assumir os cuidados de pessoas doentes, na rotina de trabalho, o profissional de um hospital enfrenta sentimentos e ansiedades profundos.

MENZIES (apud PITTA, 1999) desenvolveu em seu estudo alguns mecanismos de defesa coletivos vivenciados pelas enfermeiras do hospital, com a função de ajudar o indivíduo a fugir dos sentimentos gerados na relação entre profissional e usuário. O estudo se mostra como um modelo que explica a complexa dinâmica da relação entre técnico-paciente dentro da instituição hospitalar e se manifesta através:

- Da fragmentação da relação entre técnico-paciente - quanto mais intenso este relacionamento, mais o técnico estará propício a experimentar angústia, portanto vale qualquer iniciativa na tentativa de diminuir o tempo de contato do técnico com o paciente;

- Da despersonalização e negação da importância do paciente - todos os pacientes são iguais, desprovidos de qualquer subjetividade, portanto, não é alguém com registro afetivo diferenciado. Todos os doentes devem ser tratados de maneira igual e não existem doentes, nem doenças que se individualizem e personifiquem;

- Do distanciamento e negação de sentimentos que têm que ser controlados; o envolvimento refreado, as identificações perturbadoras evitadas;

- Das tentativas de eliminar decisões pelo ritual de desempenho de tarefas - ocorre a procura de rotinas e padronizações de condutas, não somente com o intuito de economizar os gestos e procedimentos, mas com o intuito de prolongar e controlar as decisões a serem tomadas frente a numerosas demandas que o doente é capaz de produzir;

- Da redução do peso de responsabilidade do profissional - o próprio parcelamento e fragmentação das tarefas de cuidados aos doentes numa instituição se encarrega de estabelecer todas as possibilidades de fuga da angústia, da responsabilidade e decisão.

Estas categorias estão trazidas como um modelo explicativo para a complexa dinâmica da interação entre técnico-paciente numa instituição hospitalar, mas não são únicas ou exclusivas.

Os estudos de NABERGOI e BOTTINELLI (2004) e MUROFUSE et. al. (2005) retratam sobre a síndrome de *Burn Out,* estudada inicialmente por Herbert J. Freudenberger, que descreve-a como uma síndrome que acomete principalmente os trabalhadores da área da saúde, causada por um excessivo desgaste de energia e de recursos, tendo como sintomas um sentimento de fracasso e exaustão. Observando o sofrimento existente entre os profissionais que trabalhavam diretamente com pacientes dependentes de substâncias químicas, estes trabalhadores reclamavam que já não conseguiam ver seus pacientes como pessoas que necessitavam de cuidados especiais, uma vez que estes não se esforçavam em parar de usar drogas. Sentiam-se incapazes de

modificar o *status quo*, além do sentimento de derrota. Ainda, devido à exaustão, muitas vezes desejavam não acordar para não ter que ir para o trabalho.

A síndrome de Burnout, portanto, refere-se a uma perda de sentido na relação entre trabalhador com seu trabalho, no qual qualquer esforço possa parecer inútil, o que faz com que as coisas já não tenham mais importância.

O conceito é multidimensional e envolve três componentes, independentes, mas que também podem aparecer associados:

1- A exaustão emocional, caracterizada por uma falta ou carência de energia acompanhada de um sentido de esgotamento emocional. Esta fase ocorre logo após uma tentativa de modificar situações estressantes, sem êxito. Os sintomas podem ser físicos, psíquicos ou uma combinação entre os dois.

2- A despersonalização, que é uma defesa que o indivíduo constrói para se proteger dos sentimentos de impotência, de estar indefeso e desesperançoso. Indica uma resposta impessoal e desprovida de sentimento com relação aos pacientes e colegas, podendo abranger o desenvolvimento de atitudes hostis para com eles.

Neste momento ocorre a 'coisificação' das relações. Os trabalhadores tratam seus clientes, colegas e organizações como objetos, aparecendo um endurecimento afetivo ou uma instabilidade emocional, prevalecendo o cinismo e a dissimulação afetiva. As manifestações comuns são: ansiedade, aumento da irritabilidade, perda de motivação, redução de metas de trabalho e comprometimento com os resultados, além da redução do idealismo, alienação e conduta voltada para si.

3- Falta de envolvimento pessoal - existe um sentimento de inadequação pessoal e profissional. Os trabalhadores tendem a se auto-avaliarem de forma negativa, afetando a habilidade para realização do trabalho e o atendimento, além do contato com as pessoas usuárias do serviço.

Freudenberger propõe uma definição de Burnout por uma perspectiva clínica, na qual representa um estado de exaustão resultante de um trabalho exaustivo em que até as próprias necessidades são deixadas de lado.

NABERGOI e BOTTINELLI (2004), recorrendo aos estudos de MALASH e JACKSON, apontam a síndrome de Burnout com uma perspectiva sóciopatológica, indicando como o estresse laboral, que leva ao tratamento mecânico do cliente. Burnout aparece como uma reação à tensão emocional crônica gerada pelo contato direto e excessivo com outros seres humanos, uma vez que cuidar exige tensão emocional constante, atenção e grandes responsabilidades profissionais.

Mesmo que não exista uma definição única sobre Burnout, existe um consenso de que se trata de uma resposta ao estresse do trabalho, onde estão envolvidos atitudes e sentimentos que acarretam problemas de ordem prática e emocional ao trabalhador e à organização, quando o lado humano do trabalho não é considerado.

O constante envolvimento com situações de doença, dor e sofrimento leva o profissional a desenvolver seus mecanismos de defesas coletivos, síndromes como a de *Burn Out* e tornam a prática profissional fragmentada, impessoal, onde há o descaso e o desrespeito, o não envolvimento da equipe com o usuário e seus familiares.

Os profissionais acabam ficando responsáveis pelos procedimentos e não pelos doentes, ocorrendo a fragmentação do processo terapêutico, dificultando o acompanhamento integral do usuário, bem como ações integradas necessárias para a recuperação de sua saúde.

MARAZINA (1991) aponta que as articulações do trabalho nas Instituições de saúde mental são patógenas e durante as supervisões clínico-institucional, aparece o confronto com freqüentes somatizações graves, carateropatias, funcionamentos psicóticos e perversos entre os trabalhadores. O papel dos supervisores, muitas vezes, é de acalmar a angústia destes profissionais antes de iniciar qualquer tarefa.

A autora coloca ainda que dentro da saúde mental existem dois discursos: um explícito, que deve aparecer, que se vale dos princípios e objetivos dos equipamentos de saúde mental; e outro discurso, o implícito, que não é falado abertamente e não se encontra

nos documentos oficiais, que são os entraves burocráticos para a execução de projetos, o desânimo e desamparo que os trabalhadores vivenciam no dia-a-dia, as precárias condições de trabalho, a falta de espaços para reflexões que auxiliariam para suportar a prática profissional, etc.

O trabalhador da saúde mental atende a uma demanda de alta complexidade e não trata somente das categorias psicopatológicas ou psicanalíticas. Ele tem que se haver com questões sociais como a fome, a pobreza, desestruturação familiar, desemprego, falta de redes sociais de apoio para as pessoas, além das psicoses causadas pelo esmagamento do sujeito pela sociedade atual (MARAZINA, 1991).

Um aspecto importante do sofrimento está relacionado com os indivíduos e as instituições. KAËS (1991), aponta três fontes de sofrimento distintas: uma inerente ao próprio fato institucional; a outra é inerente à determinada instituição específica, à sua estrutura social e à sua estrutura inconsciente própria; e a terceira está relacionada à configuração psíquica do sujeito singular.

O autor também distingue o sofrimento ligado à própria vida, que é conseqüência das restrições, das imposições, das desilusões que acompanham o ser-conjunto. Da mesma maneira que os sujeitos dispõem de mecanismos de defesa contra esses sofrimentos, as instituições também dispõem, constituindo um apoio às defesas dos sujeitos singulares para lhes evitar qualquer sofrimento, principalmente aquele que tem origem na própria instituição.

O sofrimento institucional, segundo KAËS (1991) está ligado ao ser conjunto, mas o espaço institucional também é palco de sofrimentos próprios dos sujeitos na sua singularidade.

Ainda segundo este autor, a instituição é um objeto psíquico comum, em que os trabalhadores sofrem pela relação que é estabelecida com ela.

> "Designamos assim, por projeção, o que está sofrendo nos sujeitos da instituição: é a instituição em nós, o que em nós é instituição, que se encontra sofrendo". (KAËS, 1991, p. 31).

O sofrimento, então, advém pelo fato institucional em si mesmo: pelos contratos, pactos, acordos inconscientes ou não, pelo excesso ou falta da instituição, para tornar possível a realização da tarefa primária que motiva o lugar dos sujeitos no seu seio.

KAËS (1991) também aponta que o sofrimento das/nas instituições se deve pela não compreensão da causa, do objeto, do sentido e da própria razão do sofrimento que lá se experimenta.

O autor coloca que existe o sofrimento do inextricável, que seriam todas as situações onde prevalece a confusão dos elementos ou a indiferenciação do elemento e do conjunto. Neste sentido, os sujeitos também são determinados pela instituição.

Já o sofrimento associado a uma perturbação da função instituinte está associado à perda da ilusão. A falta da ilusão institucional priva os sujeitos de uma satisfação importante e debilita o espaço psíquico comum dos investimentos imaginários que vão sustentar a realização do projeto da instituição.

No sofrimento associado aos entraves para a realização da tarefa primária, KAËS (1991), aponta que a tarefa primária da instituição é a sua razão de ser, sua finalidade, a razão do vínculo que ela estabelece com seus sujeitos. No caso das instituições de saúde, a tarefa primária seria o cuidado de pessoas doentes. Entretanto, nem sempre os sujeitos se dedicam a realizá-la. Muitas vezes, tarefas complementares podem se tornar dominantes.

Nas instituições de saúde existe uma tendência em defender os sujeitos de sua própria tarefa. Exemplos disto são quando os profissionais gastam muito tempo em atividades não ligadas à assistência e quando os doentes são tratados como objetos, reduzidos à sua doença. Há processos identificatórios entre técnicos e usuários que colocam em risco a autonomia profissional.

Toda instituição expõe seus sujeitos a experiências angustiantes. Para se conseguir manter o espaço psíquico é preciso utilizar mecanismos de defesa internos dos sujeitos e também estabelecidos pelas instituições.

Enquanto Kaës centra seus estudos na psicanálise, estudando o sofrimento das/nas Instituições, enfocando os sujeitos, Enriquez, apoiado também na psicanálise, parte de uma outra lógica, ressaltando em seus estudos a manipulação das organizações sobre os sujeitos para mascarar o sofrimento dos indivíduos.

ENRIQUEZ (2000), nos fala que toda vida em sociedade ou microssociedade é geradora de angústia. As organizações lutam contra estas angústias que são causadas pelos medos: do caos, das pulsões não canalizadas, do desconhecido, dos outros, do pensamento exigente e da palavra livre.

Para que as organizações possam combater suas angústias e seus processos autodestrutivos; possam parecer triunfantes e suscitar a idealização do seu ser e de suas práticas, os dirigentes devem fazer com que os indivíduos se liguem a ela e a reforcem, construindo uma ideologia, não permitindo outras visões de mundo, impedindo a individuação do sujeito. Neste sentido, não devem dar possibilidades de os sujeitos terem uma vida interior, fazendo com que eles se esqueçam da complexidade de seu psiquismo.

A organização estabelece seu domínio sobre o inconsciente dos sujeitos, impedindo-o de aflorar e construindo indivíduos que evitam a si mesmos.

Os dirigentes estabelecem um processo de psicologização dos problemas, reforçando o sentimento de culpabilidade e de vergonha, além de incentivar a competitividade.

ONOCKO CAMPOS (2003b), retomando os estudos de Freud, diz que o sofrimento é uma ameaça para nós humanos na medida em que estamos condenados à decadência e à dissolução de nosso próprio corpo, também por que o mundo externo nos pressiona com suas forças esmagadoras e também por que sofremos quando nos relacionamos com outras pessoas. Esta é a fonte de sofrimento considerada mais penosa.

Os mecanismos de defesa têm a função de nos proteger da dor. Entretanto, Freud entendia o mecanismo da sublimação dos instintos como privilegiado, por que obtém seu máximo benefício quando se consegue identificar a produção de prazer a partir do trabalho psíquico ou intelectual.

ONOCKO CAMPOS (2003b) nos leva a pensar que os espaços institucionais são permanentemente atravessados pela força da sublimação e que isso permite compreender melhor suas potencialidades e reverberações além de entendê-los como fonte de prazer e de sofrimento, de criação e de frustração, características consideradas constitutivas e não patológicas ou excepcionais.

Para a autora, a contribuição da psicanálise para as Instituições fundamenta-se na compreensão dos espaços institucionais que tenham sentido, ou seja como um *locus* privilegiado de sublimação. Ela enfatiza o potencial da Instituição como um espaço para a sublimação criadora e se baseia no que CAMPOS (2005) descreve como características do método da Roda.

Para este autor, o trabalho tem uma dupla finalidade: assegurar a reprodução social do sujeito e também funcionar como um dos meios por onde os sujeitos se constituem. O trabalho, então, interfere na produção de subjetividade e na constituição do sujeito.

CAMPOS (2005), diz que o trabalho produz algum valor de uso, este entendido como um potencial para o atendimento de necessidades sociais. Para o método da Roda, trabalha-se em função do próprio desejo, e também para atender a necessidades e imposições sociais. Na medida em que se atende ao interesse coletivo, criam-se condições para que o desejo particular e o interesse encontrem espaço de manifestação.

O autor utiliza os conceitos de Formação de Compromisso e Construção de Contratos. O primeiro é entendido como articulações em que predominam movimentos inconscientes e o segundo indica o predomínio de movimentos deliberados, mediante processos de análise seguidos de intervenção sobre os distintos planos de existência. Ambos indicam a constituição de relações entre sujeitos e Instituições com as quais convivem. Não existe Formação de Compromisso sem algum grau de interferência contratual e não há Contrato sem alguma formação prévia de compromisso.

Todos os fatores associados ao sofrimento descritos acima são inseparáveis dos sujeitos e constituídos na complexa relação consigo, com as instituições, com o objeto de trabalho, com a sociedade e com o mundo. No caso da saúde mental, estas “fronteiras” se

tornam ainda mais frágeis, pois a doença mental é muito difícil de ser objetivada. Isto faz com que o profissional lide o tempo todo com questões subjetivas dos usuários, não tendo, muitas vezes, como utilizar ou valorizar determinadas técnicas para se defender de suas próprias angústias.

Para ONOCKO CAMPOS (2005c), o preparo técnico dos profissionais seria eficaz para a produção da saúde dos usuários e também para a produção da saúde dos próprios trabalhadores. Segundo a autora, o grau de técnica que um trabalhador possui em sua prática vai interferir no grau de tolerância e resistência que este sujeito vai contar para enfrentar o dia-a-dia em contato permanente com a doença, dor e sofrimento. Ou seja, o trabalhador de saúde que não tem uma formação técnica razoável estará submetido a um fator de sofrimento maior do que os trabalhadores que possuem uma formação técnica mais especializada, pois "o não saber o que fazer" ou não saber discernir riscos e urgências provocam maior angústia e insegurança.

PROPATO (1998), a partir de sua prática profissional como enfermeira da área psiquiátrica, comenta que os enfermeiros que atuam nesta área precisam se conhecer, saber de seus medos, suas inseguranças perante o trabalho, pois também trabalham com os próprios sentimentos, com suas emoções. Aprender a escutar um paciente faz com que se depare com seu próprio medo da loucura.

Para a autora, nas práticas de enfermagem psiquiátricas, os enfermeiros são seus próprios instrumentos de trabalho. Este instrumento é a própria experiência do enfermeiro, uma ferramenta considerada poderosa e frágil ao mesmo tempo.

Segundo a autora, nem todos os profissionais elegeram a profissão de enfermagem conscientes do seu valor. Alguns trabalham pela necessidade, sem ter componentes vocacionais específicos. Em muitos casos, o encontro com a instituição, com os doentes, com a loucura, com a dor, a miséria, tem um impacto negativo. Cada pessoa tem uma experiência. E nem sempre a instituição facilita e orienta o compromisso do profissional com a tarefa terapêutica.

PROPATO (1998) diz que os enfermeiros precisam saber como são afetados no trabalho, como isso tem impacto em suas vidas pessoais. Para ela, compartilhar todas as circunstâncias do trabalho com outros membros da equipe é um modo de sanar as

dificuldades encontradas no trabalho. Contudo, a capacitação e a formação profissional são importantes, embora em qualquer forma de atuação é possível inventar formas de ajudas antes não pensadas. Além disso, a acumulação de experiências e reflexões de uma equipe também é importante estímulo para continuar o trabalho.

Partindo destas concepções, a presente pesquisa tem o objetivo de estudar o sofrimento psíquico dos profissionais que atuam nos CAPS do município de Campinas. Para tanto, o estudo aprofundará o conhecimento teórico / prático das relações estabelecidas entre profissionais e usuários, as relações entre os membros da equipe, as formas de gestão destes equipamentos e suas articulações com a rede de serviços públicos do município.

4- OBJETIVOS

4.1- Objetivo geral

Identificar, descrever e analisar o sofrimento psíquico dos profissionais de saúde inseridos nos CAPS do município de Campinas / S.P.

4.2- Objetivos específicos

4.2.1- Identificar e analisar de que maneira os profissionais expressam suas angústias e sofrimentos vivenciados nos CAPS;

4.2.2- Identificar e analisar de que forma a manifestação dos sofrimentos interferem na rotina de trabalho e na vida pessoal destes profissionais;

4.2.3- Identificar quais as principais estratégias defensivas mais freqüentemente utilizadas pelos profissionais;

5- METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo, apoiado na teoria da hermenêutica crítica, com pesquisa de campo, utilizando-se a técnica de grupo focal para coleta de informações e a construção de narrativas para posterior interpretação e análise.

A pesquisa recorre a alguns pontos da teoria hermenêutica de Gadamer e Ricoeur, que elabora sua proposta sobre a hermenêutica crítica com objetivo de resolver o impasse entre a teoria crítica e hermenêutica. Para Ricoeur, o ponto de partida na hermenêutica gadameriana é fundamental.

Esta pesquisa propõe-se a trabalhar com tal proposta metodológica, a partir de textos construídos através dos grupos focais, ou seja, entrando em contato com experiências, com a preocupação de apresentar estes textos aos participantes do estudo, "*buscando construir um sentido para o outro, um sentido que só é possível no laço social, e não guardado no interior da academia"* (ONOCKO CAMPOS, 2005a, p. 270).

5.1- O objeto

Para GADAMER (1997), o pesquisador é sempre motivado pelo presente e seus interesses. Então, é o presente e suas questões não compreendidas, elevadas à forma de uma pergunta, que fazem possível o destaque do objeto. Contudo, é importante se deixar interpelar pela própria tradição. Esse movimento que constitui dois horizontes (passado – presente) é que faz o objeto de estudo se destacar.

Essa caracterização de destaque do objeto é bastante apropriada, pois não faz o tradicional recorte do objeto, amputando-o de suas condições de produção. O destacar caracteriza uma relação recíproca, sendo que aquilo que se destaca torna ao mesmo tempo evidente aquilo do qual se destaca. Neste trabalho, as questões que envolvem o sofrimento psíquico dos profissionais da saúde mental devem levar-me à tradição da área.

O Objeto de estudo deste trabalho é considerado complexo na medida em que compreende a existência de várias realidades e uma teia de relações que se estabelecem com os usuários dos serviços, com outros profissionais, com os equipamentos, etc., não se limitando a uma simples relação de causa e efeito.

> "Nossos objetos poderiam ser caracterizados como complexos, no sentido de haver sempre um grande número de variáveis a serem consideradas, e indefinidos, no sentido de que na maioria das vezes essas numerosas variáveis não são passíveis de medições apuradas no formato quantitativo" (ONOCKO CAMPOS, 2005a, p. 262).

O profissional da saúde mental com atuação em CAPS sofre? Interpelada pela realidade existente nos novos equipamentos de saúde mental, proponho aprofundar as seguintes questões: O que gera sofrimento psíquico aos profissionais de saúde mental com atuação em CAPS? Seriam as relações com o usuário? O constante contato com a loucura, a segregação social e histórias de vida dos usuários? O envolvimento com as famílias? A relação com a equipe de trabalho? A forma de gestão dos CAPS? As dificuldades de recursos na rede social? As articulações dos CAPS com os serviços públicos da rede?

É importante notar que é no próprio momento do destaque do objeto que se situa o tema da aplicação. Para GADAMER (1997), o problema da aplicação está sempre, e desde o começo, definido pelo objeto. Seu destaque já opera uma aplicação, pois é no contexto desta última que se faz possível o destaque do objeto.

Neste estudo, isso implica que a escolha do objeto está intrinsecamente relacionada a uma preocupação com a prática exercida nos CAPS e seus trabalhadores, que estão constantemente envolvidos com situações geradoras de sofrimento.

5.2- O campo

O campo de atuação desta pesquisa é a rede de CAPS III da cidade de Campinas, S.P., devido a complexidade e extensão do sistema de saúde mental deste município e pelo seu pioneirismo na implantação de um CAPS para cada um de seus distritos de saúde.

Ações como essas tornaram a cidade de Campinas referência nacional para o processo da reforma psiquiátrica que, como reconhecimento pelas conquistas, recebeu o prêmio David Capistrano das Experiências exitosas em Saúde Mental no SUS, entregue ao município durante a III Conferência Nacional de Saúde Mental em 2002.

Trabalhar com a rede de CAPS III do município permitiu conhecer melhor as peculiaridades e generalidades dos profissionais inseridos nestes contextos, identificando situações de maior angústia e sofrimento, pressupondo que estes trabalhadores estão comprometidos com a consolidação deste novo paradigma de cuidado em saúde mental.

5.3- Sujeitos e técnica de coleta da pesquisa de campo

Os sujeitos desta pesquisa são profissionais que atuam nos CAPS III do município de Campinas, com formação de nível médio e superior, comprometidos com a assistência direta ao paciente.

O critério para participação na pesquisa foi que o profissional estivesse trabalhando em CAPS há mais de seis meses no período da realização dos grupos focais e que apresentassem interesse e desejo em participar do estudo.

O grupo focal é uma técnica de coleta de dados, composto por sessões grupais, com objetivo de obter informações a partir de discussões cuidadosamente planejadas, sendo facilitador da expressão de características psicossociológicas e culturais. (WESTPHAL et. al., 1996). Permite que os participantes expressem suas percepções, crenças, valores, atitudes e representações sociais sobre uma questão específica, num ambiente permissivo e não constrangedor. (WESTPHAL et. al., 1996, WESTPHAL, 1992, WORTHEN et. al., 2005, GATTI, 2005).

O grupo focal permite atingir um número maior de pessoas ao mesmo tempo e tem a facilidade de obter dados com certo nível de profundidade em um período curto de tempo. (WESTPHAL, 1996). Além disso, a interação grupal tem potencialidade para modificar o curso do pensamento, sendo que as pessoas se influenciam pelos comentários dos outros. Muitas vezes as decisões são tomadas em conjunto, depois da troca de idéias, colocando as pessoas em situações reais de vida (WESTPHAL, 1992). Isso não seria possível de se conseguir utilizando-se a técnica de entrevistas individuais.

Ainda segundo a autora, no grupo, as pessoas ficam mais naturais e durante a interação, os participantes podem defender seus pontos de vista com mais espontaneidade.

A composição do grupo é usualmente definida por critérios de homogeneidade (WESTPHAL et. al., 1996), que é um importante aspecto que pode facilitar a interação do grupo (WORTHEN et. al., 2005) e permitir obter resultados mais ricos (ALEXROLD e FERN, apud WESTPHAL, 1992), porém o delineamento do estudo prevê que os dados sejam obtidos por mais de um grupo, com características diferentes para permitir a identificação e a compreensão de diferenças de percepção (WESTPHAL et. al., 1996).

No entanto, WESTPHAL (1992), retomando os estudos de GLIK, diz que a opção pela homogeneidade ou heterogeneidade dos grupos vai depender dos propósitos do pesquisador e do contexto onde os grupos forem realizados, por exemplo, se a variabilidade dos grupos for considerada pequena, procura-se trabalhar com grupos mais homogêneos, mas, quando há indícios de conflito entre os grupos, este é um aspecto importante a ser considerado, devendo-se trabalhar com grupos heterogêneos.

Nesta pesquisa, a escolha feita para a composição dos grupos utilizou o critério de local de trabalho, ou seja, os grupos foram realizados com trabalhadores do mesmo serviço, buscando preservar a "identidade" de cada equipamento, já que estes operam de formas variadas.

A história da Saúde Mental de Campinas mantém as características da conformação de sua rede, composta de serviços públicos estatais e ONG's, onde as relações são quase sempre carregadas de tensões (ONOCKO CAMPOS e FURTADO, 2006).

Assumir este critério pressupõe uma aposta de que esses grupos apresentam vantagens por serem constituídos de pessoas que se conhecem, trabalham juntas e possuem certa identidade com o serviço; desvantagens, pois como indica WORTHEN et. al.(2005), se forem apontadas muitas diferenças em níveis educacionais, de renda, prestígio, autoridade ou outras características, podem resultar em hostilidade ou mesmo na retirada dos participantes que se sentirem ameaçados ou constrangidos.

Em alguns grupos aconteceu de médicos, psicólogos e terapeutas ocupacionais participarem mais ativamente do que os técnicos de enfermagem e monitores, em outros grupos a participação foi mais homogênea, o que pode refletir uma certa situação

institucional de usos de poder que se manifestou nos grupos (ONOCKO CAMPOS e FURTADO, 2006).

Entretanto, é possível que se outro tipo de composição de grupo fosse realizada, mesclando profissionais de vários serviços, por exemplo, correríamos um risco muito grande de não atingir os objetivos propostos pelo grupo focal, gerando conflitos entre os participantes e produzindo mais tensão entre os CAPS.

A coleta de dados da pesquisa foi realizada em dois momentos. Em ambos a amostra foi intencional, escolhida pelo comitê de gestão da pesquisa[1], que juntamente com suas equipes de trabalho, indicaram profissionais que atendiam aos critérios de seleção. Os grupos foram compostos por pessoas de diferentes categorias profissionais (médicos psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, técnicos de enfermagem e monitores), porém todos do mesmo CAPS, e foram realizados no dia da reunião de equipe de cada equipamento, o que também facilitou o comparecimento das pessoas.

Estes sujeitos receberam um termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo II), contendo os objetivos da pesquisa e os procedimentos a serem realizados, além de explicitar a garantia da confidencialidade das informações e da privacidade dos sujeitos na divulgação dos resultados da pesquisa, assim como sua liberdade para abandonar o processo a qualquer tempo, sem nenhum tipo de prejuízo. Após a leitura das informações e esclarecimento de eventuais dúvidas os sujeitos que aceitaram participar da pesquisa assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

Foi realizado um total de 12 grupos focais, cada um constituído por no mínimo 10 e no máximo 12 pessoas. Segundo WESTPHAL et. al. (1996) cada grupo deve ser constituído por no mínimo 6 e no máximo 15 pessoas. Para a pesquisa, foram convidados 12 profissionais para cada grupo, ou seja, o dobro do que a literatura prevê como mínimo, para que os grupos não ficassem com um número muito pequeno de participantes. Entretanto, observou-se que a participação foi intensa, pois não houve nenhum grupo com menos de 10 profissionais.

[1] O Comitê de gestão da pesquisa foi criado pela pesquisa avaliativa mais ampla, com objetivo de operacionalizar o campo. Composto por um representante de cada serviço da rede, essas pessoas foram encarregadas de ser o elo de comunicação entre os equipamentos e os pesquisadores, já que a literatura refere uma certa dificuldade na convocação das pessoas para participação nos grupos.

Os grupos focais foram áudio-gravados, o que também constava no termo de consentimento livre e esclarecido. Cada grupo durou em média 2 horas, sendo que no total foram 26 horas de gravação.

A transcrição das fitas respeitou a veracidade e originalidade dos discursos e a preservação da identidade dos autores das falas.

A primeira rodada de grupos focais foi iniciada no mês de maio do ano de 2006, com a realização de seis grupos, sendo um para cada conjunto de trabalhadores. Com o material obtido através das discussões foram construídas narrativas utilizando-se o referencial proposto por Ricoeur, considerando-se o material de cada grupo.

A segunda rodada dos grupos focais iniciou-se no mês de Outubro do mesmo ano e teve como objetivo retomar com cada um dos seis grupos a discussão realizada no primeiro encontro, a partir da construção de uma narrativa. Esta foi lida aos integrantes (que permaneceram os mesmos, com exceção de uma ou duas pessoas por grupo), que puderam corrigi-la, discuti-la e validá-la. Além disso buscamos aprofundar algumas questões e discutir outras que apareceram como pontos de tensão e controvérsias nos primeiros grupos. (ver anexo IV).

5.4- Tratamento e interpretação das informações coletadas em campo

A partir das informações coletadas nos grupos focais, foi realizada a construção de narrativas, tal como proposta por RICOEUR (1994). Para o autor, as narrativas nada mais são do que "histórias não - ainda narradas", mas que se podem ser contadas é por que já estão inseridas no mundo pelo agir social.

RICOEUR (1994) toma como base a discussão sobre a natureza do tempo de Santo Agostinho, que diz que o tempo tem uma natureza psicológica e só pode ser definido e medido a partir da interioridade da alma do homem. Se o passado não existe mais, o futuro ainda não existe e o presente voa tão rapidamente entre o passado e o futuro, que não tem nenhuma duração, então, o tempo presente não tem nenhum espaço.

Para RICOEUR (1994), a narrativa é uma forma privilegiada de representação do tempo, embora esta representação seja muito complexa para ser expressa em termos de uma ordenação de eventos com um caráter linear. O autor refere que o mundo exibido por qualquer obra narrativa é sempre um mundo temporal. O tempo torna-se então tempo humano, na medida em que está articulado de modo narrativo. E a narrativa é significativa na medida em que esboça os traços da experiência temporal.

Retomando também a teoria sobre a Poética de Aristóteles, RICOEUR (1994) centra seus estudos em torno de dois conceitos fundamentais: *Mimese* e *Muthus.* A partir da noção de *mimese* definida por Aristóteles como imitação da ação, RICOEUR (1994) vai aproximar *mimese* e *muthus*, que se coincidem como imitação de ações e também como composição dos atos. Para o autor, chama-se narrativa exatamente o que Aristóteles chama de *muthus,* ou seja, o agenciamento dos fatos.

O que RICOEUR (1994) procura discutir sobre o *muthus* é que o agenciamento dos fatos ou a composição dos atos são encadeados por um ordenamento lógico e não necessariamente por uma forma seqüencial ou cronológica.

Na realidade, as discussões realizadas nos grupos focais foram construídas pelos participantes, que não haviam até então, fixado na escrita as conversas que ficavam, em sua maioria, somente nos interiores dos equipamentos. Com a construção das narrativas, feitas a partir do agenciamento dos fatos, esses discursos ganharam vozes no mundo aberto pelo texto.

No artigo *Construções em Análise*, escrito por Freud em 1937, o autor dá ênfase às construções produzidas pelo analista no processo de análise. O autor observa que as construções, nos debates sobre a técnica analítica, receberam muito menos atenção do que as interpretações, embora saliente que as construções possuem caráter mais apropriado para tal.

Freud diz que com o trabalho de análise, o paciente deve ser levado a recordar certas experiências, juntamente com seus impulsos afetivos, os quais foram esquecidos no presente.

A tarefa do analista é *"de completar aquilo que foi esquecido a partir dos traços que deixou atrás de si ou, mais corretamente, construí-lo"*.

O trabalho de construção é feito várias vezes, de modo alternado, repetindo até o fim, pois a construção não necessita ser completada para se iniciar outra tarefa. O analista completa um fragmento da construção e comunica ao sujeito da análise para que se possa agir sobre ele.

Para FREUD (1997), a construção é a descrição mais apropriada, pois a interpretação aplica-se a algo que se faz a algum elemento isolado do material, como uma associação, e a construção quando se põe perante o sujeito da análise um fragmento de sua história primitiva, que ele esqueceu. Para o autor, a construção é eficaz por que recupera um fragmento de experiência perdida.

ONOCKO CAMPOS (2003a) coloca que a interpretação é composta pela análise, que é necessária para a compreensão aprimorada dos fenômenos em curso, e pela construção, à maneira de uma narrativa. Este movimento é fundamental para compreender o sofrimento psíquico dos profissionais da saúde mental e as formas em que ele se inscreve.

A partir das narrativas construídas com a primeira rodada dos grupos focais, fez-se uma descrição, no que se refere ao sofrimento dos trabalhadores, sobrecarga de trabalho e dificuldades/ entraves para a realização da tarefa. Na segunda rodada dos grupos focais essas narrativas foram "testadas" e aprofundadas em relação às questões da nossa pesquisa.

Em outro momento, foi realizada uma segunda volta hermenêutica, visando à interpretação destas narrativas e o contexto da produção sobre o sofrimento psíquico, buscando identificar as tradições deste tema.

O produto final da dissertação será apresentado e discutido com os profissionais envolvidos, permitindo que haja a colaboração destes para apontar caminhos para minimizar as angústias e sofrimento nesta área de atuação.

Neste sentido, a análise torna-se circular, partindo do princípio hermenêutico, de um círculo não vicioso, mas de uma espiral, pois apesar de ser obrigado a passar pelo mesmo lugar, passa sempre em uma altitude diferente, de maneira que "*quando se logra compreender, compreende-se sempre de maneira diferente"* (GADAMER, 1997).

Busca-se então, com esta pesquisa, compreender o sofrimento psíquico dos profissionais da saúde mental, através dos seus discursos e práticas, para poder contribuir com a consolidação desta nova prática de atenção na saúde mental e para auxiliar a implantação de novas políticas públicas no cenário brasileiro.

6- A DESCRIÇÃO DAS NARRATIVAS

A minha participação nos grupos focais se deu ora como coordenadora, ora como anotadora e foi interessante observar a efetiva participação dos trabalhadores.

Nenhum encontro durou menos que duas horas, as discussões foram intensas e os participantes mencionaram que, além de contribuir para a pesquisa, o grupo foi um espaço concreto de comunicação entre a própria equipe sobre assuntos que geralmente não são abordados nos espaços formais dos CAPS, como reuniões de equipe, de mini-equipe, supervisões, etc.

Cada grupo se comportou de uma maneira o que, de certa forma, expôs as relações entre a própria equipe, as formas como elas operam, além das dificuldades e entraves de ordem teórica e prática.

No entanto, mesmo que cada grupo tenha sido diferente, observei que algumas discussões se repetiram em todos, ocasionando uma "saturação" de informações, o que pode ser indicador de qualidade das questões pontuadas, resultado de um planejamento que incluiu a clara definição dos objetivos da pesquisa (WESTPHAL, 1992).

No momento em que foi colocado o tópico sobre as queixas por sobrecarga de trabalho, os grupos tiveram a mesma reação: responderam afirmativamente, com todas as pessoas falando ao mesmo tempo, com risos, cochichos, causando certo tumulto, uma euforia. Interessante observar que em todos os grupos a participação dos técnicos de enfermagem foi maciça neste momento.

Todos os grupos responderam que escutam, a todo o momento, relatos de queixas por sobrecarga de trabalho e acreditam que os trabalhadores sofrem em relação ao trabalho que exercem.

Os grupos deram ênfases diferentes para os tipos de queixas, mas em geral, todos reclamaram de muito cansaço, de se sentirem sobrecarregados pelo excesso de demanda, de terem poucas férias, de desânimo em relação à falta de recursos na rede e nos CAPS além da falta de infra-estrutura e de recursos humanos.

Um grupo de trabalhadores relatou que o trabalho na saúde mental é muito tenso, muito próximo da loucura. Acredita ser fundamental haver um cuidado com o profissional no tocante à gestão, capacitação e supervisão.

Segundo estes trabalhadores, as queixas por dificuldades no trabalho são ouvidas nas cozinhas e nos corredores e não em espaços formais. Mencionam que nos encontros destinados à supervisão até seria um espaço para discutir situações que mobilizam a equipe, mas segundo eles, além de o tempo ser pouco, sempre existe outras questões mais emergentes que precisam ser discutidas; dizem ainda que, talvez, por um mecanismo de defesa da própria equipe, ou por outros motivos, não sobra tempo para abordar tais questões.

Relatam também que os espaços para trocas entre a própria equipe quase não existem e exemplificam: quando fazem o atendimento de um caso muito complicado e terminam sentindo um esgotamento mental ou um abalo muito grande, não encontram um momento para dividir com alguém da própria equipe.

> "Precisamos de espaços que não sejam os corredores, mas que a gente possa cuidar da própria equipe, porque conviver com a psicose é uma coisa muito complicada, que mobiliza muito internamente. Uma coisa é falar que não está '*dando conta'*, outra é trabalhar isso, entender o porquê não está dando conta. E não poder falar sobre isso, não poder compartilhar, é impedir o próprio crescimento e dar margem ao próprio adoecimento".

Para esse grupo, outros espaços e recursos que auxiliariam para trabalhar com a saúde dos trabalhadores também deveriam ser oferecidos pela Instituição, como grupo de meditação, relaxamento, ioga, ginástica, além de parcerias com clubes.

Os outros grupos de trabalhadores dos CAPS também referem que mais espaços deveriam ser oferecidos pela Instituição, porém que estes sejam voltados mais para capacitação, educação continuada e grupos de estudos.

Todos os grupos explicitaram que as pessoas das equipes com nível superior, portanto, mais qualificadas, buscam fora da Instituição, espaços para fazer análise pessoal, psicoterapia, grupo de estudos e cursos, que são vistos como um alimento que ajuda a lidar com as dificuldades e situações que os mobilizam emocionalmente de alguma forma. Mas os profissionais menos qualificados, como os técnicos de enfermagem e monitores, acabam não tendo condições financeiras para arcar com as despesas de algum tipo de auxílio fora

da Instituição, além de se queixarem de falta de tempo, pois a maioria tem mais de um emprego.

Os trabalhadores da enfermagem de um dos CAPS consideram-se diferenciados em relação aos seus pares que atuam nos outros CAPS, por que adotaram um novo esquema de trabalho: quem atua no período da noite não fica restrito somente à este turno, pois existe um rodízio feito que muda a lógica de plantão noturno - quem trabalha à noite também trabalha de manhã em alguns dias. Existem os funcionários fixos que atuam no período da manhã e da tarde, mas quem trabalha à noite, roda para os outros horários.

Este rodízio é visto como muito positivo e interessante pelos trabalhadores, pois estes criam vínculos com os usuários, acompanham os casos e não ficam solitários, restritos ao acompanhamento dos pacientes em crise, que estão no leito-noite.

Os técnicos de enfermagem do plantão noturno de outros CAPS queixam bastante da falta de cuidado com os trabalhadores e do sofrimento gerado por lidar com a doença mental. Relatam que trabalham sempre com mais um ou dois colegas, por isso, estão praticamente sozinhos com os pacientes. Dizem que, na maioria das vezes, não sabem por que os pacientes foram para o leito, não viram o prontuário e não têm clareza do que exatamente fazer. Queixam das dificuldades por não ter mais informações sobre os pacientes. Agem intuitivamente e desabafam dizendo que trabalhar desta forma é angustiante. Acreditam que a divisão do trabalho em turnos faz com que se aproxime da lógica do trabalho hospitalar.

Estes trabalhadores relatam também que existe uma angústia de não entender o que o paciente está querendo dizer, "*é um sofrimento psíquico em si*", que eles não sabem como lidar. Muitas vezes não conhecem os pacientes que estão no leito e dizem ser muito difícil ter contato com eles fora da crise, pois só os encontram no leito-noite. Acreditam que o sofrimento do paciente também os leva à um sofrimento, porém eles têm o papel de aliviar o sofrimento daqueles, não podendo demonstrar suas fragilidades. "*Guardamos tudo para dentro*", tentando extravasar da forma como conseguem, porque a maioria não tem condições de pagar por uma análise ou um psicanalista.

Situações como essas fazem os trabalhadores pensarem e refletirem na grande contradição que vivenciam pelo trabalho que exercem: cuidam para tentar aliviar o sofrimento mental do outro, mas não têm acesso e nem dinheiro para cuidar do seu próprio sofrimento.

Os auxiliares de enfermagem de outro CAPS relatam que se preocupam pelo que se fala dos "pacientes-funcionários", que são os funcionários que adoeceram, que estão em crise, afastados do serviço.

Outro grupo de trabalhadores relaciona suas queixas à sobrecarga de trabalho e à organização deste como o rígido controle dos horários de entrada e saída, cobranças formais sem levar em conta a qualidade do que se produz além da falta de motivação e de incentivo. Acreditam que o profissional de saúde mental é muito mal tratado e que não consegue cuidar de si mesmo já que sentem uma grande pressão por parte do comando do serviço.

Estes trabalhadores sentem que atualmente existe uma rachadura na equipe, que não há um bom diálogo entre as pessoas. Antigamente realizavam grupo de relaxamento antes do início do trabalho, o que não acontece mais. Na supervisão, estão trabalhando a questão do relacionamento entre a equipe.

Já um grupo de trabalhadores de outro CAPS se sente muito sobrecarregado, não por uma questão de carga-horária, mas do quanto são expostos no serviço. Descrevem que não há espaços privados para a equipe, uma vez que os usuários circulam por todos os lugares, tornando denso o convívio dentro da instituição, o que segundo este grupo, é muito desgastante. Porém, os próprios trabalhadores assumem que na maioria das vezes são eles que convidam os usuários para entrarem nos espaços que poderiam ser privativos.

> "Não há nenhuma barreira entre nós e os pacientes, é como se estivéssemos na praia, só de sunga ao lado do paciente. Tudo é muito fluido, o paciente psicótico precisa de uma estrutura maleável. Isso é desgastante".

Também se referem à sobrecarga pelo excesso de demanda, o que é uma queixa de todos os grupos. Descrevem que existem momentos em que há exigência da presença do profissional em dois ou três lugares ao mesmo tempo, por exemplo, há uma programação para execução de um grupo, mas acontece de um paciente de sua referência entrar em crise e, ao mesmo tempo, chegar uma triagem.

A queixa se centra também na escassez de recursos humanos, que também é referida pela maioria dos grupos.

Os trabalhadores dizem que quando se trabalha em CAPS é difícil manter uma rotina e uma agenda de compromissos, e impossível utilizar uma sala própria para atendimento, devido ao movimento que se tem dentro do equipamento.

Outro aspecto considerado desgastante para este grupo são os problemas relacionados à localização do CAPS, que fica em uma região muito populosa, com vários bolsões de pobreza, com altos índices de violência, o que traduz em uma falta de segurança para se trabalhar. Referem que não há vigia no CAPS, que já foi invadido e assaltado por várias vezes em horário de trabalho, sendo necessário modificar os horários de funcionamento do CAPS para minimizar os problemas dos trabalhadores.

Grupos de trabalhadores de vários CAPS remetem o tempo todo à questão da demanda, que não é qualificada e que os outros serviços da rede encaminham pacientes que não tem indicação para estarem lá, como os casos de ansiedade e depressões leves, interferindo diretamente na qualidade da assistência.

> "A imagem que eu tenho de nós mesmos é daquelas pessoas do circo que ficam equilibrando pratos, porque você tem que correr atrás do prato que vai cair. Se você tem 30 pratos o que estiver balançando menos vai esperar um pouco. Na verdade, '*o* (paciente) *que grita mais, mama mais e ganha mais*"'.

Outros trabalhadores dizem que o excesso de demanda faz rondar uma fantasia de que eles estão "*perdendo o pé"* e já não sabem mais o que estão fazendo.

Já os trabalhadores de outro equipamento relatam que no CAPS a angústia fica ainda *"mais gritante"*, por que envolve muitos pacientes, familiares, sociedade ao mesmo tempo, além das várias questões que englobam o trabalho no CAPS, o que, segundo eles, demanda uma energia psíquica muito grande. Comparam com o trabalho no consultório, que dizem ser muito diferente, pois entram em contato com o sofrimento no momento da consulta, mas sabem que terá um fim, quando esta terminar.

Os trabalhadores dizem que saem do CAPS se sentindo sugados e que na verdade, tudo o que acontece lá os angustia: a relação com os pacientes, com as famílias, a falta de recursos humanos, de rede social, de habitação, pois a maioria das pessoas que atendem não possui o mínimo para poder sobreviver.

> "Nossa tarefa é lidar com a subjetividade, isso exige muito do profissional, não é fazer uma operação no estômago e o paciente tem alta e vai embora. Nos deparamos cotidianamente com a nossa impotência."

Muitas vezes os profissionais do CAPS chegam a se perguntar por que escolheram este caminho e o que estão fazendo lá, pois estão diante de um desgaste muito grande.

Já os trabalhadores de outro CAPS acreditam que foram muito mais vitimizados do que hoje em relação à sobrecarga de trabalho. Antigamente suas queixas eram mais centradas no cansaço, na necessidade de férias, ou mesmo de parar de trabalhar no CAPS. Atualmente, relatam que sofrem mais porque não dão conta de fazer aquilo que sempre gostaram de fazer, sentindo um cansaço mental, pois são sempre muitas coisas acontecendo, muita demanda, muita correria.

> "A gente trabalha, trabalha, trabalha, e aquilo que a gente tinha de fato que fazer, que era o nosso grande objetivo, a gente acabou não conseguindo fazer. E se esgota por isso."

Uma questão levantada por todos os grupos foi a falta de estrutura física, com espaços pequenos, além da falta de salas para atendimentos, que às vezes os obriga a atender pelos corredores. Ainda há a questão da falta de transporte próprio, levantada também por todos os grupos, o que impossibilita atender intercorrências no território.

Uma outra questão apontada por dois grupos, que gera incômodo e muita desmotivação nas equipes, é a convivência com três tipos de contratos de trabalho, efetuados por três instituições diferentes, em que cada um possui regimes salariais, regras, horários, benefícios, e calendários diferenciados, no entanto, todos exercem as mesmas atividades. As pessoas remetem a isso como um absurdo, uma bagunça, que traz descontentamentos nos membros das equipes.

Os profissionais relatam que a experiência do trabalho em CAPS tem mostrado que a teoria não é igual à prática. Para alguns grupos, o CAPS é definido como um equipamento em constante construção, substitutivo aos hospitais psiquiátricos, com atendimento humanizado e que funciona no território, próximo das pessoas que trata, portanto, que envolve muita complexidade.

O trabalho da equipe é considerado interdisciplinar, mas os trabalhadores apontam que não têm conseguido dar conta de tudo o que envolve. Atualmente, o CAPS está sendo visto como um pronto socorro psiquiátrico, recebendo muitos casos de pacientes que não tem indicações para estarem lá, prejudicando o acompanhamento do dia-a-dia dos usuários.

O trabalho desenvolvido nos CAPS é referido como muito diferente do que se fazia nos hospitais psiquiátricos, quando os serviços de saúde tiravam os pacientes da sociedade. Uma das questões apontadas pelos trabalhadores como um diferencial no atendimento é que estes acompanham histórias de vida de cada uma das pessoas que passam por lá, sendo um trabalho baseado mais na relação do afeto, da construção de vínculo. Para alguns trabalhadores o cotidiano tem que ser muito flexível. Não há como trabalhar com uma organização rígida com pacientes psicóticos, mas de modo fluido, o que é considerado um grande desafio.

Pelo fato do CAPS estar inserido no território, alguns trabalhadores relatam que os encontros com seus usuários são recheados por vários aspectos, que vão desde a miserabilidade, pobreza, doença, até o tráfico de drogas, em que a própria questão da doença mental aparece, muitas vezes, camuflada por esses aspectos que os profissionais vivenciam no seu dia-a-dia.

Um dos pontos de maior discussão e maior entrave para a condução dos casos apontados por todos os grupos é a relação do CAPS com os outros serviços da rede e as parcerias com outros setores. Para os trabalhadores, pelo fato de o CAPS estar no território, precisa se integrar com outros serviços, tais como Centros de Saúde, Escolas, Centros de Convivências, etc. No entanto, referem que as parcerias pouco acontecem e não há investimentos em outros equipamentos. Além disso, segundo eles, os outros setores desconhecem o que é e para que servem os CAPS.

Na visão de um dos grupos, existem diferenças entre o que se espera que o CAPS faça e aquilo que existe de recursos reais para se fazer. E se espera que os CAPS resolvam toda a demanda da saúde mental, mesmo que envolva aspectos sociais, familiares, comunitários, financeiros, etc. Não concordam com esta afirmação.

Para os trabalhadores faltam muitas parceiras para poder fazer o CAPS funcionar, como a Assistência Social, a Educação, a Habitação, o Transporte, etc. Relatam que o fato de um sujeito ser portador de um sofrimento mental, autoriza a entrar no campo da saúde, tornando o CAPS responsável pela resolução de todos os outros problemas.

Consideram o apoio da rede como um todo muito precário, ficando reféns de questões cuja solução não depende deles. Para esses profissionais, os serviços são desconectados além de se depararem com o preconceito em relação ao doente mental existente entre trabalhadores da área da saúde, que revelam dificuldades em atender a uma demanda clínica de um paciente psiquiátrico. Para eles, o que se faz atualmente é "*tapar buracos*".

Consideram a própria demanda dos pacientes que freqüentam os CAPS como social, com necessidades muito básicas como falta de dinheiro para comprar comida, transporte, falta de moradia, etc. e que são essenciais para sobreviver. Os profissionais relatam que acabam se envolvendo com ações de promoção social quando são da área da saúde, onde muitas vezes antes de começar a tratar da doença mental de um sujeito, é preciso oferecer condições mínimas de sobrevivência. Segundo eles, isso gera um sofrimento muito grande.

Na rotina diária dos CAPS, vários atendimentos grupais são oferecidos pelos profissionais e eles relatam que fazer grupo de comorbidade, por exemplo, é muito difícil, pois reúne os casos de psicóticos que fazem uso de substâncias químicas. Sendo uma clientela de alta demanda, provoca grande desestabilibilidade no profissional que se depara com esse tipo de usuários.

O atendimento à crise, sem dúvida, foi o momento de maior discussão entre as equipes em todos os grupos. Os trabalhadores entendem a crise como um momento de desorganização, de ruptura do sujeito, de muito sofrimento, que envolve também questões sociais, familiares, financeiras. Tal situação exige tanto do profissional que, muitas vezes, fica tão angustiado quanto o sujeito em crise.

Um dos grupos aponta que a crise é muito provocante e faz com que o profissional também entre em crise. É um momento em que tem que haver muito diálogo entre a equipe, pois um usuário nesta situação vai atacar mais um profissional, se aproximar mais de outro, o que gera certo desgaste da equipe.

> "a crise tem o poder de desterritorializar família, paciente, equipe, médico, psicólogo, seja lá o que for. E não tem regra para tratar a crise, não tem protocolo".

Um dos grupos de trabalhadores opta pela questão do vínculo, vista como um diferencial; e propõe tratar a crise dos usuários dentro do CAPS, até que se esgotem todas as possibilidades e recursos, pois segundo eles, deixam os usuários mais seguros e com mais confiança na equipe. Embora, assumem que vivenciar uma crise com o usuário gere muito medo e nem sempre o profissional referência vai se sentir confortável em se aproximar para tratar o paciente. Relatam que é muito difícil lidar com a crise, que exige uma disponibilidade interna muito grande, envolvendo muito cuidado e tempo.

Outro grupo de trabalhadores consegue analisar que a crise está associada ao uso do leito-noite e que isso pode estar acontecendo devido a insegurança da equipe em deixar o usuário fora do leito ou por uma dificuldade de se aproximar da pessoa que está em crise.

Estes profissionais também percebem e relatam que sentem muita dificuldade em desenvolver algum projeto para o paciente que está fazendo uso do leito do CAPS e de entender o que ele faz lá; mas possuem expectativa de que o paciente resolva seus problemas estando mais próximos dos profissionais, diminuindo assim as angústias destes últimos.

Eles dizem que quando deixam os pacientes no leito para se sentirem mais seguros, o que está por trás disso são as cobranças, no caso de acontecer alguma situação de risco para o paciente e questionam até onde vai a responsabilidade por aquele sujeito que atendem.

Em outro grupo de trabalhadores apareceu uma contradição muito grande em relação ao atendimento da crise fora serviço, ou seja, no território. Em alguns momentos dizem que é da responsabilidade do CAPS fazer o atendimento, em outros, dizem que não.

Sem atingir um consenso, descrevem que é muito difícil chegar à casa de um paciente que ainda não conhecem, principalmente quando este apresenta agitação psicomotora, pois correm muitos riscos. Por isso, ficam inseguros de irem ou não. Se não forem e alguma coisa acontecer, sentirão responsabilizados por isso.

Os trabalhadores afirmam que necessitariam ganhar três vezes mais do que ganham para que fosse digno com a dimensão do trabalho que exercem. Relatam que a responsabilidade para se ter um serviço público de qualidade está transferida única e exclusivamente para os trabalhadores, virando militância. Segundo eles, trabalhar assim é o caos.

A segunda etapa do campo, que teve como objetivo devolver o material coletado na primeira discussão à maneira de uma narrativa, foi bastante interessante. É claro que tínhamos expectativas de como os grupos se comportariam, bem como de alguns pontos que contestariam nas narrativas. Como toda situação inesperada, fomos surpreendidos a cada grupo que realizávamos.

Cada grupo em si estava em um momento diferente em relação ao primeiro encontro. Muitos questionaram se a primeira discussão tinha sido feita há uma ano atrás, pois identificaram na narrativa muitas coisas que já haviam se modificado na rotina dos serviços.

Observamos que a postura dos grupos estava diferente. Alguns, que pareciam mais animados e mais afinados entre si no primeiro encontro, pareciam nitidamente mais cansados, desanimados, desmotivados. Outros, que no primeiro encontro nos passaram a sensação de desmotivação, da existência de entraves na própria equipe, pareceram mais entrosados e esperançosos. É importante esta observação, pois se percebeu claramente que as equipes, através da construção de seus trabalhos, com suas formas de pensar e fazer; e com as situações que estavam vivenciando no dia-a-dia dos CAPS, mostraram nos dois momentos de campo como estavam se articulando.

Neste segundo encontro houve uma nova construção, a partir da primeira narrativa que possibilitou aprofundar questionamentos e levantar outros pontos para discussão. Um deles foi em relação ao sofrimento psíquico. Constatando através das falas dos profissionais que há sofrimento e sobrecarga de trabalho nos CAPS, queríamos agora, aprofundar questões em relação à maneira como os trabalhadores detectam este sofrimento, como ele se manifesta, como lidam com estas situações e que conseqüências trazem para suas vidas.

Quando esta questão foi colocada para os grupos, todas as pessoas queriam falar ao mesmo tempo, causando novamente certo tumulto, uma euforia.

Um dos grupos respondeu que esta pergunta era a mais importante de todas, pois alegaram que se os profissionais não estiverem bem psiquicamente, não terão condições de tratar e nem de ajudar os pacientes.

Outro grupo de trabalhadores acredita que o trabalho no CAPS exige grande dispêndio de energia e isso desgasta o profissional. Este precisa encontrar formas de repor essas energias para poder continuar e assimilar as situações que lá acontecem, pois segundo eles, as pessoas vão se desgastando até adoecer e ficar intolerantes, sem paciência, tratando mal os usuários e familiares.

Vários grupos de trabalhadores relatam que o sofrimento se manifesta muitas vezes através do corpo, no *somático*, e que na maioria das vezes, só quando surgem doenças definidas é que eles se dão conta do excesso de trabalho e da carga mental que disponibilizam para realizá-lo.

Ao mesmo tempo, relatam que muitas vezes brigam e gritam com os usuários e com os companheiros de trabalho, ficam doentes, loucos e confusos. E detectam isso quando se vêem com crises de hipertensão, com anemias, baixa resistência, dores de barriga, dores no estômago, gastrite, dores de cabeça, dores nos joelhos, diarréia, crises alérgicas, viroses, crises de esquecimento, insônia, mania, depressão e até psicose.

> "Esses dias um colega do CAPS chegou e falou: *'estou ficando doente, graças à Deus'*. Ou seja, para chegar ao ponto de uma pessoa dizer que está feliz por que está adoecendo e vai poder ter uma oportunidade de descansar sem culpa, é por que já está bem grave".

Alguns profissionais relatam que se sentem frustrados quando fazem exames e não constatam a doença, como por exemplo, ao apresentarem todos os sintomas de uma gastrite, porém o resultado do exame não confirma nenhuma alteração significativa.

Um dos grupos apontou que os exemplos de doenças mencionados e a constante apresentação de atestados médicos são bem interessantes por que traduzem as queixas do corpo dos trabalhadores.

> "Isso é bem significativo...Dói, mas na hora que isso começa a empatar as coisas que você pretende fazer é por que acionou o alerta. Quando você chega em casa muito cansado e não consegue fazer nada e as coisas na sua vida começam a empacar, isso é o fim, é o momento de parar e repensar, pegar um atestado médico, conversar com a gerente, xingar a equipe, enfim, fazer alguma coisa para sair desta situação".

Muitos trabalhadores dizem que lidam com o sofrimento aumentando o consumo de bebidas alcoólicas. Outros acreditam que o sofrimento não se dá somente por um excesso numérico de demanda, de carga horária, mas por um excesso de intensidade, que está na relação com os usuários *"que é difícil de se sustentar"*. Relatam que há casos que *'pegam'*, com os quais não conseguem avançar, além de muitas vezes existir uma contratransferência que, segundo eles, provoca um excesso de consumo de energia.

Queixam que há uma solicitação constante por parte dos usuários e que nunca existe um momento mais sossegado, motivando, muitas vezes, a irritação e o cansaço**.**

Alguns profissionais detectam que a angústia por eles vivenciada é em relação ao "*peso de uma aposta"*. Dizem que trabalham constantemente apostando nos usuários e que isso tem um peso muito grande para a equipe. Muitas vezes relatam que há um esgotamento de todos em relação a um caso específico com o qual a equipe não consegue lidar, pois ultrapassa todos os limites.

Mesmo assim, colocam que não se sentem culpados por não conseguirem lidar com tais casos e até se sentem aliviados já que, se dessem conta de tudo, os CAPS seriam instituições totais, o que iria preocupá-los muito. Pensam que tem que haver essa aposta coletiva, com trabalho em equipe, pois acham que é muito solitário e pesado arcar sozinhos com os casos em geral.

Outro grupo de trabalhadores, a partir de uma intensa discussão em relação aos critérios de internação de pacientes no CAPS nos finais de semana, aponta que o trabalho no CAPS é muito cansativo, pois é muito difícil trabalhar em equipe. Soma-se a isso o fato de estar lidando com questões muito subjetivas, inerentes à saúde mental, que permitem às pessoas terem visões muito diferentes, criando desgastes entre as pessoas com as discussões.

Outro fator descrito que gera sofrimento nesses profissionais são as condições sociais e econômicas dos usuários e seus familiares. Lidam com muita miséria, com situações em que não é somente o usuário que está doente, mas a família toda que vive em desgraça.

> "Você pega um caso e pensa que vai tratar da saúde mental do sujeito, mas percebe que a família toda não se alimenta, não toma banho, o sujeito literalmente come chinelos. Então, a questão é anterior, não tem civilidade mais naquele lugar".

Outro sofrimento apontado pelos trabalhadores é em relação à desresponsabilização dos familiares para com os usuários, sobrecarregando os profissionais e os CAPS. Referem que a prática exercida pelos profissionais mais antigos era de muito assistencialismo, e que atualmente, estão tentando responsabilizar mais os familiares, para que toda a demanda do usuário não recaia somente no serviço.

Em um dos grupos foi relatado que uma das questões que tem angustiado e impressionado os trabalhadores é a atuação do CAPS, no sentido do que realmente ele dá conta de atender. *"Será que o CAPS dá conta de atender todo o sofrimento mental?"*. Os trabalhadores refletem sobre este assunto a partir do que vivenciam com alguns casos.

Ressaltam que atuam muito com a emoção. Sentem que muitas vezes querem conseguir resolver tudo o que aparece como demanda e correm riscos, uma vez que não pensam na dimensão dos problemas que podem enfrentar, como agressão dos usuários e dos próprios familiares. Para eles, é bastante difícil de conviver com tudo isso.

Algumas vezes os profissionais se deparam com situações nas quais são agredidos por um usuário e, já em seguida, vão realizar um atendimento a outro. Acreditam que falam muito pouco e cuidam menos ainda de si mesmos. Estão sempre disponíveis para atender os usuários, mas não conseguem parar e olhar o colega ao lado que não está bem.

Um dos grupos afirma que não existe uma política institucional para o cuidado dos trabalhadores, o que existe é o serviço de segurança ao trabalhador, mas que só trata quando existem situações específicas, não havendo uma medicina preventiva.

> "Quando a gente fura o dedo ou leva um soco na cara, abrimos um CAT, fazemos exames a cada seis meses, mas e nosso emocional, como fica? É um soco na cara, não é qualquer coisa".

Quando acontecem agressões físicas aos profissionais, a equipe toda fica muito abalada. Um dos grupos aponta que, às vezes, muitos problemas são gerados quando a equipe toda está enlouquecida, com um nível de ansiedade coletiva muito alta, mas em geral, as pessoas sempre contam com o apoio do outro, pois sempre alguém percebe quando uma pessoa da equipe não está bem. Então começam as redes de apoio dentro da equipe, dividindo responsabilidades e tarefas.

Uma outra questão novamente levantada por um dos grupos foi a respeito da permissão concedida aos usuários para freqüentar todos os espaços do CAPS. Isto não é um consenso entre a equipe. Há quem defende que o CAPS tem que ser um espaço totalmente aberto, em que os usuários possam circular como se estivessem em suas casas. Há quem

acredita que é importante um espaço mais privativo para os profissionais, pois o convívio intenso com portadores de doenças mentais graves se torna muito desgastante. Mesmo quem defende esta última idéia, aponta receio em mudar a forma de funcionamento dos espaços, pelo medo de voltar a colocar chaves e cadeados nas portas. Portanto, vivem um dilema diário e que, segundo eles, estão longe de chegar a uma conclusão.

Em outro grupo apareceram queixas centradas nas condições do ambiente de trabalho em relação ao acolhimento dos próprios profissionais, como falta de água, café, cadeiras confortáveis para realizar atendimentos, falta de ventiladores e ar condicionado, falta de opção para almoçar fora do CAPS. Muitas vezes, revelam, os funcionários se alimentam das marmitas que sobram daquelas destinadas aos usuários.

> "Não ter um espaço confortável, acolhedor, onde no momento em que estamos de 'saco cheio' podemos fechar a porta, usar um banheiro que tenha um papel higiênico de boa qualidade, são coisas que nos fazem falta. Isso é muito precário no nosso ambiente de trabalho".

Para os trabalhadores de vários grupos, tratar dos pacientes com comorbidade é muito difícil. Os profissionais relatam que além da psicose, existe também o fato de se fazer uso constante de substâncias químicas, o que faz com que os trabalhadores já não consigam mais identificar o que é gerado pela psicose e o que é gerado pelo uso de drogas. Além disso, relatam que os usuários entram em crise pelo uso de drogas, o que desestabiliza, desanima e angustia muito os profissionais, que não sabem mais o que fazer com casos como esses. Soma-se a isso ao fato de que não há concordância entre a equipe sobre o tratamento feito no CAPS. Muitos profissionais acham que estes pacientes devem ser atendidos em lugares especializados; outros acreditam que o CAPS pode dar conta de resolver, mas pensam que lidar com a clínica da dependência química requer aprender a lidar com as próprias frustrações e impotências, pois as recaídas fazem parte do tratamento, embora ainda queiram alcançar resultados com esses usuários.

> "A gente está chamando de comorbidade os casos de psicose com dependência química, mas a gente sabe que não envolve só isso. Este tipo de comorbidade deflagra de uma forma muito gritante todas as

> contradições sociais mais pesadas que a gente lida no dia-a-dia, como a violência, miséria, tráfico de drogas, junto com a loucura que já é extremamente complexa".

Os funcionários do plantão noturno de um dos CAPS queixam da particularidade do trabalho à noite, pois reafirmam que o período é muito estendido e a equipe fica reduzida a duas ou três pessoas. Além disso, o espaço da casa é muito pequeno e eles não têm como sair para a rua, pois estão fora do horário comercial. Quando acontecem relações de persecutoriedade dos usuários em relação a estes profissionais, relatam que é muito difícil lidar com a situação.

Os profissionais da enfermagem de outro grupo relatam que o trabalho no CAPS traz sofrimento talvez porque não tenham nenhum tipo de auxílio fora da instituição, como análise, por exemplo, e acrescentam outro fato: não terem conhecimento suficiente para manejar os casos, como os técnicos de nível superior. Sentem que são vistos como "*carregadores de piano"*.

Nos finais de semana, contam, quando estão com pacientes que apresentam risco de suicídio, sentem-se angustiados, pois esses pacientes demandam muito, produzem uma fala contínua de muito sofrimento. E mesmo que estes profissionais saibam do caso, dizem que se sentem 'mexidos'. Quando trocam o plantão e vão embora, relatam que não conseguem se desligar:

> "Não tem como você ir embora e esquecer que tem um paciente que fala pra você: *'- Esta noite eu vou me matar, eu vou me matar'*. Você não vê a hora que amanheça o dia para pegar o plantão e escutar que o fulano dormiu bem à noite. Isso é muito pesado, passa um sofrimento para nós e muitas vezes não sabemos lidar com isso".

Alguns técnicos de enfermagem sentem-se incomodados pela quantidade de pedidos feitos pelos usuários, ou quando um deles fica durante muito tempo parado em frente ao posto de enfermagem olhando fixamente o funcionário trabalhar, por exemplo.

Muitos profissionais sustentam que deveriam ter mais descansos do que aumento de salários, como férias duas vezes ao ano.

Alguns trabalhadores, no entanto, assumem que não é possível remeter todo o sofrimento e sobrecarga ao CAPS. Dizem que além de trabalhar lá, existem outros compromissos profissionais ou pessoais que realizam, e que a forma como vivem atualmente é, segundo eles, enlouquecedora.

Outros trabalhadores acreditam que não é possível desconsiderar o peso que o trabalho no CAPS proporciona em suas vidas, pois relatam várias situações vivenciadas fora do equipamento, tais como errar caminhos no trânsito ou esquecer de desligar o gás do fogão, causando uma explosão, enquanto estavam ao telefone, tentando resolver problemas do CAPS.

> "Tem muita coisa que não é à toa, a gente chama o CAPS para fazer parte da vida da gente, é uma escolha nossa (...) e não é qualquer escolha ... não dá para desconsiderar. Mas tem um outro tanto que é do CAPS, que é da saúde mental e que pela forma que a gente trabalha, na lógica do cuidado, da educação, da responsabilização, etc., que é o que a gente acredita, faz a gente se expor mesmo".

Muitos profissionais dizem que lidam com as questões geradoras de sofrimento gastando muito dinheiro com analistas, psicanalistas, médicos, etc., embora afirmam que quando não possuem dinheiro para tal, ficam aguardando vaga pelo SUS, pois a instituição não oferece apoio neste sentido. Alguns profissionais reduziram o número de atividades no CAPS, procurando preservar mais a saúde. Outros foram em busca de atividades físicas e de lazer.

Novamente, os profissionais de um dos grupos acreditam que a instituição deve oferecer uma capacitação ou outras ferramentas de lazer para os trabalhadores, mas pensam que a análise pessoal é uma busca de cada um.

A maioria dos trabalhadores acredita que se comparar os CAPS com os outros serviços públicos de saúde, sentem que são mais acolhidos, por que possuem espaços para supervisão, reunião de equipe, passagem de plantão. Relatam que a intervenção que fazem é 'relacional', diferente de outros trabalhos que não lidam com o ser humano e dizem que muitas vezes sonham com os casos que atendem, não se desligam do trabalho quando vão

para casa e sofrem de uma ansiedade muito grande quando pensam em tudo que precisam fazer no CAPS no dia seguinte.

Em geral os profissionais queixam de um estresse mental muito grande e que há o peso subjetivo de cada um em suportar a permanência no CAPS, o que para eles não é uma coisa muito fácil. Mas todos relatam estar cientes que escolheram estar lá, que escolheram trabalhar com o sofrimento mental de outro; e relatam ser muito difícil quando sentem que o volume de trabalho está muito grande e que a forma como o serviço se estrutura, faz com que o trabalho ultrapasse os limites dos profissionais.

Afirmam que optaram por entrar em contato com a loucura, repelida durante séculos pela humanidade. Toda opção tem um preço e, segundo eles, o custo maior do trabalho está na questão do sofrimento psíquico dos trabalhadores.

Um dos grupos aponta um aspecto intrigante, que faz a equipe parar e pensar, pois é unânime a queixa de todos em dizer que estão esgotados, cansados, que não agüentam mais, mas se perguntam: o que os motivam a continuar trabalhando no CAPS? O que os motivam a sair de casa e passar o dia inteiro cuidando de pessoas com doença mental, mesmo sabendo que estão esgotados? Não conseguem chegar à uma resposta, mas pensam que pode ser por causa das diretrizes do cuidado em saúde mental, ou porque a equipe tem um "lema", ou por acreditar no poder de estar junto com a outra pessoa sem ficar centrando muito na questão da doença.

Os trabalhadores da enfermagem de um dos grupos relatam também que se sentem muitas vezes perdidos no CAPS, pois dizem que o núcleo da enfermagem não é bem definido, diferente dos hospitais clínicos ou hospitais gerais, onde as funções e tarefas são bem definidas.

Todos os profissionais relatam que tem que gostar de trabalhar no CAPS, pois a atuação do profissional de referência vai muito além do seu núcleo profissional. E segundo eles, as pessoas precisam estar dispostas a sair do seu núcleo e trabalhar mais no campo.

Mas, apesar de tudo o que foi apontado como angustiante e causador de sofrimento, os profissionais acreditam que os CAPS continuam sendo o melhor lugar para o tratamento da doença mental. Alguns dizem que quando pensam nos casos difíceis que não

conseguem dar conta, lembram-se de vários outros em que a intervenção feita foi muito assertiva e que os deixa com uma sensação de missão cumprida. Relatam que é necessário pensar com a equipe em outras estratégias para os casos que os frustram, a fim de que possam tentar intervenções diferentes.

Acreditam também que não existe outra alternativa para trabalhar com a loucura que não seja em um serviço aberto e territorial. Muitas angústias e sofrimentos que lidam atualmente, segundo os trabalhadores, são acontecimentos que a própria loucura impõe e que a sociedade quis excluir. Dizem que o trabalho com a loucura tem que ser construído em redes, mas relatam que vivem a mesma exclusão dos usuários, pois ainda há muito preconceito na sociedade e nos próprios serviços de saúde.

Os profissionais não acreditam que um dia haverá um modelo ideal para CAPS e nem querem isso; sabem que a atuação tem que ser maleável e que nunca conseguirão fazer com que todos os pacientes estejam sempre bem, nem os profissionais, pois seria uma onipotência sem limites.

Relatam que quando falam sobre a invasão que a loucura proporciona, percebem que isso está muito mais relacionado com a postura de cada pessoa e não com questões de espaço físico.

> "A loucura está muito mais relacionada com a permissão que a gente dá no cotidiano, no momento em que a gente confunde vínculo com invasão, do que se limitar ao espaço físico. O único receio é que quando a gente discute essas coisas, a gente limita, ou seja, tudo vai melhorar se tiver um espaço físico maior, ou se tiver equipes de saúde mental nos Centros de Saúde, ou se todas as nossas reivindicações forem contempladas. Pode até acontecer estas mudanças, mas a discussão é outra, por que não vai garantir que melhore a relação que as pessoas tem com o sofrimento mental. (...) Será que a gente dá conta?... Mas vai ser para sempre, por que cada dia vai chegar um caso diferente".

Esses profissionais acreditam ser de extrema importância a capacitação, o estudo contínuo, as discussões em reunião, o trabalho em equipe e, principalmente, que o trabalho na saúde mental não seja apenas uma profissão, mas muito mais do que isso, é preciso gostar do que se faz nos CAPS e estar lá por inteiro, *"como ser humano, com todas as experiências que a gente traz da nossa vida"*.

8- ENTRE O EMPÍRICO E O TEÓRICO:

o encontro das narrativas com o contexto da produção sobre o sofrimento psíquico

Os trabalhadores dos CAPS, sem dúvida, expressaram da forma como conseguiram as suas angústias e seus sofrimentos em relação ao trabalho nestes equipamentos.

Demonstraram, com suas falas e reações, que ter um espaço onde possa se falar das dificuldades e sentimentos gerados pelo trabalho com a loucura é muito importante, embora, falar sobre o próprio sofrimento não seja uma tarefa tão fácil. Acredito que muitas coisas em relação a este tema não puderam ser ditas por vários motivos: primeiro, por que não é toda experiência vivenciada que consegue se expressa por palavras, ou seja, que permanece no nível da consciência; segundo, por que trabalhamos com grupos, na aposta de verificar também as relações interpessoais das equipes, mas que se configura de forma diferente do que trabalhar com as pessoas na sua individualidade. Confirmamos que os grupos foram muito potentes, trouxeram rico material para discussão, e como toda aposta metodológica, ganha-se por um lado, perde-se por outro; terceiro, por motivos que nem eu consigo identificar nesta complexa e dialética relação existente entre vida psíquica, trabalho, sofrimento, prazer e dor!

Mas, como colocam BRANT e MINAYO-GOMEZ (2004), é com o discurso, através da linguagem, que é possível nomear o que foi manifestado na experiência como angústia, dor, prazer ou satisfação.

O tipo de sofrimento vivenciado e relatado por estes trabalhadores é diferente do sofrimento manifestado por trabalhadores que possuem outras profissões, como bem aponta ONOCKO CAMPOS (2004) e PITTA (1999) quando referem que a própria natureza do trabalho na saúde é fonte de sofrimento e que os trabalhadores estão expostos em tempo permanente à dor, ao sofrimento e à morte de pessoas doentes. Diferente do que DEJOURS (1992) aponta como sendo o sofrimento dos trabalhadores de indústrias químicas, ou da construção civil e mesmo das tarefas taylorizadas.

Contudo, penso que para os trabalhadores da saúde mental inseridos nos CAPS, ainda há uma particularidade em relação aos outros profissionais da saúde.

Como os próprios trabalhadores apontam (e que não é possível desconsiderar), a loucura foi durante séculos banida da sociedade e colocada nos seus redutos, as instituições totais, como os manicômios e hospitais psiquiátricos. Excluídos de todos e quaisquer relacionamentos, os doentes eram desumanamente tratados, não possuíam nenhum direito e se tornaram alvo de agressões por parte dos profissionais, que deixavam claras as relações de poder dentro das instituições. Não restava outra alternativa aos doentes mentais: ou se institucionalizavam ou morriam dentro dos manicômios.

Pelo fato da doença mental não conseguir ser objetivada pela ciência, durante muito tempo, fez as pessoas acreditarem que se tratava de maldições, feitiçarias, ou de algo contagioso, causando medo. Os doentes eram considerados perigosos e não podiam circular nos lugares públicos.

Toda essa exclusão da loucura e os preconceitos que ela herdou do passado não foram totalmente modificados com o processo da Reforma Psiquiátrica, o que implica certa dificuldade dos profissionais dos CAPS em se articular com outros profissionais e serviços de saúde da rede.

Os trabalhadores bem expressam nas narrativas que é difícil conseguir tratar de demandas clínicas dos usuários, devido ao preconceito existente por parte dos outros profissionais, e que muitos serviços de saúde encaminham pacientes para os CAPS, mas não sabem muito bem o que é, para que serve e o que fazem os trabalhadores lá.

Obviamente, as dificuldades expressas pelos profissionais nos grupos em relação aos entraves nas articulações com a rede em geral, não se dão somente pela configuração da história da Saúde Mental, muitas outras questões estão envolvidas.

MARAZINA (1991), apoiando-se nos estudos de Castoriadis, nos fala que o sistema capitalista está instituído através da demarcação da organização social no campo que "vale", o que produz mais - valia e no campo que "não vale", o que não produz mais – valia. A Saúde Mental como instituição e os seus trabalhadores estão inseridos nessa organização, dentro do campo que "não vale", pois em países como o Brasil, que possuem mão – de - obra barata, o que vale é manter a lógica da "indústria da loucura", com a

demanda de assistência psiquiátrica, que favorece as indústrias farmacêuticas e donos de hospitais psiquiátricos e não se utilizar da lógica da recuperação de força de trabalho.

Para CASTORIADIS (2002), a sociedade contemporânea vive uma crise de identificação, pois não há um sentido, socialmente falando, vivenciado como imperecível. O sistema capitalista atribuiu a significação do domínio da racionalidade sobre a natureza e os seres humanos. A sociedade exerce um controle sobre os desviantes, que inclui os doentes mentais. MARAZINA (1991) aponta que o que se controla são os modos de organização social e que alucina a produção econômica de muitos em benefício de poucos. O trabalho na sociedade capitalista, diz a autora, é alienado, porém a alienação é a palavra utilizada para definir a loucura; portanto, os trabalhadores da saúde mental são encarregados de cuidar dos alienados.

Olhando por esse ângulo, parece que não existem muitas saídas. Mas, constatamos que há uma intensa implicação por parte dos trabalhadores dos CAPS em relação ao trabalho que exercem.

Podemos verificar com as narrativas que, nos CAPS, as equipes estão organizadas para trabalhar com a lógica do cuidado, da reabilitação, da educação. Acreditam que os doentes mentais têm seus espaços e direitos na sociedade e que o melhor jeito de tratá-los é no território, próximo das pessoas com quem convivem.

Percebemos que muitas vezes os profissionais se colocam como militantes, com a responsabilidade de ter que dar uma resposta para a sociedade sobre a loucura, transformando os caminhos percorridos pelo campo da saúde mental até então. E como bem coloca MARAZINA (1991), também percebemos que essa posição de militância muitas vezes faz com que os trabalhadores se sintam tão miseráveis quanto os que atendem, quando se frustram com a não realização do projeto inicial.

> "Ali ficamos colados aos 'nossos loucos', produzindo sintomas, desautorizando nossa palavra. Falamos assim da marginalização de nossa produção que, à semelhança da produção do louco, não acha espaço de legitimação". (MARAZINA, 1991, p. 72).

ONOCKO CAMPOS (2005c) aponta que os sintomas institucionais são produzidos pela própria realidade do trabalho, pelo constante contato com a doença, sofrimento e a dificuldade de simbolização que situações como a pobreza extrema provocam nas pessoas.

A autora descreve ainda que nos equipamentos de saúde acontecem processos identificatórios entre os trabalhadores e usuários, que são vistos como mecanismos que estão por trás da produção de impotência em série que adoecem muitas equipes de saúde. Então, se a população - alvo é vista como pobre, sem valor, após um tempo, a própria equipe se sentirá assim. Ou, na tentativa de se defender desse espelho, a equipe se fecha tentando mostrar uma discriminação entre ela e os outros, criando barreiras que ajudam a evitar o contato com aquilo que é desagradável, podendo se tornar agressiva e retaliadora com os usuários.

KAËS (1991) afirma que é difícil constituir a Instituição como objeto de pensamento, devido aos riscos psíquicos da relação que se estabelece com ela. Para o autor aquilo que pensamos e falamos ao mesmo tempo nos pensa e nos fala; a Instituição nos procede, nos determina e nos inscreve em suas malhas e nos seus discursos. A Instituição também nos estrutura e contraímos com ela relações que sustentam a nossa identidade. Também a Instituição é concebida como um sistema de vínculo, em que o sujeito é parte interessada e parte integrante.

Para KAËS (1991), uma parte de nós mesmos não nos pertence propriamente. Neste sentido, os trabalhadores são constituídos e determinados pela relação estabelecida com os próprios CAPS; nos discursos aparecem o sofrimento, os desgastes e as dificuldades em relação ao trabalho, mas que são impossíveis de separar e nomear o que são próprios dos sujeitos e próprios da Instituição, pois estão inter-relacionados com toda a complexa dinâmica que existe entre as Instituições, os sujeitos que as compõem e ao que se destinam.

A tarefa primária dos CAPS consiste em tratar de doentes mentais crônicos, que segundo os profissionais não é uma tarefa tão simples, pois estes estão expostos o tempo todo à loucura, lidando com a subjetividade das pessoas. Os acontecimentos e o que produzem esses profissionais nos espaços dos CAPS também são fontes geradoras de

sofrimento para alguns trabalhadores, em suas singularidades. No entanto, o que se configura como sofrimento para alguns não é para outros, mesmo quando submetidos às mesmas condições.

Segundo KAËS (1991), para acontecer a aderência narcísica à tarefa primária, os sujeitos precisam se identificar de maneira favorável com a missão da instituição em que trabalham. Quando há entraves no trabalho que impeçam a realização da tarefa primária, os sujeitos utilizam-se de mecanismos defensivos para atenuar o próprio sofrimento psíquico.

ONOCKO CAMPOS (2005c) diz que ser um trabalhador da saúde, do SUS e acreditar no valor positivo do próprio trabalho constitui funções estruturantes da subjetividade e ajudam a suportar o mal-estar advindo das tarefas coletivas, considerando-se o mal estar como inevitável, como bem ensinou Freud.

Talvez, o que os trabalhadores apontam como a falta de espaços Institucionais que auxiliariam para lidar com as dificuldades e sofrimentos gerados pelo trabalho com a loucura; a forma com que os CAPS são organizados para atender a alta demanda, referida por todos os grupos assim como a escassez de recursos materiais e humanos, a localização dos CAPS, sua falta de estrutura, de transporte e os tipos de contratos diferenciados, tenham relações com o que KAËS (1991) aponta como sofrimento que acontece pelos pactos, contratos, acordos inconscientes ou não, pelo excesso ou falta da Instituição que motiva o lugar dos sujeitos no seu seio e que permite a realização da tarefa primária.

Diferentemente do que PITTA (1999) nos fala sobre o desenvolvimento tecnológico dos hospitais que valorizam a técnica e colocam os relacionamentos interpessoais abaixo do avanço científico-tecnológico, o trabalho na saúde mental, nos CAPS, não requer a utilização de alta tecnologia, para tratar de seus doentes. Os instrumentos utilizados para o tratamento provêm dos próprios trabalhadores, que possuem relações de vínculo com os usuários, fazem o papel de profissionais de referência e muitas vezes não têm como valorizar determinadas técnicas que poderiam auxiliar para se defenderem das angústias geradas pelo contato intenso com os pacientes.

Em geral, os trabalhadores de nível superior dizem que buscam instrumentos fora dos CAPS que auxiliam no trabalho com a loucura, como análise, psicanálise, grupo de estudos e cursos. Esse preparo dos profissionais pode ser eficaz para a produção de saúde

dos usuários e também dos próprios trabalhadores, como diz ONOCKO CAMPOS (2005c), o grau de técnica que um trabalhador possui em sua prática interfere no grau de tolerância e resistência que este sujeito vai ter para enfrentar o dia-a-dia em contato com a doença, dor e sofrimento.

Os trabalhadores com menor grau de formação, como os técnicos de enfermagem e monitores que relatam por várias vezes não saberem lidar com diversas situações que acontecem nos CAPS, sentem-se inseguros e alguns dizem que agem intuitivamente. Profissionais como esses revelam que sentem muitas dificuldades, talvez, porque não possuam conhecimentos tão aprofundados como os técnicos de nível superior.

ONOCKO CAMPOS (2005c) também nos diz que os trabalhadores que não têm uma formação técnica razoável estarão submetidos a um sofrimento maior, pois, não saber o que fazer ou não saber discernir riscos e urgências provocam maior angústia e insegurança.

Os técnicos de enfermagem e os monitores que ficam a maior parte do tempo em contato com os usuários consideram-se "carregadores de piano" e dizem que pelo fato de estarem o tempo todo com eles, fazem o papel de escuta permanente.

PROPATO (1998), a partir de sua experiência na enfermagem, diz que os enfermeiros são seus próprios instrumentos de trabalho, poderosos e frágeis ao mesmo tempo, constituídos pelo acúmulo de experiências na prática profissional. Embora muitos trabalhadores da enfermagem relataram que não possuem anos de experiência de trabalho nos CAPS.

A autora discute ainda que nem todos os profissionais de enfermagem elegeram a profissão na saúde mental. Alguns trabalham pela necessidade e não possuem componentes vocacionais específicos.

MARAZINA (1991), diz que o trabalhador de saúde mental se defronta cotidianamente com demandas de alta complexidade, contudo, são os profissionais menos preparados, por que os equipamentos recebem profissionais com pouco tempo de formação ou possuem funcionários públicos muito antigos que só estão à espera da aposentadoria.

No entanto, mesmo os trabalhadores que possuem mais bagagem técnica/teórica, disseram que poderia haver mais espaços dentro do CAPS que pudessem auxiliar e capacitar melhor os profissionais de uma maneira geral, assim como oferecer outros tipos de atividades, como lazer, que pudessem melhorar a saúde mental dos trabalhadores. Isso deveria ser melhor discutido com as gerências e instâncias superiores que comandam as Instituições, pois poderia servir como dispositivos para melhorar o funcionamento dos equipamentos, a condução dos casos, a relação entre a equipe e muito mais.

Na maioria dos CAPS, os plantões noturnos e de fins-de-semana ficam também com os técnicos de enfermagem, que só mantém contato com os pacientes que estão em crise, internados no leito noite. Os próprios trabalhadores relatam que muitas vezes não sabem por que os pacientes estão internados e trabalham angustiados por não entenderem o sofrimento dos próprios pacientes.

Alguns trabalhadores do plantão noturno dizem que o trabalho se aproxima muito da lógica do trabalho hospitalar. Neste sentido, estão mais propensos, do que os outros trabalhadores, a experimentar sentimentos contraditórios devido a execução de atividades repulsivas ou não, podendo desenvolver os mecanismos de defesa coletivos estudados por MENZIES (apud PITTA, 1999) e descritos no item três deste estudo, que ajudariam a suportar a complexa relação com os usuários nos leitos dos CAPS.

Em um dos CAPS, foi adotado um novo esquema de trabalho que muda a lógica do plantão noturno e dos finais de semana. A mudança é avaliada de forma positiva pelos trabalhadores envolvidos. Talvez, divulgar essa organização do trabalho para os outros CAPS, mencionando os resultados positivos, seja uma alternativa para que os outros equipamentos re-avaliem seus esquemas de trabalho e que os profissionais de enfermagem possam contribuir de maneira criativa, re-pensando as formas de organizar os plantões.

Uma outra questão apontada pelos trabalhadores que é muitas vezes geradora de angústia é que no CAPS os profissionais não ficam restritos ao seu núcleo profissional. As atividades e tarefas desenvolvidas transcendem a área de atuação específica de cada um.

Diferente do que acontece nos ambulatórios de especialidades e mesmo nos hospitais clínicos nos quais os profissionais têm sua área de atuação muito bem delimitada, nos CAPS esta delimitação não é tão rigorosa, apesar dos trabalhadores também atuarem de acordo com o seu núcleo profissional. Entretanto, pelo fato dos trabalhadores desempenharem o papel de técnicos de referência, junto com outros profissionais, e atuarem com a construção de projetos terapêuticos individuais, acompanhando histórias de vida, faz com que as discussões em equipe transcendam as áreas de atuação específicas.

CAMPOS (2000), propõe a definição de núcleo, como sendo uma aglutinação de conhecimentos, compondo certa identidade profissional e disciplinar, com a produção de valores de uso; e campo como um espaço de limites imprecisos em que cada disciplina e profissão buscariam em outras o apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas.

ONOCKO CAMPOS (2003b) faz uma crítica ao processo de fragmentação tecnológica da pós-modernidade, que com a superespecializacao, amputou os sentidos de muitas práticas. Para a autora

> "O *desafio da interdisciplinaridade nos está posto, e é nas bordas do próprio campo disciplinar que ela pode, concretamente, ser construída. Essa tarefa (como nenhuma outra) não se resolve com elucubrações teóricas, mas torna-se possível a partir de ousar sair das próprias fronteiras, dos limites impostos pelo nosso próprio processo formador (ou seja, fazendo)"* (p. 141).

Um dos grupos se queixou bastante em relação ao rígido controle exercido pelo comando da Instituição, que os deixavam desmotivados e sem incentivo para a realização do trabalho. DEJOURS (1992) descreve que o homem tenta se adaptar à organização do trabalho, porém, quanto mais rígida e imutável for esta organização, menos será possível a adaptação do trabalho à personalidade daqueles que executam; menor será o conteúdo significativo do trabalho e menores serão as chances de mudá-lo, podendo aumentar o sofrimento.

Um outro grupo de trabalhadores trouxe, nas duas etapas de campo, a discussão sobre a privacidade nos espaços dos CAPS. Relatam que a equipe não consegue chegar à um consenso, mas, será que os usuários devem entrar e sair na hora que desejam em todos

os espaços dos CAPS? Penso que alguns espaços devam ser mais restritos aos funcionários, principalmente em horários de refeição, para que haja um descolamento destes com os usuários, ao menos nestes momentos.

Alguns profissionais acreditam que os usuários devem circular no CAPS como se estivessem em suas casas, mas lá, é de fato a residência desses pacientes? E mesmo nas residências, não há regras e limites que são estabelecidos entre os próprios moradores? Tentar ensinar aos pacientes a diferença entre os espaços para uso deles e para o uso de outros não estaria auxiliando no tratamento da psicose?

ONOCKO CAMPOS (2003b) aponta que quando se fala em trabalho, está sempre em jogo variantes de propostas clínicas que pode acontecer pela incorporação de certo grau de promoção à saúde e pelo reconhecimento da dimensão subjetiva que está sempre envolvida na interface da assistência.

Os trabalhadores referem que os CAPS são equipamentos em constante construção, que funciona no território. Recebem demandas sociais, econômicas, familiares, entre outras, dos usuários, sendo que os encontros com eles são sempre recheados por vários aspectos, em que a própria doença mental permanece camuflada.

Os profissionais relatam também que é muito difícil atender crises no território de pacientes que não conhecem. Essas são situações em que os profissionais estão completamente expostos aos riscos e perigos que o território proporciona e que é diferente de estar dentro dos equipamentos de saúde que, de certa forma, são ilusoriamente mais protegidos. BRANT E MINAYO-GOMEZ (2005) quando retomam os estudos de Freud, conceituam o sofrimento como um estado de expectativa diante de uma situação de perigo, quando é desconhecido, ou medo, quando é conhecido. Considerando que a maioria dos CAPS está localizada em regiões pobres, com alto índice de violência e total falta de recursos sociais, podemos citar novamente os autores quando configuram o sofrimento como uma reação, uma manifestação da insistência em viver em ambientes que não se colocam como favoráveis.

O atendimento à crise dentro e fora do serviço suscitou muita discussão entre os membros dos grupos. A crise tem o poder de desestruturar tudo: a equipe, a "rotina" do CAPS, os possíveis protocolos, a família; a ponto de atravessar relações profissionais e

pessoais, sendo difícil de sustentá-las. E os profissionais não lidam com a crise de um só paciente, são cerca de 200 pessoas que circulam nos equipamentos e muitos profissionais confirmam que, às vezes, optam pela internação de pacientes em crise por que não conseguem lidar com ela naquele momento.

Os profissionais relatam também que tratar pacientes com comorbidade é muito angustiante, principalmente por que não conseguem uma melhora desses casos e já não distinguem mais o que é causado pela psicose e o que é causado pelo uso de drogas.

Aproximando dos estudos sobre a síndrome de Burnout, percebemos que Hebert J. Freudenberguer descreve-a observando o sofrimento dos profissionais que trabalhavam diretamente com pacientes dependentes de substâncias químicas e que tem como alguns dos sintomas o sentimento de fracasso e exaustão.

Talvez, os trabalhadores, quando relatam suas angústias e dificuldades no atendimento desta clientela estejam experimentando sentimentos de derrota e incapacidade perante estes casos.

Em todos os grupos as pessoas mencionaram que sonham com os casos, não conseguem se desligar quando vão embora e na maioria das vezes, só se dão conta do sofrimento gerado pelo trabalho quando ficam doentes. BRANT e MINAYO-GOMEZ (2004) dizem que o sofrimento pode ser expresso através da linguagem, mas não se pode desconsiderar o corpo, por que o sofrimento também tem uma inscrição neste.

DEJOURS (1992) afirma que o sofrimento mental e a fadiga não podem se manifestar nos locais de trabalho, mas a doença é admissível. Para o autor, apresentar atestados médicos é disfarçar o sofrimento mental, por isso, trabalhador se utiliza deste recurso para deslocar seu conflito para um terreno mais neutro.

O trabalho desenvolvido nos Centros de Atenção Psicossocial requer muita disponibilidade dos seus trabalhadores, que acolhem diariamente uma grande demanda de casos graves, estando constantemente próximos da loucura e de todas as situações que a acompanham, como a miséria, desestruturação familiar, desemprego, violência, tráfico de drogas e muitas outras questões que foram mencionadas.

No campo da saúde mental e no trabalho desenvolvido nos CAPS, fica ainda mais difícil separar questões de promoção social e da saúde. Em todos os grupos apareceram grandes queixas em relação à situação social e econômica dos usuários e do quanto esses profissionais trabalham para conseguir ações de promoção social antes de começar a cuidar da saúde mental dos pacientes. Além disso, estes profissionais ficam muito mobilizados com alguns casos, quando estão diante de situações de total falta de civilidade, humanidade e de recursos.

Diferente do trabalho desenvolvido nos manicômios, hospitais psiquiátricos e clínicas particulares, os CAPS estão inseridos no território e são portas abertas, o que torna a equipe de trabalhadores os responsáveis por toda a articulação dentro e fora dos equipamentos.

Esta responsabilidade está totalmente transferida aos trabalhadores dos CAPS, não porque querem, mas por muitas outras questões envolvidas, entre elas a falta de recursos na rede básica de saúde e nos outros setores públicos. DEJOURS relatou, na década de noventa, como estava a situação do campo da saúde mental na França. Parece que não é diferente da nossa realidade atual que apresenta precárias condições de trabalho, com restrições orçamentárias no campo da saúde, principalmente da saúde mental, ocasionando uma desvalorização do trabalho desenvolvido. E como aponta o autor, é preciso tomar cuidado para que a vocação de tratar não regrida para a vocação de "guardião".

PROPATO (1998) a partir de sua experiência profissional na psiquiatria diz que os profissionais precisam saber reconhecer como são afetados pelo trabalho e o que isso implica em suas vidas. Uma forma de minimizar as dificuldades e sofrimentos vivenciados no trabalho, proposto pela autora, seria compartilhar com os outros membros da equipe estas situações. Ela também reconhece que a capacitação e a formação profissional são importantes para o desenvolvimento do trabalho e acredita que é possível as equipes criarem formas de ajuda que não foram ainda pensadas, a partir da maneira como estão organizadas. Aposta também na acumulação de experiências e reflexões das equipes como um importante estímulo para o trabalho.

Os profissionais acreditam ser fundamental existir dentro dos CAPS um espaço para o cuidado deles mesmos, que envolva a gestão e supervisão, com capacitação, cursos, etc. A criação de dispositivos oferecidos pela gestão dos equipamentos, como oficinas, cursos, treinamento entre outros (ONOCKO CAMPOS, 2003a), talvez seja um caminho para se abrir mais espaços de fala, escuta e para proporcionar um melhor entendimento do que sentem estes profissionais perante as dificuldades encontradas.

Os trabalhadores vivenciam diariamente nos CAPS situações que são geradoras de sofrimento. Mas como dizem BRANT e MINAYO-GOMEZ (2004), é importante reconhecer que o sofrimento psíquico, mesmo sendo inerente ao ser humano, é algo completamente subjetivo, sendo que o que pode ser sofrimento para uma pessoa, não necessariamente será para outra e vice-versa. Ao contrário, aquilo que é vivenciado como sofrimento para um indivíduo, pode ser motivo de prazer para outro. Além disso, numa situação de sofrimento é possível encontrar uma mescla de prazer e dor, simultaneamente.

De fato há muitas queixas por parte dos trabalhadores e muitos entraves para a realização do trabalho proposto pelos CAPS que não podem ser desconsiderados. Lidar com a psicose e outras doenças mentais crônicas, com crises de vários pacientes, com entraves burocráticos dos serviços, com o trabalho em equipe, com preconceitos, exclusão, pobreza, violência, desestruturação familiar, além de muitos outros fatores levantados pelos profissionais suscitam cansaço e sofrimento.

Os trabalhadores sabem que estão expostos a isso, no entanto, a grande maioria deles refere estar nos CAPS conscientes de sua escolha, porque acreditam na lógica de trabalho destes equipamentos, gostam do campo da saúde mental, acreditam na reinserção social destas pessoas; e com certeza, por que não perderam a ilusão Institucional, pois como nos fala KAËS (1991), quando há falta de ilusão Institucional, ocorre uma privação dos sujeitos de uma satisfação importante, debilitando o espaço psíquico comum dos investimentos imaginários que sustentam a realização do projeto da Instituição, tornando insuportável a permanência na Instituição.

8- CONCLUSÃO

Podemos constatar com as narrativas que, apesar de existir muitas dificuldades e situações angustiantes, geradoras de sofrimento, (que não podem ser desconsideradas, pelo contrário, devem ser norteadoras para criação de alternativas que possam minimizá-las), existe uma implicação destes trabalhadores, motivada também pelo prazer de se trabalhar no CAPS, que mantém estas pessoas ligadas às tarefas e responsabilidades que assumem.

A partir das discussões realizadas com os grupos, foi possível levantar algumas linhas argumentativas sobre o sofrimento psíquico dos trabalhadores da saúde mental inseridos nos CAPS:

- Ficou evidente que há muitos relatos de queixas e dificuldades acompanhados de bastante sofrimento em relação ao trabalho que os profissionais exercem.

- Os profissionais pontuam que o trabalho na saúde mental por si só é tenso, pois lidam o tempo todo com a loucura e não há espaços dentro dos serviços voltados para o cuidado desses trabalhadores.

- Os trabalhadores de nível superior possuem mais preparo teórico / técnico para lidar com os casos por que fazem cursos, análise pessoal, grupos de estudos fora da Instituição. Já os trabalhadores de nível médio, não possuem um preparo teórico / técnico suficiente para lidar com os casos e são as pessoas que ficam mais tempo com os usuários dos serviços, estando mais expostos a situações inesperadas, geradoras de sofrimento.

- A equipe de enfermagem de muitos CAPS queixou bastante do esquema de plantão noturno e de finais de semana existente, que se aproxima da lógica do trabalho hospitalar, e que segundo os trabalhadores deixa a assistência fragmentada, mantendo contato com os pacientes somente quando estes entram em crise ou necessitam de um leito- noite.

- O esquema de plantão para a equipe de enfermagem, adotado por um dos CAPS, é visto pelos trabalhadores como positivo e produtivo, pois conseguem acompanhar os casos, mantendo vínculo com os usuários e não se restringindo ao horário noturno.

- Muitos profissionais se sentem totalmente expostos no serviço, não possuem espaços privativos e sentem dificuldade em manter uma agenda de tarefas e compromissos, pois a loucura não se enquadra em uma rotina, cada dia é diferente e os profissionais nunca sabem ao certo o que vão encontrar no CAPS.

- Os trabalhadores não lidam somente com a doença mental: situações de extrema pobreza, violência, desestrutura familiar, tráfico de drogas, entre outras, estão constantemente presentes no dia-a-dia destes profissionais, que para tratar da doença mental precisam antes lidar com muitas situações que geram desconforto e sofrimento.

- Os trabalhadores se vêem a todo momento lidando com questões de promoção social, quando são da área da saúde. O trabalho com a loucura e desenvolvido nos CAPS é difícil de diferenciar questões de promoção social da saúde e não existe o profissional de serviço social contratado em nenhum dos CAPS envolvidos neste estudo.

- A grande demanda de casos novos e a precariedade da rede básica de saúde, com falta de recursos, de diálogo entre os serviços, atrapalham o acompanhamento dos casos.

- A existência de contratos de trabalho diferenciados entre os trabalhadores do mesmo serviço foi apontada em mais de um grupo como fator de desmotivação para a realização do trabalho.

- O atendimento a crise tem o poder de desestruturar todo o trabalho realizado, assim como qualquer protocolo, a "rotina" dos equipamentos, a equipe, desestabilizando a vida das pessoas envolvidas com os casos.

- É possível perceber que o sofrimento se estabelece no campo do somático, através de inúmeras doenças, gerando faltas no trabalho e apresentação de muitos atestados médicos.

- Para os profissionais é difícil conviver com situações que envolvem agressões.

- Não existem espaços dentro dos CAPS que garantam o atendimento emocional do profissional agredido por um usuário, uma vez que o serviço de atendimento ao trabalhador apenas cuida da integridade física dos profissionais.

- Todos os grupos se queixaram das precárias condições de espaço físico dos CAPS, que são pequenos e não possuem sede própria, geralmente estão alocados em casas alugadas, não projetadas para serem equipamentos de saúde. Reclamam também da falta de recursos humanos, em que as equipes se sentem sobrecarregadas para cuidar de toda demanda que o CAPS possui.

- Os casos mais específicos de pacientes psicóticos que fazem uso de substâncias químicas, como álcool e drogas, também apareceram como gerador de muito sofrimento, pois os profissionais sentem - se incapacitados para cuidar dessas pessoas e já não sabem mais se as crises desses pacientes são geradas pela doença ou pelo uso destas substâncias.

- Os profissionais, a partir de toda discussão realizada, questionam se os CAPS dão conta de todo o sofrimento mental. Percebemos, a partir das narrativas, que isso está longe de acontecer, pois os CAPS são equipamentos que estão em construção e são abertos, ou seja, constantemente a equipe de trabalhadores se depara com situações novas, que podem ser geradoras de incertezas e conflitos.

O material produzido pelas narrativas é rico e extenso, abrindo um campo amplo para discussões e reflexões e está longe de se chegar a uma conclusão definitiva, mesmo por que o sofrimento existirá sempre.

É importante compreender que todo processo de investigação científica é um movimento constante entre a realidade e a teoria, constituindo um movimento dialético. Neste sentido, este estudo não esgota a complexidade dos fenômenos envolvidos na teia de relações entre o trabalho na saúde, o sofrimento e o prazer de lidar com a loucura.

9- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, P D C, TORRE, E H G. A constituição de novas práticas no campo da Atenção Psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Saúde em Debate.** 2001; v.25, p.26-34.

BASAGLIA, F. **A instituição negada**. Rio de Janeiro: Graal, 2001. p. 97-133.

BRAGA CAMPOS, F C. Os desafios da gestão de redes de atenção em Saúde Mental para o cuidar em liberdade. Ministério da saúde, **Cadernos de Texto da III Conferência nacional de Saúde**, 2001, 190p.

BRANT, L C, MINAYO – GOMEZ, C. A transformação do sofrimento em adoecimento: do nascimento da clínica à psicodinâmica do trabalho. **Ciência e Saúde Coletiva**. 2004; 9(1): 213-223.

BRANT, L C, MINAYO – GOMEZ, C. O sofrimento e seus destinos na gestão do trabalho. **Ciência e Saúde Coletiva**. 2005; 10(4): 939-952.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Reorientação do Modelo Assistencial em Saúde Mental – Relatório Final,** 1994.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Lei nº 10.216 – dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.** 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde, Coordenação Geral de Saúde Mental: **Saúde Mental no SUS, Boletim informativo da Saúde Mental.** IV, n.18, 2005.

CAMPOS, C M S, SOARES, C B. A produção de serviços de saúde mental: a concepção de trabalhadores. **Ciência e Saúde Coletiva.** 2003, 8(2): 621-628.

CAMPOS, G W S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2000; 5(2): 219 – 30.

CAMPOS, G W S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. 2ª edição. São Paulo: Hucitec, 2005. 236 p.

CASTORIADIS, C. A crise no processo de identificação. In: **As encruzilhadas do Labirinto IV – a ascensão da insignificância**. Paz e Terra, 2002. p. 145-62.

CECCARELLI, P. O sofrimento psíquico na perspectiva da psicopatologia fundamental. **Psicol. Estud.** Dez. 2005, vol.10, nº 03, p.471-77.

DEJOURS, C. **A Loucura do Trabalho – Estudo de Psicopatologia do Trabalho**. 5ª ed. S.P:Cortez, 1992. 168p.

ENRIQUEZ, E. Vida Psíquica e organização. In: MOTTA, F P & FREITAS, M E (orgs.). **Vida Psíquica e Organização.** S.P: Ed. FGV, 2000, p.11-22.

FREUD, S. Construções em Análise. In: **Edição eletrônica brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro, 1997.

GADAMER, H G. **Verdade e Método – Traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica.** Tradução de Flávio Meurer. Petrópolis, R.J.: Vozes, 1997. 731p.

GATTI, B A. **Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas**. Brasília: Líber Livro, 2005, 77p.

GOFFMAN, E. **Manicômios, Prisões e Conventos**. 5ª ed. S.P.: Perspectiva, 1996. 312p.

KAËS, R. Realidade psíquica e sofrimento nas instituições. In: KAËS, R.; BLEGER,J.; ENRIQUEZ, E.; FORNARI,F.; FUSTIER,P.; ROUSSILLON, R.; VIDAL, J. P. (orgs.). **A Instituição e as Instituições**. S.P.: Casa do psicólogo livraria e editora, 1997, p. 1-39.

MARAZINA, I. Trabalhador da saúde mental: encruzilhada da loucura. **SaúdeLoucura.** 1991, 1 (1): 69-74.

MINAYO, M C S. **O Desafio do Conhecimento**. 6ª edição. S.P: Hucitec, 1999. 254p.

MINAYO, M C S. Hermenêutica – Dialética como caminho do pensamento social. In: MINAYO, M C S., DESLANDES, S F (orgs). **Caminhos do Pensamento – epistemologia e método.** R.J.: Ed. Fiocruz, 2002. p.19-107.

MOTTA, F P & FREITAS, M E (orgs). **Vida Psíquica e Organização.** S.P: Ed. FGV, 2000, 150p.

MUROFUSE, N T, ABRANCHES, S S, NAPOLEÃO, A A. Reflexões sobre estresse e Burnout e a relação com a enfermagem. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**. março-abril 2005, 13(2): 255-61.

NABERGOI, M, BOTTINELLI, M M. Saúde do Terapeuta Ocupacional como Trabalhador. Síndrome de Burnout: Eixo para pensar nas Relações entre Reflexividade, Pesquisa e Prática. In: LANCMAN, S. (org.). **Saúde, Trabalho e Terapia Ocupacional.** S.P.: Roca, 2004. p. 187-203.

OLIVEIRA, A B, ALESSI, N P. O trabalho da enfermagem em saúde mental: contradições e potencialidades atuais. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**. maio-junho 2003, 11(3):333-40.

OMS – Relatório sobre a saúde no mundo 2001 – **Saúde Mental: Nova concepção, nova esperança**. Geneva: Biblioteca da OMS, 2001, 173p.

ONOCKO CAMPOS, R. A gestão: espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas. In: CAMPOS, G W S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003a. p. 122-149.

ONOCKO CAMPOS, R. O Planejamento no labirinto: uma viagem hermenêutica. São Paulo: Hucitec; 2003b. p. 105-55.

ONOCKO CAMPOS, R. Humano, demasiado humano: um abordaje Del mal – estar em la instituición hospitalaria. In: SPINELLI, H. (comp.). **Salud Colectiva: Cultura, Instituciones y Subjetividade: Epidemiologia, Gestión y Políticas.** Buenos Aires: Lugar, 2004. p. 103-119.

ONOCKO CAMPOS, R. Pesquisa qualitativa em Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde Coletiva. In: BARROS, N F, CECATTI, J G, TURATO, E R. **Pesquisa Qualitativa em Saúde – múltiplos olhares.** Campinas, S.P.: Ed,. Unicamp, 2005a. p.261-71

ONOCKO CAMPOS, R, FURTADO, J P, BENEVIDES, R, PASSOS, E. **Pesquisa avaliativa de uma rede de Centros de Atenção Psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental**. Julho de 2005b.

ONOCKO CAMPOS, R. O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2005c, 10 (3): 573 – 83.

ONOCKO CAMPOS, R, FURTADO, J P. Avaliação de programas e serviços de saúde mental: questões metodologias. In: **Anais do VIII congresso Brasileiro de Saúde Coletiva e XI Congresso Mundial de Saúde Coletiva**; 2006 ago. 21-25; Rio de Janeiro, Brasil. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva; 2006.

PITTA, A. **Hospital dor e morte como ofício.** 4ª edição. S.P.: Hucitec, 1999. 198p.

PROPATO, L. La Salud de los enfermeros. In: CIRIANNI, M, PERCIA, M (orgs). **Salud y Subjetividad – capacitación con enfermeras y enfermeros en un psiquiátrico.** Buenos Aires: Lugar editorial, 1998. p. 71-75.

RICOEUR, P. **Interpretação e Ideologias.** Tradução de Hilton Japiassu. R.J.: Francisco Alves, 1990. 172p.

RICOEUR, P. **Tempo e Narrativa - Tomo 1.** Tradução: Constança Marcondes Cesar. Campinas: Papirus. 1994. 327p.

SEVERINO, A J. **Metodologia do trabalho científico.** 21ª edição. S.P.: Cortez, 2000.

TENÓRIO, F. A Reforma Psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **História, Ciências, Saúde.** Manguinhos, R.J., jan.-abr. 2002, vol.9(1): 25-59.

TOBAR, F, YALOUR, M R. **Como fazer teses em saúde pública: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas.** R.J.: Ed. Fiocruz, 2001, 168p.

WESTPHAL, M F. **Participação popular e políticas municipais de saúde: Cotia e Vargem Grande paulista**. [Tese de Livre docência]. São Paulo, Universidade São Paulo, Faculdade de Saúde Pública; 1992.

WESTPHAL, M F, BÓGUS, C M, FARIA, M M. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. **Boletim da Oficina Sanitária do Panamá.** 1996. 120 (6): 472-82.

WORTHEN, B R, SANDERS, J R, FITZPATRICK, J L. **Avaliação de programas – Concepções e Práticas**. Ed. Gente, 2005.

ZERBETTO, S R, OPEREIRA, M A O. O Trabalho do Profissional de nível médio de enfermagem nos novos dispositivos de Atenção em Saúde Mental. **Rev. Latino Americana de Enfermagem.** jan.-fev. 2005, 13(1): 112-7.

10- ANEXOS

ANEXO I

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
Caixa Postal 6111, 13083-970 Campinas, SP
(0_19) 3788-8936
FAX (0_19) 3788-8925
www.fcm.unicamp.br/pesquisa/etica/index.html
cep@fcm.unicamp.br

CEP, 25/10/05
(PARECER PROJETO 396/2004)

PARECER

I-IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: **"PESQUISA AVALIATIVA DE UMA REDE DE CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: ENTRE A SAÚDE COLETIVA E A SAÚDE MENTAL"**

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Rosana Onocko Campos

II - PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP aprovou o Adendo com o projeto **"SOFRIMENTO PSÍQUICO DOS TRABALHADORES DA SAÚDE MENTAL INSERIDOS NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL"** da pesquisadora Ana Luiza Ferrer, referente ao protocolo de pesquisa supracitado.

O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

Profa. Dra. Carmen Silvia Bertuzzo
PRESIDENTE DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM / UNICAMP

Página 1 de 1

ANEXO II

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esta pesquisa será realizada com fins acadêmicos, como subsídio para a Dissertação de Mestrado intitulada "Sofrimento psíquico dos trabalhadores da saúde mental inseridos nos Centros de Atenção Psicossocial", pelo Departamento de Medicina Preventiva e Social – FCM – UNICAMP.

Esta pesquisa tem como objetivo identificar, descrever e analisar o sofrimento psíquico dos profissionais da saúde mental que atuam em Centros de Atenção Psicossocial do município de Campinas / S.P.

Para isso, serão objetivos específicos da pesquisa os seguintes:

1. Identificar e analisar de que maneira os profissionais expressam suas angústias e sofrimentos vivenciados nos CAPS;

2. Identificar e analisar de que forma a manifestação dos sofrimentos interferem na rotina de trabalho e na vida pessoal destes profissionais;

3. Identificar quais as principais estratégias defensivas mais freqüentemente utilizadas pelos profissionais;

Para a coleta de dados, serão realizados de grupos de discussão com os sujeitos da pesquisa, ou seja, profissionais engajados na assistência, envolvidos na rede de CAPS de Campinas.

Esses grupos serão coordenados pela pesquisadora, que irá apresentar os tópicos de interesse para a pesquisa e focar o debate para as questões mais pertinentes. Participará também dos grupos uma pessoa responsável por fazer anotações das falas.

Será utilizado um gravador de áudio para garantir que todos os dados fornecidos pelos sujeitos da pesquisa possam ser recuperados e analisados posteriormente.

É compromisso da pesquisadora assegurar o sigilo, a identidade e a privacidade dos sujeitos da pesquisa, quando da transcrição das falas e incorporação das informações na redação da dissertação.

A pesquisadora compromete-se também a prestar qualquer tipo de elucidação sobre os procedimentos e outros assuntos relacionados à pesquisa, antes do seu início e durante seu desenvolvimento.

Os sujeitos têm liberdade para se recusarem a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem que tenham nenhum tipo de prejuízo.

Sendo assim, pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr.(a) _____, portador(a) da cédula de identidade _____, após leitura minuciosa das informações sobre a pesquisa e ciente dos objetivos e procedimentos da mesma, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu **CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO,** concordando em participar da pesquisa proposta.

E, por estarem de acordo, assinam o presente termo.

Campinas/ SP, _____ de _____ de _____.

_____ _____

Assinatura do Sujeito Assinatura do Pesquisador

Pesquisadora responsável: Ana Luiza Ferrer

Terapeuta Ocupacional, aluna do Programa da Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Depto. de Medicina Preventiva e Social – FCM Unicamp.

Telefones para contato: (19) 3273 5253 e (19) 8155 9351

A sua participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. Em caso de dúvida, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp. Telefone: (19) 3788 8936.

ANEXO III

Roteiro para o grupo focal com os trabalhadores dos Caps – 1ª rodada

- **Abordagem preliminar**

1. O que vocês entendem por Caps?
2. O que vocês manteriam e o que mudariam nesses serviços?

- **Sobre os projetos terapêuticos individuais (PTIs)**

3. O que vocês pensam, quando falamos "PTI"?
4. Quando são elaborados esses projetos? Quem os elabora e de que modo?
5. Na prática de vocês, como são acompanhados os PTIs? Eles são revistos? Se sim, como isso acontece?
6. Vocês trabalham com equipe ou técnico de referência? É possível detalhar quais são as funções desse arranjo? Essa é uma forma de organização do trabalho que ajuda ou atrapalha? Por que? Tem alguma coisa que vocês mudariam?
7. Existe algum referencial teórico para realização deste trabalho? Se sim, o que vocês acham desse referencial? Ele facilita ou dificulta?

- **Sobre as práticas em grupo**

8. Existem práticas de grupos no CAPS ou não? Se sim, quais?
9. Que funções possuem?
10. Existem discussões entre a equipe sobre os grupos? Se sim, que tipo, quando e em quais circunstâncias?

- **Sobre a atenção à crise**

11. O que vem à cabeça de vocês, quando falamos em "crise"? Há algum outro tipo de crise que não foi falado e que vocês gostariam de comentar?

12. O restante do pessoal do Caps compartilha dessa idéia sobre crise ou existem pessoas que pensam diferente?

13. De modo geral, como são atendidas as crises neste serviço?

14. E como é o atendimento dos pacientes que chegam em crise pela primeira vez no serviço?

15. Existem PTIs especificamente elaborados para os momentos de crise? Se sim, como se dá essa elaboração?

16. Vocês atendem situações de crise fora do Caps? Se sim, quando e quais critérios? Se não, porque?

17. Utiliza-se leitos de outras instituições para pacientes do Caps em crise? Se sim, em quais leitos? Onde? E quando? Quais os critérios? Se não, porque?

- **Gestão**

18. Como funciona a gestão deste serviço?

19. Existem estratégias no processo de trabalho que estimulem a interação entre a equipe de profissionais? Se sim, quais são? São suficientes? Como é a relação entre a equipe com a função de coordenação?

20. Vocês acham que há alguma interação entre a forma como este serviço é organizado e a clínica pensada para cada paciente? Se sim, como acontece esta interação? Podem dar exemplos de situações que tiveram e que não tiveram esta interação?

- **Sobre a formação dos profissionais**

21. Vocês costumam ouvir relatos de queixas por sobrecarga entre seus colegas de trabalho? Com que freqüência isto ocorre? Quais as queixas mais freqüentes?

22. Existem estratégias de desenvolvimento e educação permanente dos profissionais do serviço dentro da instituição/serviço? Se sim, quais são? Com que freqüência ocorre? São suficientes ou não?

23. E fora da instituição, quais estratégias vocês lançam mão para seu desenvolvimento profissional? Com que freqüência? São suficientes? Quanto de investimento pessoal é colocado nisto? Vocês acham que isso deveria ser oferecido pela Instituição?

- **Captando questões dos grupos de interesse para a avaliação**

24. Vocês acham que os CAPS deveriam ser avaliados? Se sim, quais os aspectos que deveriam ser avaliados? Se não, porque?

25. O que vocês esperam como resultado desta avaliação? Qual o retorno na prática dos serviços esperados com esta avaliação?

ANEXO IV

Roteiro para o grupo focal com os trabalhadores dos Caps – 2ª rodada

1º) Re-apresentação

2º) Explicar a construção das narrativas a partir da transcrição do material coletado em campo na primeira rodada dos grupos. Referencial teórico de Ricoeur.

3º) Contrato de leitura e leitura da narrativa

4º) Eixos para aprofundamento das discussões:

- sentidos da crise
- relação entre clínica X reabilitação psicossocial
- elaboração dos PTI's – como articula profissionais do serviço, usuários e as redes de apoio.
- CAPS – serviços alternativos X subsitutivos
- Referência: entre o vínculo e a responsabilização
- A função dos grupos nos CAPS
- volume da demanda
- Intersetorialidade, rede e território.
- sofrimento do trabalhador – como detectam? Como se manifesta? Como lidam com isso? Que conseqüências traz para a vida?
- o que aparece como necessidade de ser avaliado na narrativa de cada grupo.