

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL – UFRGS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
ESPECIALIZAÇÃO EM EDUCAÇÃO EM SAÚDE MENTAL COLETIVA

ENTRE A ÉTICA E A ALEGRIA –
REFLEXÕES NECESSÁRIAS PARA O TRABALHO EM UM CAPS

Gabriela Kunz Silveira

Porto Alegre
Novembro, 2010

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL – UFRGS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO

ENTRE A ÉTICA E A ALEGRIA –
PRODUÇÕES NECESSÁRIAS PARA O TRABALHO EM UM CAPS

Trabalho apresentado como requisito
obrigatório para Conclusão de Curso de
Especialização em Educação em Saúde Mental
Coletiva.

Prof^a Orientadora: Dra^a Analice Palombini

Gabriela Kunz Silveira

Porto Alegre
Novembro, 2010

Sumário

Resumo	04
Introdução	05
1 Não reconhecimento do outro: crise ética e as perdas de sentido	07
2 Da manutenção do narcisismo à impossibilidade de pensar: a burocratização profissional	10
3 Cuidado: capacidade de pensar	15
4 Recorte de um percurso	20
5 Espaço para construção de vida: alegria como dispositivo para as equipes...	24
Considerações finais	28
Referências bibliográficas	31

Resumo

Através de pesquisa bibliográfica e de reflexão sobre o cotidiano vivido, o presente escrito surgiu a partir de algumas reflexões sobre o trabalho realizado nos Centros de Atenção Psicossocial (Caps), principalmente no que diz respeito aos contratos dos trabalhadores em saúde mental e sua consequência sobre os contratos terapêuticos dos usuários. Retoma-se a questão da ética e da crise contemporânea em que ela está submersa a partir da crise atual do capitalismo, quando fica evidenciada principalmente a dimensão ética que há nesta crise. Aborda-se, em seguida, o tema da burocratização do trabalho, acrescido de uma discussão sobre o cuidado e a saúde das equipes de trabalhadores. Aponta-se, então, a necessidade de construção de dispositivos que permitam a produção de vida para a equipe de trabalhadores, sendo a alegria um dispositivo que além de alívio, gera vida, necessários para manter os trabalhadores em saúde mental em seu ofício. Apresenta-se o histórico de um Caps e se conclui o trabalho com questões que abrem para novas produções.

Palavras-chave: Atenção Psicossocial. Cuidado. Ética. Saúde do trabalhador. Saúde mental.

Introdução

O presente trabalho surgiu da escolha dentre as muitas inquietações geradas pelo trabalho de uma psicóloga em um Centro de Atenção Psicossocial - Caps II¹. As inquietações sempre foram presentes ali, no cotidiano das vivências de atendimento, espaços com a equipe e de aprendizagem. Ao longo do período trabalhado nesse serviço, circulou-se por diferentes papéis enquanto profissional e sempre foi buscado o aprofundamento nos conhecimentos teóricos relativos a cada uma das funções exercidas.

Após um período de trabalho, que foi posterior a um estágio profissionalizante realizado no mesmo local, surgiu a oportunidade de ingressar em um curso de Especialização para esta prática – o presente curso de especialização em Educação em Saúde Mental Coletiva. A proximidade com a educação foi um atrativo a mais, tendo em vista o histórico de pesquisas científicas realizados nessa área e o gosto pessoal por estar sempre em envolvimento com seminários e supervisão de estágios profissionais também.

Tal curso foi responsável por suscitar muitas outras inquietações, as quais foram tomando forma mais consistente em função, principalmente, das discussões realizadas em aula e das indicações de materiais bibliográficos. A partir do convênio da UFRGS com a Prefeitura Municipal de Novo Hamburgo é que tal realização tornou-se possível.

É evidente que se torna impossível descrever todas as inquietações e questões pensadas. Mas houve uma linha que seguiu, de certa forma, constante, que é sobre a questão do cuidado em saúde mental nos serviços públicos. Algumas vivências que compuseram os últimos meses deste ano de trabalho tomaram a frente e ocuparam mente, corpo e alma – se é que pode haver uma separação entre eles. Inviável voltar dedicação e pensamento para outra questão que não a da minha saída desse serviço, no qual por anos trabalhei com muito amor.

Pelo “andar da carruagem” as situações foram se tornando muito mais dolorosas nas últimas semanas, e isto atravessa com muita força a presente escrita, que, longe de querer ser um discurso reclamatório, pretende lidar com a realidade que foi se apresentando. Também pretende ser um retorno a conceitos teóricos, tendo em vista a crença na potência humana de não se submeter a certos fatos que diminuem e menosprezam a capacidade de trabalho que

¹ Segundo a portaria GM/MS 336 de 19/02/2002, que regulamenta os Caps no Brasil, eles são divididos em três modalidades, conforme o número de habitantes do município e os atendimentos ofertados. Os Caps atendem pacientes com transtorno grave e persistente, sendo que os Caps I situam-se em municípios com número de habitantes entre 20.000 e 70.000; os Caps II em municípios de 70.000 a 200.000 habitantes – tanto os “I” quanto os “II” funcionam cinco dias por semana, em dois turnos, manhã e tarde. Já os Caps III são para municípios com mais de 200.000 habitantes e atendem inclusive pacientes em crise, funcionando 24 horas por dia, sete dias da semana.

têm os trabalhadores em saúde pública, considerando, dentre outras questões, os baixos salários, as cargas horárias elevadas, a falta de condições materiais e principalmente a falta de cuidado humano para com os trabalhadores e, em consequência, de forma mais prejudicial ainda, para os usuários.

Nesse sentido, a questão que foi se delineando com mais força foi a dos contratos. Os de trabalho e, diretamente ligados a eles, os contratos terapêuticos de cuidado. Em saúde mental, para que seja possível um tratamento ter êxito, trabalha-se basicamente, durante anos, em cima do contrato estabelecido entre o usuário e o serviço. Contrato este que é flexível em termos de objetivos, horários, frequência, etc, mas que é extremamente rigoroso no que diz respeito à ética em relação ao usuário e a todo conteúdo que for trazido para ser tratado. Por isto, foi considerado fundamental retomar primeiramente a questão ética e a crise contemporânea em que ela está submersa. Em seguida e ainda dentro de um plano mais próximo do teórico, a questão da burocratização do trabalho, para encerrar a teorização com a discussão sobre o cuidado. Esses três campos foram tomados em consideração, sempre atravessados pelo contexto da sociedade contemporânea e seus efeitos nos sujeitos.

Reservou-se ainda um quarto momento para descrição de um recorte puramente vivencial – apesar de ser recorte, foi o preponderante para a escrita deste trabalho como um todo. E, no encerramento, são colocadas questões que não querem e não precisam apenas de teoria para serem respondidas. Ao contrário, precisam sair do papel e ser exercidas na prática.

1 Não reconhecimento do outro: crise ética e as perdas de sentido

É importante que se considere o contexto da sociedade contemporânea, onde se pode analisar, com a colaboração de diversos autores, a crise ética da pós-modernidade. O que pode ser considerado como progresso econômico no desenvolvimento capitalista, não o pode ser nas outras dimensões da sociedade: a política, a cultural e principalmente a ética. Luz (2008), a partir do estudo da sociologia da cultura, aponta que, com a crise atual do capitalismo – o qual, aliás, sustenta-se de crises –, fica evidenciada principalmente a dimensão ética que há nesta crise, quando o que se vivencia é um esboroamento de certos valores considerados fundamentais para a coesão social, levando à perda ou à colocação em segundo plano de valores sociais milenares e propiciando a interiorização de valores originados na racionalidade de mercado: competição, sucesso, vitória, individualismo, lucro, vantagem, consumismo, ter ou aparentar ter como exposição máxima do ser.

A competição entre os sujeitos (não necessariamente sujeitos que se colocam como trabalhadores, mas que às vezes colocam-se como burocratas – termo que será melhor trabalhado adiante) torna o local de trabalho, onde se concentra a maior parte das atividades das pessoas, “um lugar hostil à vida social e à própria vida individual como totalidade biológica e psíquica”. O processo de interiorização desta lógica (econômica) leva à ruptura paulatina do tecido social, “destrói bases de sociabilidade historicamente enraizadas em instituições e coletividades, e produz, literalmente, *perdas de sentido* culturais” (Luz, 2008, p.13).

O que entra em questão é a produtividade por si só, e desencadeia-se um processo de estímulo ao individualismo, ou o “indivíduo” como única saída; o que se converte em desagregação de laços tradicionais de solidariedade, esgarçamento do tecido de sociabilidade, desconfiança mútua gerada pela competição; desestabilizando, portanto, as relações no trabalho. Uma “ditadura institucional da *produtividade*” que inibe a vida social distendida e impede relações cordiais, não competitivas e de expressão de sociabilidade solidária. Uma vez que *isola* os agentes no seu mundo individual, perdem-se sentidos relativos ao estar juntos, pertencimento a um grupo, ao nós – tanto quanto se perdem os significados relativos às próprias atividades de trabalho (Luz, 2008).

A psicanálise se soma a esta reflexão naquilo que pensa corroborar com uma crise da ética contemporânea, que diz respeito ao atual não reconhecimento da lei (Kehl, 2002). Esta teoria, sob um outro ponto de vista, no qual considera a responsabilidade (ou falta dela) do sujeito contemporâneo sobre sua vida, seus atos e seu desejo, aponta uma das questões

pertinentes ao ser humano hoje: a dificuldade no reconhecimento do outro e, portanto, a abertura à sociabilidade.

O não reconhecimento da lei é referência, não às leis constitucionais, ou às leis que estão no papel em cada país, mas à única lei universal que funda a condição dos seres humanos como seres de cultura: a que impõe renúncia ao excesso de gozo, na forma de interdição do incesto. Essa lei delimita e legitima a existência social, dá sustentabilidade para que o ser humano possa se relacionar e conhecer e reconhecer existência de um outro diferente de si. A incidência da lei sobre os sujeitos tira-lhes uma parcela de gozo e inscreve a eles na cultura, ou seja, na linguagem e na vida em sociedade.

A cultura das sociedades modernas tem “na liberdade, na autonomia individual e na valorização narcísica do indivíduo seus grandes ideais, pilares de novos modos de alienação, orientados para o gozo e para o consumo” (Kehl, 2002, p.13). Cada nova geração vai se constituindo pelo rompimento com o que teria restado de tradição das gerações anteriores. Os indivíduos não têm compromissos com os antepassados e não reconhecem o peso do laço com os seus semelhantes, vivos e mortos, na sustentação da sua posição subjetiva.

Para a autora, a crise atual se agravou no final do século XX, com a mudança da economia, o declínio da era industrial, do trabalho, do sacrifício e da cultura de adiamento do prazer. A nova economia gera seus lucros a partir de outras formas (informática, comunicação, etc.) e também do consumo de bens supérfluos, serviços e lazer. Nesta situação, não significa que haja indiferença ao imperativo da lei, mas que a lei vai perdendo sustentação na cultura.

Uma vez que o sujeito está regido pelo princípio de gozo a qualquer custo, não há o reconhecimento da lei. Isso significa dizer que não há o reconhecimento do outro, semelhante e ao mesmo tempo diferente, ou de um grupo, ou de uma sociedade. Este quadro não implica um sujeito feliz, ao contrário, há cada vez menos possibilidades para ele de encontrar recursos simbólicos que acaltem o desamparo de sua existência; acabando por restar-lhe apenas repetir as tentativas de saciar um gozo inesgotável e dominador. O sujeito passa envolvido consigo próprio, sem condições de olhar ao seu redor.

Esta crise contemporânea, principalmente no que diz respeito à crise ética atual, engendra as mais diversas práticas, sejam elas novas ou velhas. Seus efeitos se espalham. Os serviços de saúde, as rotinas diárias de trabalho e do cotidiano das pessoas são tomados e transformados tal como a economia foi. Porém, para que se possa fazer a diferenciação necessária e para que se possa dar um passo atrás, antes de mergulhar nessa maré, é urgente colocar-se em posição de pensar, e não de agir sem reflexão. Tal como é a proposta do

presente trabalho, partimos agora para análise e consideração da realidade brasileira de trabalho em saúde pública, mais especificamente sob o ponto de vista de um pesquisador dedicado ao trabalho relacionado à saúde mental.

2 Da manutenção do narcisismo à impossibilidade de pensar: a burocratização profissional

Costa (1991) coloca em questão a psiquiatria burocrática no Brasil; questão, porém, que não está restrita apenas aos asilos, mas a um fator social ainda maior, a uma máquina burocrática que circunscreve a sociedade brasileira. “Minha hipótese é de que o exercício burocrático da profissão ou da cidadania insere os sujeitos num tipo de ‘montagem perversa’ das relações sociais, conforme a noção criada por Contardo Calligaris (1986-1988)” (Costa, 1991, p.42). O autor retoma Arendt (1973; 1976; 1979) no seu conceito de “homem supérfluo”, aquele indivíduo expulso da sociedade em que vivia, por motivos históricos ou político-econômicos. Na origem da burocracia totalitária estariam a despossessão da cidadania de numerosas multidões e, portanto, a criação da superfluidade. Supérfluo é o homem desprovido de qualquer direito enquanto cidadão.

Como resposta ao estado de superfluidade, pode-se encontrar a delinqüência e a obediência. A obediência envolve tanto os sujeitos que ocupam o lugar de opressor quanto os que ocupam o lugar de oprimido. A partir de Levi (1988) obedecer significa “ocupar-se de imediato com o imediato. Significa não poder parar para pensar nas conseqüências do que é feito” (Costa, 1991, p.44). Diante dos desígnios de um “império”, devem se calar os administrados e também os administradores – administradores dos quais se exigem renúncia à individualidade própria e indiferença aos reclamos da individualidade dos outros. Nas palavras de Costa:

Obtido este grau de eficiência e coesão, a burocracia estava pronta para funcionar. Tinha aniquilado a idéia de indivíduo, lei e mundo comum, pondo no lugar a idéia do funcionário obediente aos regulamentos e dedicado à administração e à causa expansionista. (...) Foi esta idéia de burocracia como “domínio de Ninguém” ou de “domínio de um intrincado sistema de departamentos no qual nenhum homem, nem o único nem o melhor, nem poucos nem muitos, pode ser o responsável (Arendt, 1973)” (Costa, 1991, p.46).

As instituições asilares brasileiras passaram por um período de autoritarismo, no qual o cotidiano de maus tratos dentro do asilo parece ter relação direta com os contratos de trabalho precários (apadrinhados), com a falta de técnicos especializados, com os baixos salários e baixo status social do hospital psiquiátrico. Tanto do lado da administração quanto do lado dos técnicos, disso resulta a insatisfação e descontentamento, refletida em práticas

burocráticas de rotinas e protocolos, sem empenho ou sentido de produtividade. Neste contexto os atos abusivos e violentos, sexuais e físico-morais, tornam-se naturalizados e impuníveis. Para Costa (1991, p.51), “formou-se uma comunidade de ‘condenados’ da cidade, vivendo num universo fechado e promíscuo, onde as distinções de papéis e funções diluía-se na mesma falta absoluta de sentido do que ali se vivia ou fazia”.

O autor faz uma diferenciação entre técnicos e burocratas. Os profissionais técnicos são os que prestam assistência em saúde e realizam seu trabalho específico com empenho e responsabilidade. Já os burocratas também são profissionais, tanto da administração quanto da assistência em saúde, mas, na prática, prestam seu trabalho à manutenção da burocracia. Nas palavras de Costa (p.52), desenha-se a imagem do burocrata no exercício do seu ofício:

No mais, todos estavam naquele lugar para nada. Os burocratas da assistência sabiam que os colegas da administração eram ociosamente supérfluos e vice-versa. E, juntos, todos sabiam que estavam no hospital, não para tratarem de loucos ou clientes, mas para sobreviverem. Apartando-se do mundo de fora em troca da ‘estabilidade do emprego público’, haviam perdido o lugar e a habilidade de poder viver neste mundo. Isolados dos ‘valores sociais estabelecidos e jogados a mercê de si mesmos’ em ‘nada acreditavam, mas podiam chegar a crer em tudo (Arendt, 1976,p.99). Tinham perdido todo suporte de suas identidades de cidadãos, restando-lhes, apenas, a paixão pela burocracia. A indiferença para com a degradação dos internos; a renúncia a qualquer objetivo pessoal e o anonimato em que viviam, para escapar do trabalho e ocultar a desqualificação profissional, igualava-os, em superfluidade, aos pacientes crônicos ou candidatos a cronificação.

Neste momento retoma-se a conceituação inicial do autor: para entender o jogo burocrático é preciso compreendê-lo como uma forma de perversão. Conforme se referencia em Calligaris (1986), Costa (1991, p.62) utiliza a noção de perversão como laço social, ou seja, não se trata de considerar como uma estrutura perversa do indivíduo, mas sim como a facilidade com a qual o sujeito entra em “formações ou montagens perversas”, no sentido de “abandonar sua singularidade” para perseguir ao “gozo do Outro”. Nestes termos, retorna-se aquilo já descrito anteriormente, a perversão da posição do burocrata tem ligação direta com a obediência.

O risco da “banalidade do mal” está inscrito na disponibilidade da neurose em deixar-se capturar pela “montagem perversa” e na exigência do social, que para funcionar eficazmente tende a reificar “um Outro” heterônimo às “leis humanas” e

dissolutor da singularidade do sujeito e de seu desejo. Sob este aspecto, a perversão como laço social renova a equação do Mal-estar na Cultura, mostrando que a destruição passa pela ilusão do gozo do Outro (Costa, 1991, p.66).

Ou seja, trata-se de uma falsa idéia de liberdade transgressora, pois aquele “senhor” que o perverso imagina ser superior e, portanto, “senhor” dele, só é “senhor” às custas de sua própria submissão e obediência. Não há, também para o perverso, ser sujeito de seu próprio desejo. Pode-se aprofundar mais esta discussão apontando que, nesse estado de superfluidade, ao qual se responde com obediência (burocrata), também está em jogo uma estratégia narcísica de sobrevivência.

O burocrata, pela obediência, não só goza fazendo imaginariamente gozar o Estado-Burocracia. Também goza imaginariamente, encenando o papel de cortesão, no pátio dos milagres em que se transforma a sociedade brasileira, incapaz de destronar uma casta que vegeta em meio ao horror e a desesperança dos mais fracos (Costa, 1991, p.71).

As leis, por mais loucas ou perversas que sejam, devem ser cumpridas, não importa os princípios que a orientam, e sim a sua forma regulamentar. A lei burocrática tem mão única, pois, quando se trata de voltá-la contra o burocrata, transforma-se em casuísmo e não se aplica a ele porque a própria burocracia impede. É desta lógica que o burocrata extrai seus elementos imaginários para sustentar a indiferença e o alheamento diante das necessidades humanas.

Disto, o aspecto mais truculento é que a lei burocrática se apresenta como dado natural, tendo a Burocracia normatividade própria, não sendo passível de julgamentos ou questionamentos. Por isto a Burocracia-Lei é impermeável à discussão sobre valores. A ética é inserida naquilo em que se trate de aplicar regulamentos. O resultado? Atrofia-se a tarefa humana de pensar.

Pensar, ao contrário de obedecer cegamente, é procurar o impossível. É buscar uma homologia consigo mesmo, esta sim, verdadeiramente votada ao insucesso. Mas é nesta busca constante do “melhor”, do “mais justo”, do “mais belo” ou do “mais verdadeiro”, que o mundo humano dos valores é construído. Num universo em que esta tarefa pragmaticamente dispensável é desqualificada ou negada em sua importância, tudo corre o risco de tornar-se igualmente sem valor, e pensar torna-se desnecessário. Por isso, o burocrata não pensa, obedece. E ao obedecer, ele alcança, não a homologia consigo mesmo, impossível de ser alcançada, mas a homologia

com a Burocracia. Obedecendo, ele está imediatamente com a verdade e na verdade. Quando se invoca o regulamento burocrático, toda dúvida é expurgada e toda imprevisibilidade, banida. O novo, o imprevisível, o surpreendente, são o pesadelo do burocrata. Seu sonho é o da sociedade totalmente administrada, onde tudo e todos sejam previsíveis (Costa, 1991, p.73).

Esta estabilidade imóvel, almejada pelo burocrata, se justifica pela satisfação narcísica que o apazigua diante da contingência do mundo. Porém ela tem um preço caro ao sujeito: a renúncia a singularidade. Em se tratando do amortecimento existencial do burocrata, diante deste custo ele parece não se questionar e Costa conclui (p.73)²:

Pouco importa a renúncia a sua singularidade, se, na orgia burocrática, o sujeito libera-se do fardo do desejo, da falta, ou da castração. Enquanto objeto de gozo da Burocracia e enquanto sujeito que supostamente sabe fazer a Burocracia gozar, o burocrata encontra imaginariamente a resposta ao mal-estar do desejo e o mal-estar da cultura. Donde sua repulsa vigorosa a tudo que evoque o mundo humano da diferença, da falta, do prazer e do sofrimento.

Trata-se, portanto, de uma falsa questão, onde o que está em jogo é manter no imaginário a falsa idéia de senhor de si mesmo e de outros, e não a verdadeira capacidade de se dispor a construir uma relação com a realidade, a qual se pauta pela falta e pela falha, mas que permite o contato com outros e também consigo mesmo, possibilitando uma vivência permeada por afetações e que segue a via do desejo próprio, uma vivência que vai mais ao encontro da condição humana do sujeito.

Dispor-se a construir uma relação com a realidade, tal como apontado anteriormente por Luz (2008) e Kehl (2002), implica disposição em se abrir para o estranho, o desconhecido que a relação social impõe. Portanto, reconhecer-se como ser que necessita de outro para se constituir e para crescer; e, neste sentido, ser pautado pela falta e pela falha.

Ao considerar a existência da realidade do mundo, dos outros, é que o sujeito pode se colocar a pensar, porque se pensa na diferença. Na igualdade e na extensão de si próprio (como o fazem os narcisistas em relação aos outros “seus objetos”) não há pensamento, há satisfação de um gozo. Para cuidar é necessário constituir capacidade de pensar e não de

² As observações feitas por Costa datam de outro momento da realidade brasileira, quando, para citar um exemplo, ainda não estavam instituídos os Centros de Atenção Psicossocial, o que torna necessário lembrar e considerar as substanciais mudanças ocorridas no trabalho em saúde mental de 1991 até o presente ano. Porém, ainda que significativas diferenças marquem o período atual, as considerações feitas pelo autor seguem válidas e auxiliam a pensar práticas ainda presentes.

gozar. Cuidar tanto no sentido do cuidar do outro, quanto do cuidar de si, que são dois lados de uma mesma moeda. Segue-se agora para a ampliação da discussão sobre o cuidado em saúde.

3 Cuidado: capacidade de pensar

Integralidade é um termo ético, plural e democrático. Não é possível pensá-lo sem considerar a relação com o outro, e não é possível exercer a integralidade sem “agir” em diálogo, sem ter disponibilidade para a polissemia, para o encontro com o outro, desejante e na sua diferença.

Quer tomemos a integralidade como princípio orientador de práticas, quer como princípio orientador da organização do trabalho, quer da organização das políticas, integralidade implica uma recusa ao reducionismo, uma recusa à objetivação dos sujeitos e talvez uma afirmação da abertura para o diálogo (Mattos, 2001, p.61 in Guizardi e Pinheiro, 2008, p. 40).

A ação integral em cuidado com a saúde (tratar, respeitar, acolher, atender o ser humano em seu sofrimento) é entendida como “entre-relações” de pessoas. O *dialogismo* é um dos elementos constitutivos da ação integral, resulta do embate de muitas vozes sociais e quando eficaz, produz efeitos de polifonia – ou seja, quando essas vozes se deixam escutar e aí se explicita o campo privilegiado para ação da integralidade: o cuidado (Pinheiro, 2008).

Cuidar é sempre em relação e na relação. Não tem a ver com intervenção (técnica), mas sim com a relação que foi possível se formar. É necessário reconhecimento da autonomia e da singularidade dos múltiplos pólos da relação. Reconhecimento da autonomia não no sentido tratado anteriormente como aquele “cultuado” pela sociedade contemporânea, que envolve a autonomia numa demanda por um gozo ininterrupto e a qualquer custo – e então o sujeito “autônomo” quer gozar sempre, e não percebe o quanto se coloca passivamente submetido a este imperativo. Aqui, na perspectiva apresentada por estes autores, trata-se de autonomia como reconhecimento do outro, nas suas diferenças e naquilo que ele tem de ativo e criativo, por parte do sujeito, responsável pela sua vida e seu desejo. Essa concepção é consoante com a noção de autonomia cunhada por Tikanori (1996) no contexto da reforma psiquiátrica, como a capacidade de multiplicar as relações de dependência, ou seja, mais autônomo é o sujeito quanto maior o número de pessoas com quem estabelece relações de troca, o que implica reconhecimento do outro.

Para explicitar melhor a relação de cuidado, Mehry (2003, p.77, in Guizardi e Pinheiro, 2008, p.40) refere:

Qualquer abordagem assistencial de um trabalhador de saúde junto a um usuário-paciente se produz através de um trabalho vivo em ato, em um processo de relações, isto é, há um encontro entre duas “pessoas”, que atuam uma sobre a outra, e no qual opera um jogo de expectativas e produções, criando-se intersubjetivamente alguns momentos interessantes, como os seguintes: momentos de falas, escutas e interpretações, no qual há a produção de uma acolhida ou não das intenções que as pessoas colocam nesse encontro; momentos de cumplicidades, nos quais há a produção de uma responsabilização em torno do problema que vai ser enfrentado; momentos de confiabilidade e esperança, nos quais se produzem relações de vínculo e aceitação.

Mehry coloca em questão de forma clara que o cuidado se dá através um trabalho, que ele chama de “vivo em ato”. *Trabalho*, pode-se pensar, no sentido de que esse encontro se deu porque há um entorno profissional que o cerca, e *vivo em ato* porque requer disponibilidade, de ambos os lados, de se abrir para o reconhecimento do outro, para a compreensão e a relação que surge apenas quando o encontro é possível. A “simples” disponibilidade de se colocar para encontrar com o outro, diferente de si mesmo, é o cuidado. A intervenção técnica é um recurso que dará resolutividade a uma parte da demanda. Cuidado é mais amplo do que intervenção, ele requer poder encontrar e dividir um sofrimento que pode passar a ter, depois disto, um novo lugar para o sujeito, um novo lugar talvez não tão aterrorizador e mortífero, tal como tinha antes.

Porém, em se tratando da saúde, atualmente no Brasil, há que se fazer um outro contraponto, apontando para um aspecto real das relações atuais entre usuários e governo. Para ampliar mais esta discussão, pode-se tomar a questão da *dádiva* trazida por Mauss (1974, in Guizardi e Pinheiro, 2008, p.42), na sua pesquisa sobre as sociedades “arcaicas”, onde havia uma tríplice e paradoxal obrigação: o dar, o receber e o retribuir. Nesse mercado, os bens que circulavam eram secundários aos vínculos e às relações criadas. O que importava era o que se estabelecia entre as pessoas, o objeto da troca era a criação de vínculo de amizade ou de surgimento de rivalidades e obrigações.

Nesse tipo de sociedade as trocas de mercadorias estavam diretamente vinculadas à rede social. A *dádiva* inscrevia as trocas na rede social como ações dotadas de sentido. Uma citação de Guizardi e Pinheiro (2008, p.42) explicita:

Se antes do advento do mercado a produção se realizava inserida nas relações sociais, em função de vínculos comunitários diretos e direcionada unicamente pela utilidade social imediata, a partir dele inverte-se esse sentido de finalidade. [...] (e

se) instituiu a produção como finalidade social maior subordinando a ela os vínculos que anteriormente a determinavam.

Nas palavras citadas, tem-se a descrição de que as coisas passam a valer por si, independente das relações sociais através das quais circulavam, e então tornando o valor monetário o valor supremo. O lugar dos sujeitos sociais é assim esvaziado.

Seguindo os estudos de Mauss, na sociedade mercantil a dádiva, no sentido de “qualquer prestação de bem ou de serviço, efetuada sem garantia de retorno, tendo em vista a criação, manutenção ou regeneração do vínculo social” (Guizardi e Pinheiro, 2008, p.43), é expulsa da circulação das coisas, mas se mantém em outras relações, como as trocas de serviços e as demais relações. Porém, com a vinda do Estado moderno, os serviços são também liberados das obrigações dos vínculos sociais, de dar, receber e retribuir. Pode-se pensar a nova participação do Estado da seguinte forma:

Com o Estado democrático e previdenciário, as relações de serviços entre as pessoas não abrangidas pelo mercado são assumidas pelo aparelho estatal, que, desse modo, também as exclui do universo da dádiva. Tal fato nos leva a concluir que, através do Estado, a relação mercantil foi estendida a fronteiras antes intocadas pelo mercado, mesmo que isso se tenha dado pelo caminho da consolidação de direitos (Guizardi e Pinheiro, 2008, p.43).

Ou seja, tal como a nova função exercida pelo mercado, o Estado se coloca com a mesma postura diante dos “produtos” que agora pode – ou deve – oferecer. As autoras trazem uma hipótese interessante que aprofunda mais este tema, uma hipótese,

[...] segundo a qual o viés da redistribuição que fundamenta o aparelho estatal também produz uma ruptura nas relações pautadas na dádiva. Isso porque, na forma como são dispostos tais serviços, o Estado transforma o vínculo – fundado em relações únicas, pessoa a pessoa – em responsabilidade formal, assegurada por direitos jurídicos e efetivada por estranhos, como no caso da assistência em saúde (p.43).

A saúde, junto com as demais responsabilidades estatais, é colocada na mesma “máquina”, sem consideração com as diferentes áreas das quais dão conta, e sem crítica do papel social que o Estado deixa de cumprir quando insere seus “produtos” na lógica mercantil. O Estado e a democracia representativa, tal como o mercado, introduzem uma polarização entre produtor e usuário, pois, ao tornar-se cidadão, o sujeito se assume como governado e

como consumidor de bens políticos e sociais. Extingue-se a singularidade do vínculo social. Nas palavras das autoras:

Também a isso se verifica o recurso ao intermediário: onde havia o vínculo comunitário interpõe-se uma classe de nomeados que, por meio da profissionalização e da burocratização, tornam-se responsáveis por transpor o fosso entre governados e governantes, por meio da produção de serviços. Dessa forma, toda uma rede de vínculos é esvaziada, com a introdução do estranho no trabalho social e sua conseqüente despersonalização. Tal aspecto é muito acentuado pela tendência à profissionalização e à especialização da relação, que resulta em convertê-la apenas numa prestação, devida, de serviços – num mecanismo “asséptico” de “solidariedade delegada” (Guizardi e Pinheiro, 2008, p.44).

Dito de outra forma, não se encontram aí presentes a reflexão e capacidade de pensar em cuidado, tal como proposto por Mattos e Mehry (citados por Guizardi e Pinheiro, 2008, ainda no presente trabalho). Nesta lógica assumida pelo Estado, não entra em questão aquilo que Luz (2008) vê como potencial da saúde: atualmente talvez a única área que tenha ferramentas para dar sentido à sociabilidade e ser um local de resguardo da demanda contemporânea pelo individualismo.

Ao contrário, refletindo sobre a descrição citada acima, pode-se pensar que se cria uma “tecnoburocratização” das relações e esterilização dos vínculos sociais, num processo de objetivação do mundo, a partir do qual tudo pode transformar-se em bem ou produto, inclusive a saúde e as rotinas de “cuidado”. Porém, quando se tem o foco na atenção em saúde e no trabalho que esta exige que seja feito para que de fato a cura, a prevenção e a promoção de saúde possam ser atingidas, constata-se que não é lograda vitória com a tecnoburocratização.

Como visto anteriormente, a tal “tecnoburocratização” enquadra-se na lógica capitalista e burocrática (sendo redundante) da sociedade contemporânea, onde o sujeito não é reconhecido, onde se excluem os espaços de sociabilidade e onde também o sujeito passivamente goza ao imaginar ser tratado do seu sofrimento sem que haja um esforço ativo de sua parte (um dos exemplos disto é a aumentada e crescente demanda por medicações e desvalorização de outras formas terapêuticas). Contudo, trata-se de um engodo, tanto para o Estado quanto para o usuário. Nessa lógica, não se produzem mudanças ou transformações que permitam ao sujeito ir ao encontro de sua saúde, que está em vários lugares e espaços de

sua vida, se esta puder ser ampliada por ele. A saúde é uma produção a ser feita por cada sujeito, e às vezes ela se dará no encontro com um profissional de saúde.

Pensar a saúde só possível se pensarmos na lógica da dádiva, e não do mercado. Ou seja, nos vínculos das relações estabelecidas. Relações que são fundadas pelo encontro, pelo reconhecimento do outro e pelo diálogo. A confiança na relação é o que produz saúde. O que se dá são assistência, procedimentos e intervenções, o que se recebe e se retribui são respeito, gratidão, gentilezas. Novas atividades de saúde – tanto novas práticas, quanto antigas, mas com um novo olhar, voltado para o respeito e para troca de ambas as partes na relação usuário-técnico – indicam-nos que

[...] ainda é possível que as redes sociais – que nunca deixaram de existir – invadam o *logos* das estruturas estatais, tornando-as, de fato, espaços de construção de outra referência pública, capaz de difundir e vitalizar diversas formas de solidariedade e trocas pessoais, sem que o burocratismo do intermediário despersonalizado e estranho esvazie o sentido de vínculo dessas relações (Guizardi e Pinheiro, 2008, p.56).

É necessário que se preencha com vida, no sentido daquele trabalho que é “vivo em ato”, e que pode suscitar transformações nos valores éticos das vidas dos sujeitos, que não precisam se pautar pela vantagem ou lucro que tiram das relações, pois elas podem estar preenchidas de sentido de solidariedade e troca, não de bens, mas de afetos. Nas palavras ainda dessas mesmas autoras:

Escapando da mercantilização e objetivação da vida, talvez tenhamos ‘sucesso prático’ na construção de um Sistema de Saúde (porque, acima de tudo, trata-se de uma construção coletiva) pautado pela integralidade. Um sistema que seja espaço de cuidado, de encontros desejantes e de produção de redes e novos saberes, não enrijecidos pela frieza que desconsidera o humano no cálculo utilitário, e que, com isso, anula os participantes de sua relação, principalmente o usuário/comunidade (p.56).

Saúde e cuidado devem andar juntos, não porque são intrínsecos um ao outro pela sua natureza, e sim porque, para que de fato sejam exercidos e pensados em sua máxima potência e integralidade, ambos necessitam da complementariedade um do outro.

4 Recorte de um percurso

A trajetória que se passou durante este curso de Especialização foi rica e também, em muitos momentos, dolorida (não pelo curso em si – que foi muitas vezes o único alívio – mas pelos momentos no trabalho em saúde mental). Cabe, agora, refletir sobre a rotina que incitou a procura de tal referencial teórico. Pensar o cuidado para os usuários sempre foi uma questão considerada chave para a autora do presente trabalho; também sempre houve desejo de não reduzir o pensamento e as reflexões teóricas sobre isto, e sim cada vez mais ampliar e crescer conceitualmente. Porém, a vivência impõe, não algo que difere deste trajeto, mas um caminho novo a ser pensado dentro deste campo. O pensar significa tentar buscar um “sentido” nas ferramentas conceituais – sentido, significação, que possa ajudar a dar conta do vivenciado, o qual, em muitos momentos, apenas foi “sentido” com a sensibilidade física, concreta, de um corpo. Falar-se-á, portanto, de agora em diante, sempre sob o ponto de vista desta vivência.

O apaixonamento pela saúde mental realizada em serviços de saúde pública tem longa data, não é novo, tem história. História que iniciou diretamente do desejo, se é possível dizer, mais “interno” do sujeito. Aqui o interno é entre aspas literalmente, pois indica, como ensinou Foucault, a subjetividade como dobra do fora. O desejo como vontade de potência, vontade de conhecimento, de prática, de aprofundamento em um tipo de trabalho. Mas não foi apenas o desejo que fez com que histórias pudessem ser traçadas. Foi o trabalho “braçal”, ou o trabalho propriamente dito, o debruçar-se sobre a prática tanto para pensá-la quanto para executá-la. Vivências e aprendizados que puderam compor uma formação profissional.

Dar sequência ao trabalho nesta área foi uma escolha, tendo em vista o desejo ainda pulsando nas veias, que não tinha se diminuído nem um pouco após o término do estágio profissional, e esta experiência prévia fez produzir mais pensamentos e reflexões – foi um amadurecimento que tinha se iniciado. Havia identificação com o trabalho como um todo, o público atendido, os colegas, os locais referenciados em forma de rede, e também havia a pretensão em colaborar com mudanças e melhorias para uma realidade encantadora, mas muito distante daquilo que era sonhado, inclusive teoricamente.

A saúde mental de Novo Hamburgo, longe de ser perfeita, representava – e representa até hoje – um importante ponto de referência para o estado do RS. Dentre as pioneiras na implantação de serviços que trabalhassem na lógica de cuidado aos usuários dentro de sua própria comunidade, antes mesmo dos Centros de Atenção Psicossocial existirem nas legislações estadual e federal, a saúde mental neste município contou sempre com equipes que defenderam e implantaram a luta antimanicomial; equipes que lançavam mão, além do desejo

peçoal, de referenciais teóricos importantes para fundamentarem e sustentarem a ousada tarefa iniciada, de inserir no contexto desta cidade a participação e circulação de pessoas portadoras de sofrimento psíquico severo e persistente.

Inicialmente o esforço era pela implementação deste novo modo de tratar e cuidar dos usuários, a necessidade de constituição de equipes, de garantia de espaço e materiais para real execução deste trabalho. Esta primeira tarefa se inseria tanto no âmbito político quanto no técnico. O âmbito político era no sentido de pactuação com a gestão e também de criação de meios legais que sustentassem e garantissem este tipo de trabalho (sendo que este último aspecto não se dava apenas no plano municipal, mas no coletivo primeiramente estadual e posteriormente federal). No plano técnico tratava-se de constituição de equipe formada por profissionais que concordassem em militar nesta nova e necessária causa de modificar a realidade local, e também brasileira, de tratamento dos loucos. A postura profissional não poderia manter na clínica, desde as mais complexas às mais simples intervenções, atitudes de segregação, de “patologização”, de preconceito e de descrédito em relação às capacidades pessoais e dos familiares daqueles usuários; ou seja, não poderia ser nem em ato nem em pensamento, uma postura manicomial e encarceradora.

Naquele contexto, nenhuma destas duas partes da tarefa foi simples. E pode-se considerar que ambas as questões mantêm-se ainda presentes em alguns momentos atuais, embora, obviamente, com muitas diferenças em relação àquele primeiro momento, pois muito se construiu e se conquistou nesse período. Depois de garantidos vários meios para que fosse possível iniciar a execução, o trabalho em saúde mental só foi crescendo e se complexificando. A demanda era variada e exigia da equipe (que ainda era única no município) a difícil tarefa de atender ao mesmo tempo diferentes faixas etárias (crianças, adolescentes, adultos e idosos), diferentes motivos de procura (sofrimento mental severo e persistente, abuso de substâncias psicoativas, sofrimento mental agudo, orientação pontual sobre problemas situacionais, etc.) e diferentes modalidades de tratamento (intensivo, semi-intensivo, não intensivo e ambulatorial – nomenclaturas estas que são conhecidas atualmente mas que não eram naquele momento).

Conforme a demanda aumentava e as legislações dos Caps eram garantidas, também foram sendo estruturados, no município, outros serviços, oportunizando especializar cada um em um tipo de atendimento. Assim iniciaram, a partir da Casa de Saúde Mental, o Caps-i³ (que inicialmente era ambulatório infantil), o Caps-ad⁴, as Oficinas de Geração de Renda e

³ Caps-i: Centro de Atenção Psicossocial para Infância e Adolescência.

⁴ Caps-ad: Centro de Atenção Psicossocial para Usuários de Álcool e Outras Drogas.

por último os Caps Santo Afonso e Canudos. Contemporâneo a esse processo, foi a participação das equipes de saúde mental na atenção básica em saúde, a qual teve já vários modelos e atualmente está passando por novo planejamento.

História que foi sendo construída com muito esforço, luta e suor por parte dos trabalhadores, que por diversas vezes estiveram sozinhos, sem a parceria da gestão, tentando sustentar um trabalho que pudesse melhorar a vida dos usuários, ao mesmo tempo que tentando sustentar, diante do município (gestores e políticas municipais), a importância de garantir tais serviços à população. Nesse ínterim, também se apresentava a questão das contratações dos trabalhadores, pois o município não realizava, ao longo de sucessivos anos, a nomeação de novos funcionários estatutários. Os contratos de trabalho de empresas terceirizadas sempre foi algo rotineiro, comum a este município, e, se considerado os últimos dois anos, em torno de 80% dos funcionários eram contratados.

Para esses funcionários contratados, que, em se tratando da saúde mental, eram todos selecionados pela sua experiência prévia no serviço (geralmente como estagiários) ou por processo seletivo gerenciado pelas equipes de cada serviço, a questão dos contratos era muitas vezes motivo de sofrimento, no sentido da constante ameaça de interrupção do convênio junto à empresa conveniada.

Nessas situações, conjecturas eram comuns de serem feitas pelo grupo de trabalhadores, e as hipóteses circulavam desde a manutenção de uma forma de domínio/amedrontamento sobre quem não garantia filiação política (os profissionais técnicos), até a visualização de um cenário que nada tinha de conjectura, e sim de uma dura realidade apresentada, como a ausência de uma política de recursos humanos para tratar de forma técnica e ética questões que abalam pessoas (funcionários) e estouram e pioram a vida de milhares de usuários – sendo este o maior e mais incalculável prejuízo.

Atualmente o município passa por uma reorganização dos contratos de trabalho, missão para a qual a gestão propôs que fosse feita seleção pública através de provas, de forma muito parecida com um concurso público, porém não disponibilizando cargos em regime estatutário, e sim contratos regidos pela CLT (consolidação das leis do trabalho). Tal proposta causa insatisfação aos funcionários que já trabalhavam nos serviços, em função do tipo do contrato, da escassez de benefícios, dos baixos salários e da carga horária elevada – todos dados que, se comparados com funcionários estatutários, apresentam grande defasagem.

A partir desta reestruturação, foi se organizando uma nova constituição de equipes nos serviços, o que resultou na substituição de quase cem por cento dos trabalhadores de cada serviço. Assim, tornou-se obrigatório para os profissionais contratados construir sua saída dos

serviços, o que nem sempre pôde acontecer, pois, em virtude do encerramento contratual estar próximo, esses profissionais iniciaram a busca por outras possibilidades de trabalho antes do contrato ser interrompido, e em diversas situações isto precipitou saídas, sem tempo necessário para realizar o processo de desligamento do terapeuta. Este momento, de fato, apresentou-se e vem se apresentando de forma múltipla; o que, porém, é igual é a tristeza demonstrada pelos usuários em relação às saídas de pessoas tão queridas a eles.

Particularmente tratando da forma escolhida para saída de quem escreve estas linhas, a construção do encerramento da rotina de trabalho no serviço (o que não significa encerramento desta carreira, que pode seguir em outros locais, pois ainda existem muitos espaços para serem habitados e cultivados) deu-se inundada de tristeza e também de vontade de vida, no sentido de sair para melhorar. A percepção do lugar que era reservado aos trabalhadores foi a chave para a decisão: um lugar de desvalorização da história construída por esses trabalhadores dentro dos serviços; também um lugar de indiferença em relação às conquistas realizadas historicamente pelos serviços (e seus trabalhadores) no que diz respeito ao avanço técnico clínico para com os usuários e também no avanço em relação ao aprofundamento na luta antimanicomial. Obviamente que essas equipes, que construíram longa e fecunda história, não o fizeram sem erros, tensões e desentendimentos, porém os frutos que se mostram atualmente remetem a que seja considerado o crescimento realizado por essas equipes em cada um dos serviços. Contudo, a tristeza sentida surgiu da constatação de que tais construções não eram consideradas, não serviam como parte de estratégia de planejamento gestor. Não era mais possível, então, produzir no trabalho tal como antes, quando havia uma aposta diária e um esforço contínuo. A tristeza impede que se possa dar aos usuários aquilo que eles mais precisam: vida. Neste sentido é que foi tomada a decisão de saída do trabalho, e, para poder pensar esta experiência e apontar para um caminho possível, utilizando a teoria para ampliar a capacidade de entender a realidade e pensar saídas novas, inclui-se aqui outra exploração teórica.

5 Espaço para construção de vida: a alegria como dispositivo para as equipes

Merhy (2004), em um de seus textos, nomeia, discute e reflete de forma bastante bem-sucedida e realista (na opinião pessoal da trabalhadora em saúde mental que escreve o presente texto) o cotidiano dos trabalhadores em saúde mental – refere-se especialmente aos Caps. Inicia retomando um estudo anterior, que não foi seu, mas do qual se utiliza, e propõe pensar sobre os sujeitos trabalhadores que se situam na contramão das lógicas hegemônicas dominantes dos serviços de saúde, que estão nos lugares que se propõem como formas alternativas e substitutivas de cuidado em saúde. Serviços estes que se colocam como uma opção diferenciada em relação aos conhecidos modelos de atendimentos previamente existentes e que também ousam apontar que se faz necessária uma troca, uma mudança, uma substituição de certas lógicas que, embora históricas, não cumprem sua função social e seu papel ético de cuidado integral.

O autor refere que os trabalhadores desses serviços, quando exercem e trabalham de forma crítica em relação às práticas hegemônicas do fazer em saúde, só podem estar no “olho do furacão”, posição oposta à tranquilidade, à estabilidade e à calma. No olho do furacão, pode significar tanto estar na mira das críticas dos defensores das práticas “dominantes”, quanto estar próximo das intensidades demandadas pelas instituições e pelos usuários atendidos. Nas palavras de Merhy (2004, p.3),

estarem no “olho do furacão” antimanicomial, tornam- os lugares de manifestação dos grandes conflitos e desafios, como venho apontando no decorrer do texto; e ousar dar conta destas missões, gigantescas, é estar aberto a operar no tamanho da sua potência e governabilidade, adotando como um dos princípios o de ser um dispositivo para isso, o que implica em produzir novos coletivos para fora de si mesmo.

Pode-se pensar, a partir do que o autor aponta, que ao mesmo tempo que estar no “olho do furacão” representa lidar com tarefas que não são pequenas, nem simples nem sem grandes conflitos; para poder executar estas “missões” há que se usar, a favor dos trabalhadores e do trabalho, a potência contida nesta situação: a de ser um dispositivo, ou seja, utilizar o contexto do trabalho e todas as situações decorrentes dele como um instrumento, uma alavanca para novas construções diárias de modos de trabalhar, a cada dia mais amadurecidos e mais pensados – sendo o dispositivo um instrumento não instituído e, sim,

que possibilita instituir outras inúmeras formas de resolver os problemas e de planejar estratégias.

Para poderem se utilizar do momento atual em que os Caps se encontram em relação à luta antimanicomial e para transformar seu trabalho em um dispositivo, os trabalhadores precisam se abrir para o coletivo e, junto com isto, também produzir novos coletivos. Precisam olhar em volta, para o outro, e compor com ele, para além do narcisismo individualista.

Ainda seguindo as idéias do autor, esta postura de abertura para o outro, de colocar seu trabalho como um dispositivo e como algo que necessita reflexão permanente, passa por uma escolha dos trabalhadores, que têm governabilidade sobre isto. Significa dizer que os trabalhadores podem, então, se colocar ativos nesta realidade ou omissos e alheios a ela.

Sintetizando com as próprias palavras de Merhy (2004, p.4):

Apostar alto deste jeito, é crer na fabricação de novos coletivos de trabalhadores de saúde, no campo da saúde mental, que consigam com o seus atos vivos, tecnológicos e micropolíticos do trabalho em saúde, produzir em mais vida e interditem a produção da morte manicomial, em qualquer lugar que ela ocorra.

Especificando mais a “fabricação” destes coletivos de trabalhadores:

Reforço que este trabalho humano tem que ser portador de capacidade de vivificar modos de existências interditados e antiprodutivos, tem que permitir que vida produza vida, implicação última de qualquer trabalho em saúde, enquanto trabalho que opera na sua dimensão tecnológica, centralmente, modos em ato de trabalho vivo, que podem e devem, na minha concepção, adquirir sentido na medida que a sua “alma” seja a produção de um cuidado em saúde dirigido para ganhos de autonomia e de vida dos seus usuários. Para quem a vida, como utilidade, faz muito sentido (Merhy, 2004, p.5).

A tarefa dos trabalhadores em saúde mental é árdua, devem transformar a morte em vida, a exaustão em alívio. Como é possível que o trabalhador exerça seu trabalho, utilize sua capacidade técnica e pessoal para realizar estes objetivos diariamente sem titubear e sem deixar-se exaurir pela demanda infindável que necessita ser atendida?

Caminhar nestas linhas tem colocado, sobre o ombro dos trabalhadores, “pesos” importantes para o seu agir, e que facilmente geram fazeres árdios, que os fazem experimentar, o tempo todo, sensações tensas e polares, como as de potência e impotência, construindo no coletivo de trabalhadores situações bem paradoxais, nas

quais cobram de si e do conjunto posicionamentos profissionais e estados de ânimos muito difíceis de serem mantidos, durante todo o tempo do trabalho; particularmente, para aqueles que ofertam seu trabalho vivo para vivificar o sentido da vida no outro (Merhy, 2004, p.8).

Sobre isto, o autor segue refletindo que há necessidade de se construir um campo de proteção para estas pessoas que têm que inventar coisas não pensadas e não resolvidas, que têm que construir sua própria caixa de ferramentas muitas vezes no ato do trabalho, e, para tanto, é preciso permitir criar um lugar que abarque o novo, o incerto, o acontecer em aberto, experimental, um lugar que possibilite ao cuidador ser cuidado.

Este lugar pode ser pensado, segundo Merhy, como um espaço que possibilite aos trabalhadores se encontrarem com a alegria. Tomando emprestado de Spinoza a idéia de que,

[...] a vida em produção, como lugar de expressão do divino que é, se manifesta de várias formas. Que a alegria é uma destas manifestações das mais interessantes, porque um corpo alegre está em plena produção de vida, está em expansão. Por isso, tomo este empréstimo, para sugerir que só pode estar implicada com um agir antimanicomial uma equipe de trabalhadores alegres. Ou seja, só um coletivo que possa estar em plena produção de vida em si e para si, pode ofertar, com o seu fazer, a produção de novos viveres não dados, em outros. Ou, pelo menos, instigá-los a isso (2004, p.10).

A alegria dá aos trabalhadores o combustível para que enfrentem as situações paradoxais, que beiram a vida e a morte, a saúde e o enlouquecimento, a união e a solidão, a construção coletiva e a discórdia; sem fazer com que seja preciso a exaustão de suas próprias vitalidades e potências, sem fazer com que se perca o sentido e a conexão com o trabalho, ao contrário, podendo assim produzir mais vida, disposição, produção e autonomia para estes trabalhadores e, em consequência, também para os usuários.

Por isso, agrego, sem fundir, a idéia de exaustão ou, melhor, de combustão do trabalhador e da equipe. Aqui, o empréstimo é das linhas de investigação que vêm, no campo da saúde do trabalhador, pensando o seu “burn out” como expressão de processos de trabalho altamente exploradores e alienadores. Isto é, trago como indicador analítico a noção de exaustão do trabalhador, para se agregar ao de alegria/tristeza, no sentido de que um produtor de novas possibilidades de vida, que para isso consome a sua própria, se não produzi-la o tempo todo, exaure. Ou seja, provoca combustão total de sua energia vital. (Merhy, 2004, p.11).

Permitir à equipe um espaço de construção e invenção de alegria é uma condição de alívio produtivo, necessário para gerar a vida que o trabalhador utiliza para executar seu trabalho. Para ele dar vida necessita ter vida. Nas palavras de Merhy, alegria e alívio produtivo são dispositivos analisadores, são “um desafio para aqueles coletivos sociais que ‘operam no olho do furacao’ e se propõem como geradores de anti-manicômios” (ibidem, p. 17).

A teoria permite um novo reposicionamento diante dos fatos vividos, tal como o mirar um caleidoscópio, porém não por um efeito óptico, mas pela ampliação das vias do pensamento e da reflexão, também pelo distanciamento e pela objetivação que ela permite. Ampliações e distanciamentos necessários para que se continue produzindo e que não haja paralisação nem engessamento. A partir do campo teórico, também é possível indagar situações “emaranhadas”, na tentativa de buscar esclarecimentos e desamarrar inquietações, dando chance a que se possa produzir ainda mais. Neste sentido é que seguem as próximas páginas que concluem, mas que, ao mesmo tempo, disparam perguntas não respondidas (e, de fato, não se coloca, como objetivo deste trabalho, a pretensão de respondê-las) – perguntas que são ao mesmo tempo linhas que permitem tecer outras costuras e produções.

Considerações finais

No intuito de possibilitar mais alegria e mais vida é que a decisão de saída do trabalho foi tomada, mas também foi pensando nos efeitos que a permanência, com descontentamento, poderia provocar nos usuários. Há que se buscar construir espaços de alegria para que se possa manter o trabalho vivo em saúde mental. Porém, também é necessário que se possa fazer questões de algumas inquietações, e são elas que fazem o encerramento deste trabalho.

Pode-se entender esse movimento na história da saúde de Novo Hamburgo a partir dos referenciais teóricos trazidos ao longo deste trabalho. Pode-se, aliás, analisar este e outros fatos a partir de diversas outras correntes teóricas, mas foi dada preferência aqui aos autores citados anteriormente por parecer que iam ao encontro, de forma simples e direta, com o desejo de reflexão da autora que aqui escreve. Foi de fundamental importância pensar e recolocar a ética em lugar privilegiado nesta discussão.

Luz (2008), a partir do apontamento da crise ética na sociedade contemporânea, lança luz sobre a questão do mal-estar dos trabalhadores, mostrando a atual perda de sentidos relativos ao estar e agir social no mundo e sobretudo no trabalho, sendo sua hipótese de que são essas as questões que geram sentimentos e sensações de confinamento, limitações e insegurança nos sujeitos. A forma como a sociedade, ou, reportando-nos à realidade vivenciada, a forma como os contratantes lidam com seus funcionários é espelho dessa crise ética, quando o que prima não é o respeito e muito menos a consideração para com os “outros” (trabalhadores) envolvidos.

A preocupação sempre presente e que é inspiradora deste trabalho não diz respeito à realidade “financeira” desses trabalhadores, mas, sim, aos efeitos que estas formas de “relações” (entre aspas porque, conforme o que foi amplamente discutido, quando não há consideração de um outro não há relação) têm para com o contrato⁵ do trabalhador, sua segurança para com o trabalho e, em contrapartida, o investimento que esse trabalhador fará em troca. Não seria nada estranho se os trabalhadores passassem da posição de cuidado para com o outro para apenas cuidar da sua sobrevivência. Efeito com certeza há, talvez ainda não bem mensurado, mas os usuários não seriam os mais prejudicados? E, pior, eles não têm outro serviço com que contar.

⁵ Neste caso, não é o contrato de terceirizado ou concursado – como vimos acima – todos os trabalhadores eram tratados da mesma forma.

Uma usuária, neste período de saídas de vários funcionários do serviço (que foram geradas justo por situações similares às descritas na seção anterior), referiu, enquanto era escutada individualmente em sua crise: “Vocês sairão daqui, mas nós só temos o SUS para recorrer, é só com os profissionais do SUS que temos com quem contar, para quem pedir ajuda. Como é que a gente fica nessa confusão?”

Corroborando com isto, Luz (2008) aponta que esta crise desestabiliza as relações de trabalho, as do trabalho e as fora do trabalho. Não há como não envolver os usuários. Não há como evitar que eles não sintam, de forma muito prejudicial para suas vidas, as transformações que o esboroamento de certos valores considerados fundamentais para a coesão social faz. Transforma-se o conquistado em sem sentido.

Seguiu-se, na sequência, com a busca teórica sobre a burocratização do trabalho e também os imperativos de gozo, que esteriliza as relações e os vínculos sociais. Para tornar possível a questão do vínculo do profissional com o usuário, há que se pensar antes e se viabilizar um vínculo de confiança desse profissional com seu contrato de trabalho. Isto quer dizer, não necessariamente com uma “estabilidade” de emprego, mas sim com a clareza no diálogo que o contratante tem para com o profissional, o respeito pelas suas necessidades, tanto materiais e teóricas (estudos), como pessoais (o salário precisa ser condizente com o que o profissional necessita para estar ali sem precisar estar em mais de um emprego).

Do contrário, como referiu Costa (1991), tanto do lado da administração quanto do lado dos técnicos, o resultado é a insatisfação e descontentamento que se reflete em práticas burocráticas de rotinas e protocolos, sem empenho ou sentido de produtividade. Uma rotina ociosa e supérflua, que vai no sentido de sustentar a indiferença e o alheamento diante das necessidades humanas.

Para cuidar é necessário pensar, estar disponível para o encontro com o outro. Mas como manter a capacidade de cuidar, se submersos em uma rotina de contrato que trata as pessoas diretamente com falta de respeito?

Neste momento, talvez a forma entendida como máxima de cuidado pudesse ser a saída, o desligamento do pacto de trabalho contratado, que representasse o rompimento com essa forma de funcionamento, que goza perversamente, não considerando o outro. O cuidar, no sentido do cuidar do outro e no sentido de cuidar de si, não seriam dois lados de uma mesma moeda? Porém, sair traz de fato algum tipo de mudança ou de melhora para a qualidade de vida e para o tratamento dos pacientes?

Luz (2008, p.21) aponta uma das funções sociais dos trabalhadores em saúde:

A “saúde” está preenchendo funções culturais ligadas ao registro simbólico do viver e do morrer coletivos, antes “partilhadas” por outras instâncias da sociedade em sua dimensão cultural. A saúde tornou-se, no mundo capitalista contemporâneo, um depositário de significados e sentidos que não encontram guarida na ordem racionalizada. A demanda pela saúde é uma *demanda por símbolos*, por um universo simbólico que está *desencantado* pela racionalidade econômica do capitalismo.

Pode-se pensar que a autora estaria referindo que a saúde está no lugar das relações de empatia entre os sujeitos, das atividades de conagraçamento e festa, legitimando situações de cuidado. Mas, diante das vivências experimentadas, que não são privilégio de um ou outro município apenas, mas de muitos, infelizmente, como os trabalhadores conseguiriam se colocar à disposição para exercer de fato seu verdadeiro papel? Não por falta de competência ou de formação, mas, considerando os maus tratos que passam, é possível considerá-los em condições de trabalhar vivamente?

Referências bibliográficas

- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece os Caps no território brasileiro. Disponível em:
<http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/saude-mental/Portaria_336.pdf> Acessado em novembro de 2010.
- Guizardi, Francini Lube; Pinheiro, Roseni. Quando dádiva se transforma em saúde: algumas questões sobre a integralidade e o cuidado nas relações entre sociedade e Estado. In: Pinheiro, Roseni; Mattos, Ruben Araujo de. (orgs). Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2008.
- Kehl, Maria Rita. Sobre ética e psicanálise. São Paulo: Companhia das Letras, 2002.
- Luz, Madel T. Fragilidade social e busca de cuidado na sociedade civil de hoje. In: Pinheiro, Roseni; Mattos, Ruben Araujo de. (orgs). Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2008.
- Merhy, Emerson Elias. Os CAPS e seus trabalhadores: no olho do furacão antimanicomial. Alegria e alívio como dispositivos analisadores. *Texto eletrônico*. 2004.
- Pinheiro, Roseni ; Guizardi, Francini Lube. Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: Pinheiro, Roseni; Mattos, Ruben Araujo de. (orgs). Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2008.
- Tikanori, Roberto. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: Pitta, Ana. (org). Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec, 1996.