

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA**

**ENTRE O CUIDAR E O SOFRER:
O CUIDADO DO CUIDADOR VIA EXPERIÊNCIA DE
CUIDADORES/PROFISSIONAIS DE SAÚDE MENTAL.**

Carlos Frederico de Oliveira Alves

**Recife
- 2005 -**

Carlos Frederico de Oliveira Alves

**ENTRE O CUIDAR E O SOFRER:
O CUIDADO DO CUIDADOR VIA EXPERIÊNCIA DE
CUIDADORES/PROFISSIONAIS DE SAÚDE MENTAL.**

Dissertação de Mestrado apresentada à Banca Examinadora, como exigência parcial para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica pela Universidade Católica de Pernambuco.

Orientadora: Profa. Dra. Henriette Tognetti Penha Morato.

A474e

Alves, Carlos Frederico de Oliveira

Entre o cuidar e o sofrer : o cuidado do cuidador via
experiência de cuidadores / profissionais de saúde mental /
Carlos Frederico de Oliveira Alves; orientador Henriette
Tognetti Penha Morato, 2005.

257, [8] f.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Católica de
Pernambuco. Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação, 2005.

1. Psicologia clínica. 2. Cuidados com doentes. 3. Psicologia
fenomenológica. 4. Psicanálise. 5. Saúde mental. 6. Loucura..
I. Título.

CDU 159.97

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA**

Carlos Frederico de Oliveira Alves

**ENTRE O CUIDAR E O SOFRER:
O CUIDADO DO CUIDADOR VIA EXPERIÊNCIA DE
CUIDADORES/PROFISSIONAIS DE SAÚDE MENTAL.**

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Ângela Nobre
Examinadora Externa - UFES

Prof. Dr. Marcus Túlio Caldas
Examinador Interno - UNICAP

Profa. Dra. Henriette Tognetti Penha Morato
Orientadora – USP/UNICAP

A Eliana...

Esposa, amiga, companheira, cuidadora e, agora, mãe. Sem você não teria sido possível chegar onde cheguei e do modo como cheguei. Esta vitória também é sua. Te amo!

Ao nosso nenê...

Que mesmo ainda sem nome e sem sequer ter nos dado o prazer de ver o seu rostinho, já nos cativa, nos mobiliza e imprime sentido ao nosso viver. Seja bem-vindo (a)!!!

AGRADECIMENTOS

- A Deus, em Jesus Cristo, fonte maior de inspiração e exemplo na arte de “ser cuidado”. Desde que te conheci, o cuidar (de si e dos outros) passou a imprimir sentido ao meu existir;

- A meus pais, que juntos, cada um a seu modo, me ensinaram possibilidades diferentes de ser-no-mundo-com-outros:
 - o Pai, doutor pela academia da vida. “*Marinheiro viajante*”*, que na arte do conhecer as terras distantes, instruiu-me no dom da permanente busca ao outro como fonte de ampliação do vivido em busca de novos sentidos. Lembro-me de quando o pouco era o tudo e, mesmo assim, não desistiu de acreditar. Valeu!!!
 - o Mãe, mestra na arte do viver e do superar dificuldades e desafios. “*Camponesa sedentária*”*, que, no ficar, ensinou-me a unir o quem vem de fora, com aquilo que permanece, estabiliza, protege e conserva a identidade. No seu cuidar, aprendi a perseverar e não desistir das coisas nobres do existir. Te amo!!!

- A meus irmãos: Almy, Miguel, Cynara e Jade. Vocês foram as escoras que ajudaram a sustentar este projeto. Amo vocês!

- A todos meus amigos e familiares e, em especial, aos pais de Eliana - meus sogros - pelo apoio e por ter acreditado neste sonho. Também a D. Lila, Isabel (Nêga), Eliane, Washington e filhos, pelo apoio, morada e carinho com que sempre me receberam e fizeram de suas casas uma outra casa minha. A Vicente e Nidinha pela disponibilidade e “suporte da informática”. E também a Ribas, Júnior, Edjalma, Nildson e Ricardo. Vocês também têm parte neste sonho!

- À Amparo Caridade, minha terapeuta durante os momentos de inverno, escuridão e dor. Sua atitude, seus gestos, sua escuta e seu cuidado, fizeram em mim algo que os muitos livros por si só não conseguiriam: me ensinaram a ser Psicólogo e Pessoa. Sou-lhe muito grato e, aos poucos, mais do que terapeuta, você foi se tornando um exemplo.

* * Para uma melhor compreensão destas metáforas, ver pág. 132, §3º e pág. 133 §1º e 2º.

- A Henriette... Mais que uma orientadora... em muitos momentos, uma cuidadora de cuidadores. Lembro das orientações, ou melhor, dos momentos de super-visão e cuidado. Agradeço a você por ter se disponibilizado a compartilhar do seu jeito, do seu olhar e ter me dado a oportunidade de crescer, como nunca antes crescera. Ficam saudades... Mas... com certeza... fica também um discípulo e um admirador.
- A Marcus Túlio, que com sua leitura segura e precisa, aliada a sua atitude acolhedora e cuidadosa, aos poucos foi se tornando em algo mais que um professor: um amigo. Seu apoio foi fundamental! Também à Ângela pelas inquietações e leitura atenciosa.
- Aos colegas de mestrado, em especial, à Bárbara, Celina, Claudine, Gustavo e Suely. Lembram das angústias? Pois é... Foi lá que aprendemos a ser algo mais do que simples colegas...
- À Estação Cidadania – Cabo/PE - e, em especial, à turma do “Projeto De Bem Com a Vida” – Jucineide e João Marcelo.
- A todos que fazem a Escola Técnica de Saúde de Alagoas e à UNCISAL (Universidade de Ciências da Saúde de Alagoas) pelo apoio e compreensão. E, mesmo sem querer cometer injustiças, em especial, a Edelzuíta, José Maria e Verônica.
- À Secretaria Municipal de Saúde de Maceió e, principalmente ao Programa de Reabilitação Física, por também terem apoiado este projeto.
- Aos colegas-depoentes, cuidadores/profissionais de saúde mental, que, ao compartilhar o relato de suas experiências, permitiram a criação daquilo que se apresenta nesta dissertação. Muito mais do que um trabalho meu... Um trabalho nosso... De tantas mãos que, ao certo, já não sei mais quantas... Só sei que se trata de um trabalho mestiço, tatuado e vivo, implicado por contos, cantos e encantos de quem busca um sentido ético e político para um ser-no-mundo com mais propriedade.
- A você, leitor, que ao imprimir seu olhar, com certeza, verá outras cores, formas, sentidos, ditos e não-ditos e terá a oportunidade de lendo, dar sentido a esta criação.

Certo dia, ao atravessar um rio, Cuidado viu uma massa de argila e, mergulhado nos seus pensamentos, apanhou-a e começou a modelar uma figura.

Quando deliberava sobre o que fizera, Júpiter apareceu.

Cuidado pediu que ele desse uma alma à figura que modelara, e, facilmente, conseguiu o que pediu.

Como Cuidado quis dar o próprio nome à figura que modelara,

Júpiter proibiu e prescreveu que lhe fosse dado o seu.

Enquanto Cuidado e Júpiter discutiam, Terra apareceu e quis que fosse seu o nome daquela a quem fornecera o corpo.

Saturno foi escolhido como árbitro.

E este, equitativamente, assim julgou a questão:

Tu, Júpiter, porque lhe deste a alma, tu a terás depois da morte.

E tu, Terra, porque lhe deste o corpo, tu o receberás quando ela morrer.

Todavia, porque foi Cuidado quem primeiramente a modelou, que ele a tenha, enquanto viver.

(Da Fábula 220 de Gaius Julius Higinus,
adaptações de BOFF, 1999, p. 46;
HEIDEGGER, 2002, p. 263-264; ROCHA, 2000)

ALVES, Carlos Frederico de O. **Entre o cuidar e o sofrer: o cuidado do cuidador via experiência de cuidadores/profissionais de saúde mental.** Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) - Universidade Católica de Pernambuco, 2005.

Diante das recentes transformações no cenário da assistência em saúde pública em nosso país, fruto da Reforma Sanitária e implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), no final da década de 80, percebe-se a necessidade de ampliação de estudos voltados a compreender a dinâmica dos profissionais envolvidos neste processo. Neste contexto, inserem-se as ações em saúde mental, baseadas nos pressupostos da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Assim sendo e diante da carência de estudos acerca desta realidade, buscou-se a realização deste estudo com o intuito de compreender como tem se dado a *práxis* destes profissionais, com ênfase na questão da saúde do trabalhador, como manifestação de uma atitude de cuidado do cuidador. O cenário que permeia a cotidianidade dos trabalhadores de saúde nos aponta questões acerca da relação sofrimento/cuidado para além de uma dinâmica estritamente intra-psíquica, perpassada, em todo momento, por uma série de questões de cunho psicossocial e institucional. Neste sentido e a partir de uma aproximação com a lógica e diretrizes que balizam o funcionamento dos serviços e modelos assistenciais no âmbito da Atenção à Saúde Mental no contexto do SUS, buscou-se uma ampliação da compreensão do estresse no trabalho e, mais especificamente, da Síndrome de *Burnout*, como sinalizações possíveis do panorama de sofrimento no qual se inserem estes sujeitos. A aproximação desta problemática permitiu o resgate da implicação de questões relacionadas à visão moderna de técnica, aos processos de construção da imagem social do cuidador, à formação profissional e, finalmente, à relação entre angústia e cuidado em seus aspectos existenciais. A partir de um posicionamento fenomenológico existencial, como atitude de ser e pesquisar, foram colhidas narrativas, enquanto relatos de experiência vivida, de profissionais inseridos nesta rede de serviços assistenciais. Os depoimentos apontaram, dentre outras questões, aspectos relacionados ao caráter transitório e, por vezes, paradoxal, em que se encontra a implantação da rede substitutiva em Saúde Mental, com ênfase nas vivências dolorosas, fruto da discrepância entre expectativa do profissional e condições institucionais. Diante disto, discute-se que, a partir da complexidade implicada na situação de descuido dos cuidadores, faz-se necessária a manutenção da tensão entre os diversos aspectos envolvidos, bem como a constante problematização do papel de cada elemento do sistema, numa atitude de cuidado que implique coletivamente os âmbito do cuidado enquanto atitude ética e política, atravessados pelo cuidado de si, o cuidado institucional e o cuidado do outro.

Palavras-chave: Cuidado do Cuidador, Sofrimento do Trabalhador, Clínica Fenomenológica Existencial.

ALVES, Carlos Frederico de O. Among the to take care and suffering: the caretaker's care saw caretakers' experience/professionals of mental health. Dissertation (Master in Clinical Psychology) - Catholic University of Pernambuco, 2005.

Due to the recent transformations in the scenery of the attendance in public health in our country, fruit of the Sanitary Reform and beginning of the Only System of Health (SUS), in the end of the decade of 80, it is noticed the need of amplification of studies understood the professionals' dynamics involved in this process again. In this context, they interfere the actions in mental health, based on the presuppositions of the Brazilian Psychiatric Reform. Like this being and before the lack of studies concerning this reality, the accomplishment of this study was looked for with the objective of understanding as it is had given the these professionals' *praxis*, with emphasis in the subject of the worker's health, as manifestation of an attitude of the caretaker's care. The scenery that permeates the day by day of the workers of health aims us subjects concerning the relationship suffering/care for besides a dynamics strictly intra-psychic, crossed, in whole moment, for a series of subjects of stamp social-psychic and institutional. In this sense and starting from an approach with the logic and guidelines that the operation of the services and models of the attendance in the ambit of the Attention to the Mental Health in the context of SUS, an amplification of the understanding of the stress was looked for in the work and, more specifically, of the Syndrome of Burnout, as possible indicators of the suffering panorama in which interfere these subjects. The approach of this problematic one allowed the ransom of the implication of subjects related to the modern vision of technique, to the processes of construction of the caretaker's social image, to the professional formation and, finally, to the relationship among anguish and care in its existential aspects. Starting from a positioning of the existential phenomenological, as attitude of to be and to research, they were picked narratives, while reports of lived experience, of professionals inserted in this net of services of attendance. The depositions pointed, among other subjects, aspects related to the transitory character and, per times, paradoxical, in that she meets the formation of the substitution net in Mental Health, with emphasis in the painful existences, fruit of the discrepancy between the professional's expectation and institutional conditions. Before this, it discusses him that, starting from the complexity implied in the situation of the caretakers' negligence, she makes himself necessary the maintenance of the tension among the several involved aspects, as well as the constant rising of subjects of the paper of each element of the system, in a care attitude that implies them collectively ambit of the care while ethical and political attitude, crossed by the care of itself, the institutional care and the care of the another.

Word-key: Care of the Caretaker, Suffering of the Worker, Clinical Existential Phenomenological.

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

1. A QUESTÃO EM QUESTÃO.....	11
1.1. A Trajetória de um mostrar.....	11
1.2. Cuidar do cuidador: o <i>per seguir</i> de uma questão.....	17
2. O ENRAIZAMENTO DA QUESTÃO.....	34
2.1. Situando o cuidador em questão: um percurso pela história da loucura.....	34
2.1.1. A loucura e o mundo ocidental: a trajetória de uma construção.....	36
2.1.2. O Brasil e a loucura: a trajetória de uma reprodução.....	45
2.2. A Reforma Sanitária Brasileira e a loucura: em questão uma desconstrução.....	48
2.3. CAPS: um recorte, uma aproximação.....	51
2.4. A Reforma Psiquiátrica Brasileira: em questão o modo da reconstrução.....	53
3. O CUIDADOR: EM QUESTÃO O SOFRIMENTO DO TRABALHADOR.....	59
3.1. A Psicopatologia do trabalho: quando a paixão se transforma em dor.....	63
3.1.1 – O Estresse no trabalho: em busca de uma aproximação.....	70
3.1.2 – Burnout: a síndrome dos cuidadores descuidados.....	74
3.2. Entre o Real e o Ideal: expectativas ante o cuidador.....	83
3.3. A Formação Profissional: em busca de uma <i>re-ligação</i>	91
3.4. A questão da técnica: implicações.....	98
3.5. Angústia e Cuidado: as duas faces de um mesmo existir.....	109

4. O DIZER DE UM MÉTODO.....121

4.1. O porquê da Fenomenologia Existencial.....124

4.2. A Fenomenologia Existencial: acerca de um modo/estilo de ser/pesquisar.....127

4.3. O caminho cartografado: o contar de um caminhar.....134

4.4. Pesquisa em ação: um modo de intervenção.....137

5. ENTRE O CUIDADO E O CUIDADOR: UMA ESCUTA.....140

5.1. Os personagens de um mosaico vivo.....140

5.2. Narrativas: o ato de um contar na direção de um cuidar.....144

6. CUIDAR DO CUIDADOR: MAIS QUE UM FINAL...APENAS UM COMEÇO.....237

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....251

ANEXO

1. A QUESTÃO EM QUESTÃO.

Dou uma pequena pista para quem quer escutar: não se trata de ouvir uma série de frases que enumeram algo; o que importa é acompanhar a marcha de um mostrar.

Martin Heidegger

1.1. A Trajetória de um mostrar.

Parece que foi ontem... Lembro-me com clareza da primeira aula da Disciplina Clínica Fenomenológica 1, no Mestrado em Psicologia Clínica da UNICAP. A ansiedade tomava conta de mim. Encontrava-me repleto de expectativas frente àquela que seria a primeira aula específica da linha de pesquisa pela qual havia optado durante a seleção: a Clínica Fenomenológica Existencial. De certo, não era nenhum exímio conhecedor da Fenomenologia Existencial, embora encontrasse em suas postulações algo que fazia eco com a minha experiência de Psicólogo, atuando em serviços públicos de saúde. Percebia coerência e espaço para refletir acerca de questões que emergiam de uma prática psicológica, onde se fazia – e se faz – necessária a construção de outros paradigmas que reafirmem a indissociabilidade homem-mundo; biológico, psicológico e social. Estava em busca de uma outra forma de compreensão para o meu fazer clínico e para a “minha Psicologia”, erigida, nos tempos da Graduação, em pilares elitistas e voltados para uma demanda única de consultórios privados de classe média, a qual parecia, muitas vezes, não conseguir escutar o lamento daqueles que se punham à beira do caminho, na “marginalidade” e exclusão social.

Enfim, começa a aula. A Professora, Henriette Morato, de pronto iniciou uma série de provocações/questionamentos acerca de nossas concepções de ciência, verdade, clínica, homem e mundo. A cada instante, sentia-me mais descentrado, vendo todas minhas bases, o meu chão, em questão. Até que, impulsionado pela ânsia de saber ao certo em que solo estava

eu pisando, interrompi sua fala e indaguei: Qual será o norte da disciplina? O que vamos estudar? Quais os passos? Como serão as aulas? (...)

Reconheço que, ao levantar estas questões, buscava, na verdade, respostas prontas e garantias que me ajudassem a superar tal momento de tamanhas incertezas, expectativas e fantasias, que ora se apresentavam a mim.

Prontamente, parecendo discernir a necessidade de segurança que demandava aqueles questionamentos, respondeu-me: “Não há norte, querido! Não há certezas, nem caminho previamente traçado! Não há passos pré-estabelecidos! Há um caminho por se criar, lugares a se conhecer, experiências a se viver. (...) Caminhos que só podem ser conhecidos no próprio ato de caminhar. (...) É caminhando, que faremos o caminho!!!”

O silêncio tomou conta de mim. Dava-me conta de que as certezas e garantias que buscava, e sobre as quais vinha tentando construir o meu fazer profissional, não existiam como algo previamente estabelecido. O convite que a mim se fazia representava um desafio, que ressoava em diversas áreas da minha vida, e inaugurava um novo momento existencial: o da abertura para o novo, para o desconhecido. Instaurava-se um processo de abertura à mestiçagem, à troca, à afetação, como antes não poderia imaginar. Era preciso, finalmente, aprender a nadar...

Reporto-me ao livro *Filosofia Mestiça* de Michel Serres (1993), a fim de dar alguns sentidos a estes fatos vivenciados. Para o autor, “ninguém sabe nadar de fato antes de ter atravessado, sozinho, um rio largo e impetuoso, um braço de mar agitado” (p. 11). Depois de ter deixado a margem, diz Serres, continuamos por algum tempo envoltos na sensação de segurança de que, algo dando errado, a qualquer momento, podemos retornar, em segurança, ao ponto de partida: “Até um certo limiar, você conserva esta segurança: o mesmo que dizer que ainda não partiu”(p. 11). Da mesma forma, sabendo ao certo onde vamos chegar, ao nos aproximarmos, nos confiamos na aproximação e nos vemos tão

próximos que podemos dizer que já chegamos. Em ambos os casos, enquanto plenos das certezas de onde saímos e onde estamos para chegar, não nadamos, esperamos para andar, “*como quem salta, decola e atinge o chão, mas não permanece em vôo*” (SERRES, 1993, p. 11).

Aprender a nadar, nada mais é do que abandonar todas estas referências estáticas, entregar-se ao ‘não-chão’, na linguagem dos nadadores, onde “não dá pé”.

A verdadeira passagem ocorre no meio, no entre-margens, qualquer sentido que o nado tome, o solo jaz a dezenas ou centenas de metros sob o ventre ou a quilômetros atrás e na frente. Eis o nadador sozinho. Deve atravessar, para aprender a solidão! (...) Num primeiro momento, o corpo relativiza o sentido... Mas no meio da travessia, mesmo o solo lhe falta, acabam os domínios. Então o corpo voa e esquece o que é sólido, não mais na expectativa das descobertas estáveis, mas como instalando-se para sempre em sua vida estrangeira... sob pena de afogar-se, ganha confiança na braçada lenta. (...) Ao atravessar o rio e entregar-se completamente nu ao domínio da margem à frente, ele acaba de aprender uma coisa mestiça. Partir exige dilaceramento que arranca parte do corpo à parte que permanece aderente à margem do nascimento, à vizinhança, ao parentesco... Quem não se mexe, nada aprende. Nenhum aprendizado dispensa viagem. (...) Partir. Sair. Deixar-se seduzir. Tornar-se vários, desbravar o exterior... Porque não há aprendizado sem exposição, às vezes perigosa, ao outro.

(idem, p. 12 – grifos meus)

Impressionante, o quão difícil e doloroso é começar uma caminhada sem se saber, ao certo, aonde o caminho vai nos levar. Tão insano quanto desafiante. Tão atraente quanto repulsivo. Fascinação que nos enche de incertezas, medos, expectativas e, paradoxalmente, de desejo de caminhar, mesmo sem a garantia de que este caminho nos levará ao lugar esperado, à chegada, ao fim como meta!

Foi assim que aconteceu esta viagem!

Tendo adiante o mar da experiência e um convite: viajar, desbravar regiões insólitas, assustadoras e tenebrosas¹, ao mesmo tempo em que ricas, singulares, fascinantes, encantadoras. Viajar não como o turista que sabe exatamente para onde vai, o dia em que sai e o dia em que volta. Viajar, na condição de viajante, aberto para o estrangeiro que há de se mostrar, para o outro que está prestes a ser conhecido, para as marcas que não de ser impressas pela experiência, de forma que, ainda que um dia se retorne ao ponto de partida, jamais se poderá dizer, que este que agora retorna é o mesmo de quando partiu!²

Esta foi a minha primeira grande aproximação com o método fenomenológico existencial de pesquisa em clínica. Aliás, esta é uma outra questão que tem se mostrado durante esta caminhada:

Pesquisa e Clínica – Clínica e Pesquisa, qual o limite desta intersecção?

Qual o sentido de se pesquisar em clínica?

Durante muito tempo, foi comum compartilhar de uma concepção acerca de Pesquisa e Clínica, baseada em vieses polarizados, cujo distanciamento só se era capaz de superar via mera utilização de uma pela outra. Ou seja, a aplicabilidade dos conhecimentos provenientes da pesquisa na prática clínica ou utilização do “*setting da clínica*”, enquanto dado de pesquisa. Interessante, que tal associação, aponta-me para a mesma distinção que por vezes se estabelece entre teoria e prática, ser e ente, sujeito e objeto, como entidades distintas, capazes de ser separadas, conhecidas e controladas, até as últimas conseqüências.

¹ As referências a estes aspectos do percurso tomaram forma a partir do momento em que apresentei o Projeto de Dissertação aos demais colegas de turma. Impressionou-me o fato de que, logo após a exposição, a turma respondeu com bastante intensidade, de forma que não se conseguia distinguir dentre as falas dos colegas. Neste instante, uma das colegas, parecendo resumir a sensação coletiva de desconforto, disse-me: “*Coragem... Você está se propondo a falar da nossa dor, das nossas mazelas, tocar em nossas feridas...*” Tal fala me marcou profundamente, de modo que me vejo totalmente implicado no objeto de estudo. Falar dos pares é, de certo modo, falar um pouco de mim mesmo.

² Schmidt (1999, p. 91) faz referência a um trecho do filme “*O céu que nos protege*”, de Bernardo Bertolucci, onde se estabelece o seguinte diálogo entre três personagens – um casal em viagem pela África do Norte e um amigo que os acompanha -, “enquanto metáfora de disposições e posições possíveis, sempre em tensão”:

Amigo: Terra firme. Devemos ser os primeiros turistas desde a guerra.

Mulher: Somos viajantes, não turistas.

Amigo: Qual a diferença?

Marido: O turista pensa em voltar para casa assim que chega.

Mulher: E o viajante pode nem voltar.

É neste ponto que nasce a primeira ruptura do meu percurso: um movimento de reaproximação daquilo que foi separado, sob forma de uma análise crítica ao pensamento metafísico, a partir das leituras de Heidegger (1999), Morato (1989, 1999), Michelazzo (2000), Critelli (1996), Almeida (1995, 1999), dentre muitos outros autores, e numa busca de tecer novos sentidos para a compreensão da existência. Reporto-me a Critelli (1996, p. 8) quando, ao discutir a fenomenologia existencial, enfatiza que antes de ser, esta, um método, constitui uma ontologia, isto é, um modo de entrar em contato com o homem, mundo, tempo, espaço: “*um jeito fenomenológico de compreender o mundo*”.

Neste sentido, pesquisa e clínica se aproximam cada vez mais, à medida que percebo que ao pesquisar, cuido de uma questão, dou sentido ao vivido, abro espaço para a elaboração de experiências e emergência de novas possibilidades de criação (*poieses*)³, as quais, muitas vezes, permitirão a promoção de um re-direcionamento da existência, com a propriedade de quem, ao viver, não apenas passa pela vida, mas se permite assumir um papel de construção, re-significação e doação de sentido àquilo que vive: um modo *próprio* de viver. Ambas, pesquisa e clínica, estão arraigadas numa mesma atitude originária que impulsiona o homem, que move a vida: a busca por sentido. Pesquisa, enquanto busca. Clínica, enquanto cuidado. É ou não é esta a nossa condição? Pesquisar, sob este prisma, não consiste em buscar encontrar a verdade⁴ das coisas, o em si. É abrir-se para a possibilidade de emergência de novos sentidos que dêem conta, de alguma maneira, da tarefa do existir. Pesquisa e Clínica dizem de uma ética, de uma morada, de um abrigo, de um cuidado, mas também de uma energia que impulsiona, que oxigena, que dá sentido ao viver.

³ No capítulo três trataremos uma discussão acerca da *poieses*, enquanto modo de produção/criação do humano.

⁴ Por verdade, neste sentido, desejamos fazer um contraponto entre as noções subjacentes ao termo grego *alethéia* e o latino *veritas*. Segundo Chauí (1995, p.99), “verdade” é uma palavra à qual está atrelada toda uma rede de significações e intencionalidades, a depender do ponto de vista em que é tomada. Enquanto para os latinos – sentido expressado na citação que origina esta nota -, o *veritas* significa precisão de um relato, o correto de uma representação, fechamento de sentido; para os gregos, o termo *alethéia* significa desvelamento, mostrar-se, sem aprisionar-se a um sentido único, dando espaço para o constante movimento de criação (*poieses*).

A medida em que se abre espaço para este processo de apropriação de si mesmo, pode-se, então, dizer que pesquisar é um ato clínico. E clínica, nesta perspectiva, não apenas diz de um ato/ação, mas, de um debruçar-se, inclinar-se sobre o outro que sofre, acolhendo sua demanda e permitindo-lhe um olhar sobre si mesmo, em via de assumir sua própria existência.

A partir deste modo de compreensão, quebram-se as barreiras, as “redomas”, a possibilidade de segurança, neutralidade e não-afetação. Não há como sair ileso deste processo. Tocando o outro, também sou tocado. Afetando, também sou afetado. Cuidando, também sou cuidado!

Reporto-me mais uma vez a Serres (1993, p. 2-3), na forma de seu personagem *Arlequim*, imperador fictício, que de volta de uma inspeção às terras lunares, ao ser indagado pelo seu povo acerca do que haveria de novo por onde passara, responde desprovidamente: “...em toda a parte tudo é como aqui...”. Só não percebia o imperador, que embora tentasse reafirmar a igualdade, fruto da suposta intransponibilidade ao novo, diz o autor, sua roupa mestiça anunciava o inverso do que ele pretendia: “o lá-fora, então, nunca é como aqui” . Desesperado pela contrariedade em que se via, o imperador decide em um ato intempestivo despir-se totalmente... Surpresa... Espanto... A pele do imperador, tal qual a sua vestimenta, é um envoltório multicor...: “Até mesmo a pele de Arlequim desmente a unidade pretendida por suas palavras. Também ela, diz Serres, é um casaco de Arlequim”.

Este é o destino do pesquisador: Arlequim, mestiço, múltiplo, variado, um pouco de si, um pouco daquilo e daqueles por onde passou!

Mas, afinal, a partir destas considerações, em que consiste então uma pesquisa?

Pesquisar é movimento, é criação. É colocar-se em busca de novos horizontes, sentidos possíveis, para algo que, num dado momento, lhe mobiliza, lhe instiga, lhe suscita interrogação. Ao pesquisar transitamos por caminhos diversos. Conhecemos o novo,

reaprendemos a olhar para o velho. Aliás, este parece ser um dos grandes segredos: reaprender a olhar! Olhar de um outro lugar, não estanque, estagnado e aprisionador. É oferecer novas possibilidades de se mostrar, àquelas questões que pareciam ter perdido todo seu poder de encantamento e diversificação. Pesquisar, deste modo, pode indicar um *per seguir* uma questão. Por onde ela for, no ritmo e modo em que quiser, e puder, se mostrar.

Nada melhor do que, agora, transitarmos junto às questões que mobilizaram e movimentaram esta dissertação. Qual (quais) a (s) questão (ões) que moveu (ram) este trabalho? De onde partimos? Como partimos? E onde, até agora, pudemos chegar?

1.2. Cuidar do cuidador: o *per seguir* de uma questão.

O desejo por realizar este trabalho de pesquisa nasceu a partir de uma série de inquietações e questionamentos surgidos desde a Graduação em Psicologia e que têm percorrido todo o meu percurso profissional. Seja no âmbito dos desalojamentos ante à experiência de cuidador⁵ ou partir dos relatos de experiência de colegas, cuidadores/profissionais dos diversos campos do saber, sempre me atraiu a atenção, compreender como se dá o cuidado daqueles que se dedicam a cuidar de outros como seu ofício. Por mais difícil que seja descrever cronologicamente o processo que gerou em mim a demanda por escrever acerca deste tema, alguns acontecimentos destacam-se enquanto fonte de inquietação e desejo pela problemática.

Desde os primórdios da minha vida familiar, sempre compartilhei a vivência de um certo grau de angústia, muitas vezes experienciada com intenso sofrimento, por pessoas próximas a mim, que exerciam papéis que possuíam como característica básica de seu fazer o cuidado dispensado a um outro alguém. Profissionais de educação, saúde, assistência social

⁵ Cuidador, aqui, no sentido de alguém que, numa atitude clínica, se dispõe a junto ao outro, escutar suas angústias e acolhê-lo no processo de abertura ao sentido em sua existência.

ou religiosa, conselheiros ou, até mesmo, aqueles que dispensavam outras atitudes e ações de cuidado ante quem sofria, mesmo que não estivesse atrelado a um papel institucional delimitado, como é o caso de cuidadores de enfermos, órfãos etc. Pessoas que se dispunham, voluntariamente ou não, a tais atividades, mas que pareciam compreender o cuidado simplesmente como cuidado de outrem e, quase nunca, de si mesmos.

Percebia claramente que tal fato, geralmente, resultava numa vivência explícita de cuidadores descuidados, dado a um estereótipo de firmeza, bem como a uma postura que sustentava a aparência de força, mesmo em meio a muita fragilidade. Chamava-me a atenção o fato de que este assunto – cuidar de si – mesmo estando implicitamente presente nas diversas queixas cotidianas, nos momentos onde se parava para “reclamar da vida”, parecia necessitar ser guardado a ‘sete chaves’, como algo velado, que não podia ser revelado e compartilhado socialmente, sob o risco de denegrir a imagem do cuidador, associando-lhe aspectos de fraqueza e, conseguinte, inutilidade para exercer tais funções.

A partir desta retrospectiva, percebo a importância de destacar que essas compreensões, que permeiam tais atitudes, não existem por acaso e, muito menos, subsistem por si só. Antes, parecem estar atreladas a matizes que as subsidiam, fruto de uma construção histórica, possuindo correspondências com contextos específicos de bases filosófica, religiosa, cultural, dentre outras. Na medida em que prosseguirmos com a abordagem destes temas, buscaremos identificar alguns desses elementos envolvidos nesta trama de significações, de forma a subsidiá-los, a partir de uma compreensão de que constituem-se como possíveis modos de subjetivação, com base nos quais serão inseridas as questões postas no decorrer da dissertação.

Por uma perspectiva, poderia nos ser um possível dar início à discussão acerca de como a influência do pensamento judaico-cristão marca pronunciadamente a promoção deste cenário, a partir da disseminação de dicotomias como: altruísmo *versus* egoísmo, amor a si

versus amor ao próximo, enquanto posturas excludentes entre si e impossíveis de convivência na dinâmica das relações de cuidado. Por outro lado, ao visitarmos autores como Dejours (1992) percebemos aproximações a esse questionamento, desta feita via discussões acerca da associação cultural entre o adoecimento e a atitude pedido de ajuda por parte do cuidador com estereótipos de fraqueza, o que poderia tornar-se um elemento dificultador do cuidado de cuidadores, posto que qualquer solicitação neste sentido ou sinalização de sofrimento poderiam ser interpretadas, pelo próprio cuidador ou por outros, como fragilidade e incapacidade de desempenho da função.

Neste contexto e entrelaçado por estas questões que se relacionam, o que se percebia era o desenvolvimento de um processo de aumento constante de esforços para superar a dor, visto que, o buscar ajuda, poderia ser fonte ainda maior do sofrimento vivido, demandando a contínua contenção da dor pelo próprio sujeito. Tal quadro da realidade da experiência do cuidador de conter/esconder de si e dos outros a necessidade de lhe ser dedicada uma atenção, devida e pertinente, resultava em diversas manifestações desse sofrimento, como indícios através de brechas: cuidadores dependentes químicos, deprimidos, isolados, amargurados, insatisfeitos, citando apenas alguns dos muitos quadros que se apresentam, em consonância com os ditos populares: *“faça o que eu digo, mas não faça o que eu faço”* e *“em casa de ferreiro, o espeto de pau”!!!*

Ao ingressar na vida acadêmica, mais especificamente no curso de Psicologia, definitivamente influenciado por experiências extra-profissionais de cuidado de outrem, passei, eu também, a me identificar e ser identificado como “cuidador”, ou seja, alguém que se dispunha a compartilhar os sofrimentos de outro que, num dado momento e circunstância, demandava cuidado. A empolgação inicial me fez ‘esquecer’ aqueles questionamentos. Os primeiros aprendizados teóricos começavam a forjar, em mim, algumas supostas características, que se mostravam como *requisitos* para um cuidador, mais especificamente,

para um cuidador em Psicologia. Tratava-se de um explícito movimento de ‘fortalecer-se’ para poder cuidar. Algo muito parecido com aquele célebre – ingênuo e, ideologicamente, carregado - conselho dado aos garotos de nossa sociedade: “Força! Homens não choram...”

Parecia voltar a escutar coisas desta natureza, apontando que nós, os futuros Psicólogos, precisaríamos *estar* firmes o suficiente para lidarmos com os movimentos de transferência e contra-transferência, projeções e identificações do cliente, mantendo sempre a mínima distância, que garantisse a nossa segurança, não-afetabilidade e não pusesse em risco *a neutralidade científica e a boa condução do processo terapêutico*.

Não que não concorde com a importância da realização de processos de cuidado de si durante a formação, como psicoterapia, supervisão clínica e teórica, tendo em vista um maior auto-conhecimento e apropriação da própria história, além dos elementos componentes do fazer específico do Psicólogo. A questão é que, muitas vezes, este fortalecimento, do modo como é comunicado pelos *formadores* de cuidadores/psicólogos, pode ser entendido enquanto técnica apropriada para esfriamento, distanciamento e imunização, tão necessários ante os ‘males’ provindos da patologia do outro. Desta feita, transmite-se como que uma receita de um determinado modo de ser do cuidador como requisito para poder cuidar, modelado a partir dos paradigmas das ciências naturais.

Assim, a impressão que em mim se construía era semelhante a um processo de vacinação/imunização contra elementos próprios do humano, nos quais o cuidador também se reconhece, ou seja, torna-se preciso proteger-se e distanciar-se da emoção, afetabilidade, sensibilidade, para mais tarde, já cuidadores, tornar-se resistente e “imune” aos supostos males e perigos provindos deste processo relacional. O treinamento, em todo o sentido mais tradicional com o qual se possa denotar a palavra, consistia, em boa parte das vezes, em aprendizagem (condicionamento) de posturas e atitudes, visando ‘colocar o aprendiz *em condições* de cuidar de alguém’.

Hoje, ao revisitar estas questões, reporto-me a Michelazzo (2000), quando discute que a razão tecnológica tornou-se o diapasão totalitário que afina todas as atividades humanas. A técnica, por si só, parece ter invertido o seu papel de instrumento de criação, assumindo o status de fim em si mesma. Priorizar o rigor da técnica, pondo-a, ela mesma, acima daquilo que se busca e justifica seu uso, deslegitima seu sentido como utensílio à mão, ou recurso, visando uma ação apropriada ao que se propõe. Inverte-se o sentido do meio como sendo o próprio fim. O rigor científico-tecnológico parece buscar, cada vez mais, enquadrar as atitudes frente ao outro, como passos, instruções de uso e desuso, submetendo a criatividade do sujeito a receitas, que têm embutidas em si a ilusão da garantia, controle e previsibilidade, próprios do ideário científico da Modernidade. Deslegitima-se o criador para dignificar a criação como destinação em si mesma, esquecendo-se que o cuidar do humano só pode ocorrer pelas mãos de um humano/criação, operador de técnicas pertinentes.

Durante os estudos da Graduação, sempre me ocupei em buscar compreender em cada autor estudado, algo que fosse além dos conceitos estabelecidos em suas postulações. Quaisquer que fossem eles, procurava conhecer seu contexto, seu percurso e suas inquietações. Desta feita, começava a perceber que atreladas as suas contribuições teóricas, havia posturas, implicações, afetações, dor, prazer, esperança. Estudar os conceitos freudianos, rogerianos, foucaultianos dentre outros, tomava uma outra dimensão, ao inferir, que mais do que grandes teorias, estes autores pareciam querer nos transmitir atitudes de pesquisa e de clínica. Por muitas vezes, a impressão que tinha era a de que se inverteram os papéis: o essencial passou a ser visto como acessório e vive-e-versa!

Já no 3º ano da Graduação, iniciávamos as primeiras atividades práticas intra e extra-institucionais. Tínhamos, enfim, a oportunidade de, enquanto futuros psicólogos, passar a exercitar, e não a exercer, o cuidado que nos era demandado. A partir de agora, estávamos legitimadamente “prontos” ou “quase prontos” para entrar em contato com a dor e o

sofrimento, nosologicamente determinados, daqueles que nos procuravam através dos serviços especializados, nos quais passávamos a atuar na condição de estagiários.

Mais uma vez, a sensação que ficava era a de que ‘estar pronto’ era sinônimo da aquisição de alguns *trejeitos* (voz mansa, expressão de sobriedade, controle dos sentimentos e expressões, dentre outros), de forma que os alunos-estagiários, em nada ou quase nada, se pareciam com aqueles dos primeiros semestres do curso. Quando adentrávamos os corredores dos hospitais, clínicas e/ou organizações, mudávamos a postura física, o ‘jeito de ser’; afinal, a partir de agora, não poderíamos ser mais nós mesmos... Seríamos cuidadores (dos outros) e, portanto, deveríamos nos portar como tais!!!

Neste instante, surgiram as primeiras visitas e atendimentos em serviços de saúde mental, mais especificamente, ambulatorios do Hospital das Clínicas da Universidade e Hospitais Psiquiátricos de referência no atendimento a portadores de transtornos psíquicos graves. Curioso é destacar que, quase simultaneamente ao início de nossas atividades clínicas de cuidado a portadores de sofrimento psíquico, surgiram também os primeiros e grandes questionamentos acerca da aplicabilidade e eficácia dos modelos teóricos dos quais dispúnhamos até então. Calcados numa lógica curativa e determinista, supunham ser possível conter - conhecendo, prevenindo e controlando – os diversos fenômenos que emergissem em qualquer âmbito da Clínica Psicológica.

À medida que se erguia a prática, a teoria parecia começar a desmoronar. Ruíam as nossas seguranças. Questionadas eram as nossas certezas. E a nossa postura altiva e ereta, transformava-se em cabisbaixa, inquieta e insegura.

Remeto ao relato bíblico da conhecida luta entre Davi e Golias como forma de metaforizar esta experiência⁶. Parecia-me que a armadura forjada para o guerreiro, a qual, pela sua imponência, inspirava um caráter de intransponibilidade, isolamento e resistência, em alguns momentos aparentava confundir-se ou ser mais importante que a própria pessoa que dela faria uso. Entretanto, assim como no relato utilizado, tal revestimento a mim se mostrava inadequado, estanque, inflexível, pesado demais, para que eu pudesse fazer uso de algumas habilidades, que embora ‘simples’, eram-me próprias e me deixavam a vontade para desempenhar o ofício a que me propunha. A armadura da técnica e da ‘postura’ parecia mais um empecilho, do que um utensílio, um dispositivo de ação.

Foi um momento de intensa perplexidade! Aquele ‘outro’ que clamava por cuidado, por uma escuta, por uma presença, parecia não caber – e de fato não cabia – nos modelos de que dispunha como fôrma (molde) para enquadrá-lo e, muitos menos, nas respostas e certezas que tinha para oferecer a suas questões. Parecia-me que a profundidade do olhar e a indecifrável e profunda dor que me era narrada a cada encontro eram de certo modo incompatíveis com aquilo de que eu dispunha enquanto arsenal técnico e metodológico de intervenção.

O ‘meu lugar’, de ‘dar conta’ do sofrimento do outro, parecia cada vez mais se confundir com um novo e inesperado lugar, que a mim se apresentava: o da abertura ao desconhecido, o das questões, dúvidas, incertezas, medos, inquietações e desalojamentos – o meu próprio sofrimento. Instaurava-se na minha trajetória profissional um novo componente:

⁶ “Disse Davi: Eu irei e lutarei contra este gigante (...)

Disse-lhe o Rei: Tu és ainda moço(...) – Após um período de argumentação de Davi - disse-lhe o Rei: Vai-te! Saul vestiu a Davi a sua armadura e lhe pôs sobre a cabeça um capacete de bronze, além de vesti-lo com uma couraça. Davi cingiu a espada sobre a armadura e EXPERIMENTOU ANDAR, pois jamais tinha usado aquela armadura antes. Então disse ao rei: NÃO POSSO ANDAR COM ISTO, POIS NUNCA O USEI. E a tirou de sobre si. TOMOU O SEU CAJADO NA MÃO, POIS ERA PASTOR DE OVELHAS, escolheu cinco pedras lisas do ribeiro, e as pôs no alforje de pastor que trazia...

Sucedeu que iniciando a guerra, Davi meteu a mão no alforje e tomou dali uma pedra, e com uma funda lha atirou e o feriu, e o matou.” (BÍBLIA , I Samuel 17:32b,33b,37b,38,39,40,48a,49 – grifos meus)

a percepção do estrangeiro, do novo e inusitado, que me ameaçava, ao mesmo tempo em que me convidava a conhecê-lo.

A angústia aumentava; não conseguia mais me sentir seguro o suficiente diante do outro, de forma a não ter minhas estruturas e convicções abaladas. O lugar do saber parecia, cada vez mais, distanciar-me da dor e do sofrimento daqueles a quem me propunha cuidar, bem como, a aproximação desta relação clínica questionava e, muitas vezes, punha em *'xeque'* o meu suposto saber.

Interessante é que mesmo sendo desalojador o lugar do não-saber, havia indicativos dentro de mim, de que talvez por ali, em meio à falta de respostas prontas e acabadas, garantias e seguranças absolutas, estivessem por se constituir outras possibilidades de sentido para o fazer clínico que almejava. Não mais uma clínica fria, separada, 'de costas' para o outro, mas que propusesse o resgate do sentido originário do fazer clínico, enquanto atitude de debruçar-se sobre o que sofre, tendo em vista acolher sua dor e possibilitar-lhe uma re-significação de sua existência. Clínica aberta a dialogar com a diferença, facilitando a emergência de outras possibilidades e modos de ser, a partir de uma compreensão de sujeito arraigado na historicidade, que tem no cuidado de sua existência a sua grande tarefa.

Neste ínterim, a angústia tomava proporções cada vez mais paralisadoras do que mobilizadoras. Os horizontes estavam tenebrosos. Num dado momento, parecia não mais conseguir dar conta de mim mesmo nem das inquietações suscitadas pela afetação própria desta relação clínica. As questões transformaram-se em exaustão, em sofrimento, em dor, em sintomas e, finalmente, na busca por um sentido possível para esta dimensão que a mim voltava a se apresentar, só que, desta vez, não mais observando os outros, mas em minha própria pele: a vivência de um cuidador carente de cuidado!

Lembro-me com clareza de toda aquela situação. Do momento em que, após instantes de intensa ansiedade e angústia, vivenciei a sensação de não mais poder dar conta,

sozinho, de toda aquela dor. Meu mundo parecia desabar... Meu chão parecia ter sido retirado... A vivência do desamparo parecia sufocar-me, escurecendo todos os caminhos que antes se apontavam como possibilidades. Foi então que decidi ir à procura de ajuda: uma escuta no serviço voltado exclusivamente para a atenção à saúde mental de alunos da instituição onde estudava, qualquer que fosse o seu curso. Esperava, ao chegar lá, encontrar um espaço onde pudesse colocar meu sofrimento e dispor de um acolhimento, de uma atitude clínica ante ao meu ‘*pathos*’ que, assim como a raiz etimológica sinaliza, dizia de uma paixão, mas também de um sofrimento.

Ao chegar à instituição, sendo recepcionado por uma Psicóloga, passei a narrar logo na sala de espera um resumo de como estava me sentindo, solicitando um espaço/tempo para atendimento. Fui, então, surpreendido pela profissional que, parecendo não estar conseguindo perceber que se tratava de um pedido de ajuda ante uma situação de intenso sofrimento, justificou a impossibilidade burocrática de abrir tal oportunidade, uma vez que “infelizmente – disse ela - só há vagas daqui a três meses”(sic)...

Naquele instante, não sabia mais o que dizer e, muito menos, a quem dizer. Experimentava um grande sentimento de solidão: o meu próprio desamparo. Dava-me conta, a cada momento, de que eu – cuidador – estava agora necessitando, ou melhor, percebendo-me enquanto necessitado de cuidado. Passava a soar incessantemente dentro de mim algumas novas questões: *Qual o sentido de se cuidar do cuidador? Quem cuida do cuidador? E, Como se cuidar do cuidador?*

A dor foi profunda e impossível de se descrever em todos os seus aspectos. Entretanto, da escuridão das densas nuvens começavam a emergir algumas possibilidades de sentido. Inaugurava-se, neste instante, um outro momento em minha trajetória pessoal e profissional: a razão absoluta abria espaço para dialogar com o novo, com um estranho em mim, que irrompia a partir da insuficiência de se dar conta da complexidade das questões

que se colocavam naquele dado instante. O não-traduzido, o inter-dito, o velado e oculto passavam a assumir o lugar de um a-traduzir⁷, permitindo-lhe a atribuição de novos significados e emergência de outro sentido.

Evidentemente que pude eleger outros espaços de significação para aquelas vivências; entretanto, esta questão não mais parou de ‘ecoar’ em meu percurso pela Clínica. Vale salientar que não intenciono responsabilizar unicamente a profissional a quem fiz referência pelos acontecimentos citados, dado que tal ocorrência, a meu ver, constitui apenas mais um exemplo da lógica inerente à atenção à saúde vigente em nossa cultura, mais especificamente no que diz respeito aos modelos assistenciais ligados ao campo da Psicologia, que – salvo exceções – ainda dispõe de um modelo de intervenção calcado nos padrões de atendimento privado e previamente agendado, prescindindo da possibilidade de emergências de demandas não previamente controladas. Deste modo, tanto esta como as demais questões acima referidas nos remetem a uma discussão acerca da necessidade de uma revisão de alguns procedimentos clínicos voltados a atendimentos emergenciais em saúde mental, ancorados no paradigma da ciência natural, restringindo as possibilidades terapêuticas da clínica psicológica enquanto modelo de intervenção.

Vivemos um contexto sócio-histórico, onde urge a necessidade de mudança nos padrões de assistência à saúde e a saúde mental não pode estar à margem destas discussões, como se, esta também, não fosse uma dimensão da saúde como um todo, não podendo ser excluída nem tratada com privilégios. Primeiramente, percebe-se a necessidade de uma abertura da Psicologia para o atendimento a uma demanda populacional bem diferente daquela que, tradicionalmente, procurava os serviços dos Psicólogos – movimento que já

⁷ Figueiredo (1994) sugere, ao discutir a Teoria da Sedução Generalizada de Jean Laplanche, que “acontecimentos naturais, como o luto, ou artificiais, como a interpretação analítica” (idem, p. 300), promovem uma suposta des-organização na trama de significações estabelecida na *psiqué*, deslocando certos conteúdos enigmáticos, fruto de traumas e interditos, e transformando-os de um status de *não*-traduzidos em elementos *a-traduzir*, que requerem re-elaboração, conduzindo o sujeito a um movimento de busca/tessitura de novos sentidos.

possui ressonância em discussões no campo das Psicologia Social e Comunitária, como já citado por Cabral (2004).

Não há mais espaço para uma visão de sujeito limitada apenas às classes média e alta da sociedade. Cada vez mais, faz-se necessário o desenvolvimento de teorizações para intervenções profissionais voltadas para o acolhimento de uma demanda outra, constituída pela população menos favorecida economicamente⁸. A concretude do dia-a-dia, o sofrimento ante as constantes mutilações psíquicas e sociais, fruto de uma sociedade desigual, onde imperam o abuso do poder econômico, a violência e o descaso do Poder Público, batem à porta da Psicologia. Quando decidiremos abri-la?

Um outro aspecto importante diz respeito ao modelo de atendimento, basicamente individual e pré-marcado que, muitas vezes, exclui, por não estar preparado para entrar em contato com o imprevisível, espontâneo e situacional. Propostas como a do Plantão Psicológico, desenvolvido pelo Instituto de Psicologia da USP (MORATO, 1999), que possibilitam ao indivíduo um espaço de fala, a qualquer momento, qualquer que seja sua demanda; psicólogos plantonistas de Hospitais Gerais, dentre outras, precisam ser consideradas, discutidas e recriadas, enquanto dispositivo de cuidado, que visa atender à demanda própria da condição de imprevisibilidade inerente ao humano.

A expressão “plantão” está associada a certo tipo de serviço, exercido por profissionais que se mantêm à disposição de quaisquer pessoas que deles necessitem, em períodos de tempo previamente determinados e ininterruptos. Do ponto de vista da instituição, o atendimento de plantão pede uma sistematização do serviço oferecido. Do profissional, esse sistema pede uma disponibilidade para se defrontar com o não-planejado e com a possibilidade (nem um pouco remota) de que o encontro com o cliente seja único. E, ainda, da perspectiva do cliente significa um ponto de referência para algum momento de necessidade.

(MAHFOUD, 1987 apud SCHMIDT, 1999, p. 101)

⁸ População que, devido fenômeno de achatamento da classe média, que temos observado dia após dia em nosso país, tem aumentado constantemente e reforçado as filas dos postos de atendimento da rede pública de saúde.

É importante destacar que tais citações não se tratam de veiculação ou mera reprodução de modelos, conforme pontua Schmidt (1999). Antes, o que buscamos destacar é a concepção que embasa tais práticas, pois, ao nosso ver, apontam para um caráter que, por muito tempo, foi ignorado pela Psicologia: o da urgência para além da emergência⁹.

Ao discutir estes aspectos, buscamos nos contrapor a um modelo biologicista, que identifica na intervenção química e medicamentosa a única possibilidade de intervenção eficaz em momentos de demandas psíquicas agudas. A clínica contemporânea atesta a crescente ocorrência de quadros psicopatológicos, como os episódios agudos de ansiedade, as chamadas crises de angústia, crises de pânico, crises esporádicas de insônia, esgotamento mental proveniente do alto nível de estresse, além de situações pontuais como perdas, acidentes, estresse pós-traumático, dentre inúmeros outros, nos quais a busca por uma escuta e espaço de acolhimento, se configura, muitas vezes, numa desesperada e, por vezes, estéril tentativa por cuidado.

Entretanto, não nos cabe, enquanto Psicólogos, apenas apontar críticas a outros modelos reducionistas de intervenção. Mas, sobretudo, propor, desenvolver e adaptar propostas alternativas que possam ser viabilizadas, configurando, assim, outros mecanismos de acolhimento para a população assistida. Nossa maior luta, talvez, esteja em questionar nossas concepções de clínica, crise, demanda, dentre outras, promovendo uma revisão em paradigmas tradicionais e em nosso modo de ver e de ser-no-mundo, ainda conservador dessa tradição.

Retornando ao percurso...

Pouco tempo depois, durante o estágio curricular da Graduação em Psicologia, tive a oportunidade de conhecer a proposta e dinâmica de um Serviço de Saúde Mental

⁹ Tal é a função do conselheiro: dispor-se no modo do acolhimento que permite explorar, com o cliente, não apenas a chamada queixa (emergência), mas também a forma mais adequada de lidar com ela, ou seja, dirigindo-se, assim ao que é sua urgência (seu apelo por cuidar-se); é este o sentido de demanda que norteia a atenção psicológica.

substitutivo no modelo da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Nesta ocasião, pude conhecer um novo campo de atuação profissional, bem como uma nova alternativa de assistência a portadores de sofrimentos psíquicos graves. Concomitantemente, tive os primeiros contatos com a abordagem da Clínica Psicossocial e Psicologia Comunitária, que preconiza uma relação entre os atores da clínica, voltada para o atravessamento do social na constituição do sujeito, enquanto aspecto decisivo e que não pode ser ignorado.

Dentre as muitas abordagens teóricas conhecidas durante minha graduação, esta parecia de fato fazer sentido para mim. Não sei se pelo fato de possuir uma história pessoal de grande aproximação entre a questão do cuidado, sempre atrelada a intervenções sociais ou pela inspiração da possibilidade de uma ação política, não necessariamente partidária, mas que permitisse intervir criativamente no mundo, viabilizando mudanças e transformações sociais. Mas, o fato é que, cada vez mais, percebia-me em busca de uma reaproximação da díade homem-mundo, enquanto possibilidade de uma maior abrangência das intervenções a que me propunha. Foi, então, que pude conhecer o movimento de desinstitucionalização da Psiquiatria Democrática Italiana, enveredando pelos caminhos da Luta Antimanicomial e Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Cada vez mais, sentia-me atraído por reflexões, debates e ações relacionadas à Clínica Psicossocial. As leituras de Foucault (1978), Basaglia (1979, 1985), Goffman (1961), Amarante (1992, 1994, 1995, 1999), Delgado (1991, 1992), Jurandir Freire Costa (1976), dentre muitos outros, semeavam, dentro em mim, um grande desejo de participar ativamente deste processo de desconstrução do caráter ideológico e discriminatório da loucura, vigente durante a Idade Moderna e Contemporânea.

Estagiar em um Hospital-Dia, referência estadual no modelo substitutivo de atenção à Saúde Mental, foi fundamental e decisivo neste processo. Além de poder conhecer uma proposta de atenção à saúde, baseada na busca pelo resgate da integralidade do sujeito,

promoção de cidadania e reinserção social, pude também ser inserido na dinâmica do trabalho em equipe interdisciplinar. O contato com profissionais diversos, com diferentes perspectivas de compreensão do fenômeno humano, consistiu em momento de grande aprendizagem. Aliás, a convivência e cumplicidade desta equipe, me sinalizavam a possibilidade de transposição dos muros academicistas, tendo em vista a construção de uma proposta compartilhada de intervenção entre os diferentes campos do saber. Entretanto, mesmo em meio a toda esta intensidade e dedicação da equipe técnica em seu ofício de cuidar, por vezes, algo sinalizava e me remetia a uma antiga questão: a de *cuidadores descuidados*.

A cada vez que, na condição de estagiário, me aproximava mais da equipe de profissionais, percebia múltiplas queixas e certa ânsia em reaver um espaço outrora existente no serviço: *a supervisão clínica*.

A princípio, ainda sob a empolgação de um estudante recém iniciado em sua prática profissional, soava-me com estranheza o fato de uma equipe composta por pessoas tão experientes, dado sua ampla trajetória no âmbito da saúde mental no estado de Pernambuco, requisitar com tanta veemência a existência de uma escuta, de um supervisor, de um cuidador de cuidadores.

Pouco tempo depois, agora já concluída a graduação, participei de uma seleção para Psicólogo de um CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), mais especificamente para atuação no Programa de Prevenção e Tratamento para Alcoolistas e Usuários de outras Drogas, do município do Cabo de Santo Agostinho, região metropolitana do Recife/PE. Agora, não mais enquanto estudante, passava a conviver diariamente com uma equipe de Saúde Mental, tendo sobre mim todas as responsabilidades e atribuições de um técnico em Saúde Mental de um serviço substitutivo do Sistema Único de Saúde (SUS).

Pude perceber, agora muito mais de perto, o quanto a rotina de trabalho, que compreende desde o intenso processo de atenção, afetação e doação de si, além da enorme

carga de trabalho, cobrança institucional por indicadores quantitativos, que justifiquem os recursos investidos num serviço desta natureza¹⁰, a falta de recursos e de condições apropriadas de trabalho, a extensa carga-horária, a baixa remuneração, dentre outros fatores¹¹ favorecem o esgotamento, exaustão e adoecimento da equipe de trabalho.

Para minha surpresa, embora a percepção deste fenômeno e o clamor por cuidado por parte dos cuidadores fosse algo praticamente generalizado e consensual, havia questões, brechas, lacunas, ‘pontos-negros’, inter-ditos, que não conseguiam ser decifrados. Para a equipe, tornava-se tarefa árdua qualquer tentativa de se parar para reavaliar o serviço, falar de si, sem que isto remetesse apenas ao aspecto formal da relação de trabalho com a instituição. Por outro lado, para os gestores, observava-se uma certa “não-compreensão” das constantes solicitações por espaço de supervisão, as quais eram compreendidas apenas como intervenção organizacional no redesenho dos processos de trabalho, revisão de metas, dentre outros.

Tais fatos levavam-me a crer que fenômenos desta amplitude não poderiam ser abordados, simplesmente, com base em reflexões cognitivas, sob o risco de reduzirmos suas facetas a explicações simplórias. Havia algo mais amplo que solicitava ser escutado: a questão do trabalho, do trabalhador, da instituição, do cuidado, do cuidador, das teorias e práticas que permeiam as intervenções em saúde, o público, o histórico etc, enfim, dos diversos aspectos que perpassam a existência humana.

Surge, então, o interesse pelo Mestrado em Psicologia Clínica, enquanto mais um importante elemento na tessitura de um sentido possível para estas experiências: um sentido sentido, com a afetação do vivido, a compreensão do experienciado e a comunicação do dissertado.

¹⁰ Neste sentido, Cabral (2004, p. 194) aponta que a avaliação dos serviços de saúde baseada unicamente em critérios estatísticos (numéricos), remete ao quadro que a autora nomeia de “*ditadura da quantidade como eficiência e/ou eficácia*”, a qual ignora o caráter qualitativo das ações, reforçando a dicotomia entre quantidade e qualidade.

¹¹ Esta não é uma situação isolada deste município. É apenas um recorte da situação alarmante em que se encontra a Saúde Pública em nosso país. Não poderia deixar de enfatizar o esforço da gestão local em investir na atenção à saúde, mais especificamente na saúde mental, onde tendo sido um dos municípios pioneiros na implantação de uma rede de cuidados em saúde mental (CABRAL, 2004), é referência regional.

Nesta direção e definitivamente influenciado pelos pressupostos da Fenomenologia Existencial, passei a buscar uma outra compreensão possível para a questão do cuidado do cuidador, enquanto sujeito social atravessado pela questão trabalho, que ao mesmo tempo em que se constitui fonte de prazer e instrumento de ressignificação da sua existência, o afeta, o mobiliza e o faz sofrer. Passei a perceber, nos serviços de Saúde Mental por onde percorria, que esta questão precisava ser urgentemente escutada, acolhida e cuidada. Passava a compreender¹², cada vez mais, que era preciso resgatar a busca por uma aproximação com esta outra dimensão da clínica: a do *cuidado do cuidador*.

Este é o percurso da minha questão. Provocado por estes questionamentos, parto em busca de novos sentidos. Mais do que uma busca por respostas, este trabalho constitui um dispositivo de intervenção. Ao escutar os depoimentos de cuidadores/profissionais de saúde mental, buscamos promover a criação de um espaço de fala/escuta de acolhimento de seus sofrimentos. Ao, após literalização¹³, devolvermos tais depoimentos a cada depoente, tendo em vista sua autenticação, oportunizamos a apropriação de cada depoente de sua narração, enquanto fragmento vivo de sua história. Ao tecermos nossos comentários, dialogando com o narrado, abrimos oportunidade ao surgimento de outros sentidos possíveis para as experiências vividas e, ao dissertarmos o vivido, comunicamos experiência, intervimos no mundo, abrimos possibilidades de novas construções.

Este percurso nada mais simboliza do que a nossa própria condição humana: afetabilidade, compreensibilidade e comunicabilidade. É por meio da apropriação deste modo de ser-no-mundo, que promovemos ética, enquanto cuidado, e política, enquanto transformação.

¹² Compreensão não restrita ao sentido cognitivo do termo, enquanto forma de conhecimento representacional, mas como movimento de abertura, na sua dimensão existencial de emergência de sentido.

¹³ A literalização consiste na lapidação das entrevistas, após transcrição, transformando-as em texto, a fim de facilitar a comunicação de sentido.

É nesta direção que vamos percorrer esta caminhada. Sem certezas e/ou garantias de onde e como vamos chegar. Tendo a questão como bússola e o desejo de conhecer o novo que se apresenta, partimos para a viagem...

2. O ENRAIZAMENTO DA QUESTÃO.

Ser só pode ser compreendido se apreendido, percebido, revelado, no horizonte e na ordem existencial. Na existência, através da existência é que as coisas são e chegam a ser o que são e como são.

Dulce Mara Critelli¹⁴

2.1. Situando o cuidador em questão: um percurso pela história da loucura.

Refletir acerca das vivências de cuidadores/profissionais de Saúde Mental inseridos no movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira nos remete inevitavelmente à necessidade de buscar uma compreensão mais ampla do contexto institucional onde estes estão inseridos.

É a indissociabilidade homem-mundo que mais uma vez se reafirma.

Durante todo o percurso no campo da atenção aos portadores de sofrimento psíquico, identificamos que associada à prática dos profissionais, à postura dos familiares e à própria relação do paciente/usuário com seu adoecer, encontra-se uma série de elementos culturais que, de algum modo, facilitam ou dificultam o processo de cuidado. Percebe-se, com clareza, o quanto a teia de representações acerca do fenômeno do ‘adoecer dos nervos’, dita boa parte das práticas e intervenções médicas, sociais, políticas, religiosas, dentre outras, levando a doença mental a um *status* bastante peculiar, compartilhado de algum modo, com outras patologias historicamente discriminadas, como a lepra (hanseníase), a AIDS (inserindo-se aqui o portador de HIV), dentre outras.

É certo que, nesta direção, a instituição de trabalho constitui, na verdade, apenas um dos elementos deste arsenal ideológico, interligado por compreensões de homem e de mundo,

¹⁴ CRITELLI, D. M. *Analítica do sentido*: uma aproximação e interpretação do real de orientação fenomenológica. São Paulo: EDUC/Brasiliense, 1996, p. 51-52.

sobre as quais se estabelece e pelas quais se dirige. Desta feita, antes de nos debruçarmos sobre o modelo assistencial de saúde no qual se localiza nossa problemática, é válido trilharmos um breve caminho pela história da loucura no mundo ocidental, a fim de situarmos nossa questão e compreendermos o percurso que desencadeia todo este movimento denominado de Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Neste sentido, é de grande valia a contribuição de Foucault (1978), em *História da Loucura*, quando pontua que nem a Psiquiatria, nem a Psicologia, e muito menos a Doença Mental existiram desde sempre. Antes, tais categorias científicas datam de um determinado contexto histórico e estão atreladas, quase sempre, a interesses sociais, políticos e econômicos. Estas afirmações, que dizem respeito à historicidade do saber e reafirmam seu relativismo cultural, põem em 'xeque' toda uma concepção de verdade, entendida enquanto descoberta e não enquanto construção, na qual tem se sustentado o pensamento metafísico ocidental, assim expondo à crítica todo o seu conteúdo.

...as ciências não desvendam a realidade, mas sim, constroem formas próprias de lidar com ela, neste sentido, os saberes científicos não são nem neutros, nem produtores de verdade: de certo modo, constroem uma cultura específica.

(AMARANTE, 1999, p. 48)

É inegável que o saber psiquiátrico construiu, assim como legitimou, boa parte das representações sociais acerca da loucura, com suas concepções ambíguas, mitos e fantasias, vinculados não apenas ao sofrimento, mas, sobretudo aos aspectos com valoração negativa nela implicados, tais como irresponsabilidade, periculosidade, invalidez, dentre outros.

2.1.1. A loucura e o mundo ocidental: a trajetória de uma construção.

Baseado em autores como Amarante (1992, 1994, 1995, 1998, 1999), Pedro Gabriel Delgado (1992), Birman (1978), Costa (1976), Foucault (1978), podemos perceber que a loucura nem sempre foi vista sob o olhar médico, antes, era concebida como modo de manifestação do humano. Um tema, hoje, tão controverso foi objeto das mais variadas explicações, passando desde o campo da Mitologia até o da Religião. Na Grécia Antiga, o “louco” era considerado uma pessoa com poderes diversos. O que dizia era ouvido como um saber importante e necessário, capaz de interferir no destino dos homens. A loucura era tida como uma manifestação dos deuses, sendo, portanto, reconhecida e valorizada socialmente. Não havia necessidade de seu controle e/ou exclusão.

No início da Idade Média, época marcada pela peste, lepra e medo de ameaças *de outros mundos* (AMARANTE, 1998), a loucura era vista como expressão das forças da natureza ou algo da ordem do não-humano. Era exaltada, num misto de terror e atração. Mais tarde, ainda sem o estigma de sujeito de desrazão ou de doente mental, era tida como possessão por espíritos maus, os quais precisavam ser extirpados mediante práticas inquisitoriais, sob o controle da Igreja.

Com o emergir do Racionalismo, a loucura deixa de pertencer ao âmbito das forças da natureza ou do divino, assumindo o *status* de desrazão, sendo o “louco” aquele que transgride ou ignora a moral racional. Neste contexto, surge a associação com a periculosidade, visto que, uma vez desrazoado, representa o não-controle, a ameaça e, por conseguinte, o perigo. A loucura ganha um caráter moral, passando a ser algo desqualificante, e que traz consigo um conjunto de vícios, como preguiça e irresponsabilidade. Atrelado a isto, no sec. XVII, com o Mercantilismo, dominava o pressuposto de que a população era o bem maior de uma nação, devido ao lucro que podia trazer. Daí, todos aqueles que não podiam

contribuir para o movimento de produção, comércio e consumo, começam a ser encarcerados, sob a prerrogativa do controle social a tudo que fosse desviante. Velhos, crianças abandonadas, aleijados, mendigos, portadores de doenças venéreas e os loucos passam a ocupar verdadeiros depósitos humanos:

“Evidencia-se por toda a parte a preocupação dos governantes em encontrar solução para abrigar e alimentar a elevadíssima percentagem de incapazes, de mendigos, de criminosos, de anormais de todo gênero que dificultam e oneram pesadamente a parte sã e produtiva da sociedade.”

(COSTA, 1976, p. 97)

A ociosidade passa a ser combatida como o mal maior, não havendo objetivo de tratamento, mas sim de punição:

Vi-os nus, cobertos de trapos, tendo apenas um pouco de palha para abrigarem-se da fria umidade do chão sobre o qual se estendiam. Vi-os mal alimentados, sem ar para respirar, sem água para matar a sede e sem coisas necessárias à vida. Vi-os entregues a verdadeiros carcereiros, abandonados a sua brutal vigilância. Vi-os em locais estreitos, sujos, infectos, sem ar, sem luz, fechados em antros onde se hesitaria em fechar os animais ferozes, e que o luxo dos governos mantêm com grandes despesas nos capitais.

(ESQUIROL apud FOUCAULT, 1978, p. 49)

Apenas cerca de um século mais tarde, com a Revolução Francesa (1789), cujos ideais de *‘Liberdade, Igualdade e Fraternidade’* tomavam força e impulsionavam transformações, inicia-se um processo de reabsorção dos excluídos, até então isolados em setores próprios dos Hospitais Gerais. Tais Hospitais se constituíam, ao mesmo tempo, num espaço de assistência pública, acolhimento, correção e reclusão, ou seja, onde cuidado e segregação se confundem. Os conceitos de saúde e doença situavam-se numa perspectiva social, subordinada às normas do trabalho industrial e da moral burguesa, com vistas à manutenção da ordem pública. Era a instituição médica, segundo Foucault (1978), apresentando-se como uma estrutura semi-jurídica, estabelecida entre a polícia e a justiça, com forte função normalizadora, constituindo a *‘terceira ordem de repressão’*.

O Hospital Geral não é um estabelecimento médico. É antes uma estrutura semijurídica, uma espécie de entidade administrativa que, ao lado dos poderes já constituídos, e além dos tribunais, decide, julga e executa (...) Soberania quase absoluta, jurisdição sem apelações, direito de execução contra o qual nada pode prevalecer – O Hospital é um estranho poder que o rei estabelece entre a polícia e a justiça, nos limites da lei: a terceira ordem da repressão. (FOUCAULT, 1978, p. 49-50)

Entretanto, mesmo com a efervescência das idéias humanistas e libertação de alguns excluídos, os loucos, devido sua associação com a periculosidade e ameaça à ordem, continuavam encarcerados.

No final do sec. XVIII, em 1793, é que Pinel, uma vez nomeado para dirigir o Hospital de Bicêtre, na França, define um novo *status* social para a loucura. Trata-se da apropriação da loucura pelo saber médico. A partir de então, loucura passa a ser sinônimo de doença mental. Pinel manda desacorrentar os alienados e inscreve suas “alienações” na nosografia médica. Desse modo, a loucura, enquanto doença, deveria ser tratada medicamente.

A iniciativa de Pinel abre duas questões importantes: se por um lado, tal iniciativa cria um campo de possibilidades terapêuticas, por outro, define um estatuto patológico e negativo para a loucura. As idéias de Pinel terminam por reforçar a separação dos loucos dos demais excluídos, a fim de estudá-los e buscar sua cura. O asilo passa a ser visto como a melhor terapêutica, onde aplica-se a reclusão e disciplina, sendo seu objetivo o *tratamento moral*.

Neste contexto, se estabelece um impasse: se a psiquiatria possibilitou que ao louco, agora como enfermo mental, fosse concedido o direito de assistência médica e de cuidados terapêuticos, em contrapartida retirou dele a cidadania, sendo assim, o universo da loucura foi excluído definitivamente do espaço social (BIRMAN, 1978). Dentro da concepção de alienação, sendo o louco efetivamente destituído de razão, perde o direito de ser considerado

sujeito igual aos demais cidadãos, restando-lhe apenas a interdição civil e o controle absoluto. Para a Psiquiatria e a Justiça, a questão da cidadania do louco enuncia-se através da seguinte regra: eles não são puníveis e nem capazes. Ou seja, implícita na inimputabilidade está a noção de periculosidade e incapacidade absoluta.

Conforme Delgado (1992, p.106), a lei que regulamenta a tutela/interdição destina-se a menores, loucos, surdos-mudos, dentre outros. O problema, segundo o autor, é que as crianças crescem e os surdos-mudos aprendem a se comunicar, restando aos loucos uma interdição quase sempre definitiva. É evidente que tais critérios precisavam ser revistos, uma vez que tal mecanismo deveria visar a proteção do sujeito que, sofrendo por sua crise, encontrava-se temporariamente fragilizado, e, jamais, tornar-se um selo definitivo, implicando em sua estigmatização e exclusão do circuito da cidadania.

Desta forma, a instituição psiquiátrica, de inspiração manicomial¹⁵, e toda lógica asilar que lhe fundamenta, configura-se como um lugar de segregação, expurgo social, onde são confinados, na maioria das vezes sem o direito de escolher, aqueles que, desviantes do padrão de razão ocidental, não correspondem às expectativas mercantilistas da sociedade. A institucionalização da loucura, que tem no Manicômio o seu maior expoente, através de uma cultura asilar, cujo tratamento moral, com seus ideais de punição, regulação e sociabilidade, promove o surgimento de verdadeiras ‘fábricas de loucos’, reprodutoras de uma concepção preconceituosa e totalitária, que discrimina, isola, vigia e tem, na doença, o seu único e

¹⁵ A ênfase neste ponto recai prioritariamente sobre a lógica na qual se baseiam as instituições psiquiátricas asilares. Não se pretende, a princípio, assumir posição de julgamento do hospital psiquiátrico em si, embora seja nítida sua grande relação com todo o modelo segregador que está sendo apresentado. Digo isto, primeiramente por acreditar que pode tornar-se reducionista qualquer associação pura e simples a um só modelo institucional, sob o risco de pensarmos, que superando ou implantando um outro modelo alternativo, não incorremos no risco de repetir toda a lógica que permeia as ações no campo da Saúde Mental. Não se trata de condenar ou absolver o Hospital Psiquiátrico, mas, antes de tudo, questionar a sua lógica. É importante ressaltar que, nos últimos dias, tem surgido uma série de questionamentos no âmbito da saúde mental, acerca da possibilidade da existência e/ou manutenção de hospitais psiquiátricos, desde que estes se configurem em apenas um dispositivo de proteção ao sujeito em crise. Tal instituição, segundo estas discussões, se configuraria, enquanto, parte da rede de assistência à saúde mental, a ser acionado em momentos específicos: jamais como um fim em si mesmo. O tema é bastante polêmico. Durante as discussões posteriores, voltaremos a abordá-lo, tendo em vista a contextualização da rede atual de atenção à crise em Saúde Mental.

absoluto objeto. Os Hospitais Psiquiátricos são comparados a grandes campos de concentração, devido à miséria e maus tratos a que são submetidos os internos. Se é possível afirmar que com Pinel o louco é libertado das correntes e dos porões, pode-se também dizer que este não é libertado do hospício. Segundo Amarante (1995, p.77), esta é a liberdade intramuros, ou seja, o alienado é privado da liberdade para ser tratado, “devendo ser dobrado, tutelado, submetido e administrado”.

Algumas contribuições trazidas por Goffman (1961), em ‘*Manicômios, Prisões e Conventos*’, a partir de uma análise microssociológica do Manicômio, revelam parte da dinâmica do Hospital Psiquiátrico, enquanto Instituição Total¹⁶, onde há toda uma estrutura organizacional, que tem por objetivo o controle, a alienação e separação do indivíduo internado da vida social. Todo este processo de isolamento e controle, nomeado pelo autor de ‘*Mortificação do Eu*’, promove uma espécie de desaculturação, devido à distância das rotinas e transformações culturais ocorridas no mundo externo, gerando dependência da instituição e medo de reinserir-se no convívio social. A prisão/isolamento, assim como as técnicas de controle, passam do aspecto físico para o simbólico, causando verdadeiras mutilações no ser, algumas delas irreversíveis. É um trabalho que se distancia da reabilitação, provocando sim uma degeneração, através do enfraquecimento da autonomia e da individualidade, coisificando o ser e iniciando o sujeito numa *carreira moral estigmatizada*.

Por mais paradoxal que possa parecer, somente com as duas Guerras Mundiais do século XX, cerca de duzentos anos depois de Pinel, é que surgiram os grandes questionamentos em todo o mundo acerca do objetivo da Psiquiatria, seu saber e seu poder, certamente influenciados pelas fortes repercussões das experiências nazistas, da bomba atômica, além de diversas outras barbáries ocorridas nestas circunstâncias. Tais fatos promoveram um intenso questionamento da visão romântica do homem, erigida no

¹⁶ Goffman (op.cit., p.16) define Instituição Total como aquela que promove uma espécie de barreira à relação social com o mundo externo, fechando-se e impedindo o contato de seus participantes com qualquer realidade que lhe seja exterior.

Iluminismo, bem como puseram em crise o ideal de sujeito de razão, provocando uma intensa ruptura nos ideais que sustentavam as relações humanas no século passado.

O homem vê-se jogado num abismo, onde se pode reconhecer como fruto, também de sua própria destruição e, não somente, de seu desenvolvimento positivo. Modificam-se, por isso, a própria cultura e o indivíduo aí imerso, dada a nova realidade, advinda de outra relação estabelecida na sociedade, originando-se uma forma de ser-no-mundo-com-outros perversa.

(MORATO, 1999, p. 69)

Segundo Morato (1999), neste contexto, surgem em diversas partes do mundo e nos diversos âmbitos do saber, tentativas de construção de uma nova ordem social, política e econômica, tendo em vista redimensionar a cultura e o passado fragilizado pelo trauma da guerra. Mostrava-se preciso o surgimento de práticas interventivas que, de algum modo, pudessem acolher os veteranos de guerra, que, pressionados, confusos e com seqüelas de diversas ordens, demandavam uma atenção especial. É neste instante histórico que se testemunha o surgimento do Aconselhamento Psicológico, do Existencialismo e da Fenomenologia, estes últimos, constituindo-se enquanto posicionamentos filosóficos que *“retomam a inserção do homem no mundo, não somente como ser isolado, uma essência, e/ou biologicamente determinado(...) mas sim resgatando sua condição humana de ser situado no mundo.”* (idem, p. 74).

Em diferentes lugares, começaram a ser ensaiadas diversas tentativas de modificar os hospitais psiquiátricos. A princípio, os movimentos diziam respeito à busca pela humanização dos asilos. Partia-se de uma crítica à estrutura asilar, vista como responsável pelos altos índices de cronificação e que, por ser o manicômio uma instituição de cura, deveria ser urgentemente reformado, uma vez que *havia se afastado de sua finalidade*. Associada a esta tentativa de reforma asilar, também estava a necessidade de se promover a criação de espaços

para a recuperação de feridos e vítimas de traumas de guerra, tendo em vista a necessidade de reorganizar o Estado e compensar as carências advindas dos frentes de batalha.

No início da década de 50, surgiu na Inglaterra o movimento das Comunidades Terapêuticas com Maxwell Jones, enquanto proposta de superação do Hospital Psiquiátrico. Este tipo de intervenção tinha sua lógica baseada na democracia das relações, participação e papel terapêutico de todos os membros da comunidade, com ênfase na comunicação e no trabalho, como instrumentos essenciais no processo de recuperação dos internos. Possuía por fundamento a tentativa de reprodução, no ambiente terapêutico, no *mundo externo e suas relações*, pois, para ele, o asilo havia criado um outro mundo diferente do real, impossibilitando assim o tratamento a que se propunha. Outras experiências como a Psicoterapia Institucional e a Psiquiatria de Setor, ambas na França, tinham por objetivo, respectivamente, a promoção da restauração do aspecto terapêutico do hospital psiquiátrico e a recuperação da função terapêutica da Psiquiatria, sendo que, esta última, não acreditava ser possível tal obra dentro de uma instituição alienante, promovendo as ações comunitárias, tendo na internação apenas uma das etapas do tratamento.

Nos Estados Unidos, desenvolveu-se, na década de 60, um movimento denominado de Psiquiatria Comunitária, constituindo, segundo Amarante (1998, p.22), uma aproximação da Psiquiatria com a Saúde Pública, que buscava a prevenção e promoção da saúde mental. Embora não se possa negar a tentativa de melhoria na assistência ao doente mental, bem como as contribuições trazidas por estes movimentos, pode-se dizer que os mesmos não criticavam a psiquiatria e seu modo de ver e tratar a loucura, apenas reformulavam sua prática sem promover nenhuma ruptura epistemológica.

Também na década de 60, iniciou-se, na Inglaterra, um movimento denominado de AntiPsiquiatria, com Laing e Cooper. Este movimento promoveu um forte questionamento não só à Psiquiatria, mas à própria doença mental, tentando mostrar que o saber psiquiátrico

não conseguia responder à questão da loucura. Para eles, a loucura é um fato social, ou seja, uma reação à violência externa. Por conseguinte, o louco não necessitaria de tratamento, sendo este apenas acompanhado em suas vivências. Defendia que o delírio não deveria ser contido, procurando-se, como saída possível, a modificação da realidade social (AMARANTE, 1998, p. 22). As postulações da Antipsiquiatria situavam-se num ambiente de contracultura libertária e visava promover críticas às estruturas sociais, tidas como conservadoras. Segundo eles, a sociedade enlouquecia as pessoas e, em seguida, culpada, buscava tratá-las. Desta feita, o Hospital Psiquiátrico configurava apenas um mecanismo de *mea culpa* social.

Entretanto, é na Itália, na década de 60, que surge o movimento que promove a maior ruptura epistemológica e metodológica entre o saber/prática psiquiátrico, vivenciada até então. Ao contrário da Antipsiquiatria, a Psiquiatria Democrática Italiana não nega a existência da doença mental, antes propõe uma nova forma de olhar para o fenômeno. Olhar que beneficia a complexidade da loucura como algo inerente à condição humana e que vai além do domínio da psiquiatria, dizendo respeito ao sujeito, à família, à comunidade e demais atores sociais.

O movimento de desinstitucionalização da psiquiatria italiana inicia-se a partir da experiência de Franco Basaglia na direção do Hospital Psiquiátrico de Gorizia (1961 a 1968). Com o trabalho nesta instituição, utilizando algumas contribuições do modelo das Comunidades Terapêuticas, torna-se-lhe evidente que o Manicômio é um lugar de segregação, de violência e morte e que, portanto, deve ser combatido, negado, superado e questionadas as suas finalidades num contexto mais geral das instituições sociais (BASAGLIA apud AMARANTE, 1992). Suas propostas encontram fortes reações do poder político local, sendo rechaçadas, fato que fez com que os técnicos do hospital, também convencidos da

inviabilidade manicomial, optassem em dar alta coletiva e, em seguida, pedissem demissão em massa.

Em 1971, Basaglia assume a direção do Hospital Psiquiátrico de San Giovanni, em Trieste, perfeitamente convencido da impossibilidade de reformar o Manicômio. Dá-se início a um projeto mais sólido de desinstitucionalização, que tem por objetivo a desconstrução do aparato manicomial, assim como de toda a lógica de segregação que lhe é implícita. A instituição psiquiátrica deveria ser negada, enquanto saber e poder, buscando-se substituir os serviços e tratamentos oferecidos pela lógica hospitalocêntrica, com toda sua cultura de exclusão, por intervenções que visassem a reinserção social do sujeito no pleno exercício de sua cidadania. Além disso, a própria estrutura social teria que promover a revisão de valores e práticas institucionais excludentes. Trata-se de uma tentativa de colocar a doença entre parênteses, voltando toda a atenção ao sujeito, considerando sua complexidade, através de um trabalho interdisciplinar e psicossocial.

Tal postura não visava negar a existência da doença, nem muito menos o sofrimento vivenciado pelo sujeito, mas retirá-la do primeiro plano, permitindo sua inserção como mais um dos diversos aspectos da vida do sujeito, que mais do que doente é uma pessoa, que não pode ser abordada em sua totalidade, se resumida a um de seus aspectos. Basaglia parte, fundamentalmente, da premissa de que deveria ser produzido um novo imaginário social para a loucura, que a desvinculasse dos conceitos de periculosidade, preguiça, incapacidade, dentre outros, de forma a gerar uma nova relação entre o “louco” e a sociedade.

Estas noções influenciaram grandemente diversos outros países, de forma que hoje, no Brasil, vivenciamos, um importante momento histórico, no qual a loucura tem sido revisitada e novas construções têm sido feitas, tendo em vista a promoção da cidadania e bem-estar social àqueles que padecem de sofrimento psíquico.

2.1.2. O Brasil e a loucura: a trajetória de uma reprodução.

Além desta contextualização a partir do panorama mundial da história da loucura, é importante discorrermos algumas considerações históricas acerca do processo de assistência à saúde mental em nosso país. No Brasil, ocorre uma certa reprodução da trajetória mundial citada anteriormente, tendo a psiquiatria brasileira, segundo Amarante (1994), uma história pautada sobre a prática asilar e medicalização do social.

A chegada da Família Real ao Brasil, em 1808, constitui o marco inicial da aplicação de práticas interventivas voltadas aos desviantes. Assim como ocorrera em outras partes do mundo, dá-se no Brasil a necessidade de reordenamento da cidade, tendo em vista recolher os que perambulavam pelas ruas: desempregados, mendigos, órfãos, marginais de todo o tipo e loucos. Inicialmente, o destino desta clientela passa a ser a prisão, ruas ou celas especiais dos hospitais gerais da Santa Casas de Misericórdia do Rio de Janeiro¹⁷ (COSTA, 1976, p.69).

Em 1830, a partir de um diagnóstico da Sociedade Brasileira de Medicina no Rio de Janeiro, que criticou o abandono dos loucos à própria sorte, é proposta a construção de um Hospício para os alienados, nos moldes europeus, com a substituição das alas insalubres dos hospitais e dos castigos corporais, por asilos higiênicos, arejados e com tratamento moral, inicializando no Brasil, o processo de medicalização da loucura.

Só a partir da segunda metade do século XIX é que se identificam as primeiras intervenções específicas no campo da saúde mental no Brasil. Em 1952, é inaugurado no Rio de Janeiro, o Hospício D. Pedro II. A partir daí, diversas transformações ocorreram no tratamento dos alienados. A Psiquiatria, enquanto especialidade médica autônoma, toma

¹⁷ Importante destacar que, mesmo se tratando de uma época na qual diversas transformações estavam ocorrendo na Europa, de onde provinha a Família Real Portuguesa, observa-se uma repetição dos modelos mais arcaicos de segregação/exclusão, sem maiores preocupações humanistas, estando a reclusão dos desviantes, ligada diretamente a interesses outros, que não o cuidado e a atenção à saúde. Tal fato reforça a utilização da questão da loucura, enquanto dispositivo social de regulação e controle, tendo em vista o desenvolvimento econômico, motivado por aspectos de cunho exploratório-mercantilista.

forma e diversas instituições são criadas no intuito de prestar assistência asilar aos doentes mentais. Segundo Costa (op.cit.), o modelo de entendimento e tratamento da doença mental tinha como fundamento básico o biologismo organicista alemão, trazido por Juliano Moreira em 1903, e a prática asilar, cujo tratamento moral compreendia entre seus princípios básicos, o isolamento, a organização do espaço terapêutico, a vigilância e a distribuição do tempo.

Um fator histórico de extrema relevância é a fundação, em 1923, por Gustavo Heide, da Liga Brasileira de Higiene Mental, com características marcadamente eugenistas¹⁸, xenofóbicas, anti-liberais e racistas, com grandes semelhanças com o pensamento nazista alemão. Era a Psiquiatria assumindo seu papel no controle social, da forma descrita por Foucault (1978), citada anteriormente, como a *Terceira Ordem de Repressão*, que opera entre a polícia e a justiça, por via da penetração no espaço cultural, a qual passa a intervir, com ‘métodos preventivos’, na regulação não só dos doentes mentais, mas também dos “normais”. A prática desta regulação pelo saber psiquiátrico se difunde na sociedade, e os fenômenos psíquicos e culturais começam a ser vistos como sendo explicados unicamente pela hipótese de uma causalidade biológica, o que, em tese, justificava a intervenção médica em todos os níveis da sociedade.

Percebe-se neste modo de compreensão da sociedade, um desvio de foco de questões amplas e complexas, como co-responsabilidade na determinação do fenômeno social das questões sociais, para explicações simplistas e que eximiam de culpa as classes dominantes, geralmente formada pelos de ‘raça pura’ européia. Desta feita, passava-se a responsabilizar a *má herança genética das ‘raças inferiores’*¹⁹, como motivo principal dos problemas enfrentados pela população. Era a eugenia nazista em busca de uma purificação da raça como solução para todos os problemas.

¹⁸ “Eugenia é um termo inventado pelo fisiologista inglês Galton para designar o ‘estudo dos fatores socialmente controláveis que podem elevar ou rebaixar as qualidades raciais das gerações futuras, tanto física como mentalmente’” (Foucault, 1978, p.81).

¹⁹ “Os atributos psíquicos dos indivíduos não-brancos, negros, amarelos ou mestiços foram assim considerados patológicos em si, e o único remédio neste nível era o saneamento racial proposto pela eugenia” (idem, p. 92).

Baseadas nestas concepções, diversas práticas controladoras passaram a ser implantadas, no que ia desde o isolamento do desviante até medidas sutis e autoritárias como o exame pré-nupcial como forma de melhoramento da raça e manutenção da ordem:

Urgia, pois, que o Estado-Providência assumisse o encargo de prover o bom resultado das uniões reprodutoras da espécie humana, tal como faz a respeito dos animais de corte.

(KEHL apud COSTA, 1976, p. 98)

Entre as décadas de 30 e 50, a Psiquiatria parece acreditar ter a cura da doença mental, com a descoberta da ECT (Eletroconvulsoterapia), da Lobotomia e com o surgimento dos primeiros neurolépticos.

Nos anos 60, um outro fenômeno passa a ser observado: o declínio da psiquiatria pública em detrimento do crescimento da psiquiatria privada em convênios com o Estado. É a institucionalização do lucro, como novo mediador entre as relações de “cuidado” em saúde mental. Este, por sua vez, passará a constituir um dos mais importantes elementos no movimento de degradação e desumanização da assistência aos doentes mentais.

É importante destacar o cenário em que se encontra, neste momento retratado, a atenção a saúde mental brasileira: a confluência de idéia eugenistas, juntamente à instalação do lucro com mediador das relações de saúde, o fortalecimento de práticas psiquiátricas tradicionais, apoiadas no pensamento clássico, ao qual nos reportamos anteriormente. Enfim, diante de tal configuração urgia o surgimento de novas propostas que viessem a oxigenar o processo de tratamento ao doente mental no Brasil.

Paralelamente a isto, começava-se a observar o surgimento de idéias advindas dos movimentos da Psicoterapia Institucional, Psiquiatria de Setor, Psiquiatria Preventiva e Anti-Psiquiatria, as quais ocupavam espaço marginal entre os profissionais brasileiros. Dá-se

início, assim como no resto do mundo, a um processo de questionamentos, fruto de diversas insatisfações e busca por transformações no modelo assistencial asilar predominante.

2.2. A Reforma Sanitária Brasileira e a loucura: em questão uma desconstrução.

A década de 80 é marcada por um processo de redemocratização do país, após duas décadas de regime militar. Neste contexto, toma forma o Movimento pela Reforma Sanitária, tendo em vista a abertura e livre acesso da população à assistência à saúde. Tais ações culminam na inclusão na atual Constituição Federal, promulgada em 1988, em seu artigo 196, da noção de saúde enquanto direito de todos e dever do Estado e, em 1990, na aprovação da Lei 8.080, também chamada de Lei Orgânica da Saúde, a qual institui o Sistema Único de Saúde, que preconiza a criação de uma rede pública e/ou conveniada - de caráter complementar - de serviços de saúde, tendo em vista a atenção integral à população nos níveis de prevenção, promoção e reabilitação.

O SUS é norteado com base em princípios e diretrizes que visam balizar suas ações e contribuir para a conservação de suas bases fundamentais. Neste sentido, destacam-se temáticas como a *regionalização* - organização dos serviços de acordo com uma área geográfica e população delimitada, *hierarquização* - organização dos serviços nos diferentes níveis de complexidade, de modo a oferecer à população todos os níveis de assistência e *descentralização* - administração, controle e fiscalização das ações nas diversas esferas de governo (federal, estadual e municipal) e num mesmo sentido, com ênfase na gestão municipal das ações. Além das noções de *integralidade da assistência*; *equidade* - como forma de garantia de atendimento das demandas independentemente da condição de vulnerabilidade social de determinadas regiões e *participação popular* - tendo em vista o controle social das ações desenvolvidas.

Cabral (2004, p. 17) discute que “apesar de contar com uma legislação avançada e se caracterizar como uma proposta consistente, o SUS tem grandes desafios a enfrentar para se efetivar em todos seus aspectos”. De fato, percebe-se um grande abismo entre boa parte das propostas e intenções do sistema e aquilo que, de fato, tem sido possível se efetivar no dia-a-dia da saúde pública. Tais considerações são importantes de serem pontuadas, pois o modelo em questão em nosso trabalho está inserido exatamente neste processo de construção da saúde pública brasileira, de modo a não podermos ignorar suas nuances e seus entraves sob o risco de comprometer nossa compreensão.

Segundo Schmidt (2003), com a aprovação do Programa de Reorientação da Assistência Psiquiátrica Previdenciária do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), em 1982, deu-se início à criação de uma política de saúde mental engajada no combate à “cultura hospitalocêntrica” vigente. Se até então a assistência era predominantemente oferecida pela rede de Hospitais Psiquiátricos privados conveniados, a partir dos anos 80, observa-se o movimento de estruturação de uma rede pública de atenção à saúde mental.

Em 1987, acontece a 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental e o 2º Encontro de Trabalhadores em Saúde Mental. Influenciado pela Psiquiatria Democrática Italiana, o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental lança o tema: “*Por uma Sociedade sem Manicômios*”. É neste contexto de busca de novos paradigmas que surge o Projeto de Lei 3657/89 do Deputado Federal Paulo Delgado, que dispõe acerca da extinção progressiva dos manicômios e da criação de recursos assistenciais substitutivos, bem como regulamenta a internação psiquiátrica compulsória. Tal Projeto representa apenas o início de uma série de mobilizações desencadeadas em todo país, que mais tarde culminou num conjunto de Leis Estaduais, dentre elas Lei nº 44.064/94 do Estado de Pernambuco, de autoria do então Deputado Estadual Humberto Costa, atual Ministro da Saúde. O debate atinge os mais

diversos segmentos da sociedade, unindo em torno desta causa, não apenas as equipes técnicas, mas também entidades de usuários, familiares e simpatizantes.

O movimento nomeado de Luta Antimanicomial tem na superação do Manicômio, não apenas em sua estrutura física, mas, sobretudo, ideológica, seu grande objetivo. Busca-se a desconstrução da lógica manicomial como sinônimo de exclusão e violência institucional, bem como a criação de um novo lugar social para a loucura, dando ao portador de transtorno psíquico a possibilidade do exercício de sua cidadania. Neste sentido, a reinserção social passa a ser o principal objetivo da Reforma Psiquiátrica, tendo em vista potencializar a rede de relações do sujeito, através do resgate da noção de complexidade do fenômeno humano e reafirmação da capacidade de contratualidade do sujeito, criando assim um ambiente favorável para que aquele que sofre psiquicamente possa ter o suporte necessário para reinscrever-se no mundo como ator social.

Dá-se início à construção de uma rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico tradicional, a partir da criação de serviços de atenção à saúde mental de caráter extra-hospitalar. Neste contexto, são constituídos serviços como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS, CAPSi²⁰ e CAPSad²¹), ambulatórios de saúde mental, hospitais-dia, centros de convivência, residências terapêuticas²², dentre outros, os quais, a partir de uma abordagem interdisciplinar, visam atender à demanda psiquiátrico-psicológica de uma determinada região geo-político-cultural.

Segundo Amarante (1992), tais serviços de saúde mental, assumem o caráter complexo da denominada demanda psiquiátrica, que é sempre menos uma demanda apenas clínica e mais uma demanda social. Assim sendo, torna-se importante destacar a necessidade da existência de uma visão complexa por parte dos profissionais envolvidos nestas ações, sob

²⁰ CAPSi refere-se ao Centro de Atenção Psicossocial voltado especificamente pra a clientela infantil.

²¹ CAPSad, voltado a ações de prevenção e tratamento ao Uso Indevido de Álcool e outras drogas.

²² As residências Terapêuticas são dispositivos voltados, exclusivamente, para pacientes psiquiátricos de longa permanência em instituições asilares fechadas e sem possibilidade de restituição dos vínculos familiares.

o risco de se tornarem reducionistas em suas intervenções, incorrendo num processo de medicalização do social, evidente em todo o percurso histórico da Psiquiatria. Aliás, a história nos mostra o quão mais fácil é tamponar a angústia e o sofrimento de um povo, com *soluções* fugazes e promoção de um estado de *felicidade artificial*, quer seja este promovido pelo vinho, como em tempos remotos da história da humanidade, quer pelos ansiolíticos e antidepressivos sofisticados dos dias atuais.

Se, em algum momento, abirmos mão da compreensão de que as intervenções precisam ter um caráter de promoção de saúde em seu sentido mais amplo, onde se inclui basilarmente a promoção da melhoria das condições de vida da nossa população, incorremos no risco de, além de reducionistas, nos tornarmos instrumentos de alienação.

2.3. CAPS: um recorte, uma aproximação.

Como estrutura básica da nova rede de atenção à saúde mental, os CAPS são responsáveis pela organização da demanda e da rede de cuidados em seu território, ocupando o papel de regulador da porta de entrada e controlador do sistema local de atenção à saúde mental (BRASIL, 2002). As portarias ministeriais 189/91, 224/92 e, mais recentemente, 336/02 e 189/02, os define como sendo serviços comunitários ambulatoriais, com a responsabilidade de cuidar de pessoas que sofrem com transtornos mentais, em especial os transtornos severos e persistentes, no seu território de abrangência. Para tanto, devendo garantir relações entre trabalhadores e usuários pautados no acolhimento, vínculo e responsabilidade de cada membro da equipe (*idem*). A atenção deve incluir ações voltadas aos familiares, objetivando a reinserção social do usuário. As ações distribuem-se a partir de três modalidades de assistência: o cuidado intensivo, o semi-intensivo e o não-intensivo.

Defini-se como atendimento intensivo aquele destinado aos pacientes que, em função de seu quadro atual, necessitem acompanhamento diário; semi-intensivo é o tratamento destinado aos pacientes que necessitam de acompanhamento freqüente, fixado em seu projeto terapêutico, mas não precisam estar diariamente no CAPS; não-intensivo é o atendimento que, em função do quadro clínico, pode ter uma freqüência menor.

(BRASIL, 2002 – Portaria 336/GM, Art. 5º, § único)

A formação da equipe técnica tem por base o princípio *da multiprofissionalidade* (idem). Devendo ser constituída por médico psiquiatra, enfermeiro, outros profissionais de nível superior, além de profissionais de nível médio e elementar, a depender de cada situação/população-alvo especificamente²³.

Busca-se uma assistência caracterizada por um tipo de atenção diária, onde o usuário tenha a possibilidade de encontrar algum tipo de assistência, sem necessitar estar internado. A forma de atendimento procura ser específica, personalizada, respeitando as histórias de vida, a dinâmica familiar e as redes sociais, enfatizando-se a busca da cidadania, autonomia e liberdade.

Aos poucos, estas novas formas de assistência têm encontrado respaldo legal e adesão social, estando em pleno processo de expansão. Segundo Schmidt (2003, p.65), as transformações ocorridas na assistência à saúde mental no Brasil *“têm atingido, de modo positivo, embora ainda longe do desejável, alguns de seus objetivos”*, como a diminuição progressiva do número de leitos em hospitais psiquiátricos, a introdução da questão da loucura nos diversos fóruns de discussão social, como conselhos de classe, Ministério Público, Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário, organizações da sociedade civil, dentre outros.

Entretanto, por se tratar de um modelo em pleno desenvolvimento, pode dizer que se vive um complexo processo de transição, onde emergem diversas lutas de interesse,

²³ Os CAPS são estruturados de acordo com sua abrangência populacional, sendo nomeados de CAPS I, II ou III.

principalmente envolvendo o capital gerado por um verdadeiro mercado de adoecimento mental, cujo circuito configura-se como vicioso e gerador de dependência.

É inegável que a convivência entre serviços de lógicas e princípios tão divergentes, constitui um dos entraves do atual momento da Reforma (CABRAL, 2004). Entretanto, as contradições que se colocam não são apenas externas. Ao contrário, o próprio modelo vive um momento de redefinição de papéis, atitudes e prioridades. Cada vez mais se percebe uma preocupação com a não cristalização das ações, o que, definitivamente, culminaria na reprodução do modelo manicomial, excludente e discriminatório, mesmo dentro de instituições abertas.

2.4. A Reforma Psiquiátrica Brasileira: em questão o modo da reconstrução.

Talvez pelo fato de ser um movimento recente em pleno processo de construção. Talvez por carregar sobre si uma herança repleta de desvios, uso ideológico e político-econômico da questão da loucura. Ou ainda, por estar inserido num contexto mais amplo, com uma configuração política e social pautada na exclusão e regida pela lógica do interesse das minorias mais favorecidas. A questão é que se faz necessário um olhar permanentemente atento e cuidadoso em vistas a construção de um outro modo de lidar com o adoecimento psíquico, tendo em vista a não repetição dos equívocos e mazelas testemunhados historicamente. Neste sentido, alguns questionamentos são levantados e, deles, emergem questões que nos apontam a importância da não cristalização de práticas e ações, bem como a valorização do interagir, sempre, enquanto um *por em movimento*, que favorece a fluidez do processo e abertura constante de outras possibilidades para o fazer clínico.

Cabral (2004) aponta a lentidão da ampliação dos serviços substitutivos, como sendo um dos elementos dificultadores do processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira. Segundo a

autora, a rede atualmente implantada, não corresponde à real necessidade da população. Por mais que haja um esforço por parte de setores governamentais em incentivar a ampliação da oferta destas ações, ainda percebe-se grande resistência e desinformação por parte das esferas estaduais e municipais, o que de certa forma, possibilita a identificação de *bolsões* regionais específicos, onde a Reforma Psiquiátrica está, de fato, em processo de implantação.

Tais discrepâncias tornam-se mais graves se levarmos em consideração que o que se põe *em jogo* nada mais é do que um dos pilares do SUS, conforme citado anteriormente, correspondente à equidade das ações, como meio de superação de diferenças regionais alarmantes. Vivemos num país cujas discrepâncias sociais e regionais constituem um sério entrave à implementação de políticas públicas eficazes. A diferenciação regional, multifatorialmente determinada, precisa ser encarada como desafio urgente a ser superado.

Paulo Amarante, um dos grandes expoentes nacionais nas discussões em torno da Reforma Psiquiátrica, em seu artigo *Loucura, Cultura e Subjetividade: Conceitos e Estratégias, Percursos e Atores da RPB* ([1995-1999], p. 117), afirma que um dos marcos do movimento no Brasil foi o alto investimento na questão da formação dos quadros. Tal fato não coincide com a realidade em diversas regiões do país. Na Região Nordeste, por exemplo, há estados, como é o caso de Alagoas e Pernambuco, onde desconhece-se a existência de possibilidade de formação específica, em nível de pós-graduação em saúde mental com enfoque na Reforma Psiquiátrica Brasileira (*lato e stricto senso*), bem como a carência de financiamento para os profissionais interessados em fazê-lo em outros centros. Em nível de Graduação, boa parte dos cursos de Psicologia das principais universidades do Norte e Nordeste do país, por exemplo, não possuem sequer uma disciplina específica em sua grade curricular voltada exclusivamente para políticas públicas, SUS e, muito menos, Reforma Psiquiátrica. Mesmo em instituições públicas de ensino, a situação não é diferente. Ou seja, o estudante do ensino público, pago com recursos públicos, sai da universidade sem o mínimo

conhecimento a respeito dos valores, princípios e diretrizes do sistema, que, em tese, deveria estar sendo formado para constituir. Isto é grave, mas é apenas uma das grandes contradições que precisam ser superadas neste processo.

A portaria ministerial 336/02 (BRASIL, 2002), que define a equipe técnica de um CAPS, preconiza na constituição das equipes mínimas a existência obrigatória de médico psiquiatra, enfermeiro e outros profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional ou outro profissional necessário no projeto terapêutico. Tal prerrogativa abre espaço para diversas interpretações. O próprio documento elaborado pela Área Técnica de Saúde Mental do Ministério da Saúde, para esclarecer dúvidas acerca das portarias 336/02 e 189/02, aponta haver um problema de interpretação:

Neste ponto, temos um problema de interpretação. A expressão quatro profissionais... entre as seguintes categorias profissionais... não é clara.

Continua,

Dado, no entanto, que a exigência mínima para a composição da equipe é a multiprofissionalidade (...) Isto significa que uma equipe de CAPS II deverá ser composta, no mínimo, por psiquiatra e enfermeiro(a) quatro outros técnicos de diversas categorias.

(BRASIL, 2002 – Anexo à Circular 26/02 – MS/SAS/ASTEC)

Questiona-se se, de acordo com a portaria, apenas estas duas categorias citadas (Médico Psiquiatra e Enfermeiro) se fazem imprescindíveis no processo terapêutico, podendo as outras (Assistentes Sociais, Psicólogos, Terapeutas Ocupacionais, Pedagogos), estarem ou não presentes. Não se trata de questionar a importância destas duas categorias profissionais no processo e na equipe, mas sim, em que se baseia sua ênfase. Amarante (1995, p. 59) aponta que Foucault, em O Nascimento da Clínica, demonstra que o Hospital Geral, também

chamado de *A Grande Internação*, tornou-se uma instituição predominantemente médica: “*é de tal forma capturado pela medicina que tornou-se a instituição médica por excelência, lugar privilegiado da produção e exercício do saber médico*”.

É importante atentarmos para quê concepção de homem, mundo, saúde e doença, baseia as intervenções que propomos, visto que, é a partir delas que construiremos nossas ações e decidiremos quais rumos daremos àquilo que iniciamos.

Um outro aspecto importante, diz respeito ao fato de que o mesmo documento da Assessoria Técnica de Saúde Mental do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002) discorre acerca do caráter *multiprofissional* da equipe, sem fazer referências, em momento algum, ao caráter interdisciplinar, como aspecto básico. Em dias como os que vivemos, em que as discussões acerca da complexidade nos remetem a uma compreensão de que a multidisciplinaridade não garante uma visão de todo, mas apenas de diversas partes, é preciso estarmos atentos ao não dilaceramento dos fenômenos. Assim, faz necessária a busca por um trabalho que garanta o diálogo e comprometimento entre os diferentes, tendo em vista a promoção de espaços para criação de novos sentidos, objetivando a ampliação da compreensão do fenômeno e potencialização das diversas possibilidades de intervenção.

Outros fatos, vividos ao longo de nossa atuação, enquanto técnico de saúde mental de serviços substitutivos, também são importantes de serem citados, pois apontam para uma realidade, muitas vezes, distante daquilo postulado em teorizações e normas que regem o sistema público de saúde em nosso país. Questões que vão desde a desigualdade com que são tratados os profissionais de um mesmo sistema (SUS), e muitas vezes de uma mesma equipe, que em alguns contextos, como é o caso do Estado de Pernambuco e boa parte de seus municípios, possuem diferenças salariais gritantes, onde profissionais de determinadas categorias, muitas vezes, com carga horária inferior, percebem salários diferenciados (mais altos) do restante da equipe. A centralização, *respaldada por lei*, de decisões importantes

como admissão e alta, em apenas alguns, partilhada, *de acordo com a boa vontade de alguns profissionais*, em alguns serviços de saúde, dentre outras questões da ordem das relações profissionais, nos despertam a atenção.

Durante esta experiência, não foram poucas as vezes em que nos deparamos com a necessidade de reinternação de pacientes egressos de hospitais psiquiátricos, devido a falta de garantia de transporte, pelo Poder Público, para que os usuários tivessem assegurado o seu direito de ir ao CAPS, visto tratar-se de um serviço aberto, onde, ao final do dia, o paciente precisa retornar para casa e vice-versa. Usuários que têm crises recorrentes, após meses de cuidado intensivo da equipe, devido à interrupção da medicação básica e trivial, pois os recursos não chegam até a farmácia do serviço. Consultas de retorno ao ambulatório após a alta, que não são marcadas por falta de vagas e de profissionais para atender à demanda local, promovendo a descontinuidade do tratamento. Cancelamento de atividades terapêuticas, porque a alimentação, garantida por lei, muitas vezes não chega à unidade de saúde e muitos usuários, não comparecem aos grupos, se não tiverem o que comer. Profissionais, que se recusam a ser contratados, pois os salários que lhe são oferecidos, muitas vezes, não condizem com suas mínimas necessidades e dignidade do trabalho. A falta de uma política de Recursos Humanos no que tange desde a implantação de Planos de Cargos, Carreiras e Salários conforme preconiza a legislação do SUS, a realização de concursos públicos, a falta de garantias e direitos trabalhistas mínimos, até a falta de capacitação, suporte e condições dignas de trabalho.

Há pequenas e pontuais exceções... Não podemos negar! Mas, por mais incoerente (ou não) que possa nos parecer, esta é a realidade do Serviço Público em nosso país. Tais questões constituem fonte de sofrimento para aqueles que se dispõem a cuidar e se engajar no sonho de promover uma verdadeira mudança na assistência à saúde pública brasileira.

Segundo Schmidt (2003),

(...) os profissionais da área de saúde mental deparam-se com a realidade de uma rede pública de atendimento que tende ao desmantelamento, em virtude da retirada de recursos por parte do Estado (p.65).

Continua:

(...) enfrentam, por um lado, a afluência cada vez maior de uma clientela com experiências emocionais e condições de vida que requerem intensos cuidados, pois o agravamento dos danos psicológicos aumenta em estreita relação com a progressiva degradação da condição sócio-econômica da população de média e de baixa renda e, por outro, a desarticulação e descaracterização dos serviços públicos de saúde mental. (...) De um ponto de vista psicossocial, é possível atribuir aos profissionais de saúde mental da rede pública sentimentos que espelham, até certo ponto, aquilo que a própria clientela experimenta: desamparo, isolamento, cansaço, angústia (p. 67 – grifo meu).

Este é o contexto do nosso trabalho. De um lado, uma proposta encantadora. De outro, contradições, que levantam questionamentos, causam esgotamento e, muitas vezes, matam, ou no mínimo mal-tratam, aqueles que se dispõem a cuidar, como sua condição e seu ofício.

É o sofrimento do trabalhador que se apresenta a nós em meio a esta caminhada...

3. O CUIDADOR: EM QUESTÃO O SOFRIMENTO DO TRABALHADOR.

Um homem também chora, menina morena.
 Também deseja colo, palavras amenas.
 Precisa de carinho, precisa de ternura.
 Precisa de um abraço da própria candura.
 Guerreiros são pessoas, são fortes, são frágeis;
 Guerreiros são meninos, no fundo do peito.
 Precisam de um descanso, precisam de um remanso;
 Precisam de um sonho que os torne refeitos.
 É triste ver esse homem, guerreiro, menino,
 Com a barra do seu tempo por sobre os seus ombros.
 Eu vejo que ele berra, eu vejo que ele sangra;
 e a dor que traz no peito, pois ama e ama...
 Um homem se humilha, se castram seus sonhos...
 Seu sonho é sua vida e a vida é o trabalho.
 E sem o seu trabalho, um homem não tem honra...
 E sem a sua honra, se morre se mata.
 Não dá pra ser feliz! Não dá pra ser feliz!
 Não dá pra ser feliz! Não dá pra ser feliz!

Gonzaguinha²⁴

O sofrimento que emerge do lidar continuamente com fenômenos amplos e complexos como a dor psíquica constitui um aspecto diferenciador da prática dos profissionais de saúde mental. De acordo com Schmidt (2003), estes profissionais recebem, cada vez mais, uma clientela com experiências emocionais e condições de vida que demandam intervenções intensas. Tratam-se de questões cujos conteúdos, de caráter bastante mobilizador, sinalizam, principalmente em instituições públicas, para uma espécie de alternativa que permita conviver *'loucamente'* com a turbulenta realidade social, com a qual os usuários se defrontam em seu dia-a-dia. Segundo a autora (idem), tal realidade em quase nada diverge daquela vivida pelos profissionais, no que se relaciona a aspectos como sofrimento social e intesificação das vivências de desamparo. Em alguma medida, estas demandas repercutem nos cuidadores, indo de encontro a algumas limitações e fragilidades, provocando neles o surgimento de diversas manifestações de sofrimento e dor.

²⁴ Música Guerreiro Menino.

Neste sentido, é comum perceberem-se diversas sinalizações de exaustão tanto por vivenciar as mesmas realidades que ocasionam o pedido de ajuda de seus clientes, bem como pelo próprio fato de lidar continuamente com as dores inerentes ao “adoecer dos nervos”, o que, muitas vezes, termina por gerar sensações que repercutem como uma espécie de ameaça em vir a não suportar as pressões que emergem nesta relação. Assim, diante deste cenário, geralmente, culminam reações de estresse e esgotamento físico, mental e relacional.

O lidar com o sofrimento psíquico possui um caráter mobilizador, tanto devido à natureza complexa da problemática quanto ao imaginário social, que se constitui em torno da doença mental sob a forma de preconceitos e mitos. As ameaças e incertezas vivenciadas frente a esta demanda podem, muitas vezes, propiciar a abertura de espaços para o surgimento de fantasias e, uma vez que não se pode prever e controlar em absoluto a emergência de tais fenômenos, o profissional põe-se sujeito a entrar em contato com seus próprios medos de adoecimento e comprometimento de sua integridade psíquica. A não-imunidade, bem como a absoluta falta de certezas e garantias – o que é legítimo – de que “*eu não serei o próximo*” ou de “*isto poderia ser comigo*”, podem constituir um fator gerador de conflitos e ansiedades para quem cuida, passando a repercutir nos diversos âmbitos de sua vida.

O profissional de saúde, mais especificamente, no campo da saúde mental, carrega implícito em seu papel a responsabilidade de promover o bem-estar do paciente, mantendo a *calma, controle e coerência em suas ações*. Tais fatos levam-no a defrontar-se o tempo todo com a polaridade: expectativa *versus* limitação, além de favorecer um intenso gasto de energia, na busca pela manutenção de estereótipos e representações, reforçando a imagem de uma espécie de *semideus*, forte e imune. Tais representações em muito contradizem suas experiências corriqueiras de impotência, não-saber, fragilidade e desamparo²⁵: “(...) a questão

²⁵ Segundo Sebastiani (apud ANGERAMI, 1998), diante de todas as questões anteriormente expostas, não obstante à pseudo-onipotência dos profissionais de saúde, muitas vezes estes se encontram tão ou mais vulneráveis que seus pacientes, configurando, assim, uma verdadeira população de risco, dado a ocorrência de diversas patologias e desajustes de comportamento.

é que eu também sou humana, de carne-e-osso, e só sabe o que é trabalhar num hospital psiquiátrico, a gente que está aqui!”

Este fragmento faz parte de um depoimento de uma profissional de saúde mental em uma instituição psiquiátrica, durante um estágio realizado por ocasião da Graduação, quando questionada acerca da sua atitude, frente a um usuário que acabara de tentar enforcar-se durante um surto psicótico, onde a mesma ao invés de socorrê-lo, ficou paralisada, numa repentina crise de choro, acompanhada por gritos de ‘socorro’ e demonstração de intenso pavor. Relatos desta natureza nos remetem às discussões trazidas por Dejours (1992) a respeito do conjunto de estratégias defensivas que o trabalhador dispõe, a fim de controlar o sofrimento relacionado ao trabalho, buscando impedir que este se transforme em patologia. Desta feita, as exigências de desempenhos produtivos e rendimentos crescentes conduzem a descompensações rápidas, que se desencadeiam como epidemias:

O pessoal descompensa em crises de choros, dos nervos e desmaios, que atingem, como uma doença contagiosa, toda uma seção de trabalho. Agitada, uma operária começa, de repente, a tremer e a gritar (...) Alguns tempos depois, abandona a função por não mais suportar.

(DEJOURS, 1992, p. 120)

Tais vivências de sofrimento, muitas vezes, apontam um caráter patológico, devido a sua intensidade e frequência, de forma a provocar diversas reações, como a apresentação de sintomas até o desinvestimento no fazer, como via de expressão de sofrimento. A literatura destaca uma série de manifestações comuns aos trabalhadores de saúde diante do sofrimento imposto pelas relações de trabalho: tensão muscular, insegurança, desânimo, isolamento, distúrbios gástricos, aumento na ingestão de substâncias psicoativas, irritabilidade, distanciamento físico (absenteísmo) ou mental (falta de atenção), depressão, medo, ansiedade e suicídio (ANGERAMI, 1998; BENEVIDES-PEREIRA & MORENO-JIMÉNEZ, 2002; COVOLAN, 1996).

Diante de declarações desta natureza, reforçam-se os questionamentos acerca de como tem se dado *o cuidar* destes cuidadores/trabalhadores de saúde, desde a sua formação, condições de trabalho, suporte institucional de atenção à sua saúde, dentre outros aspectos que se mostram relevantes. Aliás, ao discutirmos a saúde dos trabalhadores de saúde e, antes de qualquer outra postulação, cabe-nos refletir, também, a respeito de quais concepções de saúde têm norteado as políticas e práticas de *recursos humanos* no campo das intervenções públicas.

Muitas vezes, fica-nos a impressão de estarmos reproduzindo, no campo da saúde, uma relação mercantilista nos moldes da alienação do trabalho Pós-Revolução Industrial, onde o trabalhador não pode ter acesso àquilo que “produz”, estando alheio a qualquer benefício que seja fruto do seu próprio fazer. É a saúde enquanto *mercadoria: fabricada para o cliente/usuário e cara demais para chegar à mesa* e, porque não dizer, à vida daquele que está diretamente ligado ao seu processo de produção. Mais uma vez, a simplicidade do dito popular se mostra a nós como modo de expressão simples e clara daquilo que vivemos no contexto do trabalhar na saúde: “*Em casa de ferreiro: o espeto é de pau!!!???*”

O trabalhador, cuja missão compreende a multiplicação de princípios e práticas produtoras de saúde e bem-estar social, muitas vezes, encontra-se em conflito, por ter que produzir um discurso puramente teórico - e muitas vezes fantasioso, visto que, ele mesmo e sua família representam a própria insalubridade e falta de condições dignas de vida e cuidado de si. Discursos dissociados de uma prática cotidiana terminam por intensificar seu sofrimento, além de comprometer sua atuação, pois, por não se ver incluído na “saúde” que ele cuida, passa a desacreditar naquilo que defende. Ao trabalhador, durante sua prática, resta apenas duas alternativas: ou nega aquilo em que acreditava ao escolher a saúde para campo de atuação, matando o seus sonhos, ou, para manter o sonho frente a uma prática que o contradiz, nega a si mesmo, e adocece.

O que se põe em questão, implícito nestas discussões, nada mais é do que o princípio constitucional que estrutura toda a Reforma Sanitária e a lógica do SUS em nosso país: *Saúde como bem de todos e dever do Estado*. Sendo assim, é preciso que se estabeleça uma revisão dos modos como têm sido historicamente estruturadas as intervenções em saúde em nosso país, principalmente na esfera pública. A saúde do trabalhador parece colocar-se à soleira da porta do sistema que ele mesmo ajuda a construir. É preciso que se escutem os seus gemidos/lamentos e se promova uma verdadeira união de esforços no sentido de ampliar as discussões e intervenções, tendo em vista a inclusão desta questão como princípio fundamental, que urge por atenção: a saúde do trabalhador de saúde, enquanto manifestação do cuidado dos cuidadores.

Algumas outras questões passam a surgir, a medida em que caminhamos em direção a um sentido possível de se ser sujeito social e cuidar de si. Como vivem os cuidadores/trabalhadores de saúde mental? Como eles se percebem neste contexto? Cuidadores descuidados? Retomamos as questões que, como bússola, continuam a nos orientar nesta caminhada...

3.1. A Psicopatologia do trabalho: quando a paixão se transforma em dor.

O cuidador, acerca do qual discorreremos, é um sujeito social permeado e atravessado pela questão do trabalho. Ao discutirmos acerca do sofrimento do trabalhador, percebemos a necessidade da *re-implicação* da relação entre cuidador/profissional-instituição/trabalho. A partir da aproximação do pensamento e obra de Heidegger, passamos a compartilhar de uma compreensão da existência, na qual *ser é ser aí*, preso à existência, *no mundo* e em permanente relação *junto a outros* (ALMEIDA, 1999). Desta maneira, refletir acerca deste homem, em seu processo de ser-no-mundo-junto-a, sem considerar sua historicidade e

contextualização é incorrer no risco de assumir uma postura reducionista e simplista em quaisquer considerações.

É no histórico que se vivencia e a partir dele que se elabora experiência. Subtrair a historicidade do ser nada mais é do que desenraizá-lo, extirpando qualquer possibilidade de sentido ao seu existir. Somos seres datados num tempo e espaço específicos. É no histórico que nos constituímos e, a partir dele, que nos apropriamos do sentido de, nós também, sermos e fazermos história.

Vivemos dias em que a imediaticidade do saber e a fugacidade das relações implicam num sentimento coletivo de não-pertença. Este fenômeno, nomeado por alguns autores de pós-modernidade, referindo-se à contemporaneidade, tem repercutido nos diversos aspectos constitutivos da trama existencial dos sujeitos de nossos dias, de forma a evidenciarmos uma verdadeira amplificação do sentimento de desamparo e solidão. Dadas as mudanças significativas nos referenciais de tempo e espaço, a vertiginosa rapidez em que se estabelecem as relações sociais e pessoais, as transformações nos paradigmas de comunicação com forte ênfase no caráter visual, instantâneo e, por vezes, superficial, todos esses fatos terminam por promover uma compreensão de temporalidade pautada num compromisso cada vez maior com a rapidez das transformações e no *adiantar-se* ao tempo, como meio de garantir o futuro. Dito isto, observa-se cada vez mais, um distanciamento do histórico e de atitudes como paciência, contemplação e cuidado de ser (CHAUÍ, 1995; CABRAL, 2004).

Morato (1999) aponta que é olhando e meditando sobre a historicidade que se reafirma o ser histórico. No modo mesmo da experiência, o resgate histórico de acontecimentos vividos ressalta a origem e o passado, não sob um aspecto causal e determinista, mas enquanto um desencadeamento de um processo. Ao discutir Benjamin (1985), reforça:

Restrito ao imediatismo das situações apresentadas pela vida, o homem moderno automatizou sua forma de viver (...) Perdeu memória e tradição, seu sentimento de pertença coletiva, por priorizar a *vivência* à *experiência* real (...) No universo benjaminiano, a experiência inaugura uma temporalidade outra. Se, por um lado, a vivência opera na imediatividade do presente, por outro, a experiência, originando-se de e patenteando a potencialidade, permite que o passado seja revisitado e, assim, atualizado.

(MORATO, 1999, p. 62 – grifos do autor)

No que tange à problemática no campo do trabalho, é pertinente observar que, durante toda a sua vida, o homem desenvolve uma relação com esta temática que tende a nortear ou, no mínimo, influenciar intensamente todo seu percurso. Desde cedo, estabelece-se uma compreensão pautada na consideração do trabalho como seqüência natural de uma vida "*normal*" e "*adaptada*". A possibilidade de representar um papel profissional faz com que, desde a infância, e, em muitos casos, antes mesmo da concepção e/ou nascimento, criem-se uma série de expectativas e direcionamentos que apontam para um rumo profissional específico, como forma de realização familiar e inserção social do futuro cidadão. Deste modo, e observando-se esta conjuntura, não seria precipitado afirmar que a vida psicossocial do indivíduo se estrutura, basicamente, em torno de etapas relacionadas à *preparação para o trabalho, vida profissional ativa e aposentadoria*. Além de se tornar uma prioridade para a vida do homem, o trabalho, nessa visão, passa a ocupar *status* de mecanismo de estruturação, devido ao papel, a ele atribuído, de ajustamento e proteção social, configurando-se como meio de constituição de boa parte das identidades, relações sociais, projetos e expectativas de vida.

Ao refletirmos acerca da história do trabalho, percebemos que o mesmo transita entre pólos diversos, configurando-se desde um mecanismo de expressão de individualidade e prolongamento do próprio homem, até um instrumento de alienação, controle e segregação social. Com o advento da modernidade, o trabalho deixa de ocupar o lugar de expressão da criatividade e modo de manifestação do humano (*poieses*) para tornar-se ferramenta de produção em série, tendo em vista a satisfação de necessidades externas e disseminação das práticas de consumo típicas das eras industrial e pós-industrial.

Estas transformações acabam por produzir um sentimento de desapropriação do seu fazer por parte do trabalhador, de modo que ele já não pode mais nem apropriar-se da noção precisa daquilo que produz, nem muito menos sabe se e quando poderá, de algum modo, usufruir do seu próprio produto. Não é apenas o processo de produção que se *esquizofreniza*, cindindo-se em partes distintas e irreconciliáveis. O próprio trabalhador passa a sofrer uma ruptura entre as esferas do fazer, tais como idealizar, construir e usufruir. Nessa direção, o seu trabalho torna-se sem significação, já que a sua responsabilidade na criação se restringiu a uma parcela, aleatória e alienada, do produto final: especializa-se fabricante de partes que não se referem a nenhum todo específico, tal como Chaplin retrata tragicomicamente em seu filme “*Tempos Modernos*”. Tais fatos acabam por culminar num contexto de sofrimento, dado a exacerbação do sentimento de impotência e desvalorização. Perde-se o sentido de ser único e necessário. “Descartáveis, assim como seus produtos!”: é deste modo que os trabalhadores passam a se ver.

O avanço industrial e o desenvolvimento científico e tecnológico comprometeram o contato e a relação direta do homem com o produto de seu trabalho, destituindo-o de sentido e atropelando a referência em suas relações. Dadas as aceleradas mudanças, o homem passou a desconectar-se do passado como origem de pertença, vivendo a imediatez do presente numa experiência difusa (...) Na vivência de um presente aterrador e desconectado do passado, sobra ao homem um vazio. Sem perspectivas futuras, vivendo a imediatez, como forma de fuga da finitude dolorosamente pressentida, rompe ligações. Defrontando-se com um presente paralisante, acentua a perda do sentido dada pela continuidade histórica. Descontinuidade de tal ordem passa a conduzir o homem a manifestar outras formas de distúrbios.

(MORATO, 1999, p. 74-75)

Outras questões relacionam-se ao modo de exploração da mão-de-obra assalariada. As ameaças de perdas consecutivas nos direitos, que constituem uma teia de segurança e sustentação para o profissional; as constantes pressões que emergem de uma lógica capitalista e neoliberal, promovendo o achatamento da classe trabalhadora, aliadas a exigências cada vez

maiores para galgar as diversas etapas do circuito de inserção e manutenção no mercado de trabalho; assim como a desumanização e unilateralidade das relações de trabalho, apresentam-se como fatores, que reforçam o cenário de pressão em que se encontra a classe trabalhadora. Somam-se a isto, conflitos de ordem subjetiva que, muitas vezes, se interpõem no processo, como elementos dificultadores de adaptação a uma determinada rotina proposta, tais como: a dissociação entre expectativa pessoal e realidade organizacional, a subvalorização da historicidade e características individuais no contexto de trabalho, o choque crescente entre as necessidades e anseios do trabalhador e os da instituição em que trabalha, as relações interpessoais pautadas numa lógica de artificialidade, competitividade exacerbada e práticas perversas²⁶, contribuem para constituição de um cenário ideal para o surgimento de um clima institucional doentio e patogênico.

Neste sentido, cabe uma reflexão acerca das práticas e intervenções, das quais geralmente dispomos no âmbito da medicina do trabalho, incluindo-se as áreas afins que abordam a questão da saúde do trabalhador. Por um lado, boa parte das discussões, relacionadas ao sofrimento do trabalhador, principalmente no campo da Psicologia Organizacional, enfatizam o caráter não-adaptativo do trabalhador, como elemento fundamental na existência de conflitos e sofrimento laboral. Sendo assim, técnicas e estratégias comportamentais são propostas, de modo a melhor adaptar o servidor àquilo que é compreendido como sendo o desenrolar natural e irreversível da evolução da modernidade no tocante às relações de exploração da mão-de-obra. Por outro, e próprio à área da Administração de Empresas, perspectivando os Recursos Humanos nas organizações, encontram-se estudos que sugerem um redimensionamento ergonômico e redesenho

²⁶ Neste sentido, merecem destaque os estudos de Marie-France Hirigoyen (2002), ao discutir as violências perversas e, muitas vezes, silenciosas que se estabelecem no âmbito das relações humanas. Fenômeno que a autora nomeia de *Assédio Moral* e que, por sua pertinência no âmbito organizacional, tem merecido destaque na crítica especializada. Por assédio moral, no contexto organizacional, a autora compreende “toda e qualquer conduta abusiva manifestando-se, sobretudo, por comportamentos, palavras, atos, gestos, escritos que possam trazer dano à personalidade, à dignidade ou à integridade física ou psíquica de uma pessoa, pôr em perigo seu emprego ou degradar o ambiente de trabalho” (p. 65).

organizacional, como forma de diminuir o estresse e corrigir eventuais falhas estruturais no processo de produção e ambientação das estruturas físicas e administrativas da empresa, esta, pública ou privada.

Embora reconheçamos a relativa importância destes dois tipos de abordagem, para aquilo a que se propõem, não diz respeito a nenhuma delas a ótica pela qual pretendemos nos conduzir neste trabalho. Não nos cabe culpabilizar ou inocentar qualquer um dos elementos envolvidos nesta relação (organização/trabalhador), até porque, se assim o fizéssemos, estaríamos incorrendo numa atitude simplista e superficial. Acreditamos que, ao mesmo tempo em que se faz necessário promover uma discussão acerca dos aspectos cognitivo-comportamentais e afetivos dos trabalhadores, em consonância com a melhoria das condições de trabalho do ponto de vista administrativo, não se pode deixar de refletir acerca do cenário em que se insere esta problemática. Buscamos questionar o modo como o ser humano tem construído o mundo, enquanto sua morada, e com ele se relacionado, enquanto sua tarefa existencial. Ao discutirmos a questão da técnica, retomaremos tais questões, para pontuar algumas possibilidades de compreensão acerca do modo como têm ocorrido as relações entre o humano, os instrumentos por ele criados e o mundo.

Segundo Dejours (1992), a falta de significação da tarefa, a inutilidade dos gestos, a falta de uma recompensa digna, dentre vários outros aspectos, terminam por formar uma imagem narcísica pálida, feia e miserável. Executar uma tarefa sem investimento material ou afetivo exige uma energia para a produção de esforços e de vontade, muito além daquela suportada pelo jogo da motivação e do desejo, naturalmente postos em ação pelo prazer de exercitar algo compreendido como significativo. Assim, desencadeiam-se vivências depressivas, alimentadas pela sensação de adormecimento intelectual, falta de sentido na tarefa, não reconhecimento do fazer, conduzindo à falta de resultados satisfatórios e constituindo um processo de *feedback negativo*, através do qual o desgaste promove o

desânimo e vice-versa, como um círculo vicioso em que o sujeito percebe-se como que submetido.

O sofrimento começa quando a relação homem-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 de que dispunha de saber e de poder (...): isto é, quando foram esgotados os meios de defesa (...) a certeza de que o nível atingido de insatisfação não pode mais diminuir marca o começo do sofrimento.

(DEJOURS, 1992, p.52)

A organização e as condições de trabalho, além das constantes vivências de dor, parecem chocar-se frontalmente com a esfera das aspirações, das motivações e dos desejos. O sujeito, então, passa a reavaliar os aspectos negativos do seu fazer, podendo atribuir-lhe, ou não, um caráter penoso e de menos valia, o que dentre outras coisas pode gerar respostas desde à frustração, ao boicote ou desistência. Diante deste quadro em que se apresenta o trabalhador, é preciso haver um equacionamento de expectativas e frustrações, de forma a propiciar ao profissional o mínimo de recompensa e satisfação necessária para sentir-se motivado e em condições físicas, sociais e emocionais, para a execução significativa de determinada tarefa.

O mesmo trabalho, papel central na vida do indivíduo, até mesmo antes do seu nascimento, aos poucos se transforma em instrumento de tortura. Curiosamente, segundo Bom Sucesso (2002, p. 3), *tripalium* era o nome dado a um “*instrumento de tortura utilizado para punir criminosos que, ao perder a liberdade, eram submetidos a trabalho forçado*”, guardando, para esta autora, relação com a raiz etimológica latina de trabalho. Amor, paixão, vida, necessidade... Sofrimento, dor, medo, pesar... Mais do que faces de uma mesma moeda, aspectos dinâmicos e ativos de uma relação que, ao homem, cabe cuidar.

Alguns estudos no campo da saúde do trabalhador nos ajudam a compreender a dimensão que esta problemática tem assumido em nossos dias. Com bases em autores como

Dejours (1992), Lipp (1996), Covolan (1996), Benevides-Pereira (2002), Benevides-Pereira & Moreno-Jiménez (2002), Marie-France Hirigoyen (2002), Rodrigues & Gasparini (1992), Codo (1999), Bauk (1985), buscaremos discorrer algumas considerações que visam exemplificar como o sofrimento do trabalhador tem sido abordado nos estudos científicos produzidos no campo da saúde. É importante destacar que, em momento algum, temos o objetivo de nos ater a quadros e considerações nosológicas específicas, bem como assumirmos posturas diagnósticas ou de categorização dos dados posteriormente apresentados nesta dissertação. Ao recorrer a estas citações, objetivamos, unicamente, situar a problemática e ampliar o espectro de entendimento e justificativa da plausibilidade e relevância deste estudo.

3.1.1 – O Estresse no trabalho: em busca de uma aproximação.

Um dos temas que tem permeado boa parte das discussões referentes à saúde do trabalhador em nossos dias está relacionado ao conceito de estresse e suas repercussões na vida humana em seus diversos aspectos: físico, psíquico e social. Embora haja referências do uso do termo como significando aflição e adversidade, no século XIV, e opressão, desconforto e adversidade, no séc. XVII, a literatura aponta que foi Hans Seyle, em 1936, que utilizou pela primeira vez o termo inglês ‘*stress*’ no âmbito da saúde. A partir dos anos 50, houve uma proliferação de estudos relacionados ao tema, de modo que a ênfase, inicialmente, puramente fisiológica, foi abrindo espaço para outras considerações de aspecto psicossomático, sociopsicológico e organizacional (LIPP, 1996).

Mesmo em meio a diversas controvérsias no que tange à utilização do termo, é possível dizer que foi utilizado, originalmente, no sentido de denominar “*um conjunto de reações que um organismo desenvolve ao ser submetido a uma situação que exige esforço*”

para a adaptação” (SEYLE apud RODRIGUES & GASPARINI, 1992, p. 98). Sendo assim, estimulado e tendo sua homeostase²⁷ ameaçada, o organismo tenderia a responder de modo uniforme e inespecífico, constituindo aquilo que Seyle denominou de Síndrome da Adaptação Geral.

Por agente *estressor* poderia ser entendido qualquer estímulo a que fosse submetido o indivíduo e, não somente, aqueles de conotação negativa, conforme geralmente compreendido²⁸. Por exemplo, tanto uma notícia de demissão quanto de admissão de um emprego, em tese, constituiria um evento estressor, de modo que sua intensidade, frequência e interpretação - cognitiva e afetiva - por parte do indivíduo, é que determinaria o caráter da reação a ser desencadeada. É neste contexto que se inserem as discussões acerca dos fatores intervenientes na modulação da vivência estressante, os quais, em conjunto, é que denotariam a dimensão de utilidade ou prejuízo no processo adaptativo vivenciado.

Diferentemente da conotação que terminou por se popularizar, o estresse não consistiria em um quadro específico ou reação única. Antes, estaria relacionado a um processo de reações do indivíduo, que, estas sim, poderiam culminar em quadros patológicos de diversas ordens.

De acordo com as postulações de Seyle, o processo de estresse é constituído de três fases: *Alerta, Resistência e Exaustão*. A reação de alerta, primeira das fases, consiste nas primeiras respostas do organismo frente a um novo elemento estressor: à medida que ocorre a quebra do equilíbrio interno, devido à entrada em cena de um novo elemento na dinâmica pessoal, o organismo reage, preparando-se para “*a luta ou fuga*” (CANNON apud LIPP, 1996, p. 23). Tal reação é reconhecidamente um elemento de grande valia no processo de

²⁷ O conceito de homeostase provém dos estudos de dois fisiologistas. Bernard, em 1879, sugeriu que o ambiente interno dos organismos deve permanecer constante apesar de mudanças no ambiente externo e Cannon, em 1939, sugeriu o nome de homeostase para definir o esforço dos processos fisiológicos para manter um estado de equilíbrio interno nos organismos (LIPP, 1996, p. 18).

²⁸ Existem na literatura (BENEVIDES-PEREIRA, 2002, p. 31) discussões acerca de uma diferenciação entre o estresse negativo, também chamado de *Distresse*, em contraposição ao estresse positivo e não nocivo, denominado de *Eustresse*.

preservação da vida e manutenção das espécies. A questão é que nem sempre a “ameaça” que se apresenta, demanda ou permite as clássicas reações de “luta ou fuga”, conforme preconiza o modelo fisiologista, de modo a haver uma mobilização excessiva do aparato psicofisiológico ou, até mesmo, desnecessária, culminando numa mobilização excedente de energia, nem sempre consumida (RODRIGUES & GASPARINI, 1992, p. 99). Soma-se a isto, principalmente no âmbito das relações de trabalho, o surgimento da frustração por não poder solucionar adequadamente o conflito, na medida em que este se apresenta.

Ocorrendo a manutenção da estimulação para além destes primeiros instantes, estabelece-se uma fase subsequente denominada de *resistência*. Tal reação compreende a manutenção do esforço em retomar o equilíbrio homeostático e busca pela reparação da energia despendida: dá-se início ao uso da energia adaptativa de reserva, no sentido de propiciar o re-equilíbrio. Neste sentido, Lipp (1996, p.23) destaca:

Se essa reserva é suficiente, a pessoa recupera-se e sai do processo do *stress*. Se, por outro lado, o estressor exige mais esforços de adaptação do que é possível para aquele indivíduo, então o organismo se enfraquece e torna-se mais vulnerável a doenças.

Por fim, e diretamente relacionado a este caráter contínuo do agente estressor vivenciado na situação de trabalho, além de uma eventual impossibilidade de lidar suficientemente com o mesmo, estabelece-se um momento de *exaustão ou esgotamento*, compreendido pela falência da capacidade reativa do sujeito, restando-lhe adoecer para poder continuar a viver.

Segundo a literatura (LIPP, 1996; COVOLAN, 1996; MARIE-FRANCE HIRIGOYEN, 2002; MELLO FILHO, 1992; RODRIGUES & GASPARINI, 1992), o estresse pode contribuir para a etiologia e ontogênese de diversas doenças psicofisiológicas, como fator contribuinte ou desencadeador. Entre elas, ressaltam-se: úlceras digestivas, crises hemorroidárias, alterações da pressão arterial, alterações nas paredes dos vasos sanguíneos,

diversas afecções dermatológicas, manifestações alérgicas, artrites reumáticas e reumatóides, perturbações sexuais, comprometimento do sistema imunológico, além de alterações no humor, apatia, irritabilidade, quadros depressivos, ansiosos e psicóticos diversos.

Em se tratando do contexto de trabalho, é de se esperar um caráter durável e/ou repetitivo dos elementos estressores, o que, de acordo com as discussões acima, põe o trabalhador num grupo altamente susceptível à ocorrência de vivências desta natureza. Embora as discussões apresentadas possuam ênfase eminentemente biológica, não se pode desprezar seu valor, sobretudo, se compreendermos a dimensão corporal, como aspecto básico e fundamental na estruturação do sujeito. Cuidar de si é também cuidar do corpo, base estrutural e morada do ser. Do mesmo modo, descuidar do corpo é descuidar de si. É minar sua possibilidade de *vir a ser com propriedade*.

De certo, o surgimento de sinais e sintomas, conforme descrito acima, termina por gerar diversas repercussões no âmbito sócio-ocupacional, de modo a constituir uma relação iatrogênica, no qual *ao sofrimento externado, soma-se, também, o sofrimento por se estar sofrendo*. O trabalhador se insere num círculo vicioso, do qual, por diversas razões e das mais diversas ordens, muitas vezes não consegue e nem pode²⁹ sair. Resta-lhe, por vezes, eleger subterfúgios que justifiquem seu afastamento do trabalho, por meio de licenças médicas, benefícios previdenciários e tentativas de aposentar-se precocemente. Quando isto não é possível, passa a evitar, através de mecanismos de defesa, a exposição a sua fonte de dor. Adoece-se, portanto, e altera-se o modo como lida com seu trabalho e com sua clientela, na tentativa de distanciar-se do sofrimento. A esta reação ao sofrimento no âmbito do trabalho, a literatura tem nomeado de *Burnout: a Síndrome dos cuidadores descuidados*.

²⁹ A “impossibilidade” a que faço referência neste item, remete ao caráter central e, por vezes, absoluto que o trabalho pode vir a ocupar no processo vital de um indivíduo. Questões econômicas, financeiras, sociais, psicológicas, dentre outras, se somam neste contexto, constituindo, muitas vezes, uma espécie de teia onde o trabalhador se vê emaranhando e, de certo modo, impossibilidade de afastar-se dela.

3.1.2 – Burnout: a síndrome dos cuidadores descuidados³⁰.

Um outro tema que tem sido amplamente discutido, acerca do sofrimento do trabalhador, diz respeito a uma reação ao estresse crônico presente em profissionais que têm, em seu fazer, o cuidar diretamente de outros como tarefa específica. Segundo Codo (1999), os profissionais que se dedicam ao cuidado, como profissionais de saúde, professores, assistentes sociais, bombeiros, agentes penitenciários, dentre outros, também nomeados na literatura de ‘*caregivers*’, cuja tradução do inglês significa ‘doador de cuidado’, ocupam um importante lugar dentro desta problemática. Tais profissões pressupõem, além do caráter formal, uma relação que se estabelece com um outro que demanda cuidado, de tal forma que a realização, pessoal e profissional, está diretamente ligada ao bem-estar, melhoramento e satisfação dos seus usuários.

Freudenberger (1975) enfatiza que no caso das pessoas que trabalham em função de ajuda, estes encontram-se desenvolvendo *uma batalha em pelo menos três frentes* (p.73): diante das doenças da sociedade, das necessidades dos indivíduos que procuram por estes profissionais e das necessidades de si próprio.

(BENEVIDES-PEREIRA, 2002, p. 33 – grifos do autor)

Considerando estudos realizados juntamente a profissionais que trabalhavam diretamente com pacientes dependentes de substâncias químicas, Codo destaca:

(...) após alguns meses de trabalho, estes profissionais compartilhavam de alguns sintomas. Podia-se observar sofrimento. Alguns reclamavam que já não viam seus pacientes como pessoas que necessitavam de cuidados especiais, visto que eles não se esforçavam para parar de usar drogas. Outros reclamavam que estavam tão exaustos que às vezes desejavam nem acordar

³⁰ “O Burnout também já foi chamado de *A Síndrome do Assistente Desassistido* (PORTERO & RUIZ, 1998), pela reduzida consideração que se tem despendido ao trabalhadores de serviços de assistência, em relação às condições e suporte no trabalho, ou *A Síndrome do Cuidador Descuidado* (GONZÁLEZ, 1995), em alusão à desatenção do profissional de ajuda consigo mesmo. O ditado popular *em casa de ferreiro, o espeto é de pau cabe neste sentido.*” (BENEVIDES-PEREIRA, 2002, p. 33 – grifos do autor).

para não ter que ir ao trabalho. Outros afirmavam que já não conseguiam atingir os objetivos que haviam imaginado. Sentiam-se incapazes de modificar o *status quo*; sentiam-se derrotados. A estes sintomas atribuiu-se o nome de Burnout.

(CODO, 1999, p. 240)

O termo *burnout*, aplicado neste sentido, passou a ter destaque a partir da década de 70, ao ser utilizado pelo psicanalista Freudenberger para descrever um indivíduo como estando frustrado ou com fadiga desencadeada pelo investimento em determinada causa, modo de vida ou relacionamento que não correspondeu às suas expectativas. Traduzido do inglês, *burnout* significa algo como ‘queimar para fora’, ‘perder o fogo’ ou ainda ‘perder energia’. A literatura descreve a *Síndrome de Burnout*, referindo-se a uma condição de mal-estar psicológico e indisposição que decorre de uma situação de trabalho, vivenciada como estressante e permanente. O *burnout* pode ser observado quando as expectativas individuais e anseios a respeito de uma determinada situação de trabalho, desiludidas por uma realidade que não as correspondem, deixam lugar a um sentimento de fracasso, impotência e desespero.

Neste contexto, dá-se um estado de cansaço ou frustração, fruto da devoção a uma causa, um modo de vida ou uma relação que deixou de produzir as recompensas esperadas. É quando uma ‘vocação’/paixão, que se tornara um trabalho como via de expressão, passa a ser *somente um emprego*. Diversas pesquisas sobre o assunto focalizam com maior ênfase as profissões de ajuda, considerando o *burnout* como um fenômeno típico de atividades que envolvem um ato subjetivo de dedicação e envolvimento, culminando, *a posteriori*, em vivências de sofrimento e descrédito, fruto da constração entre aspiração e realidade.

Segundo Codo (1999), a Síndrome é entendida como um conceito multidimensional, que envolve três componentes principais. *Exaustão emocional*, correspondendo à situação em que os trabalhadores sentem que não podem mais dar de si mesmos no nível afetivo; percebem sua energia e seus recursos emocionais próprios esgotados, devido ao contato diário com problemas “sem solução”. *Despersonalização*, que ocorre pelo desenvolvimento de

sentimentos e atitudes negativas aos usuários/clientes, endurecimento afetivo, “coisificação” da relação; ou seja, é quando o vínculo afetivo é substituído por racionalizações, resultando na perda do sentimento de que estamos lidando com outro ser humano, levando o profissional a um contato frio e impessoal frente aos usuários de seus serviços³¹. *Falta de envolvimento pessoal no trabalho*, que nos diz de uma tendência para a “evolução profissional negativa”, afetando a habilidade para realização da tarefa e o atendimento ou contato com as pessoas usuárias do trabalho ou organização. Desse modo, associado a estas formas de relacionamento, a dinâmica psíquica do indivíduo também vai sofrendo alterações. Assim, a dificuldade em administrar o investimento afetivo no âmbito do trabalho, se traduz numa atitude mais depressiva em contraste com o perfil eufórico do início da carreira.

Sendo assim, o trabalhador não mais se envolve com os seus clientes, para não se desgastar, até o extremo de, por não agüentar mais, desistir de *ser cuidador*, mecanificando suas ações (CODD, 1999).

Diversas outras considerações a respeito do *Burnout* apresentam-no como um quadro multideterminado, com atuação cocomitante de diversos componentes que atuam nos níveis pessoais/subjetivos, sociais/históricos e profissionais/organizacionais. Desta feita, sugere-se, dentre outras coisas, uma estreita relação entre a função laboral, o modo como o sujeito percebe seu papel e função social, além do desajuste ou desarmonia entre as expectativas/necessidades apresentadas pelo trabalhador e por sua clientela, com os interesses e, muitas vezes, possibilidades da instituição à qual estão ligados. Um aspecto compartilhado entre os autores, que discutem estas questões, diz respeito ao fato de que profissionais entusiastas, idealistas e altamente motivados no início do exercício profissional, constituem uma população significativamente propensa à ocorrência do *Burnout*. Tal ocorrência seria devida ao fato de que, após contínuas frustrações por não conseguirem realizar aquilo a que se

³¹ O processo de *despersonalização* tem sido nomeado por alguns autores de *cinismo*, em função das atitudes de ironia que se estabelecem nas relações. (BENEVIDES-PEREIRA, 2002, p. 36)

dispunham, passam a desenvolver estratégias de defesa, culminando no descrédito e indiferença ante propostas de cunho assistencial.

Importante perceber que aqueles profissionais, que supostamente tenderiam a se envolver mais intensamente com as propostas de mudança e promoção de modos de viver mais dignos à população assistida, constituem, ao mesmo tempo, segundo essa discussão, a população que mais sofre, conduzindo-se conseqüentemente, a desistir de fazê-lo. Neste sentido, a instituição termina por “perder” aqueles que supostamente mais teriam a lhe oferecer em termos de disposição e vontade. Nesta lógica, em muitos casos, são penalizados aqueles que mais se envolvem ou que alimentam as maiores expectativas junto ao seu fazer³². Quem mais se dedica em intensidade, termina por se expor ao risco de tornar-se quem menos se dedica em tempo e/ou qualidade, porque adoece, cristalizando suas ações na busca por “*parar de sofrer*” para não “*parar de viver*”.

Levy (1971 apud RODRIGUES & GASPARINI, 1992) pontua que, frente a estressores psicossociais, notadamente quando suas necessidades não estão sendo satisfeitas, o indivíduo tende a “ajustar-se” basicamente de duas maneiras:

a) Através de um ‘*ajuste ativo*’, pelo qual expressa o seu desejo de mudança à estrutura à qual está submetido; busca encontrar alternativas para solucionar as pressões, além de rever seus posicionamentos, à procura de um redirecionamento no seu fazer profissional;

b) Num processo nomeado de ‘*ajuste passivo*’, passando a depreciar o trabalho e senti-lo como um peso e não como fonte de satisfação. O objetivo torna-se, apenas, a

³² É importante considerar que ao abordarmos a temática das expectativas e aspirações dos profissionais ante o seu fazer, como importante elemento na vivência do *Burnout*, algumas possibilidades de entendimento nos são apresentadas, principalmente no que se refere à possibilidade de que alguns destes anseios podem não ser correspondidos devido seu caráter fantasioso. Entretanto, estas discussões nos põem diante de uma questão importante que não pode ser minimizada, nem, muito menos estereotipada, uma vez, o sonho, ao mesmo tempo em que pode constituir-se numa idealização fantasiosa, pode, também, representar um aspecto existencial importante, na medida em que funciona como motivo e, por vezes, motor propulsor de vida e de mudança. Assim sendo, a ênfase que buscamos imprimir nestas referências, trata-se basicamente de uma confrontação entre aspiração pessoal e profissional ante limitações institucionais, muitas vezes, perversamente não-justificadas, que terminam por colocar o trabalhador diante de um processo de limitação e boicote dos seus ideais éticos, estéticos e políticos.

remuneração, levando o trabalho a ser sentido como desinteressante, não-envolvente e incapaz de promover qualquer forma de gratificação outra. Este mecanismo termina por promover um *movimento para fora* do trabalho, levando o profissional a buscar afastar-se da sua relação laboral, em busca de gozo em locais e situações distintas. Uma vez que não se pode desligar formalmente, devido, principalmente, a questões de ordem econômica e financeira, gera-se um alto grau de absenteísmo, em busca de alívio temporário. Além disso, é entre trabalhadores que agem por tal processo, que ocorre uma maior vulnerabilidade para o desenvolvimento de doenças, pela falta de coerência social do sistema em que está inserido. Tais ocorrências, em se tratando de um profissional de saúde, podem conduzir a um esvaziamento quase total do que se constitui o seu maior ofício: o cuidar!!!

Trazendo a discussão para o âmbito da saúde pública, percebemos que tal panorama se amplifica, na medida em que, associadas às diversas ações e práticas inerentes ao cuidado em saúde, tais como contato intermitente com o adoecer, com o sofrimento imposto pela série de perdas e limitações a que são expostos os usuários, além da própria temática da morte, a qual pode representar fonte de sofrimento para alguns profissionais, interpõem-se, neste cenário, as difíceis condições de trabalho, permeadas por limitações de ordem técnica, de pessoal e sócio-administrativa.

Entretanto, é importante observarmos que diante desta situação de exposição contínua a sofrimentos de diversas ordens, o próprio trabalhador vê-se diante de um impasse quando o tema em questão é o seu sofrimento e esgotamento ante à realidade vivenciada. Vivemos num sistema social, no qual a grande maioria das pessoas dispõe apenas de sua força de trabalho para garantir sua subsistência. Nesse cenário, o corpo assume fundamentalmente o lugar de único, e principal, instrumento de trabalho. Nessa ótica, a doença representa, então, uma dupla ameaça: tanto no sentido de afetar sua saúde, como sua própria capacidade de

produtividade³³ (RODRIGUES & GASPARINI, 1992). Nessa direção é que se põe uma questão: *morrer* pela saúde afetada ou *morrer* por não poder sobreviver de seu trabalho? É nesse contexto de “paradoxo sem saída”, que o corpo é investido como referência à fragilidade e vulnerabilidade extrema, por se apresentar como fronteira real de si mesmo no mundo.

Dejours (1992) aponta que algumas práticas institucionais influem no desdobramento do sofrimento do trabalhador e impõem-se frontalmente diante de sua possibilidade de expressão, provocando a estigmatização do sujeito que relata com frequência sintomas de qualquer ordem. Desta forma, o estigma incide sobre a identidade social, provocando situações para o “doente” sentir-se desacreditado perante os outros, além de, costumeiramente, sobrecarregar-se com percepções de fraqueza, oportunismo, infelicidade ou frustração, provenientes dessa forma de ser estigmatizado. Assim,

a punição sistemática é a exclusão imediata do trabalho. Basta acrescentar, a esse mecanismo de exclusão, certas técnicas de seleção de pessoal, para compreender que a seção de trabalho deve assegurar uma verdadeira assepsia mental.

(DEJOURS, 1992, p. 120)

Este processo promove um movimento de ‘não falar sobre si’, visando fugir desse circuito estigmatizante e segregador. Mais um círculo vicioso que, aprisionando o sujeito em si mesmo, somente cria mais situações para aniquilamento de si mesmo.

³³ A ênfase que recai sobre a dimensão corpórea nesta citação, baseia-se, fundamentalmente, no fato de que são estas afecções que, geralmente, despertam no trabalhador a sensação de falência ou comprometimento da capacidade produtiva. Algo como se o sofrimento social e psíquico possibilitasse mais facilmente negar ou despistar o sofrimento, enquanto, o “adoecer do corpo” assumisse status de *comprovação irrefutável* de que é preciso cuidar-se. Um dos exemplos mais significativos desta afirmação, diz respeito ao atestado médico, como meio legalmente aceito de comprovação da necessidade de afastamento do trabalho, supostamente sem prejuízos ao trabalhador. Classicamente, tais atestados se baseiam em dados clínicos, de *natureza somática*, muitas vezes tendo que ser corroborado por juntas médicas, que se valem de comprovações empíricas (exames laboratoriais e/ou de imagem, dentre outros), como *atestado de que o atestado é plenamente justificável*.

O debruçar cuidadoso sobre a atual configuração do sistema público de saúde nosso país, com certeza nos levaria a perceber que estas questões não são privilégios de um ou outro segmento de atuação ou modalidade profissional e/ou assistencial. Entretanto, uma vez que nos propomos a uma aproximação da questão do sofrimento e cuidado de cuidadores/profissionais de saúde via experiência de trabalhadores que atuam mais especificamente em ações e serviços no campo específico da saúde mental, buscaremos enfocar algumas de suas especificidades, como via de expressão do plural a partir de um singular que se mostra.

Segundo Rabin, Felman & Kaplan (1999), existe uma evidência crescente demonstrando que os profissionais de saúde mental, por fatores relacionados à natureza de sua profissão, apresentam-se particularmente vulneráveis ao estresse e a seus efeitos, compondo uma população de risco para o desenvolvimento de quadros patológicos relacionados a seu fazer. Abreu e col. (2002, p.26) aponta que estudos realizados em psicólogos clínicos norte-americanos e ingleses demonstraram elevados níveis de estresse entre esses profissionais, com ênfase em fatores desencadeantes de estresse, como solidão, expectativas excessivas, falta de gratificação, envolvimento excessivo no trabalho e esgotamento pessoal.

Diversos outros estudos no campo da saúde do trabalhador, realizados em sua maioria com psicólogos, nos apontam quadros que inspiram a necessidade de uma atenção específica a estas categorias profissionais. Covolan (1996) apresenta dados situacionais em relação a psicólogos brasileiros, a partir de investigação com 84 profissionais (20 homens e 64 mulheres) na região de Campinas, em São Paulo, com atuação em clínicas privadas, destacando diversas dificuldades que os mesmos apresentam no exercício de sua profissão. São citadas pela autora questões de natureza econômica, relacionadas à baixa remuneração; fatores ligados à sobrecarga de trabalho; sentimentos de falta de reconhecimento e recompensa profissional; sentimentos de insegurança, impotência e fracasso frente às

demandas apresentadas em sua clínica e sofrimento diante da convivência contínua com a dor do cliente. “A quase totalidade dos psicólogos julgou a (atividade clínica) como estressante, variando de um pouco estressante (61%) a muito estressante (32,1%)” (COVOLAN, 1996, p. 230). Diante deste quadro, a autora destaca a ocorrência de sintomas freqüentemente encontrados, como tensão muscular, cansaço, desânimo, distúrbios gástricos, respiração ofegante, dentre outros com menor ocorrência.

A partir de pesquisa realizada em 1999, com 110 psicólogos de vários estados brasileiros, Benevidez-Pereira & Moreno-Jiménez (2002) apontam a presença de diversas características atribuídas à síndrome de *burnout* nestes profissionais. Os autores destacam, entretanto, a estranheza pelo fato de haver um número resumido de estudos em que os psicólogos se incluem como objeto a ser pesquisado.

Embora, mesmo em pequena quantidade, ainda encontremos alguns estudos relacionados aos profissionais ditos *psis* (Psicólogos e Psiquiatras), percebe-se haver certa escassez de estudos referentes à saúde dos profissionais de saúde mental inseridos na rede pública de saúde e, mais particularmente, nas ações contextualizadas no movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira, constituindo esta uma parcela profissional que, embora em significativo crescimento, dado às novas configurações de assistência à saúde mental, ainda carece de uma reflexão mais exaustiva acerca de sua *práxis*, seu papel, sua formação, suas implicações e repercussões do seu fazer em seu bem-estar.

Além de Psicólogos e Psiquiatras, geralmente identificados como profissionais que atuam diretamente no campo da saúde mental, as equipes de profissionais que compõem o cenário atual dos serviços substitutivos de atenção aos portadores de sofrimento psíquico são constituídas, em sua grande maioria, por profissionais diversos como: Terapeutas Ocupacionais, Assistentes Sociais, Enfermeiros, Arte-Educadores, Professores de Educação Física, Auxiliares e Técnicos de Enfermagem, atendentes e pessoal de apoio administrativo e

auxiliares de serviços gerais. A medida em que cresce, em número e complexidade, a formatação das equipes de saúde mental, cresce também a necessidade de uma aproximação de suas especificidades, limites, possibilidades, queixas e demandas, tendo em vista o aprimoramento do sistema de saúde e o aumento na eficácia de suas ações. Sendo assim, este estudo se propõe especificamente a debruçar-se sobre a prática destes profissionais, tendo em vista contribuir para a promoção da melhoria do panorama atual das relações de trabalho no âmbito da saúde em nosso país.

Embora não tenhamos o intuito de tomar os aspectos formais do exercício profissional, enquanto supostas explicações causais do sofrimento apresentado pelos cuidadores, entendemos, que estes ocupam lugar de grande importância em suas vivências. Um olhar complexo acerca do humano aponta para a necessidade de compreensão de uma ação multifatorial, de ordem objetiva e subjetiva, onde o sujeito implica e está implicado. Não se trata de enquadrá-lo em teorias e regras fechadas e deterministas, antes, estar aberto para a escuta e compreensão daquilo que o adoce e, acima de tudo, de como este se relaciona com a sua condição de ser-lançado-no-mundo, onde a angústia e o cuidado compreendem faces inseparáveis do seu existir.

Sendo assim, dissertar sobre este tema constitui-se um elemento de grande relevância, tanto por seu aspecto científico, quanto social. Científico, na medida em que propõe uma reflexão teórico-clínica acerca dos paradigmas que norteiam a concepção de cuidado e sofrimento do trabalhador, perpassando por aspectos como visão de mundo, formação profissional, representações e expectativas sociais, subjetividade/historicidade, clínica, dentre outros. Social, quando se dispõe a, a partir da escuta e fala dos depoentes da pesquisa, tecer questionamentos e vislumbrar outras possibilidades, favorecendo, enquanto dispositivo ético-político, a revisão de paradigmas, bem como um re-direcionamento das

práticas, ações e atitudes, em saúde pública, tendo em vista a promoção de saúde e bem-estar, em seus aspectos mais amplos e envolvendo os diversos elementos da trama social.

3.2. Entre o Real e o Ideal: expectativas ante o cuidador.

O cuidar é uma questão complexa e que envolve uma série de fatores de ordem subjetiva que muitas vezes são ignorados. Segundo Boff (1999), é mais que um ato: é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, responsabilização e envolvimento afetivo com o outro. O Profissional de Saúde, enquanto cuidador e necessitado de cuidado, dado sua condição de ser-no-mundo, está sujeito a uma série de conflitos e possibilidades, os quais nem sempre são esperados ou se sabe lidar com eles.

Conforme apontado anteriormente, a figura do cuidador é permeada por uma forte representação e expectativa social de um comportamento idealizado e imune. Neste sentido, ao discorrer acerca do sofrimento e do cuidado do cuidador é imprescindível que se re-visite parte do ideário que se constitui em torno da dita impossibilidade de convivência entre aspectos supostamente excludentes entre si, como ser cuidador e necessitar de cuidado.

As discussões em Saúde Mental, enquanto campo de intervenção, também se inserem num contexto mais amplo de uma concepção de ciência e profissão, pautada num modelo epistêmico que privilegia a questão do conhecimento representacional (conceitual) em detrimento da afetabilidade, tendo como um de seus marcos, a promoção de uma crescente separação entre pesquisador e objeto pesquisado, teoria e prática, pesquisa e clínica. Tal ideário, nomeado por Figueiredo (1995) de Projeto Epistêmico da Modernidade, imbui ao sujeito um saber e uma postura, pautados na descrição, previsão e controle dos fenômenos, de

tal forma que o distanciamento e suposto poder de neutralidade são estimulados, como ideal de conduta científica.

Desta feita, percebe-se na Modernidade a formação de uma teia de representações e expectativas sociais sobre os profissionais, que reforça tais concepções, a partir do que, um bom cuidador seria aquele que conseguisse a proeza de diagnosticar com precisão, intervir com eficiência e manter-se afastado o suficiente, para não se contaminar, se envolver e, por conseguinte, comprometer o processo terapêutico. Jamais sofrer ou externar este sofrimento, sob pena que atestar sua inaptidão para a tarefa a que se propõe. Não faria sentido, portanto, se falar em cuidado do cuidador, ao menos que este cuidado fosse, restritamente equivalente à capacitação teórica e técnica, que numa espécie de retro-alimentação, reforçasse o ideal representacional de força e imunidade do cuidador, bem como modificações ergonômicas no ambiente de trabalho, a fim de dar-lhe as *supostas condições suficientes e necessárias* para o desempenho de seu ofício.

Como era de se esperar, o cuidador/profissional parece também compartilhar desta mesma concepção. Neste movimento, o mesmo reforça tal imagem a partir de sua prática, esforçando-se demasiadamente para se adequar a esta expectativa e, quando não consegue fazê-lo, passa a ocupar um incômodo lugar de questionamento da possibilidade de se cuidar “verdadeiramente” de outrem, bem como da impossibilidade de, ele mesmo, ser este cuidador, quase nunca, porém, de questionar a ciência, as representações e a legitimidade ou não de suas imposições.

Um outro elemento que tem contribuído para a compreensão desta questão, diz respeito às discussões trazidas por Woodward (2000) ao abordar a constituição sócio-cultural da identidade a partir da diferença, bem como sua sustentação pela exclusão e negação de similaridades. É indiscutível que a questão do cuidar de quem cuida está fortemente implicada pelo fenômeno da construção social da identidade deste cuidador. Não se pode ignorar a

grande influência da linguagem e da cultura na constituição da identidade social e, por conseguinte, no seu modo de ser e agir em determinados papéis. Cada vez se torna mais clara a importância de refletir sobre este cuidador sem prescindir do fato que o mesmo, além de cuidador é sujeito social, constituído em meio a expectativas, identificações e projeções sócio-culturais.

Neste sentido, o fenômeno que nos motivou a buscar compreender a problemática do *descuidado dos cuidadores*, tanto no que tange às instituições quanto às próprias atitudes do cuidadores para consigo, parece ter na questão da relação identidade e diferença, um forte ponto de clareamento. Trata-se, conforme pontua a autora, do fato de que sendo a identidade relacional e marcada pela diferença, é de se esperar que se promova uma tentativa permanente de distinguir *algo que se é*, tendo como referência *algo que não se é*:

Ao analisar como as identidades são construídas, sugeri que elas são formadas relativamente a outras identidades, relativamente ao “forasteiro” ou ao “outro”, isto é, relativamente ao que não é.

(WOODWARD, 2000, p. 49)

Ao refletir sobre nossa temática, percebe-se o cenário ideal para o desenvolvimento e reafirmação da dicotomia que se interpõe entre ‘quem é cuidador’ e ‘quem é cuidado’, logo, se sou cuidador, em tese, não sou ou não posso me admitir sendo também necessitado de cuidado. Esta lógica da exclusão dos diferentes termina por desenvolver na sociedade moderna ocidental uma verdadeira abolição da possibilidade de algo *poder ser isso e também ser aquilo*. Ou seja, instala-se a cultura do ou enquanto única alternativa de compreensão do diferente. Um debruçar cuidadoso sobre esta temática nos remete invariavelmente ao lastro de sustentação de diversas outras relações humanas, que se organizam a partir da idéia de que, em sendo diferentes, não podem compartilhar das mesmas atribuições, forças e fragilidades. Cabral (2004) aponta a ocorrência de uma tendência positivista, que coloca questões básicas

da existência como opostas e dissociadas, enfatizando a dicotomia e polarização como pilares sobre os quais se estrutura o pensamento da modernidade:

Como uma das heranças do projeto científico da Modernidade, que acentua as oposições binárias, impõe-se o hábito de compreender o mundo a partir de uma concepção dualista: corpo-mente, essência-aparência, razão-emoção, sujeito-objeto, doença-saúde. Como regra geral, perpetua-se pensar que no jogo das polaridades, há mútua exclusão, de forma que apenas um dos pólos pode se evidenciar de cada vez.

(CABRAL, 2004, p. 55-56)

Mais adiante, ao discutirmos a questão da formação profissional, poderemos perceber o quanto esta compreensão ainda se explicita nas relações de ensino-aprendizagem, a partir da ênfase demasiada entre os papéis de quem ensina e de quem é ensinado, se pondo como obstáculo à abertura de um diálogo mutuamente gratificante entre professores e alunos, teoria e prática, tácito e explícito, conceitual e vivencial.

Com respeito ao fato de que a constituição da identidade dá-se a partir de uma identificação pela diferença, cabe salientar que esta, em boa parte das vezes, é sustentada pela exclusão e não pela convivência entre a diversidade.

Põe-se aí um impasse!

Cuidadores ***ou*** necessitados de cuidado?

De que lado estamos nós?

Utilizando-se uma citação do escritor e radialista Michael Ignatieff, acerca de um encontro entre um soldado sérvio e um cidadão croata no contexto da antiga Iugoslávia, dilacerada pela guerra entre estes dois povos, Woodward (2000) nos remete a uma exemplificação de como se dá o processo de identificação via diferenciação, ao mesmo tempo em que aponta para a tendência de que se faça uso de uma verdadeira negação das mesmidades/similaridades, o que, quando levado às últimas conseqüências, pode tornar-se via de segregação e exclusão da alteridade.

São quatro horas da manhã (...) O mundo não está olhando, mas toda noite as milícias croatas e sérvias trocam tiros e, às vezes, pesados ataques de bazuca. Esta é uma cidade pequena. Todo mundo conhece todo mundo: eles foram, todos, à escola juntos; antes da guerra, alguns deles trabalhavam na mesma oficina; namoravam as mesmas garotas. Toda noite, eles se comunicam pelo rádio “faixa do cidadão” e trocam insultos – tratando-se por seus respectivos nomes. Depois saem dali para tentar se matar uns aos outros (...) Estou tentando compreender por que vizinhos começavam a se matar uns aos outros. Digo, primeiramente, que não consigo distinguir entre sérvios e croatas. “O que faz vocês pensarem que são diferentes?” O homem com quem estou falando pega um maço de cigarro do bolso da jaqueta cáqui. “Vê isto? São cigarros sérvios. Do outro lado, eles fumam cigarros croatas.” - “Mas eles são, ambos, cigarros, certo?” - “Vocês estrangeiros não entendem nada” – ele dá de ombros e começa a limpar a metralhadora *Zastovo*. Mas a pergunta que eu fiz incomoda-o, de forma que, alguns minutos mais, ele joga a arma no banco ao lado e diz: “Olha, a coisa é assim. Aqueles croatas pensam que são melhores que nós. Eles pensam que são europeus finos e tudo o mais. Vou lhe dizer uma coisa. Somos todos lixo dos Bálcãs”.

(IGNATIEFF, 1994, p. 1-2 apud WOODWARD, 2000, p.7-8)

As citações do soldado sérvio no contexto relatado nos remetem ao modo como o mesmo procura reforçar sua identidade por via de uma diferenciação radical entre sérvios e croatas, exemplificada desde a diferenciação dos tipos de cigarro que cada um utiliza, como forma de marcar aquilo que os diferencia e os torna, de certo modo, exclusivos de si mesmos. Embora, sendo necessário negar toda uma história em comum entre estes dois povos, o reforço da diferença constitui-se enquanto mecanismo de apropriação de uma determinada situação, a qual, sem dúvida, torna-se mais fácil de lidar, a princípio, por meio da exclusão e negação daquilo que nos é estranho/estrangeiro/diferente. A princípio, no discurso do soldado, e na contramão de qualquer evidência histórica e/ou subjetiva, sérvios e croatas eram e, de algum modo, precisavam continuar sendo, diferentes, sem nada que lhes fosse comum entre si. Interessante é ressaltar o momento em que, ao mudar de referencial de diferenciação – não mais sérvios ou croatas, mas agora os europeus – o soldado chega a uma grande constatação: “Somos todos lixo dos Bálcãs”.

Parece, que ao final de sua fala, o soldado chega à conclusão, talvez sem muita consciência daquilo que acabara de expressar, de que, embora tentasse a todo instante e de todas as formas ressaltar e acentuar as diferenças, na verdade, eram, os mesmos, semelhantes, imersos no mesmo mundo e inseridos na mesma condição. Woodward (2000) destaca que esta contradição que se estabelece entre a tentativa de demarcação de uma diferença excludente, via reforçamento da identidade nacional, e a experiência subjetiva da vida cotidiana, visto que ambos iam às mesmas escolas, namoravam as mesmas garotas etc, termina por criar uma confusão para o soldado que *“parece se contradizer ao afirmar uma grande diferença (...) e, ao mesmo tempo, uma grande similaridade”* (idem, p. 9).

É acerca desta confusão, devido a uma grande contradição, entre *aquilo que se é* e *aquilo que se nega ser*, que buscamos discorrer neste trabalho. Refazemos a pergunta, só que agora de um outro modo:

Cuidadores e necessitados de cuidado?

Qual o sentido para os profissionais de saúde de serem, ao mesmo tempo e em todo o tempo, cuidadores e necessitados de cuidado?

Em busca de um sentido possível para estas questões continuamos o percurso...

A literatura também aponta a questão da motivação e história de vida que influencia a escolha por profissões e atitudes explicitamente com ênfase no cuidado, mais especificamente no campo da saúde, como um outro aspecto a ser considerado nesta discussão. Segundo Mello Filho (1992, p. 49), percebe-se que a pessoa que escolhe a Medicina como profissão – aqui estendemos o exemplo às demais áreas de atuação em Saúde - já o faz freqüentemente motivada pelas expectativas de solucionar conflitos pessoais, nem sempre conscientes. Neste sentido, Blaya (apud MELLO Fº, 1992, p. 49) defende que tais escolhas remetem antes de tudo a uma curiosidade e um desejo, consciente ou inconsciente, de saber mais e cuidar melhor daquilo que sentimos como doentes em nós mesmos.

Carvalho, Bacchi e Kovács (1999, p. 236) sugerem que, dentre outras coisas, à escolha pelo curso de Psicologia está vinculada a um determinado modo de posicionar-se frente às questões concernentes ao humano. Deste modo, tal escolha estaria relacionada diretamente com uma busca por autoconhecimento, “*algumas vezes relacionada à necessidade de ajuda na solução de problemas de ordem emocional*”, além da “*tentativa de encontrar na profissão uma forma de ‘ajudar’ os outros*”.

Embora não visem transmitir uma conotação que reforce qualquer estereotipia ou determinismo simplório, tais considerações só vêm a somar na ampliação da compreensão de que atrelado a um determinado papel social está um sujeito histórico, cujas escolhas e atitudes estão diretamente implicadas em seu percurso existencial, dizendo dele e o constituindo. Reforça-se, portanto, a possibilidade de uma visão de homem, que o conceba enquanto ser-no-mundo, atravessado pela historicidade, a qual não só está presente, como também o marca, tatum, imprime seu registro, não apenas no âmbito do acontecido, mas também na constituição de uma expectativa ante o acontecer. Antes de ser profissional, o cuidador é sujeito. Exigir-lhe a negação de sua historicidade é exigir a negação de si mesmo. Ignorar sua implicação no processo de afetabilidade recíproca é, talvez, podar sua principal ferramenta de trabalho: ele mesmo.

Seguindo em busca de aproximações de um sentido possível para estas questões, nos deparamos com um outro aspecto crucial e muitas vezes subvalorizado na compreensão do fazer clínico e suas implicações: a afetabilidade diante da alteridade própria do cuidar. Segundo Figueiredo (1992, p. 93),

o lidar com o *outro (indivíduo, grupo ou instituição) na sua alteridade* faz parte da nossa atividade cotidiana. Mesmo que cheguemos a este encontro com a relativa e muito precária segurança de nossas teorias e técnicas, o que sempre importa é a nossa disponibilidade para a alteridade como algo *desconhecido, desafiante e diferente*; algo no outro nos obriga a um *trabalho* afetivo e intelectual; algo que, no outro, nos pro-pulsiona e nos alcança; algo

que do outro se *impõe* a nós e nos contesta, *fazendo-nos efetivamente outros que nós mesmos*. (Grifos do autor)

Estar diante do outro que sofre e demanda cuidado é uma experiência desalojadora, que suscita uma série de sentimentos e reações. A relação clínica consiste em um espaço de descentramento ante o outro e ante o próprio desalojamento do cuidador. O outro que demanda cuidado constitui, na verdade, uma possibilidade de um outro eu, sendo assim, suas angústias, medos e possibilidades repercutem como um possível sofrimento meu (do cuidador). Ser afetado é condição humana e, portanto, a não possibilidade de afetação pela alteridade do outro, corresponderia, de algum modo, à incapacidade para o exercício do humano e, principalmente, do cuidado, como ofício e como condição. Sendo assim, conforme discutimos anteriormente, torna-se contraproducente qualquer esforço relacionado a associar uma *boa* prática clínica à neutralidade e ao distanciamento, sob o risco de torná-la inviável. *Ser humano* consiste em abertura para relacionar-se. Não se pode *ser* sem *ser-com*. Tocar e ser tocado, afetar e ser afetado, cuidar e ser cuidado: eis a nossa condição. Não há como fugir!

Nesta trama constitutiva, é preciso estar atento tanto para, em nome do “rigor técnico-científico”, não suprimir ao cuidador atributos e ferramentas que lhe são próprias e inerentes a sua condição de humano.

Ao nos aproximarmos de tais questões, somos levados inevitavelmente a tecer algumas considerações acerca de um outro momento, que também implícito e diretamente ligado ao exercício formal de uma profissão, se mostra fundamental na produção deste modelo e na co-influência no modo de relacionar-se com todos estes aspectos já relacionados: a formação profissional.

3.3. A Formação Profissional: em busca de uma *re-ligação*.

Se levarmos em consideração que desde a infância o sujeito passa a entrar em contato com todos os aspectos epistemológicos que temos discutido até então, em grande parte, via educação formal, poderíamos concluir pela necessidade de uma revisão de toda a gama de conceitos e concepções que perpassa as relações de ensino-aprendizagem, desde a educação infantil até a pós-graduação em todos os níveis e campos do saber. Isto é um fato que não pode ser desprezado. Entretanto, por mais pertinente que esta discussão nos pareça, não constitui, inicialmente, o foco principal deste trabalho, de modo que, seriam necessários estudos específicos para poder, de alguma maneira, dar conta ou se aproximar com maior propriedade, de questões tão amplas e complexas. Neste sentido, buscaremos discorrer algumas considerações a respeito da educação profissionalizante de nível técnico e superior, dentro do possível estendendo nossas considerações também às demais etapas educacionais, por considerar esta etapa um aspecto basilar e determinante no modo como o aluno/profissional lidará com as questões envolvidas no fazer.

É inegável que a formação profissional do cuidador também exerce papel importante neste processo de sofrimento do trabalhador, posto que, na maioria das vezes, nos centros acadêmicos voltados à formação de profissionais de saúde são ensinadas apenas técnicas de atendimento, enquanto ajuda, em seu sentido assistencial, e não atitudes, implicações e possibilidades. Daí, o profissional é alguém habilitado para lidar com o aspecto formal e objetivo do cuidar e quando se depara com as questões subjetivas inerentes a qualquer relação humana, não possui suporte e, muitas vezes, nem espaços suficientes para elaborar todas as implicações a que isto remete. A Academia e demais instituições formadoras, enquanto células de reprodução do modelo epistemológico em questão, se prestam a reproduzir, muitas vezes, sem a crítica necessária, um padrão de comportamento onde para nascer o

cientista/profissional/técnico é preciso se extirpar/matar o humano em sua subjetividade e historicidade.

Se nos voltarmos para o campo da saúde, perceberemos que tais postulações se fazem pertinentes e são apontadas como questões que, urgentemente, precisam ser observadas. Para Sebastiani (apud ANGERAMI, 1998), é preciso haver uma reforma, a fim de humanizar a formação do Profissional de Saúde, no sentido de ampliar o espectro de informações e sensibilizações do profissional em formação, na direção de uma flexibilização de atitudes e expectativas. Para tanto, é necessário que haja a introdução de temas afetos ao relacionamento interpessoal, à qualidade de vida, aos cuidados com o cuidador, às contingências do fazer clínico, além de considerar-se a instituição de departamentos de apoio psicológico e pedagógico ao aluno, de forma a ele poder encontrar um espaço diferenciado para a discussão de seus conflitos, vivências e dilemas no transcurso de sua formação, relacionados ao seu fazer. Trata-se, portanto, de refletir acerca de como estes profissionais estão instrumentalizados, técnica e afetivamente, para lidar com o desalojamento/angústia que emerge na relação que se estabelece com o outro que lhe demanda determinada intervenção.

Segundo Morato & Schmidt (1999), a literatura crítica aponta a ênfase no ensino estritamente teórico-técnico, como sendo uma das falhas centrais no modelo pedagógico vigente nos centros de formação profissional para a saúde e educação.

A formação de profissionais de saúde e educação é tarefa complexa que envolve três aspectos básicos e específicos: teoria, prática e processo de desenvolvimento pessoal, que necessitam estar integrados e harmonizados entre si. Considerando que esses profissionais têm em si mesmos seu mais importante instrumento de trabalho.

(MORATO, 1993 apud MORATO & SCHMIDT, 1999, p. 117)

O que, na prática, se observa é um dilaceramento das diferentes dimensões constitutivas do humano, enquanto aspectos cognitivos, afetivos, sociais e relacionais.

Principalmente no campo da saúde e educação, onde o contato e a afetação dos envolvidos, devido a própria dinâmica subjetiva de suas ações, se dão constantemente e em grande intensidade, a desconsideração destes fatos, vem pôr em questão a própria aplicabilidade daquilo que se pretende ensinar. A desconsideração de qualquer um destes aspectos no âmbito das relações humanas, pode remeter a um fracasso de qualquer tentativa de aproximação e intervenção eficaz e produtiva. É pertinente estabelecermos uma discussão acerca da ênfase predominantemente cognitivista no processo de aprendizagem e formação profissional em nosso país. Neste contexto, são apontadas questões que vão desde a seleção do conteúdo programático das disciplinas da formação profissional, perpassando pelo aspecto didático, geralmente polarizado entre a figura do professor/instrutor que “detém o conhecimento” *versus* a do aluno, visto muitas vezes como figura meramente receptora de informações, num movimento unilateral, onde se procura deixar claro, desde os primeiros momentos da relação *quem ensina e quem aprende*.

Mesmo causando estranhamento a discussão de temas desta natureza no âmbito da educação e da saúde e, mais especificamente, da Psicologia, uma vez que a mesma tem se colocado como elemento disseminador de propostas calcadas na inclusão e compartilhamento do saber e poder nas relações humanas, a experiência atesta que tais revoluções conceituais e metodológicas ainda se mostram longe das salas de aula e de uma prática efetiva. Por mais que se percebam esforços no sentido de superar parâmetros educacionais tradicionais e reducionistas, percebe-se uma enorme resistência por parte dos centros formadores e seus profissionais, em por em prática, aquilo que muitas vezes é defendido em suas teorizações. Relações autoritárias, avaliações reducionistas e *pro forma*, aulas pouco ou quase nada dinâmicas, envolventes e atuais, terminam por promover a manutenção de um clima insatisfatório dentro das instituições de ensino, de modo a fragmentar e por em questão a possibilidade de uma construção de conhecimento pautada em pilares democráticos e

relacionada diretamente à prática e demanda dos aprendizes e da conjuntura sócio-econômica e cultural.

...nota-se que o ensino universitário tem privilegiado a formação teórica, ou seja, há uma expectativa de que o aluno apenas sobreponha o novo conhecimento ao antigo, sem permitir a articulação entre este e o experienciar do aluno frente à teoria. Há pouco investimento no desenvolvimento e engajamento pessoal do aluno (...) Enfatiza-se o conteúdo, a informação, à medida que há uma predominância de aulas teóricas e expositivas, não existindo quase espaços onde o aluno possa se “ver”, sentir o seu próprio processo de aprendizagem. Espaços onde o aluno seja considerado no seu “fazer acadêmico”.

(CARVALHO, BACCHI E KOVÁCS, 1999, p. 236)

Em uma breve análise da formação do Psicólogo, por exemplo, não é de se estranhar a identificação da reprodução de citações e abordagens teóricas que nos remetem, unicamente, a um tempo pregresso, cujas características da época em nada, ou quase nada, se assemelham àquelas encontradas no contexto da clínica psicológica atual em busca de um acolhimento. Por exemplo, em se tratando de uma educação classicamente voltada a intervenções elitistas e de classe média e alta, são escassas as postulações teóricas que demonstrem possibilidade real de aproximação e, em alguns casos, aplicação no âmbito da saúde pública. No momento em que o aluno sai da faculdade e se depara com a realidade externa aos muros da instituição de ensino, parece que aquilo que estudou trata-se, em alguns momentos, de um caso de ficção, pois em muito diverge do que sua clientela demanda. A emergência de novas configurações sociais termina por suscitar a necessidade de intervenções outras, na maioria das vezes, ainda não abordadas nas postulações dos manuais de práticas e técnicas interventivas no âmbito da saúde mental.

Desde os temas mais básicos como a entrevista psicológica, a anamnese, a abordagem individual em ambiente que garanta conforto ao sujeito para poder falar de si sem nenhum tipo de variável interveniente, os testes psicológicos aculturados, as propostas de

intervenção terapêutica a médio e longo prazo, com retorno garantido, em espaço e local pré-definido e, que, algo dando errado, pode representar resistência por parte do terapeuta ou do cliente, em muito se afasta da realidade de nosso país, principalmente no âmbito no sistema público de saúde, que parece requerer intervenções menos burocráticas e mais situadas no contexto que compartilhamos.

Mais uma vez, tomo o cuidado de explicitar que não se trata de desconsiderar a importância e aplicabilidade de métodos e intervenções pautados em certo rigor metodológico e teorias tradicionalmente reconhecidas pela Psicologia. Ao contrário, o que procuro destacar é a necessidade urgente de abertura ao surgimento e aplicação nos centros universitários de intervenções outras, sem que representem, necessariamente, ameaças ao já estabelecido. É ao diálogo que convidamos e é dele que precisamos. Aceitar a diferença, dialogar com ela, conviver no sentido de *viver com*, e construir outros modos possíveis de ser, enquanto ciência e enquanto profissão.

É disto que tratamos. De uma abertura para escutar, acolher e promover práticas que ampliem nosso espectro de atuação, tendo em vista a promoção de saúde, cidadania e bem-estar daqueles a quem atendemos, quer no divã, quer à porta de suas casas em intervenções públicas e domiciliares. É acerca de uma ética que discorremos, enquanto morada e acolhimento, tanto para os profissionais, não só de Psicologia, mas da saúde como um todo, quanto para aqueles que se utilizam de suas intervenções em busca de outros sentidos para o seu existir.

Durante nosso percurso, tem se mostrado de grande valia a tentativa de ampliação da noção de conhecimento e aprendizagem, no que se refere a uma superação do caráter unicamente intelectual e abstrato que o saber científico, muitas vezes, suscita em nós. Algumas considerações no sentido de promover a reafirmação da indissociabilidade das dimensões cognitivas, afetivas e vivenciais no âmbito educacional (FREIRE, 1970; ROGERS,

1977, 1978, 1985; MORATO, 1989, 1999; MORATO & SCHMIDT, 1999) nos sinalizam uma possibilidade coerente com aquilo que desde o início temos a intenção de explicitar neste trabalho, ou seja, a *re-ligação* dos aspectos existenciais dicotomizados e dissociados pela compreensão ocidental de homem e mundo, como entes distintos e separados. É o movimento da reaproximação das partes, tendo em vista a ampliação das possibilidades de compreensão do sentido dinâmico de todo.

Percebemos a importância da reformulação dos modelos e métodos educacionais que balizam o ensino profissionalizante e acadêmico brasileiro, no sentido de promover um redirecionamento nas ações e intervenções no campo da saúde pública. Acreditamos que tal reforma vai além de uma simples reformulação de conteúdos e grades curriculares, embora estes itens não possam ser desprezados em sua importância. Sobretudo, partimos de uma compreensão de que é necessário que se promova uma superação de alguns paradigmas educacionais, em direção a uma formação construtiva, que conceba a relação ensino-aprendizagem como algo muito mais amplo do que a simples superposição de conteúdos e superação do prático-vivencial, tido muitas vezes como superficial e enganoso, pelo teórico-científico, supostamente entendido por legítimo e verdadeiro, dado sua comprovação e capacidade de generalização.

Neste sentido, estabelece-se uma busca pela construção de um processo educacional que favoreça o trânsito e aproximação entre as dimensões tácitas e pessoais do conhecimento - *“constituídas a partir de disposições e habilidades afetivas, cognitivas, motoras e verbais do sujeito, de natureza pré-reflexiva e eficazmente incorporadas no corpo”* - e o conhecimento denominado de explícito - *“passível de tematização por esforço reflexivo e representacional”* (MORATO, 1999, p. 72). Estaria por se promover um movimento educacional, a partir de uma compreensão de aprendizagem que vise integrar aspectos cognitivos e afetivos e que, além de apontar para um caráter de aquisição de conhecimento,

promove experiências que ensejam mudanças. Tal processo tem sido nomeado na literatura de *aprendizagem significativa*.

Diferentemente de uma aprendizagem calcada num modelo teórico-formal com ênfase na memorização e transmissão de informações, o fenômeno da aprendizagem significativa (ROGERS, 1977; SCHMIDT, 1999; MORATO & SCHMIDT, 1999) compreende uma noção de aprendizagem onde *“as noções de intersubjetividade, experiências e criatividade, permitem articular seus modos próprios de transmissão, elaboração e avaliação do saber”* (MORATO & SCHMIDT, 1999, p. 118). Para estes autores, tal singularidade estaria por localizar o fenômeno da aprendizagem significativa numa região de articulação entre o psicológico e o pedagógico, tendo em vista a promoção de crescimento pessoal por parte do educando, possibilitando *“uma atuação profissional que se constitua como experiência significativamente humana, e não meramente técnica”* (MORATO, 1999, p. 36).

Tais considerações terminam por promover uma reação em cadeia, que se reflete também, no modo como os educandos/profissionais hão de se portar frente a sua clientela. De um lugar de quem sabe sobre o outro que lhe procura ou de um lugar de quem, junto a este outro, busca construir uma prática interventiva criativa, para além das amarras, muros e limites, muitas vezes impostos pelo saber formal, com base nos recursos e experiências disponibilizados pelo próprio cliente e sua comunidade. Indiretamente, põe-se em questão uma relação de saber e poder, que segrega, afasta e promove dominação. Se pretendemos rediscutir a prática profissional e o modo como tem se dado a constituição de uma rede de serviços públicos em saúde no nosso país, não podemos prescindir de estarmos atentos a estas questões.

Ao transitarmos em meio a estas discussões, chama-nos a atenção, mais uma vez, o quanto temas desta natureza nos remetem, não apenas aos aspectos formais de nosso fazer

profissional, mas, sobretudo, ao nosso modo de existir. Na medida em que são postos tais questionamentos, sentimo-nos afetados em nossa integralidade. E, talvez por aí, estejam alguns pontos que precisam ser mais bem cuidados por nós: professores, alunos, cientistas, profissionais, técnicos, usuários...

Cada vez mais, me sobressai o registro, via aproximação a que me proponho nesta dissertação, de que os discursos e as práticas, em todos os âmbitos da nossa vida, precisam ser religados, reaproximados, revistos... De outro modo, penso eu, é possível que estejamos fadados a nos tornarmos exemplos vivos das citações populares a que tanto recorremos deste o início desta caminhada: *“Faça o que eu digo, mas não faça o que eu faço”*, bem como *“em casa de ferreiro, o espeto é de pau”*, além, evidentemente, das diversas conseqüências que estas contradições podem nos acarretar.

Ficam-nos as questões...

Mais do que respostas, buscamos sentido.

Nesta direção, torna-se inevitável um debruçar sobre a questão da técnica, a fim de buscar compreender suas manifestações, bem como, o modo como humano tem se relacionado com ela, em via de construir seu existir. Sendo assim, continuamos a caminhada.

É a questão da técnica que ora se apresenta neste percurso...

3.4. A questão da técnica: implicações

Nos remetemos à questão da técnica como importante elemento na contextualização de nossa problemática, devido a percepção de que, assim como pontua Cabral (2004, p. 42), *“o conhecimento técnico, tão valorizado em nosso mundo contemporâneo como instrumento de fabricação, visando a garantia de resultados, também se impõe com especial prestígio no campo da saúde”*. Aspectos que se exemplificam desde a ênfase em procedimentos e técnicas

interventivas desde a formação, até o próprio modo de se nomear os profissionais, enquanto *técnicos de saúde*, em nosso caso, técnicos de saúde mental, reforçam a compreensão de que as ações em saúde têm sido balizadas por uma concepção de aplicabilidade de métodos como via de garantir a obtenção de determinados resultados, sempre com a ênfase na previsão e controle dos fenômenos sob a égide do saber e poder científico.

A autora pontua, entretanto, que se faz necessário observar com cautela o lugar da técnica e suas implicações aplicadas à saúde, principalmente, por se tratar, esta última, de um *“campo de atuação em que a relação entre pessoas tem preponderância”* (CABRAL, 2004, p. 42). Mais do que simples aplicação, o contato com o outro nos demanda disponibilidade, abertura e atitude. A primazia do conhecimento técnico, via procedimentos pré-fabricados, sem que se façam as críticas e adaptações necessárias, pode constituir-se em obstáculo e separação entre aqueles que cuidam e aqueles que são cuidados, quer em nível individual ou coletivo. Aliás, muitas vezes, é este lugar de cuidador que é posto em questão, na medida em que se assume uma postura meramente de técnico-conhecedor, de tal modo que sequer abre-se a possibilidade de se estabelecer uma autêntica relação clínica de cuidado de outrem.

Ao trazermos estas discussões para as ações em saúde mental, o quadro se exacerba, visto encontrarmos aí uma clientela que busca, invariavelmente, disponibilidade para relacionar-se, dado que, a própria natureza de seu sofrimento tende a, conforme discutido anteriormente, causar distanciamento das relações sociais e exclusão do circuito da comunicabilidade coletiva. O desamparo, a solidão e a dor indecifrável terminam por culminar em atitudes de busca de aceitação, compreensão e acolhimento. Desta feita, a negação ou o simples ignorar do fato de que a abertura para o outro se constitui um dos principais utensílios de cuidado que se dispõe, promove uma vivência iatrogênica, fruto, muitas vezes, de concepções preconceituosas e descontextualizadas, elaboradas, unicamente, com base em teorizações e suposições acerca da natureza do sofrimento psíquico.

Frente à impossibilidade de se prever em absoluto as manifestações no âmbito da saúde mental, bem como suas respectivas repercussões no profissional, o que resta é desenvolver modelos e técnicas, tendo em vista controlar qualquer envolvimento que, porventura, culmine numa manifestação que fuja ao arsenal metodológico previamente estabelecido. Estereotipizam-se as atitudes, enrigem-se as relações, de modo, que a primazia da técnica se conserva como marco regulador de qualquer ação que venha a ser realizada. A técnica passa a ocupar lugar central na relação, de tal modo que se prima com muito mais fervor pela sua preservação, do que por qualquer outro aspecto que possa se mostrar relevante, e, ao mesmo tempo indisciplinado a sua tutela. Aliás, termina por se estabelecer um movimento que busca disciplinar as manifestações da clínica, de tal modo que, algo que fuga do *script* passa a ser considerado como indicativo de uma falha de condução terapêutica ou de uma relação patológica que se instala e requer *intervenção precisa e eficaz*.

É neste cenário que se observa uma crescente dificuldade de se encontrar profissionais disponíveis a participar de ações que tenham como clientela os portadores de sofrimento psíquico, principalmente em cenários mais flexíveis e menos autoritários como se preconiza em saúde pública e se busca construir, a princípio, no movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Em todos os âmbitos da saúde, desde a decrescente opção médica pelas residências em psiquiatria, aliada a uma surpreendente evolução de escolas e pensamentos baseados em modelos clássicos e biológicos, até a dificuldade em se conseguir articular com profissionais diversos, o desenvolvimento de ações junto a portadores de transtornos psíquicos, parecem sinalizar, de alguma maneira, a dificuldade de se conviver com intervenções em saúde que requeiram maior flexibilidade e menor rigor técnico-metodológico. É bem verdade, que este fenômeno não é determinado apenas por um único aspecto, mas, também é inegável que, por se tratar, a saúde mental, de um campo onde o profissional se vê com um menor arsenal técnico-metodológico que lhe garanta a “integridade

física, psíquica e científica³⁴” na abordagem ao seu cliente, ocorre uma maior resistência em sua escolha, posto que, desde cedo, aprendemos a olhar o mundo a partir da possibilidade ou não de controlar suas manifestações, artificializando nossas relações, em vista da segurança implícita na previsibilidade.

Ao discutir a questão da técnica, Heidegger (2002) nos aponta para uma dualidade de conceituações a partir de duas compreensões distintas, entre aquilo que denomina de concepção corrente da técnica *versus* concepção originária e essencial. Inicialmente, aborda que a concepção corrente de técnica se estabelece com base numa correlação entre uma visão instrumental (que a compreende enquanto meio a ser aplicado na obtenção de um fim) e antropológica (que a define como um fazer do homem). É a sua determinação causal. A técnica, assim, assume o papel de um simples meio ou instrumento, tendo em vista a produção de fins específicos e predeterminados, em consonância com uma lógica produtivista e uma compreensão de verdade enquanto *veritas*, ou seja, o em si, absoluto e único. Embora, admita que não se possa negar que a concepção instrumental da técnica seja, de certo modo, aquela que a representa costumeiramente a técnica moderna em sua aplicação diária, Heidegger questiona o seu sentido, propondo uma busca por uma compreensão do seu sentido originário.

Neste movimento, aponta que a técnica não é meramente um meio. É um modo de desvelamento. A palavra técnica, segundo o autor, advém do termo grego *techné*. A *techné*, por sua vez, não se refere somente ao fazer e poder manual, mas também às artes superiores e belas artes. Sendo assim, mais do que a obtenção de um fim específico, constitui uma forma de propiciar o desvelar, onde a verdade, enquanto *alethéia*, não pode ser aprisionada em um sentido único, restrito e predeterminado. A técnica, enquanto *techné*, favorece um movimento de mostrar-se das coisas: “*Outrora chamava-se também techné o descobrimento que levava a*

³⁴ A referência à “integridade científica” se dá a partir da compreensão de que, no âmbito da saúde mental, torna-se difícil a manutenção de uma postura teórica que abra mão, por completo, da mestiçagem e do diálogo (ou, no mínimo, convívio) com o diferente, dado a amplitude do fenômeno e incapacidade explicativa de qualquer pensamento que ouse fazê-lo com exclusividade.

verdade a fulgurar em seu próprio brilho” (HEIDEGGER, 2002, p. 36), dizendo respeito à produção/criação no sentido de *poieses*. Para este autor, o grande diferencial entre as concepções originárias e modernas de técnica reside no fato de que estas últimas se configuram, basicamente, enquanto modo de exploração das coisas e não de produção. Ou seja, é o sentido de instrumento a favor da *poieses*, que se perdera com a modernidade, tornando toda intervenção um ato de exploração e controle.

Cabral destaca que

no modo da *poieses*, o homem se abre à dimensão do mistério, sem a necessidade do controle sobre as coisas e o mundo, mas sim, com tolerância em relação ao que se mostra ou está por se mostrar. No modo da exploração, evidencia-se a necessidade do controle sobre as coisas e o mundo, que se busca dominar.

(CABRAL, 2004, p. 50)

Embora a técnica moderna, de algum modo, também se configure como uma possibilidade de des-abrigar, no sentido de mostrar/desocultar, vale salientar que esta opera por meio do desafio, provocação e agressão à natureza, como instrumento/meio de controle, dominação e subserviência. O autor recorre ao contraponto entre os antigos moinhos de ventos e as atuais usinas hidrelétricas como forma de exemplificar a natureza da intervenção humana na modernidade, a partir da técnica instrumental. Enquanto, no caso dos moinhos de vento é possível testemunhar que a energia retirada da natureza se faz por meio de *“suas hélices que giram, na verdade, pelo vento e permanecem imediatamente familiarizadas ao seu soprar”* (HEIDEGGER, 2002, p. 73), em se tratando da usina, ocorre um verdadeiro movimento de transformação das características do próprio rio, de tal modo que este passa agora a existir em função da usina, dadas as alterações em suas características originais: O “Reno” – rio utilizado pelo autor em sua exemplificação - construído na central de força, em nada ou quase nada se parece com o “Reno” dito na obra de arte (idem, p. 74).

A natureza passa a viver em função da técnica moderna, a qual passa a dirigi-la e determiná-la. O homem moderno é desafiado a inserir-se no movimento de desabrigar, fazendo da natureza fundo de reserva. Estando tão preso à sede de desafiar, não se dá conta de cuidar de seu existir e de sua morada.

Hannah Arendt (2003) aponta três dimensões do fazer humano, como sendo constitutivas do existir. O *labor*, atividade relacionada à necessidade biológica, de cunho metabólico, individual ou coletivo, a qual está ligada diretamente ao ciclo de preservação da vida e satisfação das necessidades vitais. O *trabalho*, que constitui a atividade de criar/transformar elementos extraídos da natureza, gerando um mundo compartilhado entre os homens, e que se interpõe entre a natureza e o ser humano, “*separando-os ou unindo-os*” (MORATO, 1999, p. 85). E a *ação*, atividade exercida *entre os homens*, sem mediação das coisas ou da matéria, dizendo respeito à vida política, enquanto forma de expressão da singularidade e condição ontológica da coexistência ou pluralidade (CRITELLI, 1996).

Ao discutir a relação entre os uso/fabricação de instrumentos e o fazer do humano na dimensão do trabalho, Hannah Arendt (2003) aponta que o *homo faber* constrói instrumentos a partir de objetivos e finalidades previamente determinados. A autora refere dois modos de se relacionar com ferramentas e utensílios que dizem respeito ao uso como auxílio, no *animal laborans* e à fabricação e uso como finalidade, no *homo faber*.

Os mesmos instrumentos que apenas aliviam a carga e mecanizam o labor do *animal laborans* são projetados e inventados pelo *homo faber* para a construção de um mundo feito de coisas; a conveniência e precisão destes instrumentos são ditadas pelos fins «objetivos» que ele inventa a seu bel-prazer, e não por necessidades ou carências subjetivas(...) numa sociedade de operários, os instrumentos podem perfeitamente assumir caráter ou função mais que meramente instrumental.

(HANNAH ARENDT, 2003, p. 157 – Grifos do autor)

Assemelhando-se a Heidegger ao discutir o caráter violento da técnica enquanto meio de agressão à natureza, Arendt afirma que o *homo faber* – que tem no fabricar uma estratégia

de reificação (coisificação) do natural – se porta como ‘senhor da terra’, tendo em suas intervenções um elemento de violação e violência presente em todo o processo de fabricação:

A solidez, inerente a todas as coisas, até mesmo às mais frágeis, resulta do material que foi trabalhado; mas esse mesmo material não é simplesmente dado e disponível, como os frutos do campo e das árvores, que podemos colher ou deixar em paz sem que com isso alteremos o reino da natureza. O material já é um produto das mãos humanas que o retiraram de sua natural localização, seja matando seu processo vital, como no caso da árvore que tem que ser destruída para que se obtenha madeira, seja interrompendo algum dos processos mais lentos da natureza, como no caso do ferro, da pedra ou do mármore, arrancados do ventre da terra. Este processo de violação e violência está presente em todo processo de fabricação, e o *homo faber*, criador do artifício humano, sempre foi um destruidor da natureza.”
(HANNAH ARENDT, 2003, p. 152),

Neste sentido, a autora contrapõe a exploração violenta ao movimento do laborar, o qual o homem se permite no lidar com a vida. Movimento que, mesmo sendo passageiro, é intenso e resulta de um esforço rítmico e coordenado de luta, mas não de destruição, tendo em vista nutrir o processo vital.

Ampliando a discussão para o âmbito do relacionar-se entre homens e instrumentos, a autora aponta a possibilidade de se constituir, na sociedade moderna, uma certa relação de escravidão entre homens e instrumentos (máquinas), de modo que estes últimos passem a ter um papel para além de um *simples uso para satisfação das necessidades* (idem, ibidem, p. 157), de modo a assumir o *status* de fim em si mesmos.

Nesta situação, na qual a produção consiste basicamente no preparo para o consumo, a própria distinção entre meios e fins, tão típica das atividades do *homo faber*, simplesmente deixa de ter sentido; e, portanto, os instrumentos que o *homo faber* inventou e com os quais veio em auxílio do *animal laborans* perdem seu caráter instrumental assim que são usados por este último(...) Se considerarmos em termos de comportamento humano esta perda da faculdade de distinguir claramente entre meios e fins, podemos dizer que a livre disposição e uso de instrumentos para a fabricação de um produto final específico são substituídos pela unificação rítmica do corpo e do seu instrumento (...) Neste movimento, os instrumentos perdem seu caráter instrumental e desaparece a clara distinção entre homem e os seus utensílios. O que preside o processo de labor e todos os processos de

trabalho executados à maneira do labor não é o esforço intencional do homem nem o produto que ele possa desejar, mas o próprio movimento do processo e o ritmo que este impõe aos operários.

(HANNAH ARENDT, 2003, p. 158-159)

Tal caráter de objetividade e demasiada importância do instrumental culmina na geração de um estado de subserviência da lógica do fazer de ofício à lógica do produtivismo moderno. A evolução das tecnologias e, mais especificamente, o modo como esta tem se dado desde a modernidade, terminam por desencadear um efeito reverso na relação originária homem-trabalho, de tal modo que, segundo as palavras da autora, o *homo faber*, o fazedor de instrumentos, inventou os utensílios e ferramentas não para servir ao processo vital humano, mas para construir um mundo que se impõe a ele, gerando-lhe dependência e, por vezes, se erguendo como barreira entre o homem e a natureza.

Referindo-se a esta temática, Cabral (2004) nos sinaliza para um caráter contraditório nas relações com o trabalho em nossos dias, frente a seu sentido originário. Para a autora, do mesmo modo que o real e a natureza passam a ocupar *status* de fundo de reserva, tendo como finalidade última a exploração, “o próprio homem acaba por se tornar também fundo de reserva, na medida em que é percebido como material ou recurso humano” (CABRAL, 2004, p. 48).

Tais questões nos remetem a uma discussão no campo das práticas institucionais, mais precisamente no que se refere às políticas e intervenções de gestão de pessoas e recursos humanos nas organizações. Partindo-se do pressuposto de que a modernidade tem na lógica exploratória o seu marco regulatório, fundado naquilo que Heidegger nomeia de sobreposição do pensamento que calcula, tendo em vista a dominação, em relação ao pensamento que medita e reflete sobre o sentido do existir, cabe-nos sugerir alguns questionamentos acerca do modo e da finalidade com que têm sido pensadas as intervenções voltadas à saúde e bem-estar

do trabalhador, visto que, há indícios que sugerem uma lógica de *fortalecer para melhor explorar*.

O homem-trabalhador inserido na lógica exploratória, capitalista e liberal, muitas vezes passa a ser *cuidado* pela instituição, com o objetivo de poder produzir mais e melhor. Para subsidiar estas afirmações, basta estarmos atentos ao momento em que este homem-trabalhador passa a sinalizar qualquer tipo de esgotamento, de forma a não mais poder corresponder aos anseios produtivistas das organizações nas quais estão inseridos, tornando-se descartável e, rapidamente, substituído. Mudam-se as ordens, subvertem-se os valores e, mais uma vez, o essencial passa a ser acessório e vice-versa. Homem e máquina confundem-se como meros instrumentos de produção de capital.

Tais questões se amplificam se tomarmos como referência o campo da saúde pública, suas políticas e práticas. A invasão do Estado pela lógica produtivista e neo-liberal, implica no surgimento de novos valores no balizamento das ações em saúde, onde o número assume o *status* de finalidade. É o predomínio das políticas econômicas sobre as sociais. Ocorre uma transposição do modelo que rege o setor empresarial privado para o campo das políticas públicas em saúde, calcado numa “*visão da inevitabilidade do modelo neoliberal, na ideologia da excelência, na flexibilização das relações sociais de trabalho e na polivalência*” (SCHMIDT, 2003, p. 66). Ao trabalhador cabe atingir as metas. Jamais sofrer, sob o risco de atestar que não mais serve para estar ali. A lógica do capital norteia as ações em saúde e o lucro/economia de recursos, entendido enquanto eficiência e eficácia, passa a ocupar o lugar, outrora ocupado pelo usuário, pela relação clínica que se estabelece e gera prazer na intervenção e pelos seus resultados, a partir de um amplo espectro de avaliação, não apenas quantitativa e numérica.

O imperativo da excelência se projeta sobre a imagem da empresa em sua totalidade, abrangendo toda a sua estrutura e funcionamento. As diretrizes

que vem sendo assumidas são de que excelência deve permear todos os componentes da organização, incluindo-se aí os denominados recursos humanos – que preferimos designar como seres humanos. Deste modo, a perfeição deve ser, ao mesmo tempo, da empresa e de cada um dos seus empregados. Este é o consenso que foi construído. Como a idéia de perfeição é algo absoluto, as pessoas devem ser perfeitas em tudo, unindo capacidade a vigor total – o que significa que devem estar em forma e gozar saúde perfeita. A idéia da saúde perfeita deve, necessariamente, corresponder à plenitude vigorosa de alguém que nunca fique cansado nem adoeça.

(EDITH SELIGMANN-SILVA, 1997, p.347 apud SCHMIDT, 2003, p. 66)

Para Schmidt (2003), observa-se no campo das políticas públicas um certo deslocamento das concepções de objetivos, metas e sentido. *“Objetivos e metas são elementos do agir que não definem, por si, o sentido da ação”* (p.55). Referindo-se a Hannah Arendt, a autora destaca:

O sentido da política reside na própria atividade política, que se manifesta na convivência e no agir coletivos. As metas, por sua vez, constituem-se como balizas que orientam a ação e, por isso mesmo, estão sempre em mutação. O objetivo, dimensão do agir projetada num futuro, é aquilo que “...só começa a aparecer na realidade quando a atividade que o produziu chegou a seu fim” (ARENDR, 1998, p. 127).

(SCHMIDT, 2003, p.55)

É importante refletirmos acerca destes aspectos, uma vez que os mesmos, na prática, correspondem a um dos mais sutis e graves problemas enfrentados pelo Sistema Único de Saúde Brasileiro. O planejamento das ações de prevenção e promoção de saúde obedece a uma lógica territorial e populacional, exigindo-se dos profissionais uma espécie de cumprimento de metas de produtividade, tidas como sinônimo de eficiência, eficácia e resolutividade. Embora este discurso possua correspondentes estatísticos matematicamente irrefutáveis, termina por refletir numa das maiores fontes de conflito, sobrecarga e distorções na qualidade das ações empreendidas. Além do mais, percebe-se um grande distanciamento entre os parâmetros que originam tais expressões numéricas e percentuais e os entraves e vicissitudes com que se deparam os profissionais no seu dia-a-dia, principalmente, quando as

ações se dão em nível comunitário. A saúde mental, por sua vez, representa um dos pontos nevrálgicos deste complicado método de avaliação. Testemunha-se a enorme dificuldade por parte dos profissionais em quantificar suas ações, bem como justificar sua relevância, com base em números, muitas vezes, subdimensionados frente a outros programas de saúde, cujas ações, de caráter mais diretivo e previsível, terminam por atingir uma maior fatia da população assistida num determinado espaço de tempo.

Nesta lógica não há espaço para o imprevisível. Os números são frios e exatos. A emergência e demanda da população, não! O tempo do atendimento é previamente determinado. A dor e o tempo de sofrimento do cliente dentro do mesmo atendimento, também não. O número mínimo de participantes que justifica uma intervenção grupal é relacionado numa portaria ministerial. A possibilidade, inclusive subjetiva, de adesão do sujeito e participação em determinados momentos de sua existência, foge de qualquer regra e lança-se no imprevisível. Passar uma tarde atendendo a um único paciente/cliente/usuário em crise, pode salvar uma vida e/ou permitir a emergência de sentido a uma existência, mas ao mesmo tempo, pode significar a “improdutividade” do profissional, tornando-o alvo de diversas cobranças e questionamentos.

Este é o nosso cenário. Não se trata de questionar a necessidade de um aperfeiçoamento nos modelos de gestão ou um melhor planejamento das ações, tendo em vista a otimização dos recursos, dentre outras estratégias. O que se põe em questão é a subversão de valores atrelados a uma lógica onde o homem passou a ser mero objeto do capital, entificado na forma de *mercado*, o qual ninguém conhece e ninguém viu, mas todos são regidos pelo seu forte punho de ferro. É preciso que revisemos nosso modo de se relacionar com estas questões, senão, nós mesmos, nos tornaremos escravos das regras que criamos para, supostamente, melhor cuidar.

Como lidar, enfim com todas estas questões?

Heidegger nos aponta que não se trata de prescindir das tecnologias modernas, negando alguns de seus benefícios. A questão primordial está em não deixar-se aprisionar por elas, a ponto de se esgotar todo o brilho e sentido de se viver. Trata-se de colocá-las em questão! É de uma atitude crítica que falamos. De um resgate da possibilidade de meditar, refletir, examinar e reassumir a condição de cuidar do existir, ocupando-nos do sentido, enquanto tarefa primordial: *“uma atitude do sim e do não em relação ao mundo técnico”* (HEIDEGGER, 1959, p.24).

Em direção a uma relação ética para consigo, seu mundo e outros entes, cabe ao homem reapropriar-se de seu projeto existencial, assumindo-se na condição de cuidador de seu existir. A partir de todo este cenário que se delineia em torno do cuidado do cuidador e sofrimento do trabalhador, partimos para uma aproximação do sentido de cuidado, como elemento primordial na tessitura de um sentido possível para o existir.

É acerca do cuidado enquanto tarefa primordial do ser que passamos a dissertar.

3.5. Angústia e Cuidado: a trama enigmática do existir

Certo dia, ao atravessar um rio, Cuidado viu uma massa de argila e, mergulhado nos seus pensamentos, apanhou-a e começou a modelar uma figura.

Quando deliberava sobre o que fizera, Júpiter apareceu.

Cuidado pediu que ele desse uma alma à figura que modelara, e, facilmente, conseguiu o que pediu. Como Cuidado quis dar o próprio nome à figura que modelara,

Júpiter proibiu e prescreveu que lhe fosse dado o seu.
Enquanto Cuidado e Júpiter discutiam, Terra apareceu
e quis que fosse seu o nome daquela a quem fornecera o corpo.

Saturno foi escolhido como árbitro.

E este, eqüitativamente, assim julgou a questão:
Tu, Júpiter, porque lhe deste a alma, tu a terás depois da morte.
E tu, Terra, porque lhe deste o corpo, tu o receberás quando ela morrer.
Todavia, porque foi Cuidado quem primeiramente a modelou,
que ele a tenha, enquanto viver.

(Da Fábula 220 de Gaius Julius Higinus,

adaptações de BOFF, 1999, p. 46;

HEIDEGGER, 2002, p. 263-264; ROCHA, 2000)

A fábula a que fazemos referência com base em Heidegger (2002), Rocha (2000), Almeida (1999) e Boff (1999), nos remete a uma compreensão do cuidado, para além da noção de mera aplicabilidade e doação ante ao outro, conforme culturalmente disseminado em nossos dias. Tem sido comum identificarmos uma compreensão de cuidado, cuja ênfase, muitas vezes, meramente utilitária e altruísta, recai predominantemente sobre seu caráter pragmático, sendo o mesmo reduzido, quase sempre, a um arcabouço de ações e práticas que se disponibiliza numa determinada relação.

A compreensão de cuidado tem sofrido diversas transformações no decorrer dos tempos. Segundo Eizirik (1997), sua noção é ambígua, podendo ser encarada tanto como uma atitude de atenção, desvelo ou solicitude dispensada a algo ou a alguém, quanto como uma ansiedade ou preocupação. Além do que, podendo ainda ser visto como algo que se tem, no sentido de *ter cuidado* ou como algo com que se estar temporariamente, no sentido de *estar com cuidado*.

As diferenças na concepção de cuidado datam desde a Grécia Antiga. Primeiramente, o cuidado aparecia sob a forma da ansiedade provocada pela duração da vida. A partir de Sócrates, com a inserção do homem na reflexão filosófica, ocorre a introdução da noção de ‘cuidado de si’. Segundo Lima (2000), o cuidado de si na Grécia Clássica correspondia ao conjunto de práticas que o cidadão deveria ter para, na sua relação com o outro e com a *polis*, tornar-se digno de ser lembrado por seus feitos. Tal proposta de cuidar de si implicava desde uma atitude frente ao outro, com ênfase nas relações humanas, como também na participação ativa da vida pública na polis.

Foucault, ao analisar a questão do cuidado na Grécia clássica, mostra a existência de uma *intersubjetividade* (...) que torna inseparáveis as dimensões ética, política e filosófica. Nesta perspectiva socrática não há separação entre o cuidar de si e o cuidar do Estado.

(LIMA, 2000, p. 37 – Grifos do autor)

Com a disseminação do Cristianismo, mais propriamente de algumas de suas abordagens, observa-se o surgimento de uma nova ênfase relacionada ao cuidado, pautada numa cisão frente ao pensamento grego. Percebe-se, então, a migração da concepção de cuidado para uma compreensão focada numa ênfase demasiada dos aspectos individuais e subjetivos, promovendo uma espécie de preponderância do cuidado para consigo em detrimento do cuidado do outro e da polis. É importante ressaltar que tais questões possuem um significativo correspondente histórico e político, em se tratando da direta influência do pensamento romano que ora se institucionalizara por meio da fusão estado-igreja. Ou seja, neste instante, as práticas do cuidado de si, passavam a possuir forte ênfase no controle via interiorização de leis e regras de conduta, como via de legitimação do saber/poder político-religioso³⁵.

“Se na Grécia clássica a prática do cuidado de si encontrava-se atrelada ao cuidado do outro, nesta fase da era cristã, o cuidado de si não é mais pressuposição do cuidado do outro” (LIMA, 2000, p. 37).

O cuidado de si assume caráter de finalidade e o sujeito se volta para sua individualidade de tal forma, que passa a desconsiderar o outro como dimensão fundamental em sua constituição como pessoa.

Segundo Boff (1999), ao longo da história o cuidado foi perdendo a dimensão originária nele contida, sendo objetificado. Desta feita, passando a assumir o lugar de coadjuvante ou de mera opção no processo existencial, longe de constituir uma tarefa a ser compartilhada por todos. Neste sentido, o autor relaciona uma série de transformações sócio-culturais e relacionais, como sendo fruto desse afastamento entre homem e cuidado (de si, dos

³⁵ É importante ressaltar que esta ênfase individualista na qual se desenvolve o cristianismo no ocidente pode ser, na verdade, entendida como uma das possibilidades de compreensão e desdobramento do pensamento cristão. Desta feita, ao destacarmos este viés, buscamos compreender as correntes do cristianismo que mais influenciaram o pensamento ocidental, devido suas diretas relações com práticas de saber/poder institucionalizadas pelo Estado. Entretanto, e ainda que não venhamos a nos debruçar sobre esta questão neste estudo, percebemos outras possibilidades de compreensão do pensamento cristão, principalmente a partir de fragmentos diretamente relacionados às idéias originais de Cristo.

outros e da *polis*) em sua dimensão ética e política. Se recorrermos às discussões já pontuadas neste trabalho, com referência ao cenário epistemológico da modernidade, bem como ao atual panorama do mundo pós-moderno na contemporaneidade, temos por concordar com a afirmação de que o individualismo e egoísmo que se instalam como elementos balizadores das relações humanas em nossos dias, terminam por gerar um cenário de crise no âmbito das vivências cotidianas dos sujeitos. Diversas conseqüências já começam a ser vistas por meio das explosões de fenômenos sociais e políticos aterradores, cujas repercussões são impossíveis de ser dimensionadas com precisão em toda sua extensão e gravidade.

Esse quadro provocou, durante a história, o surgimento de diversas ações na direção de uma reformulação no sentido e na ética do cuidado.

Durante o percurso histórico, buscaram-se diversas saídas para este cenário de precariedade de cuidado que ora passara a se observar, via três caminhos possíveis: o cientificismo, que se mostrou insuficiente em resolver os problemas do homem, quando não, provocou outros tantos problemas que põem em perigo a própria raça humana; o “complexo de Deus”, ou uma tentativa de renovação do teocentrismo medieval, aliado a uma mercantilização da religião; por fim, o “realismo materialista” que é compreendido como a inevitabilidade das coisas e das situações, levando ao homem viver sua dimensão material sem levar em consideração outras, como por exemplo: espiritual. Em todos estes caminhos o fracasso se fez presente alertando cada vez mais para a condição de fragilidade do humano e necessidade do cuidado.

(LIMA, 2000, p. 28)

Já no século XX, Martin Heidegger, filósofo alemão, a partir de uma crítica àquilo que denomina de pensamento metafísico ocidental, propõe uma enunciação da noção de cuidado a partir de uma visão ontológica. É o cuidado instituído enquanto condição humana. Ou seja, no pensamento heideggeriano, o cuidado ocupa um lugar central na trama existencial do humano, sendo, neste sentido, um aspecto constitutivo do ser da existência. Percebe-se, então, uma mudança do objeto de cuidado, numa espécie de redirecionamento de valores, migrando de uma compreensão de cuidado enquanto algo que se tem para o cuidado enquanto algo que se é. Para este autor, o homem é, na verdade, um ser-no-mundo enquanto cuidado.

Sendo assim, cuidado é muito mais do que uma simples eficácia de gestão. É um acordar para a vida, enquanto tarefa existencial enigmática.

Discorrer acerca destas questões, tendo como ponto-de-partida o campo da saúde pública, assume caráter de dupla importância. O profissional de saúde, em sua condição de ser-no-mundo, é duplamente implicado na tarefa de cuidar, visto que, além do caráter ontológico e existencial, possui implicado em seu ofício institucionalizado, o cuidar de outros como tarefa. Embora, em alguns momentos tenhamos feito referência ao termo *profissionais do cuidado*, como via de exemplificação e delimitação de algumas categorias profissionais, conforme sugere a literatura, temos por compreensão que este – o cuidado - não é um atributo exclusivo de determinadas categorias profissionais, antes perpassa todas nossas relações com os outros, conosco e com o mundo. Falar em humano é necessariamente falar em cuidado. Dada nossa condição, somos todos, ao mesmo tempo e em todo o tempo, cuidadores e carentes de cuidado.

Uma outra questão se apresenta: estes profissionais, dentre tantos outros, compreendem uma parcela da população permanentemente identificada como tendo no cuidar o seu fazer de ofício. Tal rotulação pode, muitas vezes, nos remeter a uma dicotomização do fazer humano, tendo em vista que, ao se institucionalizar e se delegar a alguém uma determinada tarefa, como específica, corre-se o risco da perda do senso de responsabilidade coletiva, de modo que, *apenas alguns e não mais todos*, se percebem responsáveis por aquilo que fora delegado. Desta feita, algo que pertencia à ordem da condição de todo ser-humano, passa a se constituir como uma atribuição quase que exclusiva desta ou daquela categoria profissional.

Tal quadro se exacerba, principalmente, quando nos referimos à ideologia produtivista industrial e capitalista, na qual a fragmentação do fazer de ofício, agora enquanto trabalho formal, baliza as relações e os modos de se apresentar diante das questões que

outrora eram compreendidas como coletivas e de interesse comum a toda a *polis*. Somam-se a isto, as questões já discutidas anteriormente nesta dissertação, com respeito ao caráter de exclusão via diferenciação, de modo a delimitar-se, em categorias distintas e específicas, aqueles que são imbuídos de cuidar e aqueles que simplesmente esperam para ser cuidados.

Neste contexto, o que se percebe são vivências de profissionais que se vêm achatados entre a tarefa que lhe é demandada - de cuidar quase que com exclusividade de todos - e a falta de um compartilhamento da compreensão de sua condição e direito de também serem cuidados. Perdido o sentido de tarefa existencial a ser compartilhada por todos, terminam por se estabelecer movimentos de reivindicação por cuidado e atenção, muitas vezes limitados aos aspectos formais do exercício profissional, o que, indiretamente, pode reforçar a noção de *cuidar para melhor explorar*, no sentido de “precisamos estar preparados para podermos sofrer mais”.

Não que estes aspectos formais do trabalho não constituam elementos importantes no cenário de sofrimento e des-cuidado dos trabalhadores, que precisam ser considerados. Entretanto, em boa parte das vezes, esta compreensão de busca por cuidado se limita, basicamente, a estes aspectos, voltando o cuidado a ser visto, simplesmente, como algo que se tem e que pode, ou não, ser oferecido ao outro. O cuidado assume o lugar de moeda, num movimento explícito de barganha compartilhada entre trabalhadores e instituições.

Foi a partir destas questões que, ao nos depararmos com o pensamento heideggeriano, vislumbramos a possibilidade de tecer uma compreensão que buscasse resgatar o sentido de se cuidar do cuidador, não como mera prática organizacional ou de gestão, mas, sobretudo, como tarefa compartilhada, que ao mesmo tempo se remete à esfera do público/coletivo e do privado/individual, do ético e do político. Trata-se de assumir o cuidado como aspecto existencial mais amplo, que embora perpassasse, em todo momento, os aspectos formais do trabalho, não podem se resumir apenas a estes.

Partimos de uma compreensão de que *sendo, somos-no-mundo, lançados numa facticidade, presos a uma existência em busca por sentido, sendo-com-outros* e cuja tarefa existencial se constitui num certo *inclinarse para em direção a um pro-jecto*, enquanto *modo mais próprio de ser*. Dito de outro modo, ao existir, o ser-no-mundo terá que cuidar-de-si-junto-aos-outros, cuidando-os.

Recorrendo às questões que nos remeteram originalmente a este tema, de pronto, nos damos conta de que, ao partirmos em busca de um sentido possível para se cuidar do cuidador, tomamos como solo vivências e depoimentos que nos remetiam ao sofrimento de cuidadores/profissionais de cuidado, como sinalização da necessidade de discutirmos o cuidar de cuidadores no âmbito das ações de saúde. A medida em que caminhamos em direção ao cuidado, como meio de explicitação de possibilidades para o desenvolvimento de intervenções, práticas e políticas voltadas ao trabalhador de saúde, nos vemos convidados a um debruçar sobre o tema da angústia, como aspecto fundante da experiência e da constituição do ser. O caminho agora é inverso. Se partimos do sofrimento no anseio de nos depararmos com o cuidado, talvez movidos pelo desejo de superação da dor, somos agora convidados por este – o cuidado – a nos aproximarmos da angústia – um sofrer de outro modo – como via de apropriação do sentido de um modo próprio de ser-no-mundo.

Curioso... entretanto, é assim que temos aprendido, de algum modo, a pesquisar fenomenologicamente em clínica. Sem roteiros definitivos, aceitamos o convite e partimos em busca de uma aproximação com uma dimensão, muitas vezes ignorada e/ou subdimensionada, em seu sentido existencial, no âmbito da clínica psicológica: é a angústia que se apresenta a nós durante esta caminhada.

Ao mesmo tempo em que pode ser vista como mobilizadora e fonte de promoção de mudanças, a angústia assume por vezes, no âmbito da clínica, o caráter de algo a ser

eliminado, seja por meio de intervenções alienantes seja por meio do uso indiscriminado de medicações e técnicas comportamentais, tendo em vista seu controle.

Para Heidegger (2002), diferentemente de um mal a ser extirpado, a angústia se caracteriza como disposição ontológica privilegiada em vistas a possibilidade de um vir-a-ser-próprio. Segundo Lima (2000), além de uma disposição ontológica a angústia se configura também como uma espécie de farol, que nos possibilita refletirmos acerca do tipo de cultura e do modo de vida que está por se construir. Cuidado e angústia passam a se configurar enquanto elementos indissociáveis no processo de compreensão da trama existencial.

Segundo Boff (1999), o termo cuidado pode ser compreendido como uma derivação da palavra latina *cura*. Rocha (2000), explicita que na obra de Heidegger³⁶, ao se referir ao mito do cuidado criado por Hygino, a palavra *cura* é traduzida como cuidado, mas, que neste, sempre há uma dimensão de preocupação e angústia.

No texto de Heidegger, a palavra latina “cura” é traduzida por *Sorge* e não por *Angst*. Mas, na sua analítica existencial, os dois termos *Sorge* e *Angst*, apesar de suas nuances próprias, completam-se e, mutuamente, se implicam. De fato, podemos dizer, utilizando as próprias palavras de Heidegger, que “em sua essência, o ser no mundo é cura” e que “a angústia, como disposição fundamental, pertence à constituição essencial da presença como ser-no-mundo”. Cura, cuidado e angústia, portanto, fazem parte da constituição essencial do ser-aí como ser no mundo.

(ROCHA, 2000, p. 159 – Grifos do autor)

É importante destacar que, em Heidegger (2002), ocorre uma diferenciação entre os conceitos de angústia e medo. Enquanto a angústia se constitui como uma disposição fundamental pertencente à constituição do *dasein* (ser-aí) como ser-no-mundo e ser-para-a-morte em contato com sua finitude, os medos constituem defesas contra a esta angústia fundamental, por meio da referência a objetos intra-mundanos, no âmbito da publicidade.

³⁶ Referindo a HEIDEGGER, M. *Ser e Tempo*, 8ª edição, Petrópolis: Vozes, 1999.

Ocorre, portanto, uma diferença básica entre o *com quê que a angústia se angustia* e o *com quê que o temor teme* (p. 250).

Diferentemente do medo, o objeto da angústia não é intra-mundano. *O homem se angustia com o ser-no-mundo como tal* (p. 249). O *com quê* da angústia é altamente indeterminado e não se refere a um fato específico. A angústia é existencial. “*O que caracteriza o referente da angústia é o fato de o ameaçador não se encontrar em lugar nenhum. Ela não sabe o que é aquilo com que ela se angustia*” (p. 250). Por não estar situada objetivamente em algum lugar, não quer dizer que não exista, pelo contrário, encontra-se na região da abertura para o mundo. Assim, mesmo não estando em lugar algum, pode-se dizer que está, ao mesmo tempo em todo o lugar. Dito de outro modo, a angústia se angustia com a própria condição de ser-no-mundo e com o caráter mobilizador de estar lançado no nada em via de *poder ser*, perpassando todos os momentos e atitudes do *ser aí (Dasein)*.

Enquanto disposição, a angústia constitui um modo fundamental de ser-no-mundo, na medida em que retira o sujeito da cotidianidade mediana e o põe em contato com sua condição de ser-para-a-morte, num sentimento de estranheza por não sentir-se em casa, demandando-lhe a disposição para levar adiante sua própria existência.

A angústia revela o ser para o poder-ser mais próprio, ou seja, o *ser-livre para* a liberdade de assumir e escolher a si mesmo(...) O *dasein*, como ser-no-mundo entrega-se, ao mesmo tempo, à responsabilidade desse ser.

(HEIDEGGER, 2002, p. 252 – Grifos do autor)

Sendo assim, a angústia compreende uma possibilidade de uma abertura privilegiada, na medida em que põe ao *Dasein* sua singularização e possibilidade de escolha por ser própria ou impropriamente.

A partir desta compreensão do caráter existencial fundamental da angústia, o cuidado não poderia significar simplesmente uma atitude especial para consigo mesmo, pois essa

atitude já é ontologicamente caracterizada. Para Heidegger (2002, p. 258), “*toda tentativa de reconstrução ou recondução do fenômeno da cura a atos ou impulsos particulares tais como querer ou desejar, propensão ou tendência converte-se em fracasso*”, pois a *cura*, do ponto de vista existencial, se acha *a priori*, antes de toda atitude e situação do *dasein*, o que significa que ela se acha em toda atitude e situação de fato.

De acordo com Almeida (1999), a partir da perspectiva fenomenológica existencial de Heidegger, o cuidado pode ser compreendido como estrutura e agir do ser-no-mundo. Estrutura, na medida que se põe como dimensão fundamental que ontologicamente possibilita o homem lidar com sua condição de estar-lançado-no-mundo; ação, reportando-se a toda possibilidade de realização humana, no sentido de dar conta de seu ser-no-mundo-com-outros:

“O cuidar enquanto agir perfaz a possibilidade do cuidar enquanto origem”.
(ALMEIDA, 1999, p. 59)

Nesta perspectiva, ao partirmos em busca de uma outra compreensão acerca do modo de se constituir no mundo enquanto angústia e cuidado, assumimos a possibilidade de que se promovam releituras acerca das práticas profissionais dos cuidadores no âmbito da saúde, de modo que possamos vislumbrar outros sentidos possíveis na direção do cuidado dos cuidadores, enquanto atitude ética e política.

Me pergunto: Como, portanto, se cuidar dos cuidadores?

Neste instante da trajetória, percebo que o cuidar do cuidador passa a se configurar um fenômeno amplo, multifacetado, e possível de ser interpretado a partir de diversos lugares e olhares. O cuidado, enquanto tarefa existencial, precisa ser manifestado em todos os âmbitos da vida e das relações para consigo, para com os outros, para com o mundo. Reforça-se a compreensão de que é cuidado - e cuidando - que somos. Deste modo, esta atitude de ocupação e pré-ocupação, precisa irradiar às diversas manifestações do fazer humano, tal

como pontua Arendt (2001), nas esferas do labor, do trabalho e da ação; do público e do privado.

Passo a pensar em cuidado do cuidador sob diversos aspectos. Enquanto uma possibilidade de intervenção institucional, ao mesmo tempo em que uma atitude de cuidado de si por parte do profissional de saúde. Além disto, diretamente ligado e impossível de ser compreendido fora destes aspectos, vejo no cuidar-de-si-cuidando-dos-outros, uma possibilidade de manifestação ética e política, onde cada um, dentro de suas possibilidades, passe a assumir o destino de si, do seu próximo e de seu mundo como tarefa compartilhada.

Hannah Arendt (op.cit), apresenta a ação, enquanto dimensão da vida ativa, configurando na manifestação pública daquilo que só se pode fazer junto a, no coletivo, no com-partilhar. É por meio da ação que se põe movimento às coisas.

Agir, no sentido mais geral do termo, significa tomar iniciativa, iniciar (como o indica a palavra grega *archein*, «começar», «ser o primeiro» e, em alguns casos, «governar», imprimir movimento a alguma coisa (que é o significado original do tremo latino *agere*)).

(ARENDR, 2001, p. 190 – Grifos do autor)

É de uma ação política, que, longe do viés partidário vergonhoso, inescrupuloso e distorcido que comumente presenciamos em nossa sociedade, diz de um posicionar-se frente à vida, numa atitude de busca pela construção de um mundo mais justo. Sonho...??? Utopia...??? Talvez!!! Mas, conforme destaca Boff (1999, p. 81-82), acredito que não se possa viver sem utopias.

O que constatamos é que o ser humano e a sociedade não podem viver sem uma utopia. Quer dizer, não podem deixar de projetar seus melhores sonhos nem desistir de buscá-los dia após dia. Se não houvesse utopias, imperariam os interesses menores. Todos se chafurdariam no pântano de uma história sem esperança porque sempre dominada pelos mais fortes. (...) a utopia, ao contrário, destila sempre novas perspectivas e funda continuamente mil razões para lutar e buscar formas melhores de convivência.

É de sonhos, muitas vezes, de loucos sonhos, que nascem projetos e atitudes que contribuem para a transformação de um quadro posto, como irreversível e fadado ao marasmo. Diferentemente do conformismo que nos deparamos em nossa sociedade, fruto de uma série de sofrimentos que se prolongam e se impõe como condições únicas e inexoráveis de modo de viver, precisamos assumir uma atitude ética frente àquilo que bate a nossa porta. Isto é ser livre. Longe de qualquer concepção de onipotência, fica-nos de alguma maneira a possibilidade de darmos a nossa contribuição, na medida em que nos assumimos na possibilidade de uma atitude de dizermos sim ou dizermos não!!!

Nos reportamos a Merleau-Ponty (1971), a fim de expressar parte daquilo que passa a balizar esta compreensão de uma possibilidade de ser-no-mundo-propriadamente:

Temos em mãos nossa sorte, tornamo-nos responsáveis por nossa história por meio da reflexão, mas também por uma decisão em que engajamos nossa vida e, nos dois casos, trata-se de um ato violento que se verifica ao se exercer. (MERLEAU-PONTY, 1971, p. 18)

Ao retomarmos as questões, vislumbramos a possibilidade de um fazer pesquisa que se constitua enquanto modo de intervenção, acolhimento e cuidado, como condição de possibilidade para a emergência de um modo mais próprio de ser-no-mundo. Desta feita, partimos para o contato com nossos depoentes/interlocutores. Buscamos uma escuta e um acolhimento dos depoimentos, que se configure enquanto via de expressão da angústia. Nos aproximarmos dos nossos pares, cuidadores/profissionais de saúde mental. Mais do que um entrevistar, este momento configura-se enquanto possibilidade de cuidar de si, de nós e do nosso fazer, em via de propiciar a busca por um modo ético e político de fazer saúde, como nosso ofício e nossa paixão.

É acerca do caminho que se mostra na medida em que caminhamos, que passamos a dissertar.

4. O DIZER DE UM MÉTODO.

A verdadeira filosofia reaprende a ver o mundo e, neste sentido, uma história contada pode significar o mundo com tanta 'profundidade' quanto um tratado de filosofia.

Merleau-Ponty³⁷

Um caminho que se constrói na medida em que se caminha...

Neste instante da trajetória, talvez esta seja a expressão que melhor resume minha compreensão acerca do pesquisar em clínica fenomenológica existencial. Trata-se, na verdade, de uma dis-posição que, ao mesmo tempo em que sintetiza um percurso, também se constitui num elo de aproximação e apaixonamento por uma atitude e por um modo de se portar no mundo, não só ao pesquisar, mas sobretudo ao existir. Aliás, penso que esta sim compreenda a descoberta de maior significação em todo meu percurso: a fenomenologia existencial engendrando-se como indicativo de uma possibilidade outra de ser-no-mundo-com-outros.

É possível que soe com estranheza o fato de iniciarmos um capítulo de um trabalho científico, voltado a discutir metodologia de pesquisa, falando de encantamento e paixão: coisas que, costumeiramente, parecem dizer respeito apenas à linguagem do senso comum ou ao âmbito da poesia, literatura e da arte, pouco remetendo à pesquisa, conhecimento formal e, sobretudo, metodologia científica.

Arte... Poesia... Paixão... Criação... *Poieses*...

Talvez seja isto... Uma aproximação do fazer artístico, como via de expressão de experiência e produção de sentido.

E a técnica? E o rigor científico? Como se põem estas questões em meio a este modo de ser/pesquisar?

³⁷ MERLEAU-PONTY, M. **Fenomenologia da Percepção**, Rio de Janeiro: Livraria Freitas Bastos, 1971, p. 18.

Costumeiramente, estes são alguns dos aspectos mais enfatizados e discutidos ao se refletir acerca de metodologia científica e sua aplicabilidade no campo da pesquisa. Partindo de uma reflexão crítica, assim como o fizemos ao discutir o uso moderno da técnica³⁸, podemos questionar, não apenas a aplicabilidade de modelos e padrões rígidos e pré-fabricados, mas sobretudo seu papel de validador único da produção científica, o qual, a partir de determinações metodológicas se põe, de um certo modo, como “verdadeiro” juiz do saber.

Ao tecermos tais observações, faz-se necessário enfatizar que não buscamos fazer apologia, em momento algum, a uma produção científica irresponsável, inconseqüente e distante de qualquer comprometimento ético frente à produção do conhecimento. Ao contrário, pretendemos apenas destacar a possibilidade, conforme pontua Critelli (1996, p. 26), de que o instrumental - que sob a falsa suposição de garantia ante ao encontro daquilo que se busca, do modo como se busca, subordina o investigador a sua tutela “*sob a compreensão e a institucionalização moderna da investigação*” - passe a ocupar lugar secundário no processo investigativo, sendo compreendido como um recurso provisório, possível até, de não se prestar à utilização por duas vezes frente a um mesmo fenômeno. Mais uma vez, recorremos a Heidegger (1959, p. 74), que ao discutir a questão da técnica indicamos que esta, originariamente, “*não é somente o nome para o fazer e poder manual, mas também, para as artes superiores e belas artes. A techné pertence ao produzir, à poieses; é algo poético.*”

Aliás, pergunto-me: Existe algo mais poético do que a própria experiência do existir? Existe arte mais bela, do que a aproximação entre homens em via de *com-partilhar* o vivido, no exercício do *cuidar de ser* como tarefa primordial?

Penso que não. E, neste sentido, o pesquisar do qual tratamos passa a ocupar sua dimensão originária de *per seguir*, enquanto *seguir por*. *Per seguir* o que se mostra em seu

³⁸ Ver capítulo 3.4.

modo de se mostrar. Não violentamente, *a fórceps*, por meio de intervenções agressivas e de controle. Mas, num movimento suave de acompanhar a musicalidade, o ritmo, a rima e o compasso, no *com-passo* daquilo que nos convida, enquanto fenômeno, a acompanhá-lo na marcha de seu mostrar.

Neste contexto último, falar de técnica nos remete à produção viva de sentido, ao mesmo tempo em que, por rigor, não se compreende engessamento e rigidez que limita, mas ética, respeito e morada que abriga, protege e oferece possibilidades outras de abertura e ampliação.

Pesquisar fenomenologicamente é, de algum modo, destituir-se da segurança, do predomínio absoluto da razão e aceitar o convite, para junto ao fenômeno, tecer, construir, elaborar e criar outras formas possíveis de expressar, de significar, de compreender e de dar-se de si. Dar, este, que se constitui em via de mão dupla, onde pesquisador e pesquisado, em algum instante, encontram-se tão próximos, que dificilmente se pode definir com precisão quem é um e quem é o outro. Afetam-se mutuamente. Cuidam de suas existências. Aprendem que, no entre-homens, é que se constrói sentido. E, de algum modo, mesmo a partir de suas singularidades, exercem a sua condição universal: cuidar-de-si-cuidando-do-outro.

Ao levantar uma questão, sou tomado pelo desejo de buscar compreender aquilo que, de algum modo, me afeta, me mobiliza e me constrange em busca de sentido. Ao partir em busca deste sentido, me disponibilizo a perceber-me mestiço, estrangeiro, viajante. Convido o outro a *com-partilhar* da minha inquietação. Sou convidado por ele a *com-partilhar* da sua experiência. Experiência que, aliás, num certo momento não é mais dele... muito menos minha... É nossa... do *entre-nós*, do privado e do público, do individual e do coletivo, do singular e do universal, enfim, do humano.

Ao me aproximar do pensamento fenomenológico, via-me em busca de interlocutores, que, no âmbito do conhecimento científico, permitissem um posicionamento

frente às questões que me mobilizavam, de modo a ampliar a compreensão dos fenômenos para os quais buscava sentido, ao invés de trancafiá-los em hipóteses e categorias fechadas e pré-estabelecidas. Encontrava-me tomado pelo anseio de uma prática científica que, ao invés de engessar, a partir de intervenções frias e descontextualizadas, possibilitasse o surgimento de diferentes manifestações a partir da flexibilidade implícita ao movimento do acontecer.

4.1. O porquê da fenomenologia existencial.

Conforme já expressado anteriormente, a fenomenologia se insere em minha trajetória, pessoal e profissional, na medida em que conceitos absolutos e pautados em representações abstratas deixavam de dar conta ou de fazer sentido frente às inquietações, que emergiam de uma prática clínica marcada pela confrontação com a diferença e esgotamento dos pressupostos tradicionais dos quais dispunha.

Percebia que, de alguma maneira, a vivência complexa dos sujeitos da contemporaneidade, própria de um momento histórico-social marcado por sentimentos extremos de desenraizamento, mal-estar e absoluta falta de certezas, constituía-se, dentre tantas outras coisas, como indicativo de uma verdadeira insuficiência dos pressupostos científicos modernos em acolher o fenômeno humano e suas peculiaridades. Ao tentar conhecer e controlar todas as manifestações humanas, a ciência moderna termina por amplificar um sentimento de desamparo coletivo, visto que, aquilo que não se pode encaixar nos tradicionais moldes do saber, é excluído, como que estando à margem da curva da normalidade, correspondendo, muitas vezes, a uma manifestação de menor valia. Tais posicionamentos culminam na promoção de um sentimento de não-pertença, uma vez que, ao invés de se buscar uma escuta ética que acolha estas inúmeras possibilidades de manifestação, busca-se, ao contrário, negá-las e enquadrá-las sob o viés de rótulos reducionistas.

Este panorama de inquietação culmina na produção de uma angústia, que, conforme pontua Dulce Critelli (1996), a metafísica se esforça em superar/negar, justificando-a e diminuindo-a como se tratando de sentimentos equívocos e desvios acidentais ante o projeto racionalista da Modernidade, passíveis de controle e intervenção. Ao mesmo tempo em que é compreendida como expurgo do cientificismo tradicional, a angústia ocupa espaço central na compreensão fenomenológica, pois, conforme explicita Heidegger (2002), além de fundante e constitutiva, é inerente e própria à condição humana.

Neste movimento, ainda durante a graduação, nos aproximamos da Fenomenologia Hursserliana, que diz de um método que compreende o mundo como prévio a qualquer reflexão, tendo como ênfase à descrição, ao invés da explicação e análise. Segundo suas postulações, o mundo percebido é prévio ao mundo elaborado, sendo, portanto, pré-reflexivo, anterior a qualquer tematização que se possa fazer dele. Sendo assim e sob esta perspectiva, o conhecimento científico não poderia ocupar um status de superioridade frente ao conhecimento factual/tácito, uma vez que só se reflete e se faz ciência, a partir de uma experiência pessoal com o mundo, sem a qual os símbolos da ciência nada significariam.

Refletir sobre estas questões implicou na formação de um questionamento epistemológico, que pôs em xeque a concepção de verdade científica absoluta, interiorizada, neutra e passível de controle e determinação. O homem, para a Fenomenologia, perde o status de “homem interior”, passando a ser compreendido enquanto ser no mundo, a partir do qual – mundo factível – é que se pode pensar sobre ele. Tais questões apontavam em minha trajetória para um resgate da “humanidade do homem”, ou seja, da construção de significações a partir das relações que este ente homem estabelece consigo, com o mundo e com os outros. Conforme argumenta Merleau-Ponty (1971, p. 05), o homem, para a fenomenologia, é um

(...) ‘homem mundano’, para quem a fenomenologia é uma filosofia que substitui as essências na existência e não pensa que se possa compreender o homem e o mundo de outra forma, senão, a partir de sua facticidade.

A possibilidade de construção de um saber científico que não ignorasse questões, ao meu ver, primordiais, como a facticidade da existência, a alteridade, a mundaneidade, a angústia, o cuidado, a finitude, dentre outros, levava-me a perceber, na fenomenologia, um vasto campo para a construção de novos paradigmas, menos essencialistas e mais essenciais (necessários) à compreensão e cuidado deste humano.

Entretanto, na medida em que se intensificava esta aproximação, surgiam-me alguns outros questionamentos, aos quais, num outro momento, pude encontrar ressonância nas postulações de alguns outros autores, tais como Heidegger (1959, 1999, 2002), Critelli (1996), Morato (1989, 1999).

Dentre tantas questões que ora se apresentavam, me inquietava a sensação de que, ao desenvolver uma filosofia que buscasse o *retorno às coisas mesmas*, que *compreendesse o mundo como prévio*, e que, baseando-se na premissa da *epoché*, defendesse a *necessidade de uma compreensão do fenômeno a partir da ausência de qualquer pressuposto*, numa espécie de *eliminação (ou suspensão absoluta) da experiência pregressa no momento em que se observa*, o pensamento hursserliano parecia se contrapor, de algum modo, àquilo que eu compreendia como fundamental numa atitude clínica em pesquisa: a afirmação da indissociabilidade homem-mundo, bem como da implicabilidade do olhar na observação/compreensão de qualquer fenômeno. Embora compreendesse o salto que a Fenomenologia Hursserliana representava no âmbito de um posicionamento ante o pensamento científico tradicional, percebia que sua preocupação com a exatidão e o rigor, terminava por lhe conceder, de algum modo, um viés ainda idealista, frente ao qual estava buscando outras alternativas de compreensão científica.

Neste instante, o contato com o pensamento heideggeriano, em todas suas postulações anteriormente já apresentadas, apontava-me enquanto possibilidade de uma atitude fenomenológica arraigada na existência, que reafirmasse a relação homem-mundo,

como indissociável, de modo que um fosse impossível de ser concebido fora ou distante do outro. Dito de outro modo, o mundo não mais visto como uma realidade objetiva independente e o homem, que, ao existir, só se faz possível sendo-no-mundo.

Esta compreensão se apresentava a mim como uma alternativa possível frente a todo processo de dicotomização promovido pelo pensamento científico moderno, trazendo para o *locus* da produção do conhecimento, a re-ligação de temas existenciais, os quais buscava eu unir nos âmbitos da pesquisa e da clínica. Deste modo, passei a transitar no âmbito da *Fenomenologia Existencial*, a qual tem me acompanhado em todo este percurso.

Nas premissas desta outra fenomenologia (CABRAL, 2004), pude encontrar terreno fértil para desenvolver um modo de pesquisar clínico não-frio, estanque ou estagnado, mas que, situado na historicidade, pusesse as questões em movimento em direção à emergência de compreensões diversas daquelas já esgotadas pela categorização científica tradicional e positivista. Do mesmo modo, vislumbrava a possibilidade de um fazer científico que não consistisse na artificialidade do *pensar sobre*, destituído de qualquer implicação, de modo a forçar uma cisão, muitas vezes, irreconciliável, entre o eu-clínico, ativo e presente, e o eu-pesquisador, frio e *meta-físico*.

4.2. A Fenomenologia Existencial: acerca de um modo/estilo de ser/pesquisar.

Dulce Critelli (1996, p.11) afirma que antes de qualquer consideração, a fenomenologia existencial³⁹ traz, embutida em suas formulações, a discussão de duas questões filosóficas basilares, a saber, o *ser* e a *verdade*. Neste sentido, segundo a autora, qualquer

³⁹ Embora, no texto original a autora utilize apenas o termo fenomenologia, ao introduzir o livro afirma: “*Por me embasar neste estudo especialmente no pensamento de Martin Heidegger e Hannah Arendt, o mais correto seria referir-me à Fenomenologia Existencial ou mesmo à Filosofia da Existência (segundo a indicação da própria Arendt) e não usar genericamente a expressão Fenomenologia, mais pertinente ao pensamento de Husserl.*” (CRITELLI, 1996, p. 09). Desta feita, optaremos pela referência ao termo Fenomenologia Existencial, conforme vimos adotando no restante do trabalho, por dizer, com maior propriedade daquilo que objetivamos expressar.

reflexão acerca de suas postulações precisa, necessariamente, ter por pano-de-fundo o “*problema da perspectiva*”, uma vez que, só a partir da compreensão da noção de provisoriedade, mutabilidade e relatividade da verdade, no que tange aos fenômenos relacionados ao humano, é que se pode estar aberto à possibilidade da emergência de outros sentidos à construção do pensamento científico.

Sendo assim, a autora nos aponta na direção de que investigar, em Fenomenologia Existencial, não se resume a ascender a uma verdade já pronta, una e absoluta, a partir de um conjunto de procedimentos previamente estabelecidos, pois isto corresponderia apenas a um atestado da supremacia da metafísica. Ao contrário, diz respeito ao ato de colocar uma pergunta em andamento, surpreender-se com o achado, descentrar-se com o inesperado, em busca de *um sentido possível*, logo fluido e relativizado pela historicidade e olhar do observador. Mais interessado em como as coisas se apresentam do que naquilo que essencialmente são, o método fenomenológico parte da consideração do constante movimento de desvelamento-ocultação, como espaço privilegiado para a manifestação fenomenal.

Lima (2000) destaca que o maior desafio da metodologia fenomenológica será sempre o lidar com a própria experiência da pesquisa, constituindo-se esta uma questão fundamental no processo da construção de sentido. Uma vez que o método nasce a partir da própria questão que se almeja investigar, não sendo determinado por quaisquer recursos técnico-operacionais prévios, a pesquisa fenomenológica requer disposição e flexibilidade, por parte do pesquisador, para acompanhar o ritmo e o modo pelo qual o fenômeno há de se desvelar.

Cabe ao pesquisador estar apropriado, conforme pontua Critelli (op.cit., p.30), do fato de que, numa investigação de orientação fenomenológica, possivelmente, há de se chegar a resultados diversos daqueles buscados por uma investigação de orientação e postura metafísica, visto que, enquanto a metafísica procurará o em si, o conceito/representação e a

substância, a fenomenologia existencial irá atrás do *movimento de vir-a-ser*, sem qualquer comprometimento na obtenção da verdade, enquanto, *veritas*.

A postura fenomenológica busca pela superação da dicotomia entre essência/ser e aparência, defendendo, portanto, haver uma coincidência entre estes dois aspectos.

Ser só pode ser compreendido se apreendido, percebido, revelado, no horizonte e na ordem existencial. Na existência e através da existência é que as coisas são e chegam a ser o que são e como são.

(CRITELLI, 1996, p. 51, 52)

Neste sentido, merece destaque o fato de que se faz de vital importância a busca pelo fenômeno em seu *modo mesmo de se mostrar*, ou seja, deve-se poder “*interrogar o ente sem retirá-lo de seu movimento fenomênico*” (idem, p. 53). Por fenômeno, então, deverá ser compreendido o próprio ente mostrando-se na sua naturalidade. Supera-se, então, a busca pelo controle das variáveis intervenientes, as quais, sob a alegação do risco da falseabilidade de um fenômeno devido interferências do meio que o distanciam da sua essência, se constituem um desafio e, por vezes, um comprometimento dos resultados da pesquisa de orientação metafísica. Dito de outro modo, na perspectiva que adotamos, qualquer que seja a manifestação, independente das condições e dos modos em que se mostre, estará por dizer de uma possibilidade de mostração fenomenal, que precisa ser considerada em sua singularidade. Além disso, um fenômeno poderá manifestar-se de diferentes modos, a diferentes olhares e em diferentes condições, de tal modo que, além do cenário situacional, se estabelece uma direta relação entre aquilo que é percebido com o olhar de quem percebe.

Tais questões nos remetem ao fato de que é inevitável a implicação do pesquisador naquilo que pesquisa. Ao olhar, o sujeito olha de um lugar e de um modo que lhe são próprios, a partir de uma série de elementos que o constituem em sua historicidade. Não há, portanto, para este modo de compreensão, olhar neutro ou puro, nem, muito menos, fenômeno em si mesmo, que, blindado contra qualquer influência e alheio a qualquer interpretação,

consERVE sua “pureza” essencial. Sempre que olho, olho atravessado por mim mesmo, por minhas expectativas ante aquilo que olho, bem como, cercado por um contexto e preso às minhas possibilidades, as quais, muitas vezes, parecem sinalizar im-possibilidades, de olhar, perceber e compreender. Desta feita, podemos dizer que não há neutralidade científica que se sustente para a fenomenologia existencial, visto que todos, ser/ente/outro/mundo, só existem e subsistem em mútua afetação e no movimento de ser-uns-com-os-outros. Conclui-se que *ser-com* e *ser-afetado-por* não nos é opção. É condição!

Para Cabral (2004), é o olhar humano que estrutura a trama da manifestação fenomenal e, sobre este olhar, Critelli (1996, p. 67) nos afirma que não se pode ignorar a sua condição de *pluralidade*.

Nenhum olhar é meramente individual, ainda que seja sempre o indivíduo quem vê. O indivíduo não é um ser isolado, mas coexiste. A coexistência é o fundamento de toda possibilidade humana de *compreender* e de todas as suas formas expressas de *conhecer*, de referir-se a que é, inclusive a si mesmo. A coexistência é a condição ontológica do homem.

Singularidade e universalidade: eis outra dicotomia em via de desconstrução. Distante de se constituírem situações diversas e antagônicas, o singular no plural e o plural no singular, diz-nos de um constante movimento de mostrar-se no co-existir. Aquilo que se presentifica numa singularidade que me afeta, trata-se, de algum modo, de uma universalidade que se singulariza como forma de expressão do universal de uma condição que me é própria. Ao partir em busca de depoimentos/relatos de experiência de um sujeito singular, remeto-me a uma aproximação de algo, que, sendo da ordem da condição humana, de alguma maneira, diz de mim, diz de nós. Não se trata de um generalizar, que ao agrupar e categorizar em classes e conceitos específicos, dilui o “único” na massa do “todo”, perdendo-se a referência da especificidade. Mas também, não se trata de um não reconhecimento de que, mesmo a

partir de nossos modos específicos de ser, é-nos, por condição, sermos semelhantes, lançados no mundo, tendo como tarefa existencial, singular-e-universal, o cuidar de ser.

Somos produtores de sentido e não alheios expectadores de um jogo de cartas marcadas. Embora lançados na *facticidade*, temos por tarefa a nossa existência e, qualquer posicionamento que tomemos, mesmo que este diga de um mero assistir/observar o existir acontecer, trata-se de uma escolha, da qual não podemos nos eximir de assumir sua responsabilidade. Sempre estamos implicados!

É nesta trama existencial que o humano se constitui. *Sendo*, é constantemente convidado a assumir seu *vir-a-ser*, a cuidar de seu existir. Uma vez que nos dispomos a buscar compreender como profissionais de saúde mental se compreendem nesta tarefa de cuidar-de-si-cuidando-de-outros, não apenas enquanto condição, mas também enquanto ofício institucionalizado, nada mais próprio do que lhes escutar contar da sua experiência e acompanhar-lhes neste movimento de busca por um sentido possível para seu fazer.

É neste contexto que se apresentam as reflexões propostas por Walter Benjamin (1985) acerca da narrativa como via de apreensão de experiência, por meio de depoimentos de sujeitos/interlocutores, que ao narrar suas vidas, com-partilham de seu existir, como estratégia de construção de um *viver-com* mais próprio.

A narrativa diz de um testemunhar de si. Constitui-se num movimento complexo de idas e vindas, no qual o narrador constrói o que conta, ao transitar entre sua própria experiência e aquela relatada pelos outros de quem também ouviu. Do mesmo modo, ao narrar, transmite, se mostra e convida o novo ouvinte a também inserir-se na trama, incorporando o ouvido/narrado à sua própria trajetória.

A matéria-prima do narrador é a experiência e seu produto, a narrativa. Ele não está interessado em “*transmitir o ‘puro em si’ da coisa narrada como uma informação ou um relatório*” (BENJAMIM, 1985, p. 205), antes, imprime na narrativa a sua marca, assim como

o oleiro na argila do vaso. A narrativa refere-se a um modo artesanal de comunicação, que aos poucos foi sucumbida pela marca do pragmatismo moderno, de tal maneira que perdeu-se, aos poucos, o sentido de se contar história, de se parar para escutar e até de se valorizar o intercâmbio de experiências como tarefa constitutiva. Muito além de, apenas, uma perda do atributo da oralidade via desvalorização de sua importância, a maior perda do homem moderno, no âmbito da narratividade, diz do abandono da capacidade de se implicar naquilo que narra.

Para Benjamin (op.cit., p. 197, 198),

são cada vez mais raras as pessoas que sabem narrar devidamente. Quando se pede num grupo que alguém narre alguma coisa, o embaraço se generaliza. É como se estivéssemos privados de uma faculdade que nos parecia segura e inalienável: a faculdade de intercambiar experiências.

Num contexto de crises éticas e políticas, tanto no âmbito do público como do privado, o homem se viu jogado numa experiência deflagradora de uma degradação do senso de si mesmo, de tal modo que se tornara mais pobre em experiência comunicável. “*O homem de hoje não cultiva o que não pode ser abreviado*” (p. 206), sobrevaloriza a imediatez do tempo, sem dar-se conta de que, deste modo, perde-se a si mesmo, correndo em busca, de algo que não se sabe, ao certo, o quê. Compromete seu sentido, abdica de seu viver. Abrindo mão de sua tarefa de acolher e significar sua existência, perde-se na cotidianidade, em meio às marcas e registros, que embora não se dê conta, estão lá, em busca de serem apropriados. E a narrativa é um canal privilegiado de apropriação destas experiências.

O narrador é este ser narrativo se dando a conhecer. Em sua figura, expressam-se dois modos de ser, em constante aproximação: *o marinheiro viajante e o camponês sedentário*. O primeiro - o viajante - pelo seu muito viajar, muito tem a contar: o saber das terras distantes e o estrangeiro que se mostra a conhecer. O outro - o sedentário - diz daquele ficou, construiu o seu viver, cuidou da sua morada, e, mesmo assim, só que de um outro

modo, acumulou experiência, adquiriu sabedoria. Sabe do seu passado, da sua história, do seu parentesco, daquilo que fica e que o identifica.

É deste cruzamento, que nasce a arte de narrar. A narrativa é híbrida, tatuada, marcada pelo que sou e pelo que conheço nas viagens que faço. É um contar do outro, do novo, do estrangeiro, ao mesmo tempo em que também é um contar de si, do seu lugar, da sua historicidade. O narrador é um ser que sempre se apresenta no entre. Mestiço... Arlequim... Tatuado por onde passou, identificado por onde partiu. Um mesmo outro... Um outro mesmo.... Singular e plural, único e coletivo, público e privado.

Narrar é colocar-se na tensão do trânsito; é dialogar entre estas duas dimensões da vida e é pela interpenetração destes dois modos, que se compõe o narrador: o íntimo, o de casa e o próximo, com o estranho, o estrangeiro e o distante. Este movimento, de interpenetração, de troca e de mistura, se dá na oficina do artífice, que se dispõe, a abrir-se a estas duas dimensões no seu fazer, movido pelo anseio de produzir vida e arte significativa: é a *poieses* enquanto manifestação do fazer-viver humano.

A escuta do depoimento, neste sentido, constitui-se enquanto esta oficina. É o ponto de culminância entre os vividos, em via de produção de outros sentidos e de novas experiências. A fala do depoente traz em si a capacidade de, ao ser dita, elaborar, re-elaborar e, ao mesmo tempo, transmitir a sua experiência. Segundo Lima (2000), ao narrar sua história o depoente a experiencia como um fluxo de sentimentos, idéias, crenças e expectativas que vão se configurando e se re-estruturando em outros sentidos para sua trajetória de vida. Ao iniciar a narrativa, não se tem um roteiro pré-estabelecido, menos ainda a certeza de como a terminar; apenas, ao final, é que se dá conta do que foi narrado e do sentido que dali emergiu.

A narrativa sempre tem em si uma dimensão utilitária. Ao narrar promove-se sentido, cuida-se de ser. Além do que, abre-se espaço para que outros, agora ouvintes/leitores passem também a criar suas próprias narrativas. É neste sentido que partimos. Eu-ouvinte/eu-narrador

de mim mesmo e daqueles a quem ouvi. Na medida em que os movimentos dos pés/pernas, superam a barreira do já andado e inauguram o espaço do ainda por andar, nos colocamos a disposição de conhecer o novo que se apresenta pelo caminho que se desenha. E, é acerca desta cartografia, que passamos a narrar...

4.3. O caminho cartografado: o contar de um caminhar.

Dado que a questão é o elemento primordial que dirige e impulsiona todo o ato de pesquisar, é a partir dela, também, que nasce o método, compreendido enquanto caminho. A pesquisa fenomenológica existencial prescinde de um padrão metodológico previamente estabelecido, partindo do princípio de que cada fenômeno, ao se mostrar, apresenta características e modos peculiares, os quais se constituem a partir de uma relação que se estabelece entre observador e observado e, jamais, isto se dá aprioristicamente. Desta feita, cada situação específica pode requerer instrumentos variados de acessabilidade e interpretação. Dito de outro modo, cada questão pede um caminho. Conserva-se a atitude, mudam-se as estratégias. É neste cenário que toma forma o sentido da expressão: é caminhando que se faz o caminho.

Passaremos a discorrer o método-caminho, que foi sendo mostrado na medida em que nos aventuramos a percorrê-lo. Isto por entendermos que, só assim, poderemos compreender de fato, o como e o porquê de tudo que temos apresentado até então, bem como o que será visto daqui por diante.

No princípio, era a questão!

Foi dela que partimos e em direção a ela que caminhamos. Conforme descrevemos no capítulo 1, a questão que nos impulsionou a um debruçar sobre a temática abordada neste trabalho nasceu a partir de inquietações vivenciadas durante nossa trajetória enquanto sujeito

histórico situado no mundo. Não se trata, portanto, de um questionar aleatório e desenraizado, antes situa-se, datadamente, numa teia de significações específica: a minha própria experiência de cuidador em busca de um sentido para o cuidar de si. A partir da aceitação ao convite de nos aproximarmos de suas nuances, partimos para apresentá-la e, de certo modo, ao fazê-lo, nos apresentarmos também. Implicados, em todo momento, buscamos, ao invés de aprisionar seu sentido ou negar o descentramento por ela promovido, por em movimento, lançá-la ao coletivo e abrindo-nos ao diálogo, partimos em busca da emergência de outras possibilidades de compreensão.

Lançamo-nos numa viagem, em busca de compreender o contexto sócio-histórico em que se situava nossa problemática. Desta feita, tornou-se imprescindível, uma vez que buscávamos o sentido de se cuidar de cuidadores/profissionais de saúde mental no âmbito da Reforma Psiquiátrica Brasileira, transitarmos pelo percurso da história da loucura no mundo ocidental e, mais particularmente, no Brasil, desde seus primórdios até as transformações assistenciais ocorridas na atualidade. Conhecemos autores... nos remetemos a relatos vividos... investigamos modos de manifestação fenomenal. Tudo isto, em busca de ampliarmos a questão, que agora já não era apenas da ordem do individual. Passávamos a vê-la como uma questão com-partilhada, coletiva, mestiça.

Interessante, neste momento, foi perceber a dinamicidade da história e dos acontecimentos vividos. Não foram poucas as vezes em que nos deparamos com o conflito de, logo após termos escrito algo sobre determinado quadro da atualidade, nos darmos conta de que aquele cenário acabara de ser alterado, principalmente se nos referirmos às questões de ordem política, legislativa e administrativa. A princípio, tal fato se constituiu em fonte de angústia e preocupação com a fidelidade histórica do texto. Entretanto, logo passamos a perceber que, embora buscássemos ser o mais fiel possível aos fatos históricos, precisávamos estar atentos acerca de que nosso maior compromisso era com o fenômeno da experiência dos

cuidadores frente a estas transformações. Sendo assim, para além do aspecto cronológico em si, nossa ênfase precisava recair sobre o modo como o histórico é percebido e apreendido como experiência.

Por outro lado, tais ocorrências constituíram-se, também, numa espécie de sinalização acerca da importância da não-cristalização do saber e flexibilidade do pesquisador, dado o caráter de plena movimentação em que se concebem os fenômenos humanos e sócio-culturais. Era o aprender a ser pesquisador, pesquisando. Via-me, por vezes, projetado naquilo que escrevia e desafiado a assumir uma postura flexível coerente com aquilo que defendia e requeria dos outros autores. Complexo e exaustivo, é verdade. Mas, sem dúvida, um desafio que valia a pena estar sendo vivido.

Enfim, vencida esta etapa, partimos para dialogar com diversos outros autores acerca de temas que, ao meu ver, estavam diretamente implicados na constituição do cenário que se configurava como *pano-de-fundo* da nossa questão. Como via de escutar quais os usos vêm sendo feitos daquilo que também nos propuseramos a compreender, passamos a navegar na literatura, dialogando com o já dito, como quem também tem algo a dizer. Na medida em que avançávamos, encontrávamos ressonância em diversas postulações. Este movimento que se configurava como estímulo, passava, também, a se mostrar como desafio, visto perceber a complexidade e abrangência daquilo que me propunha a estudar. Mais uma vez via-me tomado por sentimentos importantes e bastante desveladores.

Primeiramente, pude perceber que não era o único ou o primeiro e, com certeza, não seria o último a abordar tais questões. De certo, ao imprimir meu toque, com certeza deixaria a minha marca de singularidade, mas jamais de absolutismo e unicidade. Pude ver-me sendo apresentado tacitamente àquilo que discorrera sobre as concepções de verdade, enquanto *veritas* e enquanto *alethéia*. Ao pesquisar, passava, eu mesmo, a compreender que aquilo que via e que me propunha a conhecer, nada mais era do que apenas um modo de mostraçõ

um fenômeno, jamais o *em si* como única possibilidade de ser. Do mesmo modo, percebia que, mesmo em meio à multiplicidade, abria-se a possibilidade de, eu também, dar minha contribuição na compreensão de todos aqueles temas. Por vezes, fui tomado pelo desejo de *avançar o sinal* do tradicional e descritivo, por compreender ser aquele, um significativo momento de diálogo, passando a me expor com maior intensidade, a deixar minhas impressões, a arriscar em meus posicionamentos. Estava eu em via de me sentir, também, um construtor de sentido: um clínico pesquisador e um pesquisador clínico.

Ao concluir esta primeira parte da trajetória, pude perceber que o momento, tradicionalmente denominado de elemento teórico do trabalho científico, constituiu-se, na minha experiência, numa prática fenomenológica de pesquisar teoricamente. Encontrava vida em cada relato. Buscava imprimir sentido a cada diálogo. Cada capítulo foi sendo construído, em todos seus desdobramentos, na medida em que a questão suscitava a necessidade de um outro ponto de clareamento. Os temas... os enredos... cada passo parecia emergir vividamente do papel, como se emprestasse um pouco de minha vida às letras e estas me emprestassem um pouco de seu modo de ver e compreender aquilo que me dispunha a procurar.

Enfim, chegamos ao final desta primeira etapa da dissertação. A cada ponto que imprimíamos ao trabalho, tínhamos a constante sensação de que muito havia ainda por ser dito. Entretanto, era preciso avançar. Muitos caminhos ainda estavam por ser percorridos.

Partimos, então, para o segundo momento da nossa viagem: a escuta dos depoimentos, enquanto um dispositivo de cuidado de cuidadores.

4.4. Pesquisa em ação: um modo de intervenção

Primeiramente, penso ser importante descrever o como nasceu a escolha desta estratégia metodológica. Num dado momento do percurso, ao nos depararmos com algumas

nuances relacionadas a contradições, historicamente implícitas na trajetória das políticas e práticas assistenciais no âmbito da saúde mental, ventilamos a possibilidade de adotar, como estratégia, uma contraposição entre relatos históricos e documentais, do passado e do presente, como forma de explicitar uma suposta ambivalência histórica da assistência à saúde mental brasileira. Percebíamos que, se assim o fizessemos, teríamos a oportunidade de compreender com bastante amplitude o contexto onde vivem os cuidadores/profissionais de saúde mental, para, a partir daí, discutirmos o cuidado ou o descuido vivenciado em suas práticas. Tratavam-se de outras questões que emergiam durante a caminhada e que, inevitavelmente, também nos convidavam a uma aproximação e diálogo.

Foi um momento decisivo no percurso. Após momentos de grandes questionamentos, nos vimos na necessidade de revisitar nossa questão inicial, a fim de decidirmos qual rumo iríamos tomar. Neste instante, nos demos conta de que, mais do que uma compreensão do cenário, buscávamos, mesmo, um con-tato com os cuidadores em via de legitimação de um sentido ético e político para o cuidado de si. Embora esta nova possibilidade que se apresentara também se configurasse como uma questão bastante pertinente frente a nossa problemática, percebíamos, de alguma maneira, que não era esta a questão que mais nos atraía. Foi preciso parar, meditar e escutar nossa própria demanda. Em direção àquilo que inicialmente buscávamos, a escuta se fazia fundamental. Mais do que compreender um cenário, almejávamos uma pesquisa, que além de situar historicamente, acolhesse, escutasse e cuidasse. Partir para o campo, para a colheita/escuta dos depoimentos, nesta perspectiva, ao mesmo tempo em que constituiria um meio de apreensão do vivido via narrativa, estaria por se transformar, por si mesmo, numa intervenção clínica de cuidado de cuidadores. Mais do que uma pesquisa, uma pesquisa em ação. Ação política, da ordem do entre-homens e do cuidar-de-si-cuidando-dos-outros.

Assim, movidos por este anseio, fomos ao encontro dos nossos depoentes/interlocutores. Movidos pelo desejo de escutar-lhes falar de si e sem a certeza daquilo que estaríamos por escutar, partimos para o encontro. E, acerca do como se deu este processo, passamos, agora, a dissertar.

5. ENTRE O CUIDADO E O CUIDADOR: UMA ESCUTA.

Pois tudo o que se mostra, necessariamente, mostra-se a um olhar compreensivo. E poder perceber o que se mostra faz parte do próprio *ser homens*...

Dulce Mára Critelli⁴⁰

5.1. Os personagens de um mosaico vivo.

Os cuidadores, que nos propusemos a escutar, constituem uma classe de profissionais específica, enquanto técnicos de saúde mental de serviços substitutivos do SUS, no contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Neste segmento assistencial, encontram-se os CAPS, os Hospitais-Dia, as Residências Terapêuticas, além de outras ações de saúde mental junto a programas específicos, tais quais a Atenção Básica, comumente conhecido por Programa Saúde da Família (PSF), dentre diversas outras inserções possíveis. Por *técnico de saúde mental* é denominado qualquer profissional que atua neste campo específico, independentemente de sua formação acadêmica. Ou seja, médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, educadores físicos, dentre outros. Também compõe a equipe o pessoal de nível médio, como auxiliares e técnicos de enfermagem, além daqueles com função burocrática-administrativa, dentre outros.

Uma vez que, em se tratando do Estado de Pernambuco, apenas alguns municípios possuem implementadas ações de saúde mental situadas no modelo assistencial preconizado pela Reforma, pretendíamos, a princípio, tomar a cidade do Cabo de Santo Agostinho como *locus* de nossa investigação clínica. Os motivos para esta escolha foram diversos. Primeiramente, o município do Cabo ocupa lugar de vanguarda nas ações em saúde mental no Estado. Segundo, o fato de termos atuado profissionalmente naquele município, fazia com que

⁴⁰ CRITELLI, DULCE MÁRA. *Analítica do Sentido*: uma aproximação e interpretação do real de orientação fenomenológica. São Paulo: EDUC:Brasiliense, 1996, p. 55.

conhecêssemos como se configurava a rede municipal de saúde, percebendo que atenderia à abrangência mínima de modalidades e ações assistenciais acerca das quais objetivávamos discorrer. Por último, a partir de um contato prévio, foi-nos dado total apoio pela coordenação municipal de saúde mental para realizarmos a pesquisa com autonomia e liberdade, isentos de qualquer influência política ou administrativa nos relatos colhidos. Dito isto, relacionamos os profissionais que compunham a equipe técnica do CAPS Estação Cidadania e então, por sorteio, escolhemos o primeiro profissional a ser entrevistado.

A definição por entrevistarmos, inicialmente, apenas um profissional, deveu-se ao fato de que, como nos reportaríamos a entrevistas individuais como recurso investigativo e partindo da compreensão que o sistema se configurava com certa complexidade, devido à imensa gama de profissionais e papéis que lhe estão, de alguma maneira, relacionados, deixaríamos que os próprios depoimentos colhidos fossem demandando os subseqüentes, enquanto próximos passos a serem dados no decorrer do percurso. E assim aconteceu.

Realizamos a primeira entrevista com um profissional de nível superior⁴¹ e, logo de início, nos deparamos com uma importante questão que precisaria ser acolhida: o profissional entrevistado atuava, assim como boa parte dos outros profissionais, em mais de um município, logo, ao nos remetermos a sua experiência enquanto cuidador/profissional de saúde mental, comumente eram feitas referências a outros contextos, para além da dimensão municipal específica, de modo a logo percebemos que o que nos era apresentado, se aproximava de uma espécie de panorama regional, digo estadual, das vivências destes profissionais.

Neste momento, surpresos com achado, decidimos por ampliar nosso universo de possíveis depoentes, para as demais cidades da região metropolitana do Recife/PE, que também estivessem desenvolvemos ações em saúde mental no âmbito da Reforma

⁴¹ Nomenclatura utilizada para denominar os profissionais que exercem função relativa a uma formação acadêmica específica, tais como: Médicos, Psicólogos, Assistentes Sociais, Terapeutas Ocupacionais, Enfermeiros, dentre outros.

Psiquiátrica. Estabelecemos novos contatos e, a partir deles, decidimos por relacionar mais uma equipe profissional, da cidade do Recife, que se dispusera a participar da pesquisa. Desta feita, demos continuidade ao processo, sorteando mais um depoente, entre as duas equipes que dispúnhamos.

O segundo profissional entrevistado, além da função de técnico de nível superior que desempenhava num serviço substitutivo, também ocupava o lugar de gerente de um outro CAPS. Tal fato fez com que nos fosse possível obter um depoimento a partir de um olhar/lugar diferente daquele inicialmente verificado. Começavam a se inserir em nossa escuta aspectos diretamente relacionados a questões de cunho gerencial e administrativo dos serviços, de modo a podermos ampliar nossa visão a respeito do sofrimento e cuidado do cuidador. Os depoimentos colhidos terminavam por nos demandar a importância de escutarmos profissionais ligados diretamente às gestões municipais de saúde mental, agora em nível de coordenação⁴². E assim ocorreu. Desta feita, entrevistamos um coordenador municipal de saúde mental, responsável pela gestão de toda uma rede de serviços em determinado município, de forma a obtermos o mínimo de compreensão acerca da estrutura e relações que se interpõem no processo diário de trabalho de profissionais inseridos nesta lógica assistencial.

Na medida em que iniciamos a colheita dos depoimentos, decidimos por não mais fazermos referência às formações específicas dos profissionais entrevistados e nem às cidades em que trabalhavam, visto que, por se tratar de um universo ainda pequeno de serviços e profissionais inseridos neste contexto, os mesmos ficariam, de alguma maneira, expostos a serem facilmente identificados. Buscamos preservar-lhes a identidade, tendo em vista um compromisso ético e, por incrível que pareça, uma preocupação política, esta no sentido ideológico-partidário, demonstrada por dois dos entrevistados, que alegaram temer possíveis

⁴² O Coordenador municipal de Saúde Mental constitui nestes contextos, o principal elo de ligação entre o nível gestor das Secretarias Municipais de Saúde e as unidades de saúde correspondentes.

represálias/perseguições. Sendo assim, no decorrer do trabalho, as falas serão identificadas a partir de legendas específicas referentes apenas a seus papéis no sistema, omitindo-se a referência ao local/município de trabalho.

As entrevistas foram gravadas em áudio, em seguida transcritas e literalizadas, com vistas a obter formato de texto, a fim de facilitar a compreensão do leitor. É importante frisar que todos os depoimentos, após literalizados, foram devolvidos a seus depoentes de modo a poderem sugerir correções, apontar questionamentos e, sobretudo, oportunizar-lhes a escuta de sua própria fala durante o depoimento, como mecanismo de apropriação de sua própria experiência e compartilhamento de novos/outros sentidos que possam vir a emergir neste momento. As impressões e falas colhidas neste segundo instante serão anexadas ao final do trabalho.

Assim se configurou nossa população: 01 (um) técnico de nível superior, 01 (um) gerente/técnico de CAPS e 01 (um) coordenador municipal de saúde mental. Colhidas as falas, transcritos os depoimentos, partimos para o diálogo. Na medida em que os depoimentos forem apresentados, intercalaremos nossas impressões/sentimentos/observações, de modo a dialogarmos com o achado, sempre em busca de outras possibilidades de sentido para o fenômeno que se mostra.

Assim, mais do que uma simples apresentação de resultados, comporemos um mosaico de diferentes cores, formas, enquanto manifestação de diferentes possibilidades de compreensão. E, muito além do que um simples acomodar de cores e formas, esta apresentação busca constituir-se numa mistura de vidas, experiências e tatuagens: singulares e plurais... únicas e múltiplas... mestiças...

Apresentamos um mosaico vivo, expressão fiel da bela-arte do tecer-juntos-entrehomens.

5.2. Narrativas: o ato de um contar na direção de um cuidar.

Legenda:

Ent → Entrevistador: eu mesmo, no momento da entrevista.

Psup → Profissional/técnico de nível superior.

Ger → Gerente do CAPS

Coord → Coordenador municipal de saúde mental.

Os textos em azul → o meu dialogar posterior com as entrevistas.

O texto em vermelho → um comentário final a respeito de todos os depoimentos.

- INTRODUZINDO:

Inicialmente, após um contato prévio com os depoentes e a concordância, dos mesmos, em participar da entrevistas, fizemos alguns esclarecimentos acerca do processo de colheita, transcrição, literalização e devolução/re-leitura daquilo que fosse exposto, além de explicarmos quais os objetivos da pesquisa, a saber, compreender a questão do cuidado do cuidador a partir de suas experiências enquanto profissionais de saúde mental. Feitas as devidas apresentações, partimos para os depoimentos, o quais são aqui apresentados separadamente, especificados por sua legenda.

- PROFISSIONAL/TÉCNICO DE UM CAPS (Psup):

Ent: Gostaria que você falasse pra mim como compreende o atual momento da Reforma

Psiquiátrica Brasileira... principalmente... no que diz respeito ao trabalho em CAPS.

Durante a entrevista, inquietou-me o fato de perceber que, num primeiro momento, Psup parecia pautar seu depoimento apenas com base em reflexões, numa espécie de um "comentar sobre", me remetendo apenas a questões de ordem cognitiva, como se tratando apenas de uma leitura teórica acerca do fenômeno do qual falara. Não que não compreendesse o valor e a importância deste momento, no percurso do nosso trabalho, entretanto, causou-me estranhamento, devido ao fato de que era da sua experiência, do seu "dia-a-dia", que objetivava, a princípio, escutar. O que ocasionou este posicionamento da depoente? Como seria para ela falar de si? Estaria eu também dicotomizando a experiência vivida, ao me surpreender com este achado? Que pergunta havia feito a Psup? O que estava em busca de encontrar?

Após um olhar cuidadoso do depoimento, dei-me conta de que a pergunta que utilizei como disparadora, remetia, na verdade, a uma compreensão, no sentido de leitura, do cenário atual da Reforma Psiquiátrica Brasileira e não à experiência cotidiana dos sujeitos, conforme intencionava perguntar. Ao refletir sobre este ocorrido, pude perceber que, de algum modo, este primeiro questionamento talvez correspondesse ao meu anseio por compreender o cenário atual da RPB e que, conforme relatado anteriormente, ocupou lugar decisivo no delineamento da pesquisa num dado momento, de modo que chegasse, inclusive, a cogitar a possibilidade de realizar um trabalho com base apenas em relatos teóricos e históricos. Dei-me conta de que, iniciando com esta questão, como de fato já havia feito, terminava abrindo a possibilidade de contemplar os dois aspectos que me atraíam, podendo assim, sem abrir mão da escuta, ter acesso a sua experiência tanto no que se referia ao modo de compreensão do seu contexto, como de sua atividade cotidiana.

Bem... No que diz respeito à Reforma Psiquiátrica Brasileira... nós estamos vivendo um momento onde a história não podia ser diferente. Vivemos dias em que se discute a noção de homem ecológico: o homem enquanto parte do ambiente. Então... as coisas não poderiam estar sendo diferentes... o homem não poderia continuar preso... tinha que passar a se respeitar também! Para mim... é todo um movimento que vem mudando... de perceber o prejuízo que o homem causa ao seu meio... e de passar a considerar as coisas por outro ângulo. Daí... chegou o momento também em que o portador de sofrimento psíquico passasse a ser visto por outro ângulo: o ângulo do respeito... do cuidado... e a questão do respeito à diferença. Tudo o que se construiu: “porque o outro não é normal... porque o outro precisa se adequar ao que a sociedade quer”... De repente... a mesma sociedade passou a questionar o porquê de não respeitar a diferença... Por que não dá a liberdade de cada um ser do jeito que é...??? Eu acho que passa por aí a questão da Reforma...

A depoente apresenta e situa as transformações que vêm se observando no âmbito das políticas e ações frente aos portadores de sofrimento psíquico, como sendo uma consequência quase que inevitável do processo histórico. Penso eu, que a mesma se refere aos questionamentos advindos do pós-guerra e de todo o movimento que se estende até os nossos dias, fruto de tentativas de ampliação e resgate da noção de "humanidade do homem" e cuidado para consigo e com a natureza, dentre tantas outras coisas.

Neste momento da trajetória, passo a me perguntar se estas questões, com respeito a um movimento histórico de apropriação da noção de aceitação da diferença, de fato, são assim? Deparo-me com momentos e movimentos tão contraditórios e, me dou conta, de que, ao mesmo tempo em que questionamos todas estas coisas e buscamos um sentido mais humano para a existência, nunca se ouviu falar de tamanha miséria, segregação e reforço, quase que absoluto, das diferenças via segregação política, econômica e social.

Como nos deparar com tamanha contradição? Se, na medida em que crescem as preocupações com o resgate deste excluído, parece aumentar, também, a própria exclusão?

Agora... é uma coisa que vem de tão longa data... de tanto tempo... que a gente está num processo de sofrimento mesmo. Porque a forma como a gente foi ensinado a viver... a ver a vida e questionar o que é normal e o que é anormal... levou a gente a se fechar e a querer que a coisa funcione do jeito que a gente pensa que é certo. A gente deseja que a coisa seja sempre normal... esteja sempre dentro de um padrão. Acho que, mesmo percebendo... hoje... a diferença - “que a gente tem que mudar e não pode querer que o outro seja do jeito que a gente quer” - a gente não está preparado pra isto! Então... de repente... o que a gente vê é uma Universidade que não prepara para você conviver com o diferente... O serviço de saúde que... em módulos históricos... vem aprisionando o sujeito... e toda a sociedade que se acostumou que “lugar de doido é no hospício mesmo”... e... “por que soltar ele de lá?”!!! Então... eu acho que é uma coisa de muito sofrimento pra gente, pois temos que questionar todos os nossos valores... a forma como aprendemos a ver o que é errado e o que não é... e tentar questionar isto. É uma luta tão grande porque a gente não tem um apoio em termos de formação para passar por este processo...

Neste instante, acho que a própria depoente, passa, também, a se dar conta da contradição da qual vínhamos falando anteriormente. Ao referir ao fato de ser este um momento de grande sofrimento, parece, de algum modo, está expressando algo que também compartilho: a dificuldade de romper com alguns paradigmas, historicamente enraizados, que se posicionam frente a nós e passam a balizar o nosso modo de ver e agir ante os outros. Percebo o conflito exposto nessa fala, o qual parece expressar uma batalha constante por novos posicionamentos. É algo que se situa nas "entranhas", "na pele" e não apenas em nível de reflexão. O que Psup nos fala, parece estar para além de uma simples reformulação conceitual ou mudança de nomes para nomear o diferente. Antes, remete a aspectos constitutivos, basilares, significativamente construídos na cultura, de tal modo que romper com estes pré-conceitos, é também, de algum modo, romper com parte de si mesmo e de suas "convicções".

A depoente começa a apresentar alguns aspectos importantes, que exemplificam o cenário de rigidez cultural frente à discriminação das minorias. Fala de algo mais amplo, a saber, de um modo de compreender o homem e o mundo baseado na cisão e exclusão da alteridade. Ao apresentar um questionamento acerca da Universidade e seu importante papel de formador e multiplicador de culturas e conhecimentos, parece sinalizar uma falta de compromisso dos centros formadores com esta causa, ou seja, com a necessidade de abertura para o outro como possibilidade de co-existência. As palavras de Psup soam-me como expressão de um sofrimento vivenciado neste processo, amplificado por um cenário de solidão e desamparo, que se exemplifica a partir do não cumprimento do papel social do ensino na superação destas questões, bem como no estado de alienação de algumas ações e serviços assistenciais que não se deram conta da importância destes questionamentos.

Tem uma coisa que já estou me cansada de ouvir: “a gente está num momento de construção, construção...” Mas do jeito que a gente demorou uma vida para estar na porcaria que está... o caminho de volta é muito duro... e é de muito sofrimento pro profissional. A gente mesmo é contraditório!!! A gente mesmo é preconceituoso!!! Por mais que tente ser diferente... não é fácil! É uma coisa muito lenta...

Neste instante, percebo a angústia da profissional. Pergunto-me a que, mais precisamente, a mesma se refere, quando relata estar cansada de ouvir que estamos num momento de construção, construção, construção... Dois são os sentidos que me sobrevêm. Primeiramente, penso que Psup, fala de uma dificuldade de lidar com a lentidão deste processo de desconstrução de uma visão, culturalmente compartilhada, e que, de algum modo, necessita de tempo para acontecer. Remeto-me a uma possível vivência de impaciência e intolerância, compartilhada durante minha prática profissional junto a colegas em saúde mental. Comumente, ao vermos qualquer atitude discriminadora frente a portadores de sofrimento psíquico e até com relação a posicionamentos político-partidários, religiosos, dentre outros, éramos tomados por uma revolta sem precedentes, parecendo que

nós, agora, é que passávamos a discriminar e rotular os outros que não compartilhavam dos mesmos pontos-de-vista. Parecia-me que continuávamos expressando a mesma dificuldade que combatíamos, só que agora, de um outro lugar e protegidos por um discurso do "politicamente correto".

Compreendo o discutir esta questão como algo bastante sutil e desafiador, posto que, se de um lado, esta atitude servia como demonstrativo do envolvimento com a causa e busca de superação de algumas atitudes discriminadoras, parecia também dizer de uma dificuldade nossa de lidar com a própria diferença. Talvez a expressão que melhor condiga com esta minha percepção possa ser sintetizada da seguinte forma: uma dificuldade de lidarmos com uma "diferença diferente" da nossa. Ou seja, para melhor me fazer compreender, era como se os outros precisassem aceitar as nossas diferenças e as daqueles a quem atendíamos, mas nós, de algum modo, por vezes nos posicionávamos intolerantemente, frente àqueles, que como estranhos, expressavam posicionamentos diferentes dos nossos, dito de outro modo, a diferença diferente da nossa que nos incomodava.

Em segundo lugar, o outro sentido que me sobrevém a partir da fala de Psup, diz respeito a um certo incômodo/impaciência, só que desta vez, não com a lentidão, mas com a pressa, expressada também por alguns profissionais. Do mesmo modo em que a lentidão gera impaciência, a pressa e, aparente não compreensão da complexidade do fenômeno, também o faz. Mais uma vez, remeto-me a minha própria experiência, como via de buscar compreender o sentido daquilo que fora expressado pela depoente. Muitas vezes, é comum compartilharmos de posicionamentos que nos remetem a uma espécie de "guerra de uma batalha só", ou seja, algo como se fôssemos mudar o mundo de uma hora para a outra, sem considerarmos os processos e tempos implícitos na desconstrução e construção de outros modos de ver. Às vezes, a ânsia por mudanças pode nos levar a atropelar processos e agir forçosamente, como que querendo promover mudanças 'a fórceps'. Em nome da

democracia, subjulgamos o próprio fazer/pensar democrático e impomos, ditatorialmente, aquelas mudanças que julgamos “boas e necessárias”. A dificuldade em lidar com tempos e processos também me parece um ato de intolerância.

Mesmo sem saber ao certo qual dos sentidos possíveis Psup buscava nos comunicar, ou até mesmo se um pouco das duas compreensões que pude expressar, o fato é que o relato da depoente nos aponta para um processo de grande envolvimento e sofrimento que precisa ser escutado e acolhido na experiência destes profissionais.

Eu acho que não são os de hoje que vão conseguir muita coisa... A coisa vai continuar como um sonho... por muito e muito tempo... mas eu acredito que... é aquela coisa de um sonho que se sonha só... e de um sonho que se sonha junto. A gente tem que sonhar junto... pra poder transformar. A gente tem que acreditar!

Neste instante, Psup parece falar de um processo doloroso que a acompanha durante sua caminhada profissional. O que buscou nos comunicar ao dizer que “a coisa vai continuar como um sonho por muito e muito tempo”? Interrogo-me se a depoente não fala de uma posição de trânsito entre a esperança e a desilusão. Pergunto-me se, ao remeter ao sonho como metáfora da sua experiência, a mesma busca exemplificar a imensidão do projeto, como numa expressão do tipo: meu sonho é..., ou seu caráter ilusório e talvez inatingível, como: isso é um sonho!!! Talvez, os dois aspectos estejam envolvidos, mas, de algum modo, esta fala os reporta a um conflito entre aquilo que se almeja e a uma dimensão sofrível, fruto das diversas dificuldades com as quais se depara em seu dia-a-dia.

Um outro aspecto que me atrai a atenção diz da citação: “ter que acreditar”... Pergunto-me se, ao se utilizar desta expressão, a profissional não estaria se remetendo a uma luta constante por não desistir, numa espécie de dizer a si mesmo que precisa continuar. E se assim for? De que projeto, de que causa, estaria falando a depoente? Da luta pela superação do preconceito e da exclusão das minorias como elemento balizador das relações humanas? Ou do engajamento no movimento da Reforma Psiquiátrica? Por mais

que, de alguma maneira, estas coisas possam estar entrelaçadas, fica-me a questão, a respeito de qual delas fala prioritariamente!!!

Está sendo tão difícil isso... pelo menos pra mim!

Além do sofrimento pela luta falado anteriormente, de algum modo, a depoente parece nos reportar também a um aspecto de solidão nestas vivências. Como tem se dado este processo? O que Psup busca nos comunicar?

Eu mesma estou me metendo num monte de enrascada.

Embora percebamos que, a princípio, a depoente busca imprimir um tom de ironia a sua colocação, esta citação parece sinalizar, de alguma maneira, o modo como a mesma tem percebido algumas propostas e, sobretudo, o modo como têm sido encaminhadas algumas ações no âmbito da Reforma.

Agora mesmo... eu estou me metendo na coisa da Residência Terapêutica...: aquela que está acolhendo as pessoas que não têm nenhum vínculo familiar e que passaram anos no Hospital Psiquiátrico. Então... de repente... você se propõe a tirá-los de lá e... quando você tira... você vê que ele não tem capacidade de - se a gente for falar muito friamente - que ele não tem mais capacidade de se virar sozinho e de pensar como as outras pessoas... a gente acaba dizendo que ele não é normal... Ele não é normal porque não consegue se virar sozinho. Ele está na residência... está com a porta aberta... mas quer dormir do mesmo jeito que dormia na enfermaria do hospital e que dormiu durante anos! Então... a gente tira ele de lá... mas... ele quer continuar dormindo. Então... de repente... você abre a porta da gaiola e o passarinho não quer sair... o passarinho não faz questão mais de sair... porque já se acostumou tanto ali que não tem perspectiva: “*e eu vou para onde? Para onde é que eu vou voar, se o mundo que eu voava antes, não é mais o mundo que está aí hoje pra mim?!*” Pra ele... também... esse sair da gaiola é uma coisa dura. Pra ele é mais cômodo dormir...

Daí... eu me meto na Residência Terapêutica e vejo isso... e digo: “Ai... meu Deus! Onde é que eu estou?”

Estou numa enfermaria de hospital de crônicos! Então... de repente... eu tenho um equipamento super moderno: uma Residência Terapêutica. Atualizadíssimo... e quando eu entro... sinto o cheiro do Hospital Psiquiátrico. Vejo os usuários deitados... dormindo... só levantam pra tomar medicação e voltam pra cama... porque não têm o que fazer. Então... o que é isso?!!! O que é que o profissional vai fazer? A gente vai esperar que estes morram e que a coisa não se repita... porque estes mesmos... é um processo muito difícil eles voltarem andar com seus próprios pés.

Neste instante, percebemos um dos momentos mais dolorosos durante todo o depoimento. Devido a dimensão e complexidade da fala, passo a me perguntar o que, de fato, a depoente estava buscando expressar ao falar de todas estas questões. Muitas coisas me vêm à mente, em meio à imensa perplexidade diante do escutado. Primeiramente, acredito ser importante situar o contexto daquilo que a profissional estava tentando nos expressar. As residências terapêuticas são serviços substitutivos complementares de uma rede de atenção à saúde mental, voltados, basicamente, a acolher pacientes crônicos, egressos de longos períodos de internação em Hospitais Psiquiátricos, de modo a não possuírem mais vínculos familiares facilmente identificáveis. Ou seja, trata-se, em tese, de um dispositivo de acolhimento e reinserção social de pacientes que, sendo retirados das enfermarias de longa permanência nos hospitais, que, em boa parte das vezes se constituem enquanto depósitos de humanos, passam a ocupar suas dependências com o acompanhamento de profissionais de saúde mental, em busca do resgate de sua cidadania.

A depoente nos choca ao discorrer acerca da suposta não-normalidade destes pacientes. Neste instante, algumas questões nos são remetidas. Primeiro, ao abordarmos temas que envolvem as dimensões de normalidade e a-normalidade, precisamos, sempre, ter em mente o lugar e o referencial adotado como ponto-de-partida, bem como as repercussões de diversas ordens, a que tais rotulações diagnósticas hão de imprimir no percurso existencial de qualquer pessoa. Mais do que expressão de um preconceito, talvez, o

que a depoente nos demonstra é que, possivelmente, os referenciais que balizam as compreensões e ações dos profissionais de saúde, precisam ser revistos. Se considerarmos que são, basicamente, as noções de saúde e doença, normalidade e patologia, bom e mau, que oferecem subsídio e determinam as intervenções no campo da saúde, como um todo, qualquer distorção ou compreensão preconceituosa que se sustente nesta base, inevitavelmente, provocará intervenções distorcidas e reguladoras de subjetividade, numa espécie de leito de Procuro⁴³ (HOUAISS, 2002), tentando trazer à normalidade aquilo que se desvia de um padrão determinado. É das bases que falamos. Dos paradigmas primeiros, nos quais se fundamenta o conhecimento científico da modernidade e as noções de saúde e doença..

Um outro aspecto importante, apontado no depoimento, trata do papel alienador da instituição psiquiátrica, que cronifica o sujeito e torna-o dependente, quase que absolutamente, de seus serviços e intervenções. É do hospital psiquiátrico enquanto uma instituição total, assim conforme discutimos anteriormente, no capítulo 2 desta dissertação. Ao sair de lá, o sujeito não consegue mais viver sozinho – é disto que fala a profissional – pois, durante anos, foi administrado e tutelado em todas as suas ações, em via de tornar-se absolutamente dependente do poder instituído.

Uma terceira questão importante que se levanta, diz da própria estrutura, física e dinâmica, das instituições substitutivas no âmbito da Reforma Psiquiátrica. Qual a proposta efetiva destas ações/intervenções? Apenas retirar "o louco" do Hospital? E a partir daí, o que fazer junto ao sujeito? Percebemos que, boa parte da angústia da profissional, remete a uma contradição entre proposta e prática efetiva. Será que tirar o "louco" do manicômio basta? Nas palavras de Psup, um instrumento super moderno... e a compreensão? E a lógica? E a proposta?

⁴³ Segundo o Dicionário Houaiss (2002, p. 1739), "leito em que o bandido Procuro torturava suas vítimas, fazendo com que se adaptassem ao tamanho do móvel, cortando os pés dos indivíduos grandes e estirando os pequenos pelos extremos". Tal nomenclatura se refere a ações que, em nome de uma suposta normalidade, tentam adaptar, a qualquer custo, indivíduos a determinadas situações.

Sei, por ter estado ativamente envolvido nas discussões acerca da reformulação das políticas e práticas de saúde mental no estado de Pernambuco, que existe, de fato, uma preocupação com esta não cristalização das ações, entretanto, percebo que isto não pode ser uma questão pontual e centralizada em alguns atores do cenário. Antes, precisa perpassar cada ação, cada elemento e cada discussão, cada legislação, senão, incorremos no grave risco de apenas reproduzirmos "a prisão", só que agora de portas abertas. Lembro-me, neste instante, de uma conversa com uma médica psiquiátrica, durante minha trajetória em um serviço substitutivo, acerca do não uso da camisa-de-força como meio de contenção/intervenção junto aos usuários numa instituição substitutiva, quando a mesma posicionou-se dizendo que a camisa-de-força que ela, agora, fazia uso, era uma camisa química, "que surtia melhor efeito"!!! É disto que falamos. Não basta abriremos as portas, pintarmos o prédio e mudarmos a placa e letreiro da entrada, se não superarmos a ideologia que, historicamente, sustenta a psiquiatria e a saúde mental como um todo, como uma prática total de exclusão do circuito da cidadania e controle do social. Mais do que derrubarmos os muros, parece que falamos de conseguirmos ultrapassar seus limites.

Por fim, remeto-me a angústia da depoente ao apontar a contradição na qual se vê inserida, ao narrar tais fatos. Se compararmos esta fala ao 'sonho' a que se remeteu anteriormente, temos o cenário propício para a emergência de um intenso sofrimento. É a contradição entre aquilo que se sonha e se almeja, e aquilo que se vive e se faz. Ao falar sobre o "passarinho numa gaiola de portas abertas" o profissional parece nos remeter a uma condição de quem tenta oportunizar a liberdade, mas só percebe a reafirmação do aprisionamento. Falar que está numa enfermaria de crônicos, se referindo a um serviço substitutivo, para um profissional que se diz engajado num movimento desta natureza, remete a uma das situações mais constrangedoras que se possa fazer referência, pois, via de regra, foi pela superação desta enfermaria e de tudo aquilo que representa, que os mesmos lutaram e têm lutado até hoje.

"O que é isso? O que é que o profissional vai fazer?" - Parece que ela me põe uma questão que sinaliza um processo de alguém que está encurralado, sem saída. Talvez agora faça sentido, a fala acerca do sonho e de uma concretização, do mesmo, numa outra geração. A contradição assume tal proporção, que até a esperança parece se esvaír. Ao mesmo tempo em que passa a ser projetada para "as próximas gerações"!!!

Aí pronto... lá vou eu para Retaguarda do PSF...

Neste instante, a profissional passa a se referir a uma outra ação desenvolvida no âmbito da Reforma Psiquiátrica Brasileira: a inserção de profissionais e intervenções de saúde mental junto à Atenção Básica⁴⁴, genericamente denominada de Programa saúde da Família.

Porque eu acredito na Reforma... e acredito que os profissionais têm que ter uma visão diferente... têm que passar a ver diferente... mas... de repente... a gente entra em cada situação e vê cada caso... que dá vontade de chamar a polícia, sabe?

"Pega o doido e leva pro hospital, que ele está precisando mais é ser internado neste momento!"

Então... de repente... eu acho que a gente tem uma reforma muito radical, sabe? Que tem algumas coisas que a gente não pode se desfazer... como eu acredito que não pode mesmo! A gente não pode ficar sem Emergência Psiquiátrica... A gente não pode ficar sem nenhum Hospital pra dar apoio a alguns casos... Mas... ao mesmo tempo... é aquele discurso: *"Não, eu tenho que... Eu não vou mais internar...Eu vou evitar internação"*. Mas aí... quando a gente vai pra rua... quando a gente chega na área... se vê diante cada situação... que a gente não sabe nem como correr! E a mesma instituição... apesar de estar de acordo com a Reforma e estar querendo levar a coisa à frente... está tão aquém da necessidade, que pouco se pode dar em termo de recursos que são necessários. Então... você vai trabalhar numa retaguarda e não

⁴⁴ Sugiro a leitura da Dissertação de Mestrado de Bárbara Cabral (CABRAL, 2004), onde a mesma discorre acerca de questões pertinentes à compreensão deste cenário.

tem um carro pra ir pra comunidade. Você vai trabalhar num Distrito Sanitário que tem mais de 300.000 habitantes... e você tem uma equipe de três...

Então... o que é que eu vou fazer?! Eu acredito na Reforma!!! Mas... a partir do que eu tenho hoje... como é que eu vou fazer esta coisa mudar?

Neste momento a depoente parece expressar um conflito vivido em diversas ordens de seu fazer profissional. Inicialmente, faz questão de reforçar que "eu acredito na reforma"! Mais uma vez pergunto o que a mesma queria comunicar ao fazer tal observação. Em alguns momentos nos é passada a impressão de que esta afirmação se sustenta numa lógica dicotomizada e excludente, de tal modo que, ou se acredita ou não se acredita, não restando espaço para nenhum questionamento frente às bases ou estruturas ideológicas do movimento. O fato de estar discorrendo acerca de algumas supostas contradições do movimento, parecia imprimir à profissional um peso, uma dívida, um temor. É como se, por fazer parte e acreditar na proposta, não pudesse apontar suas falhas. Algo na ordem do ou se é 100% ou não se é nada! Interessante é que este mesmo fragmento da fala se repetiu tanto no início da citação, quanto ao final, como se um pedido de permissão, ao início, e um pedido de desculpas e justificativa, ao final.

Mais uma vez, remeto a minha experiência como instrumental na tentativa de compreender estas questões. Ao início do trabalho, enquanto, ainda, atuava num serviço de saúde mental substitutivo, foi de imensa dificuldade para mim poder falar/escrever acerca de algumas das contradições percebidas e às quais sentia a necessidade de expor ao debate. De certo, o fato de estar diretamente inserido no processo, fazia com que a implicação e as dores fossem levadas às últimas conseqüências, pois, qualquer coisa que falasse estaria falando, em alguma medida, de mim mesmo. Entretanto, hoje, percebo que também compartilhava dessa sensação de "sócio de carteirinha" do movimento e que, portanto, não poderia me posicionar contrariamente aos interesses da estrutura. Algo que muito me incomodava, dizia respeito a uma postura de dificuldade de aceitação de qualquer crítica

mais rigorosa, sendo estas interpretadas, na maioria das vezes, como sinalização de uma oposição inadmissível. Aliás, postura que tem se estendido a diversos setores, inclusive da política-partidária, de nosso país. Volto a me perguntar: até que ponto tal posicionamento geralmente associado a crença e paixão, não pode estar atrelado a insegurança ou totalitarismo?

Já no momento em que diz: "Pega o doido e leva pro hospital, que ele está precisando mais é ser internado neste momento!", parece que a profissional parece fazer um desabafo acerca de um outro ponto importante do atual cenário do movimento. Trata-se, ao meu ver, de uma posição sustentada a respeito da impossibilidade de manutenção de algumas estruturas pré-reforma, como o hospital psiquiátrico, mesmo que sejam revistos seus papéis e funções normalizadoras. O que a profissional parece sinalizar é que algumas questões precisam ser rediscutidas, não sendo possível uma atitude de simples exclusão de alguns recursos sem que seja ampliado o debate e vencidas todas as possibilidades de redesenho, não só da estrutura, mas sobretudo da lógica. Esta parece ser uma questão importante de ser discutida e que nos remete a uma sinalização acerca da insuficiência daquilo que se lhe oferece enquanto dispositivo de intervenção e a realidade com que se defronta em seu dia-a-dia. Neste sentido, acredito que a discussão não pode se fixar apenas em questões ideológicas, mas, sobretudo, avançar para o campo da ética e do cuidado. De repente, cabe questionar, em qual lugar das discussões é posto o usuário, principalmente, este visto durante sua crise, e, de acordo com a fala de Psup, demandando algumas outras intervenções. Trata-se de um tema bastante polêmico, mas que precisa ser sinalizado, dada sua importância no processo de estruturação de uma rede de atenção à saúde psíquica.

Neste instante a profissional parece sinalizar um outro conflito em que se coloca o trabalhador, visto que, o estar responsável por determinada ação gera uma mobilização e investimento pessoal e profissional, onde de alguma maneira se alimenta uma série de expectativas ante aquilo que está por ser feito. Entretanto, muitas vezes há demanda, há

expectativas, há idéias, mas não há recursos para tal. E, desta feita, o trabalhador termina por se situar numa posição incômoda entre o seu desejo, seu compromisso ético, a necessidade do usuário, a cobrança da instituição e a falta de condições de trabalho.

Tais questões nos remetem aos aspectos anteriormente discutidos acerca do cenário de surgimento do sofrimento do trabalhador, mais particularmente, nas questões discutidas acerca da Síndrome de Burnout. Segundo a literatura, este é um cenário propício para a exacerbação do sofrimento do trabalhador.

Por fim, a pergunta da profissional depoente, nos remete a uma situação em que parece expressar parte de seu conflito e de sua situação como que estando diante de uma encruzilhada. A indagação soa-me como um pedido, como uma solicitação, não só a mim, mas também a si própria, a seus gestores, ao sistema e a toda a sociedade: "o que é que eu vou fazer?"

É uma coisa que é a passo de tartaruga... mas a gente não pode parar. Eu não sei pra quando vai ser esta Reforma... Porque o que tem aí é uma tentativa... é um esboço... mas... na prática mesmo... a gente está vendo que a coisa está solidificada e... parece que não quer derreter, não!

Percebo o quão penoso, para a profissional, é se defrontar com relatos tão explícitos, que parecem lhe remeter a uma vivência sofrida e dolorosa. Imagino, que não tenha sido fácil para ela, assim como não o foi para mim. De tempos em tempos, parece retomar alguma citação que reforce seu compromisso e envolvimento com o movimento da Reforma, dando-me a impressão de que parece buscar amenizar a intensidade de seus relatos, como numa espécie de 'para retomar o fôlego'.

Após relatar experiências bastante mobilizadoras, Psup parece se por diante de si mesma e, numa espécie de auto-sugestionamento, reforçar o seu compromisso com a 'causa': "mas a gente não pode parar". De que 'parar' estaria nos falando? Algumas

possibilidades nos surgem. Parar de acreditar? Parar de lutar? Ou mesmo, parar de sofrer? Ou ainda, simplesmente, parar, a fim de evitar o contato com seu sofrer.

Cuidadores descuidados? Continuamos a escuta...

Ent: Você parece que aponta estes dois aspectos em sua fala: o lado do apaixonamento pela proposta... mas também alguns entraves... algumas contradições. E aí... como é que você se sente... enquanto profissional... enquanto técnico de Saúde Mental... que está inserido neste movimento?

Neste instante, ao inserir esta pergunta, buscava sugerir à depoente, que falasse acerca de como ela se percebia neste cenário, por ela mesma, desenhado. Procurava, desta forma, religar os dois aspectos da pesquisa, conforme já explicitado anteriormente: a compreensão do cenário e a experiência do vivido.

Tem hora que eu estou pra dar a carga toda... Porque é aquela coisa...: você percebe os entraves... as contradições... que o avanço é muito pouco... mas você acredita que a história se constrói assim! Não é nada imediato!

É por isso que eu acredito que a gente tem que dar a mão à palmatória. A gente tem que sofrer essa coisa pra poder ter um futuro diferente. Porque... se for pelos entraves... a gente não caminha. Se você disser: “Bem... eu só vou começar a fazer quando forem dadas as condições...” Então você não se mexe... Porque você só vai conseguir condição a partir do seu grito... de que os entraves não estão permitindo a Reforma. Então é aquela coisa: ou você entra na luta mesmo e dá tudo... apesar dos entraves... ou então... você desiste! Eu não quero desistir não... que eu sou teimosa.

Ao discorrer estas considerações, Psup parece estar descrevendo o processo que lhe sustenta em meio a todas as contradições por ela apontada. Fala de esperança, de perseverança, de garra, de teimosia, mas também fala de "dar a mão à palmatória" e "ter que sofrer". Mais uma vez pergunto-me o que a mesma quis dizer com isto? Muitos sentidos

podem estar implicados nestas falas. Ao mesmo tempo em que nos remete a um discurso positivo, no sentido, de plantar com esforço hoje, para poder colher amanhã, pode também estar sinalizando uma relação controversa, baseada numa concepção de que, pelo sofrimento, e só por esta via, é que se atingem as causas mais nobres. Neste sentido último, talvez até faça sentido o não se falar em cuidado do cuidador, pois não há espaço para isso, uma vez que o sofrimento passa a ser honroso por si só... nobre... constituindo uma espécie de caminho de expiação e demonstração de fidelidade a determinada causa. Sofrer, sob esta ótica, é destino e escolha, dos nobres, corajosos e ... porque não dizer, dos teimosos (sic).

A depoente reforça nossa leitura de uma visão dicotomizada no momento em que expressa que: ou você dá tudo ou desiste! Será que estamos falando do desenvolvimento de um contexto onde não há espaço para a con-vivência do "diferente outro", bem como à negociação de limites, perdas e ganhos, dores e alegrias entre todos os seus elementos? Estaria por se constituir um quadro pautado numa relação autoritária e totalitária, que subjulga o trabalhador, dando-lhe por direito apenas o direito de não ter direito algum, passando este a viver, única e exclusivamente, para e pela causa?

Hoje mesmo... a gente estava discutindo um caso da retaguarda... E eu fico me perguntando: *mas o que é que a gente vai fazer, quando na verdade a única saída que se vê pra esse caso é o internamento?* Então parece que até nisso existe muita dúvida... Existe muita coisa ainda pra ser trabalhada em termos de construção teórica... entre o que é bom e o que é mau. Porque talvez... naquele momento esta seja a melhor indicação. Talvez num outro momento não... quando você tenha uma rede mais articulada... quando você tenha outros equipamentos funcionando...

A depoente explicita uma das questões de maior abrangência no atual momento da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Por se tratar de um movimento novo, muito ainda há de se discutir em termos de teorizações e suas articulações com o universo da prática. O que a

mesma parece nos sinalizar é a necessidade de uma maior produção/teorização acerca da práxis do profissional de saúde mental, bem como de uma ampliação dos fóruns de discussão coletiva, de modo a se construir um conhecimento arraigado na prática e lida diária com as questões que surgem no âmbito da clínica, distante de comprometimentos outros que enrijeçam o movimento e tornem-no alheio às reais demandas que emergem do dia-a-dia dos profissionais..

É uma coisa tão doida, não é? Que a gente fica se perguntando: *o que é que eu estou fazendo afinal? Interna ou não-interna? Hospital Psiquiátrico tem que acabar ou não tem?* Pelas situações que a gente vê as famílias e os usuários sofrendo naquele instante e a impossibilidade de ser diferente... não é?

Porque... de repente... você diz: *“Bom, mas se tivesse de emergenciar, o SAMU, serviço de resgate... ambulância... é que devia fazer o transporte, não é? A gente devia contar com uma equipe que estivesse capacitada, para ir lá, fazer a abordagem e conseguir medicar ou levar o usuário para ser medicado”*. Mas só... que você não tem este SAMU... A gente não tem uma unidade preparada pra isto! Você já tem algumas pessoas no SAMU que se disponibilizam a atender alguns casos... mas... na maioria das vezes... a unidade diz: *“Eu não vou... porque é um doido e eu não vou me expor. Chame a polícia!”*

A profissional retoma a discussão de um outro aspecto operacional que tem sido vivenciado na prática dos profissionais de saúde mental. A questão do atendimento de emergência a usuários em crise. Este aspecto se faz relevante, visto que, historicamente, devido à associação da doença mental com questões atreladas à marginalidade e periculosidade, a abordagem primeira ao paciente psiquiátrico era feita pela polícia e não pelo corpo de bombeiros ou ambulâncias dos pronto-socorros, como, tradicionalmente, ocorre com outras patologias. Com a instituição do SAMU (Serviço de Atendimento Médico de Urgência), atrelada a toda uma discussão frente à desconstrução do ideário clássico ocidental da loucura, esperava-se que esta mesma equipe – o SAMU – passasse a realizar

tais abordagens e providenciar as primeiras intervenções em caso de crises psíquicas. Segundo o que a profissional nos relata, esta prática ainda não é realizada pela maioria das equipes de resgate, o que, de alguma maneira, também se constitui como entrave para o desenvolvimento das ações de saúde mental.

Nesta fala, a depoente explicita uma outra questão que precisa ser atentamente observada e cuidada. Trata-se da falta de compartilhamento da lógica e dos pressupostos que fundamentam a Reforma Psiquiátrica, com os demais atores da saúde em geral. Conforme discutimos anteriormente, o ideário que se constituiu em torno da questão da loucura, perpassa a representação de toda a sociedade, não podendo ser desconstruída apenas junto aos profissionais de saúde mental, embora estes, inegavelmente, sejam fundamentais no processo de multiplicação desta outra concepção. A fala de Psus, diz respeito ao caráter restrito que as discussões em saúde mental têm assumido no seio da sociedade, de tal modo que pouco se ouve acerca do assunto e, muitas pessoas, não têm a mínima noção do que venha a ser o movimento da reforma psiquiátrica, suas causas, suas propostas e repercussões. De tal modo, que o pouco que se divulga assume status de contra-propaganda, afastando ainda mais a opinião pública, ao invés de atrair-lhe. Digo isto, por ter compartilhado em diversos momentos, e em diversos cenários, reações inusitadas de pessoas que, firmemente, se punham a questionar "como era que o governo era capaz de tirar os loucos do hospício para soltá-los na rua?" Por mais ingênua que possa parecer esta fala, para quem está acompanhando o processo em questão, na verdade, representa a mais clara realidade acerca das dúvidas e questionamentos da população em geral com respeito ao movimento de desinstitucionalização da saúde mental.

Então... e aí? O que é que a gente faz neste momento? São tantas dúvidas... tantas situações... que a gente fica assim... se sentindo mesmo que... a gente está com uma camisa-de-força! *O profissional... com uma camisa-de-força.* Porque ele quer fazer uma coisa, mas a situação não deixa! Não é fácil...!!! Você vai pra uma reunião e vê: enquanto um diz que não

é pra internar... a gente pergunta: “e o que é que a gente faz? Chama a polícia, então?” Então é aquela discussão... de avanços e retrocessos. A gente está vivenciando coisas que são do mesmo processo histórico... da forma que sempre aconteceu!

Chamou-me, bastante, a atenção esta fala de Psup. Curioso e significativo falar que os profissionais estão com uma camisa-de-força. O que esta expressão pode significar, quando referida a um fazer, que em tese, estaria, inicialmente, repleto de significação e investimento pessoal por parte da profissional? O que a mesma quer nos dizer com isto?

Causa-me um impacto, o cenário de tamanha tensão e contradição que a depoente parece tentar expressar com esta fala. A camisa-de-força é um dos símbolos de uma psiquiatria tradicional que o movimento da Reforma Psiquiátrica busca superar e abolir com todo seu empenho. Daí, impressiona-me o que a depoente pode estar buscando transmitir ao se referir a este instrumento de contenção, agressão e tortura psíquica, que, embora não se utilize mais, em tese, nos usuários inseridos em atendimentos baseados nos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, utiliza-se agora, de um outro modo, mas talvez com a mesma significação, nos seus profissionais. Mais do que estar preso, estar numa camisa-de-força, parece remeter a uma representação de ver-se inserido em algo que denigre, agride, humilha e castra.

A meu ver, ao se reportar a esta metáfora, Psup parece não se referir diretamente ao movimento em si, mais a uma conjuntura política, econômica e social, na qual estamos todos inseridos, e que, de alguma forma, também parece balizar algumas das ações que têm sido tomadas no âmbito do processo de desinstitucionalização da atenção à saúde mental brasileira.

Um outro aspecto diz respeito ao fato de que, ao referir o desencontro de opiniões entre os próprios atores da RPB, a depoente parece expressar que os relatos que nos apresenta, embora seus, parecem representar, de alguma maneira, o sofrimento de diversos

outros profissionais, que, por estarem introduzindo estas discussões de um movimento recente, ainda se encontram confusos diante de temas tão complexos.

Ao fazer uma associação ao movimento histórico, a profissional nos remete a uma discussão mais ampla, de modo a reforçar nossas preocupações ante aspectos não só de ordem técnica, mas, sobretudo, de ordem ética que permeiam todas as discussões no âmbito da psiquiatria ocidental. É preciso, ao meu ver, que não percamos de vista esta preocupação, sob o risco de repetirmos, não só as idas e vindas metodológicas, mas sobretudo a utilização equivocada, conforme comprova a própria história. O que, ao certo, estaria por perpetuar os diversos danos impetrados aos portadores de sofrimento psíquico, seus familiares e à sociedade em geral.

De algum modo, percebo que Psup, embora apresente-nos questões de tamanha amplitude e implicação, parece ainda não conseguir falar mais diretamente de si, personificando o quadro que acabara de nos apresentar. Embora, em todo momento, a mesma se reporte a seu sofrimento e de seus pares, eu, enquanto interlocutor, ainda sentia falta de uma maior personalidade nas questões apresentadas. Afinal, era na sua experiência como cuidadora, que eu desejava focar minha discussão. Daí, decidi insistir mais vez, tentando colocar sua experiência como foco principal do processo.

Ent: E você... enquanto cuidadora...?

Não sei se estou entendendo... Mas... você quer saber se eu estou bem no meio do caos?

Embora levantasse a possibilidade de não estar entendendo o meu pedido, finalmente, percebi que a mesma parecia ter compreendido aquilo que eu buscava comunicar. Era de sua experiência e de como, tudo aquilo que falara, repercutia em si mesma, de fato, que queria saber neste momento.

Eu acho que estou... Pode não ser fácil... mas é isto que eu escolhi pra mim... Alguém tem que fazer isto... E aí... a gente vai se cuidando como pode!

Eu mesma... sempre procurei me manter atualizada... Tem muito disso... Quando você sai da Universidade... se você se acomodar... fica pra traz. E hoje o “mercado” é tão competitivo... o movimento é muito rápido... e você tem que acompanhar. Você não pode se deixar no caminho, até porque... se você quer ver a coisa caminhar, você tem que caminhar junto. Cada dia vão sendo discutidas coisas novas... e você tem que correr atrás pra se manter atualizado. Eu acho que o cuidado com a técnica... o cuidado com o manter-se vivo... como técnico... é muito importante no dia-a-dia.

Neste instante, ao escutar a fala de Psup, a sensação que, primeiramente, me sobreveio foi a de que a mesma não havia compreendido a minha solicitação. Parecia desfocar o meu pedido de falar sobre seu sentimento, sua afetação, para passar a falar sobre o cuidado com a técnica. Comecei a perceber que, neste instante, o "manter-se vivo como técnico", parecia de algum modo confundir-se, ou melhor, fundir-se com o "manter-se vivo como pessoa". De início, fui levado a compreender como uma falha no processo de comunicação, entretanto, ao me debruçar cuidadosamente sobre o depoimento, percebi que algo mais amplo parecia estar sendo comunicado: uma vida que se resume a um dos seus aspectos, a saber, o cuidar de ser técnico como maior emergência de um poder ser como pessoa/cuidador/profissional.

Passei então a atentar para o quanto o lugar da técnica, do conhecimento, da luta pela sobrevivência e auto-manutenção no mercado de trabalho, possui lugar privilegiado na vivência de um cuidador/profissional em nossos dias. Percebo o quanto a dimensão do ser-técnico possui espaço privilegiado na compreensão de si pelos profissionais. De algum modo, o "cuidar da técnica" parecia apontar para uma dimensão possível do cuidar de si para Psup.

Agora... também o que a gente vê... é que o tempo é pouco para a gente se cuidar... se preparar... Diante do esforço que a gente tem que fazer para sobreviver... o tempo é escasso. Então... se você quer se manter estudando... se você quer se manter atualizado... você tem que fazer um esforço sobre-humano! Tem que trabalhar oito.. dez... doze horas por dia... no

mínimo... e arranjar tempo pra se atualizar... fazer algum curso... De repente... economicamente a coisa não é fácil assim. Um bom curso custa dinheiro... E para você ter o dinheiro... precisa trabalhar. Para trabalhar... tem que ter tempo e aí... onde é que fica o tempo pra estudar?

Vejo que a cada momento Psup começa a se inserir mais diretamente no seu depoimento. Ao trazer a questão para o sobreviver, parece apontar para uma dimensão de esforço sobre-humano como via de permanecer no cenário, mesmo diante de condições adversas, como as dificuldades financeiras. O que estaria a dizer com a expressão 'sobre-humano'? Estaria falando de precisar ser 'para além do humano' para poder sobreviver a esta demanda? Homens? Máquinas? Deuses? Histórias de quadrinho? Como falar de cuidado, se sequer pode se dizer, ou se reconhecer, humano?

Graças a Deus que eu tenho uma insônia terminal (sorri)... tenho minhas madrugadas livres... pra pelo menos pegar bons textos pra ficar lendo! Tem o caminho também... Trabalhando longe... o trajeto pra mim é uma hora de aula que eu tenho. Pesquiso de madrugada... e leio no meio do caminho... Além de procurar discutir e repassar isto pra os outros. Porque... às vezes... você pega um texto, lê ali sozinho e não repassa... e aí... fica com uma visão que o outro não tem. Se você juntasse a sua descoberta com a dele... a coisa caminhava muito mais rápido... fluía muito melhor. O problema é que a gente vê muito do egoísmo de cada um... de querer saber mais do que o outro... e querer guardar o conhecimento para si! Aí... a gente mesmo acaba se complicando. Porque você quer fazer um bom trabalho... mas um bom trabalho não se faz isolado... se faz em equipe. Se você não repassa o que você tem de informação... então como é que o outro vai poder trabalhar bem. Tem que ser uma troca constante. E a gente tem que ter este cuidado de não ser tão egoísta!

É difícil... porque às vezes a gente quer ter algo extra... ser diferente... ser mais do que o outro: acho que é coisa da natureza humana ... Você percebe que quando você repassa algo pra o colega ele também sente uma abertura de fazer o mesmo com você. Isso não

acontece quando você sabe que “fulaninho” pega tudo que sabe e guarda pra ele... e vai juntando... engavetando. Ele pode até acumular pra ele... mas não repassa. Então as equipes se tornam egoístas e fica ‘uma cobra engolindo a outra cobra’. Isto é muito desgastante pra toda a equipe. Toda equipe que funciona assim...é muito desgastante.

Mas é o que a gente está aprendendo a fazer também... é o que a vida está ensinando: tem que ser mais que os outros... tem que ser o melhor... tem que poder mais... ter mais...

A fala de Psup nos revela o quanto a busca desenfreada para poder manter-se competitivo no mercado de trabalho repercute na vida do trabalhador e, de certo modo, determina seu modo de se relacionar com o mundo, com os outros e consigo mesmo. Este quadro se mostra com bastante força, de modo a me causar constrangimento, no momento em que a depoente ‘dá graças a Deus pela sua insônia terminal’. Embora tenha escutado questões semelhantes em outros momentos, desta vez a expressão me causou grande surpresa... inquietação... incômodo... Como pode alguém dar graças a Deus por uma insônia, após relatar uma exaustiva vida de trabalho diário? O que leva Psup a fazer esta declaração? O que pretendia nos comunicar?

Uma vez que, como já explicitamos anteriormente, os profissionais/técnicos de saúde mental em serviços substitutivos possuem, de algum modo, formação e atuação generalista, tendo que dispor de algum conhecimento mínimo de psicopatologia, sinais e sintomas, curso e prognóstico de transtornos mentais, dentre outros, posso afirmar, quase que com absoluta certeza que, faz parte do arsenal de conhecimentos da depoente, identificar e situar uma insônia terminal, que se arrasta no tempo, como sinalização de uma vivência depressiva ou, no mínimo, de que algo está precisando ser mais bem acolhido e significado na trama existencial do sujeito, quer em seus aspectos sócio-psíquicos quer em sua dimensão corpórea.

De certo, uma fala desta natureza durante uma entrevista de triagem/acolhimento de um usuário que nos procurasse, geraria no profissional, no mínimo, a busca por uma

compreensão acerca do fenômeno e, se possível, a sugestão de alguma intervenção. Mas, por incrível que pareça, a Psup se remete a este quadro, como referindo-se a mais um recurso que dispunha na acirrada luta pela sobrevivência e auto-superação. Pela primeira vez, em todo o depoimento, faço questão de descrever o correlato comportamental da depoente, ao afirmar que a mesma sorriu após esta citação, como indicador de uma suposta compreensão da dimensão daquilo que acabara de descrever. Talvez, a mesma tivesse consciência de toda a rede de significações possível de ser associada a esta descrição, mas, o que me surpreende é o fato de que, mesmo assim, Psup parecia demonstrar preferir continuar administrando sua insônia, pois, de algum modo, precisava dela. Sem querer ser reducionista, a primeira impressão que me veio foi a de que a mesma agradecia por estar doente... e, isto, muito me incomodou.

O que Psup estava em busca de nos comunicar com esta fala? Estaria falando de uma auto-flagelação? Estaria expressando a vivência extrema de pressão por conseguir sobreviver competitiva no mercado de trabalho? Estaria expressando uma espécie de não-direito de se cuidar enquanto cuidadora? Em casa de Ferreiro, espeto de pau? Faça o que eu digo, mas não faça o que eu faço? Enfim, muitos questionamentos nos surgem? Mas, continuamos o percurso, surpresos com a dimensão

A depoente também parece expressar um incômodo com as repercussões que a competitividade moderna termina por imprimir na equipe de profissionais: "cobra comendo cobra". Pergunto-me: Qual o limite entre a busca pela superação e qualificação individual e o atropelamento do outro? Qual o limite que se põe entre o ser com e o ser si mesmo, no cenário da contemporaneidade? De que ética falamos? Cada um por si e...?

Ent: Quando você fala em cuidado do cuidador... você começa enfatizando a questão do cuidar do saber... do cuidar da técnica. Você acha que existe alguma outra dimensão, além desse cuidar do saber, que compreende também este cuidado do cuidador?

Ao fazer esta pergunta, busco por uma aproximação de outros aspectos, das vivências de trabalho do profissional. Ou seja, busco saber como o trabalho repercute em questões extra-trabalho. Será que estou direcionando a entrevista? Fiz-me essa pergunta incessantemente. Penso que não. Acredito que, ao suscitar estas questões, busco, na verdade, apontar outras possibilidades de compreender a interpenetração de questões relacionadas ao trabalho em outras dimensões da vida do sujeito. Tentava descolar um pouco dos aspectos formais do fazer profissional e me aproximar de outras questões que também compreendo como importantes na vida do profissional. Afinal, ser clínico-pesquisador também é levantar questões... apontar outras possibilidades...

Ham... ham!!! Além do estudo... eu acho que também é importante o cuidado com a saúde da gente... o manter-se bem para poder cuidar do outro. Mas isso é difícil... também! É difícil pelo mesmo ritmo que você tem que ter pra poder sobreviver num mundo cão. Você tem que dormir pouco... tem que correr muito. Você não tem tempo pra fazer uma caminhada que você gosta... Não tem dinheiro para ir ao teatro... Não tem dinheiro pra ir ao cinema... Pois, eu considero isso um cuidado também: fazer o que você gosta e que te enriquece culturalmente. Mas... de repente... você se vê amarrado: “*Fim-de-semana eu vou pra onde?*” Não vou... porque não posso... não tenho dinheiro pra sair! A coisa não é tão fácil... aí a gente fica desejando o quê?

Que venha um bom concurso... que me pague decentemente... e que eu possa trabalhar menos horas ou então... não tenha que correr de um trabalho para o outro para poder ter tempo de me cuidar... de fazer uma terapia... de ir pra praia... de ficar com minha família... pois esse tempo... a gente acaba esgotando no trabalho.

A depoente parece indicar sua compreensão acerca da importância do cuidar do cuidador, como elemento fundamental num bom cuidado do usuário. Percebo que compartilho com alguns aspectos que ela aponta a respeito dos diversos modos possíveis de cuidar de si. Algo que não se resume apenas a uma terapia ou outras práticas formalmente

reconhecidas. A partir da fala de Psup, percebo a existência de um anseio em poder viver a simplicidade do dia-a-dia e desfrutar de outros aspectos prazerosos como meio de cuidar-se. Entretanto, a mesma termina por situar estas ações e atividades na esfera do desejo, posto que, a existência de diversos entraves e dificuldades, relacionados, principalmente, à própria luta pela sobrevivência econômica e financeira, terminam por se colocar como impedimento ou dificultador, no exercício deste cuidado de si.

Então... eu acho que o cuidado com a saúde da gente, parte da mesma coisa que a gente tenta repassar na Saúde Mental: que a saúde não é só estar livre de doença. Saúde é ter habitação... é ter estudo... ter educação... ter lazer! Então... de repente... o mesmo profissional de saúde não tem o direito à saúde: porque ele tem que correr para poder viver! E aí... a gente não tem saúde também! Então vê o pessoal nervoso... querendo se pegar... todo mundo se comendo. Mas... e a hora do lazer: a gente não tem!!! Não sei até quando a gente vai agüentar isso também! Porque é um desgaste. Você quer tanta coisa: você quer saber... quer ter suas necessidades básicas satisfeitas e algumas mais... uma férias decentes... viajar... conhecer novos lugares... poder ouvir uma música... ir assistir um show... ir pro teatro... ir pro cinema e... na realidade... isso não é possível! A gente acaba irritado... descontando em quem aparece na frente ou... então... deprimido (sorri).

A partir da expressão do vivido por Psup, passo a perceber o sentido de ter discorrido, no primeiro momento desta dissertação, acerca de questões como estresse, burnout, técnica, formação, idealização, angústia e cuidado, enquanto, elementos que nos ajudam a compreender o cenário relatado neste depoimento, permitindo-nos reconhecer algumas de suas nuances no relato da experiência desta profissional.

Ao contar-nos de sua experiência, Psup parece explicitar a vivência de um quadro de sofrimento em que se encontra o trabalhador, o qual termina por repercutir nos diversos âmbitos do seu fazer, de modo a desgastar e comprometer o profissional, a equipe, os relacionamentos e o próprio cuidado que estes dispensam a sua clientela. Cada expressão de

Psup nos suscita bastante preocupação e reforça todo nosso interesse com respeito a esta problemática: a vivência de cuidadores descuidados, sofrendo, muitas vezes, sem se dar conta de que precisam cuidar de si. Pergunto-me: qual o limite para o sofrimento do trabalhador? Em que momento o mesmo passa a se dar conta do mesmo? Como inserir uma proposta de cuidado de si em meio a estes que, mesmo conhecedores de sua importância, parecem estar alheios às implicações de sua falta?

Há tanta coisa que a gente tenta repassar pro usuário como: “é...porque você tem que colocar atividades saudáveis na sua vida... é saudável você fazer uma caminhada... porque é saudável você ter momento de lazer com sua família... você fazer isso... você fazer aquilo”... Você dá idéias pra ele do viver saudável... do que ele pode fazer... das alternativas que ele pode buscar... mas... se você depois pegasse a mesma informação e fosse ver como é que está sua vida... você vê que não se dá o direito a nada daquilo... porque você não tem tempo ou não tem dinheiro pra tal! Então... de repente... a gente orienta o outro numa coisa que a gente não faz. O mínimo que a gente devia fazer era estar vivenciando aquele ensinamento que a está tentando repassar... mas... nem isso a gente faz!

Esta fala de Psup nos remete a uma temática que tem me acompanhado em boa parte do meu percurso ante a experiência de cuidadores descuidados, a saber, uma grande contradição entre aquilo que se prega e aquilo que se vive. Mais uma vez esta questão reforça tudo aquilo que discutimos anteriormente a despeito do dito popular: "em casa de ferreiro... espeto é de pau" e "Faça o que eu digo, mas não faça o que eu faço".

Pensando a instituição... é muito pouco o que se oferece! Na verdade... não existe uma proposta de uma capacitação continuada... não existe uma supervisão no seu trabalho... que seria tão importante para se ter *feedback* a respeito daquilo que você vem fazendo... para você poder discutir algumas questões com a equipe... trabalhar as dificuldades que surgem no dia-a-dia da equipe... Nada disso é oferecido. Isto, falando da parte do aprendizado e das relações...

Neste instante, Psup parece destacar em seu depoimento um outro aspecto que compreendemos como de vital importância na compreensão deste processo: a relação instituição x trabalhador. Até aqui, a mesma havia situado as questões em problemas mais amplos, como os de ordem macro-econômica e político-social. Agora, aproxima-se do seu cenário em particular, reportando-nos ao contexto dos serviços substitutivos da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Ao situar parte da problemática nas ações e no modo com que se estabelece a relação institucional na qual o trabalhador está inserido, aponta questões importantíssimas como a necessidade de capacitação continuada, a promoção de um espaço sistematizado de fala/supervisão, a promoção de uma política interna de cuidado do cuidador, de forma a oferecerem-se os mínimos subsídios necessários para que o profissional possa sentir-se acolhido em suas demandas, diminuindo, portanto, a sensação de desamparo e indiferença institucional tantas vezes referidas nos discursos de trabalhadores dos diversos campos de atuação.

Acho que a mesma fala de um cuidado ou des-cuidado institucional para com os cuidadores. Estas questões remetem-nos a alguns questionamentos: Como tem se dado, no contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira, a relação instituição x cuidador/profissional de saúde? Qual o olhar da instituição a respeito destas solicitações apontadas pelos trabalhadores? Outra vez, cuidadores descuidados?

Por outro lado... financeiramente também... o profissional de saúde é um dos profissionais mais mal pagos... a gente devia pelo menos ter um emprego e um salário decente, para poder conseguir se cuidar também. Mas não! O que a gente vê... são os técnicos correndo de um emprego pra outro... de uma cidade pra outra até. Se chegar atrasado... a instituição se queixa... Se você precisa sair um pouco mais cedo... do mesmo modo vem outra queixa da instituição... mas, o fato é que você atrasa ou sai um pouco mais cedo, porque já está de olho no outro emprego... porque se não sair mais cedo de um trabalho, vai chegar atrasado no outro... e se for demitido... o dinheiro não vai dá pra pagar as contas no fim do

mês. A gente fica numa roda viva... tendo que correr para poder manter um estilo de vida minimamente próximo àquele com o qual você sonhou e para o qual estudou. Assim ... muitas vezes... você sai empurrando com a barriga, para poder manter o mínimo de dignidade de sobrevivência.

A coisa é tão grave que a gente vê até a limitação que em termos de férias... uma questão básica: 30 dias de férias. O que é que se vê: o gestor pressionando para a gente só tirar 15 dias e 15 dias... o que é um absurdo! 15 dias não são férias... é apenas uma parada para meditação...(sorri)

Então... “tire 15 dias e depois você tira mais 15”... e os 30% que você tem direito (São 30%... não é?) – *eu não estou sabendo porque já estamos em abril... tirei férias em janeiro e... até hoje... não recebi minhas férias!* – Então você tira... e não recebe aquilo que... supostamente... deveria ter como extra para poder utilizar nas suas férias. Que férias são essas? E o que você recebe não dá... não dá pra pagar uma passagem para conhecer algum lugar... mesmo que seja pertinho... não dá. Você fica esperando receber o dinheiro das férias para poder pagar alguma dívida... já que o seu salário não dá!

É de uma indignação que a depoente parece falar. As questões apresentadas nos remetem a um outro patamar institucional: o Sistema Único de Saúde, enquanto representante da saúde pública brasileira. Compartilho do sentimento de revolta ante o desrespeito e violação de direitos básicos do trabalhador. É um absurdo que, em meio a um discurso pautado na busca por promoção de saúde e de cidadania da população, a política de pessoal que impera em um sistema como o SUS, se ponha a subjulgar seus profissionais a uma condição de exploração e descaso, levando-os a precisar se colocar em situações extremas de trabalho e desgaste, a fim de poder garantir uma vida com a mínima dignidade à qual têm direito. De certo, num cenário político, econômico e social caótico, como o que vivemos em nosso país, ter um emprego, por pior que seja, parece constituir um enorme privilégio. Mas, nem por isso podemos nos conformar com tais contradições.

Esse descaso parece sinalizar parte daquilo que chamamos a atenção como expressão de um descuido dos cuidadores. Evidentemente que não podemos reduzir a discussão apenas ao âmbito financeiro, embora, não possamos negar que este ocupa lugar importante na vida de todos nós. Mas, ao nos reportar a estes exemplos, a depoente parece falar de uma postura de indiferença e descaso, que se reflete em diversos outros aspectos das relações de trabalho no campo da saúde pública brasileira.

E sem falar em outra coisa... que é o local de trabalho onde você está!

Você vê o local... o serviço caindo aos pedaços... insalubre! É o serviço de saúde insalubre! Onde a gente vê mofo... vê goteira... vê os pedaços da parede caindo... rato correndo pelo meio do grupo (sorri) - como aconteceu comigo há uns 15 dias... na hora do grupo... passou um rato e eu disse: o que é isto? – “É um rato, doutora” – me respondeu um dos usuários. Rato... barata... sujeira... E você tem que conviver com isso como se fosse normal e... de repente... tem que dar ao seu usuário noções de higiene... mas você veja onde é que você está metido!!! Que lugar é esse onde você está falando de higiene... se o serviço está imundo? O serviço de saúde está imundo! Não são todos... mas agente vivencia isto... de querer trabalhar... de ter a vontade de desenvolver um trabalho decente com os usuários e não pode... porque... às vezes... além de tudo falta também material.

Você quer fazer um registro... quer escrever a sua experiência no computador... mas não tem o material. O computador está quebrado... a impressora não funciona... nem daqui nem do serviço vizinho... nem em nível central e você não tem onde imprimir o texto. Aí... a gente fica improvisando por falta de condições de trabalho, mas... a cobrança continua vindo: "*faça, faça e faça bem feito!*". Agora... vá ver onde você está metido... Não tem condição material nem física... nem econômica... nem os direitos básicos do trabalhador: você não tem direito a FGTS... não tem carteira assinada... não tem um plano de saúde... a não ser que pague do seu bolso! Isto tudo... principalmente... quando se está como prestador de serviço.

Ah... eu não sei... mas eu acho que antigamente não era assim não. Parece que a coisa vem se desgastando e... agora é assim mesmo. Você é contratado e quando sai... sai com uma mão na frente outra atrás. Tem contrato que não tem direito nem a 13º e nem a férias! As perdas são muitas... O número de profissionais cada vez mais aumenta e os que estão no mercado... vivem com medo de perder o pouco que têm...

Psup amplia seu relato para um âmbito além da questão salarial. Passa a nos reportar a uma situação calamitosa de falta, quase que absoluta, de condições para se desenvolver um trabalho digno. A depoente amplia o cenário de sofrimento, nos reportando a situações inusitadas, que se não fossem trágicas, talvez pudessem ser cômicas. Curioso é que, mesmo depois de referir esta situação de escassez e degradação do ambiente de trabalho, refere que, embora falte praticamente tudo, só não faltam as cobranças por metas, resultados e excelência. Como ser excelente, em um cenário desta natureza? Como fazer saúde em condições que, por si só, negam qualquer possibilidade de um viver saudável?

Cabe ao trabalhador, se ver encurralado neste dilema, tendo que dar o máximo de si, como via de compensar a falta de condições em que se encontra. Faz sentido a citação feita anteriormente, a respeito de um esforço sobre-humano para poder se defrontar com esta realidade. Não há outra saída... tem que se ser sobre/para além do humano, para conseguir sobreviver, sem adoecer, numa situação desta natureza. Conforme discutido na literatura, é a partir deste cenário que o cuidador/trabalhador começa a adoecer... até, por não mais agüentar... parar!

E então surge um novo impasse. Segundo Psup, a falta de assistência em saúde para o trabalhador de saúde. É incrível a dimensão da incoerência, mas não é nada além do que a pura realidade...

Infelizmente, a gente ainda quer ter plano de saúde, porque o mesmo sistema que a gente está tentando montar... o SUS... a gente não quer ser usuário dele... pelo menos neste momento... do jeito que ele está estruturado.

Quem é... técnico... que quer ir para fila do SUS, a fim de conseguir um atendimento?

Você não pode fazer uso daquilo que você prega e constrói... E... mesmo que queira... nem sempre o mesmo terá condições de lhe atender... Quem é que sentindo uma dor hoje... quer esperar semanas ou meses para ser atendido? Se o serviço funcionasse bem... o que você devia ter direito era o SUS, não é? Você poder saber que num momento de doença, você iria ser atendido pelo serviço que você mesmo faz. Mas nem disso você tem garantia alguma... Eu acho absurda esta história de plano de saúde! O sistema devia funcionar direito... pelo menos com o básico... para todos!

Esta fala nos remete à discussão referente à alienação do trabalho pós-industrial, só que de um outro modo. Agora, o trabalhador não deixar de dispor do seu próprio produto porque o mesmo não lhe é oferecido, mas, sobretudo, neste caso, por aquilo que produz, dentro de um cenário mais amplo, é precário, logo, impossível de se confiar em todo momento e em todos os casos. É fato que muitos avanços têm ocorrido em nível de saúde pública em nosso país, mas também é fato que, em alguns contextos, a situação ainda beira a precariedade absoluta. Parece que a depoente nos aponta um duplo desamparo: um que faz adoecer e outro que se recusa a cuidar. Este é o cenário do qual temos falado...

Percebo que a coisa está sem muita perspectiva de melhorar... Está muito difícil... A gente está passando pela mesma situação do pessoal das comunidades que a gente atende... “Meu Deus... a falta de perspectiva é tão grande que a gente para e olha... o que eu posso fazer pra melhorar isto?”

É difícil... É diferente da situação de miséria... mas... é muito difícil!

Por fim, a depoente nos fala de uma falta de perspectiva, que de algum modo parece se contrapor à empolgação inicial e reafirmação do “lutar até a morte”. A entrevista vai chegando a seu final num clima de melancolia... de perplexidade... minha e dela. Pergunto-me: Será que é deste cenário que nasce o Burnout assim como descreve a

literatura? Qual o limite que separa o sonho da dor? Até onde se suporta sofrer? E, como se cuidar do cuidador neste cenário?

E, por fim, a depoente encerra seu depoimento com uma sinalização de esperança...

...Só espero que seu trabalho ajude a gente em alguma coisa...

Não foi fácil para mim, escutar esta última frase! Ao mesmo tempo em que me senti gratificado pelo testemunho da relevância de meu trabalho, vi-me, por alguns instantes, tomado por uma responsabilidade que agora se vivificava por meio de uma experiência vivida. Pergunto-me: o que busco? Onde poderei chegar?

De certo, não busco soluções mágicas, nem desenvolver receitas e, muito menos, apedrejar o movimento de onde parti e cujos atores tanto me identificam como pares. Ao contrário, busco compreender. Busco sentido. Outras possibilidades, nada mais do que isso, de cuidar-de-si-cuidando-do-outros.

Embora perceba que, se parasse por aqui já me daria por satisfeito, sinto-me convidado a continuar a mestiçagem, escutando outros viajantes-sedentários, aprendendo a cuidar contando histórias de quem, assim como eu, tem algo para contar...

- **GERENTE DE CAPS (Ger)**

Ent: Gostaria que você falasse pra mim como compreende o atual momento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, principalmente no que diz respeito ao trabalho em CAPS?

Uma vez que esta entrevista ocorreu algum tempo depois da anteriormente exposta (Psup), decidi por seguir a mesma lógica anterior, ou seja, iniciar buscando compreender a leitura que a profissional faz do movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, para, a partir daí tentar focar mais em sua experiência de trabalho.

Eu penso que... a princípio houve um movimento muito forte a nível nacional – A Luta Antimanicomial – que teve uma ênfase grande e integrou muitos profissionais... serviços... familiares. Depois que a gente colocou em prática todas aquelas propostas de mudança... foi se deparando com diversos entraves no meio do caminho. É como se hoje estivesse um pouco pulverizado... cada grupo tentando se organizar e tentando desbravar este caminho... e vez ou outra... as pessoas conseguem se reunir novamente pra estar refletindo... para estar pensando...

Ger inicia seu depoimento referindo-se a uma mudança no modo como tem se processado a Reforma Psiquiátrica Brasileira, caracterizando dois momentos distintos como pertinentes de serem observados, a saber, a empolgação inicial e a pulverização atual. De que pulverização a mesma está falando? Qual o porquê desta distinção destes momentos, principalmente, se hoje vivemos uma fase de grande propagação de serviços e intervenções na lógica da RPB? O que Ger pode nos apontar acerca do percurso histórico do movimento, de modo a nos ajudar a compreender seu momento atual? De que ordens são os entraves que ela nos aponta?

De algum modo, Ger parece nos falar de uma situação de crise própria do crescimento inerente ao movimento. Trata-se, a meu ver, de uma situação de trânsito, situada entre aquilo que não se é mais e aquilo que ainda não se é. Dito de outro modo, é o

trânsito entre o não mais e o ainda não. Percebo como se as estratégias e discussões advindas de experiências anteriores, como o movimento italiano, por exemplo, passaram a se mostrar insuficientes no atual momento do movimento, devido às especificidades do contexto local. Neste sentido, a Reforma tem como desafio o desenvolvimento de ações e teorizações próprias a partir de experiências locais, precisando recuperar a dimensão basilar do movimento, a saber a integração entre profissionais em busca da construção de um sentido próprio para o fazer, a partir de experiências singulares que precisam ser sistematizadas, compartilhadas e multiplicadas.

Começam a surgir os primeiros e grandes entraves. É preciso um debruçar constante sobre as demandas que, pouco a pouco, se apresentam. E é neste sentido, que discorreremos acerca deste tema, ou seja, por vê-lo como aspecto crucial que precisa ser cuidado e ao qual precisa ser dada a devida atenção.

Eu vejo lugares trabalhando com esta perspectiva de uma forma bem mais atuante... bem mais acessível... ampliando... lutando por isto... enquanto outros... sem tanto envolvimento... sem tanto investimento... Num momento como o de hoje... em que uma das diretrizes básicas do SUS é a Municipalização dos serviços... a gente vê municípios que estão ampliando cada vez mais esta possibilidade de estar substituindo mesmo, o modelo manicomial pelo modelo dos serviços psicossociais. Já outros municípios parecem não compreender a importância deste movimento... ainda estão muito atrás do que precisa ser feito em prol desta reforma... Eu enxergo hoje assim: uma diferença neste percurso... neste caminho... dependendo do lugar... da região... de alguns municípios. Um exemplo é que Recife, Cabo e Camaragibe têm buscado efetivar a questão da Reforma Psiquiátrica... enquanto outros... mesmo sendo da mesma região – a Região Metropolitana do Recife– estão lá atrás...

Neste instante a profissional aborda um aspecto importante de ser destacado: as discrepâncias regionais no que se refere ao movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Compartilho de sua impressão e vejo que apenas alguns municípios estão, de fato, comprometidos com a implantação de uma rede de serviços substitutivos em saúde mental. Algumas questões se colocam: A que se deve esta circunscrição de ações apenas a lugares específicos? O que falta para que outros municípios passem a implantar, também, estas ações? De quem é interesse que as mesmas sejam ou não implantadas e implementadas? Como tem se dado a multiplicação da compreensão inerente às propostas do movimento?

Isto tem a ver também com os gestores... pois um dos entraves que nós encontramos neste percurso é exatamente a relação com estes gestores e governantes... que não são da área e têm muita dificuldade de assimilar estas mudanças: de priorizar a saúde mental... organizando uma rede que atenda ao fluxo local, com ênfase na reabilitação psicossocial e inserção do portador de sofrimento psíquico. Eu vejo que há alguns municípios... alguns governos... que estão dando ênfase a estes aspectos e... por conseguinte... possibilitando este caminho: a efetivação desta reforma.

Esta fala da profissional me remete a um seminário que certa vez assisti, acerca da implantação de serviços substitutivos e da Reforma Psiquiátrica, proferido por um coordenador de saúde mental. Recordo-me, com clareza, de uma das suas afirmações, na qual sinalizava aos ouvintes que, este movimento tem encontrado maior repercussão em cidades governadas por partidos de esquerda, principalmente naquelas ligadas ao Partido dos Trabalhadores. Tal fato intrigou-me, não por não concordar com a veracidade de sua afirmação, mas, por tentar compreender o(s) porquê(s) desta associação. Não pretendo me debruçar sobre esta questão, no momento, mas o fato é que cabe uma reflexão e um questionamento de suas causas. A questão é que, ao meu ver, embora compreenda como legítima a disposição de determinada corrente político-partidária em abraçar e promover um movimento desta natureza, vejo com preocupação, o fato de que isso passe a se configurar um entrave para a implantação das propostas. Afinal, a que âmbito esta discussão nos

remete? A uma dimensão e pré-ocupação ética e política ou a uma questão político-partidária?

Embora compreenda a afirmação da depoente, pergunto-me quais ações podem ser e têm sido desenvolvidas no sentido de superar estas diferenças regionais. É certo que no âmbito da administração pública, nada caminha sem "vontade política". Mas, acredito que esta questão não pode ser aprisionada por este aspecto, visto que, mais do que uma abertura ou fechamento de uma modalidade assistencial em saúde, o que se põe em questão é uma lógica de compreensão do espaço social da loucura e seu papel de segregação, exclusão e injustiça social. Ao meu ver, esta discussão tem que ser ampliada a toda a sociedade, não podendo se resumir às esferas governamentais. Aliás, eis outra questão!

Percebo que um movimento desta amplitude tem que ser construído a partir da base – trabalhadores, usuários, familiares e sociedade - como num dado momento o foi (ver capítulo 2). Entretanto, na atual conjuntura, percebo que a "estatização" do movimento, no sentido de ter se tornado uma causa gerida e promovida, quase que unicamente, por órgãos governamentais ou ligados ao governo, tem culminado num percurso inverso, meio que na contra-mão da história. Hoje, parece que tem se procurado fazer a reforma de cima para baixo, através da institucionalização de medidas e práticas antimanicomiais, sem que se trabalhe junto às bases: população, usuários, familiares, trabalhadores, gestores, dentre outros.

Pergunto-me: Quantas são as pessoas que, não estando envolvidas formalmente no contexto da reforma, sabem ao menos de que se trata este movimento? Quantas não são as dúvidas, medos e fantasias que se estabelecem na população e até entre os usuários, familiares e profissionais, quando se fala em "fechar ou substituir o hospital psiquiátrico"? Perguntas do tipo: "E os loucos, pra onde vão?" Medos do tipo: "vão soltar estas criaturas violentas na rua", dentre outras, permeiam o imaginário popular, conforme discorreremos

anteriormente, e precisam ser desmistificadas, a partir de campanhas conscientização popular e de uma discussão social efetiva, não apenas por meio de medidas fabricadas e impostas de cima para baixo. A história nos mostra que medidas desta natureza, no âmbito do comportamento e representação social, estão ameaçadas de resistência excessiva, boicotes e fracasso em suas intenções.

Será que, na ânsia de mudarmos o quadro caótico da atenção à saúde mental, não estamos por atropelar o processo e inverter a ordem das coisas? Será que foi assim que funcionaram, inicialmente, os movimentos populares que levaram ao poder representantes democraticamente escolhidos e constituíram movimentos singulares, tais como as Diretas Já, a campanha pelo Impeachment de Collor e a própria eleição de Lula?

Compreendo o sentimento da depoente, mas acho que precisamos ampliar nossa compreensão e valorizar a gestão democrática compartilhada e a coerência que tanto defendemos.

Acho que deve ser um sofrimento muito grande para o profissional que acredita na reforma... está comprometido com a causa... mas está situado nestes lugares onde não há investimento. Principalmente quando a gente pensa que a Saúde Mental tem que estar sendo trabalhada na Atenção Básica... tem que fazer parte dos princípios deste trabalho... tem que estar incorporada à toda a lógica da saúde e... a gente sabe que para isto estar acontecendo... têm que ser mudados alguns conceitos... paradigmas... uma mudança na própria compreensão da sociedade em relação ao que é loucura... em relação a este cuidar. E aí... se a gente tem esta clareza... mas não tem um gestor que tenha abertura para escutar... para compreender esta proposta... a gente fica com uma dificuldade imensa de colocar isso em prática. Agora... eu falo isso tudo como sendo um lado sofrido da Reforma...

De alguma maneira, acho que eu e depoente compartilhamos de opiniões semelhantes no que diz respeito à necessidade de uma transformação basilar nos paradigmas e compreensões que permeiam o tema da doença mental. Neste instante, vejo

que a mesma insere o trabalhador em sua fala, passando a apontar uma primeira fonte de sofrimento, a saber, a impossibilidade de se fazer aquilo em que se acredita. Passo a compreender de outro modo sua fala com relação aos gestores e me pergunto quando é que vamos conseguir, enquanto sociedade, direcionarmos nossos próprios passos, através da mobilização social e pressão para que as ações dos gestores sejam condizentes com as demandas e anseios da população?

Ao refletir acerca deste depoimento, pergunto-me: se há tamanhas diferenças entre municípios tão próximos, como os que compõem uma mesma Região Metropolitana, como não deve ser a discrepância se pusermos em questão realidades paupérrimas e isoladas como as de algumas cidades do interior do Estado e da Região Nordeste? É preciso que se comece a olhar para estas diferenças, a fim de que a assistência à saúde mental não venha ser mais um elemento que agrave as diferenças regionais existentes em nosso país.

Eu acho que a gente está a passos de formiguinhas... construindo um pouquinho aqui... um pouquinho ali.

Interessante o fato de que, assim como Psup1, Ger também se reporta a uma metáfora como modo de expressar a atuação/esforço como os profissionais atuam em seu dia-a-dia. O que ela busca nos dizer com a expressão passos de formiguinha? Talvez, refira-se a continuidade do trabalho? Talvez à pequenez de como se vêem os atores envolvidos? Talvez ainda, nos fale da união de uma classe numa determinada tarefa? Ou, quem sabe, da impossibilidade, se é que podemos dizer isto das formiguinhas, de parar de trabalhar, para cantarolar/gozar um pouco, assim como fazem as cigarras?

Outras questões se apresentam, em busca de sentido...

Acho que estamos conseguindo muita coisa interessante... Hoje há a possibilidade de ver a Saúde Mental podendo ser abordada pelos profissionais da Atenção Básica e de outros serviços e setores... e não só por profissionais da Saúde Mental. Isto já é um grande avanço... mas vai precisar haver envolvimento de diversos outros atores governamentais e não-

governamentais... vai precisar de uma integração maior para poder estabelecer esta rede psicossocial... para que possamos garantir a reinserção destas pessoas. Acho que isso começa da casa da pessoa que tem um transtorno psíquico... é na família que a coisa precisa começar a mudar... ser criada uma nova lógica... compreensão... e aí vai para o vizinho... para a comunidade... até atingir toda a rede. É verdade que alguma coisa, neste sentido, já está começando a acontecer... mas... também acho que a gente está se deparando com situações novas... que estão sendo desbravadas.

Ger aborda um assunto importante e que precisa, ao meu ver, ser valorizado nas ações em saúde mental. Trata-se da constituição de uma rede psicossocial, que abranja atores dos mais diversos setores da sociedade, tendo em vista a ampliação da possibilidade de reintegração e reabilitação psicossocial dos usuários dos serviços de atenção à saúde mental. Concordo que esta ação constitui um dos pilares fundamentais das propostas da Reforma Psiquiátrica e que, se não levada a cabo, pode comprometer qualquer tentativa de reinserção social, forçando a instituição substitutiva a ocupar lugar de instituição total, uma vez que, sem o apoio e acolhimento da comunidade, o usuário passaria a depender, única e exclusivamente, do CAPS, invertendo seu objetivo, comprometendo sua proposta.

Ao discutir estes assuntos, sinto-me um pouco incomodado, por perceber que, embora estas postulações sejam verdadeiras, parecem sinalizar algo mais amplo: a própria constituição do modo de viver da sociedade brasileira. Na verdade, não sei quem é exemplo do quê, mas, antes de estarmos discutindo a reinserção social dos usuários de saúde mental, ou no mínimo ao mesmo tempo, precisamos estar questionando os valores que balizam as relações sociais em todos os seus aspectos, visto que, a falta de acolhimento e integração desta clientela, parece-me constituir sintoma de algo mais amplo, a saber o individualismo e desigualdade política, econômica e social na qual estamos inseridos em nosso dia-a-dia. Entendo a preocupação de Ger, apenas sinalizo de que as intervenções não podem se resumir a esta esfera do problema.

Percebo que Ger sinaliza em sua fala a gratificação por poder perceber os primeiros resultados das intervenções que têm sido promovidas no âmbito da atenção ao portador de sofrimento psíquico. Penso, agora, que talvez seja isto o que ela nomeia de "trabalho de formiguinhas". Um trabalho que se faz aos poucos, no boca-a-boca, mesmo em meio a condições adversas, mas que, paulatinamente, começa a apresentar alguns resultados. Neste cenário e retomando as citações de Psup, parece-me que o próprio resultado da ação se constitui na maior e, algumas vezes, na única fonte de gratificação que estes profissionais tem acesso.

Um outro aspecto apontado, trata de alguns entraves que têm se percebido ao longo da caminhada pelos profissionais e que diz, exatamente, do caráter inovador das ações empreendidas. Ao certo, algumas intervenções realizadas com base nesta proposta, como a busca por inserir o portador de sofrimento psíquico numa participação efetiva dos diversos espaços sociais, chegam a causar espanto, tanto na população quanto em outros profissionais, infelizmente, não acostumados a participar de ações efetivas na saúde mental, muitas vezes, por considerá-la enquanto uma área de menor valia no universo da saúde. O caráter de inovação do movimento lhe imprime uma característica importante. A carência de estudos e de uma construção teórica acerca do universo da saúde mental neste novo contexto, ao mesmo tempo em que abre espaço para a garantia da criatividade e flexibilidade das ações, termina por causar estranhamento entre os outros atores envolvidos na promoção à saúde. Sendo assim, o que, por um lado, pode constituir-se em sua grande característica, termina por promover, também, um descentramento, devido o caráter surpresa, quase que contínua, com os desafios que se apresentam na cotidianidade. Isto faz com que haja muita resistência de setores, indicando-nos que muito ainda está por ser feito e cada passo parece constituir um grande desafio.

A gente não tem um caminho pronto ainda pra poder seguir aquele modelo... até porque para cada região... para cada contexto tem que ser construído um modelo apropriado.

Não existe um modelo pré-fabricado... pronto e que dê certo em todo lugar. A gente tem que ir criando... construindo... assim como foi feito no Cabo a respeito da inserção da Saúde Mental na Atenção Básica⁴⁵. A gente tem começado a ver os resultados... mas... são diferentes avanços em diferentes localidades.

Ao escutar essa fala, reporto-me a minha própria trajetória de aproximação do pensamento fenomenológico existencial. O caráter de imprevisibilidade do fenômeno em saúde mental e, principalmente, nas ações em comunidade, terminam por colocar o profissional diante de duas opções básicas: agarrar-se a um modelo teórico predefinido e fechado, assumindo uma postura de quem apenas diagnostica, explica e intervém para adaptar o fenômeno observado ao padrão de normalidade de uma teoria, ou, na segunda opção, aceita o desafio do contato com o novo, com o imprevisível, assumindo uma postura de escutá-lo em cada manifestação, acolhê-lo e buscar tecer um sentido possível para cada questão que se mostre. Diante destas duas opções, percebo que a própria proposta de que a profissional nos fala, em sintonia com aquela que eu busquei assumir em minha trajetória, indica uma aproximação com uma atitude fenomenológica nas ações em saúde mental. Trata-se de um aprender a fazer, fazendo. Uma disposição para a criação de uma fazer clínico específico, a partir da singularidade da manifestação fenomenal que se apresenta. Isto, evidentemente, não implica na impossibilidade de uma sistematização de diferentes experiências que permitam o estabelecimento de diferentes discussões em diferentes contextos, mas, o máximo que estas se constituem é de um ponto de partida e não um de chegada.

Eu falei que... no começo... bem no comecinho mesmo...percebia um movimento mais forte de integração... quando os profissionais... indignados com os maus tratos e sofrimentos de que eram vítimas os portadores de sofrimento psíquico... decidiram se unir e partir para um novo rumo no processo. Depois... a Reforma foi acontecendo... a partir da

⁴⁵ A compreensão deste contexto pode ser facilitada a partir da leitura da Dissertação de Mestrado de Bárbara Cabral (CABRAL, 2004), onde a mesma discorre acerca de questões pertinentes à compreensão deste cenário.

substituição progressiva dos leitos... mas a gente não tinha uma estrutura preparada para estas mudanças. Nem os profissionais... Tinha-se muita vontade... o desejo... mas não tinha a preparação. Alguns foram atrás de desbravar este caminho... outros ficaram pelo caminho e... até hoje... não compreendem o que de fato é a Reforma Psiquiátrica... qual é o sentido... qual é a importância disto tudo que está acontecendo. Pessoas que estão no movimento... mas ainda não se deram conta do que isto implica. Chegaram nisto meio que de pára-quadras... por falta de emprego... por uma influência de alguém... mas que ainda não foi mexido e não deu a verdadeira dimensão da importância disto. Também não houve nenhum preparo em nível de gestores... de governo... da rede de saúde como um todo... o que dizer da sociedade.

Ger apresenta uma síntese de como se deram as primeiras ações no âmbito da Reforma, aqui no Brasil, em meio a entraves, dificuldades e esforços localizados. Chama-me a atenção o fato de referir que "alguns profissionais ficaram pelo caminho". Será que ela fala de pessoas que abandonaram o projeto por não mais estarem dispostas a se envolver por motivos ideológicos, técnicos, dentre outros, ou por não conseguirem acompanhar o processo devido alguma outra questão? Ou melhor, fala de profissionais que abandonaram o movimento ou que foram abandonados por ele? Ou os dois?

Não sei ao certo, entretanto, este foi um dos motivos que me levaram a buscar compreender o cuidado de cuidadores/profissionais de saúde mental. Percebo que, muitas vezes, algumas pessoas envolvidas em alguns movimentos, com o passar do tempo, cansam, adoecem e, muitas vezes, não nos damos conta de que estão sofrendo. Daí, vão ficando pelo caminho, sem ao menos percebermos. Muitas vezes parece que somos como um exército que abandona seus feridos no campo de batalha. Penso que precisamos refletir sobre isto... Qual o sentido de se cuidar de cuidadores? Eis uma de nossas questões!

A coisa ainda está muito isolada...

Esta fala de Ger levanta-me uma série de questionamentos. O primeiro deles, e o mais fundamental, remete-me ao porquê está isolada? Pergunto-me se este isolamento se

deve, somente à resistência dos outros atores da saúde em partilhar as ações de saúde mental na comunidade ou se, de alguma forma, o próprio movimento tem assumido uma postura intra-muros, ao desenvolver suas ações? Embora perceba algum movimento, por parte de alguns profissionais envolvidos na RPB em multiplicar, capacitar, discutir, ampliar as ações e possibilidade de INTER-venções com outros segmentos de profissionais, percebo que, estas, ainda são ações pontuais... e paro para questionar, até que ponto, constituem de fato uma política nacional de saúde pública.

Embora já tenhamos nos referido a isto num outro momento, gostaria de retomar minhas citações, devido ao fato de compreender este como sendo um dos pontos nevrálgicos do movimento. Quantas e quais as ações, em nível nacional, que foram testemunhadas no sentido de promover uma rediscussão nos princípios e valores que balizam a representação social da loucura e suas repercussões? Em que medida a saúde mental constitui-se prioridade nos cursos de formação, pós-graduação, capacitação da rede SUS dentre outros, salvo as ações pontuais? Não objetivo ser injusto. Ao contrário, busco discorrer acerca deste tema a fim de poder contribuir, de algum modo, com a potencialização destas ações. Entretanto, percebo que estas questões precisam ser cuidadas. Pois terminam por, sutilmente, minar esforços e comprometer atuações.

Durante minha experiência em saúde mental, mais especificamente no Projeto estação Comunidade – ação desenvolvida pelo Programa de Saúde Mental do município do Cabo de Santo Agostinho (CABRAL, 2004), muito me incomodava o fato de, ao buscar implementar junto às equipes do Programa Saúde da Família, lá chamado de Programa Saúde em Casa, me ver quase que implorando aos profissionais da atenção básica um momento semanal, quinzenal e, às vezes, mensal, para podermos discutir junto às equipes temas relacionados ao cuidado de portadores de sofrimentos psíquicos na comunidade, bem como ao uso indevido de álcool e outras drogas. Parecia estar pedindo um favor para compartilhar acerca de algo que lhes seria de tamanha importância em seu dia-a-dia. Muitas

vezes, testemunhando bastante constrangimento e até sofrimento por parte de alguns profissionais, era convidado a 'entender que estas ações não faziam parte, formalmente, das prioridades impostas pelo Ministério, tais quais outras ações como a atenção aos casos de diabetes, hipertensão, gestantes, dentre poucos outros'. Conseguíamos algumas parcerias, é verdade, que sinalizavam muito mais uma disponibilidade deste ou daquele profissional, do que a importância dada a uma suposta uma prioridade estratégica ministerial sobre este tema.

O que nos faltava? Esforço? Boa-vontade? Ou compreensão, por parte das diversas camadas hierárquicas, acerca da prioridade da saúde mental da população em meio a tantos outros temas importantes?

Daí, nos sentíamos isolados.

Mas, de onde vem este isolamento? A que se deve? Será que, às vezes, enquanto movimento, nós mesmos não é que nos isolamos? Ou estamos fadados a abordar o sofrimento psíquico sempre como algo velado, situado na marginalidade?

Você se depara com uma rede de saúde que não está preparada para receber o portador de sofrimento mental como um cidadão... Mas ainda está carregada de preconceito... E... mesmo onde já vemos avanços... ainda tem pessoas... como no PSF... que ainda sugerem grupos específicos só para doentes mentais... como meio de marcar que eles são diferentes... e tem dia, local e data para poder se reunir. Para mim... isto é continuar discriminando... Isto é marcar a diferença de uma forma negativa... A gente... na nova clínica... fala da diferença... mas no sentido de compreendê-la... respeitá-la e conviver com o diferente... não de continuar rotulando. Não adianta dizer que a doença mental não existe... Existe, sim! Mas não podemos fazer disto um meio de discriminação das pessoas. O que precisa mudar não é só o lugar físico... mas o lugar social da loucura... senão... nós vamos estar reproduzindo a mesma lógica existente. Senão... a gente os tirou dos muros do hospital... mas eles continuam presos... Eles têm o direito a uma escuta diferenciada como qualquer outra pessoa... e a equipe tem que estar

preparada pra isto. Ele tem que ser recebido no posto de saúde como qualquer outro cidadão... mas... no entanto... ser considerado em sua subjetividade. O acesso tem que ser igual para todos... É isto que preconiza os princípios do SUS... mas eu acho que este acesso não está sendo garantido como deveria...

Ger aborda um outro tema que precisa ser atentamente escutado. Não podemos apenas mudar de casa para a loucura e levar, junto dela, toda a teia de representações preconceituosas que sustentamos historicamente em relação ao portador de sofrimento psíquico. A mudança tem que se dar na base da compreensão acerca do fenômeno da doença mental. Criar um grupo específico e exclusivo para portadores de sofrimento mental, numa ação comunitária mais ampla tal qual a Atenção Básica, pode até ser visto como um grande avanço, mas, também pode representar uma rotulação e discriminação de um outro modo: "...este dia é só para os loucos...", logo continuamos separando o diferente e reproduzindo na sociedade a noção de incapacidade de ser cidadão como os outros.

Impressiona-me a sutileza implícita ao abordar estas questões e, acredito até não se tratar de má fé por parte dos profissionais. Entretanto, a própria complexidade e amplitude de um tema relacionado ao con-viver com a diferença, nos solicita uma disposição para questionarmos nossas atitudes e motivações, visto tratar-se de, nada mais nada menos, do que a possibilidade da repetição de valores preconceituosos e reforço da exclusão. Tudo depende do lugar de onde vemos. Acredito ser importante um movimento de escuta dos diferentes horizontes, de promoção de diálogo, a fim de tecermos juntos à multiplicidade, um sentido ético-político para estas questões.

Aí... a gente sofre... quando tira um paciente do hospital e vai tentar garantir seus direitos lá fora... E se depara com uma estrutura que não está preparada para recebê-los... As pessoas não têm... muitas vezes... sequer a noção de como receber e tratar estas pessoas. Os profissionais de saúde... e até os de saúde mental, mesmo... Isto é uma parte sofrida pra nós... Ter de estar garantindo isto... negociando com cada profissional... tendo que estar

sensibilizando o tempo todo... para garantir o que já deveria estar garantido! A gente recebe uma carga muito grande... de cobrança. As pessoas... de repente cobram... pois nós estamos divulgando uma forma de cuidado e... quando o usuário e seu familiar precisam de algum serviço... vêem que a coisa não está como deveria estar. E na hora que cobram da gente um suporte... a gente também se vê sem este suporte. Vem uma demanda muito grande pra estes profissionais que estão engajados nesse processo. É desafiador... em alguns momentos... mas é muito angustiante em outros. É uma luta para estar podendo mostrar que isto dá certo... que o caminho é este... que vale a pena...

Ger, ao retomar a questão do sofrimento do trabalhador, aponta uma dimensão do sofrer relacionada diretamente ao choque contraditório entre uma saúde que se busca construir a partir de uma ação ética e uma saúde que, sucateada e em pedaços, impõe aos usuários e aos profissionais uma desassistência quase que absoluta. O drama relatado por Ger, em muito se aproxima de boa parte das minhas vivências no trabalho de saúde em comunidade, onde, o esforço por garantir os direitos dos usuários na própria rede que você compõe, muitas vezes, supera em muito, o próprio desgaste referente aos aspectos clínicos e corriqueiros do adoecer. Ger parece nos sinalizar para uma necessidade de se repensar a própria dinâmica e estrutura do sistema, desde sua constituição, até os valores que permeiam suas ações. Parece apontar, de algum modo, para uma vivência profissional carregada de entraves e barreiras que se superpõem e terminam por provocar sofrimento, não apenas em quem dela necessita, mas também em que nela acredita enquanto possibilidade de uma atenção digna à saúde da população. Fica-me a impressão de que o desgaste do profissional é constante.

A todo o tempo, o mesmo coloca-se numa posição de mediador, negociador, articulador e, por vezes, de 'vendedor de uma mercadoria' que não existe, quase que percebendo-se no lugar de promotor de propaganda enganosa. Era assim que me sentia ao ver os familiares esbravejarem dizendo que: "pelo menos, no hospital fechado, tinha

medicação” ou “e agora... que tiramos ele de lá – referindo-se ao Hospital psiquiátrico – e como vai se tratar se o governo não garantir a passagem para vir ao serviço”...

Ger parece falar de uma dor que, mesmo sendo do outro, usuário, familiar, comunidade, lhe dói, pois diz de uma dor que também é sua/do profissional: o desamparo e o descaso com que somos, todos, tratados na saúde pública de nosso país. Também nos aponta para a questão do cuidado, ou melhor, do des-cuidado do trabalhador pela instituição. À justa cobrança da população, parece somar-se brutalmente a cobrança, nem sempre tão justa, da instituição, às vezes, por números e produtividades, sem que se lhe ofereçam as mínimas condições para tal. Suas palavras reforçam algo que discutimos ao abordar a questão do Burnout, a saber, aqueles que mais se dedicam parecem ser também os que mais sofrem, inclusive, por serem mais cobrados, por si e pelos outros. Contraditório? Nas palavras de Ger, sofredor!!!

Ao trabalhador parece restar lutar, para convencer, muitas vezes a si próprio, de que aquilo que defende enquanto proposta para a saúde pública, vale a pena e, quem sabe um dia, há de se concretizar. É neste cenário que Ger nos apresenta que começa a fazer sentido a noção de que guerra/luta, a qual todos os depoimentos se referiram. Talvez seja isto, uma guerra, que não se sabe onde nos levará!!!

Quando você vê os resultados... lá na ponta... é muito gratificante. Quando você vê um profissional que era cheio de preconceito, podendo perceber que muitos daqueles medos eram construídos historicamente e conseguindo... então... cuidar deste usuário... É muito gratificante... este é o lado gratificante de todo o serviço. Como também... você vê o usuário que... num determinado momento de crise... precisou de um suporte... chegando ao CAPS bem mal e... em um razoável espaço de tempo... está melhor... podendo retomar seus vínculos saudáveis... trabalho etc. Daí... quando você encontra estas pessoas depois de alguns meses na rua... você se depara com um “verdadeiro cidadão”! Você toma um susto...!!! Parece outra pessoa... Puxa vida... fez efeito! Tudo aquilo que você fez valeu a pena... É como se naquele

momento de crise e de tratamento você não conseguisse se dar conta da transformação que estava acontecendo... Mas depois... o resultado motiva. Aquele cidadão... que mesmo tendo uma história de muito sofrimento... agora pode retomar sua vida com propriedade. Você pensar que em outros momentos aquela pessoa poderia estar segregada num manicômio... mas que graças a este serviço encontra-se livre e com um apoio para retomar sua vida... é demais!!! É muito gratificante...

Impressionante o efeito que esta fala de Ger me causou no momento em que foi expressa. A sensação que tive foi de um ressurgir dentre as cinzas. Me perguntei: como pode saltar de uma citação de tamanha dor, para outra de tamanha satisfação? Dei-me conta de que, talvez, este seja o movimento que permite-nos continuar, mesmo em meio a tantas adversidades. Percebo que ninguém suporta viver só no sofrimento e, ao mesmo tempo, em que compreendo que não podemos deixar que a dor apague ou negue os avanços, as vitórias e as conquistas. Dor e paixão: eis a nossa condição. Ao me debruçar sobre estes depoimentos, as questões teorizadas nos primeiros momentos parecem tomar vida e, de fato, passam a fazer sentido. A fala de Ger me imprime uma sensação de esperança, gratificação e um brilho nos olhos, próprios daqueles que se dispõem a se aproximar do perigo, como possibilidade de encontrar outros modos de intervir criativamente na vida, em si, nos outros, na polis.

Hoje, me dou conta, de que angústia e cuidado, dor e paixão, ser com e ser si mesmo, dentre tantas outras "dicotomias" já discutidas, de fato não são excludentes entre si, mas possuem espaço para con-viver e dialogar. Este momento do depoimento serviu-me de resgate da minha questão: o cuidado do cuidador. De algum modo, as palavras de Ger, me indicam que, embora precise escutar, acolher e compreender o sofrimento do trabalhador, não posso me resumir a este na caminhada que me propus. Mais do que um grito de protesto, estamos em busca de uma compreensão-intervenção de uma possibilidade ética e política para o cuidar de quem cuida.

Aliás, vindo de um outro lugar percebo que esta própria gratificação de que fala a depoente já me sinaliza, de algum modo, um cuidado do cuidador. É do cuidar-de-si cuidando-de-outros que Ger nos fala.

Agora... este dilema se dá o tempo todo. Tem a gratificação... mas também tem muita dor... as pessoas vêem muito a gente como referência: “Ah! São técnicos de saúde mental... são fortes... equilibrados... seguros... Estão totalmente preparados para receber todas as demandas dos outros profissionais... das famílias... da comunidade...”!!! E... no entanto... a gente não tem este espaço nosso de cuidado. Quando a gente vai atrás de garantir um espaço de supervisão... uma oficina de trabalho... a gente está pedindo socorro... mas parece que ninguém escuta!!! A gente também precisa ter este espaço... porque você ter que se deparar com toda esta demanda nova que surge a cada dia não é fácil. É um momento angustiante... A gente está tirando aquela pessoa daquela condição de prisioneiro de um manicômio e trazendo de volta à vida... mas aí... vai se deparar com muitas dificuldades e com muitos entraves. E não ter um suporte pra viver tudo isso... é muito angustiante... pois... para isto... ele tem que ter com uma realidade social que o acolha e... na verdade... esta condição ainda não existe. E para você lidar com toda esta contradição... É muito angustiante...

Outra vez me surpreendi com a fala de Ger. No momento, não entendi o porquê ela voltou tão abruptamente à questão do sofrimento e da angústia. Algumas questões me surgiram: Será que este movimento de Ger não simboliza a própria rotina diária dos profissionais, num movimento de idas e vindas, encantamentos e desencantamentos? Será que a fala acerca das gratificações representara uma espécie de "parada para respirar"? Que sentido Ger parece estar em busca, ao retomar a questão da angústia? Seria esse um momento privilegiado para poder falar de si e, então, sentir-se cuidada?

Quaisquer que sejam as possíveis respostas, o que percebo é que outras questões estão sendo trazidas e, indubitavelmente, põem-se em busca de sentido. Ger nos traz a questão da idealização e da representação social do cuidador como um dos dificultadores no

processo de sofrimento do trabalhador e cuidado do cuidador. Acerca deste tema questiono: Em que se baseiam estas representações? Até que ponto o próprio profissional não faz uso das mesmas, reforçando-as? Seriam, estas, atitudes que, ao mesmo tempo em que "defendem", expõem o cuidador/profissional ao descuido? Estaríamos nós, profissionais de saúde, dispostos a abrir mão de todas estas crenças a nosso respeito?

Teço tais questionamentos por perceber um enorme ganho pessoal e social que algumas das estapafúdias representações terminam por imprimir ao profissional em sua trajetória frente à população assistida. Por exemplo, o rótulo de "doutor", mesmo que academicamente inapropriado, parece que, muito mais do que um simples pronome de tratamento, representa um artifício, muitas vezes utilizado, para conservar a mínima, ou a máxima, distância 'necessária' para que se estabeleça uma relação entre o profissional e seu cliente, de modo a reforçar sua ilusória sensação de garantia e inatingibilidade. Nos escondemos por trás das idealizações, visto que lá, parecemos ter garantidos o respeito, a inviolabilidade de nossas opiniões e, sobretudo, a manutenção do suposto lugar de força e soberania. Como tudo tem um preço, pergunto: não estaríamos por pagar por aquilo que, historicamente, pusemos como separação entre nós e os "simples"? Fica-nos a questão!

Entretanto, há um outro fator que Ger explicita e para o qual precisamos olhar com a devida atenção: "a gente está pedindo socorro... mas parece que ninguém escuta!!!"

Esta fala de Ger me remete a uma dimensão institucional do cuidado do cuidador, assim como trazido por Psup. A fala da depoente sinaliza uma postura de descuido da instituição para com aqueles que representam sua força de trabalho. A ênfase recai de tal forma sobre a clientela última e, por quê não dizer, sobre os números que elas representam, que o cuidador fica à margem desta discussão.

A quase absoluta falta de discussão acerca do cuidado de quem cuida, ao mesmo tempo em que, para mim, representava uma possibilidade de inserção e contribuição efetiva no cenário da reforma psiquiátrica, representava também uma fonte de grande incômodo e

surpresa. Quase não falamos em atenção à saúde do trabalhador de saúde, principalmente se tomarmos como base o viés psíquico e social do mesmo. Durante toda a minha trajetória neste estudo, a cada momento em que apresentava o tema da minha pesquisa aos colegas/pares, era tomado por um misto de surpresa e empolgação, como se estivéssemos falando de algo quase que totalmente estranho a nossas dinâmicas: o cuidado de si.

Falar em cuidado de cuidadores, para mim, é falar de algo basilar e fundamental no desenvolvimento de qualquer ação no âmbito do entre-homens, visto sermos, todos, cuidadores e carentes de cuidado. No cenário aqui em questão, soma-se a isto, apenas, o agravante de que, estes, os cuidadores/profissionais do cuidado, também são a via formal de legitimação de qualquer ação institucionalizada de cuidado, recaindo sobre eles boa parte das expectativas sociais por mudança e melhoria das condições de vida. Tal fato, a meu ver, dá ao problema uma dimensão mais grave, ou seja, até quando cuidadores descuidados suportarão cuidar dos outros sem que se cuide de si?

Mesmo diante de toda esta discussão, que me parece clara o suficiente em seu conteúdo, vemos uma instituição, e por que não dizer a grande maioria das instituições, descuidando de seus cuidadores. É neste cenário que se enraíza o sofrimento e se vivencia, até as últimas conseqüências, o desamparo. Não é à toa que Ger encerra sua fala com a expressão que repetitivamente permeou esta parte de seu discurso e parece simbolizar sua experiência: “É muito angustiante...!!!”

Ent: Enquanto gerente de um CAPS, como é pra você vivenciar todas estas questões?

Não é nada fácil!!! Eu sei que os técnicos também sofrem por entraves e dificuldades administrativas... eu também sinto tudo isto que o técnico sente em relação à coordenação... aos gestores... ao secretário... enfim... Eu acho que a gente que está gerenciando um serviço fica num lugar um pouco difícil porque fica entre uma equipe inteira e... entre os gestores. A gente não tem algumas autonomias para estar realizando determinadas ações... porque

depende do gestor pra concordar ou discordar... tanto no aspecto administrativo e até clínico... e... principalmente... no que diz respeito à infra-estrutura. Agora... estando numa gerência tendo vindo da base... do lugar de técnico... na ponta mesmo... dá pra ter uma compreensão desse lugar do técnico e desse outro lugar em que hoje me vejo.

Ger nos apresenta uma outra dimensão do olhar para a questão do cuidado do cuidador e do sofrimento do trabalhador. Diferentemente de Psup, trata-se, agora, de uma outra possibilidade de compreensão. Exatamente do quê estávamos em busca. Ao falar deste outro lugar, Ger nos aponta um aspecto que, de certo modo, pode nos causar surpresa: um mesmo-outro sofrimento vivenciado coletivamente. Um mesmo, na medida em que parece se referir a praticamente as mesmas questões trazidas por Psup. Um outro, pois é de um diferente lugar que vivencia tais situações. Como a mesma denomina, de um lugar ao qual poderíamos chamar de entre – entre a solicitação dos profissionais e a coordenação, secretaria etc.

Passo a compreender que faz sentido a emergência de uma outra possibilidade de vivenciar todas estas situações, mesmo estando em situação de chefia. Percebo que o sofrimento ao qual temos nos referido, parece não ser privilégio apenas dos denominados "profissionais da ponta", antes começa a se mostrar perpassando as diversas outras situações envolvidas no sistema.

Chama-me a atenção o fato de Ger parecer nos falar de uma outra dimensão do sofrimento, visto que, boa parte da sua dor se dá pelo fato de perceber a dor de seus colegas de atuação. É a dor do outro-profissional que lhe dói, do mesmo modo que, conforme anteriormente citado, era a dor do outro-usuário/familiar que causava semelhante sensação. Neste instante me reporto à compreensão de afetabilidade como algo inerente à própria condição humana e que se contrapõe a qualquer compreensão de neutralidade e/ou afastamento absoluto. Sofrer faz parte do con-viver, de modo que o sofrimento do outro, repercute em mim, como um possível sofrimento meu.

Durante este trecho do depoimento, Ger destaca a importância do fato de ter vindo da "ponta" e vivenciado boa parte das angústias que os outros profissionais enfrentam em seu dia-a-dia, como uma possibilidade de ampliação da capacidade de compreender o sofrimento dos demais profissionais. Esta fala me remete a uma citação, posta anteriormente no capítulo 3, em que uma profissional de um Hospital Psiquiátrico me dissera: "só sabe o que é trabalhar num hospital psiquiátrico, a gente que está aqui"! Parece ser disso que Ger está falando. De algum modo, ela tem as marcas e tatuagens deste percurso e, talvez por isto, possa compreender as solicitações de sua equipe com um outro olhar. Tal afirmação também repercute em meu próprio processo, de modo que me vejo podendo me aproximar destas questões, mesmo em meio a um grande sofrimento, por ter, eu também, estado inserido em todo este processo. Não que negue a possibilidade de um outro olhar e compreensão para quem vem de fora... Entretanto, também é inegável que o atestado da experiência vivida, nos coloca em um outro lugar. Não melhor, nem pior. Mas, apenas um outro lugar, de quem já sentiu na pele e carrega em si as marcas de toda uma caminhada.

Não objetivo afirmar que o fato de ter passado pelo mesmo lugar ou situação de quem você cuida garanta uma melhor atuação, escuta e cuidado. Pois, se assim o fizesse, estaria por dizer que para cuidar clinicamente de alguém, necessariamente, teríamos que ter vivido situação semelhante àquele que a pessoa se encontra. Entretanto acredito, e isto sim com propriedade, que, no mínimo, é preciso que haja uma atitude clínica, desinvestida de qualquer posição de arrogância, aliada a uma abertura e disponibilidade para se pôr junto ao outro que lhe demanda cuidado, considerando suas vivências e partindo delas, em busca de outros sentidos. Ações advindas simplesmente de livros, teorizações e/ou formulações administrativas e especulativas, sem disponibilidade para a afetação com a experiência e dor do outro, ao meu ver, são estéreis e terminam por promover entraves no processo de cuidado e, porque não dizer, de gerenciamento.

Isto tudo nos leva a refletir acerca da importância de que, no mínimo, os gestores busquem se aproximar do dia-a-dia dos profissionais em sua atuação, senão falar, da importância da presença de profissionais advindos das bases para ajudar a compor os órgãos de gestão. Põe-se em questão a atribuição de chefias a pessoas politicamente indicadas e, muitas vezes, descomprometidas e quase que totalmente alheias às dificuldades por que passam todos os atores do sistema. Tal distanciamento, pode se constituir como elemento dificultador frente à necessidade do estabelecimento de prioridades e compreensão das demandas e solicitações dos profissionais.

Fica claro pra mim o quanto uma equipe sofre no momento em que está querendo desenvolver algumas ações e se depara com os entraves... e isso vem como uma cobrança muito forte sobre o gerente... Acho que vem em cima do gerente porque é uma pessoa de referência... que está próximo... no dia-a-dia... num lugar que pode estar buscando algo pela equipe... Mas... é um lugar também que precisaria de um suporte... de um cuidado... pois não é um lugar fácil... Você tem que estar atento ao funcionamento da equipe como um todo... tanto na questão técnica: como é que esta equipe está funcionando... como estão as relações entre os profissionais... para poder até ser um facilitador também nessa relação. Para que a gente possa ser continente para os usuários... enquanto acolhedores de suas demandas... a gente precisa ter o cuidado com a harmonia deste trabalho e ...sem ter um suporte de supervisão fica difícil. É uma exigência muito grande em cima de quem está gerenciando... daí... tento ficar atenta e fazer o que é possível. Eu me sinto uma cuidadora da minha equipe... mesmo que nem sempre seja fácil...

Há momentos em que eu me vejo cuidando da equipe... mas em outros momentos... eu me sinto fragilizada diante de toda a demanda... porque são demandas inúmeras que chegam... Às vezes é uma questão pessoal... de relacionamento... Às vezes é o grupo inteiro que está num funcionamento... que está atuando em função de uma situação que não está explícita... e você precisa estar buscando trazer isto à tona... para clarear e buscar superar os

pontos críticos... É um trabalho de facilitador... Às vezes o grupo está funcionando de modo patológico... esquizofrênico... repetindo o funcionamento de algum usuário... É neste momento que precisamos parar... escutar... redirecionar... É um lugar difícil... Você tem que responder a muitas coisas...

Ger situa sua atuação diante da equipe, enfatizando duas questões que me chamam a atenção. A primeira, diz respeito à preocupação em se colocar, ela mesma, no papel de cuidadora de cuidadores. Neste instante, percebo que para Ger a atuação de um gerente está para além de uma função unicamente administrativa, mostrando-se envolvida com o bem-estar dos profissionais, o clima nas relações entre a equipe e o papel clínico desempenhado por todos seus membros. A meu ver, trata-se de uma postura interessante, pois ao abdicar da distância muitas vezes promovida pela separação hierárquica, cuida dos seus colegas e, de algum modo, desempenha um papel de super-visão, como quem olha de um outro lugar.

Mesmo assim, Ger aponta a falta de um cuidado para si, enquanto cuidadora, na medida em que solicita um suporte. De alguma maneira, termina por repetir o cenário de cuidadora descuidada. Ao repetir, por diversas vezes, que não é nada fácil estar neste lugar, Ger parece nos sinalizar um sofrimento inerente a sua atuação e a necessidade de um cuidado que lhe permita re-significar sua prática e continuar neste processo a que se dispõe. Se tudo o que falamos acerca da representação idealizada de profissionais é verdade, parece que este quadro se exacerba quando nos referimos aos quadros de chefia, onde a solidão do papel parece se somar como mais um elemento dificultador.

Mesmo se situando, em alguma medida, nesta postura de facilitadora do todo este processo, Ger nos fala da necessidade de uma outra supervisão. Parece nos falar de algo para além da dinâmica do trabalho. Seria a busca por uma escuta a partir de um olhar de fora? Seria um olhar a partir nos níveis mais elevados da gestão, numa espécie de

reconhecimento do sofrimento vivenciado na base do sistema? De que supervisão nos fala Ger? Qual a demanda que solicita esta super-visão?

Ao escutar este trecho do depoimento, me remeto às freqüentes solicitações por parte de profissionais de saúde mental a um espaço de supervisão, que, parecendo não existir ou existindo de um outro modo, representa um anseio como sinalização da necessidade de cuidado de cuidadores. Neste instante, ao reler o depoimento, pergunto-me se além do próprio espaço do qual Ger nos fala, não estaria ela nos comunicando uma sensação de não ser olhada pelos setores que gerem o sistema. Olhar também é cuidar. Às vezes, a sensação que temos é de que os profissionais buscam também por reconhecimento, não apenas por cobrança. Seria a supervisão solicitada também uma demonstração desta pré-ocupação dos gestores com o bem-estar do trabalhador?

De certo não podemos resumir a solicitação a penas um aspecto, pois se assim o fizessemos perderíamos o singelo de qualquer fenômeno: sua complexidade. Entretanto, é uma nova maneira que se apresenta e fica-nos para refletir.

É preciso estar atento para não repetir, no Caps, a lógica manicomial contra a qual tanto lutamos... ao mesmo tempo em que não estar estimulando dos usuários o “Capsismo”... a dependência do usuário da instituição de modo que não consiga ser autônomo e fique sobre a tutela de um serviço... Não podemos deixar que o usuário viva em função do internamento... da doença... da equipe... A gente tem que ter o cuidado para acolhê-lo na crise... mas não torná-lo dependente. O CAPS tem que ser um dispositivo de ajuda, que... no momento da crise... sirva de referência ao usuário e seus familiares... mas não, uma estrutura alienante e segregadora... Se a gente não estiver refletindo sobre isto o tempo todo... está correndo o risco de transformar o CAPS num manicômio... numa estrutura manicomial... O tempo todo, a equipe tem que estar se reciclando, rediscutindo, problematizando as questões pra que isso não aconteça, porque se não... vamos estar mudando apenas a estrutura física e não a lógica!

Aos nos reportar a estas questões, Ger nos sinaliza uma busca por cuidar não apenas das questões mais práticas do dia-a-dia, mas, sobretudo de um cuidado da ética que perpassa todo o movimento da Reforma Psiquiátrica. Compartilho desta opinião apresentada e percebo a necessidade de estarmos, constantemente, re-questionando os princípios e práticas que permeiam as ações no campo da saúde mental, sob o risco de repetirmos a lógica que, historicamente, se pôs a serviço da segregação e do descaso com os portadores de sofrimento psíquico.

A questão do "Capsismo" precisa ser atentamente cuidada. Embora, reconheça a resistência e negação de alguns setores acerca de sua possibilidade, o percurso histórico que discorremos, nos aponta a uma tendência ideologizante das ações em saúde mental. Percebo que muitas das resistências a estas discussões se fundamentam na dificuldade de perceber que o que está em questão não é, necessariamente, o julgamento da boa ou má intenção dos idealizadores e construtores dos movimentos. Tecer, hoje, alguma crítica às intervenções de Pinel, por exemplo, se torna sobretudo confortável, principalmente pela isenção de responsabilidade que o tempo histórico nos delega. Não buscamos culpabilizar ou identificar intenções fraudulentas e/ou maliciosas, embora em alguns momentos, da história e da atualidade, o seja possível fazer sem muito esforço. O que se trata, na verdade, é a busca por uma reflexão a despeito da complexidade da questão da loucura e seu enviezamento por temas sociais, políticos, econômicos e culturais.

Ger nos fala de uma Reforma mais radical, que questione, assim como propunha Basaglia, uma rediscussão do lugar social da loucura e sua institucionalização. Não podemos incorrer na ingenuidade de resumirmos desinstitucionalização a desospitalização, pois, fatalmente, estaria ou estaremos por, apenas, mudar de casa para a loucura, mantendo junto a ela todas as mazelas que historicamente acompanham suas representações.

Estas discussões tomam força, na medida em que passamos a conhecer diversas experiências ditas substitutivas, mas que na verdade parecem apenas reproduzir uma lógica

segregadora e manicomial. É disto que falamos ao discorrer acerca de alguns dos possíveis efeitos da institucionalização da Reforma enquanto medida governamental, sem que se discuta nas bases os porquês, os "como" e os "para quê". Termina-se por mudar apenas o aspecto físico, a grade de distribuição de atividades e, até, alguns trejeitos, da ordem do "agora pode e agora não pode", mas não se revisitam as bases do problema. O "louco" continua sendo louco, a sociedade que discriminava continua discriminando, a família que rejeitava continua rejeitando, a ciência que rotulava e estigmatizava continua rotulando e estigmatizando. Enfim, terminamos por construir um sepulcro caiado: limpo por fora... podre por dentro!!!

A questão da dependência versus a promoção de autonomia do sujeito por parte da equipe ocupa lugar central nesta discussão. O trabalho não pode ser para dentro, mas sim, para fora. A dependência e a super-proteção possuem caráter iatrogênico, terminado por comprometer ainda mais o usuário a uma dependência disfarçada. O CAPS, assim como os demais serviços substitutivos, precisam assumir uma postura de lugar de passagem. Ainda que se torne referência num momento de crise, não pode se constituir num gueto, onde se abrigam os excluídos, às margens da sociedade. Talvez, neste sentido, possamos dizer que boa parte das ações de um movimento da natureza da reforma psiquiátrica, seja em nível de educação, multiplicação, conscientização, discussão e participação popular. É a sociedade que tem que ser a verdadeira "casa dos loucos e dos diferentes", não uma instituição isolada. Afinal, todos, de alguma maneira possuímos nossas idiosincrasias e, imaginemos, se por estas causas, tivéssemos que constituir espaços diferenciados, talvez esconderijos... Onde iríamos parar?

Eis mais uma questão, onde iremos parar se não aprendermos a con-viver com o diferente? É de uma abertura para o lidar com a alteridade de que falamos.

Ger parece compreender estas questões e, de algum modo, expressar a preocupação para que sejam cuidadas no dia-a-dia de trabalho, sob o risco de comprometer

qualquer ação, por mais moderna e dinâmica que possa nos parecer. Ao discutirmos estas questões reporto-me a minha prática profissional em serviços substitutivos, no que se refere à dificuldade de sistematizarmos espaços/momentos para reciclagem e discussão permanente destes temas, como um grupo de estudos, por exemplo. Pergunto-me: Há, de fato, garantia de espaços para que se promovam tais discussões no dia-a-dia de trabalho? Se há, como se justificar em termos de produção? Há algum código, dentre os diversos elencados pelo Ministério da Saúde para constante reciclagem das equipes, como, por exemplo, a garantia de um espaço semanal para um grupo de estudo? Ou isso não é produtividade? Se não, talvez seja sim, causa de improdutividade ou de des-produtividade, numa espécie de se desfazer aquilo que se pensa estar fazendo. Eis-nos outras questões!

Agora... sei que também é preciso que se pense no profissional e não só no usuário. O técnico é gente... é um cidadão... é um trabalhador...

Logo após discorrer acerca de uma questão que envolve diretamente o profissional, em sua busca pela não cristalização das ações e, conseqüente, perda de sentido da proposta que se busca construir, Ger nos remete a um outro lado da questão: o técnico é gente...

Por mais incrível que nos possa parecer, essa parece ser uma lembrança necessária de se fazer. Ger parece sinalizar para um esquecimento da condição de humanidade do profissional de saúde e, mais especificamente, de saúde mental. Vivemos em dias em que muito tem se falado acerca da humanização da atenção à saúde. Embora, testemunhemos o grande e válido esforço em buscar melhores condições de atendimento e atenção à população assistida pelos serviços de saúde em nosso país, somos tomados pela sensação de que, muitas vezes e em muitos lugares, humanizar tem significado apenas uma reforma de ambientes e posturas dos profissionais frente a sua clientela, num plano de excelência do atendimento. Não que desprezemos o valor destas iniciativas, entretanto, ao refletirmos acerca do humanizar, não podemos deixar de buscar compreendê-lo fora de uma dimensão

originária, enquanto ato de tornar humano ou de, no mínimo, resgatar aquilo que há de humano no processo.

Neste sentido, não se poderia falar em humanização sem se falar em cuidado de usuários, mas também do cuidador. Afinal, existem manifestações mais humanas do que a afetabilidade ante a dor do outro, a solicitação constante por cuidar-se, além da possibilidade de coexistência das manifestações de empolgação e sofrimento em busca de sentido e de acolhimento? Existe algo mais próprio do humano do que, compreendendo a vida, a partir das dimensões do labor, do trabalho e da ação, buscar construir um sentido ético-político para o fazer profissional enquanto manifestação de uma tarefa existencial? Algo mais próprio do que a solicitação de um homem que, enquanto ser-no-mundo-com-outros, lançado no vir-a-ser, angustia-se e põe-se em constante solicitação por cuidar de ser? Talvez seja esta uma outra dimensão da humanização da saúde para a qual precisamos atentar.

Sendo gente... por mais que compreenda a causa e a proposta da Reforma como algo importante e fundamental... também tem uma vida... É verdade que o trabalho não é fácil... exige flexibilidade e disponibilidade por parte do profissional... requer muito jogo de cintura... o que a formação não ajuda... mas... a estrutura também tem que dar condições para que o trabalho seja feito. Precisa haver uma doação do profissional... mas uma doação que tem limite... Tem que haver planejamento... condições de trabalho... suporte... pois, pra ser um bom profissional... o técnico não tem que estar se matando... pelo contrário... tem que estar bem pra poder cuidar melhor.

Uma outra coisa que me angustia é você entrar numa causa dessa e não ter garantidos os mínimos direitos de sobrevivência de qualquer cidadão trabalhador... como um salário digno... por exemplo. O profissional deveria ser mais olhado pelos gestores, tanto em nível municipal e estadual, quanto federal. O Ministério da Saúde... os coordenadores nacionais, estaduais e municipais... os secretários deveriam estar atentos a isto... a tentar garantir o mínimo de dignidade ao trabalhador... o que é necessário para este trabalhador. A gente faz

um trabalho sério... é diferente de quem se esconde do usuário por detrás das grades e portões das enfermarias... a gente mantém contato o tempo todo... no CAPS... na comunidade... junto à família... A gente trabalha muito... no corpo-a-corpo... Na hora em que se faz um atendimento familiar, por exemplo... a gente para, para se aproximar o máximo possível daquela história... compreender suas nuances... seus detalhes e... isto dói... Não é fácil não... A gente vai trazer pra gente o sofrimento para poder devolver um acolhimento do problema e... é por isso que muita gente não encara a proposta... pois não é fácil não... Você se dá muito o tempo todo... e ainda não ser reconhecido???!!!

Tem alguns profissionais que não estão muito interessados em mudar e se envolver, mas a grande maioria está se dando muito.

Ger parece nos apontar a existência de uma dualidade de compreensões entre o cuidar da causa pela qual se luta e o cuidado do profissional/cuidador/lutador. Parece nos falar de uma situação dicotomizada, como se fosse possível pensar em um sem, necessariamente, se pensar no outro. Não é a primeira vez que este sentido nos sobrevém, logo, decidimos parar, com mais cuidado para compreender aquilo que Ger parece buscar nos comunicar. De alguma maneira, parece estar nos falando de uma cobrança, quase que sobre-humana, para que o profissional/"guerreiro" lute, até suas últimas forças e até as últimas conseqüências. Não sei se isto adviria de uma característica do próprio movimento, do sistema SUS ou do próprio modo do profissional lidar com esta situação. Parece nos falar da necessidade de se estabelecerem limites, bem como de uma contra-partida da instituição frente às cobranças que impõe ao trabalhador. De uma forma ou de outra, a verdade é que, esta questão precisa ser acolhida, pois termina por constituir um elemento de esgotamento e, talvez, desencantamento do trabalhador.

Aliado a isto e, ao mesmo tempo, nos sinalizando o importante lugar da instituição neste processo, assim como Psup, Ger nos remete a um panorama de falta de condições

mínimas de trabalho e dos direitos do trabalhador, que parecem ocupar lugar secundário no panorama em questão. Trata-se de outra contradição.

Como podemos nos dizer defensores dos direitos das classes excluídas, no caso dos portadores de sofrimento psíquico, se não garantimos sequer os direitos daqueles que constituem o próprio movimento de luta por esta causa? "Faça o que eu digo, mas não faça o que eu faço"???!!!.

Remeto-me à fala de Psup, ao se referir à difícil situação em que se coloca o profissional ao falar sobre saúde, cidadania e justiça social, quando o mesmo também é vítima de tais questões, muitas vezes por situações impostas pela mesma instituição que lhe convida ou exige a defender tais causas. Como falarmos contra os abusos, se somos os primeiros a abusar e ser abusados? Como falarmos em autonomia, se sabemos que, nós próprios, não somos autônomos, visto que, diante do alarmante cenário social em que nos encontramos, terminamos assumindo a postura do "é melhor pouco do que nada" e nos submetemos às situações impostas?

É este panorama que Ger parece nos apresentar. O descuido, quase que absoluto, dos cuidadores por parte das instituições, além da sensação de parecer não estar sendo visto.

Sendo o cuidador em saúde mental o seu principal e, por vezes, único instrumento de trabalho, esta situação de sofrimento precisa ser vista enquanto uma espécie de possibilidade de falência do próprio movimento. Num dado momento, Ger parece não compreender o porquê desta situação se encontrar neste nível: "nós fazemos um trabalho sério..." Como se buscasse explicação para o inexplicável. Sua fala soa em mim como se dissesse que se fosse punição pelo mau trabalho, até daria para se entender... mas, de outro modo, fica difícil... e conclui dizendo: "é por isso que muita gente não encara a proposta, pois não é fácil não... Você se dá muito o tempo todo... e ainda não ser reconhecido???!!!"

Compreendo o que Ger procura transmitir. De algum modo, compartilhei também, por muitas vezes, a sensação de estar sendo injustiçado, em meio a cobranças e não reconhecimento, mesmo diante de tamanho esforço para uma boa realização das propostas e atribuições. Diante disto, o profissional termina por se comparar a outros colegas que, parecem não empreender o mínimo esforço para uma ação efetiva de promoção à saúde na comunidade, mas nem por isso são tão cobrados: pois, por vezes, se conformam em ocupar o papel de um simples cumpridor de tarefas. Assim, termina por surgir o questionamento com respeito a se saber se, de fato, compensa dar-se tanto, mesmo sem o reconhecimento que se espera. Daí, muitas vezes, migra-se para a mediocridade e, assim como apontado nas discussões acerca da Síndrome de Burnout, o que era uma paixão que transformou-se em trabalho, como via de operacionalização, acaba se tornando apenas num emprego... numa simples tarefa. Talvez, buscar referências em outros profissionais, de outras áreas, seja o modo mais simples, ou o possível, para lidar com toda aquela situação, principalmente quando se depende dela para a sobrevivência, mas, às vezes, é também uma defesa possível, principalmente quando se tem naquele fazer, sua principal fonte de sobrevivência. Repercuta em mim este relato, pois era exatamente neste cenário que compartilhava do sofrimento meu e de diversos colegas, em busca de compreender o que estava a nos acontecer.

A gente que trabalha em equipe e... como não tem garantido o cuidado e atenção que precisava... termina um cuidando do outro no dia-a-dia. A gente não tem uma supervisão... não tem um espaço para reivindicar e ser escutado... Daí... a gente cria espaços de fala dentro da própria rotina de trabalho, para poder aliviar o sofrimento uns dos outros. Então assim... a gente tenta sobreviver... e fazer com que o trabalho ande nas poucas condições que a gente tem... garantindo entre nós... dentro da própria equipe... essa ajuda. É um que está mais forte em um dia poder ajudar o outro que está mais fragilizado... até mesmo em suas atividades formais... grupos... atendimentos... A gente precisa ter uma sensibilidade para acolher uns aos

outros... A gente tenta se virar dessa forma... mas que é muito ruim não ter esse cuidado garantido... mesmo se doando tanto... é. A gente precisava de supervisão... ou, no mínimo, que cada técnico tivesse condições de ter sua psicoterapia ou outra atividade de cuidado... Mas, a gente não tem um salário digno pra nossa sobrevivência... quanto mais...

Ao mesmo tempo em que continua a expor a situação de desatenção em que se percebe em sua rotina de trabalho junto à equipe que gerencia, Ger nos fala de uma atitude de cuidado que se desenvolve entre os próprios profissionais, de modo a se garantirem espaços de fala e cuidado de cuidadores. Acredito ser este um caminho possível para o cuidado do cuidador. É um cuidado que se dá entre pares, onde um se dispõe a escutar o outro e, juntos, buscarem construir sentido para seu existir. Evidente que, ao meu ver, este cuidado não pode transformar-se num instrumento de alienação e enfraquecimento da demanda pela busca de ações efetivas advindas dos órgãos gestores e da própria instituição, entretanto, penso que ações desta natureza precisam ser valorizadas. É preciso que se garanta ao profissional a oportunidade de falar de si, de compartilhar sua dor, de sentir-se forte e sentir-se fraco e de perceber, no grupo, uma oportunidade de acolhimento e continência, não contenção, de seu sofrer. Penso que é de um cuidar-de-si-cuidando-dos-outros que Ger parece nos falar.

Ao finalizar seu depoimento Ger levanta um questionamento para o qual buscamos atentar: "Mas, a gente não tem um salário digno pra nossa sobrevivência... quanto mais..." Não podemos recair no movimento de buscarmos a implantação e implementação de ações intra-institucionais que sugiram uma valorização e/ou uma preocupação com o cuidador/profissional, sem que esta se estenda aos diversos âmbitos da vida e da relação de trabalho, como salário, condições básicas de funcionamento, dentre outros. Nesta caminhada não podemos perder a noção de que há algo mais amplo sendo falado, como uma ética e uma postura existencial frente a si mesmo, ao outro e ao mundo.

- **COORDENADOR MUNICIPAL DE SAÚDE MENTAL (Coord)**

Ent: A partir de sua experiência como Profissional de Saúde Mental na assistência, Gerência de CAPS e, agora, Coordenadora Municipal de Saúde Mental, como você está percebendo o Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, neste momento de implantação e de tantas transformações?

A demanda por entrevistar um coordenador municipal de saúde mental surgiu a partir da fala das duas outras profissionais apresentadas anteriormente. Na medida em que me debruçava sobre os depoimentos, imprimia-me a sensação de que este outro olhar nos ajudaria na busca por uma ampliação na compreensão da questão do cuidado do cuidador e sofrimento do trabalhador de saúde mental. Após o primeiro contato estabelecido com a depoente, acerca desta entrevista, passei a vislumbrar a possibilidade de que o lugar da coordenadora de saúde mental, que estando fora do ambiente do CAPS, e mais proximamente ligada aos setores centrais de gestão das ações em nível de secretaria municipal, pudesse nos oferecer um outro prisma para a compreensão do fenômeno estudado. Partimos para a escuta, não numa tentativa de encontrar culpados, ou contrapor informações, mas, objetivando sempre olhar de um outro lugar possível, a saber de um outro cuidador, situacionalmente, ocupando a coordenação municipal de um programa.

Vejo que a Reforma tem dado uma parada ou está muito mais complicada do que esperávamos que estivesse... porque são poucas as pessoas que estão engajadas no processo e que possuem identificação de fato com a causa. É interessante fazer uma pequena reflexão de como as coisas foram acontecendo... desde as décadas de 70 e 80... quando houve aquele grupo que iniciou o Movimento pra mudar a realidade Psiquiátrica daquela época... Aquele grupo tinha uma identidade muito forte...!!! Eu vejo assim nos relatos... A história traz isso... Uma forte identificação com esta proposta de mudar... de definir novos paradigmas... de redefinir um modelo... Então... acho que aquele primeiro momento teve um peso e uma

significação muito grande. Ao longo dos anos... acredito que outras pessoas foram se engajando neste processo... lendo... tentando se aproximar desta leitura de CAPS... de Reforma... de mudança assistencial... E... essas pessoas... faziam o que faziam porque também tinham identificação com aquela proposta.

Tento compreender aquilo que Coord está tentando comunicar. A princípio parece uma fala desconectada, visto que, no momento em que mais acompanhamos esforços, inclusive em nível de Ministério da Saúde, no sentido de ampliar a rede de serviços substitutivos no país, Coord refere que "a Reforma tem dado uma parada"... De que parada estaria ela nos falando? O que, de fato, está buscando nos comunicar?

Aos poucos, percebo que Coord parece estar nos falando de um aspecto para além da ampliação numérica das ações em saúde mental, enfatizando questões da ordem da identificação e do engajamento dos atores envolvidos com a proposta. Inicialmente, e neste sentido, compartilho do retrato situacional feito pela mesma. A cada expressão, parece relatar uma certa pulverização do engajamento, de sorte que, muitos dos profissionais, usuários e familiares que hoje participam do movimento, parecem estar levantando uma bandeira sem saber, ao certo, que causa estão a advogar.

A que se deve esta ocorrência? Seria uma espécie de "tendência natural" de qualquer movimento, fruto dos desgastes que ocorrem naturalmente com o tempo? Seria consequência da institucionalização da proposta e diminuição das ações de base junto aos principais atores envolvidos, conforme discutimos anteriormente? Enfim, diversas são as questões que podem emergir a partir desta fala... Continuamos em busca de compreender o sentido daquilo que nos está sendo comunicado.

Hoje... a coisa está ficando um pouco diferente... O que eu vejo acontecer é que... a maioria das pessoas que estão neste contexto da Reforma... são pessoas que têm uma curiosidade... que ouviram falar... e que... muitas vezes ou por concurso ou por falta de outras opções de trabalho... engajam-se no Movimento... mas que não têm aquela identidade que se

faz necessária para a luta que o movimento exige!!! Pra se estar num CAPS... fazendo diferença... é preciso mais do que conhecimento... é preciso identidade com a proposta!

Então... me preocupa muito... hoje... qual é demanda destes profissionais? Será que eles estão lá porque querem transformar... mudar paradigmas? Ou eles estão achando bonito – “ah! Vamos derrubar os muros, vamos desinstitucionalizar!”? Isto está só do ponto de vista da teoria ou está também enraizado em sua prática? Eu sei o quanto é complicado lidar com o diferente... até porque... a nossa formação não prepara a gente pra esta nova proposta... eu acho que tem que se investir. Pra a gente ter este profissional com identidade é preciso fazer isto lá na formação... pois é lá na formação, onde você vai problematizar... futucar... estimular aquele futuro profissional nesta perspectiva.

Na medida em que o depoimento vai sendo apresentado, começo a perceber a ocorrência, significativamente repetitiva, de uma argumentação relacionada a uma suposta falta de identidade... identificação... engajamento... dos novos profissionais envolvidos no processo. Pergunto-me: Acerca de quê, Coord estaria nos falando? O que, a princípio, me soava com familiaridade, por fazer parte da minha própria fala cotidiana, passava, agora, a me causar estranheza. Não sei se o tom... Não sei se o contexto... Não sei se o lugar de quem, hoje, vê um pouco de fora... Só sei que ao escutar sobre estas características, era tomado pela impressão de que Coord se referia a algo da ordem de uma disposição e de um engajamento tal, que só me remetia a uma espécie de um alistamento para uma vivência de guerra.

Ao se referir aos novos profissionais, Coord destaca que muitos deles não possuem "aquela identidade que se faz necessária para a luta que o movimento exige". Este instante da leitura e análise dos depoimentos se constituiu em um dos mais difíceis, para mim, durante toda esta trajetória. Em cada fala de Coord, via um pouco de mim mesmo. Um ativista, um guerreiro, alguém com identidade e identificação com uma proposta, que, por

diversas vezes, se via a excluir e pré-julgar aqueles que pareciam demonstrar não ser assim como eu era, ou pensava ser!!!

Hoje, de um outro lugar, ao escutar a fala de Coord me pergunto: em que se baseavam minhas concepções? De quê democracia falava? Que intolerância frente ao diferente era esta que se mostrava em minhas atitudes e julgamentos?

Entretanto, estas posturas não me eram por exclusividade, antes, era compartilhada e reforçada por boa parte dos meus pares, numa espécie de "nós, os da saúde mental no contexto da Reforma Psiquiátrica, é que fazemos o que fazemos, bem feito!"

De certo, ao escutar estes relatos, há a possibilidade de compreensão a partir de uma crítica ao descompromisso que, muitas vezes, se mostra presente em boa parte dos profissionais de saúde, principalmente no âmbito da saúde pública. E, até acredito ser este o principal viés que Coord buscava imprimir a sua citação. Há profissionais que não se deixam afetar, envolver, apaixonar pelo que fazem e que terminam por desempenhar friamente suas funções, muito mais como um simples emprego, do que como um ofício. Entretanto, existem outras possibilidades de leitura que dantes não havia me dado conta, mas que de algum modo se mostram coerentes com algumas questões que temos discutido neste trabalho.

Ao revisitar minha própria experiência, a partir destes depoimentos, diversos questionamentos começam a surgir. Assim como Ger, Coord faz referência à inserção de novos profissionais no sistema - uns por meio de concessões políticas, por vezes duvidosas em seus critérios, outros por meio de seleção de currículo, baseada em experiências profissionais e "perfil" frente à proposta, além daqueles que adentram os serviços por meio de concursos públicos. Este é um tema polêmico e difícil de ser abordado. Em alguns momentos, principalmente em situações emergenciais, utiliza-se a contratação por meio de currículo e experiências pregressas, como forma de se garantir uma estrutura de pessoal minimamente qualificada para se exercer determinadas funções. Entretanto, sabe-se que tais contratações em momento algum substituem o concurso público como elemento de seleção

democrática de pessoal. Sendo assim, espera-se que se construa uma base, minimamente consistente, para que, com a chegada dos novos profissionais, quer concursados, quer transferidos, possa-se transmitir e compartilhar as experiências em andamento, bem como as propostas de novas ações, garantindo, assim, a continuidade das ações do sistema. Muitas questões se põem neste trânsito, de modo que se fossemos discorrer sobre este tema, teríamos elementos suficientes para diversos outros estudos. O que não é nossa ênfase neste momento. Entretanto, vale a pena destacar algumas delas.

Por vezes, se observa um certo grau de dificuldade dos elementos envolvidos no sistema, em lidar com a diferença implícita na chegada de novos membros para compor a rede de profissionais, principalmente se estes não possuírem alguns atributos, denominados corriqueiramente de perfil ou identificação. Não questiono os entraves e as possíveis dificuldades enfrentadas neste processo. Apenas busco destacar que estabelece-se um impasse: aqueles que, sobretudo, defendem a aceitação da diferença como elemento basilar de suas ações, vêem-se envolvidos numa grande dificuldade de aceitá-la, principalmente quando o tema em questão não é sua clientela, mas os seus pares.

Surgem-nos outras reflexões: O que estes outros novos profissionais, não tão "identificados", nos apontam que tanto nos incomoda? Não seria esta uma oportunidade de dialogarmos com o diferente, com o que vem de fora, a fim de podermos questionar e ressignificar nossa prática? O que temos que estes ainda não têm? Ou, o que estes ainda têm que já deixamos de ter? Em que se sustenta esta suposta intolerância?

Remeto-me a Heidegger (2002, p. 31) que, ao discutir a questão da técnica, sugere que "onde mora o perigo, é lá, também, que cresce o que salva", ou seja, é ao nos aproximarmos daquilo que nos ameaça, que temos a oportunidade de visitar suas origens e compreendê-lo de outro modo, destificando-o. Historicamente, fomos acostumados a buscar aniquilar o diferente, como via de fortalecer nossa identidade via exclusão do outro. Talvez, no caminho inverso esteja por se apontar uma possibilidade de crescermos, a saber,

nos aproximando, conhecendo e revistando o outro, o estrangeiro, o diferente, para de alguma maneira tecermos um sentido próprio ao ser-com.

Aí... a gente tem um modelo que não corresponde ao ideal. Por exemplo... hoje... aqui no Estado de Pernambuco... onde se vê uma região que poderia investir muito... que poderia estar ajudando muito neste processo... se, de fato, tivessem uma identificação com esta proposta e não apenas falasse da Reforma porque é moda... é lei... e quem não fizer assim se complica. O processo parece estar invertido... A motivação parece estar mudando...

Pergunto-me o que Coord busca nos comunicar ao falar em "modelo correspondente ao ideal". De que pressuposto parte a depoente? De que ideal de modelo? Existe um modelo ideal? A partir de qual perspectiva? Como falar em modelo ideal sem falar em aprisionamento de sentido?

Um outro aspecto me atrai a atenção neste momento da narrativa, a saber, quando a mesma nos fala em inversão. De que inversão Coord está nos falando? Quem está invertendo o quê? Seria uma inversão de prioridades? Ou a mesma inversão citada por Ger, a saber um movimento que deixou de partir das bases e passou a partir do topo do sistema?

Inversão de direção... Inversão de sentido... Qual o sentido atual da reforma Psiquiátrica Brasileira?

Ent: Como tem sido sua experiência neste processo de condução de um programa de saúde mental?

Em relação aos modelos substitutivos... realmente é muito complicado trabalhar numa condição de muita adversidade... porque aí... a gente tem dificuldades financeiras... dificuldades de recursos humanos... dificuldades teóricas... dificuldades de supervisão institucional... O CAPS... hoje... sobrevive... e com uma série de dificuldades! Sobrevive porque aqueles profissionais que têm uma identidade levam a frente. Se não fossem estes profissionais... o CAPS não teria como existir. Penso que deveria ter muito mais investimento

nesses novos modelos... tanto em CAPS... quanto nos novos modelos substitutivos. Acho que a gente precisa retomar os movimentos de base nos municípios... nos estados... começar a resgatar aquele 1970/1980... identificando esses grupos... aquelas pessoas com identidade com essa proposta. Eu acho que a partir daí a gente vai dar um novo fôlego ao movimento... Porque senão...!!! Hoje... a gente fala muito em CAPS... Residências Terapêuticas... Lares Abrigados... além de toda uma série de dispositivos substitutivos... Mas eles estão apenas sobrevivendo... eles estão sufocados. Eu acho que precisa haver muito investimento... enxertar recursos... dar melhores condições de trabalho... pra poder fazer valer, realmente, a proposta da Reforma Psiquiátrica.

A fala de Coord nos apresenta uma outra dimensão à qual não havia ainda atentado. Parece que não são apenas os profissionais que têm sofrido, mas, o próprio CAPS e demais serviços substitutivos têm sobrevivido. O cenário que a mesma apresenta em muito se assemelha àquele já apresentado por Psup e por Ger: a falta de recursos e condições de trabalho. É verdade, que existem algumas realidades onde, devido grande empenho da gestão local, se percebe a ocorrência de boas estruturas de funcionamento. Entretanto, parecem ser poucas estas situações.

Ao discorrer acerca da situação de escassez de recursos e falta de condições de trabalho em que se encontram os serviços substitutivos em saúde mental, Coord aponta que são os "profissionais que têm identidade" que fazem com que os serviços sobrevivam. Talvez por aí esteja uma das explicações para uma necessidade tão grande desta suposta identidade, visto que, dificilmente alguém sem esta "identidade" se submeteria a tais condições. De quê identidade Coord nos fala? O que é compreendido como identidade neste contexto? Subserviência? Não questionamento? Doação total e incondicional?

Chama-me a atenção o fato de que, ao apontar uma estratégia de melhoria do quadro atual, em momento algum questiona o modelo ou a instituição, se referindo apenas à identificação de "outros profissionais com identidade com a proposta", para se juntarem aos

atuais, como uma alternativa de dar um novo fôlego ao movimento. Ou seja, mesmo falando de uma enorme falta de que a estrutura institucional, física, financeira, dentre outros, a mesma só consegue se remeter aos "guerreiros com identidade", como esteio e sustentação para manutenção do sistema.

É daí, que advém a minha compreensão inicial de que, de algum modo, Coord poderia estar se referindo não a cuidadores/trabalhadores/profissionais, mas a soldados/guerreiros que, pelo amor à causa que defendem, não têm nome, nem desejo. Não podem se permitir sofrer, nem sentir dor. Não podem pensar em si... só na causa. A causa sempre é mais nobre, mesmo que nem se saiba, ao certo, qual é mesmo a causa. Resta-lhes por opção, lutar – pela causa – até a morte!

Não vejo este depoimento como uma fala sádica de quem planeja, mas não se expõe. De modo algum. Percebo que Coord fala também de sua própria condição... de sua própria trajetória... de sua própria experiência.

A instituição, mesmo não oferecendo condições, parece não poder ser questionada. Soldado não questiona, cumpre ordens. Cabe a eles, soldados/guerreiros-meninos, lutar, sofrer e pagar o preço pelo sonho, até as últimas conseqüências.

Tais citações me remetem, mais uma vez, àquilo que discutimos acerca do Burnout: os que mais se dão, mais sofrem e, conseqüentemente, menos se dão, porque não suportam tal condição por muito tempo..

Esta semana me aconteceu uma coisa muito interessante! Conversando com uma amiga... perguntei: “e aí, como você está? Está engajada num CAPS?” E aí... ela me respondeu: “eu não estou engajada em nada... e até os textos de Reforma Psiquiátrica que eu tinha... o cupim comeu!!! O cupim acabou com a Reforma Psiquiátrica.” Eu fiquei tão inquieta com aquilo... Será que o cupim também está acabando com a minha Reforma... com a nossa Reforma Psiquiátrica?

Fico surpreso ao ouvir mais uma metáfora: o cupim em via de devorar a Reforma.

De que cupim Coord estaria a nos falar? Falaria de algo lento, aparentemente inofensivo, mas que, com o tempo, corrói, de dentro para fora, sem ser notado, deixando a capa e a aparência como esconderijo de uma grande devastação? Ou ainda, a que dimensão estaria a se reportar? A dimensão pessoal ou ao próprio movimento idealizado? Estaria o cupim por comer a própria Reforma Psiquiátrica?

Mais uma vez, ficam-nos as questões...

Eu acho que a gente precisa parar... precisa reavaliar com cuidado... com carinho... qual é a nossa identidade enquanto profissional. Como é que a gente pode melhorar... dar um novo norte... uma nova direção a isto tudo. Eu acho que a gente... de um tempo pra cá... está forçando a barra e repetindo... sem inovar. Um ou outro município... um ou outro profissional vem com uma proposta nova... mas isto precisa se somar, para poder transformar.

Mais uma vez, Coord parece buscar situar em si (no profissional), ou apenas na ordem do individual, o problema que apresenta como estando vivendo a Reforma Psiquiátrica Brasileira. Será que a dimensão da questão não precisa ser ampliada e compartilhada com outros setores/atores envolvidos no processo? Será que a apreensão apenas em aspectos comportamentais, não termina por alienar e reduzir a discussão para aquém de suas reais possibilidades? Será esta apropriação da total responsabilidade pelos problemas e entraves apresentados também uma fonte de sofrimento para o cuidador/profissional?

Coord nos traz uma outra questão que julgamos importante de ser discutida. Trata-se da cristalização e definição de fôrmas e padrões predeterminados como entrave no movimento de multiplicação das ações substitutivas em saúde mental, sem que se considerem as especificidades, limites e possibilidades de cada região especificamente. A repetição de estratégias termina por sucumbir a própria proposta originária do movimento, a despeito da consideração da singularidade de cada sujeito e de cada localidade.

É claro que a gente avançou nestes anos... Hoje temos 515 CAPS no Brasil... mas... acho que poderíamos ter muito mais. Quando eu vejo um representante do estado dizer: “ah... mas está tão bonitinho o Hospital Psiquiátrico agora... a gente reformou... ajeitou... botou um jardinzinho...” Ver um representante da Coordenação Estadual de Saúde Mental falar assim... investindo num modelo antigo... me deixa indignada!

Coord retoma, a partir de um outro ponto de vista, uma questão também trazida Psup, acerca da possibilidade ou não da manutenção de estruturas como o Hospital Psiquiátrico, enquanto parte da rede de atenção à saúde mental no contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Mais uma vez, trata-se de um tema controverso e polêmico. Ao escutar estes questionamentos, reporto-me à necessidade de ampliação desta discussão, pois, ao meu ver, trata-se de algo para além de um simples fechar ou não fechar um determinado Hospital. Há algo mais amplo em questão!

É preciso que levemos em consideração a própria institucionalização social da loucura e, não apenas, o processo de desospitalização simplesmente. Se os esforços se concentrarem, como temos visto em alguns lugares, somente na substituição da rede assistencial, podemos incorrer no risco de apenas mudarmos a casa da loucura, mantendo, em seu novo habitat, seu papel, função e representação social. Mais do que o Hospital em si, a questão é aquilo que ele representa. E, nada nos garante que, sem uma reforma basilar na concepção acerca da loucura, o CAPS e demais serviços substitutivos não venham a ocupar, no futuro, o mesmo lugar que os manicômios, em tempos atuais.

Neste sentido, pergunto-me: Acaso é a Saúde Mental prioridade efetiva de gestão governamental, diante de outros programas e ações em saúde? De fato, qual a ação efetiva de incluir a questão da loucura na pauta dos principais temas sociais a serem desconstruídos e problematizados? Quanto tem sido investido em campanhas de conscientização em massa e participação popular, a fim de discutirmos estes temas?

Embora perceba que muito tem sido feito, no que se refere à implantação de serviços substitutivos em algumas regiões do país, estas questões permanecem em busca de resposta. A loucura, e o "louco", parecem continuar presos, mesmo que, em alguns lugares, tenham-se aberto as portas. O tema continua sendo velado, tratado às escondidas, às margens, de modo que, em muitas cabeças, ainda existam manicômios, porões e prisões, para conter e esconder o outro, o diferente, o estranho.

Por outro lado, percebo que Coord parece reforçar a discrepância e contradições das ações e prioridades de um mesmo sistema, o SUS, em seus diferentes níveis: federal, estadual e municipal. Sendo assim, é a própria estrutura que dá sustentação à proposta de Reforma que se esquizofreniza, cindindo-se e, muitas vezes, trabalhando em direções opostas.

Falta muito... cada um de nós ainda carrega muita insegurança... muito pré-conceito. O investimento em si também é muito pouco. Poucas pessoas têm buscado se trabalhar... tanto terapeuticamente... quanto em nível de conhecimento... estudo... preparação. Agora... não só é porque o profissional não quer. Faltam condições também... Enquanto profissional ele precisa também ser cuidado, pois ele também é humano e precisa ser reconhecido. E hoje... falta isto pra ele. Faltam oportunidades... faltam condições...

Qual é o profissional de saúde do serviço público... hoje... que tem condições de fazer uma terapia... por exemplo... para cuidar de sua saúde mental... de suas emoções... E aí... como é que fica? Ele se desdobra tanto... ele se desgasta tanto pra cuidar do outro... Ele tem esta obrigação, pois... enquanto se identifica com esta proposta... se doa... se lança... se joga pra cuidar... mas... em que momento ele cuida de si? Daí... tanto no ponto de vista intelectual... como no ponto de vista pessoal... falta... faltam opções... faltam condições... e a gente adocece... sofre... mas tem que continuar! Porque se parar...

Coord parece começar a falar de um sofrimento que emerge desta atuação profissional. Assim como Ger, recorre à humanidade do profissional, como expressão de que

este também precisa ser cuidado. Chama-me a atenção, mais uma vez, o fato de que começam a surgir expressões em sua fala da ordem do "ter que", mais uma vez remetendo-me à condição de dedicação, quase como obrigação, e tarefa como missão.

Porque não se pode parar? Será que pela culpa e sensação de fracasso? Ou ainda pela impossibilidade de deserção? Neste instante remeto-me a uma cantiga que, certa vez tive conhecimento, como sendo entoada por soldados durante os treinamentos das manobras militares, que dizia assim: "Ah, meu Deus, eu não posso parar... Se eu paro, eu penso... Se eu penso, eu choro!" Seria este um dos motivos que impedem o profissional de parar: pensar... sentir... chorar... Vê-se na condição de sofrente... de um cuidador em busca de cuidado!!!???

Ent: Como as equipes apresentam estas questões?

Neste instante buscava compreender como Coord percebia as vivências dos profissionais que estavam sob sua ação imediata. Acredito ser importante a busca por esta compreensão, visto que, muitas vezes, ocorre tamanho afastamento entre os níveis gestores e os operacionais, que algumas queixas e demandas de uma das partes, parecem ser totalmente alheias à outra em questão. Algo como se as duas partes de um mesmo sistema falasse uma linguagem totalmente estranha, impedindo qualquer possibilidade de comunicação e troca significativa.

É impressionante... Uma outra coisa que complica a situação do trabalhador... o desenvolvimento do CAPS... a sua consolidação... é a falta de uma supervisão institucional. Esta é a grande queixa dos técnicos...porque... às vezes... fica todo muito meio perdido... parece um jogo de sinuca... com as bolas batendo umas na outras. Está todo mundo querendo a mesma coisa... com o mesmo objetivo... mas... às vezes... a coisa empaca e nada consegue ser feito. Daí... uma supervisão... nesta lógica de estar facilitando... clarificando as coisas... seria fundamental. Pois... aos poucos... você fica meio robotizado... agindo mecanicamente e

aí... entra a supervisão... para dar uma parada nas coisas e ajudar a redefini-las... para dar um norte. Hoje... na condição de coordenadora... a grande demanda dos CAPS é pela supervisão: “A gente precisa de supervisão! A gente tem que ter um supervisor!”

De que supervisão Coord estaria nos falando? Seria um cuidado de cuidadores que os profissionais estariam a solicitar? Quando se refere à supervisão institucional, estaria nos falando de uma possibilidade de cuidado/re-visão da própria instituição ou apenas em nível das relações inter e intrapessoais? Estaria nos reportando a uma supervisão institucional ou, apenas, organizacional?

Faço estes questionamentos porque, embora perceba a necessidade de um espaço de fala/escuta para que os profissionais possam se colocar, a fim de sentirem-se, de alguma maneira, cuidados, o que percebemos muitas vezes é o interesse por uma intervenção clínica que aja somente em níveis superficiais, em torno da queixa, sem que se esteja disposto e disponível a uma promoção de questionamentos mais amplos e que remetam ao nível da própria estrutura institucional. Assim como ocorre frente à resistência pela busca de processos terapêuticos que terminem por se constituir num grande questionador do modo de ser do sujeito, da família e do grupo, é possível, para não dizermos provável, que tais resistências também ocorram em nível institucional. Daí a importância de questionarmos, de fato, o que se espera com determinadas intervenções.

E aí eu fico me perguntando: que supervisão é esta que o grupo está pedindo? Quais são os limites desta supervisão? Será que não estamos confundindo com uma necessidade pessoal... uma psicoterapia... por exemplo. Existe a necessidade do serviço de uma supervisão institucional... mas acho que muitas vezes... por trás... há uma carência. O profissional está sentindo tanto a necessidade de ser cuidado... Então... termina querendo uma supervisão para amenizar um pouco a angústia de não estar dando certo... mas o serviço... às vezes... não está dando certo porque eu não estou bem...

Mas também é verdade que... muitas vezes... eu não estou bem porque o serviço não está dando certo...!!!

Coord também se faz alguns questionamentos. Embora, ao final levante a possibilidade de uma ligação/influência dos aspectos pessoais/subjetivos com os aspectos organizacionais/institucionais, percebo que mais uma vez insiste em buscar uma referência, ou no mínimo uma ênfase privilegiada, no nível pessoal para um problema também institucional. Tento compreender de um outro lugar aquilo que Coord busca comunicar. Talvez esteja se remetendo ao fato de que, por faltarem algumas outras atitudes pessoais de cuidado de si por parte dos profissionais, estes acabem remetendo todas suas queixas ao âmbito institucional. É possível...

Entretanto, percebo que, a partir do meu percurso no campo da saúde mental em instituições, incorre-se num certo movimento de "psicologização" de todas as queixas, de modo a, algumas vezes, tender-se a se resumir todas as complexas questões inerentes ao existir, apenas aos seus aspectos de ordem subjetiva e intrapsíquica. O sujeito passa a se culpabilizar e a cobrar de si reações, mesmo sem o menor suporte e, por vezes, com o boicote da estrutura institucional em que se encontra. Cansaço, muitas vezes é lido como resistência a determinado trabalho. Afecções oriundas do estresse, vistas como somatização de "questões mal resolvidas". Exaustão e sofrimento, compreendidos como manifestação de descontrole e falta de domínio de si mesmo. Ao mesmo tempo em que, abuso de drogas, por exemplo, pode ser visto como abertura para o novo e não rigidez frente ao prazer. Estas, além de diversas outras possibilidades de exemplificação.

Neste contexto, ao meu ver, o "pensamento psicológico" pode constituir-se em instrumento ferrenho de alienação e subordinação de fenômenos biopsicossociais, apenas à sua dimensão psíquica e introspectiva, desviando a atenção de outras questões/aspectos que precisam ser revistos. Perde-se a dimensão do histórico, do político, do institucional, do econômico e promove-se um verdadeiro movimento para si, culminando em práticas de

autoflagelação, culpabilização e adoecimento. E, ao final, para não morrer o sonho e nem a instituição... morre o cuidador!

Retomo a citação de Coord de um outro lugar: "Que supervisão é esta que o grupo está pedindo?" Será que nós não estamos confundindo-a ou resumindo-a apenas a uma necessidade pessoal-subjetiva, ao invés de ampliarmos nossa compreensão a outros aspectos?

Uma outra questão que me atrai a atenção na fala de Coord é perceber um movimento de reforço da dicotomização entre estes aspectos pessoais e institucionais, como se nos fosse possível separá-los em dimensões isentas de influência mútua. Desta feita, cuidado do cuidador e cuidado de si, pode resumir-se apenas a atitudes formais e socialmente reconhecidas como, por exemplo, a psicoterapia, a consulta médica, dentre outros. É, exatamente, esta compreensão que percebo a necessidade de ser ampliada, ou seja, cuidado deixando de ocupar o lugar de algo que se tem apenas em alguns espaços, para o lugar de algo que é, sempre e a todo instante.

A verdade é que... a supervisão que é tão pedida... não acontece!

Ou seja, independentemente da compreensão que permeie esta intervenção denominada supervisão, segundo Coord, o fato principal é que a mesma não ocorre, independentemente de como é ou não percebida.

O que ocorre é que falta de investimento para isto na saúde. O gestor maior (secretário)... no caso do município onde trabalho... acha que isto quem tem que fazer é o coordenador...eu! Mas a lógica da supervisão que a secretaria quer que eu faça... é a lógica de ir lá saber se está faltando algum material... como estão os indicadores... avaliar o serviço... ver produtividade... assiduidade e horário dos técnicos... Uma coisa mais prática... mais técnica... mais objetiva e burocrática do serviço. Quando... na verdade... o gestor não entende que a supervisão que é solicitada está para além disso! É algo para trabalhar a questão subjetividade... O andamento da equipe... As especificidades da proposta... A dinâmica

particular de um CAPS... O sofrimento do trabalhador... As relações da equipe com os usuários, familiares e técnicos. A lógica de um CAPS tem que ser pautada na inclusão... na reabilitação... e... muitas vezes... a prática não está viabilizando isto que a gente deseja. E aí... é quando se faz necessário uma intervenção... para se reavaliar... respirar... e redirecionar as ações. O trabalho em CAPS precisa de muita sintonia da equipe e... sem esta supervisão... fica complicado.

Só que esta linguagem é estranha aos gestores de saúde. O que se busca são números... resultados... produtividade... E quando a gente tenta mostrar que, na prática, não é bem assim... não consegue se fazer entendido!

Neste instante, percebo que a questão posta por Coord é mais basilar do que aquilo que eu imaginava ser. Embora sustente os questionamentos que fiz anteriormente acerca da proposta da supervisão, percebo que Coord parece querer expressar algo mais estrutural e, portanto, mais grave. Expressa que não há sequer uma lógica pautada na importância de uma escuta que privilegie os aspectos pessoais e subjetivos como importantes no processo de cuidado em saúde, visto que são os próprios profissionais suas únicas ferramentas de trabalho. O que Coord parece nos falar é de uma lógica de homens-número, com grande preponderância do segundo em relação ao primeiro. Assim, parece não haver espaço para o sofrimento do trabalhador no âmbito da saúde em nosso país. O que importam, na verdade, são os resultados, os números, frios e secos.

Vou mais adiante, até quando haverá espaço de trabalho para homens, em seu sentido mais amplo, no campo da saúde, se estes parecem constitutivamente sinalizar algo que está em pleno processo de aniquilação, a saber, a subjetividade, a afetividade, a angústia, o sofrimento, a dor, a necessidade de se comunicar não em flashes, dentre inúmeras outras características e aspectos inerentes à condição humana, que são negadas por medidas matematizadas e excludentes de personalidade. O trabalhador para a saúde, sob esta lógica, não precisa, talvez, ser um cuidador, antes de tudo, um produtor, uma máquina,

cuja relação custo-benefício seja de tal ordem, que não se precise, sequer, perceber sua existência, mas, apenas seu resultado.

Outrora, já discutimos a questão da técnica e seu papel de legitimador das ações em saúde na contemporaneidade. O depoimento de Coord nos aproxima até às vísceras desta realidade. Até onde conseguiremos chegar se continuarmos a pensar/agir deste modo. Retomo a citação de que, em nossos dias, muito se tem falado acerca da humanização em saúde. Me pergunto: como humanizar se o que buscamos, com via de resultados e produtividade, vai de encontro a qualquer possibilidade de viabilização de vida humana? Humanizar... pra quê? Apenas para produzir mais? Para agradar melhor o cliente? Ou apenas para negarmos a nós mesmo, por meio de paredes pintadas, que, enquanto falamos em humanizar, agimos uma constante promoção de desumanização? Seria a humanização a que se propõe o SUS, apenas uma reforma nas paredes das salas de atendimento? Constituiria-se apenas num ato de ensinar atendentes a sorrir, a dizer "bom dia" etc? Apenas convencer os profissionais de que aquelas pessoas de quem eles cuidam não são pedras, antes "pessoas humanas", mesmo que estes se sintam em seu dia-a-dia profissional petrificado? É mesmo de humanização que falamos ou de reforma arquitetônica de esculturas e homens-pedra?

Uma outra questão se põe neste processo. Por que as solicitações dos profissionais são tão alheias aos gestores, de modo a, conforme a fala de Coord, os mesmos parecerem não compreender os pedidos advindos da base do sistema? De onde vêm os gestores de saúde? Como se dá esta ascensão? Se não do dia-a-dia da prática profissional, ao menos vieram de alguma instituição formadora e, aí, surgem-nos outras questões: O que aprenderam lá? Qual a lógica que permeia o ensino técnico e superior de nosso país? Gestores de homens ou administradores de máquinas?

Diante deste contexto e numa atitude de "caça às bruxas", é fácil e comum buscarem-se os "culpados" apenas entre aqueles que constituem as estruturas mais

periféricas do sistema, como secretários, coordenadores, gerentes e profissionais. Entretanto, é importante que discutamos, também, as próprias estruturas e critérios centrais, em nível ministerial, acerca das normas e padrões de controle e avaliação da produção e produtividade das ações em saúde. Assim como percebemos, a partir das falas de Ger e de Coord, o movimento de cobrança parece se arrastar desde a própria legislação que permeia o sistema, passando os demais setores da cadeia hierárquica a ocupar o lugar de meros reprodutores de uma determinação mais ampla.

Em que têm se pautado os critérios de avaliação da saúde pública brasileira? Qual a lógica que lhe sustenta? Quais os interesses aos quais atende? Como se estrutura esta rede impessoal de controle e exigências que, em diversos instantes, parecem não acolher o feedback daqueles que se propõem a viabilizá-la em suas ações?

É complicado... O coordenador fica numa situação complicada... ouve o pedido da equipe e... enquanto você está na equipe... como técnico na ponta... tem que dar conta de você mesmo... do seu trabalho... de suas ações. Daí... você diz: “Olha... estão faltando recursos para as oficinas... está faltando material para os grupos... carro para as visitas domiciliares ou passeio com os usuários... dinheiro para o lanche...” Quer dizer... enquanto a gente está na equipe... a gente cobra... e com razão! Cobra a quem está na situação de gerência e coordenação. Só que... você não se dá conta... que aquela pessoa a quem você cobra... também é cobrada do outro lado e se sente angustiada por não poder dar a resolutividade que a sua equipe está pedindo. A equipe está no dia-a-dia percebendo os problemas... os entraves... vê a necessidade e cobra à chefia... e... quando a gente está na situação de coordenação... vê o pedido da equipe... acha legítimo... sabe que é verdade... mas tem um gestor superior que diz: eu não tenho... eu não vou poder te dar... e você (!!!) é quem tem que resolver isto, porque você é a coordenadora, é a gerente...!!! E... acontece até de você escutar: “não me traga problemas... me traga soluções!!!” Não é fácil... quando isto acontece... você se sente completamente oprimido...você se sente numa situação muito ruim...

Impressiona-me o relato de Coord. Cada expressão... cada palavra... parece sinalizar um incômodo e doloroso lugar de quem sofre por ver o outro sofrer e por, muitas vezes, não saber o quê e/ou como fazer. Neste momento de sua fala, remeto-me a uma pequena história a mim contada durante uma supervisão. Alguém me perguntou acerca de quem mais sofria no movimento das ondas de um mar revolto, frente a uma espessa parede de rochas intransponíveis. As respostas possíveis pareciam-me ser apenas duas: ou a rocha ou o mar. E logo que fiz minha opção pela primeira, fui surpreendido pela resposta irônica, mas significativamente representativa: "nem um.. nem outro... Mas, o caranguejo que se põe entre elas". Parece ser desta posição que Coord se põe a nos falar. Remetendo-se, também a sua experiência de gerência de CAPS e de profissional da assistência, parecia se perceber neste incômodo e sofredor lugar: o lugar do caranguejo, que diante duas forças/realidade em constante degladição, resta-lhe ver-se oprimido e... a partir de suas próprias palavras: "numa situação complicada"!!!

Esta é uma outra dimensão, a partir de um outro olhar, da vivência de cuidadores descuidados no âmbito da saúde mental. Agora não mais Psup, na situação de "profissional da ponta", não mais Ger, na situação de chefia de uma unidade; mas sim, de Coord, representante último de um sistema municipal de atenção à saúde mental, tão sofredora e desamparada, quanto os seus subordinados administrativamente. Cuidadores descuidados, eis a questão que se amplia em seu ato de mostrar-se a si mesma.

A última parte desta fala de Coord, ao mesmo tempo em que nos causa bastante indignação, retrata boa parte das relações de poder que se estabelecem dentro da hierarquização da gestão pública em nosso país. De um lado uma severa cobrança por qualidade, por indicadores, por disponibilidade total do trabalhador, por outro a falta quase que absoluta de condições para a realização de qualquer ação. Além do mais, Coord parece nos falar de uma transferência de responsabilidades sempre para as posições mais basilares da estrutura, sem que, em momento algum, se questionem as verdadeiras possibilidades ou

não de implementação de tais ações. Neste contexto, resta ao trabalhador sofrer e, assim como refere Coord, sentir-se mal e oprimido. Questiona-se a capacidade, a disponibilidade, a habilidade, a versatilidade, a paixão, a empolgação e a dedicação do trabalhador, quase nunca, porém, a estrutura, seus valores, seus boicotes, suas contradições.

No organograma de uma secretaria... você tem pelo menos duas ou três chefias acima de você, além... é claro... do prefeito. A coordenação recebe a demanda dos ambulatórios... dos CAPS... da retaguarda do PSF... do Ministério Público... da Justiça... e da população. Você se sente no meio de uma grande guerra. É uma cadeia bem verticalizada e... no meio desta verticalização... as prioridades são diversas. E a saúde mental... não é a prioridade maior. A ênfase é toda voltada à Atenção Básica... ela é a menina dos olhos do Governo... Então... a gente sente que a Saúde Mental parece continuar ocupando um lugar de menor valia... embora muito já tenha mudado... e nós vejamos que já adquirimos um certo respeito, enquanto Programa... não podendo esquecer o que já foi feito...

Praticamente ao final do depoimento de Coord, percebo uma fala que parece significar diversas questões postas por ela desde o início de seu depoimento: "a gente se sente no meio de uma grande guerra". Talvez por isso que, em todo o tempo, a depoente tenha nos falado de questões relacionadas à necessidade de uma identidade forte com a causa, a um amor inabalável à causa, a um olhar sobre si mesmo em busca de falhas que pudessem, de alguma maneira, justificar alguns dos impasses e por em risco o êxito da batalha, além da insistência em expressões do tipo "a gente tem que"... "a gente não pode"...

Agora faz sentido... Pois, se assim não se posicionar, parece ficar difícil continuar a ser profissional de saúde em nosso país. Se não temos uma causa, "nobre" o suficiente para justificar a abdicção de nossa própria vida em seu propósito, fica difícil continuar. E aí, se eu paro, eu penso... se eu penso, eu choro... sofro e me sinto descuidado. Mas talvez, por aí habite uma possibilidade de re-significarmos nossa experiência e partirmos em busca da

promoção de um sentido ético e político, não só para o nosso fazer individual, mas sobretudo para o nosso fazer coletivo, enquanto Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Coord. nos aponta algo que em diversos momentos já havia sido sinalizado enquanto necessitado de ser questionado: o lugar ocupado pela saúde mental dentre as prioridades de governo no campo da saúde. Um outro aspecto que nos surge diz respeito ao próprio modelo de gestão no qual se baseiam as ações da saúde pública brasileira. Coord parece nos sinalizar que, em numa estrutura acentuadamente verticalizada, as ações terminam por assumir caráter de excludentes entre si, uma vez que a todo tempo tem-se que definir aquilo que é prioridade em detrimento daquilo que não o é. Ou seja, novamente a questão da identidade via exclusão parece se mostrar sob esta forma. Sendo assim, pergunta-se se não se faz necessária uma rediscussão dos próprios paradigmas que definem e norteiam o estabelecimento de aspectos da saúde como sendo mais importantes que outros. Afinal, de que saúde falamos nós? O que compreendemos por saúde? Apenas combate à doença, e esta, física?

Quando você apresenta as necessidades... escuta que não tem recursos... não tem dinheiro... Daí você se sente totalmente impotente... A quem você recorre para obter algum recurso, não pode te ofertar... A quem te procurou, falando das necessidades... você não pode responder. Resta ouvir as angústias da equipe, das gerências dos CAPS e daí você fica: “...segura mais um pouquinho... espera mais um pouco...vamos ver o que a gente consegue fazer...”

Destaco este fragmento da fala de Coord como sinalização de um sentimento que perpassa boa parte dos trabalhadores no campo da saúde pública brasileira: a total impotência. Estabelece-se um impasse indissolúvel. O trabalhador vê-se, a todo o momento, entre o desejo e a impossibilidade, entre a demanda e a carência de condições, entre o cuidar e o sofrer. Remeto-me às explanações acerca da Síndrome de Burnout, conforme discorremos anteriormente, identificando este como sendo um dos primeiros passos que,

segundo a literatura, desencadeiam tais vivências de adoecimento do cuidador, a saber, a sensação de que seus esforços são impotentes para transformar o panorama estabelecido. O trabalhador vê-se diante de uma situação aparentemente intransponível e, por não mais agüentar sofrer, decide, a custo de muito sofrimento, parar de cuidar. É bem verdade, que durante o depoimento, não nos foi possível perceber vivências que de alguma maneira nos sinalizassem um processo tal qual descrito na literatura, entretanto, o que não nos faltam são indicativos desta possibilidade. Vemos como uma possibilidade de compreensão da não ocorrência destas vivências, mesmo o ambiente mostrando-se bastante propício para tal, o tamanho apego e devoção à causa, atrelado a atitudes como a afirmação de identidade, dentre outras. Talvez estes posicionamentos e crenças se ponham como elementos definidores das vivências e do reconhecimento do sofrimento por parte do profissional. Afinal, soldado/guerreiro não pode sofrer e, ainda que sofra, não pode atentar para sua dor, sob o risco de comprometer sua batalha. Daí, o sofrimento se camufla, se esconde, e quando vem a aparecer, muitas vezes, já tem deixado danos absolutamente irreversíveis.

Diante deste contexto, conforme bem pontua Coord, parece que só "resta ouvir as angústias". Talvez aí se explique boa parte do pedido de supervisão por parte dos profissionais. Trata-se, na verdade, de uma solicitação por uma escuta... pelo menos, enquanto espaço de catarse. Aliás, este é um dos aspectos que podem estar compreendidos num processo de escuta e fala: a catarse, enquanto possibilidade de descarregar um peso, uma tensão. Entretanto, vislumbra-se que, a garantia mínima deste espaço, possa levá-lo a não se resumir a este aspecto, propiciando-se a promoção também de um ambiente de re-significação de uma prática, de atitudes e de estruturas.

Eu... pelo menos... não gosto de repassar tudo o que é me dito ao pé da letra. Se eu recebo um não da secretaria... eu tento amenizar... dizendo: "vamos dar mais um tempo... vamos continuar tentando, pessoal". Mesmo que o 'não' seja bem enfático... eu procuro não repassar este não com tanta veemência pra não frustrar mais a equipe. A gente tem diversos

exemplos disto. Quantos não são os projetos e as ações que foram ficando no caminho por falta dos mínimos recursos... porque falta carro para as visitas... Não tem sequer vale-transporte para o técnico ir para a comunidade... falta medicamento... falta até a alimentação para os usuários... É muito “não”... junto de muita cobrança... Você tem que ter indicador... mesmo sem ter muitas condições de alcançá-los. Se a Saúde Mental fosse uma prioridade mesmo... a gente não sofreria tanto...

Aqui, eu é que me valho de uma metáfora, como via de expressar aquilo que compreendi desta fala de Coord.: "Como uma galinha, que arma em volta de seus pintinhos, na tentativa, muitas vezes, inválida de protegê-los frente a um determinado agressor." É esta a figura que me vem em mente, na medida em que escuto esta narração. Não sei se é pertinente tal comparação, uma vez pode sugerir uma atitude "paranóica", em busca de identificar, unicamente, agressores externos. Mas o fato é que, vejo na fala de Coord uma atitude de busca por cuidar de cuidadores. Não sei, ao certo, até que ponto esta constituiria ou não uma alternativa razoável de se amenizar qualquer conflito, mas, longe do interesse de tecer qualquer julgamento, o que percebo é que Coord nos fala de algo que lhe é possível neste momento. É este o modo que dispõe para cuidar e é assim que tem cuidado.

Mas não é fácil lidar com isto... Se você não se coloca como pára-choque... para absorver parte deste impacto... a coisa fica mais complicada... pois o técnico... lá da ponta... já sofre tanto com os entraves do dia-a-dia e... se você não ameniza... quem é que agüenta? A gente vive gerando doença e adoecendo... entendeu? Este é o nosso círculo! E para não tornar a doença potencializada... o que nos resta a fazer é tentar trabalhar esta angústia e continuar vivendo. Eu percebo a complicação... a contradição desta minha atitude... mas... a gente não pode deixar que a coisa piore para a equipe. Alguém tem que mediar... pelo menos entre a gestão e a equipe...

Eis uma outra metáfora que nos surge durante esta caminhada: o pára-choque. Mais uma vez pergunto-me quais os sentidos possíveis que podemos lhe atribuir? Ao mesmo

tempo em que serve para proteger, para aliviar e suportar os impactos, o pára-choque parece também dizer de um elemento que tem por missão sofrer por uma causa. Ao mesmo tempo em que pode ser visto como indicador de uma atitude "nobre" de desprendimento, pode também significar uma atitude de anulação de si. Qual o sentido que Coord. deseja nos comunicar? Ser pára-choque pode, de algum modo, corresponder a uma atitude de cuidado do outro e de si? Ficam-nos outras questões.

Coord parece falar de um conflito ético frente ao qual se põe, ao tentar amenizar o sofrimento de sua equipe. Fala-nos de sofrimento, de dificuldade, de contradição, mas, sobretudo, parece nos falar de um estado de limite no qual vivem os profissionais inseridos neste contexto, restando-lhes, diante das pequenas esperanças de mudança, adoecer e gerar doença. Eis aí uma clarificação possível do porquê da ênfase inicial enquanto cuidado se resumindo à psicoterapia, a espaço de fala, bem como de um sentido que pode se imprimir a estes dispositivos de cuidado. Parece ser apenas isto o que resta ao profissional: "trabalhar suas angústias e continuar vivendo". Como nada parece mudar, o profissional termina voltando sobre si em via de amortizar seu próprio sofrimento, mesmo que pra isso tenha que se alienar.

Um outro problema é a mediação entre os técnicos e os usuários... É o nó crítico!!! O usuário chega e diz: "seria importante que esta sala fosse reformada... que uma horta fosse construída... que um passeio fosse feito!" A equipe solicita e... quando não tem verba... a mesma equipe tem mediar com os usuários. Se a gente não tiver esta habilidade para...para...para – como é que eu diria? - Eu não estou querendo dizer que tem que ter habilidade pra enrolar (sorri)... mas... habilidade para minimizar este sofrimento do outro. A gente tem que aprender isto... porque vive num país onde os recursos são limitados... onde as adversidades são muito grandes.

Neste instante, Coord amplia o cenário da problemática da questão. Ao contrário do que possa parecer, o conflito não se resume apenas ao âmbito dos profissionais, o que

poderia facilmente ser lido como mera insatisfação ocupacional ou protesto infundado diante do cenário político-econômico, como nos é comum escutar no dia-a-dia, frente à qualquer reivindicação por melhoria das condições de trabalho. O dilema se estende ao usuário, em tese, elemento último e atividade-fim do processo de atenção à saúde. E, quando o tema se volta a estes, o quadro se alarma. Falta estrutura... faltam condições... e termina faltando até transparência. O descuidado amplia-se não só ao âmbito dos cuidadores/profissionais de saúde, mas atinge todos os elementos envolvidos no processo.

Se hoje o problema não está podendo ser resolvido... vamos continuar tentando... lutando... o que não se pode é matar o sonho...

Ao final, algo me atrai a atenção e, novamente, me surpreendo com o achado! Após todo este percurso de relato de um quadro de intenso sofrimento, Coord termina seu depoimento com esta fala: "o que não se pode é matar o sonho". Estaria Coord buscando reforçar, para si mesma, o seu compromisso mesmo depois de todas estas afirmações? A que sonho se remete a depoente? O sonho da causa, enquanto ideal, ou o sonho da causa, enquanto projeto existencial?

Neste instante, ao findar este processo de colheita dos depoimentos, utilizo-me da fala de Coord como bússola para a próxima etapa desta caminhada: De que sonho falamos nós? Qual o sonho que buscamos sonhar? E, qual o sonho que não se pode matar?

A verdade é que... a gente tem que sempre estar buscando formas de afrouxar um pouco os cadarços... Se não... a coisa estoura... mas é assim que se constrói ...

E, ao falar de afrouxar os cadarços, podemos compreender, de algum modo, que Coord nos fala acerca de modos possíveis de cuidado de si.

Retomo a minha questão: Quem cuida do cuidador? Como se cuida do cuidador? Qual o sentido para o cuidador de cuidar de si?

Em boa parte dos depoimentos nos foi necessário suprimir alguns trechos e exemplificações dos depoimentos, sob a justificativa de nossos depoentes de que algumas de suas falas poderiam incorrer em intervenções retaliadoras por parte de alguns atores do processo de gestão pública das respectivas instâncias do poder. Embora nos cause bastante incômodo ainda observarmos atitudes desta natureza, camufladas sob um discurso democrático, isso não nos é de impressionar, principalmente se levarmos em consideração que a política partidária em nosso país tem se afastado, em módulos históricos, de uma atitude ética, enveredando por caminhos ligados à suspeição e negação dos valores básicos defendidos e pregados publicamente como sendo os ideais que não de, supostamente, permear as atitudes de nossos governantes.

Um dos depoentes assim nos comunicou ao final de sua fala: “Vê bem... fazer política é muito complicado!!! Estas posições exigem de você algumas posturas que muitas vezes podem te comprometer. Muito do que eu venho falando aqui pra você é de conteúdo confidencial... Não falaria para uma outra pessoa... porque isto pode me comprometer... A gente termina expondo as informações e não sabe ao certo como isso vai recair sobre nós”.

Não é de um país democrático que falamos?

Compreendo o dilema vivido pelos depoentes e me ponho diante de suas falas, como alguém que também já passou por estas mesmas situações. Percebo o quanto foi difícil, para mim, discorrer acerca destas questões, que diziam, até certo ponto, da minha própria experiência de profissional de saúde pública. Nos primeiros instantes, tive a exata sensação de que não conseguiria falá-las, tanto devido a minha implicação, quanto devido a minha posição institucional de empregado contratado. Somente durante o percurso do Mestrado, ao mudar de Estado e de emprego, vinculando-me a outra realidade distante daquela sobre a qual desejava me debruçar é que pude me sentir, minimamente, à vontade para tecer meus comentários e reflexões.

Assim, de algum modo, consigo perceber o drama vivido por esses profissionais. Imagino não ser fácil para eles, assim como não o foi para mim, sentirem-se, em alguns momentos, reféns de uma determinada conjuntura política, sujeitos a manobras e atitudes que lhes impõem uma sensação de “ser objeto”, vulnerável a acordos e manipulações politiqueras, que brincam com pessoas, projetos e sonhos, como se fossem moedas de barganha eleitoral.

Ao me reportar a estas questões, lembro-me do impasse em que vivi, por trabalhar na situação de contratado, em um determinado município, em época eleitoral. Era dormir e acordar sem saber se ainda continuava empregado. Foi ter que, devido à necessidade de sobrevivência financeira, minha e da minha família, me submeter a fazer panfletagem de um determinado político que sequer conhecia e, no qual, também não votava. Entretanto, se assim não o fizesse, incorria no risco de sofrer retaliações e ser demitido de minha função. Interessante que, nestes momentos, não se questiona o envolvimento com as ações de saúde, a dedicação, a responsabilidade, o amor, mas, apenas a vinculação política e assunção de um papel de cabo-eleitoral.

Tais situações provocavam um sofrimento de tal ordem, fruto de uma contradição profunda entre os meus valores e ideais éticos e políticos e a postura que aquela situação demandava. Não pretendo por em questão se poderia ou não ter rejeitado aquela situação. Só sei que hoje, de fora e distante de qualquer possibilidade de retaliação, é fácil comentar, criticar, reprovar. Mas, naqueles dias, em que o meu “tudo” financeiro e econômico se punha em “xeque”, a situação era extremamente geradora de sofrimento.

Sendo assim, não poderia deixar de tecer estas reflexões, talvez por perceber que, hoje, possuo um privilégio que os meus pares não dispõem atualmente: a possibilidade de falar com a relativa isenção de ser retaliado e, portanto, não poderia calar!!!

6. CUIDAR DO CUIDADOR: MAIS QUE UM FINAL... APENAS UM COMEÇO...

Embora, desde muito tempo, sentisse o grande desejo por dissertar acerca do cuidado do cuidador, inicialmente, não esperava que se constituísse numa questão tão ampla. Ao passo que, hoje, ao me aproximar do fechamento deste trabalho, me dou conta de que tudo o que foi abordado trata-se, na verdade, de apenas uma possibilidade de olhar para a questão em alguns dos seus aspectos. Na medida em que prosseguia com as pesquisas, leituras, e, principalmente, com a escuta dos depoimentos, percebia a amplitude do tema e, a cada passo dado, o percurso a caminhar parecia só aumentar. Durante alguns momentos, tal fato constituiu-se em fonte de angústia pela sensação de que poderia não conseguir expressar aquilo que tanto almejava. Entretanto, aos poucos, fui me dando conta que não estava em busca de um fim ou conclusão que esgotasse o tema, antes, apenas uma aproximação possível e, talvez, infundável.

Enfim, chegamos a este momento. Mais do que um final... Apenas um começo...

Essa foi a expressão encontrada a fim de buscar comunicar que, para além de estudo conclusivo e definitivo, esta dissertação se constitui apenas em um outro ponto de partida. Só que agora, de um outro lugar... É certo que chegamos a algum lugar... Entretanto, não o percebemos como “ponto final”... Talvez, uma parada para refletir... meditar acerca do encontrado... compartilhar sentido... Mas, marcado por outras tatuagens, prosseguimos a viagem.

Perceber o fruto de um exaustivo trabalho, em forma desta dissertação, representa, antes de tudo, um compromisso ético de não negar o visto, bem como de não deixar morrer a inquietação. Cuidar de cuidadores - de mim mesmo e de outros - vai aos poucos se mostrando a mim como uma paixão, um motivo, um modo de ser.

Dissertar acerca de cuidadores/profissionais de saúde mental representa, hoje, um caminho que me foi possível para a aproximação desta temática, em busca de um sentido para

algo mais amplo, a saber, a minha própria existência e daqueles tantos outros cuidadores, quer profissionais de saúde, quer de educação, quer religiosos, quer voluntários, dentre tantos outros, que têm no cuidado o seu ofício institucionalizado. A aproximação dos meus pares no campo da saúde mental ecoa, de certo modo, como o *con-tato* com um singular, que aos poucos me leva na direção de algo amplo e universal, a saber, a demanda humana por cuidar e ser cuidado.

Hoje, profissionalmente afastado da assistência direta a portadores de sofrimento psíquico no âmbito da Reforma Psiquiátrica, pergunto-me acerca das possibilidades de compartilhamento desta criação no universo dos serviços substitutivos. Chego a este final percebendo-me do mesmo modo como me percebia no começo: sem respostas, sem certezas, sem garantias... Apenas aberto àquilo que, neste caminho, possa vir a se mostrar.

Viajante... Sedentário... Artesão... Narrador...

De algum modo acredito que estas laudas não se resumirão a apenas um trabalho acadêmico para obtenção de um grau específico, pois, mesmo que vislumbre toda a importância deste ato educacional, não gostaria de me restringir a apenas esta dimensão. Para mim seria pouco... Afinal, mais do que titulação, busco uma atitude ética e política de agir no âmbito do *entre-homens*, pois só assim percebo que me veria dando sentido ao meu existir.

Lembro-me, neste instante, da afirmação de um dos professores durante o Mestrado, com respeito ao trabalho que estava por se iniciar e a ansiedade que, aquele momento, gerava em todos nós: “Não se angustiem tanto... esse não é O TRABALHO das suas vidas”. Naquela ocasião, percebia claramente a sua preocupação em acolher nossas angústias, talvez fazendo referência a toda a produção científica que, possivelmente, poderíamos vir a construir.

Ao chegar a este momento da minha trajetória, arrisco expressar apenas uma conclusão. De fato, este pode não ser o trabalho da minha vida, mas ao certo é a minha vida, até então, que se mostra um pouco através deste trabalho.

Noites de sono... questões... estudo exaustivo... inquietações...

O esforço foi tamanho e, embora, com a constante sensação de que muito ainda poderia ter sido dito, sintetizo minha sensação em uma só palavra: valeu!!!

Valeram os descentramentos, as dores inerente ao crescer, as angústias frente ao novo que se mostrara, o aprender a dialogar mesmo que, em alguns momentos, solitariamente... Enfim, estas, dentre muitas outras coisas, representaram aspectos valiosos de um aprender a pesquisar clinicamente.

Neste instante, pergunto-me acerca conclusões!

Poderíamos falar em concluir sem nos remetermos ao fechamento de outras possibilidades de sentido? Penso que sim. Não falo de conclusões estáticas e definitivas, mas daquilo que neste instante da trajetória nos foi possível escutar, compreender e dar sentido. Muitas são as questões que fazem parte deste processo de chegada. E, talvez, aí esteja o segredo de uma conclusão coerente com tudo aquilo que vimos, ouvimos e sentimos durante esta trajetória: Levantar questões!!!

É preciso resgatar o valor de questionar... Do pôr temas em movimento. Afinal, é assim que se constrói conhecimento vivo e implicado: pondo em questão o convencional e estabelecido. É neste movimento que teoria e prática se oxigenam mutuamente e que o novo e o antigo se confrontam, se misturam e resultam na criação de outras possibilidades de ser. Assim, chegamos a este final cheios de novas questões e é a partir delas que desejamos marcá-lo enquanto um novo ponto-de-partida.

Primeiramente, não poderia deixar enfatizar a importância da aproximação com uma atitude fenomenológica existencial de pesquisar clinicamente, como marco diferenciador do meu olhar e prática no âmbito da saúde. As práticas clínicas em instituições, principalmente, públicas, têm demandado a necessidade da construção de teorizações que subsidiem o fazer profissional diante do cenário sócio-cultural da atualidade. Sendo assim, faz-se urgente a

necessidade de ampliação das discussões no âmbito da saúde pública, pautadas na abertura e flexibilidade dos profissionais em buscar exercer criativamente uma clínica social com ênfase na inclusão e consideração da indissociabilidade homem-mundo. Neste contexto, a apropriação da fenomenologia existencial enquanto um modo de se portar frente à vida, aberto ao diálogo com as diversas possibilidades de manifestação fenomenal, sem dúvida, constitui uma alternativa coerente para a produção de uma ação clínica cuidadosa frente às demandas que se apresentam no dia-a-dia profissional.

No que se refere à Reforma Psiquiátrica Brasileira, acredito que diversas questões precisam estar sendo revisitadas constantemente. Percebo-a sendo um movimento que, originariamente, aponta para uma questão crucial e que precisa ser re-escutada: a desinstitucionalização da loucura. Neste universo, compreendem-se temas correlatos como a superação da lógica preconceituosa e excludente ante a diferença, a busca por uma atitude ética de inclusão e promoção de saúde respeitando as peculiaridades que emergem na diversidade, dentre inúmeros outros. Sendo assim, é preciso atentar para o cuidado de não resumirmos desinstitucionalização a desospitalização, reduzindo e comprometendo o sentido ético do movimento.

Durante alguns momentos, fui tomado pela sensação de trânsito entre a paixão e a desilusão. Hoje, percebo que não se trata de desiludir, mas, ao contrário, de renovar as esperanças de um outro modo. Acredito que as questões postas pelos depoentes, as quais, de algum modo, também dizem de mim, precisam ser cuidadas pelos profissionais e, principalmente, pelos gestores neste momento de “assunção” da proposta pelo poder público.

Ponho em destaque as diversas referências feitas a uma suposta inversão na direção constitutiva do movimento da Luta Antimanicomial, passando este de um projeto desenvolvido, inicialmente, nos movimentos de base, para um projeto supostamente imposto e regido pelo sistema governamental e que, em boa parte das vezes, parece não mais escutar o

feedback daqueles que ajudaram a lhe construir. Penso ser preciso resgatar a dimensão coletiva das discussões, trazendo a questão de volta para uma construção junto aos movimentos de usuários, familiares e trabalhadores, além de ampliar aos demais segmentos da sociedade, sob o risco de se perder o sentido originário das ações, enquanto manifestação da capacidade popular de lutar por seus direitos e de reger sua existência.

Evidentemente que isto não representa a negação da importância do envolvimento do Governo na promoção destas ações, aliás, cumprindo um de seus papéis constitucionais, a saber, zelar pela garantia da promoção à saúde como direito do cidadão e dever do Estado. Ao contrário, busca-se que, de fato, o poder público, em suas diversas esferas, possa estar empenhado em garantir a execução destas e de outras ações relacionadas ao bem-estar da população, sem que, para tanto, atrepele o caráter de construção democrática dos processos.

A questão é que o que tem se percebido é a presença de uma série de contradições e desvios de prioridades por parte das estruturas governamentais, as quais têm permitido o sucateamento da rede de saúde, sob a alegação da necessidade de adequação a exigências e padrões econômicos globais, mesmo quando estes ferem frontalmente a soberania nacional e o direito do seu povo. Importante resgatar que tal fato constitui uma permanente fonte geradora de sofrimento, não só para a população des-assistida, mas também para os profissionais, que, por falta de condições de realizar seu trabalho com dignidade, põem-se a sofrer demasiadamente por não poder realizar aquilo que se propõem em seu compromisso ético.

Ainda com respeito a esta temática, um outro aspecto que precisa ser posto em questão trata da necessidade da atenção para a discrepância evidenciada frente às diferenças regionais, que, muitas vezes, se fazem presentes até em municípios vizinhos. Vivemos num país amplo e múltiplo, com realidades sociais gritantes, fruto de uma imensa discrepância social e política entre algumas regiões. É preciso que se desenvolvam mecanismos efetivos de garantia da

multiplicação das ações do Sistema Único de Saúde considerando estas questões, sob o risco de aumentar, ainda mais, as diferenças que nos distinguem.

Também crucial para o desenvolvimento destas ações, está a necessidade de ser dada a devida importância ao investimento na formação de pessoal, tanto em nível universitário, quanto técnico, mas, principalmente, para aqueles que já compõem a rede de saúde, carecendo de uma formação continuada, por meio de incentivos e desenvolvimento de cursos em suas regiões. A educação profissionalizante brasileira precisa ser revista. É preciso por em questão a ênfase exclusivamente tecnicista impressa nos cursos de formação profissional em nosso país. Salvo raras exceções, as universidades, os centros de ensino técnico e básico, assim como boa parte dos cursos de pós-graduação, não preparam os profissionais para o sistema que estes ajudarão a compor. O que vemos é uma recorrente tentativa estéril de reprodução da lógica e dos paradigmas de uma clínica tradicional e privada para a rede pública de saúde, resultando em distorções e enrijecimento do sistema. O setor público possui desafios peculiares que precisam ser acolhidos e problematizados dia após dia, numa ação que ultrapasse o limite dos discursos e desemboque em intervenções efetivas de promoção da melhoria do sistema público de saúde.

Um outro aspecto bastante relevante nesta problemática trata do quanto trabalhador e instituição parecem falar linguagens diferentes quando o assunto é o sofrimento e o cuidado do profissional. Neste sentido diversas questões parecem se relacionar. Primeiro, é de vital importância que seja posta em questão a predominância da lógica estritamente numérica e quantitativa definida como baliza e parâmetro exclusivo da avaliação dos serviços e ações em saúde. Tal questão termina por promover um clima paranóico em busca da necessidade de cumprir metas, sem que seja dada a real importância a outros aspectos e variáveis inseridas no contexto da ação assistencial, causando uma distinção estereotipada entre os elementos do mesmo sistema com base numa relação de vigilância entre o gestor, que vigia, e o profissional

da assistência, que é vigiado. Evidente que não tratamos aqui de questões referentes ao descompromisso de alguns profissionais em prestar uma assistência digna a seus usuários, mas de uma relação que se deteriora na medida em que se promove um distanciamento quase que absoluto entre estas partes, de modo que um passa a ter no outro o seu maior obstáculo de superação e convivência.

Durante todo o percurso desta pesquisa, tive o cuidado de expor, em diversas situações, um questionamento que me surgira desde os primórdios da minha formação profissional, durante os estágios, e que vem se perpetuando até o atual momento da minha trajetória. Trata-se de discutir o papel e função da supervisão enquanto dispositivo de cuidado junto aos profissionais de saúde e, mais particularmente, junto às equipes profissionais em saúde pública.

A partir das narrativas apresentadas, ratifica-se para mim a impressão – ou até algo mais que uma simples impressão, mas sim a constatação – de que, por vezes, para não dizer “na maioria das vezes”, o caráter de supervisão impresso pelas instituições junto a seus participantes, parece ocupar um espaço exclusivamente técnico, reduzindo-se, em alguns contextos, a um caráter tecnicista, reducionista de cunho meramente formal, administrativo, para não dizermos, de controle e investigação. Algo da ordem do “supervisionar para verificar se o *trabalho* está de fato sendo realizado”.

Curioso é perceber, que, mais uma vez, parece haver uma dissociação entre a solicitação dos profissionais e aquilo que é oferecido pela instituição. Pergunto-me em que se fundamenta esta não coincidência nos discursos. É possível que associada a esta insistente tentativa de compreender supervisão como fiscalização, esteja embutida, dentre tantas outras coisas, além de uma visão estritamente tecnicista, focada na produção e produtividade como elementos finais e primordiais, uma espécie não compreensão de que os aspectos vivenciais e subjetivos constituem-se elementos importantes no processo de cuidado, podendo inclusive

converter-se em facilitadores na mesma intensidade e frequência que podem atuar como entraves e dificultadores de qualquer processo de trabalho.

Conforme discutido, se o cuidador tem em si o seu mais importante e, por vezes, único instrumento de trabalho, é legítimo dizermos que a não-atenção e o não-cuidado deste aspecto podem por em *'xeque'* os diversos esforços em promover o bom andamento de uma ação e, principalmente, de uma ação em saúde. A discussão destas questões se torna de bastante relevância se levarmos em consideração que, a partir da própria formação a que são submetidos, fundamentada em todo um imaginário social positivista, que exclui a existência e a subjetividade do circuito dos elementos fundamentais para o exercício do fazer humano, os gestores em saúde encontram-se, muitas vezes, alheios à necessidade de compreensão destes aspectos. Assim sendo, o que buscamos apontar é a necessidade de ações que possibilitem a promoção de discussões de questões desta natureza, tanto nos centros acadêmicos, como a partir da própria manifestação articulada de profissionais, usuários e comunidade, a fim de vislumbrarmos a inserção de tais questionamentos na pauta permanente das discussões no campo da formação e gestão em saúde.

É verdade que, ao nos depararmos com a explicitação de sofrimento vivido por parte dos profissionais em consonância com a nossa própria experiência diária, somos tomados pelo ímpeto de buscar culpados e responsabilizar figuras específicas por este quadro que se instala. Foi assim que nos sentimos a escutar o primeiro depoimento – Psup. Entretanto, na medida em que partimos para escutar dois outros profissionais em funções hierarquicamente superiores – Gerente e Coordenador Municipal – passamos a ampliar nossa compreensão e perceber que esta questão parece estar para além de figuras/pessoas específicas, fazendo parte, na verdade, de uma espécie de representação e imaginário social que precisa ser desmistificado. Para tanto, evidentemente, faz-se necessário também por em questão os outros elementos correlatos e que por vezes lhe dão sustentação, como a representação idealizada do

profissional, a exclusão da alteridade e negação do sofrimento dos cuidadores, dentre tantos outros.

Neste sentido, temos tido a oportunidade de conhecer algumas experiências importantes que buscam a promoção de espaços de fala-escuta junto a profissionais de saúde, como mecanismo de elaboração de experiência e construção de sentido para o ser/fazer profissional. Juntamente a algumas outras experiências ainda não sistematizadas, destacam-se as propostas da *supervisão de apoio psicológico* e das *oficinas de criatividade*, relatadas em Morato (1999), Morato & Schmidt (1999), Bacchi (1999), Silva (2003). Tecer tais observações, não se trata da negação da importância de uma intervenção de gestão no que se refere ao acompanhamento das questões de cunho burocrático, técnico e administrativo dos serviços de saúde. Para além disto, o que se propõe é a não-redução da supervisão a estes aspectos simplesmente, buscando antes, alargar suas possibilidades, promovendo espaço para o acolhimento das diversas demandas envolvidas no fazer profissional, em via de promover um processo de aprendizagem significativa.

A supervisão de apoio psicológico é oferecida a profissionais como contexto para resgate de seus entraves pessoais na atuação direta com sua clientela. Através da reflexão da vivência profissional, visa uma atuação mais disponível e receptiva por parte dos profissionais. As oficinas de criatividade, por sua vez, caracterizam-se como espaços de elaboração da experiência pessoal e coletiva através do uso de recursos expressivos, tais como movimento corporal, expressão plástica e poética. Essas práticas procuram responder à necessidade de transpor o modelo técnico-formal que predomina na formação de profissionais de saúde e educação, criando ocasiões sistemáticas de elaboração e integração dos aspectos cognitivo-afetivos implicados nas atividades profissionais destas áreas.

(SCHMIDT, 1999, p. 105)

Evidentemente que este é apenas um dos muitos aspectos que precisam ser abordados diante da problemática de sofrimento e des-cuidado do cuidador, entretanto, por se tratar de algo tão referido durante os depoimentos, acreditamos tratar-se de algo que precisa ser urgentemente cuidado.

Diante de tantos temas e possibilidades de compreensão apontadas, deparo-me com um questionamento basilar e que funcionou como elemento disparador de todo este processo: Quem cuida do cuidador? Como se cuida do cuidador? E qual o sentido para o cuidador de cuidar de si?

É fato que durante toda esta trajetória, muitas outras questões se apresentaram como importantes de ser acolhidas, visitadas e problematizadas. Entretanto, não poderia, neste instante, deixar de retornar ao ponto de partida como via de me situar no andamento atual desta abordagem. Anos... meses... dias se passaram desde que estas questões soaram pela primeira vez aos meus ouvidos. E, hoje, me pergunto: como tenho cuidado delas? É certo, que a própria decisão de me debruçar sobre esta temática, sem dúvida, já consistiu como uma primeira atitude de cuidado. Por em movimento... Lançá-la a outros olhares atentos e cuidadosos... Partir para a escuta de depoimentos... E, enfim, para a dissertação, como modo de comunicação, de produção de sentido e compartilhamento ético e político com outras pessoas que buscam, assim como eu, cuidar da questão do cuidado.

Muito foi ouvido... Muito foi falado... E agora, volto a me perguntar: Cuidadores descuidados? Por quê? Por quem? E, até quando?

Como encaminhar o achado/ouvido sem me ater a culpabilizações e responsabilizações simplórias e reducionistas?

Seria o cuidado do cuidador uma questão estritamente ligada ao cuidado de si por parte do profissional, reduzido aos seus aspectos pessoais e subjetivos?

Penso que não.

Seria a instituição, perversa e responsável por todo o sofrimento dos cuidadores/profissionais? Em que medida esta funciona como fonte promotora de opressão e subjugação? Em que medida não estaria sendo posta, unicamente, na posição de perseguidora

implacável, de modo a isentar o profissional de suas responsabilidades no direcionamento de sua própria existência?

Estariam os sujeitos (cuidadores/profissionais de saúde) pondo-se e se deixando pôr no lugar de simples objetos de controle e dominação?

Sujeitos-objeto?

Ao me debruçar sobre os depoimentos, que muito mais do que coleta de informações, se configuram essencialmente enquanto relato de experiências vividas e, portanto, carregados de afetação, emoção, humor, dor e, sobretudo, vida, posso perceber o quanto a complexidade do fenômeno que se estabelece no âmbito da relação sofrimento-cuidado, termina por gerar um movimento, muitas vezes confuso, conforme relatado pelos próprios depoentes, por ocasião das entrevistas de devolução (em anexo). Dentre as muitas nuances observadas, põe-se em destaque a posição dicotômica entre aspectos de cunho pessoal (subjetivo) e institucional envolvidos nesta trama.

Em alguns instantes, somos levados a perceber que os discursos dos profissionais se baseiam fundamentalmente em referências ligadas ao “**eu**” (muitas vezes sugerindo uma atitude de *psicologização* da problemática), bem como ao “**ele/ela**”, nos persistentes relatos de descaso institucional com os profissionais, população e, até, com a própria coerência entre discursos e práticas relacionados ao próprio objeto que justifica sua existência, a saber, a prevenção e promoção de saúde.

Interessante perceber que este, também, foi o meu percurso ao me deparar com esta questão. Ao revisitar os motivos e a abordagem que me conduziram às primeiras reflexões construídas, percebo claramente uma forte identificação com a proposta de subjetivização do sofrimento aliada a uma busca pelas possíveis causas do mesmo, estas, resumindo-se, a princípio, aos aspectos referentes às contradições sócio-institucionais. Hoje, ao me debruçar novamente sobre estas questões, concluo que não poderia, de modo algum, negar a ocorrência

destas duas variáveis - o pessoal e o institucional. Entretanto, percebo que a abordagem isolada de tais elementos poderia recair num movimento de ‘caça as bruxas’, distanciando-se de uma intervenção complexa e compartilhada.

Aliás, neste instante, sou convidado a retomar, a partir de um movimento de idas e vindas, algumas questões postas em discussão no capítulo 1. Mais do que uma pesquisa, este trabalho configura-se enquanto uma pesquisa clínica. Assim sendo, ponho a me perguntar: Como cuidar clinicamente daquilo que me foi apresentado?

Sou tomado, mais uma vez, por um questionamento: Em rumo à conclusão deste trabalho, seria clínico tentar buscar respostas fechadas, identificar culpados e apresentar soluções acabadas? Se assim o fizesse, não estaria por aprisionar a possibilidade de abertura a novos sentidos possíveis? Ou cuidar clinicamente, neste contexto, corresponderia a relançar a questão em movimento, problematizar, promovendo novas interrogações?

Conclusões? Ou novas questões?

O fato é que, na medida em que me pus a buscar sentido para o cuidar de cuidadores, fui sendo apresentado e convidado a conhecer mais de perto uma outra dimensão existencial tão pouco falada em nosso dia-a-dia, principalmente num contexto capitalista, individualista e tecnocrata como o que vivemos. Trata-se, assim como pontua Arendt (2001) da dimensão da vida ativa que só se constrói e se torna possível no entre-homens, a saber, a **ação** enquanto **atitude política** e, essencialmente, **coletiva**.

Estranho falar em coletivo, “**em nós**”, em entre-homens, quando presenciamos e, de algum modo, compartilhamos de uma cultura que se pauta na competitividade e na exclusão, como balizas mestras de sua ideologia. Afinal, vivemos ou não um capitalismo selvagem, onde imperam o individualismo e a lei do ‘levar vantagem’, sempre?

Durante os depoimentos, encontramos referências a uma luta dos profissionais para se capacitar para “poder garantir” seu espaço, de modo que alguns, para não dizermos “muitos”,

se fecham numa atitude exclusivista de negar-se a compartilhar até algumas “descobertas” fruto de seus estudos. Como, portanto, falar em cuidado do cuidador num contexto como este, principalmente, quando refletimos que o cuidado de si sempre carrega implicado a dimensão do cuidado do outro e da *polis*?

Mas isto não representa fatos isolados. É notório que as relações contemporâneas têm se pautado, basicamente, no exclusivismo e individualidade via exclusão da alteridade. A própria formação, tanto em nível familiar quanto profissional, tem se fundamentado no desenvolvimentos de posturas e habilidades que garantam intervenções individualizadas, na lógica do “cada um por si”, onde o máximo que se permite é um trabalho ‘multiprofissional’, a partir da *pseudo-cooperação* entre individualidades restritas e bem definidas.

Assim, penso que o maior desafio que a nós se apresenta diante de tudo aquilo que expomos e a que, também, fomos expostos, seja o de buscar **manter a tensão** entre os diversos aspectos e elementos apontados como parte desta complexa teia que envolve a questão do sofrimento e cuidado do cuidador.

Aliás, trata-se de uma atitude de voltarmos à **atenção** para a **tensão**. Tensão que estabiliza, na medida em que não se põe a reduzir a complexidade, minimizando ou negando alguns de seus aspectos. Não...!!! Não podemos negar que há questões de cunho pessoal e subjetivo que marcam profundamente o cenário de des-cuidado do cuidador e que precisam ser abordadas e cuidadas. Do mesmo modo, não podemos minimizar o aspecto sócio-institucional, enquanto gerador e perpetuador de uma série de contradições e sofrimentos, manifestados nos diversos âmbitos das posturas, compromissos e políticas públicas brasileiras. É preciso que seja posta em questão a subordinação à lógica do capital, com correspondente desvio de prioridades e adoção de posturas que, embora denominadas de sociais, em muito pouco correspondem a tal nomenclatura.

Mas também e sob esta outra perspectiva é preciso re-implicarmos o papel da dimensão coletiva do ser/fazer e do resgate da noção de cidadania e compromisso social, implicada sobretudo na não sujeição, pela qual passamos a ocupar a posição de vítimas, como se nada pudéssemos fazer em prol das mudanças que objetivamos. Às vezes, só buscarmos culpados nos é confortável, mesmo que este seja um ‘conforto doloroso’. A dimensão da ação fala de uma atitude ética e política, que nos move a nos posicionarmos no mundo-junto-a-outros, em via de assumirmos nossa existência com propriedade.

É disto, portanto, que falamos e que buscamos durante todo este trabalho. Uma atitude ética, implicada, que diante da complexidade e tensão, nos põe em contato com o nosso *vir a ser*, através de um convite permanente, via *dimensão existencial da angústia*, a assumirmos nossa existência *propriamente*, tendo no *cuidado*, algo mais do que nosso ofício institucionalizado, mas a nossa disposição existencial fundamental: o cuidado-de-si-cuidando-dos-outros. É disto que falamos. É preciso re-assumirmos a responsabilidade por aquilo que somos e construímos. Sujeitos éticos e políticos, lançados na *facticidade*, é verdade, mas com a possibilidade de construir artesanalmente um modo próprio de existir.

Talvez por aí, em busca do resgate da humanidade do homem, em seus aspectos existenciais mais fundamentais, estejamos em via de uma aproximação para um sentido possível de cuidar de cuidadores, enquanto tarefa e enquanto condição. Cuidado que é perpassado por três aspectos essenciais e indissociáveis: si mesmo/instituição/outro. Reporto-me a Merleau-Ponty (1971, p. 18), fazendo questão de *re-petir* o já citado, como que pede/fala/expõe, novamente, um desejo... um sonho... um desafio...: o cuidar de cuidadores.

***“Temos em mãos nossa a sorte,
tornamo-nos responsáveis por nossa história por meio da reflexão,
mas também por uma decisão em que engajamos nossa vida
e, nos dois casos,
trata-se de um ato violento que se verifica ao se exercer”.***

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, K. L. e col. **Estresse Ocupacional e Síndrome de Burnout no Exercício Profissional da Psicologia**. Psicologia: Ciência e Profissão/Conselho Federal de Psicologia, nº 2, ano 22. Brasília: CFP, 2002.

ALMEIDA, F. M. **Cuidar de ser**. Uma aproximação do pensamento heideggeriano. Dissertação de mestrado. São Paulo: PUC-SP, 1995.

_____. *Aconselhamento Psicológico numa visão Fenomenológica Existencial: cuidar de ser*, in MORATO, H.T.P. (org). **Aconselhamento Psicológico Centrado na pessoa. Novos desafios**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999, p. 45-60.

AMARANTE, Paulo. **Algumas Notas sobre a Complexidade da Loucura e as Transformações na assistência Psiquiátrica**. Revista de Terapia Ocupacional. V.3, n ½, p. 8-16, dez/jan. 1992.

_____ (org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.

_____. **Uma Aventura no Manicômio: a Trajetória de Franco Basaglia**. História, Ciências, Saúde – Manguinhos. V.1, n.1, p.61/67, jul./out. 1995.

_____ (coord.). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2ª ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.

_____, **Manicômio e loucura no final do século e do milênio**. São Paulo: Ed. IPUSP, 1999.

ANGERAMI, Valdemar Augusto. **Urgências Psicológicas no Hospital**. São Paulo: Pioneira, 1998.

ARENDDT, Hannah. **A Condição Humana**. 10ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2001.

BACCHI, Carolina. *Supervisão de Apoio Psicológico: Espaço intersubjetivo de formação e capacitação de profissionais de saúde e educação*. In: MORATO, Henriette T. P (org). **Aconselhamento Psicológico centrado na pessoa: novos desafios**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999, p. 209-221.

BAUK, D. A. **Stress**. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, São Paulo: Fundacentro, v. 13, nº 50, 1985.

BENEVIDES-PEREIRA, Ana Maria M. T & MORENO-JIMÉNEZ, Bernardo. “*O Burnout em um grupo de psicólogos brasileiros*”. In: BENEVIDES-PEREIRA, Ana Maria T. (org.). **Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

BENEVIDES-PEREIRA, Ana Maria T. (org.) **Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

BENJAMIN, W. **O narrador: considerações sobre a obra de Nikolai Leskov**. Obras Escolhidas v. 1, São Paulo: Brasiliense:1985.

BÍBLIA DE ESTUDO ALMEIDA. Barueri-SP: Sociedade Bíblica do Brasil, 1999, p. 324-325.

BIRMAN, J. **A cidadania tresloucada: Notas introdutórias sobre a cidadania dos doentes mentais**. Rio de Janeiro: ?, 1991.

_____. **Entre cuidado e saber de si**. Sobre Foucault e a Psicanálise. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2000.

BOFF, Leonardo. **Saber cuidar**. Ethos do humano – compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes, 1999.

BOM SUCESSO, Edina de Paula. **Relações interpessoais e qualidade de vida no trabalho**. Rio de Janeiro: Qualitymark Ed., 2002, 200p.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria Ministerial 189**, 1991.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria Ministerial 224**, 1992.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria 336/GM**, art. 5º, § único, 2002.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Anexo à Circular 26/02 – MS/SAS/ASTEC**, 2002.

CABRAL, Bárbara Eleonora. **Cartografia de uma ação territorial em saúde**: transitando pelo Programa Saúde da Família. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica. Recife: UNICAP, 2004.

CARDOSO, W.L.C.D. *Qualidade de vida e trabalho: Uma articulação possível* in L.A.M Guimarães & S. Grubits (orgs.). **Saúde Mental e Trabalho** (pp. 89-116). São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

CARVALHO, Ana Carolina; BACCHI, Carolina e KOVÁCS, Maria Júlia. “*A formação de Psicólogos: em serviço a serviço de alunos.*” In: MORATO, Henriette T. P (org). **Aconselhamento Psicológico centrado na pessoa: novos desafios**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999, pp. 235-249.

CHAUÍ, Marilena. **Um Convite à Filosofia**. São Paulo: Ática, 1995.

CODO, Wanderley. **Educação: Carinho e Trabalho**. Rio de Janeiro: Vozes, 1999.

COSTA, Jurandir Freire. **História da Psiquiatria no Brasil**: um corte ideológico. 4ª ed. Revista e Ampliada. Rio de Janeiro: Xenon, 1976.

COVOLAN, Maria Aparecida. “*Stress Ocupacional do Psicólogo Clínico: seus sintomas, suas fontes e as estratégias utilizadas para controlá-lo*”. In: LIPP, Marilda Emmanuel Novaes

(org.) **Pesquisas sobre stress no Brasil**: saúde, ocupações e grupos de risco. 2ª ed. Campinas, SP: Papyrus, 2001.

CRITELLI, D.M. **Analítica do sentido: uma aproximação e interpretação do real de orientação fenomenológica**. São Paulo: EDUC/Brasiliense, 1996.

DEJOURS, Christophe. **A Loucura do Trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho; tradução de Ana Isabel Paraguay e Lúcia Leal Ferreira. 5ª ed. Ampliada. São Paulo: Cortez-Oboré, 1992.

DELGADO, J. (org.). **A Loucura na Sala de Jantar**. Santos: Resenha, 1991.

DELGADO, P. **As Razões da Tutela**. Psiquiatria, Justiça e Cidadania do Louco no Brasil. RJ: Te Cora. 1992.

EIZIRIK, M. F. *Ética e cuidado de si*: movimentos da subjetividade. In: **Educação, subjetividade e poder**. Porto Alegre, nº 4, P. 36-43, jan/junho 1997.

FIGUEIREDO, Luís Cláudio. **Sob o signo da multiplicidade**. Cadernos de Subjetividade. São Paulo, 1992.

_____. **A Teoria da Sedução Generalizada em Jean Laplanche**. São Paulo, 1994.

_____. **Revisitando as Psicologias**: da epistemologia à ética nas práticas e discursos psicológicos. São Paulo: EDUC; Petrópolis: Vozes, 1995.

FOUCAULT, M. **Historia da sexualidade III: o cuidado de si**. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

_____. **A História da Loucura na Idade Clássica**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido**. 1970.

GOFFMAN, E. **Manicômios, Prisões e Conventos**. 6ª ed. São Paulo: Ed. Perspectiva, 1961.

HEIDEGGER, Martin. **Serenidade**. Lisboa: Instituto Piaget [tradução do original de 1959], Coleção Pensamento e Filosofia, 1959.

_____. **Ser e Tempo**. 8ª edição, Petrópolis. Vozes: 1999.

_____. *A questão da Técnica*. In: HEIDEGGER, M. **Ensaios e Conferências**. 2ª edição. Petrópolis. Vozes: 1999, p. 11-38 [edição do original em alemão em 1954].

HIRIGOYEN, Marie-France. **Assédio Moral**: a violência perversa no cotidiano; tradução de Maria Helena Kühner. 4ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002.

HOUAISS, Antônio et al. **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

LIMA, Darlindo Ferreira. **Compreendendo o sentido da escuta**. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica. Recife, UNICAP, 2002.

LIPP, Marilda Emmanuel Novaes (org.) **Pesquisas sobre stress no Brasil**: saúde, ocupações e grupos de risco. 2ª ed. Campinas, SP: Papirus, 2001.

MELLO FILHO, Júlio e col. **Psicossomática Hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1992.

MERLEAU-PONTY, M. **Fenomenologia da Percepção**. Tradução de Reginaldo di Piero. Rio de Janeiro: Livraria Freitas Bastos, 1971.

MICHELAZZO, José Carlos. **Do um como princípio ao dois como unidade: Heidegger e a reconstrução ontológica do real**. São Paulo: FAPESP/annablume, 1999.

_____. Heidegger e a questão da técnica moderna. In: CASTRO, D.S.P. et al (org). **Fenomenologia e análise do existir**. São Paulo: Universidade Metodista de São Paulo: SOBRAPHE, 2000, p. 97-116.

MORATO, Henriette Tognetti Penha. **Eu-supervisão: em cena uma ação buscando significado sentido**. Tese (Doutorado). São Paulo: IPUSP, 1989.

_____(org). **Aconselhamento psicológico Centrado na pessoa. Novos desafios**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

MORATO, H.T.P. & SCHMIDT, M. L. S. *Aprendizagem Significativa e Experiência: Um grupo de encontro em instituição acadêmica*. In: MORATO, Henriette T. P (org). **Aconselhamento Psicológico centrado na pessoa: novos desafios**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999, p. 117-130.

RABIN, S., FELDMAN, D. & KAPLAN, Z. **Stress and intervention strategies in mental health professionals**. British Journal of Social Psychiatry, 1999, p. 159-169.

ROCHA, Zeferino. **Os destinos da angústia na psicanálise freudiana**. São Paulo:Escuta, 2000.

RODRIGUES, Avelino Luiz & GASPARINI, Ana Cristina L. F. *“Uma perspectiva psicossocial em Psicossomática: via estresse e trabalho”*. In: MELLO FILHO, Júlio e col. **Psicossomática Hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1992.

ROGERS, Carl. **Tornar-se Pessoa**. São Paulo: Martins Fontes, 1977.

_____. **Sobre o Poder Pessoal**. São Paulo: Martins Fontes, 1978.

_____. **Liberdade para aprender em nossa década**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1985.

SERRES, Michel. **Filosofia Mestiça**. Tradução de Maria Ignez Duque Estrada. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1993

SCHMIDT, Maria Luisa Sandoval. *Aconselhamento Psicológico e Instituição: Algumas considerações sobre o Serviço de Aconselhamento Psicológico do IPUSP*. In: MORATO,

Henriette T. P (org). **Aconselhamento Psicológico centrado na pessoa: novos desafios**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999, p. 91-106.

_____. *“Políticas públicas e saúde mental”*. In: TRINDADE, Z.A. & ANDRADE, A.N. **Psicologia e Saúde: um campo em construção**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003, p. 55-71.

SILVA, Dimitri Carlos Gabriel da. **Oficina de criatividade: dispositivo para a supervisão: experiência com coordenadores de grupos de idosos**. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica. Recife: UNICAP, 2004, 289p.

WOODWARD, Kathryn. *“Identidade e diferença: uma introdução teórica e conceitual”*. In: SILVA, Tomaz Tadeu (org.). **Identidade e Diferença: a perspectiva dos estudos culturais**. 2ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2000, pp. 7-72.

ANEXO



**UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO – UNICAP
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO – PROPESP
COORDENAÇÃO DE PESQUISA**

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP
Registro nº 25000-050953/2004-81 CONEP/CNS/MS, de 22/04/2004

Recife, 19 de novembro de 2004.

PARECER CEP Nº 122/2004

O Comitê, em reunião do dia 18 de novembro de 2004, considerou em **APROVADO**, o projeto de nº **CEP 117/2004**, intitulado:

Entre o cuidar e o sofrer: o cuidado do cuidador via experiência de cuidadores/profissionais de saúde mental, que tem, como pesquisador(a) principal:

Prof(a) Dra. **Henriette Tognetti Penha Morato**
Mestrando **Carlos Frederico de Oliveira Alves**

RESUMO DO PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

O estudo não apresenta riscos de agravos éticos e está em consonância com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, com a Declaração do Helsinque e com o Código de Nuremberg para experimentação humana.

Valemo-nos da oportunidade para solicitar-lhe que, ao consultar a UNICAP/PROPESP, indique o número do processo já referenciado.

Atenciosamente

Prof. Dr. Junot Cornélio Matos
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa da UNICAP

Profa. Dra. Arminda Saconi Messias
Coordenadora de Pesquisa

ENTREVISTA DE DEVOLUÇÃO APÓS LITERALIZAÇÃO DOS DEPOIMENTOS

➤ COORDENADORA:

Ent.: Gostaria de escutar um pouco acerca de como foi pra você participar deste trabalho, dando seu depoimento? Gostaria de pontua alguma questão?

Coord.: Foi uma experiência interessante para mim... pois pude perceber que há muitas questões que acontecem em nosso dia-a-dia e que mexem com a gente... mas... nós não nos damos conta e... aí... ficamos batendo cabeça uns com os outros... Pude ver o quanto estou confusa... não sei se sou coordenadora... gerente... ou técnico da ponta.

Agora... eu gostei... sabe?

Deixa eu tentar falar como eu me senti...: Falar sobre o que você estava me questionando... naquele momento... estava sendo muito difícil... muito doloroso... Sabe como é você... às vezes ... não querer parar para ver uma determinada situação e... de repente... chega alguém e meche na tua ferida? Pois é... foi assim pra mim... Eu vi o quanto eu estava descuidada... Eu me senti um pouco angustiada... Disse pra mim mesma: “eu vou falar... Mas... o que é que eu vou falar para ele?”

Foi muito angustiante pra mim me ver naquela situação de ter de parar para olhar para mim mesma e para a minha prática profissional... E o mais interessante foi poder ler isto depois... É incrível o quanto meche com a gente e como tem um efeito mágico você ler a sua própria história!!! Porque eu sabia que eu estava precisando falar dessa vivência difícil de ser profissional de saúde pública em nosso país... num contexto da reforma... onde agente se identifica... gosta... sonha... mas... eu disse... eu vou falar de uma coisa onde eu estou perdida também... Eu disse: como é que eu vou falar de algo que eu estou tão perdida...??? Tanto é que... quando li a entrevista que eu mesma dei... parei e disse: Meu Deus!!! Eu disse isso?

Ent.: Como foi pra você ler o seu depoimento?

Coord.: Foi impactante!!! Primeiro porque eu me reconheci na essência do texto... mas vi o quanto eu estava perdida no processo. A forma como eu falei... me levou a ver a minha situação atual: “precisando de ajuda”!!! Foi uma coisa de insight... eu perceber que estou perdida... sofrendo... e preciso dar um rumo a tudo isto... me organizar. Agora... o mais impressionante foi eu ver o quanto eu sofro... me angustio... e não me dava conta disso... ou seja... não conseguia nomear... cuidar da minha própria dor... Mas... acima de tudo... percebi o quanto é importante fazer isto que você fez... Sabe??? Às vezes... gravar o que você diz... transcrever...e dizer à pessoa: “Olha... isso aqui foi você quem disse... Se reconhece?”

Isto é de um efeito terapêutico enorme... Me ajudou a revolucionar minha atitude frente a mim mesmo...

➤ **GERENTE**

Ent.: Você gostaria de tecer algum comentário acerca do seu depoimento... do processo...?

Ger.: A princípio eu fiquei muito preocupada... sem saber se havia conseguido falar tudo o que eu queria. Mas... depois de ler... Gostei... Acho que era aquilo mesmo que eu queria dizer...

Ent.: Como foi para você ter vivenciado esta experiência?

Ger.: Quando li eu disse: Pôxa... será que fui eu quem disse tudo isso mesmo???

Foi muito bom ter me visto neste lugar... achei muito interessante!!! Foi uma forma de me perceber como ator no processo e enxergar que... de fato... eu estou sendo coerente com aquilo que acredito. Minha preocupação é se ficou claro tudo o que eu falei!

Ent.: Você acha que ler o que você falou te ajuda de algum modo?

Ger.: Claro!!! Reforça o que você acredita... Mostra os furos no discurso e na prática... Eu disse: Pôxa... era tão importante que várias pessoas pudessem estar dizendo... e lendo isto... Que isto pudesse chegar lá em cima... a nível de gestores maiores... que pudessem estar fazendo alguma coisa para mudar. É isto!!! Quando li... fiquei com a sensação de que isto precisa chegar lá nos gestores... você precisa conseguir um jeito de fazer isto chegar lá... eles precisam ver a realidade aqui embaixo.

Tem outra coisa... Para o profissional... o fato de ver a sua história contada por ele mesmo... faz com que se perceba mais implicado no processo. Eu mesma... quando li... disse: Meu Deus... Eu disse mesmo tudo isto? Ao ler a minha entrevista... fiquei bem mobilizada... “Puxa... é isso mesmo o que eu penso!!! Eu nunca vi isto escrito!!! Eu nunca vi escrito o que

eu penso!!! E eu não imaginava que pensava todas estas coisas... e só depois de ter lido... pensei: “eu acho que posso fazer de fato alguma coisa... Eu penso tudo isto e não havia me dado conta!!! Eu acho que a partir disso que eu estou lendo... isso vai servir pra mim própria tomar uma atitude... me mexer... para mudar alguma coisa.” De fato... me surpreendi com as coisas que eu própria disse... com o quanto ainda precisamos caminhar...

Foi muito bom... Mais do que eu imaginava que fosse ser... Acho que todo mundo deveria ter uma oportunidade desta... É igual a uma terapia... Angustia... mas ajuda. Eu acho que ajuda muito... Agora... eu vou pensar sobre o que eu disse...

➤ PROFISSIONAL DE NÍVEL SUPERIOR

Ent.: Como foi pra você vivenciar todo este processo?

Psup.: A princípio eu fiquei com medo de ter falado besteira... mas... algumas coisas me chamaram a atenção. Uma coisa que eu estava vendo e achando interessante... é a questão do tempo... ou seja... coisas que estão relacionadas ao processo histórico e que você está vivendo hoje... mas... já não está vivendo amanhã. Tinha algumas coisas que a gente apontou como dificuldade do serviço... na época da entrevista... mas que agora já melhoraram... Entretanto... o interessante nisto tudo é que a gente não nota... quando está vivendo no dia-a-dia. A coisa vai acontecendo e a gente não percebe... Algumas coisas foram mudando e eu não tinha percebido... Daí... quando eu li... foi um efeito meio que mágico... pois eu disse: “que bom que isto já não está mais assim!” Agora... percebo que esta melhora... que esta superação não é fruto apenas do tempo em si... mas do esforço do dia... do falar... do apontar as dificuldades... chamar a equipe para a discussão... ou seja... é algo que se constrói entre as pessoas... Não é só ficar esperando cair do céu... Agora... uma outra coisa que eu vejo é que como é importante você ter um gestor que apóia aquilo que você está fazendo... O papel do gestor é importantíssimo.

Tem uma coisa que eu queria destacar: é acerca do papel do hospital psiquiátrico... Há alguns dias eu estava conversando com uma colega que viveu uma experiência com um familiar... agora a pouco... e quando ela estava passando... a gente conversou muito... e eu a disse que também já tive um familiar que adoeceu psiquicamente e... eu sei da importância do hospital psiquiátrico num momento de crise. E aí... é assim que eu posso ver que a gente não pode ser radical... pois... quando a gente tem na família uma pessoa com um sofrimento assim... a gente aprende a ser menos radical e repensar as coisas. Não é dizer que o hospital

deve existir para sempre... mas... no momento... ainda não há alternativas substitutivas que dêem conta da demanda que o hospital atenda.

Outra coisa é o SAMU... Aos poucos... no Recife... a gente tem conseguindo alguns avanços. Eles passaram por uma capacitação agora... e a idéia é que... aos poucos... a coisa vai mudando.

Aqui no Recife... os Caps estão começando a ter supervisão. Foram contratadas pessoas (psicólogos, psicanalistas)... e nós estamos iniciando esta nova etapa. Estamos começando pela questão da discussão de casos e... a partir daí... entram as questões inerentes ao funcionamento da equipe. Cada Caps é de um jeito... mas... apesar de estar no início... está sendo muito bom... Lá no Cabo a gente continua sem... Acho que só tem aqui no Recife... Lá quando a coordenação propôs... não foi aceito...

Ent.: Como foi pra você ler seu depoimento?

Psup.: Ah... Foi muito interessante... As vezes engraçado... às vezes trágico... Mas... a verdade é que pude parar para ver minha própria história de um outro lugar... E agora... Ver o que vou fazer com o que li...