



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva

Brasil

Junqueira Muylaert, Camila; Leite Rolim Neto, Modesto; Zioni, Fabiola; Olavo Advincula
Reis, Alberto

Vivências de trabalhadores de Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil:
organização social de saúde e prefeitura

Ciência & Saúde Coletiva, vol. 20, núm. 11, noviembre, 2015, pp. 3467-3476

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63042722018>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

Vivências de trabalhadores de Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil: organização social de saúde e prefeitura

Experiences reported by the workers of Psychosocial Care Center for Children and Adolescents in São Paulo City – Brazil

Camila Junqueira Muylaert ¹

Modesto Leite Rolim Neto ²

Fabiola Zioni ¹

Alberto Olavo Advincula Reis ¹

Abstract The objective of this paper was to describe and analyze the context of trajectories of workers of Psychosocial Care Centers for Children and Adolescents (CAPSis) with the insertion, practice and motivation of workers in this field-work. Comparing the context of trajectories of employees according to the managerial nature: Social Health Organization (OSS) and city hall. Narratives-interviews were conducted with 8 workers from 2 Psychosocial Care Centers for Children and Adolescents (one managed by the City and other by Social Health Organizations), São Paulo City, Brazil. The narratives interviews were transcribed and analyzed from Shutze method. The Theoretical Framework was built from different authors and Psychiatric Reform principles. There are important differences between workers of 2 Psychosocial Care Centers for Children and Adolescents regarding professional profile, motivations, type of training and meanings attributed to work. The current trend in the field goes in opposite direction to the proposals of the Psychiatric Reform, lack of opportunities for discussion and empowerment work team of labor, which should be offered by institutions, makes both groups of professionals feel lost and alone.

Key words Mental health, Mental health services, Child and adolescent

Resumo O objetivo do estudo é descrever e analisar experiências de formação e trajetória de vida de trabalhadores de Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil e suas relações com o processo de inserção e prática nesse campo, nos contextos em que suas biografias foram construídas. Foi aplicado um questionário semiestruturado e entrevistas narrativas em 8 profissionais de diferentes categorias lotados em 2 Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil, um gerenciado diretamente pela Prefeitura e outro por Organização Social de Saúde no Município de São Paulo, Brasil. As entrevistas foram transcritas e analisadas de acordo com o método de Schutz. O Referencial Teórico foi construído a partir de diferentes autores, dentre eles Dejours e Schwartz, além do que preconiza a Reforma Psiquiátrica. Há importantes diferenças entre os trabalhadores dos dois Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil, referentes ao perfil profissional, motivações, tipo de formação e sentidos atribuídos ao trabalho. A tendência atual do mundo do trabalho caminha em sentido oposto às propostas da Reforma Psiquiátrica, a falta de espaços de discussão e potencialização do trabalho faz com que ambos os grupos de profissionais sintam-se perdidos e sozinhos.

Palavras-chave Saúde mental, Serviços de saúde mental, Criança e adolescente

¹Departamento de Saúde Materno-Infantil, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. Av. Doutor Arnaldo, 715, Pacaembu. 01246-904, São Paulo, SP Brasil.
camilajmuylaert@usp.br

²Universidade Federal do Ceará.

Introdução

A saúde mental infantojuvenil, objeto de interesse posterior àquele despertado pela saúde mental de adultos, foi marcada pela sua vinculação ao campo educacional e pela inerente assimetria que presidem as relações existentes entre adultos e crianças.

O conceito de infância apareceu após a revolução francesa e o de adolescência após a primeira guerra mundial, portanto, antes disso, não havia preocupação alguma com a saúde mental das crianças e adolescentes, que eram vistos como adultos em miniatura. No Brasil, acompanhando uma tendência mundial, durante muitos anos, a saúde mental infantojuvenil foi vista como menos importante que a saúde mental dos adultos e, por isso, recebeu menos investimento, de acordo com Áries¹ e Reis et al.². Essa defasagem no tempo corresponde ao lugar secundário alocado à infância na sociedade ocidental. As noções de infância e de adolescência, sendo tardias no universo intelectual do ocidente, indicam a despreocupação para com a saúde mental deles. Justifica-se, assim, o interesse e a relevância de como nos debruçarmos nesse estudo focado nos profissionais que trabalham com crianças e adolescentes em sofrimento psíquico.

Com o despertar de preocupações pelo bem dessa população, o acolhimento dessas crianças e adolescentes se deu, primeiro, no âmbito de instituições religiosas, por meio de ofertas de tratamento de cunho caritativo e filantrópico. Posteriormente, com a sedimentação do processo de Reforma Psiquiátrica que propõe o Modo Psicossocial de atenção à saúde mental, aliada aos avanços legais do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA-1990), ocorreram mudanças significativas no que tange a população infantojuvenil, posicionando seus membros como sujeitos de direito. As políticas públicas, voltadas aos seus cuidados, incidiram na área de saúde mental, provocando transformações substanciais, passando-se a definir e instituir dispositivos específicos envolvendo necessidade de profissionais diferenciados. Passa a se exigir dos profissionais a implicação subjetiva com as crianças e adolescentes, assim como com suas famílias e sua rede de relacionamentos. Assim, a subjetividade dos profissionais passa a fazer parte do tratamento à saúde mental infantojuvenil, proposta desafiadora que demanda grande atenção dos adultos.

Costa-Rosa et al.³ indicam que o Modo Psicossocial de atenção à saúde mental, que envolve tanto crianças e adolescentes como adultos, foi proposto

como perspectiva de compreensão e de ações dos processos e fenômenos que se desenrolam no campo da saúde mental como contraponto ao Modo Asilar e aos saberes, considerados a ele assemelhados. O modo psicossocial pretende se situar como um novo paradigma assentado em alguns parâmetros básicos referentes às inter-relações dos atores envolvidos: uma concepção horizontal das relações interinstitucionais, com a clientela e com a população em geral, de forma que haja interlocução e não mais assimetria entre sãos e loucos; o trânsito livre ou que não haja clausura; atenção territorializada e integral; e, por fim, que os efeitos das ações em termos terapêuticos respondam à ética, buscando singularização e não adaptação.

Evidencia-se, portanto, uma nova demanda profissional para realizar o trabalho de saúde mental no bojo do novo paradigma, decorrendo daí o desafio de qualificar profissionais para lidar com o específico funcionamento de sujeitos com graves problemas psíquicos no âmbito público e coletivo. Para Amarante⁴, entre as consequências mais importantes das mudanças que a saúde mental passou, é a nova geração de técnicos e usuários que tem a possibilidade de criar e inventar novas formas de assistência nos serviços de saúde mental públicos. Nesse sentido, Marazina⁵ indica que muitos profissionais dos serviços de saúde mental não têm formação específica.

Nesse prisma, Rotelli⁶ acrescenta que a possibilidade de novas gerações de profissionais de saúde mental compreender a proposta psicossocial de observar o fenômeno da loucura depende muito de processos sociais gerais. Para o autor, dificilmente os técnicos conseguem ser agentes de inovação e transformação na ausência de movimentos sociais, culturais e políticos importantes. Destaca-se assim, a relevância em considerarmos o contexto em que os profissionais constroem suas trajetórias, para melhor compreendermos como se dá o processo de inserção, prática e motivação dos trabalhadores nesse campo.

Assim, a magnitude do papel dos profissionais para as direções tomadas ao longo dos anos justifica nosso interesse em investigá-los. Nos restringimos ao campo de saúde mental infantojuvenil, considerando a defasagem desse campo quando comparado ao investimento feito na saúde mental de adultos, além da radical assimetria que marca a relação do profissional adulto com usuários, cujas subjetividades estão ainda em processo de construção, bem como a desvalorização histórica dos profissionais voltados ao trabalho com crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, que se estendeu até os dias de hoje.

A partir do estudo mais amplo⁷, procurou-se neste trabalho, descrever e analisar a relação entre o contexto das trajetórias de trabalhadores de Centros de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil-(CAPSis) e o processo de inserção, prática e motivação dos trabalhadores nesse campo. Ade- mais, comparou-se o contexto da trajetória dos profissionais de cada uma das instituições investi- gadas, de acordo com sua natureza gerencial: Organização Social de Saúde (OSS) e prefeitura.

Método

Pesquisa narrativo/observacional, exploratória, de natureza qualitativa, tendo por foco as narratividades dos profissionais de CAPSi, gerenciados pela Prefeitura e por Organização Social de Saúde (OSS), respectivamente. Para obtenção dos dados pertinentes ao estudo, utilizou-se um instrumento denominado “entrevista narrativa”, que consiste na elaboração inicial de uma “per- gunta disparadora” dirigida ao sujeito, a partir da qual se espera obter o início de uma fala cujo fluxo é mantido pelo relançamento de novas per- guntas elaboradas ao vivo e extraídas da síntese da fala do entrevistado, quando este assinala alguma pausa prolongada. A entrevista é encerrada satisfatoriamente quando a fala se torna redun- dante, de acordo com o critério de saturação. As entrevistas foram registradas em meio eletrônico (gravadores portáteis) e, posteriormente, trans- critas em sua integralidade.

Para a sistematização e organização dos dados, utilizou-se a proposta de Shutze⁸: transcri- ção na íntegra das entrevistas, sendo que essa transcrição deve envolver as características para -lingüísticas, tom de voz do entrevistado, pausas, mudanças na entonação, silêncios e expressões, ou seja, as narrativas não ouvidas, que são funda- mentais no processo de análise em que se ex- plora não apenas o que é dito, mas também como é dito.

- Divisão do texto em material indexado, que corresponde ao conteúdo racional, científico, concreto. Em outras palavras, quem faz o quê, quando, onde e por quê. Ou seja, é o conteúdo ordenado e, consequentemente, é de ordem co- letiva. E material não indexado, que vai além dos acontecimentos e expressam valores, juízos, refe- re-se à sabedoria de vida e, portanto, é subjetivo ou individual.

- Utilizando o conteúdo indexado (coletivo), ordenam-se os acontecimentos para cada indiví- duos, o que é denominado trajetórias individuais.

- Agrupam-se e comparam-se as trajetórias individuais.

- O último passo é comparar e estabelecer se- melhanças existentes entre os casos individuais, permitindo assim a identificação de trajetórias coletivas.

Para analisar o material, o texto é gradativa- mente reduzido, operando-se com condensação de sentido e generalização. Divide-se o conteúdo em três colunas: na primeira fica a transcrição, na segunda coluna a primeira redução e, na terceira, apenas as palavras-chave. Então, desenvolvem- se categorias: primeiramente, para cada uma das entrevistas narrativas; posteriormente, são ordenadas em um sistema coerente para todas as entrevistas realizadas na pesquisa, formando núcleos de significado, sendo o produto final a interpretação conjunta dos aspectos relevantes, tanto aos informantes como ao pesquisador.

Para o estabelecimento das categorias e as consequentes categorizações, usaram-se tanto o procedimento de codificação baseado em dados, como o de codificação baseado em conceitos. Ou seja, a leitura prévia da literatura disponível que se debruça sobre o tema, bem como o foco de interesse de investigação, proporcionou a defini- ção prévia de algumas categorias. Por outro lado, com o material obtido em campo, pode-se cons- truir novas categorias. No presente estudo, os nú- cleos e as categorias exploradas estão de acordo com o Quadro 1.

O universo do estudo compreendeu 8 tra- balhadores, de diferentes categorias profissionais (médico, psicólogo, terapeuta ocupacional, en- fermeiro e auxiliar de enfermagem) de ambos os sexos, lotados em 2 CAPSis na cidade de São Paulo, Brasil, onde concentra-se 62 dos 132 CAPSis existentes no Brasil (47%). O critério de escolha das unidades foi a inserção dessas instituições no processo da Reforma Psiquiátrica, determi- nada tanto pela sua posição histórica como pela sua proximidade com os princípios emanados do Modo de Atenção Psicossocial. Buscamos, assim, um CAPSi gerenciado diretamente pela Prefeitura e um gerenciado por OSS. A despeito da diferença jurídica de contratos de trabalho existentes entre profissionais dos dois CAPSis (Prefeitura e OSS), tem-se que ambos são voltados ao atendimento de público assemelhado e suas atividades norteadas pelos princípios que regem as políticas públicas, que ordenam as atividades dos equipamentos de saúde mental coletiva. Na escolha dos profissio- nais teve-se o cuidado de se contemplar a maior diversidade de categorias profissionais, ignorando as distintas perspectivas epistemológicas adotadas.

Quadro 1. Núcleos e categorias de análise a partir das entrevistas narrativas realizadas.

Núcleos	Categorias
1. O contexto das trajetórias de trabalhadores de CAPSis: Prefeitura e OSS	Porque os Profissionais de Saúde se inserem no campo da Saúde Mental?
2. Funcionamento institucional e suas contradições	Contratação Plano de Carreira Modo de atenção psicosocial x tendências atuais
3. CAPSis – modelo em construção	Onde os profissionais buscam formação O que os profissionais buscam na formação Sentimento de solidão Escassez de recursos humanos Carência de capacitação oferecida pelos serviços O sentimento de solidão

Não constituiu objeto de interesse inicial a discussão das trajetórias segundo a natureza gerencial dos CAPSis. No entanto, no curso da obtenção dos dados e de sua análise, foram se evidenciando fortes indícios relativos à existência de importantes diferenças referentes às motivações para o trabalho, às trajetórias e formação segundo os sujeitos entrevistados pertencentes ao CAPSi, seja este gerenciado pela prefeitura ou por OSS. Entretanto, sem que abandonássemos nossa ideia inicial e, ainda, em função de uma situação emergente do próprio processo investigativo, consideramos que seria mais adequado e verdadeiro organizar os dados e proceder a análise, tendo como perspectiva a comparação dos dois blocos a saber, e trajetórias de profissionais trabalhadores dos CAPSi da Prefeitura e da OSS.

A pesquisa, aprovada pelo Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública de São Paulo, USP, teve o sigilo e a participação voluntária dos sujeitos garantidos mediante TCLE.

Análise e discussão

1. O contexto das trajetórias de trabalhadores de Centros de Atenção Psicosocial Infantojuvenil: Prefeitura e Organização Social de Saúde

A escolha e o sentido do trabalho para os profissionais dos CAPSis pelo campo da saúde mental infantojuvenil são marcados pelo contexto em

que eles se formaram. Os profissionais da OSS, mais jovens (de 29 a 32 anos) que os profissionais da Prefeitura (de 41 e 49 anos), se inseriram no mercado de trabalho por volta do ano 2000, momento em que as relações de trabalho eram fortemente marcadas pela competitividade e pela valorização do individualismo, enquanto os trabalhadores do CAPSi da Prefeitura fizeram suas escolhas profissionais e prestaram concurso por volta do ano de 1980, início do processo de implementação do Sistema Único de Saúde, época em que o serviço público era mais valorizado:

A área do serviço público é muito ruim, foi ficando. Mas quando eu entrei, todo mundo queria [...] era uma boa carreira [...] A gente não tem concurso há muito tempo e, quando tem, não preenchem as vagas, exatamente porque não tem uma carreira melhor e porque não tem um salário competitivo [...] E as coisas pioraram muito, tem essa terceirização da saúde, da

área da saúde, e a gente percebe que a rotação profissional nessas unidades, que estão com a gerência das organizações sociais, é pior. Eles trocam de ano pra ano, sai toda a equipe e não fica um vínculo nem com a gente. sujeito 6

Acho que a gente vive um momento difícil de desinvestimento da administração pública, de um comprometimento político, ideológico e compromisso com o trabalho. E eu acho que, por um lado, a gente tem algumas condições favoráveis de trabalho, mas acho que hoje tem todo um movimento pra não investir nos serviços diretos, né? E terceirizando, não investindo verba e não dando

os subsídios necessários, por consequência, você vai desmontando os serviços [...] Comparando com outros momentos, eu percebo a diferença. sujeito 8

Esses relatos dos profissionais ilustram a insatisfação deles com a terceirização na área da saúde. De acordo com Bresser Pereira⁹, esse processo se iniciou por volta da década de 80, quando, em decorrência das transformações da economia mundial, o Estado entrou em crise fiscal, perdeu crédito público e diminuiu forçadamente sua capacidade de gerar poupança, consequentemente, sua capacidade de intervenção diminuiu drasticamente. Houve, portanto, uma redução do papel e do “tamanho” do Estado, que acarretou transformações no valor atribuído, respectivamente, às instâncias do público e do privado na sociedade e, por força dessas transformações, ocorreu uma nova configuração no mundo do trabalho.

Esse contexto macroeconômico afetou os profissionais de saúde mental, uma vez que o mercado de trabalho passou a ser marcado por um forte componente competitivo e os serviços foram gradativamente sofrendo um processo de precarização. Nesse sentido, para Bahia¹⁰, a rede assistencial do SUS é composta de estabelecimentos públicos, privados e serviços terceirizados, e há uma tendência dos profissionais que se formam (graduação, aprimoramento, pós-graduação) no sistema público de saúde migrarem para o sistema particular, como se fosse uma maneira de ascensão profissional. Assim, o período que os profissionais da OSS passam no setor público parece estar associado a uma formação pelo trabalho, diferente dos profissionais da Prefeitura que se preparam anteriormente para realizar o trabalho nos CAPSis.

Isso reflete no que pudemos observar a partir do relato dos profissionais sobre o sentido atribuído ao trabalho: enquanto os trabalhadores de OSS procuram aprimorar-se na profissão para ter emprego, ganhar experiência profissional e atuar clinicamente, os profissionais da Prefeitura mostram-se interessados em familiarizar-se com as teorias versando sobre a subjetividade humana, portanto ter uma profissão que faça sentido social além de revelarem como um importante sentido do trabalho em equipe.

As Organizações Sociais são dispositivos usados para a gestão das unidades de saúde, foram formalizadas em 1998, pela lei n. 846, e são definidas por Bresser Pereira⁹ como instituto público de direito privado, com um contrato de gestão com o estado e, portanto, é financiada parcial ou mesmo totalmente pelo orçamento público. Essa

forma de gerenciamento representa, para muitos, a terceirização da saúde, a precarização do trabalho e o fim do SUS.

De acordo com Dal Rosso¹¹, as OSS surgiram a partir de mudanças que vinham ocorrendo em diversas partes do mundo. Portanto, o seu modelo de gestão coincide com o toyotismo, modo de organização da produção capitalista japonês, que começou a se difundir no mundo a partir dos anos 70, significando uma alternativa para solucionar os problemas enfrentados pelo capitalismo ocidental. Os objetivos do toyotismo são de elevar a produtividade, reduzir custos e promover um controle preciso da qualidade. Esse modelo, característico da produção industrial, migrou para diversos setores, então sob a tutela do Estado, incluindo o campo da saúde. Nesse sentido, essas mudanças organizacionais, tecnológicas e de gestão afetaram fortemente o setor de serviços, entre eles o campo da saúde, incluindo a saúde pública.

O campo da saúde mental infanto-juvenil, acompanhando essa tendência, sofre impactos significativos, o número de trabalhadores contratados é reduzido e os salários são enxugados. Essa realidade é ilustrada pelos sujeitos entrevistados: entre os 8 entrevistados, 4 relatam ter mais de um emprego para conseguir se sustentar e todos queixam-se da precarização e da falta de investimento nos serviços. Podemos aventar que, com isso, a dedicação e o envolvimento do trabalhador com sua prática se torne mais superficial e, tratando-se de crianças em sofrimento psíquico, isso pode ter impactos relevantes no tratamento. Além disso, a falta de investimento das instâncias superiores pode impactar na motivação para o trabalho.

Portanto, o contexto social/econômico/político afeta a qualidade dos CAPSis e impacta na trajetória profissional dos trabalhadores de saúde mental infantojuvenil, bem como em suas experiências, tanto de formação quanto de atuação nos serviços.

2. O funcionamento institucional e suas contradições

Os profissionais se queixam da distância entre a gerência pública e a realidade dos CAPSis, indicando que a proposta de administração por OSS, que, de acordo com Bresser Pereira⁹, visava uma melhor comunicação entre os serviços e as instâncias superiores, por enquanto, não teve os impactos que se propôs na melhoria nos serviços:

Como esse foi o primeiro CAPSi a ser gerenciado por essa OSS, pelo desconhecimento do que o

serviço faz, a OSS não consegue identificar a verba necessária, a gente tem que ficar guardando verba para comprar comida, brinquedos, material para os usuários. sujeito 1

Tudo é barrado, não é só a gente que não pode fornecer, não pode trocar, tem muito controle social e burocracia, é horrível. sujeito 5

Além dessa distância citada pelos trabalhadores entre a gerência e o cotidiano dos serviços, eles revelam em suas falas que os vínculos de trabalho nas OSS são diferentes do serviço público:

Quando eu estava no final da residência, minha supervisora lá na unidade de psiquiatria falou: 'olha, vai abrir um CAPSi dessa OSS e eu queria chamar você para trabalhar lá [...]'. Eu fui e, quando abriu o CAPS, ela convidou algumas pessoas que ela conhecia. Aqui tem muita gente que veio porque era conhecido de alguém daqui de dentro. sujeito 2

Os profissionais passam a não ser concursados, observa-se na fala acima que cada OSS tem seu critério de seleção de recursos humanos, que envolve tanto processo seletivo como indicação.

A maneira de o profissional ingressar na instituição e o contrato de trabalho realizado marcam o vínculo que estabelece com seu emprego. Um profissional de OSS tem seu contrato de trabalho configurado pela CLT, e, como em qualquer empresa, faz com que o risco do desemprego esteja constantemente presente e a produtividade exigida e valorizada, enquanto um profissional concursado dificilmente é demitido. Trata-se, no caso, não de uma situação de comodidade corporativa caracterizada popularmente como “privilegio de funcionário público”, para indicar prerrogativas e um tipo de comportamento pouco comprometido com o serviço, mas, ao contrário, o vínculo empregatício cuja natureza é dada pelo concurso público, apresenta-se, nessas circunstâncias, como garantia de exercício implicativo e ativo da função, tal como pode ser exemplificado na fala seguinte de um Profissional da Prefeitura:

Talvez eu tenha um tipo de personalidade que não sei se combinaria, talvez eu tenha escolhido também porque esse é um serviço que você possa falar mais o que você pensa sem ter muito medo, porque o seu chefe não é seu empregador. sujeito 6

De acordo com os relatos dos profissionais, a forma como se organiza a hierarquia institucional e a existência de plano de carreira também são diferentes na administração da prefeitura e da OSS. Segundo os entrevistados, no CAPSi da OSS, os profissionais ascendem na carreira muito mais rapidamente do que os profissionais da Prefeitura que relatam não ter plano de carreira algum.

O modelo de administração empregado pela OSS coincide com o modelo do toyotismo, que segundo Merlo e Lápis¹² tem como objetivo que o sujeito se sinta mais participativo no trabalho. Passa a haver muitos gestores; todos se observam e controlam uns aos outros, fazendo com que a forma de controle seja indireta. O grupo exerce pressão sobre os indivíduos e as reações psíquicas de autocontrole entre os integrantes são criadas pelos grupos de trabalho. Esses pressupostos, que obedecem à lógica produtiva e da eficácia tecnológica, diferem radicalmente dos pressupostos do modo de atenção psicossocial. Conforme discutido anteriormente, citando Costa Rosa et al.³ um parâmetro básico da atenção psicossocial são as interrelações de todos os envolvidos (usuários do serviço, profissionais, familiares e sociedade) e o que se almeja é a horizontalidade.

Destacamos assim, uma importante contradição a ser considerada: por um lado, a tentativa psicossocial de transformar as relações interpessoais entre loucos e sãos e, de outro lado, o contexto socioeconômico e cultural marcado pela lógica capitalista, que impõe relações competitivas e assimétricas.

Essa contradição entre a proposta do modo de atenção psicossocial e o modelo socioeconômico vigente em nossa sociedade tem um significativo impacto, tanto na inserção dos profissionais no campo da saúde mental infantojuvenil, como na vivência profissional dos trabalhadores.

Um importante fator na decisão em trabalhar no campo da saúde mental infantojuvenil, citado pelos entrevistados foi a dificuldade ou a falta de interesse na inserção em outras possíveis áreas de atuação, tanto dentro de suas profissões como em outras profissões e, uma vez a opção realizada, seus atores relatam um importante grau de satisfação com a decisão tomada:

Foi assim: eu fiz medicina e, durante o curso, eu percebi que eu tinha muita angústia, minha parte técnica manual eu sabia que era ruim, assim essa parte de cirurgias delicadas com as mãos eu sabia que eu não ia conseguir fazer mesmo. Mas aí, as outras coisas, eu tinha muita angústia com emergência, sabe? E, na verdade, acho que minha opção pela psiquiatria tem uma coisa boa, tanto do ponto de vista da prática em si, quanto na parte das clínicas possíveis da medicina. Quais que me dariam mais retorno, mais satisfação? Quais eu me daria melhor? Acho que eu fiz certo... e infantil, também acho que fiz certo, acho que eu sou boa até na prática. sujeito 2

Meus valores começaram a ficar conflitantes, eu não queria vender nada, eu não era a fim de entrar nesse mundo capitalista, de mercado, isso não

confluía com meus ideais. Assim... eu não estava feliz, tranquei a faculdade e fui fazer psicologia, e aí, na psicologia, desde o começo me interessei por saúde mental, já gostei. sujeito 3

Podemos aventar, nesses casos, a hipótese de certa identificação entre o objeto de trabalho (sujeitos de sofrimento) e o sujeito (profissional) que o exerce. A rigor, tanto a venda de bens propiciada e facilitada pela intervenção do publicitário, quanto a intervenção do profissional de saúde mental na recuperação da força de trabalho do trabalhador (qualificação da força de trabalho no mercado do trabalho), operam no mesmo contexto e lógica do mundo capitalista. Contudo, há diferenças entre as duas intervenções que se localizam, tanto no plano imaginário quanto no simbólico e é, provavelmente, nessas diferenças que podemos trazer alguma compreensão acerca da escolha do profissional de saúde mental.

Pelo fato de os “loucos” encontrarem-se à margem da sociedade produtiva, isto é, alienados; o trabalho com eles pode propiciar a ideia de se estar operando com pessoas e funcionamentos “fora da ordem” capitalista. Podemos pensar que, ao promover o resgate da cidadania dos socialmente excluídos por motivo de transtorno mental, se está elevando a uma certa dignidade aqueles por quem a ordem capitalista, em princípio, não se interessa e, nesse caso, o trabalho do trabalhador em saúde mental, passa também a ser valorado como uma atuação profissionalmente digna, à margem do interesse capitalista pelo ganho incessante. Podemos pensar assim que, da mesma forma que o louco está fora do contrato social, os trabalhadores que se inserem na área da saúde mental também têm dificuldades, questionam ou contestam a lógica de produção capitalista, ou seja, estão na contramão do mundo e querem criar novas alternativas para a maneira como a loucura é vista socialmente.

Essa interpretação ganha ainda mais força quando se tem a fala seguinte:

Quando eu me formei, tinha uma coisa assim que me angustiava muito em adulto, que era assim que era a questão do trabalho, que eu acho que influenciava muito se o paciente seguia doente ou não. O fato de não trabalhar, principalmente onde eu estava que era o hospital do servidor público estadual, funcionários públicos e isso me deixava muito angustiada, eu acho que atrapalhava muito o tratamento a questão do trabalho, o benefício de não trabalhar [...] E com crianças não tinha isso, criança não trabalha, não ganha dinheiro. sujeito 2

Neste caso, fica explícito que o trabalho imediato com aqueles, tal como a criança que está

definitivamente fora da ordem produtiva, afere ao trabalhador, por identificação ou contágio, a condição de estarem trabalhando fora do mundo capitalista. Evidenciando-se uma importante característica da vida profissional de trabalhadores de CAPSis.

Portanto, a tentativa dos trabalhadores de CAPSis de caminhar na contracorrente do mundo capitalista, encontra barreiras concretas ao se deparar com o processo de transformação que vem ocorrendo, que insere o campo na lógica do mercado.

3. CAPSi: modelo em construção

Outra marcante diferença observada entre os trabalhadores de OSS e da Prefeitura são os interesses significativamente diferentes no que se refere à busca por conhecimento. Os primeiros revelam maior interesse em estudar neurologia e psiquiatria, e os profissionais da Prefeitura interessam-se mais por teorias que trabalham com grupos, com questões institucionais, assim como por psicanálise.

No final da residência, eu comecei a pensar o que eu queria fazer. Aí eu tinha interesse grande no autismo, dai eu fui fazer psiquiatria. sujeito 2-profissional de OSS

Na graduação tem uma abordagem da infância, fica muito disseminada assim, fica meio nas patologias. sujeito 4-profissional de OSS

Se eu pudesse voltar no tempo, eu faria a formação em psicanálise mesmo [...] Estudo psicanálise há tantos anos e acho que dá um lugar diferente [...] O lugar do saber nos serviços públicos fica primeiro o médico e, em segundo, no psicanalista. sujeito 5-profissional da prefeitura

Eu comecei a fazer um curso de formação de grupo, que eu achei que era importante atender grupos, um curso de 4 anos de formação. sujeito 8-profissional da prefeitura

No caso das OSS, as falas, tal como exemplificadas nos sujeitos 2 e 4, estão nitidamente voltadas para o interesse despertado pela “doença”, cujo locus ou atendimento se dá no plano individual, a ser efetivado em um equipamento público, ao passo que nas falas dos profissionais da Prefeitura há referência explícita a um saber que se coaduna com a lógica de uma prática pública (sujeito 5) e com uma tecnicidade vista como passível de ser operada em vista de um coletivo, de “grupos” (sujeito 8).

Independentemente do tratamento oferecido ou da perspectiva teórica do trabalhador, uma queixa comum relatada pelos profissionais é a

carência de capacitação oferecida pelos CAPSis e, consequentemente, o interesse em ter mais formação. Além disso, eles se mostram atentos à escassez de recursos humanos, tanto para trabalhar na área da saúde mental infantojuvenil, como para formar pessoas para tal trabalho.

Entre os entrevistados, nenhum deles relata ter se formado especificamente para trabalhar com saúde mental de crianças e adolescentes, eles se formam para atuar com saúde mental de adultos e migram para o campo infantojuvenil, e dizem que são raras as formações específicas para saúde mental infantojuvenil. Conforme mencionado², a saúde mental infantojuvenil foi vista durante muitos anos como extensão da saúde mental de adultos, assim como as crianças, durante muitos anos, foram vistas como adultos em miniatura. Entretanto, foram desenvolvidas diversas teorias específicas para crianças e adolescentes que consideram a particularidade do campo infantojuvenil e, para haver uma atenção de qualidade, seria fundamental que os profissionais tivessem acesso a esses conhecimentos e fossem formados para atuar especificamente nesse campo.

Os profissionais se queixam também do sentimento de solidão no cotidiano de trabalho, sendo essa queixa mais frequente entre os trabalhadores do CAPSi das OSS. Observamos que a maneira com que cada grupo se articula pode ocasionar essa diferença. Enquanto os trabalhadores da Prefeitura tendem a se unir, os profissionais da OSS tendem a agir individualmente na busca por capacitação:

Uma época que a gente teve uma supervisão institucional que era pela Prefeitura e depois deixou de ser, a equipe resolveu bancar. sujeito 8-profissional da Prefeitura

Nos CAPSi, a capacitação e formação é muito individual [...] Então, autonomia a gente tem e acho que tem bastante, mas isso às vezes se perde como uma coisa muito solitária. sujeito 4-profissional da OSS

Mas é difícil pra mim, eu fico muito solitária. sujeito 2-profissional da OSS

Para Dejours¹³, as novas patologias relacionadas com o trabalho são antes patologias da solidão: devido à desestruturação das formas clássicas de solidariedade, todos estão psicologicamente cada dia mais só. Assim, podemos relacionar essa atitude marcadamente diferente de cada grupo com a época em que ingressaram no mercado de trabalho.

Alguns profissionais relatam que suas responsabilidades não estão claras ou não alcançam

agregar a dimensão do aspecto social na compreensão e realização de seu trabalho, tornando-o muito limitado. Outros trabalhadores, conscientes de suas funções, não conseguem realizá-las:

Vi que tinham algumas coisas de CAPSis que a gente não estava praticando e eram da prática de CAPSis. sujeito 2

E acho que essa é nossa maior angústia, acho que é o que mais precisaria, porque a gente cada vez mais percebe que as questões não são da pessoa, são sociais, é mais amplo e a gente não consegue ir muito além do nosso aqui. sujeito 6

Além dessas dificuldades, os profissionais manifestam a necessidade de haver diretrizes básicas para realização do trabalho cotidiano e, diante da falta desses alicerces, realizam o trabalho de acordo com suas preferências:

Acho que é uma peculiaridade de CAPS, porque como tem várias linhas filosóficas e psicológicas possíveis, o CAPS vai se moldando de acordo com as pessoas que trabalham no CAPS [...] Cada um ia fazendo de acordo com o que sabia [...] A gente ia criando algumas coisas a partir da demanda, não só baseado em portarias [...] Foi pela demanda espontânea [...] Mas acho que uma das coisas é essa falta de manual [...] A gente fica meio perdido, onde eu começo? [...] Acho que cada vez eu estou sentindo mais falta de ter o mínimo de pensamento comum. Mas não existe um manual, então você tem que ir construindo sua forma de trabalhar e, às vezes, você tem que fazer algumas coisas e ver se dá certo ou não. sujeito 2

Não sei se está certo ou errado, porque confesso que, atualmente, está muito difícil saber qual é o modelo [...] Então, o que acontecia dependia dos acordos locais [...] Como fazer mais uma política mesmo de saúde mental pública, não tem [...] é porque é uma zona mesmo, depende da OSS, do gerente e do supervisor [...] Na época da Luiza Erundina teve um grupo de trabalho em hospitais dias, então apesar de características diferentes, tinha um eixo pra cidade [...] O eixo do CAPS tem que ter, entende? sujeito 5

Não tinha um modelo, não existia no Brasil e de fora não dava pra copiar, então a gente foi meio que fazendo da cabeça da gente. Eu lembro o primeiro dia que cheguei aqui, que fizemos uma reunião para ver o que a gente queria fazer, se era grupo, quase ninguém sabia, mas a gente podia montar aquilo que a gente quisesse. sujeito 6

Observamos que os profissionais se queixam de não ter um modelo a seguir. Podemos aventar que essa dificuldade venha da falta de conceitos, da falta de consenso sobre os conceitos ou da falta de discussão sobre os mesmos, que, conforme

Schwartz¹⁴, são fundamentais para qualquer atividade. O autor usa o conceito da “dupla antecipação” em que a atividade e o conceito dialogam de forma dialética para discutir a importância e o valor dos conceitos em qualquer atividade: “Os conceitos não antecipam tudo, é sempre necessário esse olhar sobre a atividade. Contudo, precisamente, trata-se de ‘compreender o trabalho’ e isso quer dizer que se tem necessidade também de conceitos! Precisa-se de conceitos para melhor compreender sua própria experiência de trabalho, senão ela não se liberta de certas limitações. Não se sabe verbalizar a criatividade que se produz à medida que se trabalha. Conseguir pô-la em palavras é algo que passa pelo conceito, que implica lidar com conceitos”¹⁴.

O campo da saúde mental é amplo, há diversas teorias e poucas provas, não é possível haver um serviço em que todos pensem da mesma maneira. No entanto, algumas diretrizes básicas poderiam ser compartilhadas, uma alternativa seria o serviço oferecer espaços institucionalizados e oportunidades de haver troca entre os trabalhadores, onde possam falar sobre o que fazem, usando, formando e apurando conceitos.

Podemos pensar que, na falta de conceitos, o processo de dupla antecipação fica prejudicado e a dimensão individual e criativa dos trabalhadores, que influencia diretamente os usuários dos serviços, fique comprometida. Nesse prisma, Kinoshita¹⁵ afirma que a potencialidade do usuário está primeiramente determinada pela relação estabelecida pelos próprios profissionais que o atendem. Observa-se assim a importância da dimensão subjetiva e formativa dos profissionais no processo de saúde mental dos usuários.

Para Canguilhem¹⁶, o indivíduo saudável é aquele que pode lidar com as adversidades das situações apresentando soluções criativas, que nem sempre estão dentro das normas. Portanto, a saúde não está relacionada à normalidade, mas sim à criatividade. No campo da saúde mental, as situações que surgem são bastante inesperadas e exigem dos profissionais inventividade no momento presente, conforme a fala demonstra:

É uma prática que exige muito jogo de cintura, muito... muda muito. Tem dia que está tudo tranquilo, tem dia que acontece uma crise. sujeito 2-profissional da OSS.

Evidencia-se assim, a necessidade de criar novos conceitos e para isso é necessário haver diálogo constante entre os profissionais, bem como dos profissionais com pessoas de fora, que possam auxiliar com o privilegiado olhar de fora da instituição, nessa árdua tarefa de lidar cotidianamente com crianças e adolescentes em sofrimento psíquico.

Considerações finais

A reengenharia do trabalho em diversas áreas, iniciada a partir da Reforma de Estado, atingiu o campo da saúde e da saúde mental infantojuvenil, trazendo a novidade de gestão por OSS. O processo de transformação contextual, que a saúde mental pública vem atravessando, é evidenciado pelas marcantes diferenças entre o relato de profissionais do CAPSi, gerenciado pela OSS, e o gerenciado pela Prefeitura.

A saúde mental infantojuvenil está acompanhando as mudanças que vêm ocorrendo atualmente no mundo do trabalho, que caminha em sentido oposto às propostas da Reforma Psiquiátrica, fazendo com que os profissionais mais antigos não se adaptem e os mais jovens, acompanhando as mudanças contextuais, se afastem das propostas da Reforma Psiquiátrica. Esse cenário, somado à complexidade das propostas de tratamento nos CAPSis, que exige dos profissionais maleabilidade e criatividade diante das constantes situações inesperadas, faz com que ambos os grupos de profissionais se sintam perdidos e solitários.

Os profissionais se queixam da falta de formação oferecida pelos CAPSis e se mostram atentos à escassez de recursos humanos, tanto para trabalhar na área da saúde mental infantojuvenil, como para formar pessoas para tal trabalho.

Para lidar com as complexas questões que a saúde mental infantojuvenil envolve, espera-se criatividade dos trabalhadores da área, que para isso necessitam de espaços de discussão e potencialização de seu trabalho, o que não vem ocorrendo. Diante desse cenário, os profissionais vivem num limbo de competências, habilidades e pensamentos que dão, não raro, origem à improvisação, angústia e sentimento de solidão.

Colaboradores

CJ Muylaert trabalhou na concepção e delineamento da pesquisa, na pesquisa, na análise e interpretação dos dados e redação do artigo. AOA Reis trabalhou na concepção e delineamento da pesquisa, na revisão crítica do artigo e aprovação da versão a ser publicada. ML Rolim Neto e F Zioni trabalharam na revisão crítica do artigo e aprovação da versão a ser publicada.

Agradecimentos

Ao CNPq e à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) pelo financiamento da pesquisa de mestrado que deu origem a esse artigo.

Referências

1. Ariès P. *História Social da Criança e da Família*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1981.
2. Reis AOA, Delfini PSS, Dombi-Barbosa C, Bertolino Neto MM. Breve história da saúde mental infantojuvenil. In: Lauridsen-Ribeiro E, Tanaka OY, organizadores. *Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS*. São Paulo: Editora Hucitec; 2010. p.109-130.
3. Costa-Rosa A, Luzio CA, Yasui S. Atenção Psicosocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. In: Amarante P, organizadores. *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicosocial*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003. p. 13-44.
4. Amarante P. Asilos, alienados e alienistas: uma pequena história da psiquiatria no Brasil. In: Amarante P. *Psiquiatria social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1994. p. 73-84.
5. Marazina IV. *Trabalhador de Saúde Mental. Encruzilhada da loucura*. Saúdeloucura 1. São Paulo: Hucitec; 1989.
6. Rotelli F. Entrevista com Franco Rotelli. In: Delgado J, organizador e tradutor. *A loucura na sala de jantar*. São Paulo: Resenha; 1990. p. 81-95.
7. Muylaert CJ. *Formação, Vida Profissional e Subjetividade: narrativas de trabalhadores de Centro de Atenção Psicosocial Infantojuvenil* [dissertação]. Faculdade de Saúde Pública da USP; 2013.
8. Jovchelovich S, Bauer MW. Entrevista Narrativa. In: Bauer MW, Gaskell G, organizadores. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. Petrópolis: Vozes; 2002. p. 90-113.
9. Bresser Pereira LC. *A Reforma do Estado dos anos 90: Lógica e Mecanismos de Controle. Cadernos MERE da Reforma do Estado*. Brasília: Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado; 1997. Caderno 1.
10. Bahia L. A Démarche do Privado e Público no Sistema de Atenção à Saúde no Brasil em Tempos de Democracia e Ajuste Fiscal, 1988-2008. In: Lima JCF, Matta GC, organizadores. *Estado, Sociedade e Formação Profissional em Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p. 123-185.
11. Dal Rosso S. *Mais trabalho! A intensificação do trabalho na sociedade contemporânea*. São Paulo: Boitempo; 2008.
12. Merlo A, Lápis N. A saúde e os processos de trabalho no capitalismo: reflexões na interface da psicodinâmica do trabalho e da sociologia do trabalho. *Psicologia & Sociedade* 2007; 19(1):61-68.
13. Dejours C. Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. In: Lancman S, Sznelwar LI, organizadores. *Christophe Dejours. Da Psicopatologia À Psicodinâmica do Trabalho*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2004. p. 47-104.
14. Schwartz Y. A linguagem no trabalho. *Travail et ergologie: entretiens sur l'activité humaine*. Schwartz Y, Durrive L, organizadores. *A linguagem no trabalho. Uma conversa com Yves Schwartz, filósofo, no dia 10 de abril de 2000, em Aix-en-Provence, com Marcelle Duc e Louis Durrive*. Toulouse: Octarès. Seção 3. (no prelo).
15. Kinoshita R. Contratualidade e reabilitação psicosocial. In: Pitta AMF, organizadora. *Reabilitação psicosocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec; 1996. p. 55-59.
16. Canguilhem G. *O Normal e o Patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2006.