

Resignação e engajamento no cotidiano de trabalho em saúde mental pública: relato de uma experiência em CAPS II

Resignation and engagement in public mental health: a report of experience in a
CAPS II

Wilson de Albuquerque Cavalcanti Franco

Universidade de São Paulo

RESUMO:

Trata-se de um relato de experiência referente a um ano e meio de trabalho em um CAPS II localizado próximo à cidade de São Paulo, SP. O autor participou do lento e atravancado processo de implementação e inauguração do serviço e assistiu aos diversos entraves em meio aos quais a empolgação e energia da equipe vertia em frustração e ressentimento. O texto representa um esforço de compreensão, problematização e repercussão da experiência vivenciada, em busca de meios através dos quais a saúde pública possa ver-se melhor implementada e representada.

Palavras-chave: saúde mental; CAPS II; saúde pública.

ABSTRACT:

The essay reports an experience of a year and a half in which the author worked in a CAPS II in the metropolitan area of São Paulo, Brazil. The author took part in the long due and problematic development and implementation of the service and watched as bureaucratic impediments and limitations flourished, reverting the workers' excitement and energy into frustration and resentment. The essay represents an effort to comprehend, discuss and question the experience reported, bearing in mind a situation in which public mental health in Brazil will find itself bitterly implemented and represented.

Key-words: mental health; CAPS II; public health.

Introdução

Proponho nesse texto o relato de uma experiência por que passei atuando na Saúde Pública, em um CAPS II. Estive nesse serviço por um ano e meio, enquadrado como psicólogo contratado (estatutário) pela prefeitura especificamente para esse CAPS, atuando trinta horas semanais, em uma cidade próxima a São Paulo. Todos os outros profissionais atuando lá eram também funcionários públicos, com cargos administrativos (coordenação do serviço), alocados em um programa de “capacitação profissional” (auxiliares de serviços gerais), estatutários (psicólogos,

assistentes sociais, enfermeiros, técnicos de enfermagem) ou cumprindo contrato de emergência (psiquiatras). Já não trabalho mais nesse local.

O intuito de redigir esse texto foi se delineando ao longo de meus últimos meses de trabalho. Desde o primeiro dia encontrei desafios e entraves em minha atuação, que enfrentava e suportava como podia; conforme o tempo passava e sentia as limitações impostas pelas circunstâncias a minhas propostas e princípios de trabalho (e vida), sentia com urgência crescente a necessidade de circunstanciar minhas vivências no município em vista do enquadramento legal e histórico das práticas em saúde pública e saúde mental – se a práxis frustrava e angustiava, propus-me a ao menos reverter em testemunho e em “caso”, como oportunidade de pensar as políticas em vigência e em debate, buscando o desenvolvimento constante das políticas públicas. A título de introdução cabe mencionar que o CAPS em que atuei atendia às diretrizes previstas na portaria 336 (Ministério da Saúde, 2002) do ponto de vista dos recursos humanos (equipe), não atendendo às disposições do ponto de vista da competência, das atribuições, da inserção na rede de assistência municipal, da estrutura física e dos recursos técnicos (materiais e equipamentos); o serviço estava (e está, até a data em que terminei esse texto) instalado em um prédio sem condições sanitárias, de engenharia civil e de arquitetura adequadas (do ponto de vista da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, do ponto de vista das diretrizes apresentadas na própria portaria 336/2002 e do ponto de vista dos Bombeiros).

Evidentemente uma experiência de dezoito meses à carga de trinta horas semanais possibilita a confecção de múltiplos relatos e recortes, e a massa de material a que poderia recorrer impõe escolhas para que o relato possa fazer algum sentido. Por outro lado, como disse, já era “acossado” durante minhas vivências pela necessidade de uma escrita que “transportasse” minhas experiências lá a outra intermediação e outro parâmetro, e por isso já “sonhava” essa escrita enquanto estava lá – nessa medida posso dizer que alguma escolha já se processava em mim à época.

Atento à necessidade metodológica de um recorte e à forma como minha vivência “impôs”, ela também, um recorte, proponho modular a escrita pelo seguinte: *o atravessamento da violência na contratualidade conforme esta se processa em um CAPS II*. Refiro-me aqui à violência imposta pela administração, ou seja, pelos funcionários municipais e pelo papel administrativo que desempenham. Essa violência “atravessa” a contratualidade porque não há motivo suficiente para que a administração intervenha na implementação e operação regular de um serviço como um CAPS, e essa violência opera como um atravessamento; ou seja: o contrato de trabalho poderia não ser uma violência incidindo sobre o serviço e o trabalho, mas é, e essa é uma questão digna de estudo. Refiro-me, portanto, especificamente à violência impingida sobre o serviço em função da

má operação da administração pública de recursos e serviços, e da violência decorrente que é aquela impingida sobre a população (que vê seus impostos espoliados sem a consequente implementação de serviços adequados ou, no mínimo, legais).

Lembro, já de antemão, que esse recorte implica uma escolha, e essa escolha sacrifica necessariamente outros aspectos e dimensões da experiência, que não “cabem” ou competem à apresentação conforme a *propus*. Poderia relatar bons encontros, bons grupos, atendimentos, reuniões – isso, no entanto, fica sacrificado em vista do imperativo de dar visibilidade a essa dimensão problemática da experiência. Espero que o leitor consiga compor o relato que segue à suposição de que tive também bons momentos, e que levo da experiência mais do que apenas frustração.

Um ano e meio em uma casca de noz

Não tinha em vista assumir de fato o cargo como psicólogo quando fui entregar a documentação; estava ocupado com outras atividades e não tinha interesse em contrair um compromisso tão demandante em termos de carga horária. Quando fui, tinha em vista simplesmente “conhecer a proposta”, como se fosse por desengargo de consciência. Quando soube que havia uma vaga para trabalhar na equipe que implementaria o projeto de um CAPS II no município, no entanto, fiquei interessado e aceitei em função da proposta de trabalho.

A ideia, conforme foi transmitida, era que a equipe configuraria um projeto terapêutico para o serviço, conheceria a rede de atenção à população instalada no município, desenharia possíveis atividades e um fluxograma institucional e, em três meses, o serviço seria inaugurado.

Curiosamente, na mesma semana em que comecei a encontrar meus colegas de equipe estourou na mídia uma denúncia de desvio de verbas no município, implicando prisões de secretários e vereadores, congelamento de verbas e tantas outras coisas. Não sei se isso teve algum papel no desdobramento dos fatos, mas certamente impactou no tom que marcaria as discussões e o andamento do projeto. Logo percebi que não só meus colegas de equipe, mas praticamente todos na cidade sustentavam um tom de “indignação resignada”, inconformados com a corrupção, o populismo assistencialista e a apatia política do município; eventualmente me vi fazendo parte disso, sem que nunca tenha tido esse desejo ou tenha admirado essa postura que me parece improdutiva e desinteressante.

Quando começamos a trabalhar no projeto para o CAPS II ainda não dispúnhamos de um espaço físico para o futuro serviço – fazíamos nossas reuniões na Secretaria de Saúde ou em um parque nas proximidades. Intercalávamos discussões de projeto e perspectivas com a leitura de

documentação oficial e de divulgação a respeito da Reforma Psiquiátrica, dos CAPS II e do SUS (a equipe era composta de profissionais com formações distintas, trajetórias distintas e interesses distintos, e nem todos tinham estudado ou trabalhado nesses campos). Éramos na época três psicólogos, duas assistentes sociais e uma terapeuta ocupacional, acompanhados frequentemente pela coordenadora de saúde mental do município (ela, também, psicóloga). A equipe dispunha de conhecimentos básicos acerca dos princípios norteadores da Reforma Psiquiátrica, e todos estavam naquela equipe por terem interesse no projeto. Discutimos coletivamente a Lei Paulo Delgado (BRASIL, 2004), a já referida portaria 336/2002, o manual “Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial” (Ministério da Saúde, 2004) e outros do estilo. Em resumo: todos nós tínhamos afinidade com o discurso da Reforma Psiquiátrica, a maioria de nós tinha experiência de estágio e/ou aprimoramento em saúde mental em CAPS, e apenas um dentre nós tinha experiência de trabalho como funcionário em um CAPS.

O clima, inicialmente marcado por discussões abstratas, genéricas e abertas, passou a ser crescentemente atravessado pelo ceticismo quanto ao projeto, incômodo com a precariedade do cotidiano de trabalho, cansaço pelas excessivas discussões e escassas ocupações. Os três meses logo passaram a ser pouco críveis como prazo para inauguração do serviço, e foram substituídos por outras datas e outros prazos – ao longo da trajetória tivemos muitos prazos e datas, e o serviço foi aberto apenas um ano depois da composição da equipe de base para a “escrita do projeto”. Com o encrispamento do clima na equipe arrefeceu ainda mais o ritmo das discussões e o andamento de eventuais combinados e pactuações; as reuniões passaram a ser menos produtivas, mais desgastantes e tensas. A própria ideia de se apresentar às oito da manhã com a perspectiva de passar seis horas em discussões com uma equipe sem grande afinidade e sem serviço prático até às duas da tarde contribuía em muito para irritar e desanimar, numa espécie de ciclo vicioso de animosidade e desânimo.

Eventualmente soubemos da definição de um espaço onde o CAPS II viria a funcionar – no lugar de outro serviço de saúde mental, este gerido pelo Estado, que fecharia suas portas em breve em virtude de contingenciamento de verbas. Fomos conhecer o espaço, os profissionais que em breve seriam dispensados, os usuários que em breve ficariam sem atendimento. Pensamos numa “passagem” de atendimento, com o CAPS abrindo assim que o serviço fechasse – isso, para bem ou para mal, não aconteceu, e passou-se muito tempo entre o fechamento daquele e a inauguração do CAPS. O espaço era um galpão de indústria, localizado no parque industrial do município, nos limites do território e no extremo oposto do centro e dos bairros mais populosos (o centro do município fica na outra extremidade, na divisa com São Paulo). A localização não favorecia muito o

acesso, nem dos cidadãos ao serviço, nem do serviço aos demais serviços municipais, nem do serviço à cotidianidade do município.

Os prazos venciam, novos surgiam, o tempo passava; as discussões ficavam cada vez menos produtivas, o cansaço era cada vez mais sintomático, cada vez menos trabalho se produzia a custos cada vez maiores. O desânimo grassava. Brincávamos que o galpão, pouquíssimo mobiliado e ocupado por oito profissionais (a essa altura contávamos com uma auxiliar administrativa na equipe) sem ocupação efetiva, parecia um experimento de psicologia social ou um *reality show* de mau gosto – as brincadeiras, na verdade, traziam pouco conforto. Tentávamos, na medida em que a energia permitia, intervir, questionar, propor: nesse sentido tivemos reuniões com funcionários, fizemos orçamentos de materiais, propusemos alternativas, mas nada parecia adequado porque “o serviço abriria em breve, dependia apenas de algumas assinaturas e autorizações”.

Eventualmente (com cerca de seis meses de “trabalho” da equipe) pensamos que era tempo de alguma medida de contestação: propusemos, então, a confecção de uma carta aberta, a ser encaminhada a grupos e associações profissionais, relatando a situação em que estávamos e nosso incômodo com a situação bizarra; o bizarro, que fique claro, consistia na existência de uma equipe composta, trabalhando, batendo ponto, remunerada, ocupando um prédio imenso, inapropriado para o uso esperado e não mobiliado, e nenhum atendimento sendo prestado à população. Desde o fechamento do serviço estadual tínhamos notícia dos antigos usuários perambulando entre UBSs e pronto-socorro, pleiteando renovação de medicação, atendimento emergencial, internação.

A proposta da carta aberta, no entanto, parece ter desagradado. Fomos “instruídos” a não escrevê-la, e considerou-se adequado que cada um dos profissionais da equipe do futuro CAPS fosse alocado em um serviço distinto do município; a proposta era que a “atenção psicossocial” começasse a funcionar independentemente do “centro” – seríamos profissionais do APS, enquanto o Centro que ofereceria o C de CAPS não vinha.

Resignados, fomos alocados em UBSs, CRAS, CAPSad; tínhamos projetos específicos de atuação; víamo-nos raramente, e sempre com pauta e supervisão. Assim ficamos por alguns meses, até que a abertura do CAPS II fosse iminente¹, momento em que fomos realocados no galpão, dedicando-nos a adequar o espaço (na medida do possível, visto que a mobília continuava escassa e os materiais terapêuticos e administrativos necessários haviam sido parcial e arbitrariamente supridos) e tirar o pó dos projetos e propostas escritos alguns meses antes; resignados, voltamos.

O serviço foi inaugurado em um domingo, a alguns meses das eleições municipais; eu não compareci, mas soube que se tratou de cerimonial eminentemente político. Seja como for, treze meses após a composição da equipe profissional inicial, pomo-nos em serviço. Conviviam fantasias

contraditórias: poderíamos receber afluentes de pessoas procurando atendimento, como poderíamos seguir despercebidos, no ócio avassalador do galpão, à espera de “pacientes”. O tempo foi trazendo cidadãos, aos poucos, ao serviço, e em pouco tempo passamos das lamúrias inspiradas pela sensação de vazio e falta de sentido àquelas inspiradas pelo excesso de demanda, falta de organização e tempo. Muitas das propostas que havíamos delineado para o CAPS funcionavam bem, mas a falta de profissionais (algumas pessoas deixaram a equipe e não houve reposição) e a sobrecarga dessas atividades (porque muitas não puderam ser postas em prática por falta de material) tornavam a condução, mesmo dessas atividades bem sucedidas, difícil e delicada – oficinas de música, pintura, dobradura e grupos verbais contavam com a participação de vinte e cinco, às vezes trinta usuários.

Todo o tempo passado entre a convocação da primeira equipe e a abertura do serviço não favoreceu a configuração de um serviço organizado e consistente: a administração era pouco eficiente, a organização dos profissionais e do manejo do espaço e do tempo eram precários, a comunicação era ineficiente e trabalhosa. Parte da responsabilidade se deve sem dúvida à inconsistência do próprio projeto: a equipe que começou a pensar era pouco representativa (seis profissionais dos doze que vieram a compor a equipe que “inaugurou” o CAPS), não tínhamos coordenação própria e eventualmente percebemos que os médicos decidiriam quase tudo – e não havia médicos no período de “gestação” do CAPS, eles só chegaram depois de inaugurado o serviço. Além disso, o desgaste do período pré-inauguração precipitou a saída de alguns desses profissionais da primeira equipe – eu, tendo saído seis meses após a inauguração, fui o terceiro dentre os seis iniciais, e soube da saída de outros dois logo depois de mim. Passamos meses pensando propostas e a lógica do serviço, mas a chegada de coordenação e médicos na iminência da abertura do serviço impôs uma série de mudanças sobre as quais não tínhamos autoridade e que desconfiguravam alguns dos princípios que havíamos delineado.

O cotidiano de trabalho após a abertura do serviço era marcada pela precariedade: tínhamos pouco ou nenhum material, o espaço era ruim (como disse, um galpão industrial – sem divisórias, poucos banheiros, feito de concreto e zinco), a equipe estava bastante desmotivada, a rede de atenção municipal nos via com maus olhos e as relações no geral eram ruins; a precariedade do próprio município e da população que nos buscava estabeleciam um continuum com a do próprio serviço.

A essa altura, pouco ou nada restava de minha animação e alegria quando assumi o desafio de “propor o projeto” e instalar um CAPS II; ressentia-me, sentia-me sem motivação, sem recursos. Procurava alternativas, recursos, caminhos; propunha dispositivos institucionais, pautas, reuniões, organizações, oficinas, debatia-me, e o desânimo não desgrudava. Em algum momento comecei a

sentir que procurava tão aflitadamente um caminho que refletisse meus ideais e crenças por puro egoísmo – parecia que a população, os profissionais e os administradores estavam bem estabelecidos no tal assistencialismo populista, todos devidamente confortáveis em seus lugares de miseráveis, corruptos, insatisfeitos, requerentes de privilégios e tantas outras funções estereotipadas. Esse entendimento me parece amplamente estimulado pelo rancor, e pouco preciso; parece-me, no entanto, que o propósito de inauguração de um CAPS II no município tinha muito mais fundamento pelo financiamento ministerial² consequente do que pela pertinência da instalação de um serviço como este para o atendimento à população, pela adequação da proposta. Em muitos momentos senti que a lógica municipal – considerando abstrata e um pouco toscamente a história política e a circulação dos cidadãos – aderiria muito melhor a um “ambulatório” com gestão centralizada e controle de produtividade. Não que eu defendesse ou gostasse dessa ideia, mas o rancor me fazia ver a cidade com alguma acidez.

A Saída e o legado

Nos últimos meses de trabalho – já havia decidido pela saída – passei a gravar “audiologs”, que eram gravações em áudio que eu fazia em meu celular sobre o andamento do trabalho, os pensamentos que eu nutria a respeito, hipóteses que levantava e relatos de cenas e situações. Certo dia me peguei gravando: “parece que minhas propostas e desejos para o funcionamento do serviço não condizem em nada com a organização local; profissionais não acompanham, usuários não se interessam. Posso ter a certeza que tiver a respeito, não vejo lógica em defender a ferro e fogo alguma coisa que me parece correta, porque ‘estudei e sei’, se nada na realidade em que me insiro reitera essa certeza íntima. Se o papel do profissional em saúde mental tem como fundamento a intervenção em vista da realidade local e dos desígnios da comunidade em vista de sua colocação e pertinência, eu preciso confessar que simplesmente não tenho lugar aqui”.

Não sei se sustento essa posição; o que sei é que minha saída não foi motivada pela precariedade de recursos ou pelo grau de dificuldade do trabalho, e isso me parece claro. Por vezes compartilhava minhas dificuldades com colegas de profissão e amigos, e estes invariavelmente diziam: “ora, pelo que você está dizendo você está certo em querer sair”, porque pensavam que falta de materiais, de cumplicidade no trabalho, de respaldo em alianças e pactuações com outros serviços locais, essas dificuldades justificam a saída. Eu, particularmente, não me sentia contemplado com essa organização dos fatos. Não me consola em nada virar as costas a algo que me incomoda, quando sei que minha formação e meus princípios me levam a crer que podemos mudar as coisas. No entanto saía, pensava eu, por não sentir pertinência em minha forma de

trabalho: poderia me desdobrar para produzir práticas que refletissem minha crença e minha concepções profissionais, mas o faria *contra* o funcionamento tendencial do serviço e da forma como a assistência pública se acopla à demanda dos cidadãos no município. Se tivesse uma atuação interessante diante de um usuário, ou um grupo, ou na rede assistencial municipal, faria isso em meu nome, às minhas custas e sem respaldo institucional; e quando eventualmente saísse de lá, semanas, meses ou anos depois, aquilo iria embora comigo. Nesse sentido bastante específico eu saía por não sentir *pertinência*.

Dividia-me, nesses períodos, entre a tarefa de trabalhar com devoção e coerência nos projetos em andamento e a tarefa renunciada de escrever sobre as experiências vividas. Sentia que tinha esse débito com minha formação, minhas convicções, minha honra: se isso é a Reforma Psiquiátrica em ato, se essa é a realidade, pois bem, preciso expressar minhas preocupações e problematizações a respeito! Além disso, sentia-me traído pelo fato de, tendo estudado sobre saúde mental e saúde pública na graduação, tendo realizado aprimoramento na área, tendo participado de discussões, eventos, grupos de estudos, nunca tivesse sido confrontado com esse nível, essa conformação problemática. *Isso*, pensava eu, precisa ser pensado: essa efetivação específica de serviços, em que tanto mais do que a Reforma Psiquiátrica está em jogo. Fala-se na legislação específica (BRASIL, 2001 e MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, já citados), no fazejamento em políticas públicas (LANCETTI, 2000), no questionamento da razão diagnóstica (PEREIRA, 2000; BIRMAN, 1991; SARACENO, 2001), isso tudo é bem dito e ensinado. Mas eu passei por esse município e por alguns outros nesses meses, e percebi que a situação que vivi lá se repete de maneiras bastante semelhantes em tantas outras cidades na grande São Paulo (e certamente em outros lugares) e sinto que isso precisa ser dito com mais ênfase e transmitido aos interessados em atuar nesse campo – não como desmotivador, mas como estímulo à formação e capacitação e para que se criem metodologias e “tecnologias leves” (JUCÁ, LIMA e NUNES, 2008) que instrumentem a atuação.

Quando finalmente saí, o fiz – creio eu – com algum trabalho feito: estava relativamente satisfeito com o andamento de alguns casos, com algumas propostas terapêuticas e institucionais para as quais sinto que contribuí. De alguma maneira saí com a sensação de que deixei algo passível de um desdobramento potente (do meu ponto de vista); o que será desse legado não cabe a mim.

Trouxe comigo a outra ponta do legado – aquele que me ficou da experiência passada. Trouxe comigo, acima de tudo, uma sensação de dívida enorme: dívida com a população que foi, em inúmeros aspectos, mal atendida, dívida com os ideais que carregou comigo e que sinto que foram mal representados e pouco contemplados, dívida com a experiência que carregava e que precisaria converter em trabalho. Esse é o legado que trago, legado em nome do qual escrevo; não

compartilhei tantos acontecimentos, anedotas, histórias – esse texto é um relato de experiência fundado em meus pensamentos, em minhas angústias e na problemática que essas suscitam; se os pensamentos e as angústias são meus, a problemática diz respeito ao campo.

Coincidentemente ou não, nos últimos meses em que estive atuando nesse CAPS fui envolvido pela leitura dos livros *Holocausto e Modernidade*, de Zygmunt Bauman (BAUMAN, 1998) e *Eichmann em Jerusalém: um relato sobre a banalidade do mal* (ARENDR, 1999); identificava-me com a apresentação do “funcionário obediente”, que compactua com atos cruéis e desumanos em função de ser “apenas um dente de uma grande engrenagem”, de “não ter escolha” ou de “estar cumprindo ordens”. Surpreendia-me tentando me consolar com aqueles que estava ajudando, e com o pouco que ajudava, porque “era o que eu podia fazer”. É verdade que era o que eu podia fazer – eu queria muito fazer mais, e tentava muito fazer mais – mas isso não basta. Hoje, no Brasil, somos em muitos – nós que queremos que a rede pública de atenção à saúde mental funcione, de acordo com as propostas da Reforma Psiquiátrica, em consonância com os preceitos e fundamentos do SUS, em benefício da cidadania, de forma potente e criativa; somos em muitos. O ponto, no entanto, é que pegamo-nos em situações difíceis, com pouco amparo administrativo, apossados por iniciativas de contra-reforma, e é possível que muitos de nós acabem resignando-se em uma posição de sobrevivência, ou de “fazer o possível”, ou de acreditar que o pouco que temos já é muito; essa postura, que isola e encapsula as iniciativas e as experiências regionais, produz uma distância cada vez maior entre os preceitos e propostas de Reforma, por um lado, e o cotidiano dos serviços, dos profissionais e usuários, por outro. Em nome da potência do cotidiano da rede pública de ações em saúde mental, creio que precisemos abrir-nos ao pensamento coletivo, à interlocução com o campo acadêmico – e acima de tudo abrir as catacumbas das experiências de violência institucionalizada em nome do protagonismo, da cidadania e de uma saúde mental pública de qualidade.

Em resumo: creio que é tempo de articular a teoria do campo com o cotidiano da prática e os desafios atuais, prementes, urgentes que a saúde mental no SUS enfrenta. Nessa medida esse texto, além de um relato de experiência, é um convite.

Considerações finais

Acredito que seja importante, no campo da saúde mental pública, que possamos articular os campos da práxis e do engajamento na condução cotidiana dos serviços, por um lado, e o campo da discussão teórica, por outro. Parece-me problemática a tendência em dissociar os campos da

pesquisa universitária e da prática em serviço, particularmente em campos que dizem respeito tão intimamente à organização social e ao bem-estar da população.

Quando compartilhei com meus ex-colegas de serviço a proposta de redação desse texto, a resposta foi de um sorriso generoso acompanhado do comentário: “você tem mesmo um pendor acadêmico...”. De alguma maneira o trabalho, conforme este se efetiva na prática em serviços municipais de atenção à saúde, produz uma espécie de dissociação no trabalhador: lá onde ele age, ele não pode pensar; lá onde ele pensa, ele não pode agir. Estive amplamente envolvido em meu mestrado no tempo em que estive trabalhando no CAPS II – mestrado de cunho teórico, sobre psicanálise; e somente agora, após ter saído do serviço, estou me propondo a escrever esse relato de experiência³. Não me parece acaso, nem falta de bom senso de minha parte – a forma como as coisas têm acontecido na saúde mental pública induzem essa dissociação, até onde posso ver.

Percebi no trabalho nesse CAPS que a disposição e interesse logo se converteram em indignação resignada e ressentimento. Pois bem, parece-me decisivo o papel do ressentimento na montagem do aparelho que acabou nos colocando como coniventes, passivos e apáticos nesse processo; por isso parece-me oportuno que os cursos de graduação nas áreas da saúde se aproximem mais, o máximo possível, da práxis cotidiana em serviços dessa ordem, em estágios curriculares. O que acredito que seria favorecido com isso seria um enriquecimento das aulas teóricas com conhecimento prático por parte dos alunos e dos professores, e a articulação das discussões curriculares e leituras com a tentativa de um entendimento da situação concreta, dos entraves e perspectivas em vista para o engajamento implicado e consciente dos futuros profissionais no serviço e no futuro do serviço. O processo por que passou a equipe que compus não me parece gratuito nem específico de nossa condição, e que sistematizaria da seguinte maneira: 1. Frustramo-nos com os impasses de uma administração pública ineficiente; 2. Passamos por um processo de adoecimento grupal (KAËS et al, 1991), em que não conseguíamos nos envolver em uma tarefa propositiva; 3. Ressentimo-nos, atribuindo ao “sistema” ou à “máquina” o empobrecimento e enfraquecimento de nossa potência de agir, conformando-nos com a perspectiva de resistirmos – no sentido de “durar no tempo” (NIETZSCHE, 2005); 4. aplacamos nosso ressentimento sob a compreensão de sermos “parte de um sistema” que nos supera e sob o qual pouco podemos, contentando-nos com pequenas ações técnica e eticamente que, na circunstância, assumem a curiosa conotação de “resistência” (BAUMAN, 1998).

Haveria muitos problemas a serem abordados na condução cotidiana do trabalho em saúde mental pública: a burocratização da administração; a imposição de observação a normas que pasteurizam o papel do profissional e de sua criatividade no serviço; a imposição de longas tramitações na discussão e implementação de inovações; o frequente “esquecimento” ou abandono

de projetos em vias de implantação; a cobrança de eficiência e produtividade que impõem um ritmo de trabalho repetitivo que inibe o pensamento sobre a prática – essas muitas manifestações do poder da máquina administrativa sobre o profissional singular favorecem a sensação de impotência e de resignação.

Esse aspecto do trabalho em saúde pública repete em muito a dinâmica geral da alienação no trabalho conforme efetivada na modernidade – e nesse ponto nosso argumento toca o de Bauman no livro já citado sobre o holocausto e a modernidade. O trabalho burocrático dos milhares de funcionários da máquina nazista e de suas fábricas de extermínio, onde cada um trabalhava como podia para cumprir metas e prazos, construindo trens, fábricas ou campos de concentração, mantendo com o favorecimento da máquina uma bela ignorância frente à operação do mal sistemático... isso está menos distante do que gostaríamos que estivesse. Assim como o nazismo mobilizou a máquina estatal e a eficiência mecanizada da modernidade para implementar um projeto como a Solução Final, administrações em todos os níveis no Brasil mobilizam a burocracia para impor miséria, sofrimento e condições subumanas a milhares ou milhões de pessoas em nome da manutenção da “máquina”.

Podemos fechar os olhos para essa realidade acreditando que “eles”, os administradores mal intencionados, são muito distantes e diferentes de nós, e com frequência o fazemos; é compreensível. Onde o problema ganha urgência e primazia, no entanto, é no ponto onde compactuamos com esses mecanismos administrativos – porque precisamos do emprego, porque o pouco que fazemos de bom justifica nossa permanência, porque não temos escolha, porque saúde mental pública é isso.

Se a máquina administrativa do município para que trabalhei não mata ativamente cidadãos, certamente contribuí para que morram por uma omissão e má gestão de recursos calculada com fins perversos, e acho que esse é o ponto que toco com esse trabalho: é tempo de repensar a contratualidade e a gestão dos serviços de atenção e cuidado à população para favorecer a implicação pessoal e a responsabilização dos profissionais pelo que se passa, superando os entraves anônimos e frios da administração “da máquina”.

Cito como exemplo de omissão perversa o fato de uma região do município ter ficado sem nenhum controle ou cuidado para os cidadãos com diabetes e hipertensão por falta de médicos e equipamentos (por no mínimo dois meses, período em que trabalhei na UBS de referência – certamente mais tempo que isso). Tenho certeza que nessa população (de cerca de seis mil habitantes) alguém eventualmente teve uma intercorrência fatal em virtude, direta ou indiretamente, desse descuido e dessa desatenção.

Por dezoito meses trabalhei em condições absolutamente precárias; foi uma experiência única, profundamente perturbadora. Espero pelo dia em que isso não será mais uma realidade em nosso país, para ninguém; até lá, no entanto, não quero esquecer nem deixar esquecer: acho que é compromisso de todos atuando na área não esquecer e não deixar esquecer – o envolvimento em trabalho público significa muito pouco em outros termos. Como o disse Hannah Arendt:

Em condições de terror, a maioria das pessoas se conformará, mas algumas pessoas não, da mesma forma que a lição dos países aos quais a Solução Final foi proposta é que ela ‘poderia acontecer’ na maioria dos lugares, mas não aconteceu em todos os lugares. Humanamente falando, não é preciso nada mais, e nada mais pode ser pedido dentro dos limites do razoável, para que este planeta continue sendo um lugar própria para a vida humana (ARENDR, 1999: 254)

O que entendo disso é que a cidade onde trabalhei apresenta hoje uma condição de miséria que parece insuperável, mas poderia não ser assim, e pode não ser assim. Não é culpa de quem atua nos serviços que seja assim, mas é responsabilidade de quem se considera digno e coerente não se deixar dobrar pela falsa impressão de que não há outro caminho – há outro caminho, e cabe a todos nós caminhar em direção a ele. A mesma Hannah Arendt, no mesmo livro, relata histórias de países que se submeteram às exigências do Reich e implementaram programas de extermínio, bem como relata o caso da Dinamarca, que resistiu, impôs barreiras, lutou e não foi cúmplice nem protagonista de um dos episódios mais hediondos da história – lá não houve campos de concentração, nem assassinios em massa, nem “cooperação na missão”. A Dinamarca não evitou o holocausto, assim como é pouco provável que uma equipe de saúde mental consiga superar a burocracia, a corrupção, a leniência e os interesses escusos; mas a Dinamarca assinalou na história a pertinência e a relevância dos gestos de resistência, e inúmeras famílias de judeus sobreviventes devem tudo a esse gesto “menor” na história do Holocausto. Apoio, nesse sentido, Arendt, quando afirma que

é forte a tentação de recomendar a leitura obrigatória desse episódio da ciência política para todos os estudantes [e profissionais de saúde mental] que queiram aprender alguma coisa sobre o enorme potencial de poder inerente à ação não violenta e à resistência a um oponente detentor de meios de violência vastamente superiores (ARENDR, 1999: 189-190).

Escrevo porque gostaria que houvesse mais serviços e mais profissionais inspirados por essa postura, e porque gostaria que enfrentássemos com união e dignidade os tantos entraves em nosso caminho. Escrevo porque creio que vivemos imersos em uma engrenagem que nos convida à cumplicidade, e porque creio que tenhamos condição de escrever e inscrever algo novo nessa história.

Antes de encerrar, gostaria de agradecer imensamente a todos os profissionais e usuários que conviveram comigo nesse período de trabalho no CAPS II mencionado; aprendi muito, vivi muito e criei bons vínculos nesse tempo.

Referências

- ARENDETT, H. – *Eichmann em Jerusalém – um relato sobre a banalidade do mal*. São Paulo: Companhia das Letras, 1999;
- BAUMAN, Z. – *Holocausto e modernidade*. Rio de Janeiro: Zahar editores, 1998.
- BIRMAN, J. – *A constituição da psicanálise: Freud e a interpretação psicanalítica*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1991.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE (2004) *Legislação em saúde mental, 1990-2004*. 5 ed. Brasília: MS, p. 17-20.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (2004) *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília, Ministério da Saúde.
- JUCA, Vlândia Jamile dos Santos; LIMA, Mônica e NUNES, Mônica de Oliveira. A (re) invenção de tecnologias no contexto dos centros de atenção psicossocial: recepção e atividades grupais. *Mental* [online]. 2008, vol.6, n.11, pp. x-x. ISSN 1679-4427.
- KAËS, R. et al. – *A instituição e as instituições: estudos psicanalíticos*. São Paulo: Casa do psicólogo, 1989.
- LANCETTI, A. – Saúde mental nas entranhas da metrópole. In: *Saúdeloucura*, vol. 10, p. 11-52. São Paulo, Hucitec, 2000.
- NIETZSCHE, F. – *Humano, demasiado humano*. São Paulo: Companhia de bolso, 2005.
- PEREIRA, M.E.C. – A paixão nos tempos de DSM: sobre o recorte operacional do campo da Psicopatologia. In: COELHO JR., N. et al. *Ciência, pesquisa, representação e realidade em psicanálise*. São Paulo: Casa do psicólogo, 2000.
- SARACENO, Benedetto. Reabilitação Psicossocial: Uma prática à espera de teoria. In: PITTA, Ana. *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001. 158p.

Wilson de Albuquerque Cavalcanti Franco

Psicólogo e mestre em psicologia pelo Instituto de Psicologia da USP

e-mail: wilsondeacfranco@gmail.com

¹ Não saberia dizer o que mudou dos meses anteriores para aquele em que o serviço efetivamente abriu; as más línguas dizem que a iminência de eleições municipais propiciou a inauguração; línguas ainda piores sugeriam que os seis meses de “limbo” foram motivados justamente pelo interesse na inauguração às vésperas da eleição.

² Segundo me consta os CAPS recebem financiamento anual através do Ministério da Saúde, de forma que o município e a União comungam esforços financeiros para a manutenção do espaço. É oportuno a um município, portanto, pendurar

uma placa escrito “CAPS” quando o serviço o permite minimamente, mesmo que o serviço não seja propriamente um CAPS.

³ Tenho notícias de que não é só comigo que a coisa se passa assim – não só nesse serviço em que trabalhei, mas em outros que conheço.