

Efeitos danosos do processo de trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

Harmful effects of the work process in an Alcohol and Drugs Psychosocial Care Center

Kallen Dettmann Wandekoken¹, Maristela Dalbello-Araujo², Luiz Henrique Borges³

RESUMO Este artigo analisa de que forma os trabalhadores vivenciam os efeitos do processo de trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (Capsad). Foram realizadas observações, entrevista coletiva e entrevistas em profundidade com os trabalhadores. Entre os efeitos, destacaram-se desgaste, adoecimento, impotência de ação e esgotamento. Conclui-se que estes afetam a capacidade de agir, já que, para colaborar na produção do sentido de vida do outro, em muitos casos, o trabalhador não oferta nada para si, e isto os leva ao que Merhy chama de combustão.

PALAVRAS-CHAVE Serviços de saúde mental. Recursos humanos. Esgotamento profissional.

ABSTRACT This article analyzes how workers experience the effects of the work process in an Alcohol and Drugs Psychosocial Care Center (Capsad). Observations, collective interview and in-depth interviews with workers were carried out. Among the effects, the most notable were wear, sickness, powerlessness of action and exhaustion. It is concluded that these affect the capacity to act, since, in order to collaborate in the production of the meaning of life of the other, in many cases, the employee does not offer nothing for himself, and this leads them to what Merhy calls combustion.

KEYWORDS Mental health services. Human resources. Professional exhaustion.

¹Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes), Departamento de Enfermagem - Vitória (ES), Brasil.
kallendw@gmail.com

²Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes), Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - Vitória (ES), Brasil.
dalbello.araujo@gmail.com

³Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - Vitória (ES), Brasil.
luiz.borges@emescam.br

Introdução

À medida que a sociedade ocidental se desenvolvia, frente às transformações ocasionadas pela revolução industrial, o trabalho foi colocado como mercadoria principal e indutora do processo de acumulação capitalista. Assim, o trabalho passou a ser elemento central no entendimento da sociedade e do indivíduo na dinâmica social (CARDOSO, 2011).

Para Marx (1996, p. 297), o trabalho é

um processo entre o homem e a natureza, um processo em que o homem, por sua própria ação, media, regula e controla seu metabolismo com a natureza.

Para o autor, a sobrevivência humana depende da interação do indivíduo com a natureza, de modo que os elementos desta são modificados sempre com um propósito, uma finalidade. Assim, o processo de trabalho é uma condição da existência humana e é por meio dele que o homem se constitui, social e culturalmente. Ele ainda esclarece que o processo de trabalho é a atividade humana (gasto de energia) que transforma matéria-prima em produto, a partir do uso de meios e instrumentos. Entende-se que a história da humanidade passa pelo trabalho e pelas transformações que ele realiza, de forma que compreender o processo de trabalho se torna importante para a compreensão da sociedade e das relações sociais, inclusive no contexto do trabalho na área da saúde.

No Brasil, teóricos como Maria Cecília Donnangelo e Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves foram pioneiros ao introduzir a teoria marxista no campo da saúde. Mendes-Gonçalves (1992) formulou o conceito de processo de trabalho em saúde, que se refere ao modo de organização dos serviços, a fim de atender às necessidades de saúde dos usuários, ou, ainda, diz respeito à configuração e ao reconhecimento de novas necessidades. Corroborando essa ideia, Peduzzi e

Schraiber (2008, p. 323) afirmam que processo de trabalho em saúde

diz respeito à dimensão microscópica do cotidiano do trabalho em saúde, ou seja, à prática dos trabalhadores/profissionais de saúde inseridos no dia-a-dia da produção e consumo de serviços de saúde.

Assim, segundo Faria e Dalbello-Araujo (2010), a finalidade do processo de trabalho em saúde seria, por exemplo, a cura, a reabilitação e a promoção da saúde, que coexistem em diferentes formas de produção de cuidado. Ressalta-se que, com base em Merhy, Feuerwerker e Cerqueira (2010), a produção do cuidado deve ser compartilhada por todos os trabalhadores de um serviço de saúde, uma vez que a todos são válidos os atos de acolhimento e de escuta, o mostrar-se interessado, de forma a possibilitar o encontro que seja de conforto, a partir de olhares diferenciados. Campos (2007, p. 22) afirma, ainda, que “o trabalho em saúde assenta-se sobre relações interpessoais todo o tempo”.

Esses encontros são, dessa forma, essenciais no processo de trabalho em saúde, e particularmente importantes nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (Capsad), uma vez que este é um serviço de referência na rede de atenção aos usuários de substâncias psicoativas, tendo como base as atividades terapêuticas e preventivas à comunidade (BRASIL, 2003). Logo, são várias as possibilidades de atividades a serem oferecidas pelos Capsad, tais como o atendimento individual, que inclui a medicação; a psicoterapia; a orientação; as atividades em grupo; oficinas terapêuticas; visitas domiciliares etc. (BRASIL, 2003). Atividades essas que se baseiam em relações interpessoais e no encontro entre trabalhador e usuário.

Além disso, trabalhadores de Capsad vivenciam uma contradição entre duas políticas: a Política Nacional sobre Drogas ligada à Segurança Pública (BRASIL, 2002) e a Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool

e outras Drogas, com foco na saúde pública, ressaltando a necessidade da diversidade e da pluralidade de ações neste campo (BRASIL, 2003). Tal situação impacta negativamente no trabalho a ser realizado no Capsad, dificultando as relações interpessoais, que são essenciais ao cuidado (WANDEKOKEN; DALBELLO-ARAUJO, 2015).

A temática da dependência química está diretamente vinculada a questões sociais, como a criminalidade, a prostituição, a situação de rua, o tráfico de drogas, a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids), entre outras (KESSLER; PECHANSKY, 2008). Fato é que o profissional dedicado à assistência ao usuário de substâncias psicoativas não deve se preocupar apenas com o uso de drogas, redução de danos e/ou abstinência, mas deve percebê-lo como um indivíduo que tem uma história, uma trajetória, desejos, crenças, valores e potencialidades, o que torna este trabalho ainda mais complexo.

Tendo isso em vista, neste artigo, analisam-se os efeitos danosos identificados pelos trabalhadores no processo de trabalho de um Capsad.

Métodos

Foi realizada uma pesquisa qualitativa, com todos os 28 trabalhadores do serviço, incluindo enfermeiros, psicólogos, assistente administrativo, motorista, recepcionistas, vigilantes, auxiliares de serviços gerais, farmacêutico, educadores físicos, terapeuta ocupacional, gerente, técnicos de enfermagem, assistentes sociais e médicos, visto que todos intervêm na produção do cuidado do serviço de saúde (MERHY; FEUERWERKER; CERQUEIRA, 2010).

Para a escolha do local da pesquisa, foram analisadas as informações municipais recentes das sete cidades da região metropolitana onde foi realizada a pesquisa a respeito da rede de atenção aos usuários de substâncias psicoativas. Optou-se, assim, por pesquisar um município de 420 mil habitantes, com apenas um Capsad. Como o foco estava em

analisar os efeitos vivenciados pelos trabalhadores, tal escolha se deu pela crença de que a precariedade da rede de atenção em álcool e drogas contribuía para esses achados.

A coleta de dados foi realizada entre os meses de janeiro e abril do ano de 2014, a partir de três técnicas: observação do cotidiano, das reuniões de equipe e das assembleias com os usuários; entrevista coletiva; e entrevistas em profundidade. A técnica de observação foi importante para identificar os comportamentos não intencionais ou as reações sutis e, dessa forma, explorar questões que as pessoas não se sentem à vontade para discutir, permitindo registrar o comportamento no contexto em que ele ocorre (DALBELLO-ARAUJO, 2008). Conforme Dalbello-Araujo (2008), a entrevista coletiva é usada quando se pretende facilitar o acesso aos diferentes pontos de vista dos participantes. A entrevista em profundidade foi utilizada com 13 trabalhadores, tendo como questão de partida 'O que você acha de trabalhar aqui?'. Todos os dados foram transcritos e discutidos com a utilização da técnica de análise temática (BARDIN, 2009).

Ressalta-se que os participantes assinaram de forma voluntária o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, através do qual tiveram a garantia do sigilo de identidade e das informações prestadas. Assim, a identificação dos trechos selecionados aconteceu de três formas: 'Trabalhador' ou 'Trabalhador em roda', quando teve relação com depoimentos; e 'Diário de campo', quando o trecho de observação da autora baseou-se na observação do cotidiano.

Foram atendidas as prerrogativas da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovada a pesquisa, sob o nº 16771113000005060, pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

Resultados e discussão

Entre as tantas questões observadas no campo de pesquisa, evidenciaram-se

diversas dificuldades apresentadas pelos trabalhadores para entenderem os acontecimentos do seu exigente ofício. Destaca-se o fato de o cotidiano de trabalho ser marcado por intensas demandas de cuidado, por parte dos usuários com sintomas de abstinência ou em crise. Isto torna o fazer árduo, de forma que, entre os efeitos estão o desgaste, o medo, o adoecimento, o sentimento de inutilidade e a impotência de ação, que acabam levando ao esgotamento. Esses efeitos produzem o que Merhy (2004) descreve como combustão. Ainda conforme Merhy (2013), a combustão é o efeito decorrente dos fazeres no trabalho em saúde, que consomem vida em ato (no momento em que o trabalho é realizado), uma vez que o trabalhador, ao realizar o cuidado em saúde, deve ofertar o trabalho vivo para dar sentido à vida do outro. Assim, para auxiliar na produção do sentido de vida do outro, oferecendo energia vital, em muitos casos, ocorre o consumo do trabalhador quando, em não restando nada para si, ele, de fato, entra em combustão. Ao experimentar estes efeitos, o trabalhador não vislumbra possibilidades para gerar mudanças no trabalho, de forma que vivencia um distanciamento afetivo (paralisia e automatismo). Tal conceito se vincula à especificidade do trabalho em saúde, visto que, para o autor, este esforço de dar sentido à vida de outro, emprestando-lhe o desejo, pode levar à combustão, quando não são tomadas medidas de compartilhamento e análise do processo de trabalho.

Vale a pena ressaltar, entretanto, que esta ideia em muito se assemelha ao conceito de sofrimento psíquico postulado por Dejours (1994), que vem, desde 1980, estudando, sobretudo no trabalho fabril, os efeitos da organização industrial para os trabalhadores, visando a uma melhor compreensão da dor e do sofrimento. Também faz eco à síndrome de *Burnout*, uma das consequências do estado de constante tensão emocional e estresse crônico provocado por condições de trabalho desgastantes, estudada no Brasil, especialmente entre professores (CARLOTTO, 2002).

Para a organização da discussão, seguindo

o referencial da análise temática (BARDIN, 2009), os dados coletados foram divididos em categorias, conforme os efeitos identificados: o desgaste, o medo, o adoecimento, o sentimento de inutilidade, a impotência de ação e o esgotamento.

Desgaste

O grupo exige muito, é cansativo [...] No grupo, é preciso ficar atenta a tudo ao que acontece. (Trab3).

O serviço no Capsad é muito desgastante, 'suga muito'. (Trab8).

É muito difícil trabalhar com adolescentes... é preciso ter habilidade para manejar o grupo. O trabalho acaba sendo mais desgastante, você fica muito cansado. (Trab6).

É muito cansativo, a cabeça fica cansada. É igual quando você está estudando muito e parece que o corpo também dói. Tem dia em que chego exausto em casa. (Trab2).

Como se vê, o desgaste foi evidenciado em várias circunstâncias de trabalho no Capsad, seja ao coordenar um grupo com adultos, com adolescentes ou no serviço cotidiano. Observa-se que, em todas as situações elencadas, o encontro com o outro foi essencial, de forma a exigir do trabalhador o estabelecimento de relações interpessoais e o envolvimento de sua subjetividade (MERHY, 2002), o que representa fonte de desgaste, nos depoimentos.

Para Onocko e Campos (2006), o desgaste de um trabalhador da saúde é grande, uma vez que este se encontra em permanente contato com a dor e com o sofrimento. Os autores afirmam, ainda, que os trabalhadores da saúde não percebem que gastam suas vidas na defesa da vida dos outros. Assim, o desgaste é um sinal de

combustão, como se observa na fala “[...] parece que o corpo também dói. Tem dia que chego exausto em casa” (Trab4).

Estresse

Tem que ter muito equilíbrio para lidar com os pacientes de dependência química porque eles são muito instáveis, é muito difícil. Igual ao dia em que eu me estressei muito, o paciente manipulador... me acusava de ter solicitado a internação dele para o Capsad se livrar dele [...] Eu me estressei muito, sabe? Lidar com dependência química é muito difícil. (Trab12).

No depoimento, observa-se que as situações de instabilidade dos usuários, inerentes ao tratamento da dependência química, são fontes de estresse para os trabalhadores, uma vez que vivenciam estas situações diariamente. Assim, a afirmação “*você tem que ser uma pessoa muito equilibrada*” (Trab1) destaca que vivenciar estas situações é, de fato, difícil e requer certo preparo do trabalhador para que não haja a combustão.

Há, também, como no caso abaixo, o estresse proveniente das relações interpessoais entre os trabalhadores:

O trabalhador, então, quis me falar sobre uma reunião em que ele ‘explodiu’. Disse que, por falta de comunicação da recepção, ele passou por uma situação constrangedora, em que o paciente psiquiátrico reclamou de sua conduta na gerência [...] Até socou a mesa e alterou a voz para mostrar sua indignação. (Diário de campo).

Qualquer trabalhador está sujeito a vivenciar episódios em que há conflitos na comunicação entre os membros da equipe. Entretanto, o relato acima ressalta uma indignação frente ao fato ter ocorrido repetidas vezes, ainda mais se relacionando ao cuidado em saúde mental, que demandaria maior atenção e empatia. Como se observa, o trabalhador diz ter ‘explodido’ e ter socado a

mesa – sinais claros de combustão.

Nesse ponto, destaca-se que a produção do cuidado no Capsad é pautada no encontro e no estabelecimento de vínculos, no entanto, a combustão não favorece esta produção e, assim, implica em dificuldades no encontro entre trabalhador e usuário.

Medo

Tal feito foi ressaltado por aqueles que realizam atividades externas, tais como levar os usuários da atenção diária para passeios:

[...] ‘é preciso dois profissionais para levá-los [os pacientes], já que é perigoso um sozinho’. O outro disse: ‘Eu tenho medo de sair de carro com eles... não sei o que podem fazer, quem eles podem encontrar na rua’. Já outro disse: ‘O que pode acontecer fora, acontece aqui dentro [no Capsad] também’. (Trabalhadores em roda).

Ressalta-se a frase “*O que pode acontecer fora, acontece aqui dentro também*”, uma vez que amplia as situações de medo e, assim, de combustão, devido à exigência de permanência em estado de atenção. Grande parte dos depoimentos relacionados ao medo se referiu à atividade de internação compulsória, como descrito abaixo:

[...] quem está na internação compulsória está correndo risco de morte, pois não se sabe se o paciente está com uma faca! Você ‘tá na frente da batalha. (Trab13).

Mas, eu sei que é muito perigoso, tem muito risco pr’a gente, porque a gente não sabe se o cara ‘tá armado, né?, como ele está. Não tem uma escolta, nada... Teve o caso de um usuário, que a gente foi internar e que ele fazia sinal de que queria se cortar, cortar os punhos. Ficamos morrendo de medo. Eu disse: ‘Já pensou se ele pega uma faca e tenta se matar? O que a gente vai fazer?’, e X disse: ‘O pior é se ele pega uma faca e tenta nos matar, né?!’. (Trab5).

Segundo Merhy (2013, p. 222), os trabalhadores produzem “alívio nos outros, mas não têm nenhum alívio para olhar e repensar o trabalho”. Neste sentido, é imprescindível que existam formas de alívio para tais trabalhadores, de modo a aumentar-lhes a capacidade de agir. Há que se pensar em formas de articular a rede intersetorial, de modo que haja maior segurança, e também em criar meios de problematização das práticas para que esses trabalhadores articulem ferramentas frente às demandas da internação compulsória.

Aponta-se a Educação Permanente em Saúde (EPS) como um possível caminho para a transformação da produção do cuidado. A partir da EPS, o aprender e o ensinar são incorporados ao cotidiano do serviço (BRASIL, 2004). Compreende-se, assim, que a proposta da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) é atual e sua implantação se faz necessária, mas sabe-se que, para que isto ocorra, é preciso o envolvimento de trabalhadores e de gestores. Ressalta-se, ainda, que a EPS se constitui em estratégia para a reorganização do processo de trabalho com base na problematização, ou seja, vai muito além da ideia de oferta de capacitações e cursos, e é uma proposta de transformação frente a todos os efeitos que serão vistos a seguir.

Impotência de ação

A ‘impotência de ação’ aparece sempre que os profissionais alegam que não há nada a fazer para melhorar o atendimento burocratizado, e não humanizado, realizado por alguns dos trabalhadores: “[...] isso é muito ruim para os pacientes! Ficamos inconformados! Mas vamos fazer o quê? X [a gestão] diz que é assim mesmo” (Trabalhadores em roda).

Constata-se, assim, que as situações de impotência se expressam nas relações interpessoais – seja entre trabalhador e usuário ou entre os próprios trabalhadores – e nas relações intersubjetivas – relacional e afetiva. Há, aparentemente, consciência

dos problemas e certo desejo por mudança – entretanto, extremamente limitado – para alterar a situação.

No depoimento acima, percebe-se, ainda, certa paralisia diante da impotência. Parece que o diálogo e a escuta não foram considerados como possíveis ferramentas de mudanças frente às condutas do profissional em questão. Por isto, a espera por uma atitude da gestão. E além disto, a gestão, personificada na pessoa da diretoria, está sempre distante da assistência. Com este quadro, é muito difícil se atentar para as demandas do usuário e estabelecer “um compromisso permanente com a tarefa de acolher, responsabilizar, resolver, autonomizar”, como postulado por Merhy (2002, p. 82).

Em outra oportunidade, os trabalhadores relataram a impotência de ação diante de um caso:

Outro ponto de pauta foi o ‘caso do usuário X’. Neste momento, um profissional – técnico de referência de X – disse que não queria mais essa função, pois achava que já não dava conta da demanda e que não acrescentava mais ao paciente. (Diário de campo).

A princípio, concorda-se com Merhy (2002) quando ele defende que deve haver, nas equipes, os profissionais de referência para cada usuário, de forma que os trabalhadores desenvolvam vínculos mais estreitos e, assim, interpretem melhor suas demandas. Porém, como se observa, as situações de impotência parecem implicar em uma situação de paralisia, na qual o trabalhador prefere até deixar de exercer sua função por não saber o que fazer. Ressalta-se que tal desistência não foi sequer analisada pelo grupo que optou pela troca do trabalhador que exercia a função de técnico de referência do usuário em questão.

A paralisia observada parece decorrer da combustão vivenciada pelos trabalhadores, refletida na falta de implicação da equipe frente à produção de cuidados. Assim, pode ser questionada a existência, neste serviço,

de sujeitos militantes, como descrito por Merhy (2004). Para nós, estar implicado é ser ativo, é se colocar como alguém que afeta e é afetado, como alguém que produz e que é produzido; se colocar como um trabalhador, como um sujeito. É preciso abrir passagem para novos sentidos, até porque, neste contexto, a repetição já não funciona mais.

Ao discutir sobre a impotência, é preciso ressaltar que, segundo Merhy (2002, p. 61), o trabalhador tem um alto grau de liberdade na produção do cuidado em saúde, de forma a exercer certo autogoverno de suas práticas. Assim, para o autor, considerando a micropolítica do trabalho vivo, não cabe a noção de impotência, uma vez que, se

o processo de trabalho está sempre aberto à presença do trabalho vivo em ato, é porque ele pode ser sempre 'atravessado' por distintas lógicas que o trabalho vivo pode comportar.

Neste sentido, deve-se considerar que a criatividade é uma das possibilidades para tornar os trabalhadores menos impotentes, de forma que possam inventar novos processos de trabalho.

Sentimento de inutilidade

[...] quando vim pra cá [para o Capsad], me senti inútil... a dinâmica é bem diferente do hospital porque, no hospital, você tem que ficar o tempo todo em atenção, porque, em um momento, pode estar tudo bem e, em outro, cai um ônibus, tem um acidente, e aí, lota o pronto socorro. [...] trabalhar com álcool e drogas é difícil porque eu não aguento não falar o que penso [...] Às vezes, vem um paciente que quer falar comigo, quer desabafar... e eu não aguento, não! Eu falo o que eu penso e pronto! (Trab11).

Percebe-se que o sentimento de inutilidade vivenciado pelos trabalhadores se relaciona ao seu fazer muito distinto dos procedimentos e técnicas hospitalares,

conforme descrito por Merhy (2002). Segundo Franco e Merhy (2005), há ideias que associam a complexidade tecnológica à qualidade do cuidado, configurando a ilusória imagem de resolutividade. Sabe-se, no entanto, com base nestes autores, que o processo de trabalho mais relacional implica em alta sofisticação e exige grande energia por parte dos trabalhadores. Até porque esta complexidade se baseia nas redes de relações focadas nos saber-fazer dos trabalhadores e não no aporte tecnológico. Assim, concorda-se que o olhar atento, a escuta, o toque operam em conjunto com os saberes e, sem dúvida, colaboram na constituição de maior resolutividade do trabalho em saúde (FRANCO, 2013).

Além dessas questões, percebe-se, no depoimento, certo sofrimento e, de fato, a combustão, quando o trabalhador afirma *"Eu não aguento não falar o que penso"*. Esta fala aponta que o trabalhador parece não ter implicação com a escuta, no encontro com o outro, e que ele apenas suporta vivenciar esses encontros no cotidiano de trabalho, o que repercute na produção de um cuidado menos acolhedor.

Adoecimento

Disseram que muitos ali vivenciam processos de adoecimento devido à demanda e pelas condições de trabalho; que não é só o salário. (Diário de campo).

[...] meu problema de audição é genético, mas, com certeza, foi piorado devido ao estresse e ansiedade. Principalmente, pelas dificuldades de relacionamento com a equipe. (Trab2).

[...] o motivo de eu ter ficado de atestado nesse tempo tem muito a ver com o Capsad... eu não estava aguentando mais. (Trab9).

Foram vários os depoimentos que apontaram

o adoecimento como um efeito do processo de trabalho no Capsad. Sabe-se que o trabalho, por si só, não é fator de adoecimento, mas, sim, determinadas condições e contextos nos quais é realizado, o que pode implicar em situações que interferem diretamente na produção do cuidado e só reforçam a constatação de que a combustão é vivenciada no cotidiano de grande parte dos trabalhadores do serviço. Assim, ressalta-se a necessidade de serem pensadas formas de gerar alívio aos trabalhadores para que estes produzam vida em si (para ofertar ao outro) e para si (para ofertar a si), conforme Merhy (2013).

Já um efeito, e único identificado, que tem a ver com o aumento da capacidade de agir é a ‘realização profissional’, mencionada por alguns trabalhadores:

É muito bom quando você vê o paciente, você vê a mudança dele... isso traz realização, sabe? O envolvimento que tem aqui, ele é muito intenso... tanto pro que é positivo quanto pro que é negativo... é tudo muito intenso... muito forte... então, eu gosto disso, sabe? É como se eu me sentisse mais viva! (Trab4).

Eu amo trabalhar no Capsad! Nunca trabalhei com saúde, mas amo trabalhar com dependência química [...] o que importa é o paciente e, por mais que depois da consulta ele vá embora e não volte, algo já mudou nele e ele não é mais o mesmo. (Trab10).

[...] eu sou do povo, gosto de estar com eles, conversar com eles, gosto da assistência. (Trab3).

Esgotamento

Destaca-se, a partir do efeito esgotamento – que engloba frustração, desgaste e estresse –, o caso dos membros da equipe que dizem não suportar o trabalho na atenção diária (modalidade de atendimento diário baseada em oficinas terapêuticas para os usuários do

Capsad que estão em tratamento intensivo):

Tem dia que xingam, que ofendem os profissionais. O convívio é diário, então, é mais difícil. (Trab6).

[...] um dos trabalhadores me explica que o usuário havia o tratado mal, ofendido, e ele não aguentava mais, por isso, estava saindo da atenção diária. (Diário de campo).

[...] ninguém gosta de ficar na atenção diária, só fazem por falta de opção [e riram]. [Perguntei o porquê.] Vou te colocar lá um mês, pra você saber. [O outro disse] Ah, eles são muito desobedientes, são muito agressivos, só arrumam confusão... (Trabalhadores em roda).

Observa-se que o encontro com o usuário na atenção diária é penoso. Todos os profissionais escalados para trabalhar na atenção diária, sem exceção, disseram não gostar de nela atuar. O que mais impressiona é o fato desta atividade ter grande importância, pois se trata do encontro com usuários em cuidado intensivo. Assim, atenta-se para a fala dos trabalhadores, quando são perguntados a respeito de trabalhar na atenção diária. Eles responderam, juntos, que:

É estressante, frustrante, desgastante, desestimulante, ‘broxante’! [...].

Eles gritam, ofendem, são agressivos [...].

Preparo o material. Às vezes, chego com tudo ‘armado’. Aí, um ‘vem pra dormir’, ninguém presta atenção... Então, é assim, é frustrante! [...].

A gente pergunta e ‘cri, cri’. [E outro trabalhador disse:] ‘Por isso, não pergunto nada, falo sozinha...’. (Trabalhadores em roda).

Os usuários em cuidado intensivo frequentemente são aqueles que ainda estão em uso continuado da substância e são orientados a permanecerem sem o uso da droga por um dia inteiro – caso contrário, não poderão permanecer na atividade do Capsad. Assim, compreende-se a dificuldade que é estar em abstinência, que os leva à agressividade e à falta de interesse por qualquer atividade, aspectos inerentes a este estado. No entanto, estas questões implicam no esgotamento do trabalhador, que passa a vivenciar, no cuidado intensivo, uma atividade que o exaure.

Além disso, percebe-se, também, que a dificuldade da escuta frente às demandas dos usuários e a dificuldade de tratá-los como sujeitos – com desejos, crenças e valores – tem implicado em prejuízos, não só para o usuário como para o trabalhador, que se sente limitado para lidar com tais questões, que o têm levado ao automatismo no encontro com o outro – o que descreve as situações nas quais o trabalhador passa a ser indiferente e se distancia do cotidiano, deixando-se levar pelas ocorrências sem se vincular e pressupondo a passividade do usuário, como se vê na fala “*Por isso, não pergunto nada, falo sozinha...*” (Trab8). E estas situações não são nada animadoras, uma vez que os trabalhadores chegam a ver os usuários como potenciais estressores, o que torna o encontro exaustivo.

Assim, ao vivenciar o esgotamento por meio do automatismo, o trabalhador contribui para que a produção do cuidado não seja centrada no usuário. E quando o profissional se distancia do cotidiano, outras questões passam a ter prioridade, como o protocolo e o preenchimento do prontuário, entre outros aspectos contrários ao que Merhy (2002) sugere. Neste caso, fica claro que apenas o saber-fazer do profissional importa, e assim, as ações centradas no trabalhador fazem com que o usuário seja atendido com base em tecnologias duras (equipamentos, instrumentos, protocolos etc.) e/ou leve-duras (conhecimentos estruturados, dos diversos saberes da área da saúde), sem que se dê atenção às tecnologias

leves, que se referem às relações construídas entre duas pessoas, em ato, e produzem uma relação de vínculo e de aceitação – conforme descreve Merhy (2002) –, imprescindíveis ao encontro no Capsad.

Outra questão que se coloca na categoria esgotamento é mencionada pelos trabalhadores:

O PTS [Projeto Terapêutico Singular] é feito, mas nunca é avaliado. Outro trabalhador disse: ‘Tem paciente na atenção diária, de forma integral, há mais de seis meses, porque o PTS nunca foi avaliado. A atenção diária está inchada’. (Trabalhadores em roda)

Cada usuário do Capsad deve ter um Projeto Terapêutico Singular (PTS), isto é,

um conjunto de atendimentos que respeite a sua particularidade, que personalize o atendimento de cada pessoa na unidade e fora dela, e proponha atividades durante a permanência diária no serviço, segundo suas necessidades. (BRASIL, 2004, P. 16).

PTS deve ser realizado no acolhimento do usuário no serviço e deve ser monitorado periodicamente pelo profissional de referência, junto com o usuário (BRASIL, 2004).

Assim, o fato de o PTS nunca ser avaliado é difícil de compreender. Percebe-se que o encontro com o usuário, que está há tanto tempo na mesma atividade, só pode produzir esgotamento, não só no trabalhador como também no próprio usuário, que acaba por manifestá-lo, seja pelos envolvimento em brigas ou em agressividade (nas palavras ou em gestos). Assim, o esgotamento e, conseqüentemente, a combustão contribuem para um estado de paralisia, que o trabalhador acaba se distanciando afetivamente, mesmo estando presente no cotidiano do serviço, e, com isto, surgem situações como estas observadas: usuários há mais de seis meses no mesmo tipo de cuidado e de abordagem sem, ao menos, uma avaliação. No

entanto, essa questão não foi explicada pelos trabalhadores.

Observa-se que os encontros na atenção diária, em sua maioria, exaurem o trabalhador, de forma que este, quando não está nesta atividade, demonstra grande alívio. Refletiu-se, então, sobre o fato de estes trabalhadores irem todos os dias para esta atividade, já exaustos, frustrados e na incerteza do que acontecerá, e poderem vivenciar episódios de surtos, crises ou convulsões de usuários. Nesses casos, o trabalhador responsável pela atividade do dia terá que atuar diretamente no caso, usando suas habilidades a fim de ofertar um cuidado singular que seja promotor de vínculo, de acolhimento, de escuta e de ressignificação, como propõe Merhy (2002). Mas, como?

Nesse ponto, destaca-se, ainda, que outro motivo de esgotamento na atenção diária se relaciona com a suposta falta de interesse dos usuários levantada pelos trabalhadores do Capsad, o que gerou uma série de discussões ao longo do campo de pesquisa:

Ninguém quer ficar na atenção diária; uns não querem mesmo e outros, apenas suportam. [...] os pacientes confrontam muito os profissionais, eles não têm interesse. Um deles explicou: 'Antes os pacientes eram mais novos e gostavam das atividades que a gente levava, mas agora eles são mais velhos e não querem fazer atividades como 'adedonha'. Dizem que é idiotice e só gostam de atividades mais intelectuais, como leitura e discussão'. (Trabalhadores em roda).

O fato de alguns apenas suportarem estar na atenção diária e os outros não quererem estar de forma alguma, é grave. Observa-se que algumas atividades não parecem ser interessantes para serem desenvolvidas com jovens e adultos em estado de abstinência, mas que, mesmo nestes casos, a responsabilidade pela falta de interesse é atribuída apenas ao usuário. Assim, identifica-se que falta formação adequada aos trabalhadores para saber lidar com os desgastes inerentes

ao cuidado intensivo em um Capsad.

No entanto, segundo Merhy (2005), não se pode acreditar que a baixa eficácia das ações em saúde se relaciona apenas à falta de competência dos trabalhadores, que pode ser suprida por meio de cursos. Essa seria uma visão simplista da questão, que geraria apenas pequenas mudanças no cotidiano de produção do cuidado. Ao contrário, Merhy (2005) aponta que o trabalhador deve ser protagonista no processo de transformação da sua prática. Do mesmo modo, Carvalho e Ceccim (2009) afirmam que o trabalhador deve avaliar sua atuação e direcionar críticas em relação a ela.

Destaca-se que, paradoxalmente, também se percebe certa realização pessoal nos trabalhadores, com o desenvolvimento das atividades, mas esta precisa ser potencializada. Observa-se que, quando o trabalho em saúde tem como efeito esta realização, o trabalhador apresenta maior grau de potência para dar conta de suas atividades e, como consequência, se sente mais satisfeito, o que favorece a criação de vínculo e repercute positivamente na produção do cuidado. No entanto, pode-se afirmar que, para que haja bem-estar no trabalho, não se faz necessária a satisfação constante, apenas é preciso que haja esperança, metas, desejos.

Sabe-se que o desejo faz com que os trabalhadores tenham maior capacidade para agir, em concordância com o que afirma Franco (2013), quando ele diz que é preciso estimular os trabalhadores para que se tornem sujeitos desejantes, visto que todos têm a capacidade de exercer mudanças na realidade que vivenciam desde que tenham capacidade de autogestão e de autoanálise. A primeira, diz respeito à atuação do trabalhador com foco no trabalho vivo em ato e é conduzida com base no próprio sujeito, que faz as demais conexões com os outros trabalhadores, podendo realizar a produção do cuidado de forma diferenciada. A segunda tem a ver com a valorização do conhecimento do trabalhador, de sua criatividade e iniciativa, seus

desejos e necessidades. Este conhecimento de si, associado com a realidade do cotidiano de serviço no qual está inserido, dá ao trabalhador a possibilidade de intervir na produção de serviços mais acolhedores, com mais vínculos, e que sejam centrados no usuário (FRANCO, 2013). Assim, ainda corroboram-se as ideias de Franco (2013) quando se afirma que o maior desafio da gestão do trabalho em saúde é manter os trabalhadores com alta capacidade para agir.

Para tanto, Merhy (2013) aponta que é preciso instituir no cotidiano dos serviços de saúde meios que avancem em direção à autogestão e à autoanálise, a fim de permitir que os trabalhadores lidem melhor com suas tristezas e sofrimentos, e que produzam o autocuidado. Até porque, como visto em grande parte dos depoimentos, o cotidiano no Capsad consome o trabalhador em vida e em ato, como um ser antropofágico (MERHY, 2013) e, diante disto, é preciso que haja contextos, no cotidiano, nos quais o trabalhador possa falar sobre suas questões, abrindo-lhes oportunidades e possibilidades de aumento da capacidade de agir, o que favorece a produção de cuidado.

Conclusões

Vários foram os relatos sobre o efeito desgastante gerado pelo ato de acolher o outro, neste lugar; sobre a exaustão, a frustração e o pavor diante das crises dos usuários, repletas de ofensas, xingamentos e episódios de agressividade. Neste contexto, o encontro com o usuário se torna difícil. Deste modo, uma reflexão sobre o trabalho em um Capsad revela que é essencial pensar no cuidado para com o trabalhador, uma vez que este, quando satisfeito e realizado, vivencia seu

trabalho com prazer, o que repercute positivamente na produção de um cuidado com maior produção de vínculo. E, ao contrário, quando este se sente esgotado, pode demonstrar dificuldades de sentir empatia frente ao sofrimento do outro, o que pode implicar em distanciamento afetivo e repercutir de forma negativa na produção do cuidado.

Para tanto, frente aos efeitos identificados, é preciso que haja formas de alívio que evitem a combustão, favorecendo a capacidade de agir, a fim de que o processo de trabalho seja favorável não só aos usuários, mas também aos trabalhadores. Entre estas formas, destacam-se a educação permanente, a autogestão e a autoanálise, que favorecem a existência de espaços para que o trabalhador possa se expressar e buscar possibilidades, visando ter aumentada sua capacidade de agir e gerando mudanças no trabalho.

Colaboradores

Autor principal: contribuiu substancialmente para a concepção, o planejamento, a análise e a interpretação dos dados; contribuiu significativamente na elaboração do rascunho e na revisão crítica do conteúdo; participou da aprovação da versão final do manuscrito. Coautor 1: contribuiu substancialmente para o planejamento, a análise e a interpretação dos dados; contribuiu significativamente na revisão crítica do conteúdo; participou da aprovação da versão final do manuscrito. Coautor 2: contribuiu substancialmente para o planejamento, a análise e a interpretação dos dados; contribuiu significativamente na revisão crítica do conteúdo; participou da aprovação da versão final do manuscrito. ■

Referências

- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. 2. ed. Brasília, DF: MS, 2003.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF, 19 fev. 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html>. Acesso em: 23 fev. 2017.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília, DF, 2004.
- CAMPOS, G. W. S. *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. São Paulo: Hucitec, 2007.
- CARDOSO, L. A. A categoria trabalho no capitalismo contemporâneo. *Tempo Social*, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 265-295, 2011.
- CARLOTTO, M. S. A Síndrome de Burnout e o trabalho docente. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 7, n. 1, p. 21-29, jan./jun. 2002.
- CARVALHO, Y. M.; CECCIM, R. B. Formação e Educação em Saúde: aprendizados com a Saúde Coletiva. In: CAMPOS, G. W. S. *et al.* (Org.). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo, Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 1-35, 2009.
- DALBELLO-ARAUJO, M. Comunidade ampliada de pesquisa. In: ROSA, E. M.; SOUZA, L.; VELAR, L. (Org.). *Psicologia Social: temas em debate*. Vitória: GM. Editora, 2008. p. 109-126.
- DEJOURS, C. Itinerário teórico em Psicopatologia do Trabalho. In: DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. *Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho*. São Paulo: Atlas, 1994.
- FARIA, H. X.; DALBELLO-ARAUJO, M. Uma perspectiva de análise sobre o processo de trabalho em saúde: produção do cuidado e produção de sujeitos. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 429-439, 2010.
- FRANCO, T. O trabalhador de saúde como potência: ensaio sobre a gestão do trabalho. In: FRANCO, T.; MERHY, E. E. *Trabalho, produção do cuidado e subjetividade*. São Paulo: Hucitec, 2013.
- KESSLER, F. H. P.; PECHANSKY, F. Uma visão psiquiátrica sobre o fenômeno do crack na atualidade. *Rev. Psiquiatr. Rio Gd. Sul*, Porto Alegre, v. 30, n. 2, p. 1-3, 2008.
- MARX, K. *O Capital: crítica da economia política*. 10 ed. São Paulo: Nova Cultural, 1996.
- MENDES-GONÇALVES, R. B. *Práticas de Saúde: processos de trabalho e necessidades*. São Paulo: Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde, 1992. (Cadernos Cefor, 1. Série textos).
- MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2002, p. 71-112.
- _____. Os CAPS e seus trabalhadores: no olho do furacão antimanicomial. Alegria e alívio como dispositivos analisadores. In: FRANCO, T.; MERHY, E. E. *Trabalho, produção do cuidado e subjetividade*. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 213 - 225.
- _____. O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio de reconhecê-lo como saber válido. In: FRANCO, T. B.; PERES, M. A. A. (Org.). *Acolher Chapecó*. São Paulo: Hucitec, 2004, p. 21-45.
- _____. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161-77, 2005.

- MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M.; CERQUEIRA, P. Da Repetição à Diferença: construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado. In: FRANCO, T. B.; RAMOS, V. C. (Org.). *Semiótica, Afecção e Cuidado em Saúde*. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 60-75.
- ONOCKO-CAMPOS, R. T.; CAMPOS, G. W. S. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: CAMPOS, G. W. S. *et al. Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 669-687.
- PEDUZZI, M.; SCHRAIBER, L. B. Processo de Trabalho em Saúde. In: *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2 ed. 2008. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/traima.html>>. Acesso em: 9 de abril de 2013.
- PINHO, L. B. *et al.* Avaliação qualitativa do processo de trabalho em um centro de atenção psicossocial no Brasil. *Rev. Panam. Salud Publica*, Washington, DC, v. 30, n. 4, p. 354-360, 2011.
- SILVA, G. M. *et al.* O processo de trabalho na supervisão clínico-institucional nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). *Rev. Latinoam. Psicopatol. Fundam.*, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 309-322, jun. 2012.
- WANDEKOKEN, K. D.; DALBELLO-ARAÚJO, M. Trabalho no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas e as políticas públicas: que caminho seguir? *Rev. Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 1, p. 157-175, 2015.

Recebido para publicação em agosto de 2016

Versão final em dezembro de 2016

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes).