



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA  
MESTRADO PROFISSIONALIZANTE DE SAÚDE MENTAL E  
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL  
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ATENÇÃO E REABILITAÇÃO  
PSICOSSOCIAL

CAROLINA TORRES GUAZZELLI

**Dissertação de Mestrado:**

**A PERCEPÇÃO DOS TRABALHADORES DE SAÚDE  
MENTAL SOBRE O SOFRIMENTO PSÍQUICO NO SEU  
COTIDIANO LABORAL**

FLORIANÓPOLIS/SC  
2015



CAROLINA TORRES GUAZZELLI

**A PERCEPÇÃO DOS TRABALHADORES DE SAÚDE  
MENTAL SOBRE O SOFRIMENTO PSÍQUICO NO SEU  
COTIDIANO LABORAL**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Mental e Atenção Psicossocial.  
Área de concentração: Atenção e Reabilitação Psicossocial.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. MartaVerdi

FLORIANÓPOLIS/SC  
2015

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Guazzelli, Carolina Torres

A percepção dos trabalhadores de saúde mental sobre o sofrimento psíquico em seu cotidiano laboral / Carolina Torres Guazzelli ; orientadora, Marta Inez Machado Verdi - Florianópolis, SC, 2015.  
139 p.

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial.

Inclui referências

1. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. 2. Trabalhadores de saúde mental. 3. Sofrimento Psíquico no trabalho. I. Verdi, Marta Inez Machado. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial. III. Título.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE MENTAL E  
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL  
MESTRADO PROFISSIONAL**

**A PERCEPÇÃO DOS TRABALHADORES DE SAÚDE  
MENTAL SOBRE O SOFRIMENTO PSÍQUICO NO SEU  
COTIDIANO LABORAL**

**Carolina Torres Guazzelli**

ESTA DISSERTAÇÃO FOI JULGADA ADEQUADA PARA A OBTENÇÃO  
DO TÍTULO DE: **MESTRE PROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL E  
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

**ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: Atenção e Reabilitação Psicossocial**

---

**Prof. Dr. Walter Ferreira de Oliveira**

Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção  
Psicossocial

**Banca Examinadora:**

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dra. Marta Inez Machado Verdi (Presidente)

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dra. Fátima Büchele (Membro)

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dra. Rosane Nitschke (Membro)

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Iranise Moro Pereira Jorge (Membro)



## AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais Vilma e Ivan pelo amor, educação e, principalmente, nesse momento por me ensinar que devo sempre ir em busca dos meus sonhos, construir uma carreira e um destino independente, tendo em vista os valores que acredito e que por vocês foram passados.

Ao meu irmão Eduardo pelo companheirismo, bem como pela fé em mim depositada que nos momentos em sequer cogitei me abalar esteve sempre do meu lado e me fez sacudir a poeira, levantar a cabeça e seguir em frente.

Ao meu namorado Elias, pelo apoio e dedicação nos momentos em que precisei de determinação, ainda pela paciência em aguentar meu mau humor nos tempos áureos de produção.

A minha orientadora Professora Doutora Marta Verdi, por ter aceitado me orientar nesse estudo, aguentando, mantendo a paciência e me acolhendo em minhas crises, e a qual tenho grande admiração pela competência e por ter compartilhado uma parte dos seus conhecimentos e de seu tempo comigo.

As professoras e doutoras Fátima, Rosane e Iranise por avaliarem e colaborarem na construção desse estudo.

A Carla pelo apoio e pelos infinitos artigos, cartilhas e livros que poderiam passar perto de meu tema.

Aos colegas e amigos do mestrado Jana e Hannah pelo apoio nessa etapa final, também Gi, Chris, Mi, Suela, Fernando, Paula e Andrea por vocês compartilharem um pouquinho de seus conhecimentos e das suas histórias nos momentos ímpares que vivemos durante o mestrado.

Aos trabalhadores que aceitaram fazer parte dessa pesquisa, que acreditaram na proposta, tiveram confiança e compartilharam comigo uma parte de sua história, seus sentimentos e seu trabalho.





*“A teoria sem a prática vira 'verbalismo', assim como a prática sem teoria, vira ativismo. No entanto, quando se une a prática com a teoria tem-se a práxis, a ação criadora e modificadora da realidade.” (Paulo Freire)*



## RESUMO

Palavras-chave: Saúde. Sofrimento psíquico. Trabalhador. Saúde mental. Atividades Cotidianas.

A organização da sociedade, das relações, dos modos de viver a vida, em especial, no mundo do trabalho, tem levado muitos trabalhadores a adoecer. Isso não é diferente com o trabalhador da saúde mental, que acolhe cotidianamente as demandas de sofrimento psíquico advindas da sociedade. E quando esse trabalhador sofre psiquicamente, como esse fenômeno repercute no seu cotidiano laboral. Pensando nesta problemática, buscou-se compreender a percepção dos profissionais do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) acerca do sofrimento psíquico em seu cotidiano laboral e sua relação com os processos de trabalho.

Essa pesquisa social em saúde parte de uma abordagem qualitativa, de caráter exploratório e descritivo, realizada através de entrevistas com quatro profissionais de diferentes CAPS pertencentes a municípios de Santa Catarina. Onde, a análise dos dados resultou em três categorias: fatores de risco para o sofrimento psíquico do trabalhador de saúde mental, mecanismos de proteção ao sofrimento psíquico do trabalhador de saúde mental e, por último, o apoio e ações referentes a saúde do trabalhador de saúde mental. Por meio destes resultados, concluiu-se que a saúde do trabalhador é uma área que precisa ser desenvolvida tanto em aspectos teóricos quanto práticos. Grande parte do que fora apontado pelos trabalhadores, tanto como fatores de risco ao sofrimento psíquico assim como os fatores de proteção, têm ligação com a gestão, portanto entende-se que a qualificação da gestão, entre outros encaminhamentos se torna mister para o alcance da saúde dos trabalhadores.



## **ABSTRACT**

Keywords: Health. Suffering psychic. Worker. Mental. Daily Activities.

The organization of society, relationships, ways of living life, especially in the world of work, has led many workers to become ill. This is no different with the mental health worker who routinely receives the demands of psychological suffering arising from society. And when that worker suffers psychically, as this phenomenon reflected in your daily work. Thinking about this issue, we sought to understand the perceptions of professionals Psychosocial Attention Center (CAPS) about psychological distress in their everyday work and its relation to the work processes.

This social health research part of a qualitative approach, exploratory and descriptive, conducted through interviews with four professionals from different CAPS belonging to the counties of Santa Catarina. Where, data analysis resulted in three categories: risk factors for mental suffering of the mental health worker, protection mechanisms to psychological suffering of the mental health worker and, finally, support and actions regarding workers' health mental health. By these results, it has concluded that workers' health is an area that needs to develop both in theoretical and practical aspects. Workers, both as risk factors for psychological distress, had pointed much of what out as well as protective factors, are linked to the management, so it is understood that the qualification of management, among other referrals becomes mister for achieving workers' health.



## Sumário

1 INTRODUÇÃO .....	18
2 OBJETIVOS .....	26
2.1 Objetivo geral.....	26
2.2 Objetivos específicos .....	26
3 REVISÃO DE LITERATURA .....	28
3.1 O mundo e o trabalho ou o mundo do trabalho.....	28
3.2 Trajetórias: da Reforma Psiquiátrica ao CAPS .....	37
3.3 Sofrimento psíquico no trabalho .....	50
3.4 Sofrimento psíquico nos trabalhadores da saúde mental.....	56
3.5 Marco conceitual.....	68
3.5.1 A psicopatologia e psicodinâmica do trabalho a partir de Dejours.....	68
3.5.2 O sofrimento psíquico decorrente do trabalho segundo Wanderley Codo .....	70
4 PERCURSO METODOLOGICO .....	74
4.1 Sujeitos da Pesquisa .....	75
4.2 Considerações Éticas.....	77
4.3 Coleta dos Dados .....	77
4.4 Análise dos Dados.....	81
5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	84
5.1 Fatores de risco que levam o trabalhador da saúde mental ao sofrimento psíquico.....	84
5.2 Mecanismos de proteção em relação ao sofrimento psíquico do trabalhador de saúde mental.....	96
5.3 Apoio e/ou ações para a saúde do trabalhador, com ênfase no trabalhador de saúde mental.....	108
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	120
REFERÊNCIAS .....	128
APÊNDICES.....	136





## **1 INTRODUÇÃO**

---

## 1 INTRODUÇÃO.

O sofrimento psíquico é uma temática que faz parte do discurso da sociedade. Há mais de dez anos, preocupada com a questão da saúde mental, a Organização Mundial da Saúde (OMS) dedicou seu relatório mundial da saúde 2001 ao tema. Tal relatório intitulado Saúde Mental: nova concepção, nova esperança, já na sua apresentação que tratava especificamente da saúde mental, traz o comentário da diretora geral da OMS Dr<sup>a</sup> Gro Harlem Brundtland, a qual enfatiza que “as estimativas iniciais indicam que cerca de 450 milhões de pessoas atualmente vivas sofrem de perturbações mentais ou neurobiológicas ou, então, de problemas psicossociais, como os relacionados com o abuso de álcool e de drogas” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2002).

É em meio a esse alto índice de adoecimento psíquico que os trabalhadores de saúde mental estão inseridos, tendo que lidar com uma nova perspectiva no modelo de atenção psicossocial se comparada à antiga concepção de tratamento ligado ao isolamento e a institucionalização ainda muito marcada na sociedade.

O que não se pode negligenciar é que estes profissionais como todo ser humano também sofrem ou até mesmo adoecem. Nesse sentido, emergem alguns questionamentos: Como acontecem esses episódios de sofrimento e adoecimento do profissional? Por quais motivos? Como isso repercute no ambiente de trabalho?

Estudos sobre o adoecimento dos trabalhadores da saúde mental abordam o fenômeno, como por exemplo, Santos e Cardoso (2010), os quais citam que 36% dos profissionais pesquisados em um

CAPS apresentavam estresse; De Marco *et al* (2008) analisaram uma amostra de 203 profissionais de saúde mental, onde 15,8% dos participantes apresentaram transtornos psiquiátricos menores.

Entretanto, percebe-se uma lacuna referente a estudos que abordem a percepção dos trabalhadores sobre esse fenômeno, quais as repercussões na rotina de trabalho da unidade, quais os sentimentos, projeções, indagações, preocupações e identificações que ocorrem durante esse processo.

Conforme se adotam novas tecnologias e métodos gerenciais, facilita-se a intensificação do trabalho que, somada a instabilidade empregatícia, vem modificando o perfil de adoecimento e sofrimento dos trabalhadores, demonstrado pelo aumento da prevalência de doenças relacionadas ao trabalho, como Lesões por Esforços Repetitivos (LER), também denominadas Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT). Emergem novas formas de adoecimento que são mal caracterizadas, como o estresse, a fadiga física e mental, bem como outras manifestações de sofrimento que se relacionam ao trabalho. Esta configuração cria situações que demandam mais pesquisas e conhecimento para que se possibilite traçar propostas coerentes e efetivas de intervenção (BRASIL, 2001).

Apesar da importância da temática, a saúde do trabalhador é uma área bastante mitificada, pois esta, assim como todas as outras áreas, deveria ser tratada nas unidades básicas de saúde ou até mesmo nos Centros de Referência de Saúde do Trabalhador (CEREST). Torna-se importante mencionar que, com exceção dos acidentes de trabalho e entre outras doenças que possuem uma relação direta com este cenário, há uma dificuldade de associação do adoecer com o

trabalho, que pode acontecer devido à falta de preparo técnico para lidar com o assunto, entre outros aspectos.

Quando se fala em sofrimento psíquico esse processo é ainda mais difícil, pois este é um conceito amplo que nem sempre se refere a transtornos mentais e sim a um sofrimento de uma maneira mais ampliada, sendo assim um sofrimento ligado a questões emocionais. Não obstante, quando é considerado um transtorno mental, ou seja, a partir do diagnóstico médico de um transtorno, este permeia o “(...) grupo III – Trabalho como provocador de um distúrbio latente, ou agravador de doença já estabelecida, juntamente com bronquite crônica, dermatite de contato alérgica, asma, doenças mentais” (BRASIL, 2001, p. 28).

Portanto, se reconhece que é uma doença provocada pelo trabalho, mas parte-se do princípio de que a pessoa tem responsabilidade sobre esta, pois já possuía a doença anteriormente e o trabalho serviu como “disparador”.

A escolha do tema desta pesquisa se deve a diferentes motivações, tais como a formação profissional da pesquisadora (terapeuta ocupacional), a afinidade com o tema e a preocupação acerca da saúde do trabalhador, permeadas por um olhar enquanto gestora, e em função da atuação nesta área de trabalho e como membro de equipe de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Outro importante motivo de escolha é a importância da humanização na saúde em toda sua completude, e principalmente pelo que move muitos pesquisadores à curiosidade. Os aspectos a serem pesquisados foram levantados a partir de vivências, leituras e inquietações acerca da problemática.

Salienta-se também que grande parte das pessoas projeta suas esperanças de melhoria e cura das questões relativas ao adoecimento psíquico no profissional de saúde mental. Porém, como todo ser humano, este em alguns momentos vem a adoecer, e merece atenção, já que este adoecimento, entre outras situações, repercute também no âmbito do trabalho.

Torna-se um desafio para o profissional acolher um usuário em sofrimento psíquico sendo que isto pode mobilizá-lo a tal ponto de modo a não conseguir realizar o seu trabalho.

Simultaneamente a esta situação, é colocada como condição *sine qua non*, desde os processos de formação acadêmica até o cotidiano dos trabalhadores de saúde mental, que os mesmos estejam bem emocionalmente, inclusive em permanente processo de psicoterapia. Isso ocorre para poder “dar conta” das demandas trazidas pelos sujeitos que atendem, sem sofrer, sem adoecer, para manter o distanciamento emocional necessário para tratar, além de trabalhar suas demandas subjetivas. Entretanto, em relação a isso, surgem questionamentos importantes: o acesso as terapias são garantidas de alguma forma aos trabalhadores do serviço público? Quando o trabalho está entrelaçado com sofrimento psíquico do profissional, e este acaba manifestando seu adoecimento psíquico, como os colegas veem o profissional adoecido? Como se sente o profissional que está em sofrimento? Que medidas podem ser tomadas enquanto coletivo?

Considerando que o preconizado nos serviços substitutivos no Brasil, os CAPS, são equipes multidisciplinares, e o ideal é que elas evoluam para se tornarem interdisciplinares, a proximidade e o *timing* dos profissionais da equipe necessitam de sincronia.

Nesse sentido, é importante ter clareza que “a interdisciplinaridade é vista como um processamento funcional, uma tecnologia que pode garantir a expansão de práticas operatórias comprometidas com a transformação do real em objetividade, ou seja, garantindo assim a essência da ciência e de sua lógica de funcionalidade” (GOMES, DESLANDES, 1994, p. 106).

O exercício profissional de um está ligado ao de outro, eles se unem e se complementam com a finalidade de alcançar um mesmo objetivo. Com o fenômeno da hiperespecialização e consequente segmentação dos saberes, a interdisciplinaridade surge como proposta de unificação, do diálogo entre esses saberes buscando formar um saber coletivo.

Para Sommerman, citado por Roquete *et al.* (2012, p.466),

“o termo interdisciplinaridade tem sido comumente utilizado como interação entre duas ou mais disciplinas, como método de pesquisa e de ensino, promovendo intercâmbio desde a simples comunicação das ideias até a integração mútua de conceitos, da epistemologia, da terminologia, dos procedimentos. Este mesmo autor entende que o termo interdisciplinar consiste numa abordagem em que duas ou mais disciplinas intencionalmente relacionam-se entre si para alcançar maior abrangência de conhecimento”.

Outro motivo a ser considerado para esta discussão é que não há uma política de cuidado para o cuidador, neste caso o trabalhador de saúde mental, em grande parte dos municípios no país. Deste modo, além dos salários muitas vezes defasados, precárias condições de trabalho, com uma demanda de trabalho excessiva, os profissionais não recebem atenção no que diz respeito a sua saúde e bem-estar. Em geral,

a busca por cuidado tende a ser uma iniciativa individual.

A Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS aponta alguns dos desafios para produção de saúde: 1) melhorar a interação nas equipes e qualificá-las para lidarem com as singularidades dos sujeitos e coletivos nas práticas de atenção à saúde; 2) fomentar estratégias de valorização do trabalhador, por meio da promoção de melhorias nas condições de trabalho (ambiência), na ampliação de investimentos na qualificação dos trabalhadores, e 3) fomentar processos de cogestão, valorizando e incentivando a inclusão dos trabalhadores e usuários em todo processo de produção de saúde. Apesar dos desafios supracitados, há de se ter por parte do gestor o entendimento, a valorização e o interesse de implementar essas práticas, do contrário permanecerá um *gap* (lacuna) entre o âmbito discursivo legal da política e o espaço da prática cotidiana (BRASIL, 2008).

Lancman (2008) nos aponta que o conhecimento acerca do processo de trabalho e o funcionamento dos serviços de saúde mental adquirem uma função estratégica, uma vez que o aperfeiçoamento das ações de cuidado, sobre a qualidade da atenção oferecida à população, pode significar a redução de custos para o sistema público de saúde mental. Apesar da economia não ser mensurada de maneira direta, em função da redução de custos operacionais ela incide indiretamente em reflexos positivos para saúde do usuário e das pessoas de sua convivência, sejam elas mais próximas ou até mesmo dependentes, na diminuição dos agravos e de conseqüências como perda da inserção social, diminuição da funcionalidade e autonomia, estigmatização, internação psiquiátrica. Ainda, a propósito dos trabalhadores da saúde

mental, a autora ainda menciona que o sofrimento em excesso se reflete na qualidade do trabalho, bem como no adoecimento do trabalhador, e isso significa custos adicionais para o sistema de saúde em função de afastamentos como a licença para tratamento em saúde e a rotatividade entre profissionais.

Na medida em que revela como os primeiros vivenciam o sofrimento psíquico em seu cotidiano laboral, indica estratégias potentes para transformar o cotidiano de modo mais saudável. Nesse sentido, ressalta-se a importante contribuição que os resultados desta pesquisa podem representar para o âmbito da gestão do trabalho em saúde mental, tanto para os trabalhadores como os gestores da saúde mental.



## **2 OBJETIVOS**

---

## **OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Compreender a percepção dos trabalhadores de saúde mental sobre o sofrimento psíquico e sua relação com o processo de trabalho.

### **2.2 Objetivos específicos**

- Identificar os fatores que contribuem para o trabalhador da saúde mental desenvolver sofrimento psíquico;
- Levantar os mecanismos de proteção psíquica existentes na rotina do trabalhador de saúde mental;
- Discutir a rede de apoio ao trabalhador de saúde mental em sofrimento psíquico.



### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 O mundo e o trabalho ou o mundo do trabalho

O mundo pós-moderno capitalista e globalizado, onde o consumo rege a vida cotidiana, mobiliza os indivíduos a estar sempre em busca de dinheiro, inclusive para sobreviver. O mercado transformou as pessoas em consumidores, onde tudo se torna objeto de consumo, podendo ser comprado ou vendido, inclusive alguns tipos de “felicidades”, ou coisas que levem a felicidade para alguns, o que muitas vezes colabora para alimentar essa busca incessante.

Considera-se que “*time is money*”, que significa “tempo é dinheiro”, então pode-se dizer o tempo que se utiliza na vida é um investimento ou um gasto, e isso faz com que uma parcela significativa da população permaneça em busca de dinheiro a todo momento, porque se você não está ganhando é provável que estará gastando. Assim, trabalha-se cada vez mais para poder gastar mais e essa busca dificilmente parece ser suficiente.

Uma ilustração interessante sobre essa questão é tratada no filme *O Preço do Amanhã*, onde a moeda corrente é o tempo de vida das pessoas. Se tomar um cafezinho, terá menos alguns minutos, e quanto mais se trabalha, mais tempo de vida se ganha. Apesar deste filme ser uma obra de ficção e nosso corpo não possuir um cronômetro contabilizando o quanto ainda temos a viver, ele traduz muito real do que acontece na sociedade atual.

O reflexo desse modo de funcionamento no mercado de

trabalho é uma situação que mobiliza a sociedade como podemos ver através do

“ contexto da 2ª CNST tem como tônica dominante a diversidade na composição da força de trabalho. Os paradigmas baseados fundamentalmente no operariado industrial e nos modelos tayloristas-fordistas se tornaram insuficientes para responder e contemplar as mudanças no âmbito das relações de trabalho, nos mais diferentes setores, que acompanham o movimento mundial de reestruturação produtiva, sem com isso eliminar formas arcaicas de produção. Tais mudanças têm em comum a ênfase na globalização dos mercados, na privatização dos serviços públicos, na rápida incorporação tecnológica para a produção de bens e serviços, na dinâmica do emprego, no aumento do desemprego e do trabalho informal e na exclusão social” (BRASIL, 2011, p. 14).

Não obstante, a tendência é de quanto mais dinheiro se tem, mais coisas serão compradas. Estas, por sua vez, estão cada vez mais descartáveis para que exista sempre essa necessidade exagerada de consumo. Ainda, as novidades vão surgindo o tempo todo, pois, segundo Jameson (1997), existe uma urgência econômica frenética na produção de produtos que se pareçam novidades, através de um ritmo *turn over* que vem aumentando, imputa um emprego estrutural que é fundamental para as novidades estéticas e ao experimentalismo.

De Masi (2000) cita a estética como valor central nos pós-modernos, que se exalta através da extrema perfeição tecnológica que os produtos manufaturados atingiram. Ao esgotar o arco ao longo do qual se aperfeiçoa tecnicamente um produto, ou seja, ao se dar conta que não vale mais a pena melhorar esse produto, refinamos sua estética.

O fenômeno relatado por De Masi (2000) acaba acontecendo de maneira recorrente em nosso cotidiano. Um exemplo são os modelos de carro, quando as empresas não fazem modificações mecânicas ou estruturais, colocam faróis diferentes ou qualquer item que represente uma inovação estética configurando assim um “novo” produto.

Partindo do pensamento a respeito da estética, Jameson (1997) comenta que o fenômeno supracitado também se repete, o que quer dizer que a estética é altamente mutável, criando tendências e múltiplas aquisições em função do *turn over* e de se sentir parte de uma sociedade de consumo.

A possibilidade de escolher produtos em meio a uma gama infinitamente variada alimenta o desejo de ser diferente dos demais. Um exemplo é que na sociedade industrial se desejava sapatos da Timberland para se sentir igual aos colegas de escola, já na sociedade pós-industrial usa-se tamancos para se diferenciar (DE MASI, 2000).

Outro fenômeno também citado por Jameson (1997) é o esmaecimento dos afetos, o autor comenta que no que tange a expressão dos sentimentos e das emoções, falar sobre isso na sociedade contemporânea, pode acabar implicando não somente na liberação da ansiedade, e sim de qualquer outro sentimento, sabendo que não há mais a presença de um ego que tem a função de sentir. Não é o mesmo que dizer que os produtos da cultura da era pós-moderna são destituídos de sentimentos, mas que os ditos sentimentos, os quais podem se chamar de intensidades, agora são autossustentados e impessoais e normalmente são dominados por certa euforia.

Mesmo nessa sociedade em que as relações e afetos

encontram-se abalados, há uma gama de pessoas que busca no trabalho um espaço na sociedade, um espaço para conviver com o outro e fazer diferença.

Segundo Lancman (2004) houveram intensas modificações no mundo do trabalho a partir da introdução de novas tecnologias, aceleração do ritmo do trabalho, modificações na organização e forma de produzir; surgiram novas profissões em detrimento de outras, a globalização e a redefinição das relações estabelecidas entre o trabalho e o capital. Essas transformações interferem no surgimento de novas organizações de trabalho e reorganizam as pré-existentes, as quais precisam se adequar para sobreviver. O perfil da classe trabalhadora se modificou, diminuiu a classe operária industrial e aumentou o trabalho no setor de serviços.

A mesma autora refere que essas mudanças despertam grande impacto nas relações de trabalho e emprego, a inserção no mercado de trabalho começa a se fazer de diferentes maneiras, como a terceirização, trabalhos autônomos, etc. Por esse motivo, o emprego, estabilidade, aposentadoria ou uma carreira linear e progressiva, direitos do trabalhador estão se tornando passado. O desemprego, subemprego e trabalho informal são condições permanentes e estruturais. A situação cria mobilidade no mercado de trabalho e favorece relações precárias nesse meio, que acabam influenciando as condições de saúde e trabalho dos que ainda estão no emprego (LANCMAN, 2004).

Tolfo e Piccinini (2007) comentam que os resultados preliminares de algumas pesquisas apontam que o trabalho ainda é considerado essencial na vida das pessoas, e que estas buscam,

concomitantemente, utilidade na sua função dentro da organização bem como para sociedade. As autoras também reafirmam valores como variações na natureza da tarefa, aprendizado, autonomia, reconhecimento, e o papel de garantir a segurança e a sobrevivência para que o trabalho tenha sentido.

Segundo Codo *et al* (1993), sobre os estudos que tentaram compreender o trabalho, aparentemente se esquece que ele tem magia, ou seja, é ininterruptamente sincrético de um universo latente, que se esconde do olhar do observador ingênuo, sempre é diferente do que aparece, e nunca se parece com o que é. Define-se o trabalho como mágico porque ele é duplo, carrega consigo a maldição da mercadoria, a fantasmagoria do dinheiro, pois aparece em uma de suas faces como valor de uso, realizador de produtos que atendem as necessidades humanas, e de outra como valor de troca, sendo pago por um salário, sendo criador de mercadoria, se tornando, até mesmo ele, mercadoria perante o mercado.

O trabalho para o adulto funciona como o mediador central da construção e do desenvolvimento, surge como maneira de complementar a identidade e o indivíduo, na medida em que proporciona o confronto com o mundo externo, lógicas, desafios, valores que uma hora ou outra se chocarão com a história de cada um. Portanto, o confronto nas relações, bem como nas organizações de trabalho, com a subjetividade será gerador de sofrimento (LACMAN, 2004).

Partindo desse pressuposto, o significado do trabalho dependerá da visão e do sentir do trabalhador. Dificilmente um observador terá a noção do universo real do trabalho. Além disso, o



trabalho está diretamente envolvido com o sistema de trocas, de um serviço por dinheiro, pode ser a fonte para proporcionar o alcance de desejos, mas muitas vezes serve como mercadoria.

O que não se pode deixar de mencionar é que o trabalho toma grande parte da vida dos homens e mulheres, já que estes passam muitas horas do seu dia e, por consequência, da sua vida no trabalho. Então é de suma importância que esse trabalho tenha sentido, e traga satisfação aos trabalhadores.

Com isso, adentra-se em um ponto importante: a vida cheia de sentido fora do trabalho pressupõe uma vida também cheia de sentido no trabalho. Não se pode tornar compatível trabalho assalariado, fetichizado e estranhado com tempo livre. Uma vida sem sentido no trabalho torna-se incompatível com uma vida repleta de sentido fora deste (ANTUNES, 2005). Deste modo, a vida de fora do trabalho e do trabalho funcionando harmonicamente, dotados de sentidos, trariam uma satisfação maior as pessoas. Entende-se que esse ponto não é muito simples de ser alcançado, mas pode ser almejado.

Para Antunes (2005),

“Como o sistema global do capital dos nossos dias abrange também as esferas da vida fora do trabalho, a desfetichização da sociedade do consumo tem como corolário imprescindível a desfetichização no modo de produção das coisas. O que torna a sua conquista muito mais difícil, se não se inter-relaciona decisivamente a ação pelo tempo livre com a luta contra a lógica do capital e a vigência do trabalho abstrato. Do contrário, acaba-se fazendo ou uma reivindicação subordinada à Ordem, onde se crê na possibilidade de obtê-la pela via do consenso e da interação, sem tocar nos fundamentos do

sistema, sem ferir os interesses do capital, ou, o que é ainda pior, acaba-se gradativamente por se abandonar as formas de ações contra o capital e de seu sistema de metabolismo social, numa práxis social resignada” (ANTUNES, 2005, p. 176).

A duplicidade do trabalho enquanto mercadoria, valor de uso e de troca se correlaciona de maneira imediata com sua forma de expressão, como trabalho concreto e abstrato, a partir do seu valor social. O trabalho abstrato não é visível, porém é real e permite uma espécie de valores cristalizados em cada mercadoria, independente do seu valor de troca, que pode oscilar conforme as pressões e contrapressões do mercado. Como atividade humana, o trabalho abstrato serve como referência para identificação da atividade de cada categoria profissional, e, nessa categoria, a explicação de trabalho abstrato para Marx torna-se categoria explicativa, buscando compreender a subjetividade humana (CODO *et al*,1993).

Trabalhar exige da pessoa um esforço físico, mental ou emocional, com o objetivo de alcançar um fim determinado e valorizado por uma ou mais pessoas. A valorização do trabalho significa que o esforço do trabalhador foi reconhecido, e o esforço significa trabalho e produção. A avaliação do trabalho é uma parte intrínseca do ato de trabalhar, mesmo quando não explicitados pela chefia (LANCMAN, 2008).

De acordo com Antunes (2005), o alcance do sentido em todas as partes que compõem a vida de uma pessoa se efetivará a partir da demolição das barreiras existentes entre tempo de trabalho e tempo fora do trabalho, partindo de uma atividade vital cheia de sentido, autodeterminada, superando a divisão hierárquica a qual subordina o

trabalho ao capital hoje vigente, e, por conseguinte, através de novas bases, onde possa desenvolver uma nova sociabilidade. Esta última é criada por indivíduos (homens e mulheres) sociais e livremente associados, onde a filosofia, ética, arte, tempo verdadeiramente livre e ócio, estariam de acordo com as aspirações mais autênticas suscitadas profundamente na vida cotidiana, e também tornariam possível a efetivação da identidade entre indivíduo e gênero humano, na multilateralidade de suas dimensões.

Tolfo e Piccinini (2007, p.40) apontam que

“No Brasil, os resultados preliminares das pesquisas sobre sentido do trabalho (Morin, Tonelli & Pliopas, 2003; Oliveira, Piccinini, Fontoura & Schweig, 2004) realizadas com gestores, alunos de cursos de especialização em São Paulo e Porto Alegre, demonstram que o trabalho continua a ser essencial na vida das pessoas e que estas buscam, ao mesmo tempo, utilidade para suas atividades dentro das organizações e também para a sociedade. Além disso, valores como variedade na natureza das tarefas, aprendizagem, autonomia, reconhecimento, bem como a função de garantir a sobrevivência e segurança são fundamentais para que o trabalho tenha sentido” .

Então, o sentido do trabalho na vida das pessoas terá influência no seu processo de trabalho em si, e este sentido pode ser considerado muitas vezes fator de risco ou de proteção.

O trabalho, o convívio nesse âmbito, será sempre gerador de sofrimento na medida em que traz para as pessoas desafios externos, através das relações sociais, de poder, relações contraditórias, etc. Ao mesmo tempo, o trabalho é fonte de renda e uma grande oportunidade de crescimento e desenvolvimento psíquico. Ou seja, se houver

sofrimento excessivo no trabalho, isso pode fazer com que a pessoa adoça, mas, por outro lado, também pode gerar um grande prazer e o desenvolvimento psíquico dos indivíduos. Em suma o trabalho nunca é neutro (LANCMAN, 2004).

O sentido de uma atividade é essencialmente subjetivo, o que ela significa para uma pessoa dificilmente terá exatamente o mesmo significado que para outra. Até porque as predileções têm ligação direta com a história de vida do sujeito.

Ainda, se for considerado o custo das atividades fora do trabalho, tais como esporte, cultura, formação profissional e também do tempo absorvido por atividades de rotina, como as tarefas domésticas e deslocamentos, são poucos os trabalhadores que dão conta de conciliar o lazer conforme seus desejos e necessidades fisiológicas. Porém, alguns conseguem fazê-lo harmoniosamente, de maneira que possa contrabalançar os efeitos mais nocivos da Organização Científica do trabalho (O.C.T) como a despersonalização e formação profissional em cursos noturnos, exigências de posturas dos empregados, esporte, etc. Não obstante, a utilização do tempo fora do trabalho várias vezes situa a distância do coletivo dos trabalhadores, funciona enquanto sistema defensivo, intensamente individualizado, até mesmo nas práticas paternalistas que entraram em vigor no início do século, que eram relativas às equipes esportivas da empresa (DEJOURS, 1992).

Então, torna-se um desafio no cotidiano dos trabalhadores da atualidade dar conta de todas essas facetas da vida. E ainda conciliando carreira, atividades inelásticas (arrumar a casa, deslocamentos), tempo livre, prática de exercícios, etc.

Outro aspecto a ser considerado é a relação entre colegas de trabalho, que possui em sua dinâmica tanto o sofrimento como o prazer e produz a necessidade de cooperação no trabalho. A cooperação, por sua vez, necessita de confiança entre os indivíduos para serem construídas e estabelecidas as regras de trabalho. Na dinâmica das relações de trabalho é de extrema importância o desejo individual de cooperar e engajar-se. Não é possível impor a uma pessoa que se mobilize subjetivamente, pois ocorre de maneira espontânea e depende de valorização e retribuição, a qual muitas vezes é simbólica (LANCMAN, 2008).

### **3.2 Trajetórias: da Reforma Psiquiátrica ao CAPS**

Os “loucos” sempre estiveram circundados por estigmas, preconceções, mistérios e julgamentos sociais. Segundo Luz (1994) desde o século XIX, o Estado Brasileiro tem a preocupação de criar um espaço institucional para o louco, sendo essa a criação prática de um espaço político do desvio, inicialmente um desvio de comportamento, seguido da atitude, do desejo e até mesmo de fantasias. Pode-se dizer que não se trata de um espaço que possui somente aspectos negativos, a instituição se torna um espaço positivo da psique, a partir do momento em que estabelece delineamento de seu correto desenrolar-se. Porém, esse espaço positivo, definitivo e até mesmo inclusivo, acaba sendo um espaço de marginalização (LUZ, 1994).

Portanto, de certa maneira, historicamente o Estado se compromete com as práticas de cuidado com o louco, fosse por eles ou

para “proteger” a sociedade de suas práticas diferenciadas. O hospital psiquiátrico e as instituições fechadas foram dispositivos utilizados para identificar os sintomas, que em seu conjunto formam diagnósticos, e estes são utilizados por diferentes categorias profissionais até hoje. Entre alguns graves problemas desse tipo de instituição é que as pessoas eram privadas de liberdade, do convívio com amigos e famílias, desprovidas de suas identidades, eram vítimas de violência, não tinham escolha no tratamento, e a relação entre paciente e profissional era verticalizada.

As experiências e, acima de tudo, as vivências de exclusão e violência uniram os trabalhadores juntamente com usuários e familiares em prol da luta antimanicomial, tornando possível o que Foucault chamou de “saberes minoritários” contra os efeitos de poder centralizadores, os quais se ligam a uma instituição que possui discurso hegemônico, que acaba sendo considerado mais legítimo e verdadeiro do que outros. De uma maneira muito semelhante, a saúde do trabalhador é defensora do protagonismo dos trabalhadores na identificação e no enfrentamento de situações que produzem adoecimento, e incentiva a inclusão de suas experiências do cotidiano nas produções científicas que abordam a temática (RAMMINGER, BRITO, 2008).

Com o início do processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira, em 1987, a partir do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, que se assume como movimento social, e não se restringe a técnicos e administradores, lança-se o seguinte lema: “Por uma Sociedade sem Manicômios”. A estratégia deste lema era levar a discussão sobre a loucura, a doença mental, a psiquiatria e os manicômios. Sobre o

aspecto prático, privilegiam-se as discussões e a adoção de experiências que visavam a desinstitucionalização, sendo que esta não se restringe a desospitalização, como também cria novas práticas na assistência e no território e é um processo prático que desconstrói os conceitos, bem como as práticas psiquiátricas.

Então, surge o projeto de lei n. 3657/1989 que traz como proposta a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos, bem como a substituição destes por outras práticas assistenciais. Neste momento, desencadeia-se um debate nacional de grande amplitude, inédito, em nenhum outro momento a psiquiatria fora discutida de forma tão permanente e por tantos setores diferentes. Em muitas cidades e estados surgiram processos e experiências de criação de associação de psiquiatrizados e também de familiares, ainda foram aprovados projetos de lei da Reforma Psiquiátrica (AMARANTE, 1994).

Em decorrência de toda essa mudança no cenário nacional vão surgindo os serviços substitutivos ao Hospital Psiquiátrico, como os centros de convivência, serviços de urgência e emergência, leitos para psiquiatria no hospital geral e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), serviço que se destaca neste trabalho, pelo papel social exercido por sua configuração e também pela prática de cuidado que acontece na instituição.

Destaca-se aqui que, para pensar em integralidade do usuário, são extremamente importantes e necessários todos os dispositivos supracitados, e também os atendimentos na atenção básica, porta de entrada da rede de saúde, que acolhe diariamente os usuários da rede de atenção psicossocial. A portaria 3088/2011 é editada a fim de instituir a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS),

composta, segundo esta portaria, pela atenção básica em saúde, atenção psicossocial especializada, atenção de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial.

Parte-se da ideia de que as ações terapêuticas não devem ser direcionadas à doença, mas à existência integral da pessoa atendida; deste modo recorta-se outro objeto para a atenção, não sendo este saúde ou doença, mas a existência. A partir do momento em que a existência se torna objeto da ação terapêutica pode-se ter como implicação a insuficiência da técnica sob essa configuração, pois a existência acaba surpreendendo sucessivamente os saberes anteriormente estabelecidos. Então a equipe multiprofissional, sendo responsável pela terapêutica, acaba demonstrando a impossibilidade de que qualquer unidade de saber se proponha como absoluto. Dessa maneira, o CAPS se torna o portal de saída do manicômio e de entrada para um trabalho que se ocupe da existência, e surge como potência capaz de produzir novas formas de trabalhar em saúde mental (SIMONI, 2007).

Portanto, é de suma importância esclarecer o que são os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que atualmente fazem parte da atenção psicossocial especializada conforme a portaria que institui a RAPS. A definição a seguir parte da cartilha do Ministério da Saúde (2004), que os denomina como instituições que acolhem os pacientes com transtornos mentais, para estimular sua integração sócio familiar, prestar apoio em suas iniciativas em busca de autonomia, ofertando atendimento médico e psicológico. Sua principal característica é a busca pela integração a um ambiente sociocultural concreto,



denominado como seu território, sendo este o espaço onde se desenvolve a vida cotidiana dos usuários e seus familiares. Os CAPS são a principal estratégia do processo de Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2004).

Os CAPS são regulamentados pela portaria n. 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002. Com base nessa portaria os CAPS têm como dever assumir um papel estratégico no que se diz respeito à articulação, bem como no ato de tecer as redes, cumprindo suas funções na assistência direta e também na regulação da rede de serviços de saúde, sendo necessário trabalhar juntamente com as equipes de Saúde da Família e os Agentes Comunitários de Saúde. Tem como um de seus objetivos trabalhar para promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários do serviço, articulando os recursos que existem em outras redes, sendo estas jurídicas, sócio sanitárias, escolas, cooperativas de trabalho e renda, empresas, etc (BRASIL, 2004).

A portaria 3088/11, em seu artigo 7º cita que “o ponto de atenção da Rede de Atenção Psicossocial na atenção psicossocial especializada é o Centro de Atenção Psicossocial”, ou seja, este serviço deixa de ser o regulador para ter como função a atenção especializada às pessoas que necessitam dela. Não obstante, é de extrema importância a articulação deste serviço com outros pontos da rede de atenção psicossocial.

Segundo a Portaria nº 3.088/11:

“§ 4º Os Centros de Atenção Psicossocial estão organizados nas seguintes modalidades: (1) CAPS I: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool

e outras drogas de todas as faixas etárias; indicado para Municípios com população acima de vinte mil habitantes; (2) CAPS II: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, conforme a organização da rede de saúde local, indicado para Municípios com população acima de setenta mil habitantes; (3) CAPS III: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS Ad, indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes; (4) CAPS AD: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário, indicado para Municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes; (5) CAPS AD III: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo doze leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes; (6) CAPS I: atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço aberto e de caráter comunitário indicado para municípios ou regiões com população acima de cento e cinquenta mil habitantes” (BRASIL, 2011, p. 04).

Em função de se tratar de um serviço que atende casos graves e persistentes, os profissionais dos CAPS atuam no cuidado

desse sujeito tendo em vista a participação social do mesmo. Destaca-se que o profissional de referência ou terapeuta de referência (TR) planeja como se realiza o processo de tratamento juntamente com o usuário.

O profissional que se envolve na dinâmica do CAPS vai se tornando polivalente, ao passo que suas atividades não se limitam a sua área de atuação. Isso rompe com o aspecto meramente técnico, pois o profissional acaba assumindo a responsabilidade de acompanhar o caso individualmente, inclusive no sentido de aproximar o usuário com a rede social, o que pode ser traduzido como uma intervenção que envolve responsabilidade e afetividade, o que evita a fragmentação do processo terapêutico (FERRER,2007).

Cada usuário que faz tratamento no CAPS tem um projeto terapêutico individual, ou seja, um conjunto de atendimentos que o respeite, que leve em consideração as suas particularidades, fazendo com que os atendimentos sejam personalizados, dentro e fora da unidade. A ideia é que se proponham atividades durante a permanência diária no serviço, a partir de suas necessidades, o que dependerá do projeto terapêutico do usuário do serviço (BRASIL, 2004).

Atualmente, o projeto terapêutico não é mais chamado de projeto terapêutico individual e sim de projeto terapêutico singular, pois se compreende que este projeto deve envolver a família ou as pessoas que o sujeito convive.

A partir do momento em que o sujeito abandona o papel de “paciente” no processo e se torna um ser ativo no tratamento, como usuário, se inicia a compreensão de que o processo é transitório, ele está utilizando um dispositivo de saúde em um momento de sua vida, o

que no Brasil é universalizado, através da lei do Sistema Único de Saúde, ou SUS, n. 8080/90, assim como se utilizam vários dispositivos de saúde pelos mais diferentes motivos. A lógica torna-se bastante diferenciada dos antigos manicômios, onde o sujeito muitas vezes acabava sendo morador daquele local até o findar de seus dias. No CAPS a alta do usuário deveria ser trabalhada com ele a partir do momento em que o sujeito adentra a unidade.

A introdução do termo usuário advém das leis do SUS (lei 8080/90 e 8142/90) para ilustrar e dar evidência ao protagonismo, ao que anteriormente era um paciente. Essa expressão foi adotada com um significado bastante particular na saúde mental e atenção psicossocial, pois proporcionava um deslocamento do lugar social das pessoas em sofrimento psíquico. Na atualidade esse termo vem sendo criticado por manter uma relação entre sistema de saúde e o sujeito (AMARANTE , 2007).

Pode-se dizer que com essa mudança na relação, ela deixa de ser para verticalizada se tornar horizontalizada. Ou seja, não existe poder maior por nenhum motivo, o que há é um acordo entre pessoas. Nesse sentido, o sujeito “louco”, mesmo que com algumas limitações se apropria de seu tratamento, para poder se empoderar na sua vida.

Amarante (2007) comenta sobre o cuidado em saúde mental e atenção psicossocial como uma rede que envolve relações entre os sujeitos, estes que escutam e cuidam, tais como: médicos, enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais entre outros atores que surgem nesse processo social complexo; e os sujeitos que vivem a problemática, que podem ser usuários, familiares bem como outros atores sociais.

Os objetivos da atuação de um CAPS dependem da sua relação com o seu território. Isso se dá, pois existem pessoas com transtornos mentais cuja a persistência e o grau de severidade demandam necessidade de um acompanhamento num dispositivo que preste cuidados intensivos, seja de caráter comunitário e promova a vida. E também articule e gerencie a rede de saúde mental do território a partir de ações intersetoriais, as quais trabalhem a inserção dos usuários nos dispositivos locais, incluindo aí dispositivos de educação, cultura, esporte, lazer, entre outros; além disso, o CAPS deve supervisionar e oferecer suporte à rede básica na atenção à saúde mental através do matriciamento (LANCMAN, 2008).

A partir de toda essa mudança no contexto do usuário, familiar e profissional, o tratamento começa a ser planejado de outra maneira, ele se desloca do biológico, que privilegia a alopatia enquanto intervenção principal, em direção a outras terapêuticas que visam principalmente a qualidade de vida e inserção do usuário no território, na comunidade.

“A preocupação com um compromisso inadiável de mudança de paradigma torna necessário que sejam rompidos pelo menos quatro referenciais: o método epistêmico da psiquiatria; o conceito de doença mental como taxativo de erro ou desrazão e sua arbitrária correlação com a periculosidade; o princípio pineliano de isolamento terapêutico; e o tratamento moral que permeia os métodos de cuidado hegemônicos. Soma-se a essas negações a afirmação da prática de uma clínica ampliada, que priorize o sujeito e que o destaque” (ONOCKO-CAMPOS, BACCARI, 2011, p. 2052).

Partindo para prática de uma clínica ampliada, onde há também uma universalização dos poderes dos profissionais que atuam

no serviço, pois todos trabalham enquanto terapeutas, independentemente de suas formações profissionais, podendo ser psicólogos, assistentes sociais, recepcionista, guarda, médicos, terapeutas ocupacionais, etc.

No momento em que se prioriza que os saberes e poderes da equipe sejam universalizados, o trabalho de um está diretamente ligado ao do outro já que todos estão envolvidos com o mesmo usuário. Isto pode ser considerado um fator de potência ou de dificuldade, e este resultado estará diretamente ligado ao olhar e a crença dos profissionais que fazem parte desta equipe.

Para o funcionamento de um CAPS, o Ministério da Saúde instituiu algumas exigências tais como equipe mínima (que dependerá do tipo de CAPS implementado), e que esta equipe deverá ser multiprofissional, e para funcionar, o ideal é que a equipe atue sob uma ótica interdisciplinar.

Através dos métodos, e trocas compartilhadas entre os profissionais da equipe, a coesão do grupo e as intervenções junto ao usuário se tornam mais coerentes. E torna-se mais difícil ocorrer informações desencontradas e até mesmo desentendimentos entre a equipe.

Segundo Gomes e Deslandes (1994) apud Gusdorf, na Saúde Pública se encontram alguns obstáculos relacionados a interdisciplinaridade. Existem obstáculos epistemológicos, institucionais e psicosociológicos. Com isso, corre-se o risco de haver uma simplificação, podendo-se apontar aspectos relacionados como: a força da tradução positivista e biocêntrica no tratamento de problemas relacionados a saúde; os espaços de poder que a disciplinarização

delineia; a maneira que as instituições de ensino e pesquisas se estruturam, geralmente sem comunicação entre si; as dificuldades que costumam fazer parte da experiência interdisciplinar como a operacionalização de conceitos, métodos e práticas entre disciplinas.

Portanto, além da mudança no olhar para o tratamento com o usuário, muitas vezes a concepção da relação entre colegas e a atuação no trabalho também acabam sendo revistas. Torna-se evidente que há uma mudança na base de toda a prática junto ao portador de sofrimento psíquico.

Existem alguns estudos sobre os trabalhos realizados em CAPS e estes têm demonstrado que no momento em que se propõem novas formas de atenção, a partir de um modelo mais horizontalizado de relação entre profissionais, a reforma também traz implicações no processo de trabalho. E estes, acabam demandando novas maneiras de divisão de tarefas e responsabilidades, além de instituir novas formas de ligação com diversos níveis de atenção que compõe a rede de saúde. Ainda, esses estudos trazem que a organização do trabalho e seu modo de fazer têm sido acordados de maneira interna pelas equipes, conforme suas condições. Portanto cada equipamento vai organizando sua prática conforme suas possibilidades (LANCMAN, 2008).

Além de uma concepção diferente da prática institucionalizante, e que muitas vezes forma relações adoecidas, prioriza-se que os CAPS deveriam ter um aspecto de casa, oferecendo o conforto e acolhimento que um lar proporciona, diferentes de espaços gélidos e sem afeto. Existem os espaços de convivência, lazer e refeições coletivas, mas sempre obedecendo as normas da vigilância sanitária.

“Embora as concepções de serviços de saúde mental e o pertencimento de um trabalhador a um determinado serviço ou nível de atenção (enfermaria psiquiátrica, hospital psiquiátrico, UBS, ambulatório de saúde mental, Caps), influenciem sua compreensão do processo saúde/doença e a definição de práticas de trabalho diferentes, isso, por si só, não garante que as práticas sejam diferenciadas, o que coloca em questão a proposta formadora de recursos humanos para as novas práticas de atenção. Estudos têm demonstrado que trabalhadores deste setor não se sentem preparados para trabalhar no novo modelo nem estão adequadamente informados sobre as mudanças políticas que vêm ocorrendo. Apesar de reconhecerem a limitação do modelo médico psiquiátrico organicista, esses trabalhadores não se colocam, por vezes, como agentes transformadores dessa realidade e acabam por reproduzir o modelo que criticam” (LANCMAN, 2008, p. 17).

Todas as ações e acompanhamentos dos serviços que os CAPS ofertam possuem um objetivo terapêutico. Desde que o usuário adentra o tratamento, independente da modalidade de CAPS, o que é feito inicialmente é o acolhimento, escutando as queixas, motivos e expectativas em relação ao tratamento, portanto uma escuta que acolhe. Em seguida, juntamente com equipe e usuário, é traçado o projeto terapêutico; este é único e individual, respeitando a história de vida e o contexto no qual cada pessoa está inserida (DE MARCO *et al.*, 2008).

Portanto, as ações no CAPS demandam grande envolvimento do profissional que está inserido neste serviço, pois ele trabalha dentro de uma instituição, mas o seu olhar tem de estar voltado para fora possibilitando trabalhar os aspectos de



empoderamento, cidadania e autonomia do usuário.

A proposição de que a partir das transformações dos modelos de atenção ao sofrimento psíquico, pode somente ser pensada como decorrência de dispositivos que agenciam novos modos de pensar e experimentar o trabalho, nos que em seu fazer produzem o campo denominado saúde mental. Dessa maneira, a criação de novas formas de condução nesse terreno estaria diretamente ligada a uma ruptura dos modos de subjetivação pelo trabalho, o qual coloca o trabalhador no lugar de reprodutor de uma função técnica (SIMONI, 2007).

Segundo Lancman (2008), o presente momento onde se vive a transição das políticas públicas em saúde mental se caracteriza pelo acontecimento simultâneo da desorganização do sistema antigo e da organização do novo sistema. Esse momento incide em várias consequências para o trabalho, dentre essas consequências estão às condições concretas de sua realização, bem como no ponto de vista dos aspectos subjetivos.

Entretanto, esse processo de mudança se torna um momento único para que os trabalhadores através de sua experiência, que se moldam para manter o sistema em funcionamento, possam colaborar no aprimoramento do novo modelo de atenção, sinalizando estratégias de implantação que sejam mais coerentes, propondo ações específicas, etc. Portanto, se tratou de uma situação dotada de privilégios que espera-se que além de oportunizar a constatação de situações adversas à implantação deste novo modelo e buscar novas maneiras de superá-las, pode concordar com a apropriação desse processo pelos trabalhadores e o desenvolvimento de ações que gerem transformações

e contribuições com a construção e implantação de novas práticas (LANCMAN, 2008).

### **3.3 Sofrimento psíquico no trabalho**

A existência de sofrimento psíquico no trabalho não pode ser considerada uma novidade, pois já vem sendo estudada há alguns anos. Mas o autor que ganhou evidência na temática em meados dos anos 80 foi Christophe Dejours (francês, médico do trabalho, psiquiatra e psicanalista), ficou conhecido por falar da psicopatologia e psicodinâmica do trabalho. O mesmo menciona: “Quanto ao sofrimento mental, ele resulta da organização do trabalho” (DEJOURS, 1992, p. 25).

Sendo que a organização do trabalho diz respeito a divisão do trabalho, o conteúdo da tarefa, a hierarquia, as formas de comando, as relações de poder e de responsabilidade, etc (DEJOURS, 1992).

Dejours (2004) refere que a psicodinâmica do trabalho é uma disciplina clínica que se fundamenta a partir do conhecimento sobre as relações entre trabalho e a saúde mental; por conseguinte é uma disciplina teórica que se dedica para inscrever os resultados advindos das investigações clínicas da relação com o trabalho em uma teoria pertencente ao sujeito que contém, concomitantemente a psicanálise e a teoria social

Ou seja, o sofrimento psíquico no trabalho tem ligação à maneira como o primeiro funciona, tanto na operacionalização das

funções individualizadas, mas também com as relações que se estabelece neste âmbito.

O sofrimento inicia quando há um bloqueio na relação homem-organização do trabalho, é quando o trabalhador utilizou todos os recursos intelectuais, de aprendizagem, de adaptação e psicoafetivos de que ele dispunha. No momento em que o trabalhador usou tudo que sabia e poderia fazer na organização do trabalho e quando ele não pode mais mudar a tarefa, ou seja, quando se esgotaram seus meios de defesa contra a exigência física. Não são tanto as exigências psíquicas ou mentais do trabalho que fazem surgir sofrimento (mas considera-se esse fator evidentemente importante quanto a impossibilidade da evolução em direção ao seu alívio). O que é certo é que uma vez atingido o nível de insatisfação, não há como minimizar a marca do sofrimento (DEJOURS, 1992).

Torna-se pertinente mencionar que a partir da influência da psicanálise, surgiu a psicodinâmica do trabalho, cujo objeto de estudo era o sofrimento bem como as defesas contra a doença. Nessa época, Dejours considerava o sofrimento como “a vivência subjetiva intermediária entre doença mental e o conforto (ou bem-estar) psíquico” (BRANDT, MINAYO-GOMES, 2004).

Dejours (1994) comenta que o sofrimento se designa a partir de uma primeira abordagem, no campo que separa a saúde e a doença. Em uma segunda acepção como uma noção específica válida na Psicopatologia do Trabalho, mas não transferível a outras disciplinas, dando destaque a psicanálise. Na relação do homem e organização que este realiza seu trabalho, em alguns momentos existe um espaço para liberdade que autoriza negociações, ações, ideias da própria

organização de trabalho, com objetivo de adaptá-la as suas necessidades, até mesmo para torná-la mais congruente com seus desejos. Quando essa negociação é levada ao limite, e por consequência a relação homem-organização do trabalho fica bloqueada, inicia o domínio do sofrimento e a luta contra o sofrimento.

É importante destacar que o sofrimento não se manifesta de maneira única para todas as pessoas de uma mesma família, cultura ou período histórico. O que pode ser considerado sofrimento para um, nem sempre é para o outro, mesmo vivenciando as mesmas condições e situações. Ainda, o que muitas vezes é razão de sofrimento para alguém, pode servir como prazer para outro e vice-versa. Um fato que pode causar espanto em determinado momento, num outro momento pode ser uma vivência de sofrimento, ou em outro ainda, até mesmo de satisfação (BRANDT, MINAYO-GOMES, 2004).

“As fronteiras entre sofrimento, não-sofrimento e sofrimento-prazer são imprecisas, vagas e se superpõem em camadas que não se discernem, muitas vezes impossíveis de exprimir com palavras” (FERRER, 2007, p. 41).

Ainda, Dejours (2004) menciona que o exercício do trabalho não pode ser reduzido a experiência “pática” do mundo. O sofrimento afetivo quando é passivo enquanto resultado da realidade juntamente com uma ruptura da ação, ele não se torna o resultado ou o final do processo entre subjetividade e trabalho. O sofrimento tem papel de ponto de partida, nesse sentido se destaca a subjetividade.

O sofrimento se origina conforme a condensação da subjetividade sobre si, e mostra um tempo de aumento, de expansão sucessiva a ele. O sofrimento não é somente a última implicação de seu

relacionamento com o real; é uma proteção da subjetividade em sua relação com o mundo, a qual procura meios para agir sobre o mundo, com objetivo de transformar o sofrimento e encontrar um caminho que permita extrapolar a resistência do real. Desta forma, o sofrimento é a impressão subjetiva do mundo e a origem do sofrimento da conquista do mundo. O sofrimento, enquanto afetividade é onde se origina a inteligência que segue em busca do mundo para se testar, transformar e crescer (DEJOURS, 2004).

O trabalho representa perigo ao aparelho psíquico quando ele funciona em oposição à sua livre atividade. O bem-estar, a respeito de carga psíquica, não é oriundo somente da ausência de funcionamento, e sim do livre funcionamento, o qual relaciona-se dialeticamente com o conteúdo da tarefa, que se expressa na própria tarefa e é revigorado pela mesma. Sob a ótica da economia, o prazer do trabalhador resulta da descarga de energia psíquica autorizada pela tarefa, o que corresponde à redução da carga psíquica no trabalho (DEJOURS *et al*, 1994).

Pode-se dizer que apesar do controle exercido no ambiente de trabalho, até mesmo pelas relações de poder lá existentes, o trabalhador deve ter autonomia para gerir sua função. Sendo assim, a maneira com que realiza sua tarefa é livre, ocasionando um processo muito mais prazeroso.

A partir de um ponto de vista generalizado, o trabalho é considerado um exercício “metabólico” entre o homem e o meio, e por isso o demiurgo do sincretismo que perpassa entre a subjetividade e a objetividade: o homem transcende através do seu trabalho, e se realiza por este, se conforma na mesma medida em que interfere nas

transformações do universo, e se confirma na intensidade que exerce. Então destaca-se o trabalhador, o trabalho permanece como portador da identidade, entendendo isso como a maneira em que se percebe no mundo (CODO *et al*, 1993).

Existem diferentes fatores subjetivos que interferem diretamente, em se tratando de carga psíquica, não há possibilidade de quantificar uma vivência que em sua essência é qualitativa. Da mesma maneira, pode-se falar de uma armadilha quando se quer objetivar uma vivência seja ela individual ou coletiva, pois estas são subjetivas. E a vivência subjetiva não pode ser banida a uma simples classificação de fantasmas ou quantidades negligenciáveis. A subjetividade da relação homem-trabalho denota muitos efeitos palpáveis e reais, mesmo não sendo contínuos: aparecem sinais de absenteísmo, nas greves ou até no que alguns nomeiam como “presenteísmo”, que se caracteriza por um engajamento excessivo a uma tarefa por alguns trabalhadores, o qual ninguém teria capacidade de amenizar o ardor desencadeado (DEJOURS *et al*, 1994).

No que tange a sentimentos, comportamentos, enfim a subjetividade humana não há como generalizar as informações, existem pontos que podem até se repetir, ou são similares, mas não serão os mesmos.

No Brasil, foi pelo resultado do impacto causado por estatísticas juntamente com o esforço dos pesquisadores e também dos movimentos sociais no reconhecimento na legislação a respeito da saúde mental e trabalho. O decreto nº 3048 do Ministério da Previdência e Assistência Social, que discrimina os transtornos mentais relacionados ao trabalho. Entre estes a síndrome de esgotamento

profissional ou *burnout*, descrita pelas teorias do estresse (RAMMINGER, BRITO, 2008).

Dejours (1992) comenta que é proibido o sofrimento mental assim como a fadiga de serem manifestados em uma fábrica. Somente a doença é admissível, então o trabalhador deve apresentar atestado médico, usualmente acompanhado de uma receita de psicoestimulantes ou analgésicos. A consulta acaba disfarçando o sofrimento mental – processo de medicalização, que é distinto do processo de psiquiatrização, pois busca não apenas o deslocamento do conflito entre homem e trabalho para um terreno mais neutro, mas outro objetivo da medicalização é a desqualificação do sofrimento.

Existe também a dificuldade de medir e diagnosticar o sofrimento ligado ao trabalho e aos problemas mentais, a partir dos parâmetros que costumeiramente são utilizados pela Medicina, isso acaba dificultando a possibilidade de encontrar umnexo causal entre adoecimento psíquico e trabalho. Outra questão é a ausência de amparo legal, que dificulta a aquisição de licenças médicas que façam associação às doenças mentais, e quando isso ocorre, estas licenças afetam a imagem do trabalhador como “alguém, forte, sociável, estável” (LANCMAN, 2004).

Sendo assim, de maneira geral, as fontes de sofrimento psíquico e adoecimento no trabalho ocorrem de forma integrada, em alguns momentos, ligada aos aspectos objetivos, ora aos subjetivos. Os fatores objetivos correspondem a praticidade no dia a dia e ao exercício laboral na organização do trabalho, como se vivencia a divisão do trabalho, bem como o conteúdo da tarefa, o funcionamento do sistema hierárquico, as responsabilidades e relações de poder. Estes fatores têm

influência no sofrimento psíquico e se conectam aos processos subjetivos. Contudo costuma-se acreditar que a partir da mudança na realidade do trabalho este passa a ser novamente prazeroso. Os fatores subjetivos se correlacionam as vivências e sentimentos que os profissionais têm sobre sua prática. O sofrimento psíquico costuma ser associado a um risco que compromete o físico, emocional, as relações interpessoais, interferindo na vida do trabalhador. Por essa razão somente transformar a realidade vivenciada no trabalho não é suficiente (SILVA, 2007).

Não obstante, o campo que será pesquisado deveria em sua essência saber acolher o sofrimento psíquico do outro, diferente de outras organizações de trabalho, que não tem acesso às informações sobre o funcionamento da psique humana. Em seguida será apresentado referencial teórico sobre o sofrimento psíquico nos trabalhadores de saúde mental.

### **3.4 Sofrimento psíquico nos trabalhadores da saúde mental**

O trabalho na área da saúde é realizado a partir do coletivo e requer que se pense no cuidado de quem cuida, pois a partir do momento em que o trabalhador sente-se satisfeito e reconhecido, como consequência faz o seu trabalho com prazer, isso repercute positivamente nas atividades que realiza. Da mesma forma, se está em sofrimento pode apresentar dificuldades em oferecer continente ao sofrimento alheio, isso repercute de maneira negativa no cuidado em saúde (GLANZNER *et al*, 2011).



Ou seja, se por algum motivo profissional encontra-se em sofrimento, acolher o outro e lhe ofertar suporte, demanda muito esforço do primeiro, e em alguns momentos talvez ele não consiga fazê-lo.

Silva (2007) detectou na sua pesquisa que os profissionais de saúde mental apontavam como indicadores de sofrimento psíquico vivenciados na rotina do trabalho envolvendo as seguintes relações: profissional-usuário, profissional-profissional, profissional-instituição.

Como fora mencionado anteriormente, o campo da saúde mental vem sofrendo modificações através do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil. Apesar da Reforma Psiquiátrica não ser muito recente, e constar de alguma forma em grande parte das formações dos profissionais que irão atuar na saúde mental, a concepção de base da academia em sua grande maioria permanece médico centrada, biologicista e positivista. Percebe-se aí um dos desafios a encarar, se adaptar a uma prática profissional, onde há uma democratização dos poderes, tanto no que se diz respeito aos colegas profissionais e também aos usuários.

Grande parte dos trabalhadores que vão sendo inseridos na saúde mental, não se encontram preparados para esse campo, pois na maioria dos cursos de graduação se reforça a importância dos conhecimentos teóricos, da postura impessoal e da objetividade, formando muitos profissionais que estão distantes do seu processo de conhecimento, de seus limites e da subjetividade (SILVA, 2007).

As mudanças na maneira de compreender, ampliar e diversificar as ações de cuidados com o louco não garante a modificação do processo de trabalho. Diversas pesquisas apontam a

falta de preparo dos profissionais para trabalhar a partir deste novo paradigma de atendimento, onde há uma tendência em repetir o modelo dos hospitais psiquiátricos. Contudo, para não acabar sendo simplista culpabilizando os trabalhadores, temos que levar em consideração que o hospital psiquiátrico não obteve somente eficácia no controle e disciplina dos “doentes”, mas também interferiu fortemente na maneira que os profissionais trabalham (RAMMINGER, BRITO, 2008).

Ainda,

“(…) nos serviços em saúde há um encontro entre diferentes vontades, sujeitos e necessidades. Se o “usuário” tem que lidar com outra forma de vida a partir da experiência da doença, os trabalhadores da saúde têm como objetivo principal potencializar a capacidade normativa do doente. E essa atividade de trabalho, complexa e não facilmente codificável, vai ser diretamente influenciada pelas experiências dos próprios trabalhadores” (RAMMINGER, BRITO, 2008, p. 44).

Partindo assim para um grande desafio, o campo metodológico, como fazer, pois na formação aprende-se que temos de programar a dinâmica da terapia. Porém quem direciona a dinâmica é o usuário, o profissional é um mediador para que esse processo caminhe ao alcance dos objetivos previamente acordados com o usuário em seu projeto terapêutico singular.

Entende-se que o trabalho na atenção psicossocial demanda dos profissionais uma crítica ao modelo anterior, que era asilar, assim como a produção de práticas inovadoras pautadas no direito de ir e vir do usuário, que este usuário deseje o cuidado oferecido, proporcionar acolhimento em situações de crise, bem como atendimento individual e

coletivo, acarretando nos trabalhadores vivências de tensão entre as novas e antigas práticas. Isso reflete na saúde mental do trabalhador, atingindo a organização do trabalho, incluindo a subjetividade dos trabalhadores (GLANZNER *et al*, 2011).

Apesar do que foi acima mencionado, não é a intenção negar que existe uma doença e que muitas vezes, alguns sintomas têm de ser diminuídos para preservação da saúde e da vida do sujeito atendido; nesse ponto a Psicopatologia Clássica tem sua grande valia, porém o objetivo do tratamento não se limita a isso. Estes são pensados no coletivo a partir da demanda trazida pelo usuário. Subentende-se aqui como coletivo: usuário, profissional de referência, família, equipe CAPS, equipe da atenção básica, entre outros dispositivos da rede de atenção psicossocial.

Então o trabalhador da saúde mental atuante está inserido em um processo de mudança, inclusive paradigmática, a qual exige flexibilidade, criatividade, paciência, tolerância, afeto, cooperativismo e companheirismo. É um desafio estar inserido entre diferentes profissionais de categorias e formações distintas, em um serviço porta aberta, ou seja, você nunca sabe o que esperar do usuário, da família, da sociedade e tem de ainda lidar com os malabares da gestão. Mas como todos os desafios, colhem-se muitas recompensas pela dedicação.

Torna-se importante esclarecer que promover o cuidado a pessoas que tem transtornos mentais, se constitui, a priori, pelo encontro de uma pessoa que está em sofrimento psíquico e outra pessoa que acolhe e intervém através de formação técnica, com o objetivo de minimizar o sofrimento. Considerando que em uma grande

parte das intervenções, o instrumento terapêutico é o próprio aparelho psíquico, o terapeuta tem de administrar o sofrimento psíquico do outro e o seu (LANCMAN, 2008).

Pela experiência da atuação em CAPS, permeia a vivência da angústia por ver alguns usuários serem estigmatizados por profissionais e comunidade; a família abandonando o tratamento e pior ainda do usuário; a falta de comprometimento da rede. As dificuldades enquanto profissionais de lidar com crises de psicose, com as recaídas, e sentir a impotência provocada por estas situações; em se identificar com o usuário a ponto de compreender seus desejos e fantasias; sentir a mesma indiferença pela qual eles são submetidos; também em compreender seus pensamentos que aparentavam o caos; entre outros (SILVA, 2007).

São inúmeras variáveis a serem administradas pelo trabalhador, como as prioridades ou valores que atravessam a atividade do trabalhador em saúde. Esses valores podem ser quantitativos como: orçamento, número de atendimentos, tempo de permanência no serviço, entre outros; quanto qualitativos, ou seja, não são mensuráveis como: a vida, saúde, a luta contra a dor em prol do bem-estar (RAMMINGER, BRITO, 2008).

Ou seja, o trabalhador da saúde mental administra em seu cotidiano a prática de uma clínica de vanguarda, permeada por uma ideologia inovadora, que ainda grande parte da sociedade não assimilou enquanto um fazer possível, o que coloca o trabalhador em um papel onde tem de provar a efetividade de sua função.

Outra questão, é que a falta de investimentos em recursos humanos na saúde mental vem se agravando, isso gera falta de

profissionais qualificados, diminuição dos salários e falta de reposição do pessoal. Além de acabar ocasionando contratações de profissionais temporários, cooperativas de profissionais, inclusive terceirizados, chegando até trabalho voluntário, contribuindo para o aumento da sobrecarga de trabalho da equipe, apresentando elevados níveis de estresse, *burnout*, sintomas depressivos e ansiosos (DE MARCO *et al*, 2008).

Segundo Silva (2007) o trabalhador da saúde mental no âmbito das instituições públicas e assistenciais encontra as seguintes dificuldades:

- Dupla ou tripla jornada de trabalho;
- Baixa remuneração;
- Precariedade nas condições de trabalho (no aspecto físico e material);
- Contato direto, de maneira frequente com sentimentos de dor e sofrimento dos usuários atendidos;
- Usuários e/ou familiares difíceis de manejar: poliqueixosos, com dificuldades com limites, dificuldades em aderir ao tratamento, hostis, cronicamente deprimidos, etc.
- Dificuldades bem como conflitos nas relações interpessoais da equipe, e em realizar uma atuação interdisciplinar.

A partir da maneira como é organizado, o trabalho pode levar seus agentes aos seguintes tipos de desgaste: a ausência da expectativa e vontade de realizar um trabalho de qualidade; podendo ainda caminhar para perda de mecanismos de cooperação entre a equipe, a diminuição do rendimento, absenteísmo, baixa adesão e ampliação da rotatividade entre profissionais e a altos níveis de

sofrimento psíquico. Ainda, alguns estudos apontam que a falta de esperança do reconhecimento profissional e de colaborar com sua experiência que acumulou durante o avanço dos serviços é um fator de destaque que interfere no sofrimento e desgaste psíquico. Pois não é somente a remuneração que estimula as pessoas a trabalharem e sim a retribuição simbólica pela contribuição produzida no trabalho (LANCMAN, 2008).

Assim, entende-se que o trabalho expressa os interesses bem como os desejos do trabalhador, juntamente aos interesses institucionais. Torna-se importante as instituições buscarem estratégias que promovam o prazer na realização do trabalho, que se favoreça ações de escuta e trocas que tenham a possibilidade em resultar num clima favorável no ambiente de trabalho e na saúde mental do trabalhador (GLANZNER *et al*, 2011).

Ou seja, torna-se importante a afinidade entre os objetivos de todos os atores envolvidos de forma ampliada na rede de atenção para que não haja uma política de cuidados em saúde que agrave o sofrimento das partes envolvidas. Entende-se como atores da rede: usuários, familiares, comunidade, profissionais de saúde, profissionais da assistência, de educação, cultura, esporte, lazer, profissionais do CAPS, e gestão.

Outro desafio presente no cotidiano a partir da Reforma Psiquiátrica, é sair do “conforto” da clínica fechada e ir para a rua, para o território, para a comunidade onde o sujeito que o profissional atende está inserido; esta ação exige a disponibilidade do trabalhador além da compreensão que este sujeito está inserido em uma comunidade e ele se relaciona de alguma forma com a mesma, portanto trabalhar estas

relações em locus é de extrema importância. Existem alguns profissionais com o intuito de proteger os usuários que atendem, ou até mesmo por terem dificuldades de trabalhar a autonomia dos mesmos vão construindo com eles uma relação de co-dependência, ou até mesmo de CAPS-dependência, tornando-os novamente institucionalizados.

Tanto o prazer como o sofrimento ocorrem no singular e no coletivo, e demanda dos trabalhadores um exercício reflexivo sobre a organização das tarefas e das relações. É no cotidiano que se torna necessário olhar a multiplicidades das experiências e situações ocorridas, pois estas interferem no trabalho e na saúde mental do trabalhador. Criam-se novas conexões, encontros, e assim possibilita-se uma forma menos dura, proporcionando a interação entre profissionais, podendo formar coletivos criativos e afetivos (GLANZNER *et al*, 2011).

Segundo Ferrer (2007) existe uma tendência nas instituições em defender o sujeito de suas atribuições. Como quando os trabalhadores dedicam grande parte de seu tempo em atividades que não são assistenciais e quando os doentes são tratados como objetos, reduzidos à doença. Também nos processos de identificação entre técnicos e usuários que colocam em risco a autonomia do profissional. Além disso, tem de se deixar claro que as instituições costumam expor os sujeitos a experiências geradoras de angústia onde para manter o espaço psíquico torna-se necessário utilizar mecanismos de defesa internos dos sujeitos e da instituição.

Ramminger e Brito (2008) trazem em sua pesquisa relatos que consideram o trabalho em saúde mental, uma atividade de grande

exigência subjetiva, isso não se deve apenas a “angústia que é lidar com o discurso que não faz laço com o outro”, com “aquilo que contagia a distância”, mas também porque o processo de Reforma Psiquiátrica “nos colocou nesse lugar do tem que fazer, tem que inovar, tem que pensar diferente, dá mais trabalho, dá mais cansaço”. Não basta lidar com um “meio” tão infiel quanto a loucura, aparentemente existe uma falta de normas antecedentes, é um ofício em construção permanente.

A questão de estar “re-construindo” dia a dia a prática, não necessariamente precisa ser visto como algo prejudicial, isso pode ser uma potência, já que as diretrizes são colocadas pela portaria n. 336/GM, então existe uma organização e ótica de base similar. Mas a potência a qual me refiro é justamente possuir a liberdade de criar uma clínica mais fluida, conforme o território de abrangência, especificidade da clientela e a visão da equipe que vai atuar.

O levantamento realizado por De Marco *et al* (2008), foram analisados dados de impacto e satisfação de trabalhadores de diferentes categorias que atuam na saúde mental. As conclusões apresentadas conforme os resultados obtidos a partir da realização da pesquisa demonstraram que os trabalhadores atuantes na saúde mental se sentem mais satisfeitos no que se diz respeito a qualidade dos serviços ofertados, bem como ao trabalho em equipe. Porém, os resultados também fazem um alerta às condições de trabalho, isso aponta a necessidade de um aumento nos investimentos na estrutura física dos serviços, também foi sinalizada a necessidade de adequar o número de profissionais e de materiais para realizar os atendimentos de maneira satisfatória atendendo a demanda apresentada pelos pacientes.



Dessa maneira, quando o trabalhador percebe as limitações não somente dos serviços de saúde mental, bem como de outros equipamentos e ações de suporte social, sente-se ainda mais solitário. “O nosso serviço é de suporte, mas não de suporte para tudo!”, gerando por consequência sentimento de frustração e sobrecarga (RAMMINGER, BRITO, 2008).

Torna-se condição *si ne qua non* para a eficiência da intervenção nos casos de saúde mental a implementação da rede de atenção psicossocial, para que se possa trabalhar de uma maneira mais integral com o sujeito adoecido, e para que haja um compartilhamento das responsabilidades entre os trabalhadores consequentemente diluindo a sobrecarga e a demanda.

Outro aspecto de extrema importância é o trabalho em equipe, é muito difícil realizar uma terapêutica mais efetiva se não houver profissionais de diferentes disciplinas da saúde e da assistência para intervir junto ao usuário. Através de um diálogo e traçando objetivos em comum juntamente com o usuário para a melhoria da qualidade de vida do mesmo, em seu projeto terapêutico singular.

“O relatório da III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 2001, “Cuidar, sim. Excluir, não. – Efetivando a Reforma Psiquiátrica com acesso, qualidade, humanização e controle social”, também afirma que a consolidação dos princípios da Reforma Psiquiátrica passa pela proposição de uma nova política de recursos humanos em saúde. Uma política que *“valorize e considere a importância do trabalhador de saúde mental na produção dos atos de cuidar, possibilitando o exercício ético da profissão”*. O Relatório sublinha ainda a importância do trabalho interdisciplinar e multiprofissional, *“na perspectiva do rompimento dos ‘especialismos’ e da construção*

*de um novo trabalhador em saúde mental, atento e sensível aos diversos aspectos do cuidado”.* Aponta também para a valorização da experiência de familiares e usuários, superando a centralidade daquele saber científico que desconsidera o saber popular” (SIMONI, 2007, p. 42).

Segundo Silva (2007), através dos dados coletados na sua dissertação junto a 22 profissionais atuantes nos CAPS de Goiânia que apesar de existirem tensões, apareceu de maneira unânime entre os participantes a necessidade de melhorar as relações interpessoais, em função de a equipe ser considerada pelos mesmos como um ponto central do desenvolvimento do trabalho em CAPS. A partir do momento em que há muitos conflitos e confrontos entre os profissionais, existe um desgaste maior e o rendimento no trabalho diminui. Assim sendo, a integração, bem como o apoio da equipe promovem um melhor desempenho no trabalho, o que os participantes consideraram como espaço de cuidado dos trabalhadores.

Em função da lógica da produção atual, e da grande demanda que usualmente é atendida no serviço, os momentos em que a equipe tem para se reunir, em sua maioria utilizam para discutir casos, ou problemas técnicos e de operacionalização do serviço. E na correria vivenciada há pouco espaço de olhar para o sujeito que está ao seu lado.

Ramminger (2005) em sua pesquisa aponta que apesar de ser considerada saudável essa liberdade que cada serviço escolha sua forma de trabalhar, não há como negar a ausência de políticas públicas de atenção à saúde do servidor público, conseqüentemente, isso atinge os serviços de saúde mental. Se existe o acolhimento ou não das

questões referentes ao trabalho, estão diretamente ligadas ao funcionamento e das diretrizes de cada serviço, tornando-se um desafio para as equipes, pois “agora é que estamos podendo pensar nos cuidadores/as de saúde mental. Creio que seja um processo. No início pensávamos apenas nos usuários/as” (psicóloga/coordenação estadual). Ainda a mesma autora cita outra fala de uma psicóloga da coordenação estadual: “é uma luta que temos de travar com os gestores, que ainda estão muito arraigados no velho modelo de produção” (RAMMINGER, 2005).

Destaca-se aqui, a supervisão e a participação dos trabalhadores na gestão dos serviços vão através de seus discursos ao encontro da saúde do trabalhador, e também do campo que se interessa pela relação entre trabalho e a subjetividade, e tem o entendimento de que a saúde no trabalho está ligada a possibilidade de criar outras maneiras de se viver e de exercer o trabalho. Então, percebe-se que o trabalhador de saúde mental tem mais liberdade para inventar seu trabalho e como consequência tem mais saúde no mesmo, na medida em que mais se evidencia a relação individual e coletiva sobre a relação com o trabalho e as condições (materiais, organizacionais, estruturais) que são enunciadas pelo discurso da Reforma Psiquiátrica. E acontecerá de maneira oposta se a Reforma Psiquiátrica for apresentada apenas como discurso, ou imposta, e não como construída no cotidiano, se tornará um terreno fértil para o sofrimento e adoecimento (RAMMINGER, 2005).

### 3.5 Marco conceitual

#### 3.5.1 A psicopatologia e psicodinâmica do trabalho a partir de Dejours

Falar em trabalho, e principalmente em psicopatologia do trabalho e psicodinâmica do trabalho impõe mencionar Dejours, grande referência na área.

Dejours, em 1980, escreve na França, seu país de origem sobre a Loucura do trabalho, onde aborda as questões referentes a Psicopatologia do trabalho. O autor na época da 5ª edição do mesmo livro no Brasil (1992), era doutor em medicina, especialista em medicina do trabalho, psiquiatra, psicanalista, ergonomista.

A loucura do trabalho aborda as questões referentes a trabalho e a saúde mental, o método de investigação e a maneira que Dejours o trata. Este se propõe a responder a seguinte questão: “como fazem os trabalhadores para resistir aos ataques ao seu funcionamento psíquico provocados pelo seu trabalho? O que fazem para não ficarem loucos? (DEJOURS, 1992).

A psicopatologia do trabalho de Dejours tem como objetivo explicar o campo não-comportamental, que se ocupa, da mesma maneira que um inimigo se apossa de um país, através de atos impostos como movimentos, ritmos, gestos, regularidades e comportamentos referentes a produção. O autor estudou principalmente a classe operária e suas relações com o trabalho. A questão fundamental diz respeito” a localização do processo de anulação de um comportamento livre, operação mais difícil do que a

observação direta de um comportamento abertamente lógico ou desadaptado (DEJOURS, 1992, p. 26).

Em seguida, Dejours publica o livro *Psicodinâmica do Trabalho* (DEJOURS et al,1994), em cuja introdução, menciona que nos anos 70 que já havia publicado diversos trabalhos nas temáticas dos estudos psicossomáticos e das relações entre saúde e trabalho.

No ano de 1978, publicou um artigo que trabalhava o princípio do prazer no trabalho, tema que posteriormente mereceu importante desenvolvimento. A produção de Dejours mostra um olhar amplo e este olhar condiz exatamente ao desafio do campo que ele escolheu, onde se unem saberes que se originam de diferentes áreas do conhecimento humano. Nas suas elaborações teóricas e metodológicas também constam reflexões embasadas na filosofia do conhecimento e nas ciências sociais.

Crítica as abordagens positivistas que ganham destaque às pesquisas referentes a medicina do trabalho, porém o mesmo valoriza a clínica do trabalho bem como as suas experiências. Da mesma maneira, apesar de ser psicanalista, incita a psicanálise a considerar de maneira adequada os fenômenos que ocorrem no mundo do trabalho, e que estas impactam a dinâmica intrapsíquica e também sobre a intersubjetividade.

A escola dejouriana surgiu na França e, posteriormente, em outros países inclusive o Brasil, a partir da articulação de diversos especialistas e espaços de pesquisa.

Dejours e os pesquisadores que elaboram com ele novas interpretações acerca do mundo do trabalho, baseados na escuta e observação nos estudos de campo, de maneira sintética são: um convite

para refletir sobre uma realidade que não é mais seccionada, cada um ocupando seu espaço, e sim uma ciência transdisciplinar que é uma “ciência com consciência” (falada por Edgar Morin, 1990) (DEJOURS, 1994).

A psicodinâmica do trabalho se propõe a enfrentar o desafio de “superar a atual distância existente entre organização prescrita e a organização real do trabalho, levando em conta todos os perigos que tal distância atualmente representa para a saúde, para a segurança e para a qualidade do que é produzido” (DEJOURS, 1994, p. 19).

Portanto, ele faz uma aproximação entre homem organização e o que pode ocasionar desta relação. Traz conceitos de uma organização de trabalho que adocece seus trabalhadores, e também a respeito da organização da sociedade que pode adoecer. Inclusive traz o conceito de banalidade do mal de Hannah Arendt ocorrido no espaço do trabalho (DEJOURS, 1999).

### **3.5.2 O sofrimento psíquico decorrente do trabalho segundo Wanderley Codo**

Wanderley Codo é brasileiro, natural de São Paulo, tem formação em Psicologia e doutorado em psicologia social, sendo considerado uma das referências nacionais na área de saúde mental e trabalho. Atua na área de psicologia do trabalho e organizacional e costuma pesquisar e publicar a respeito das seguintes temáticas: trabalho, saúde-mental, educação, alienação, psicologia social,

comportamento, subjetividade e diagnóstico (Plataforma Lattes, 2013).

Suas publicações auxiliam nesta pesquisa a respeito do trabalho e o sofrimento psíquico, e principalmente, sobre as intervenções clínicas associadas ao sofrimento no trabalho.

Segundo Codo (2004, p.42),

“O trabalho como uma atividade social complexa exige do trabalhador adaptação e enfrentamento de conflitos, diante dos quais este pode sucumbir ao aspecto mais doloroso da dupla possibilidade “prazer e sofrimento”, “saúde e doença”. Quando os recursos internos do trabalhador não são suficientes e/ou as condições de trabalho são desfavoráveis, existe a possibilidade de adoecimento. Esse processo faz parte de uma subjetividade ocorrida na relação trabalhador e seu trabalho. Não existem culpados, existem fatores desencadeadores ou determinantes”.

O livro organizado por Codo (2004) intitulado O Trabalho Enlouquece colabora com uma perspectiva diferente e singular, comparada a grande parte dos trabalhos que se encontra no campo temático do trabalho e sofrimento psíquico, a partir do momento em que ele provoca um diálogo entre a clínica e o trabalho.

Ressalta-se que o autor tenta desenvolver, ao longo de sua trajetória, através de suas pesquisas a hipótese que o trabalho teria uma função determinante, embora não exclusiva, nos distúrbios mentais.

Através desta perspectiva pode-se pensar com mais clareza sobre a existência de uma abordagem da saúde relacionada ao trabalho, como ela pode ser feita; além de compreender a influência do trabalho no sofrimento psíquico dos trabalhadores.







#### 4 PERCURSO METODOLÓGICO

Esta pesquisa foi realizada sob a perspectiva de uma pesquisa social em saúde a partir do conceito de Minayo (2008) que são investigações acerca do fenômeno saúde/doença e como isso se representa pelos atores envolvidos nesse campo: instituições políticas, de serviços, bem como os usuários e profissionais.

Em função do objeto de estudo se parte de uma abordagem qualitativa, pois a partir desta, pode-se responder questões subjetivas, e se ater a um nível de realidades que não se pode quantificar, ou seja, se trabalha com um universo de significados, valores, crenças e também atitudes, que correspondem a uma profundidade maior das relações, também dos processos e fenômenos que não pode se reduzir a operacionalização de variáveis (MINAYO, 1994).

O método qualitativo se aplica ao estudo da história, bem como das relações, das representações, crenças, opiniões, e percepções, fruto das interpretações que as pessoas fazem a respeito de sua maneira de viver, constroem artefatos e a si mesmos, sentem e pensam. Mesmo já tendo sido utilizadas para estudos de grandes proporções, se adapta melhor a investigações de grupos e segmentos delimitados e focalizados, de histórias sociais a partir da visão de seus autores, de relações e para análise de discursos e também de documentos (MINAYO, 2008).

Caracteriza-se como exploratória, que foi definida por Gil (2008, p. 27) como aquelas “desenvolvidas com o objetivo de proporcionar visão geral, de tipo aproximativo, acerca de determinado fato. Este tipo de pesquisa é realizado especialmente quando o tema

escolhido é pouco explorado e torna-se difícil sobre ele formular hipóteses precisas e operacionalizáveis”.

É também descritiva, portanto tem como objetivo principal descrever características de uma população, fenômeno, ou até mesmo o estabelecimento de relações entre variáveis. As pesquisas descritivas assim como as exploratórias, são os tipos de pesquisas normalmente adotadas por pesquisadores sociais preocupados com a atuação prática (GIL, 2008).

A coleta de dados foi realizada a partir da realização de entrevistas semi-estruturadas, aplicadas e áudio-gravadas pela pesquisadora. Destaca-se que a entrevista é uma conversa entre duas ou mais pessoas que tem por objetivo a construção de informações sobre o objeto da pesquisa, a abordagem é feita pelo entrevistador e podem haver temas pertinentes tendo em vista seu objetivo. No caso da entrevista semiestruturada, são combinadas perguntas abertas e fechadas, em que a pessoa que está sendo entrevistada pode discorrer sobre a temática, não se prendendo as perguntas do entrevistador (MINAYO, 2008).

#### **4.1 Sujeitos da Pesquisa**

Os sujeitos de pesquisa foram trabalhadores de CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) localizados em quatro municípios do Estado de Santa Catarina.

Foram escolhidos especificamente os profissionais de CAPS

em função da demanda atendida neste serviço (pessoas acometidas de transtornos mentais e comportamentais graves e/ou persistentes), bem como pela relação próxima entre os profissionais. Não houve critério de exclusão por categoria, até porque se acredita em uma intervenção interdisciplinar nesse tipo de serviço, onde as visões de todos os profissionais têm a mesma importância. Inclusive para abranger pessoas em situações distintas: englobando locais, equipes e com estruturas de trabalho, culturas e formação.

Considerando esses diferentes quesitos, buscou-se contemplar participantes de diferentes CAPS das diversas regiões de Santa Catarina, incluir profissionais com vivência em realidades distintas geograficamente, culturalmente e politicamente. Essas regiões englobam: Serra Catarinense, Vale do Itajaí, Sul e Grande Florianópolis.

Participaram da pesquisa os profissionais que tiveram interesse em fazê-lo, a partir da apresentação do projeto foram levantados os nomes dos interessados e quando o houve mais de um realizou-se o sorteio do participante. Em todos os municípios pesquisados havia mais de um CAPS, diante disso optou-se por realizar a entrevista na unidade mais antiga.

Foram critérios de inclusão: estar trabalhando por no mínimo um ano no CAPS, desenvolver ações de atenção junto aos usuários, participar das reuniões de equipe.

Não obstante, os critérios de exclusão eram: exercer cargo comissionado ou de confiança, ser gestor, estar vivenciando episódio de stress ou algum outro transtorno mental e pessoas que estão afastadas do trabalho.

## **4.2 Considerações Éticas**

A presente pesquisa considerou as recomendações da Resolução nº 466/2012, sendo submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (CEP/UFSC), aprovada e autorizada pelo protocolo CAAE 32935014.0.0000.0121.

Antes da realização das entrevistas foi lido o termo de consentimento livre e esclarecido (em anexo no Apêndice 02) e esclarecidas as dúvidas em decorrência do mesmo. A coleta dos dados somente iniciou a partir da assinatura de ambas as partes.

Para garantir o anonimato, os trabalhadores entrevistados escolheram codinomes de personagens das obras de Machado de Assis com objetivo de evitar posterior identificação. Quando os entrevistados não se recordaram um nome ou preferiram não escolher isso ficou a critério da pesquisadora.

## **4.3 Coleta dos Dados**

Primeiramente foi realizado contato com os responsáveis dos municípios por telefone para solicitar apreciação do projeto e possível autorização para realização da pesquisa. No projeto inicial, o campo de pesquisa era constituído de cinco municípios do Estado de Santa Catarina, porém não houve resposta de um dos municípios requeridos e

por consequência a pesquisa foi realizada em somente quatro CAPS.

Após a obtenção das autorizações municipais, o projeto foi submetido ao CEP/UFSC através da Plataforma Brasil. A partir da aprovação do mesmo, iniciou-se a coleta de dados.

Para realização da coleta foi realizado contato, primeiramente, com os coordenadores de saúde mental, na figura das secretarias de saúde e, posteriormente, com os coordenadores dos CAPS para agendamento das entrevistas. Todas as coletas foram feitas em dias de reunião da equipe com o objetivo de apresentar o projeto e levantar os interessados em participar da pesquisa.

Conforme combinado com os coordenadores das unidades pesquisadas, apresentou-se a pesquisa aos profissionais participantes da reunião. Nas reuniões de três das quatro equipes que participaram do processo, houveram trabalhadores que apresentaram vários questionamentos acerca do tema pesquisado, da forma de condução do estudo e sobre a percepção da pesquisadora com relação a temática. E em uma das equipes houve um silêncio e nenhuma manifestação de interesse para realizá-la, então houve a necessidade de mostrar o roteiro, colocar novamente a importância da realização da pesquisa até que um profissional se manifestasse para participar.

A respeito dos outros entrevistados, um deles foi indicado pela equipe em função de ter demonstrado interesse acerca da temática. Em outros dois casos, realizou-se o sorteio entre os interessados, pois havia mais de um membro da equipe se dispondo a participar.

Todas as entrevistas foram realizadas nos CAPS, em uma sala indicada pelo profissional entrevistado. No primeiro momento, era explicado como a entrevista seria gravada, através do computador e

como esse funcionava. Em um segundo momento, era realizada a leitura do termo de consentimento livre e esclarecido e, se fosse necessário, revisado algum ponto do termo em questão para posteriormente assiná-lo. Todos os entrevistados receberam uma cópia do TCLE, bem como a pesquisadora.

No início ou no final da entrevista, a pesquisadora pactuou sobre o codinome que cada entrevistado gostaria de adotar, a partir de uma lista de personagens das histórias de Machado de Assis, se o entrevistado preferisse não o fazer, isso ficou a critério da pesquisadora.

Durante a realização das entrevistas um ponto bastante interessante é que os assuntos abordados pelo roteiro previamente montado estavam muito atrelados um ao outro, por exemplo quando o entrevistado falava sobre os fatores de risco para o sofrimento psíquico, muitas vezes, já trazia os mecanismos de proteção utilizados por ele e sua equipe. Não obstante, mesmo já tendo sido mencionados os assuntos, todas as perguntas do roteiro foram realizadas para que o profissional tivesse oportunidade de refletir sobre e acrescentar o que era de sua vontade.

Foram realizadas quatro entrevistas conforme havia sido planejado as quais cada uma de forma singular trouxeram relevantes colaborações a esse estudo em função das diferentes vivências e visões dos entrevistados. O sofrimento psíquico no cotidiano laboral dos trabalhadores de CAPS é um tema de notória importância inclusive nas equipes onde isso fora vivenciado. Observou-se, durante a apresentação da proposta, a movimentação guiada pelo interesse e questionamentos de alguns dos trabalhadores e de outros a preferência pela ignorância no assunto, isso pode ser por uma questão de prioridades no momento ou

pelo desconforto gerado a partir da temática.

A coleta dos dados adquiriu um rumo bastante semelhante a uma intervenção em saúde, pois em um primeiro momento foi levantada a história, os motivos pelos quais as pessoas entraram em um processo de sofrimento psíquico, e isso deu origem a primeira categoria que consiste nos fatores de risco para o sofrimento psíquico do trabalhador de CAPS.

Em um segundo momento da entrevista, levantou-se com os sujeitos quais eram as ferramentas que eles consideravam importantes para não sofrer psicologicamente em decorrência de seu trabalho. A esse respeito, remete-se a proteção ou prevenção, outro fator importante a ser considerado em um processo de intervenção em saúde, pois não é necessário esperar que o problema esteja instalado para pensar em uma intervenção e há possibilidade de lançar mão dessas ferramentas de cuidado independentemente da situação posta. Portanto, nessa categoria aborda-se os mecanismos de proteção em relação ao sofrimento psíquico dos trabalhadores de saúde mental.

Por fim, em um terceiro momento, levantar as possibilidades ofertadas a esses profissionais, ou seja, se existem lugares e políticas públicas, sejam elas promotoras de saúde e/ou preventivas, como também que ofereçam uma possibilidade de recuperação de um processo já instalado. Essa etapa pode ser comparada ao mapeamento da rede para realizar os encaminhamentos necessários ao usuário. Deste modo, consolidou-se a terceira categoria que consiste no apoio e/ou ações para a saúde do trabalhador, enfatizando o trabalhador de saúde mental.

Tendo procedido desta forma, foram levantadas as dificuldades e potencialidades relacionadas ao processo de trabalho



dos trabalhadores de CAPS correlacionando com a oferta das políticas públicas existentes, esperando que, de certa maneira, este estudo sirva como suporte para alguns trabalhadores e de reflexão/ação para os gestores.

#### 4.4 Análise dos Dados

Para a realização da análise dos dados as entrevistas foram transcritas de maneira minuciosa e lidas repetidamente para que fossem levantados os temas em comum, as divergências e as concordâncias apresentadas nos discursos dos entrevistados. A partir desse processo foi possível realizar a categorização dos dados resultando em três categorias analíticas:

- *Categoria 01: Fatores de risco que levam o trabalhador de saúde mental ao sofrimento psíquico;*
- *Categoria 02: Mecanismos de proteção em relação ao sofrimento psíquico do trabalhador de saúde mental;*
- *Categoria 03: Apoio e/ou ações para a saúde do trabalhador, com ênfase no trabalhador de saúde mental.*

A análise dos dados foi realizada através da análise de conteúdo, que para MINAYO (2008, p. 303) “diz respeito a técnicas de pesquisa que permitem tonar replicáveis e válidas inferências sobre dados de um determinado contexto, por meio de procedimentos especializados e científicos”.

O início da análise de conteúdo se dá com a leitura das falas, depoimentos e documentos, objetivando alcançar um aprofundamento,

que ultrapassa os sentidos que são manifestados no material. Para isso, torna-se parte dos procedimentos da análise relacionar as estruturas semânticas (significantes) bem como as estruturas sociológicas (significados) dos enunciados, e ainda juntar a superfície do enunciado nos textos com fatores que definem suas características, como as variáveis psicossociais, o contexto cultural e o processo de produção da mensagem. Essas articulações analíticas vislumbram a consistência interna das operações (MINAYO, 2008).

O processo analítico se constituiu a partir do referencial teórico utilizado bem como dos objetivos propostos pela pesquisa.

## **5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

---

## **5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Nesse capítulo serão apresentados e discutidos os resultados a partir da análise das entrevistas, os quais foram divididos em três categorias.

### **5.1 Fatores de risco que levam o trabalhador da saúde mental ao sofrimento psíquico**

O sofrimento psíquico do trabalhador de saúde mental, foco desse estudo, pode ser vivenciado de maneira diferente por cada sujeito, pois são processos subjetivos e aparecem de diferentes maneiras nas organizações de trabalho.

Desse modo, um dos objetivos deste trabalho foi tentar encontrar pontos convergentes advindos do processo de trabalho no CAPS que levassem o trabalhador de saúde mental a vivenciar o sofrimento psíquico. Assim, durante a realização das entrevistas conseguiu-se levantar alguns pontos em comum aos trabalhadores, que foram considerados por estes como fatores de risco para o sofrimento psíquico no trabalho em CAPS.

O termo risco, aqui adotado, pode ter diferentes sentidos a depender do contexto em que se insere. Começemos pelo significado no dicionário Michaelis (2009): possibilidade de perigo, incerto, mas previsível, que ameaça de dano à pessoa ou coisa. Outro significado trata o “(...) risco como uma consequência da livre e consciente decisão de se expor a uma situação na qual se busca a realização de um bem ou de um desejo, em cujo percurso se inclui a possibilidade de perda ou

ferimento físico, material ou psicológico” (SCHENKER, MINAYO, 2005, p. 708).

No caso do trabalhador de saúde mental, no contexto do CAPS a exposição cotidiana ao sofrimento psíquico do outro constantemente é um fator importante que pode levar ao sofrimento psíquico deste profissional. Tal situação fora relatada em três das quatro entrevistas realizadas com os trabalhadores dos CAPS.

A respeito dessa prática, entende-se que fazer o cuidado de pessoas com transtornos mentais se constitui, a priori, pelo encontro entre uma pessoa que está sofrendo psiquicamente e outra que tem a proposta de acolher e intervir tecnicamente, com objetivo de reduzir o desconforto psíquico. Considerando que na maior parte das intervenções realizadas, o instrumento terapêutico é o próprio aparelho psíquico, o trabalhador tem que lidar com o sofrimento psíquico do sujeito atendido e como o seu próprio (LANCMAN, 2008).

“Além da diversidade, é um trabalho que exige muito do trabalhador, não só pela 'angústia que é lidar com o discurso que não faz laço com o outro' (psiquiatra, CAPS), com 'aquilo que contagia à distância' (psiquiatra, CAPS), mas também porque a Reforma Psiquiátrica 'nos colocou nesse lugar do 'tem que fazer, tem que inovar, tem que pensar diferente', dá mais trabalho, dá mais cansaço'(terapeuta ocupacional, CAPS) (NARDI, RAMMINGER, 2007, p. 276).

Paulon *et al* (2014) concordam, citando que os modos de produção subjetiva postos a funcionar neste trabalho, tem o foco no contato direto com as formas loucas de subjetivação, as quais preveem além da dimensão técnica, a dimensão relacional na composição de vínculos, matéria prima fundamental do trabalho em saúde mental.

Portanto, entrar em contato com o sofrimento do outro, como

pode ser observado, apesar de ser a base do tratamento em saúde mental e precisa ser feito através do acolhimento e da escuta qualificada, é um ponto que mobiliza desconforto nos trabalhadores de saúde mental.

Mas não se pode ignorar que os trabalhadores são humanos, e que exercem um trabalho onde é necessário, no mínimo, sensibilidade para poder criar empatia com o outro e construir vínculo, é quase que inevitável sentir algum desconforto ao ouvir as demandas dos usuários.

Sendo esse desconforto uma situação intermitente, em que o profissional começa a vivenciar o sofrimento psíquico mais intenso, surge um questionamento: como uma pessoa que está vivenciando um sofrimento psíquico em decorrência do processo de trabalho tem condições de realizar o acolhimento do usuário?

Segundo o caderno de textos da Política Nacional de Humanização, a PNH (2010), no acolhimento o profissional precisa escutar a queixa, os medos, a demanda e as expectativas do usuário, identificando os riscos e as vulnerabilidades, considerando também a avaliação do próprio usuário, se responsabilizando a fornecer uma resposta pactuada da problemática, conjugando as necessidades imediatas do usuário com as ofertas do serviço e realizando um encaminhamento responsável e resolutivo das demandas que não forem resolvidas.

É possível dizer que o acolhimento do usuário pode ser realizado dependendo da maneira que este sofrimento esteja se manifestando e do grau de comprometimento no desempenho ocupacional desse trabalhador. Contudo, é inegável que o acolhimento, apesar de estar presente na política pública há alguns anos, se mantém como desafio no cotidiano dos profissionais de saúde e não somente do

trabalhador que se encontra em sofrimento psíquico. Algumas considerações a respeito do acolhimento do usuário e o impacto no profissional podem ser vistos na fala a seguir.

*“É eu estava pensando justamente há uns dias atrás, do quanto nosso trabalho no CAPS é um trabalho que a gente lida com muita frustração o tempo todo né. A frustração que a gente pega dos usuários que chegam muito frustrados com a vida dele, com os sentimentos dele e a gente pretende acolher os sentimentos deles né, dar algum suporte né, algo que a pessoa possa se recuperar; e a gente percebe que não tem quase nenhuma estrutura para isso. E a gente vai se frustrando com demandas muito pesadas né” (Dom Casmurro).*

Esse relato aponta dois pontos a se considerar, o primeiro trata de colocar em evidência o contato com o sofrimento alheio, importante aspecto a ser considerado no cotidiano do trabalhador de saúde mental. Já o segundo aspecto, também relevante, diz respeito ao sentimento de impotência do trabalhador diante desse sofrimento. Como estratégia de lidar com essa impotência, o trabalhador estabelece um tipo de relação com o usuário como forma de se proteger das frustrações que podem ser ocasionadas em decorrência da mesma.

Pode-se trazer como exemplo a maneira que os trabalhadores de um hospital costumam lidar com suas angústias no que se refere a relação técnico-paciente. Menzies, citado por Pitta (1996), aponta três diferentes estratégias: 1) fragmentação da relação entre técnico-paciente, evitando que a relação crie intimidade propiciando a fomentação da angústia; 2) despersonalização e negação da importância do indivíduo, tratando todos de forma igualitária, porém há um impedimento dos registros afetivos que identifiquem a pessoa, no hospital, inclusive, as

vestes dos doentes são iguais, o que salienta a despersonalização das pessoas, e os uniformes dos profissionais tem um sentido asséptico e indiferente; 3) distanciamento e negação de sentimentos, que serão controlados, os envoltimentos contidos e as identificações que perturbam serão impedidas.

“Diferentemente do que Pitta (1999) nos fala sobre o desenvolvimento tecnológico dos hospitais que valorizam a técnica e colocam os relacionamentos interpessoais abaixo do avanço científico-tecnológico, o trabalho na saúde mental, nos CAPS, não requer a utilização de alta tecnologia, para tratar de seus doentes. Os instrumentos utilizados para o tratamento provêm dos próprios trabalhadores, que possuem relações de vínculo com os usuários, fazem o papel de profissionais de referência e muitas vezes não têm como valorizar determinadas técnicas que poderiam auxiliar para se defenderem das angústias geradas pelo contato intenso com os pacientes (FERRER, 2007, p. 103).

Ressalta-se que o trabalho em um CAPS é diferente da rotina de um hospital. Entretanto, observam-se algumas semelhanças na fala desses profissionais de saúde, a diferença se dá pela estrutura do serviço e manejo dos usuários, que consiste no empoderamento deste para que possa lidar melhor com o sofrimento psíquico. Porém, alguns profissionais tendem a fazer uma diferenciação entre papéis, como se observa no relato de Quincas:

*“É deixar claro que ele é o paciente e eu sou a pessoa que está atendendo, né não deixar que emocional fazer com que mude o que tu configura para o paciente. Tu pode tratar ele bem, tu pode tratar com muito amor para ele, mas ele sabe que ele é o paciente e tu é o funcionário”* (Quincas).

Esta separação referida por Quincas é uma maneira de se



defender do sofrimento provocado ao entrar em contato com o sofrimento alheio, pois em outro momento da entrevista ele referiu que o motivo do sofrimento psíquico do trabalhador é “(...)que a gente não consegue filtrar tudo que a gente ouve dos pacientes né” (Quincas), ou seja, é difícil para o trabalhador ouvir algumas demandas de sofrimento trazidas pelo usuário e conseguir separar das suas demandas profissionais e pessoais.

FERRER (2007), num estudo com profissionais da enfermagem que trabalhavam em um CAPS no período noturno, mapeou que estes creem que o sofrimento vivenciado pelo paciente provoca neles um sofrimento, contudo é seu papel aliviar o sofrimento dos usuários, evitando demonstrar suas fragilidades. Essas profissionais relataram “Guardamos tudo para dentro”, e tenta-se extravasar esse sofrimento da melhor maneira possível, pois a maior parte destes profissionais não possui condições financeiras para pagar psicoterapia ou psicanálise. Essas situações promovem reflexões dos trabalhadores sobre a contradição que vivenciam no trabalho: cuidam do outro com objetivo de aliviar o sofrimento mental, porém não conseguem cuidar de seu próprio sofrimento.

Outra investigação realizada por Guimarães *et al* (2011), onde foram entrevistadas dezenove trabalhadoras de CAPS, evidenciou a preocupação dessas profissionais em não “(...) levar seus problemas de trabalho para casa e vice-versa”. É como se o mundo do trabalho ficasse à parte da vida sócio familiar, sendo que para manter essa secção torna-se necessário um esforço ininterrupto, além de autocontrole. Por conseguinte, existe uma tensão de ordem psíquica.

Em outras palavras, é como se fosse preciso se educar para

dividir sua vida em várias partes e que estas não se conversem, porque se fazem isso, gera sofrimento, como evidenciado num dos relatos:

*“(...) porque eu estava iniciando, eu tinha um ano só, eu tava levando tudo para mim, aí a coisa foi uma explosão, porque a gente vai guardando, é, eu já aprendi muito, nosso, o médico aqui ele é bem antigo, o mais antigo nosso aqui, o fulano, ele tem, ele tem muita bagagem e ele passou muito isso para mim: ‘Quincas desliga o, né, desliga quando sair daqui, porque se tu leva aquele sofrimento contigo, amanhã tu leva outro e amanhã tu leva outro, então chega uma hora que tu não aguenta mais’” (Quincas).*

A inexperiência e pouca capacitação para o trabalho em saúde mental também esteve presente na narrativa de outra entrevistada quando refere que:

*“(...) eu acredito também que uma das coisas é muitas vezes as pessoas entram no CAPS sem estar preparadas para estar no CAPS, tipo sem ter noção do que seria” (Helena).*

A falta de experiência profissional e de conhecimento sobre o serviço do CAPS em sua abordagem dificulta o processo de trabalho da equipe, o acolhimento do usuário e, ainda, o impacto do trabalho na vida do profissional, já que é um serviço que atende casos em sua maioria de grande complexidade – casos graves, com demandas relacionadas a tentativas de suicídio, de atenção a crise em saúde mental, trabalhando em equipe multidisciplinar, tentando funcionar de maneira interdisciplinar, na lógica da atenção psicossocial, que é uma proposta de vanguarda. Portanto, para o trabalhador iniciante são muitos desafios a abraçar e as frustrações a tolerar. Esses dados levantados convergem com outras pesquisas realizadas na área.

DE MARCO *et al* (2008) avaliaram o impacto da carga de

trabalho sobre a satisfação profissional, a qualidade de vida e a prevalência de transtornos psiquiátricos menores em 203 trabalhadores de saúde mental. Em tal investigação, afirmam que:

“Como esperado e observado em outros estudos, quanto maior a idade, menor o impacto emocional no trabalho, o que sugere que a experiência aumenta a segurança nas decisões tomadas e maior controle sobre a demanda de trabalho, diminuindo o estresse e a exaustão emocional” (DE MARCO et al, 2008, p. 182).

Em outro artigo que trata da satisfação com o trabalho e impacto causados nos trabalhadores dos serviços de saúde mental, “(...) observa-se que, além de menos satisfeitos, os funcionários públicos mais jovens eram também os que sofriam o maior impacto do trabalho, sobretudo em relação às repercussões emocionais” (REBOUÇAS *et al*, 2007, p. 249).

Nota-se como um marcador comum entre os trabalhadores entrevistados e diversos artigos consultados, a inexperiência enquanto fator que aumenta a chance de o trabalhador da saúde mental entrar em sofrimento psíquico ao se deparar com um trabalho de tamanha complexidade e que lida o tempo todo com o sofrimento das pessoas.

Os trabalhadores de CAPS identificaram que algumas pessoas que não conseguiram trabalhar no serviço são aquelas que possuem dificuldades em relação ao formato de funcionamento do mesmo. Tal aspecto não se restringe aos técnicos de enfermagem, muitos profissionais de nível superior não conseguiram permanecer no CAPS. Existem ainda os casos nos quais as pessoas são indicadas para trabalhar em uma atividade administrativa e acabam virando monitor de oficina.

Então, há aqueles que não suportam essa maneira de trabalhar, ou possuem interesses diferentes na vida, ou pessoas que a partir da vivência se interessam (relato da psiquiatra) (NARDI, RAMMINGER, 2007).

Isso converge com uma fala de Capitu:

*“(...)porque a gente lida com situações que muitos colegas não estão prontos e daí chegam começam a trabalhar e vão embora (...) pedem para sair, e assim, e também assim o processo de trabalho do CAPS, ele é muito diferente na saúde, do que de outros espaços de saúde, se você for trabalhar num ambulatório geral, ah! Você vai fazer uma coisa, de repente aquilo tá mais dentro daquilo que tu você se formou. No CAPS você tem que tirar um pouco da tua formação e dar tua formação para o outro” (Capitu).*

Nesse sentido, a busca por uma prática pautada na interdisciplinaridade exige um desprendimento do trabalhador das condutas técnicas específicas de sua categoria, pois existe uma permeabilidade entre os papéis dos profissionais independente de sua formação.

A dimensão e complexidade da missão do CAPS, que pode ser extinguir uma instituição centenária como o manicômio, transformar a pessoa em níveis profundos, como a sua condição psicossocial, e ainda trabalhar com a sociedade para que ela se torne capaz de interagir com o louco, entra em conflito com a deficiência de recursos observada no campo empírico. A carência de recursos não se refere somente às instalações ou de recursos materiais para realizações de oficinas, mas também à insuficiência de instrumentos e conhecimentos de gestão, o que daria suporte na reorganização dos processos de trabalho e

facilitaria o cotidiano dos envolvidos (SILVA *et al*, 2008).

Em poucos serviços de saúde existem espaços onde as experiências possam ser discutidas e compartilhadas. E em função de serem pouco discutidas, sua dimensão principal nos foge. A batalha por melhores condições de trabalho é um exercício ético que demanda uma avaliação permanente das práticas e seus efeitos no individual e coletivo de trabalhadores (BRASIL, 2010).

A respeito da estrutura material, Guimarães *et al* (2011) desenvolveu estudo onde mapeou que 17 das 19 trabalhadoras entrevistadas que atuavam em CAPS referem insatisfação quanto aos recursos materiais. Torna-se pertinente informar que a preocupação das trabalhadoras no que se refere à estrutura física não se origina apenas na necessidade do conforto pessoal para realizar as atividades cotidianas, mas, sobretudo, no anseio de atender os usuários da melhor maneira possível e ser capaz de realizar de modo competente as atividades planejadas.

Em uma das entrevistas, Capitu fala do sofrimento ligado as condições de trabalho:

*“É uma das coisas são as condições de trabalho, que as vezes, também gera bastante sofrimento e a gente está né o tempo todo tendo que estar justificando o que faz né. Tem que né, estar sempre tendo que estar fazendo as coisas mas o processo de trabalho, na verdade, não anda, emperra, isso também gera, teria que estar justamente, poderia ter uma facilidade nisso”* (Capitu).

Segundo Ferrer (2007), em sua coleta de dados com grupos focais de trabalhadores de CAPS, foi comum a todos os grupos a falta

de estrutura física, espaços pequenos, escassez de salas para atendimentos, o que forçava os trabalhadores a fazerem atendimento de corredor.

Os profissionais relatam que se sentem desmotivados quando têm de lidar com condições físicas e materiais no cotidiano laboral juntamente com as dificuldades encontradas na rede social dos usuários. Trabalhar com a precariedade do sistema de saúde e da rede social dos usuários tende a intensificar os sentimentos como desânimo, cansaço, ansiedade, frustrações, tensão emocional, sobrecarga e estresse (SILVA, COSTA, 2010).

A ausência de espaços coletivos de compartilhamento, somada a outros problemas como trabalho desgastante, precarização das condições e relações de trabalho, a valorização do trabalhador advinda da população e do governo, gestão centralizada, etc., acabam produzindo adoecimento (BRASIL, 2010).

Tal situação remete a uma fala de Dom Casmurro:

*“(...) e a gente percebe que não tem quase nenhuma estrutura para isso. E a gente vai se frustrando constantemente com demandas muito pesadas né. De tentativas de suicídio constantes, de é de casos graves sem rede de apoio sem nada, e a gente pega isso constantemente gente vê a falta de estrutura da rede como um todo, não só da rede de saúde mental, da rede de saúde da rede de assistência social que tá muito ligada né, e, e acho que isso já estava com serviço precarizado do jeito que tava né, se esforçando ao máximo, todo mundo se esforçando ao máximo e é se entregando para esse trabalho já, tipo contornando as dificuldades estruturais, né, condições de serviço, tentando contornar né...”*  
(Dom Casmurro).

Na pesquisa de Ferrer (2007), os trabalhadores relataram dificuldades semelhantes com relação ao trabalho em rede, considerando-o muito precário e sentindo-se como reféns de situações cuja solução não depende deles. Acreditam que os serviços não se conectam, além de notarem que existe preconceito em relação ao doente mental na área da saúde, demonstrando dificuldades em atender as demandas clínicas do sujeito.

O trabalhador de saúde mental sente seu ofício como solitário quando percebe as limitações não somente dos serviços de saúde mental, como de outros equipamentos e ações que dão suporte social – “(...) *o nosso serviço é de suporte, mas não de suporte pra tudo!* (relato do entrevistado) – o que gera sentimentos de frustração bem como de sobrecarga (RAMMINGER, BRITO, 2008).

A dificuldade na realização de um trabalho em rede limita e sobrecarrega o profissional de saúde mental que, ao pensar juntamente com o usuário em um projeto terapêutico singular, considera as suas especificidades e subjetividade pautadas na atenção psicossocial. Mas essa atenção não se limita ao serviço CAPS, pois as necessidades desses usuários envolvem esporte, cultura, lazer, trabalho, apoio social, entre outros.

Quando o trabalho em rede não se concretiza, não existe parceria entre os atores, o trabalho fica limitado e a assistência precária. Essa situação acaba repercutindo no projeto terapêutico do usuário que não terá o tratamento que lhe é de direito, como também no trabalhador que sentirá o cuidado desse usuário como se fosse somente de sua responsabilidade.

Nesta primeira categoria, foram abordados como fatores de risco ao sofrimento psíquico dos trabalhadores: o sofrimento vivenciado ao acolher o sofrimento psíquico do outro, as relações e as suas diferenciações, a inexperiência e pouca capacitação para o trabalho, os desafios da prática pautada na interdisciplinaridade e as condições de trabalho. São aspectos aos quais através dos mecanismos de proteção abordados a seguir podem se diluir no cotidiano da prática tornando os desafios superáveis e propulsores da construção de um trabalho que propicie vivências satisfatórias para os trabalhadores.

## **5.2 Mecanismos de proteção em relação ao sofrimento psíquico do trabalhador de saúde mental**

Ao longo da análise dos dados, evidenciaram-se diferentes estratégias das quais os profissionais de saúde mental lançam mão para que não venham sofrer psiquicamente. Essas estratégias serão denominadas aqui como mecanismos de proteção. Entende-se por mecanismos de proteção formas, estratégias de se proteger de algo. Nesse sentido, Martins *et al* (2010) referem que

“A psicodinâmica do trabalho parte do pressuposto de que os trabalhadores possuem capacidade de se proteger, de buscar alternativas e se reapropriar da transformação e reconstrução de uma realidade que está colocada, e em especial, da forma como está organizado o processo de trabalho. Desta forma, os trabalhadores podem buscar soluções coletivas ou individuais para



evitar ou amenizar os sentimentos de sofrimento”  
(MARTINS et al, 2010, p. 1109).

Sobre essa questão, Codo (1998) pondera que se a ruptura é parte inerente às formas de organização da produção, e se torna onipresente, então se faz necessário que o ser humano busque mecanismos suficientemente lábeis para que consiga conviver com essas rupturas. Desse modo, as rupturas que existem no processo de trabalho, e podem ser consideradas os desafios vivenciados cotidianamente pelos trabalhadores, trazem como consequência a busca por alternativas que possibilitam a convivência com essas rupturas.

Na mesma direção, Dejours (1998) fala sobre os resíduos das defesas coletivas que ocorrem em alguns momentos privilegiados como no caso *L'Établi*. Descreve sobre um grupo de operários iugoslavos da linha de produção das indústrias Citroen, onde três trabalhadores se uniram pela nacionalidade em comum e estabeleceram entre si um sistema de convivência e solidariedade. Assim, criaram táticas operativas espontâneas onde otimizavam o seu tempo para que pudessem se alternar e sair para fumar. Estes minutos resgatados do tempo e do ritmo eram aproveitados coletivamente, o que resultava em satisfação do grupo. Esse é um exemplo de uma estratégia defensiva em um modelo taylorista de trabalho, mas possui semelhanças com as estratégias relatadas pelos trabalhadores dos CAPS que partem do coletivo para um benefício de um ou do grupo.

Destaca-se que em três das quatro entrevistas realizadas com os trabalhadores de CAPS, a relação da equipe surgiu como um importante fator de proteção no cotidiano de trabalho.

*“Nos momentos em que a gente consegue assumir mais em equipe, né uma pessoa ela está aqui, ela é paciente do CAPS, o CAPS está assumindo esse cuidado e compartilhando essas coisas que é tudo isso. Isso eu acho também um fator de proteção interessante” (Dom Casmurro).*

*“eu acho que você ter o suporte da equipe, é uma coisa que protege...”(Capitu)*

*“é as equipes de CAPS elas são , aqui no município, elas são totalmente diferente de unidade de saúde , de qualquer outro tipo de trabalho porque eu já trabalhei também. E assim, eu percebo que não existe diferença, não existe cargo, não existe nada, e isso é extremamente bom para o ser humano, é um acolhimento muito bom que tu se sente acolhida apoiada, e tu consegue abrir, facilmente a tua necessidade.”(Quincas)*

Considerando o cuidado em saúde mental, em especial no CAPS, um trabalho que lida cotidianamente com complexas demandas de sofrimento psíquico, acolher um usuário em estado de vulnerabilidade torna-se mais efetivo, mas também mais confortável, quando compartilhado entre diversos profissionais num trabalho verdadeiramente interdisciplinar, até para alcançar a tão almejada integralidade do sujeito.

Isso se distingue do modelo ambulatorial, onde o paciente está sob a responsabilidade do profissional assistente e as consequências do processo terapêutico também. Essa relação traz consigo uma carga de responsabilidade e expectativa muito maior em cima de um sujeito.

O trabalho em equipe, de parceria, entre os profissionais e setores foi outro fator apontado como mecanismo de proteção dos trabalhadores do CAPS. Observou-se essa situação na fala de Capitu a

seguir:

*“(…), eu acho que é você ter suporte da equipe, é uma coisa que protege assim, acho que conflitos entre profissionais geram mais adoecimento, se você consegue ter uma equipe um pouco mais coesa, que as pessoas pensam, isso protege um pouco” (Capitu).*

Ao se referir à coesão, a profissional entrevistada se refere à relação com o usuário em si, mas também à relação de suporte entre os colegas, por meio do acolhimento em momentos de dificuldade.

Nos estudos da psicodinâmica do trabalho, os sentidos dos sentimentos vivenciados se constroem no coletivo através de ações comunicativas onde os sentimentos são compartilhados. Assim, há um espaço para que os trabalhadores compartilhem seus sentimentos, no qual há a possibilidade de criar uma linguagem comum que leve a uma nova interpretação, inteligibilidade e produz um novo sentido para o trabalho. É proporcionado um efeito positivo nas relações de troca de conhecimentos, bem como na cooperação e, conseqüentemente, repercutem nos sentimentos de prazer no trabalho (MARTINS et al, 2010).

Acerca do compartilhamento dos sentimentos, um dos entrevistados relatou que

*“(…) é assim temos que acolher como se aquele fosse o nosso ovinho ali (...), que qualquer um de nós eu consigo perceber isso, de que percebe qualquer diferença já chama para uma conversa, seja psicólogo, seja médico, seja qualquer um. Tu não tá bem né? Vamos conversar? Esse acolhimento assim, eu acho muito bom isso (...)” (Quincas).*

Percebe-se na manifestação carregada de afeto que o acolhimento entre os colegas traz um conforto ao sujeito que por alguma razão esteja sofrendo. E que este acolhimento é compartilhado entre todos, independente da categoria profissional, tendo como critérios para fazê-lo o *feeling*, o conhecimento dos pares e a disponibilidade da escuta.

O estudo em psicodinâmica do trabalho realizado por Lancman e Silva (2008, p. 215) reforça também “a importância da coesão da equipe e sua familiarização com a natureza do serviço. Em um equipamento como CAPS, a preparação da equipe e dos recursos para as atividades antes do início do trabalho é essencial”.

Há outro ponto também apontado em uma das entrevistas que trata do preparo do profissional para atuação em CAPS. Contudo há de se considerar que esses profissionais são em sua maioria servidores públicos e o ingresso desses trabalhadores nos serviços não se diferencia dos demais. Atualmente, a entrada dos profissionais nos serviços públicos no Brasil, em sua maioria, se dá através de concurso público ou processo seletivo onde ambos apresentam como objeto de seleção uma prova de conhecimentos na área a atuar. Apesar de haver essa seleção, devido ao custo da realização de um concurso, este é feito para uma grande área, por exemplo, saúde ou assistência social. As provas de seleção invariavelmente abordam temas referentes a essa grande área, excluindo as especificidades dos diferentes pontos de atenção da rede de saúde.

Pode-se ver algumas características desse processo num dos relatos

*“Acho que acontece muito isso, nunca nem ouviram falar e de repente estão aqui né, quando, acaba que não tem nem perfil para estar aqui dentro mesmo. Então ela, cai de paraquedas e depois. E você não tem essa opção, muita opção ah de vou sair tipo não quero ficar aqui; porque você é colocada aqui dentro né, você passa em um concurso e eles são colocados aqui (...)”* (Helena).

Não obstante, os conhecimentos teóricos por si só não preparam as pessoas para o trato com outros sujeitos, ou seja, inúmeros aspectos do trabalho são construídos na prática diária, no encontro entre pares, e isso só se torna possível com a experiência. Essa posição vem ao encontro do abordado anteriormente, onde a experiência demonstra ser fator de proteção ao sofrimento psíquico do trabalhador de saúde mental. Além do desejo de estar naquele local, pois se as demandas do trabalho já são complexas, fazê-las sem querer estar ali se torna muito mais penoso.

Para Glanzner *et al* (2011),

*“A fonte de equilíbrio para uns é a causa de fadiga para outros, e se costuma separar a carga de trabalho em carga física e carga psíquica. A carga psíquica do trabalho resulta da confrontação do desejo do trabalhador com a injunção do empregador, contida na organização do trabalho. Essa carga aumenta quando a liberdade de organização diminui, abrindo-se o domínio do sofrimento. Para transformar um trabalho fatigante em equilibrante, é necessário flexibilizar sua organização, de modo a permitir maior liberdade ao trabalhador para reorganizar seu modo operatório e para encontrar atividades e atitudes que são capazes de lhe fornecer prazer”* (GLANZNER *et al*, 2011, p. 720).

O trabalho pode ser uma fonte de sofrimento, contudo

também proporciona aos trabalhadores vivências de prazer, pois é através dele que o ser humano constrói a vida e se insere no mundo do labor, não exclusivamente como forma de sobreviver, mas também objetivando a realização pessoal e profissional (MARTINS *et al*, 2010).

Outra estratégia que apareceu de maneira expressiva entre os trabalhadores dos CAPS para realização de seu trabalho foi a realização da educação permanente, que pode ser uma forma de amenizar o sofrimento, pois colabora para uma maior compreensão dos processos institucionais e dos desafios que circundam o mundo do trabalhador.

“Assim, compreende-se que a educação é uma estratégia para que o indivíduo tenha maior capacitação e maior possibilidade de construir-se dentro do mundo do trabalho, como sujeito que constrói e desconstrói, em um movimento dinâmico e complexo mediado, por valores políticos, culturais e éticos” (RICALDONI, SENA, 2006, p. N/C).

Sabe-se que os estudos sobre o trabalho nos CAPS demonstram que, ao propor novas formas de intervenção e um modelo mais horizontalizado entre os trabalhadores, o processo de Reforma Psiquiátrica demanda novos processos de trabalho. Estes exigem a introdução de novas divisões de tarefas e responsabilidades, além de estabelecer outras formas de se conectar aos outros níveis de atenção que compõe a rede assistencial. Ainda, os estudos têm demonstrado que cada unidade cria o seu processo de trabalho conforme os recursos disponíveis e dos acordos realizados internamente (LANCMAN, PEREIRA, 2008).

A mudança de modelo implica em resolver os diversos desafios vivenciados pelos trabalhadores. Pode-se exemplificar estes

desafios com a *desprotocolização* do cuidado, ou seja, onde não há um protocolo instalado do processo de trabalho. Esse novo modo de cuidar em saúde mental contraria os pressupostos do modelo biomédico, de caráter positivista, onde para cada problema existe uma resposta pontual, para cada doença existe um medicamento. Na clínica da atenção psicossocial observam-se desafios de maior amplitude, onde não há uma resposta pronta, são respostas singulares que dependerão do meio, dos sujeitos envolvidos e de inúmeras variáveis.

Para tanto, a educação permanente vem como maneira de oferecer os subsídios teóricos atualizados para a realização do trabalho. Podemos observar a importância da educação permanente nos relatos de duas entrevistadas:

*“Eu imagino que educação permanente né, você estar sempre(...) se instrumentalizando para saber lidar, porque as vezes tu pode não saber mas com o tempo tu vai fazendo e tu vai (...)”* (Helena).

*“(...) acho que a formação também, porque se a gente tivesse projetos de formação continuada, acho que poderia, penso que poderia melhorar. Porque daí se sabe lidar melhor com aquela situação”* (Capitu).

Outro aspecto citado foi a supervisão clínico institucional como instrumento de suporte aos trabalhadores de saúde mental. A supervisão clínico-institucional, financiada pelo Ministério da Saúde através da portaria GM 1.174, datada de 07/07/2005, pode ser compreendida como um dispositivo de formação permanente que auxilia na manutenção da responsabilidade compartilhada entre a equipe, bem como facilita o diálogo com objetivo de trabalhar as diferentes questões referentes ao processo de trabalho, aos casos compartilhados. Ainda,

para que as situações sejam manejadas com os desafios e surpresas que são inerentes ao trabalho clínico na perspectiva da atenção psicossocial (SILVA et al, 2012).

Em uma das falas de Capitu aparecem suas considerações a respeito da supervisão clínico institucional, conforme segue:

*(...) eu acho que o processo de supervisão e você ter um acompanhamento de tudo que tu está fazendo também e sempre uma discussão permanente, eu acho que poderia ir melhorando né. Porque a gente lida com situações que muitos colegas não estão prontos e daí chegam começam a trabalhar e vão embora. (...) também porque daí a gente está discutindo e daí os processos de trabalho ficam mais leves, porque a gente trabalha com uma demanda muito difícil” (Capitu).*

Evidencia-se a supervisão clínico-institucional como uma potente ferramenta de suporte na realização do trabalho no CAPS, mas que também possui o desafio da clínica da atenção psicossocial associada a demandas de sofrimentos psíquicos intensos.

As experiências e o saber-fazer dos trabalhadores, bem como sua integração ativa e participação no processo de gestão, são pontos de extrema importância para a melhoria na qualidade dos serviços e desenvolvimento do trabalho (LANCMAN, PEREIRA, 2008).

Na mesma linha, Ramminger e Brito (2008) colocam que a supervisão e participação dos trabalhadores na gestão dos serviços são imprescindíveis para o êxito do novo modelo de cuidado em saúde mental. Principalmente, quando a supervisão se refere a um espaço para o compartilhamento de experiências, o que pode contribuir para um modo mais saudável de trabalhar, como também qualificar as ações dos



trabalhadores. Tomando o cuidado para que esse espaço não se torne restrito a temas administrativos e clínicos justificados pelas demandas do dia a dia.

Assim sendo, até então foram mencionados quatro pontos centrais: as experiências, o saber-fazer, a integração e a participação na gestão. Os três primeiros foram mencionados no corpo desse trabalho, porém o último não pode ser negligenciado nesse processo. Seria bastante incomum abordar questões referentes ao processo de trabalho no serviço público e não aparecerem alguns pontos que envolvam a gestão, até porque os processos de trabalho estão diretamente ligados às perspectivas e ações da gestão, em virtude da indissociabilidade entre atenção e gestão.

Um desafio no âmbito da gestão dos serviços de saúde refere-se justamente a levar em consideração as demandas, bem como as necessidades postas, através da ética que contempla os interesses coletivos considerando as necessidades dos usuários e grupos de trabalhadores de saúde (SCHERER *et al*, 2009).

Dessa maneira, deve haver a busca de novas concepções de organização de trabalho. É necessário estabelecer um compromisso entre quem organiza e quem executa o trabalho, e a partir disso poderá ocorrer uma evolução que alteram desde as instalações físicas até as relações de trabalho. Essa organização é uma relação social, um compromisso para que os objetivos sejam atendidos, considerando os procedimentos e as dificuldades para a execução do trabalho (MARTINS *et al*, 2010).

No decorrer das entrevistas foram elencados diferentes aspectos que são importantes para os trabalhadores dos CAPS e que estão diretamente ligados à gestão. Porém, apenas um entrevistado sinalizou diretamente essa questão:

*“E assim você ter o entendimento da gestão do diferencial do trabalho (...)” (Capitu).*

Mencionar a origem desse diferencial diz respeito à valorização ou discernimento do papel do profissional. Capitu, para esclarecer, continua:

*“Eu acho que os dois, é, eu acho que os dois né, porque a gente acaba vendo nos outros espaços de trabalho as pessoas fazendo e assim digo que é uma coisa que gera bastante sofrimento, é, e eu falo por mim, é a questão salarial” (Capitu).*

Capitu menciona a compreensão da gestão acerca do diferencial do trabalho, em outras palavras, da gestão perceber a importância do papel de cada profissional dentro de um serviço e do sistema. E assim, percebendo esse valor, poder recompensá-lo pelo trabalho. Considerando o nosso sistema econômico a valorização do profissional está atrelada ao seu salário.

Destaca-se o fato de somente um entrevistado ter mencionado a gestão. Isso pode significar inúmeras coisas, dentre elas pode-se citar o medo de alguma possível punição acerca do que fora revelado na pesquisa, apesar de todos os esclarecimentos e cuidados éticos terem sido tomados.

Outro ponto que reforça essa possibilidade foi que em uma das equipes abordadas, nenhum profissional queria ser entrevistado, somente após a apresentação do roteiro da entrevista e diferentes

esclarecimentos acerca da relevância da pesquisa um trabalhador se voluntariou. Porém, durante a entrevista, deteve-se a respostas bastante sucintas e, ao finalizar a entrevista, encerrada a gravação, o trabalhador começou a falar de aspectos relacionados ao processo de trabalho que não foram mencionados durante a realização da entrevista.

Segundo Barreto e Heloani (2014) em uma pesquisa onde analisaram 3.613(três mil seiscentos e treze) questionários e 530 (quinhentas e trinta) histórias que abordavam o respeito e o tratamento digno no local de trabalho, 46% dos entrevistados não sentia coragem para discutir a respeito de seu trabalho ou dar opinião a respeito das condições de trabalho. Na verdade, eles se viam ridicularizados ao dar sua opinião pois eram frequentes as ameaças de demissões, transferências e punições caso as metas fossem descumpridas.

Há de se considerar a possibilidade de haver assédio moral no ambiente de trabalho. Sendo que assédio moral

“ Corresponde a atos que ocorrem durante a jornada de trabalho, que visam amedrontar, a intimidar, a humilhar, a constranger, a desqualificar, a destruir, a oprimir e a coagir o outro, de forma repetitiva e sistemática. São atos e ações que atingem o coletivo tanto psíquica como moralmente, submetendo-os às regras da empresa” (BARRETO, HELOANI, 2014, P.58)

Deste modo, alguns pontos que se referem a relação do trabalhador com a gestão que podem ser preponderantes no processo de trabalho de CAPS não apareceram durante a coleta de dados.

Durante a análise dessa categoria foi possível elencar alguns

pontos que os trabalhadores consideraram como estratégias para se proteger do sofrimento psíquico. Essas são diferentes formas, em sua maioria de tecnologias leves, como compartilhamento do cuidado, apoio mútuo, ferramentas de educação permanente e apoio do gestor. Estes são fatores importantes na realização do trabalho cotidiano do serviço pautado no suporte dos profissionais, tanto no conhecimento teórico acerca do trabalho quanto no apoio emocional dos trabalhadores.

### **5.3 Apoio e/ou ações para a saúde do trabalhador, com ênfase no trabalhador de saúde mental**

A saúde do trabalhador, bem como as ações em saúde para o trabalhador de saúde mental, são pontos norteadores desse estudo. Com objetivo de esclarecer a importância do assunto, no trecho a seguir faz-se menção a Portaria 1.823/2012, a qual institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.

“Art. 2º A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora tem como finalidade definir os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observados pelas três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), para o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador, com ênfase na vigilância, visando a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos” (BRASIL, 2012, p. 01).

O 2º Inventário da RENAST (Rede Nacional de Atenção à

Saúde do Trabalhador) referente a 2010 e 2011, menciona que o CEREST (Centros de Referência a Saúde do Trabalhador) demonstra um perfil de ação de notificação e de realização de inspeções superior do que de organização de ações sistemáticas, participação dos trabalhadores e de análise de dados. Nota-se a predominância de um fazer corporificado nas observações dos ambientes de trabalho e registro de casos, realizado na maioria das vezes para o cumprimento das metas em detrimento da organização de estratégias voltadas aos impactos nas condições de saúde. Percebe-se que as ações que garantem a qualidade a exemplo da participação dos trabalhadores, a análise e a coordenação de programas como também as atividades sistemáticas são os componentes mais enfraquecidos (BRASIL, 2013).

Costa *et al* (2013) pondera que, a respeito do esforço de consolidação que valoriza as ações de Saúde do Trabalhador no SUS, o que se observa é uma redação tímida relacionada à vigilância, apesar da segunda ter sido eleita como estratégica, além de algumas unidades do CEREST que não possuem uma margem de ação suficiente pois dependem de outras instâncias que não têm a prevenção aos riscos do trabalho como centro e foco de suas intervenções. Ainda,

“(...) ao observarmos a VISAT numa perspectiva de ação pública coordenada, articulada e harmônica entre aqueles que vêm se esforçando para desenvolver suas ações, vemos o quanto ainda falta para afirmarmos que existe um sistema de Vigilância em Saúde do Trabalhador no Brasil, sob essa ótica” (VASCONCELOS *et al* .2014; p. 4618).

O que se percebe é que apesar de existir uma política da saúde do trabalhador, as ações aparecem de maneira tímida nos serviços,

o cuidado com os trabalhadores, inclusive os trabalhadores dos SUS, são praticamente inexistentes, as iniciativas são raras e dependem da vontade política do gestor.

Após um breve panorama de como está organizado a RENAST atualmente, é possível estabelecer uma relação com o que se trata essa pesquisa, uma vez que o trabalhador de saúde mental necessita de apoio para evitar o sofrimento psíquico. Quando se encontra em sofrimento aonde este sujeito encontra acolhimento?

Com relação aos dados dessa pesquisa, dos quatro trabalhadores entrevistados, três acreditam que não há nenhum tipo de investimento com a saúde do trabalhador no município e tampouco no CAPS. Contudo, dois dos quatro municípios pesquisados possuem ambulatórios ou algum tipo de ação para atendimento dos profissionais que venham a apresentar algum problema relacionado à saúde ocupacional.

Neste sentido, a lógica das ações é pautada no modelo biomédico, onde espera-se a consolidação de uma consequência manifestada através de uma doença para haver algum tipo de intervenção. Não se pretende aqui negar a necessidade de serviços que trabalhem com a recuperação da saúde, porém, se houverem ações de caráter promocional e preventivo, há uma provável tendência a minimização do sofrimento das pessoas e dos custos que adoecimento do trabalhador pode levar.

“Um outro aspecto que não pode ser negligenciado no âmbito da saúde/doença mental e trabalho, de caráter prático, refere-se às determinações legais da legislação previdenciária brasileira. Tal legislação determina a prevalência de modelos diagnósticos, a adequação à

Portaria/MS nº 1339 de 1999 (que lista os transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho) e o necessário estabelecimento de relação causal entre o dano e/ou a doença e o trabalho” (JAQUES, 2003, p. 100).

Em se tratando na realização das intervenções, há uma distinção regida entre aspectos objetivos dos subjetivos do trabalho, operando-se na simplificação da realidade. Nesse caso, a saúde mental acaba sendo um problema do trabalhador, uma questão individual, subjetiva, o que culmina na culpabilização e na vitimização das manifestações de sofrimento dos trabalhadores. Ainda, essa segmentação da saúde mental para o “mundo interno” pode colaborar para manter invisíveis elementos da organização de trabalho que tensionam e produzem sofrimentos. Este estado, concomitantemente, colabora para a manutenção de intervenções psicologizantes e medicalizantes, na medida em que remete à clínica, que possui de um lado a compreensão e o tratamento dos aspectos subjetivos que se referem às dificuldades, sofrimento e transtorno e, de outro lado, a vigilância para identificar aspectos objetivos (LEÃO, GOMEZ, 2014).

As questões relacionadas à saúde, na grande maioria das vezes, não estão incluídas na pauta dos projetos de capacitação gerencial da administração pública, que comumente preferem organizar serviços médicos que operem de maneira isolada das políticas de recursos humanos, contribuindo para a construção de concepções e dinâmicas idiossincrásicas (CARNEIRO, 2006).

“Consideram-se ações de saúde do trabalhador: medidas de prevenção de doenças e promoção saúde que visem melhoria da qualidade de vida e trabalho, incluindo questões relacionadas ao ambiente e organização do trabalho; direito

informação sobre os riscos e participação dos trabalhadores nas ações de vigilância aos ambientes; assistência à saúde do trabalhador; identificação e notificação dos acidentes e das doenças relacionadas com o trabalho; formação e capacitação em saúde do trabalhador e políticas de informação para a construção do perfil epidemiológico de morbimortalidade dos trabalhadores”(CARNEIRO, 2006, p. 27).

Sobre a existência de alguma ação de cuidado com o trabalhador, os entrevistados relataram:

*“No CAPS não existe, e se existe no município não é utilizado com os profissionais dos CAPS (...) na verdade o que eu já ouvi falar até esses dias vieram pedir alguma coisa referente a uma sala que está sendo usada exatamente para isso, para ser usada para saúde do trabalhador foi o que eu entendi, mas a gente nunca tinha ouvido falar, então não é usada com a gente e ou com profissional de nenhum CAPS, se é que existe esse lugar”* (Helena).

*“Não existe, não existe... por exemplo existe um ambulatório de atenção à saúde do trabalhador na prefeitura onde tem psicólogo, onde tem toda uma equipe né (...) eu, assim, não sei de que forma que eles trabalham e não conheço pessoas que foram buscar o apoio lá. Mas existe!”* (Capitu).

Uma questão no mínimo interessante de se apontar é que em ambas as falas, a priori, os trabalhadores não reconhecem a existência do cuidado, mas ao pensar e desenvolver sua resposta indicam uma possibilidade. Essa situação pode se dar em função de nenhuma das profissionais sentir a necessidade de buscar um serviço de recuperação a saúde do trabalhador, ou de possuir uma expectativa diferenciada a



respeito dessa ação de cuidado, possivelmente uma ação que as afetasse. Não obstante, na segunda fala, quando Capitu se dá conta que existe uma oferta, ela aparenta satisfação.

Para Vanconcelos et al (2014, p. 4618), “apesar de serem muitas as iniciativas, são minoritários os casos em que se pode falar de implementação de ações sistemáticas de VISAT, isto sem contar que em muitos locais do país sequer elas existem”. Essa ausência de ações sistemáticas também pode ser um motivo dos trabalhadores não contarem com o serviço de saúde do trabalhador, pois a notícia sobre um processo e a vivência do mesmo tem uma diferença significativa em nossas memórias.

Outro fator a ser apontado é que em um dos municípios o trabalhador não sabia referir se existia alguma ação.

*“Olha, eu acho que se existe é quase nula (...) quer dizer, ou seja, eu nunca (...) nem no município nem no CAPS (...) não sou a pessoa mais informada sobre isso” (Dom Casmurro).*

Por outro lado, um entre os quatro municípios catarinenses pesquisados propicia uma possibilidade de cuidado aos trabalhadores de CAPS em nível de promoção de saúde e prevenção de sofrimento psíquico relacionado ao trabalho.

No entanto, esta não é uma política pública, e sim uma conquista do grupo de trabalhadores de saúde mental, sendo que os resultados dessa conquista ficam restritos a esse grupo. Na fala de Quincas pode-se perceber que esta ação faz uma enorme diferença no cotidiano dos trabalhadores no que concerne à sua saúde mental, relação entre equipe e processo de trabalho.

*“Um dia de CAPS para nós assim, e é a gente se sente acolhido, a gente se sente bem acolhido, tanto num quanto outro. E cada, cada encontro que tem a gente consegue melhorar, né. A gente consegue isso dá para mudar, isso dá para mudar, a gente percebe, ah não! Nós não conseguimos um dia todo mais meio dia a gente vai conseguir, então a gente tenta fazer as atividades dentro daquele meio dia. Às vezes, é até mais grandioso que o dia todo né. A gente consegue um resultado bem bom e isso é bom que a gente vai crescendo até para eles mesmos, a gente vai crescendo para nós e para eles. Se a gente conseguiu fazer com a gente e foi bom, a gente pode levar para um grupo de paciente” (Quincas).*

Esse dia de CAPS descrito por Quincas consiste em um momento onde a gestão libera a equipe para que em um dia de trabalho exista uma forma de cuidado entre eles, no qual a equipe administra, a seu critério e conforme o que está demandando naquele momento. As atividades variam conforme a demanda e o planejamento da equipe que antecede a data, geralmente dois profissionais assumem a organização. Já houveram técnicas de relaxamento, gravação de CD, momentos de recreação e também há o espaço para a fala de como foi o dia e também como está se sentindo com relação ao trabalho.

Esta liberação acontece uma vez por mês, mas nesse momento a equipe de Quincas optou que essa liberação fosse trimestralmente. Conforme o relato é um momento de extrema importância para acolher as demandas dos trabalhadores enquanto sujeitos, que podem sofrer em função das demandas cotidianas de seu trabalho.

*“(...) nós estamos aqui, o mais novo aqui tem um ano né, então a gente consegue perceber quando alguém é (pausa), não está bem é (pausa). Ele*

*começa a ficar um pouco mais agitado, um pouco de descontrole na fala, né, aí a gente, nós em geral chegamos fulano tu tá precisando, não assim, nem brincadeira nem nada, vamos conversar? Aí um pega o outro e começa a conversar, é, ó, eu percebo que o fulano não está bem, percebi que o fulano está precisando de férias(...) nós fazemos esse encontro e nesse encontro é, nós desabafamos” (Quincas).*

Para promover saúde nos ambientes de trabalho é necessário aprimorar a capacidade de compreender e analisar o trabalho de maneira que as palavras circulem, promovendo espaços de debates coletivos. A existência da gestão coletiva dos processos de trabalho é critério fundamental para a prevenção do adoecimento e a promoção da saúde. Trata-se de compreender as situações em que os trabalhadores afirmam sua capacidade de criar e avaliar as regras de funcionamento coletivo instituídos nas organizações de saúde (BRASIL, 2010).

Portanto, pode-se dizer que a promoção da saúde do trabalhador se pauta no diálogo, acolhimento, escuta qualificada, corresponsabilização e co-gestão. Todos esses pontos são diretrizes da Política Nacional de Humanização do SUS, ou seja, tem um amparo ético e técnico para a sua aplicação no cotidiano das unidades de saúde e das ferramentas de gestão.

A fala de Quincas se relaciona com a de Dom Casmurro quando trata da garantia de um espaço de troca fora do ambiente de trabalho como fator de proteção e da construção da relação em equipe como rede de apoio.

*“(...)nos momentos mais é de descontração, o pessoal sai, vai para uma festa, se integra mais, sai um pouco deste, do mesmo ambiente aqui de trabalho, acho que todos poderiam ter um pouco*

*isso de poder se encontrar fora do espaço de trabalho e uns momentos mais de descontração, tipo está todo mundo no mesmo barco ” (Dom Casmurro).*

Pensando na operacionalização de alguma ação deste tipo, há aproximadamente de vinte a vinte dois dias trabalhados no mês (falando de CAPS na modalidade I e II), e um dia desses poderia estar sendo planejado para o cuidado dos trabalhadores.

Considerando que tal ação tem como objetivo a minimização dos processos de sofrimento psíquico relacionado ao trabalho, além da satisfação dos profissionais, é provável que, como consequência, haveria a qualificação do processo de trabalho da equipe, uma redução dos afastamentos relacionados ao trabalho e a diminuição da rotatividade nos serviços.

É fato que além do acordo com a gestão, os usuários e familiares necessitam estar bem orientados quanto a necessidade de um serviço de saúde a quem devem se remeter no caso algum tipo de intercorrência. Mas, pela experiência de Quincas, parece que com esta população sua equipe não apresenta dificuldades, ao contrário, é um momento onde eles observam a valorização de seu papel.

*“(...) é assim ó, a única coisa que eles não trazem nada pra você ficar né. A única coisa que eu acho interessante, é como eu te falei: eles aceitam essa nossa conquista, em nenhum momento, já vem há algum tempo essa conquista, mas em nenhum momento eu vi algum por exemplo dos familiares dos pacientes ou próprio paciente dizer: ai, que saco vocês ter vocês vão sair né! não vai ter CAPS! porque que não vai ter CAPS? Eles dizem: Ai que bom vocês precisam mesmo! Um incentivo, um apoio deles” (Quincas).*

A valorização do exercício desses profissionais advindos dos familiares, reconhecendo os desafios do trabalhador do CAPS, alivia na medida em que os trabalhadores nesse dia podem se permitir um dia de cuidado respaldados pelos familiares e cuidadores dos usuários.

Torna-se importante mencionar que na busca de artigos nas bases Scielo e Bireme, não foram encontrados artigos que referenciassem sobre a percepção da família no cuidado do trabalhador de saúde mental. Contudo, nos estudos a respeito da impressão dos familiares acerca do serviço CAPS, Mello e Furegatto (2008), Camatta e Schneider (2009) e Moreno (2009) foram unânimes nos relatos de satisfação quanto ao tratamento ofertado no CAPS.

Indo um pouco além, Dom Casmurro relata que a sociedade possui certa noção de que o trabalhador de saúde mental sofre cotidianamente com seu trabalho.

*“Quando você fala para qualquer pessoa que trabalho no CAPS ela diz: Nossa! Deve ser muito pesado trabalhar lá. Não deve ser fácil. Sempre quando eu falo o tipo de público que eu atendo, todo mundo fica horrorizado né tendo que lidar com isso cotidianamente as pessoas conseguem imaginar uma vez ou outra né. Chega no ouvido das pessoas uma vez ou outra que a pessoa tentou suicídio, e a gente fica ouvindo isso diariamente né, se compadece eu acho” (Dom Casmurro).*

Partindo desse pressuposto, é provável que a sociedade valide que a equipe de trabalhadores do CAPS tenha momentos de troca que favoreçam a sua integração e acolhimento de suas próprias demandas. Conforme visto anteriormente, a relação entre a equipe é um fator de proteção para os trabalhadores, que, pelo fato de estarem mais integrados, proporcionam uma qualificação do trabalho junto ao usuário

e seus familiares.

Nessa categoria, foram abordados o que os trabalhadores consideraram como ações de apoio onde pode-se notar que apesar de existirem as ações, essas são poucas e nem sempre respondem as demandas do cotidiano no trabalho. E ainda, existem estratégias simples que podem ser adotadas com o objetivo de promover a saúde dos trabalhadores e que inclusive trazem a qualificação do trabalho em equipe.

## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

---

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O sofrimento psíquico do trabalhador de saúde mental encontra-se muito próximo do sofrimento psíquico dos demais trabalhadores, pois está relacionado em grande parte com a inserção do profissional no ambiente de trabalho, com os recursos para realizá-lo, a capacitação teórica e o respaldo da gestão. Essas condições são importantes e pertinentes para qualquer trabalhador que almeja realizar um trabalho de qualidade independente do lugar onde está.

Considerando que estes profissionais têm além dos deveres típicos do trabalho, uma responsabilidade implicada na mudança do paradigma da atenção dada a loucura na sociedade torna-se necessário olhar a sua situação de maneira diferenciada pois ela agrega uma responsabilidade idealizadora e social importante.

“O trabalhador dos serviços de saúde mental propostos pela Reforma Psiquiátrica constitui-se na tensão entre habitar um lugar rico para criação e invenção, e na desvalorização de seu papel de servidor público, com a falta de investimentos e de ações intersetoriais, que impõem limites para a prática e sobrecarregam o trabalhador. É neste jogo que temos a subjetivação do trabalhador de saúde mental, considerando que é no confronto com o sofrimento - seja valendo-se dele para criar, seja lutando para não adoecer - que se dá o cotidiano de sua atividade” (NARDI e RAMMINGER, 2007, P.284).

Deste modo, este estudo respondeu os objetivos a que se propôs na medida em que através da análise dos dados foi possível levantar e compreender de que forma os trabalhadores percebem o



sofrimento psíquico e como este se relaciona com o processo de trabalho. Ainda, permitiu a identificação de diferentes fatores que contribuem para o desenvolvimento do sofrimento psíquico dos trabalhadores de saúde mental. Assim como foi levantado alguns mecanismos que esses profissionais consideraram importantes para não entrar em sofrimento e ao final discutimos a rede de apoio disponível a esses profissionais.

Pode-se perceber ao longo da realização dessa pesquisa, tanto no que se diz respeito ao referencial teórico utilizado quanto pelas narrativas dos entrevistados, que a saúde do trabalhador é uma área a se desenvolver. Ainda, as intervenções nessa área se mostram tímidas no cotidiano dos trabalhadores.

Raminger e Brito (2008) referem que a bibliografia disponível sobre a relação entre a saúde e o trabalho em saúde mental quando realizaram sua pesquisa estava aquém de uma década, ou seja, ainda é bastante recente. Também que o foco dos estudos na saúde mental se refere aqueles que padecem de sofrimento psíquico, sendo que o trabalho para realizar esse cuidado é pouco explorado. E na saúde do trabalhador, os estudos predominantes são em organizações privadas e industriais, estando o trabalho na saúde mental praticamente relegado a invisibilidade.

Enquanto política pública, seria de extrema importância intensificar as ações referentes à capacitação dos profissionais do SUS, para aperfeiçoar este olhar direcionado ao trabalhador, bem como as intervenções a serem realizadas com essa população, o que pode estar atrelado ao CEREST. Percebe-se que há instrumentos potentes em

outras áreas que poderiam auxiliar na qualificação do trabalho e no cuidado com o trabalhador. Por exemplo, é possível realizar o matriciamento na saúde do trabalhador, pois esta é uma ferramenta que tem se mostrado importante e eficaz em outras áreas, como na saúde mental, Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), entre outros.

Isso vem ao encontro com o 2º inventário de Saúde do Trabalhador que abrange 2010 e 2011, no que se refere aos programas e ações sistemáticas recomenda-se “reforçar a necessidade de realização de ações sistemáticas, especialmente no que tange ao matriciamento regional das ações, da implantação de ações nas redes de atenção e de vigilância” (BRASIL, 2013).

Voltando o olhar mais especificamente sobre os trabalhadores de CAPS, sujeitos desse estudo, foi possível observar que trabalham com demandas complexas, exercendo um importante papel social, pois são agentes de Reforma Psiquiátrica. Como processo em construção, a Reforma Psiquiátrica não está concluída, ao contrário, se faz e refaz cotidianamente, onde os desafios emergem em diferentes instâncias. Os trabalhadores dos CAPS participantes da pesquisa sinalizaram inúmeros desafios relativos ao trabalho e à preparação teórico-prática para essas vivências, enfatizando que a intervenção sobre esses desafios seria um diferencial no exercício profissional desses trabalhadores, tanto no que se refere ao grau de suportabilidade dos mesmos quanto ao acolhimento do usuário.

Nesse sentido, a porta de entrada dos trabalhadores deste serviço, assim como tantos outros no SUS, poderia ser diferenciada, de maneira que o profissional, ao entrar, soubesse da natureza do trabalho

e, ainda se possível, tivesse alguma experiência na prática, pois, como foi mencionado anteriormente, a falta de experiência é um fator de risco para o sofrimento psíquico. Entretanto, a possibilidade de a gestão conseguir fazer uma modificação na forma de contratação é ínfima considerando as leis que regem o sistema público.

Um apontamento que merece destaque é que grande parte dos aspectos abordados pelos trabalhadores relacionam-se diretamente com a gestão dos serviços, como a preparação dos profissionais para entrar no serviço, formação continuada, supervisão clínico-institucional, valorização do profissional e estrutura física dos serviços. No entanto, de modo direto, a gestão foi citada somente por um dos entrevistados, o que nos induz a questionar a possível origem de tal fato. Essa ausência diz respeito à falta de conhecimento sobre as funções da gestão, ou conhecimento sobre a não priorização da gestão nesses aspectos, ou até poderia ser reflexo de assédio moral ou medo de represália?

Portanto, é provável que se os trabalhadores tivessem abordado diretamente os problemas e desafios relacionados à gestão teriam outros desdobramentos nessa pesquisa, que complementariam a posição que a percepção da gestão, bem como sobre suas ações, interferem diretamente no cotidiano dos profissionais, inclusive na sua saúde mental e nas práticas no trabalho. Não obstante, apontasse como uma das ações que poderiam mudar o rumo da saúde dos trabalhadores da saúde, em especial da saúde mental, é a qualificação dos gestores.

“Talvez ainda, estejamos distantes de abrir a instituição da gestão e confrontar a lógica alienante que permanece produzindo doença também no mundo do trabalho em Saúde Mental. Ainda está presente em sua forma de organização

do trabalho a gestão taylorista, e ela parece impedir o processo de desinstitucionalização da loucura- tarefa principal da Reforma Psiquiátrica- assemelhando-se ao funcionamento do ‘manicômio mental’: local de troca zero”(PAULON, et al, 2014, P.192).

Considerando que estes profissionais estão inseridos no atual contexto do mundo do trabalho e da sociedade, não foi por acaso que os trabalhadores entrevistados apresentaram como ponto de destaque para sua proteção psíquica a relação entre a equipe. Justamente por estarmos vivendo em um período doutrinado pela autossuficiência, o apoio e conforto surge no próprio grupo, pela interação e integração da equipe de trabalho, visto como um dos pontos de apoio, que os mantém firmes para enfrentar os desafios cotidianos.

Portanto, resgatando o que a PNH tem incentivado no âmbito da saúde do trabalhador, é importante buscar a humanização dos processos de gestão e atenção no SUS. Trazer para o mundo do trabalho as suas diretrizes implica na valorização dos sujeitos implicados no processo de produção da saúde como os usuários, trabalhadores e gestores.

Essa política busca uma compreensão mais ampla de saúde e das suas relações com as situações de trabalho, de modo que se guie em direção a um caminho menos desgastante ao trabalhador, através de experiências que promovam saúde. Entendendo a saúde não como ausência de doença, mas como possibilidade de criar estratégias para lidar com situações produtoras de incomodo, dor, insatisfação e adoecimento (BRASIL, 2010).

Os valores norteadores dessa política são a autonomia e o protagonismo, a corresponsabilidade, a construção de vínculos solidários, a formação de redes de cooperação e a participação do coletivo nos processos de gestão.

“Faz-se necessário, assim, conceber modos psicossociais de atenção ao trabalhador dos serviços substitutivos, que estejam articulados aos próprios ambientes de trabalho e que os levem em consideração, evitando criar espaços apartados de atendimento, que operem única e exclusivamente no âmbito individual, remetendo o trabalhador a uma posição de culpabilidade diante de sua condição adoecida, por não se encontrar apto a desempenhar, produtivamente, suas funções. Ao encaminhar o trabalhador que adoece ao setor dedicado ao tratamento dos enfermos, simplesmente, atuamos de forma reducionista, estigmatizando-o, e seguimos reconstituindo “manicômios mentais” (PAULON, *et al*, 2014, P.190).

Portanto, a rede de apoio dos trabalhadores precisa ser ampliada no sentido de encontrarem o apoio necessário para realização de seu trabalho, seja com seus colegas, sua chefia (em qualquer das instancias), com os usuários, familiares e a sociedade.

Por fim, pode-se entender a humanização dos processos de e no trabalho no sentido de olhar e escutar com humanidade e sensibilidade às demandas do outro, sem julgamentos ou condições. Esta aparenta ser uma solução muito simplista, mas o que parece é que grande parte do sofrimento psíquico das pessoas está atrelada a essa falta de humanidade, pois somos o que aparentamos e produzimos, e não há espaço ou tempo para vivenciarmos o que é singular.



**REFERÊNCIAS**

---

## REFERÊNCIAS

AMARANTE, P.D.C. **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. 4ª reimp. Rio de Janeiro: Editora Fio Cruz, 1994.

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 3ª ed rev e amp. Rio de Janeiro: Editora Fio Cruz, 1994.

ANTUNES.R. **Os sentidos do trabalho**: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. 7ª reimp. São Paulo: Boitempo editorial, 2005.

BAUER, MW. **Análise de conteúdo clássica**: uma revisão. In: MW Bauer; G. Gaskell (Eds.). Pesquisa qualitativa contexto, imagem e som: um manual prático. 2ª Ed. Trad. Pedrinho A. Guareschi. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002. P. 189 – 217.

BARRETO,M; HELOANI, R. **O assédio moral como instrumento de gerenciamento**. IN: CRESPO, A.R. BOTTEGA, C.G; PEREZ, K.V. Atenção à saúde mental o trabalhador: sofrimento e transtornos psíquicos relacionados ao trabalho. Porto Alegre: Evangraf, 2014.

BRANDT, L.C; MINAYO-GOMES;C. **A transformação do sofrimento em adoecimento**: do nascimento da clínica à psicodinâmica do trabalho. *Ciência e Saúde Coletiva*, 9(1):213-223, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS**: Cadernos de Textos, Cartilhas da Política Nacional de Humanização – 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Trabalho e redes de saúde/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção da Gestão do SUS. 1ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.



BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS:** Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 4ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS:** os centros de atenção psicossocial Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. **Trabalhar sim! Adoecer, não!** O processo de construção e realização da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador. Relatório ampliado da 3ª CNST on line / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM n. 3088, de 23 de dezembro de 2011. Brasília: **Diário Oficial da União**, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n.1823, de 23 de agosto de 2012. Brasília: **Diário Oficial da União**, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Universidade Federal da Bahia. **2º Inventário de Saúde do Trabalhador 2010-2011:** Acompanhamento da Rede Nacional de Atenção Integral em Saúde do Trabalhador 2010-2011. Brasília, 2013.

CAMATTA, M.V; SCHNEIDER, J.F. **O trabalho da equipe de um Centro de Atenção Psicossocial na perspectiva da família.** Revista da Escola de Enfermagem USP. 43(2): 393-400, 2009.

CARNEIRO, S.A.M. **Saúde do trabalhador público**: questão para gestão de pessoas- a experiência na Prefeitura de São Paulo. Revista do Servidor Público. Brasília 57 (1): 23-49 Jan/Mar 2006.

CODO, W.; SAMPAIO, J.J.C; HITOMI, A.H. **Indivíduo, trabalho e sofrimento**: uma abordagem interdisciplinar. Petrópolis:Vozes,1998.

CODO, W. **O trabalho enlouquece?** Um encontro entre a Clínica e o trabalho. Petrópolis,RJ:Vozes, 2004.

COSTA, D; LACAZ, F.A.C; FILHO, J.M.J; VILELA, R.A.G. **Saúde do trabalhador no SUS**: desafio para uma política pública. Revista Brasileira de Saúde ocupacional. São Paulo, 38 (127): 11-30, 2013.

DEJOURS, C.; ABDOUCHELLI, E; JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho**: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. BETIOL, M.I.S (coord e trad). São Paulo: Editora Atlas,1994.

DEJOURS; **A loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. PARAGUAY, A.I. & FERREIRA, L.L.(trad).5ª edição ampliada. São Paulo: Cortez,1992.

DEJOURS, C. **Subjetividade, trabalho e ação**. Revista Produção. V.14, n. 3, p. 27-34, set/dez, 2004. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/prod/v14n3/PROD%20v14%20n3.pdf#page=27>>. Acesso em 28 Jul, 2013.

DEJOURS, C. **A banalização da injustiça social**. 2ªed.Rio de Janeiro: Editora FGV,1999.

DE MASI, D. **O ócio criativo**; entrevista a Maria Serena Palieri; trad. MANZI, LÉA. Rio de Janeiro: Editora Sextante, 2000.

DE MARCO, P.F; CÍTERO, V.A; MORAES, E; NOGUEIRA-MARTINS, L.A. **O impacto do trabalho em Saúde Mental**:

transtornos psiquiátricos menores, qualidade de vida e satisfação profissional. *Jornal Brasileiro Psiquiatria*, 57(3):178-183, 2008.

FERRER, Ana Luiza. **Sofrimento Psíquico dos trabalhadores inseridos nos CAPS: o prazer e a dor em lidar com a loucura**. 2007. 136 f. Dissertação (Mestrado). Curso de Saúde Coletiva, Departamento de Saúde Coletiva, Universidade Estadual De Campinas, Campinas, 2007.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de Pesquisa Social**. 6ªed.São Paulo: Editora Atlas, 2008.

GLANZNER, C.H.; OLSCHOWSKY, A.; KANTORSKI, L.P. **O trabalho como fonte de prazer: avaliação da equipe de um Centro de Atenção Psicossocial**. *Revista Escola de Enfermagem USP*.2011; 45(3):716-721. Disponível em <[www.ee.usp.br/reesp/](http://www.ee.usp.br/reesp/)>. Acesso em 26.Jul, 2013.

GLINA, D.M.R; ROCHA, L.E; BATISTA, M.L; MENDONÇA, M.G.V. **Saúde Mental e trabalho: uma reflexão sobre o nexos com o trabalho e o diagnóstico, com base na prática**. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 17(3):607-616,2001.

GOMES, R; DESLANDES, S.F. **Interdisciplinaridade na saúde pública: um campo em construção**. *Rev. Latino-am. enfermagem – Ribeirão Preto*, 2 (2) : 103-114, 1994.

GUIMARÃES, J.M.X; JORGE, M.S.B; ASSIS, M.M.A. **(In)satisfação com o trabalho em saúde mental: um estudo em Centros de Atenção Psicossocial**. *Ciência e Saúde Coletiva*, 16 (4): 2145-2154, 2011.

JAMESON, F. **A lógica cultural do capitalismo tardio**. São Paulo: Editora Ática, 1997.

JAQUES, M.G.C. **Abordagem teórico-metodológicas em saúde/doença mental e trabalho**. *Psicologia & Sociedade*; 15 (1): 97-116; jan./jun.2003.

LANCMAN, S. **Saúde, Trabalho e Terapia Ocupacional**. São Paulo: Roca, 2004.

LANCMAN, Selma (Org.). **Políticas Públicas e processos de trabalho em saúde mental**. Brasília: Paralelo 15, 2008. 223 p.

LEÃO, L.H.C; MINAYO GOMEZ, C. **A questão da saúde mental na vigilância em saúde do trabalhador**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(12):4649-4658, 2014.

LUZ, M.T. **A história de uma marginalização**: a política oficial de saúde mental. IN: AMARANTE, P.D.C (Org). *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. 4ª reimp. Rio de Janeiro: Editora Fio Cruz, 1994.

MARTINS, J.T; ROBAZZI, M.L.C.C; BORBROFF, M.C.C. **Prazer e sofrimento no trabalho da equipe de enfermagem**: reflexão à luz da Psicodinâmica Dejouriana. *Revista Escola de Enfermagem USP*, 44(4):1107-11,2010.

MELLO, R; FUREGATTO, A.R.F. **Representações de usuários, familiares e profissionais acerca de um Centro de Atenção Psicossocial**. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*. 12 (3): 457-64, 2008.

MINAYO, M.C.S. **Ciência, técnica e arte**: o desafio da pesquisa social. IN:DESLANDES, S.F; NETO, O.C; GOMES.R. MINAYO, M.C.S (Organizadora). *Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade*. 24ªed. São Paulo: Editora Vozes, 1994.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 11ªed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil. **Doenças relacionadas ao trabalho**: manual de procedimentos para os serviços de saúde; organizado por Elizabeth Costa Dias; colaboradores Idelberto Muniz Almeida et al. – Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 2001.

MORENO, V. **Familiares de portador de transtorno mental: vivenciando o cuidado em um centro de atenção psicossocial.** Revista Escola de Enfermagem USP, São Paulo. 43 (3):566-572, 2009.

NARDI, H.C; RAMMINGER, T. **Modos de subjetivação dos trabalhadores de Saúde Mental em Tempos de Reforma Psiquiátrica.** PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17(2):265-287, 2007.

ONOCKO-CAMPOS, R; BACCARI, I.P.A **intersubjetividade no cuidado à Saúde Mental: narrativas de técnicos e auxiliares de enfermagem de um Centro de Atenção Psicossocial.** Ciência & Saúde Coletiva, 16(4):2051-2058, 2011.

PAULON, S.M; NOGUEIRA, C.S; CHAVES, A.G.C.R; EILDEWEIN, C. **Da loucura de trabalhar com a loucura: notas acerca dos (des)cuidados na Saúde Mental.** IN: CRESPO, A.R. BOTTEGA, C.G; PEREZ, K.V. Atenção à saúde mental o trabalhador: sofrimento e transtornos psíquicos relacionados ao trabalho. Porto Alegre: Evangraf, 2014.

PITTA, A.M.F. **A equação humana no cuidado a doença: o doente, seu cuidador e as organizações de saúde.** Saúde e Sociedade, 5(2): 35-60,1996.

RAMMINGER, T. **Trabalhadores de saúde mental: Reforma Psiquiátrica, saúde do trabalhador e modos de subjetivação nos serviços de saúde mental.** 2005.118f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicologia Social e Institucional, Instituto de Psicologia da UFRGS, UFRGS, Porto Alegre,2005.

RAMMINGER, T; BRITO, J.C; **O trabalho e a saúde mental: uma análise preliminar relativa à saúde dos trabalhadores dos serviços públicos.** Revista Brasileira de Saúde Ocupacional. São Paulo, 33(117):36-49, 2008.

REBOUÇAS, D; LEGAY, L.F; ABELHA, L. **Satisfação com o trabalho e impacto causados nos profissionais de serviço de saúde mental.** Revista de Saúde Pública, 41(2):244-50, 2007.

RICALDONI, C.A.C; SENA, R.R. **Educação permanente:** uma ferramenta para pensar e agir no trabalho de enfermagem. Revista Latino-americana de Enfermagem, 14(6),2006.

ROQUETE, F.R et al. **Multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade:** em busca de diálogo entre saberes no campo da saúde coletiva. Revista de Enfermagem Centro Oeste Mineiro, 2( 3), 2012.

SANTOS, A.F.O & CARDOSO, C.L. **Profissionais de saúde mental:** estresse, enfrentamento e qualidade de vida. Psicologia: teoria e pesquisa. v. 26:543-548, 2010.

SCHENKER, M; MINAYO, M.C.S. **Fatores de risco e proteção para uso de drogas na adolescência.** Ciência e Saúde Coletiva 10 (3):707-717, 2005.

SCHERER, M.D.A; PIRES, D; SCHWARTZ,Y. **Trabalho coletivo:** um desafio para a gestão em saúde. Rev Saúde Pública, 43(4):721-25, 2009.

SIMONI, A. C. R. **A formação dos profissionais de saúde nas equipes multiprofissionais:** sobre a invenção de modos de trabalhar em Saúde Mental. 2007. 227 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Pós- Graduação em Educação, Departamento de Educação, UFRGS, Porto Alegre, 2007. Cap.1.

SILVA, E. A. **Dores dos cuidadores em saúde mental:** estudo exploratório das relações de (des)cuidado dos profissionais de saúde mental em Centros de Atenção Psicossocial de Goiânia-GO. 2007. 175 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicologia Clínica e Cultura, Departamento de Psicologia Clínica, Universidade de Brasília, Brasília, 2007.

SILVA, E.A; COSTA, I.I.O **profissional de referência em Saúde Mental**: das responsabilizações ao sofrimento psíquico. Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental. São Paulo, v. 13, n. 4, p. 635-647, 2010.

SILVA, G.M.; BECK, C.L.C; FIGUEIREDO,A.C.C; PRESTES, F.C. **O processo de trabalho na supervisão clínico-institucional nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)**. Rev. Latinoam. Psicopat. Fund., São Paulo, v. 15, n. 2, p. 309-322, 2012.

SILVA, M.T; SALOMÃO, S; ALONSO, C.M.C; SILVA,T.M; MATSUBARA,S; FREITAS, E.T; GOMES,C.E.S; CÍPULO,G.H.G. **Transformação do modelo de atenção em saúde mental e seus efeitos no processo de trabalho e na saúde mental dos trabalhadores**. IN: LANCMAN, S. Políticas públicas e processos de trabalho em Saúde Mental. Brasília: Editora Paralelo 15, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Relatório Mundial da Saúde 2001 – Saúde Mental: nova concepção, nova esperança. Lisboa: Climepsi Editores, 2002.

TOLFO, S.R; PICCININI,V. **Sentidos e significados do trabalho**: explorando conceitos, variáveis e estudos empíricos brasileiros. Psicologia & Sociedade; 19, Edição Especial 1: 38-46, 2007.  
VASCONCELOS, L.C.F; MINAYO GOMEZ, C; MACHADO, J.M.H. **Entre o definido e o por fazer na Vigilância em Saúde do Trabalhador**. Ciência & Saúde Coletiva, 19 (12):4616-4627, 2014.

## APÊNDICE A

### ROTEIRO DA ENTREVISTA

Aconteceu algum episódio de sofrimento psíquico com você ou na sua equipe de trabalho?

Como ou quando você percebeu?

Quais os motivos que você acredita que levaram esta pessoa a adoecer?

Como foi para você ver alguém em sofrimento? Como foi vivenciar esse sofrimento?

Quais as repercussões deste episódio na sua equipe?

Como você acha que isso poderia ser evitado?

Quais os mecanismos de proteção que você considera efetivos para evitar esse tipo de situação?

Existe alguma política ou ação de cuidado com trabalhador no município ou no CAPS que você trabalha? Quais?

Existe alguma ação oriunda da sociedade que auxilia a evitar o sofrimento do trabalhador de saúde mental? Qual?



## APENDICE B

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar do estudo intitulado “A percepção dos trabalhadores de saúde mental sobre o sofrimento psíquico em seu cotidiano laboral”, que vem sendo desenvolvido pela aluna Carolina Torres Guazzelli (RG: 5634207, CPF:006867090-71), vinculada ao Mestrado Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, da Universidade Federal de Santa Catarina, com a orientação da Professora Marta Inez Machado Verdi e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina sob o número 32935014.0.0000.0121.

O objetivo desta pesquisa é compreender a percepção dos trabalhadores de saúde mental sobre o sofrimento psíquico e sua relação com o processo de trabalho, isso se dará através da entrevista de trabalhadores de cinco cidades de Santa Catarina, buscando diferentes realidades para alcançar um entendimento mais amplo sobre a existência e interferência do sofrimento psíquico no cotidiano laboral dos trabalhadores. O estudo tem a finalidade de contribuir, através dos seus resultados com a construção de material de apoio as situações de sofrimento psíquico, podendo chegar a uma proposta de política pública de assistência a saúde do trabalhador de saúde.

A partir da percepção dos trabalhadores da saúde mental, buscar-se-á: identificar os fatores que levam o trabalhador da saúde mental ao sofrimento psíquico; levantar os mecanismos de proteção psíquica existentes na rotina do trabalhador de saúde mental; discutir a rede de apoio ao trabalhador de saúde mental em sofrimento psíquico.

Durante a realização das entrevistas existem riscos de ocorrer sensações e reações emotivas, viés e erros, estes decorrem da comunicação entre pares, pois mesmo utilizando terminologias precisas e claras na formulação das perguntas, existem palavras que

proporcionam conflitos vinculados as reações individuais que denotam surpresa, satisfação ou insatisfação não intencionais dos participantes. Salienta-se que você pode se recusar a responder as questões ou até mesmo interromper a entrevista e/ou ainda se retirar desta pesquisa.

Ainda, se considerar necessário poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, que está localizado na Biblioteca Universitária Central na Rua Roberto Sampaio Gonzaga, s/n° no Bairro Trindade, sendo o contato telefônico (48)3721-9206 e email: cep.propesq@contato.ufsc.br para as denúncias cabíveis.

Salienta-se que a sua participação é de natureza voluntária e está acontecerá mediante a uma entrevista norteada por um roteiro prévio, semiestruturado, através de perguntas abertas, que tratam dos objetivos acima mencionados. Essas entrevistas serão áudio gravadas e transcritas pela pesquisadora responsável. Seu nome será substituído por um personagem das histórias de Machado de Assis, a escolha do nome ficará sob seu critério, isso se dá para que não haja possibilidade de identificação de vossa pessoa tampouco o nome da instituição em que trabalha em qualquer registro ou posterior divulgação de resultados assim como em publicações. Os dados serão colhidos somente por esta pesquisadora e ficarão sob sua posse e responsabilidade durante os cinco anos recomendados pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa.

A participação neste estudo é exclusivamente voluntária e você tem o direito de se recusar a participar. Caso aceite participar do estudo, você pode retirar o seu consentimento no momento em que desejar, sem nenhum tipo de prejuízo ou até mesmo de retaliação, pela sua decisão. Não está previsto o pagamento de valor em dinheiro pela participação no estudo. Sendo a pesquisadora responsável por esse estudo, garanto que sua identidade estará protegida e será mantida em sigilo, assim como as informações obtidas são confidenciais e quando estas forem divulgadas em relatório ou publicação, serão feitas de maneira codificada.

Você pode entrar em contato comigo pelo telefone (47) 9644-8094 ou pelo e-mail: ctg.terapeuta@yahoo.com.br, no qual posso lhe dar todas as informações a respeito deste estudo em qualquer momento ou

inclusive para retirar o seu consentimento. O presente documento, que estará sendo assinando caso concordar em participar do estudo, será mantido por mim em confidência bem como você receberá uma cópia do mesmo.

Eu, \_\_\_\_\_, portador do RG \_\_\_\_\_, li o texto acima bem como compreendi a natureza assim como o objetivo do estudo do qual fui convidado a participar. Entendo que sou livre para interromper minha participação no estudo a qualquer momento sem a necessidade de justificar a minha decisão. Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo e que minha participação se dará respondendo a entrevista.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Pesquisadora  
Carolina Torres Guazzelli

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Orientadora  
Marta Verdi