

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**NADIA REGINA STELLA**

**SOFRIMENTO, VULNERABILIDADE E RESILIÊNCIA DE TRABALHADORES  
EM SAÚDE MENTAL: REFLEXÕES DO COTIDIANO**

**FLORIANÓPOLIS (SC)**

**2014**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**NADIA REGINA STELLA**

**SOFRIMENTO, VULNERABILIDADE E RESILIÊNCIA DE TRABALHADORES  
EM SAÚDE MENTAL: REFLEXÕES DO COTIDIANO**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Opção Atenção Psicossocial do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

FLORIANÓPOLIS (SC)

**2014**

## **FOLHA DE APROVAÇÃO**

O trabalho intitulado “**Sufrimento, vulnerabilidade e resiliência de trabalhadores em saúde mental: reflexões do cotidiano**” de autoria do aluno **Nádia Regina Stella** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Atenção Psicossocial.

---

**Profa. Msc. Sara Pinto Barbosa**

Orientadora da Monografia

---

**Profa. Dra.VâniaMarli Schubert Backes**

Coordenadora do Curso

---

**Profa. Dra.Flávia Regina Souza Ramos**

Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)

**2014**

## DEDICATÓRIA

“Alguns anjos não possuem asas, possuem quatro patas, corpo peludo, nariz de bolinha, orelhas de atenção, olhar de aflição e carência.

Apesar dessa aparência, são tão anjos quanto os outros (os com asas) e se dedicam aos seres humanos tanto quanto qualquer anjo costuma dedicar-se.

O bom seria se todos os humanos pudessem ver a humanidade perfeita de um cão.”

À **Mell, Yoshi e Apollo**, os anjinhos que tornam meus dias mais felizes e, que durante toda produção escrita deste, me acompanharam, incansáveis, resistentes, resilientes nas madrugadas.

## AGRADECIMENTOS

À minha família que sempre foi o meu entorno protetor.

À minha equipe do Centro de Atenção Psicossocial infância e Adolescência Casa Harmonia, que acredita, aposta, pega junto, elabora junto, sofre junto e se transforma

À Dra Sylvia B Nabiger, a nossa Supervisora Institucional que me fez pensar pela primeira vez nesse tema apaixonante

Ao Boris Cyrulnik, cuja obra me inspira.

À minha orientadora Sara P. Barbosa por me incentivar desde o princípio.

Ao Ministério da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina e USP Ribeirão Preto pela oportunidade de qualificação na primeira turma da Especialização em Atenção Psicossocial.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>08</b>
<b>2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>15</b>
<b>3 MÉTODO.....</b>	<b>25</b>
<b>4 RESULTADO E ANÁLISE.....</b>	<b>27</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>35</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>38</b>

## RESUMO

O tema Trabalho tem sido objeto de pesquisa há vários anos, sobretudo com o enfoque do seu papel na vida do ser humano, sendo debatidas por múltiplas perspectivas, filosóficas, psicológicas, econômicas, religiosas. Este Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) objetiva descrever e analisar as situações que produzem sofrimento psíquico nos trabalhadores de um CAPS infantil do município de Porto Alegre, identificando também as alternativas encontradas pelo coletivo, os mecanismos e estratégias para a superação desse sofrimento, identificadas como Resiliência. Trata-se de um estudo qualitativo do tipo descritivo realizado a partir de dados consultados em relatórios de supervisão clínica institucional, pesquisa institucional realizada pela área técnica de saúde mental da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), memória da própria pesquisadora em relação às situações vivenciadas institucionalmente, sistema de registro de efetividade eletrônico, de onde serão consultados dados referentes às efetividades, às licenças e afastamentos por agravos à saúde. Parte de uma reflexão histórica sobre como se constituiu a Casa Harmonia, como se trabalha e como os trabalhadores se tornam tutores de resiliência aos seus usuários. Os resultados mostram que é fundamental a verbalização dos profissionais em relação ao seu sofrimento no trabalho, mais presente quando: o projeto terapêutico não tem a adesão esperada, a família não é colaborativa ou projeta situações com os profissionais ou o próprio serviço, o profissional não consegue lidar com as situações que se apresentam, se sente sobrecarregado e sem apoio da gestão. A conclusão reflete sobre os mecanismos de resiliência individuais, coletivos e organizacionais, capazes de produzir novos sentidos e ações.

## 1 INTRODUÇÃO

O tema Trabalho tem sido objeto de pesquisa há muitas décadas e o papel que ele desempenha na vida do ser humano gera controvérsias ao longo do tempo, sendo debatido por múltiplas perspectivas, filosóficas, psicológicas, econômicas, religiosas. Segundo Freud, o ser humano “normal” deve ser capaz de amar e trabalhar. Ele acreditava que a família fornece a estrutura afetiva relacionada à capacidade de amar e o trabalho, por sua vez, fornece a base para uma pessoa se vincular à realidade. Amor e trabalho, segundo ele, formam a base para um funcionamento psicológico sadio (ROMÃO, 2004).

O trabalho é fundamental para a construção de uma identidade social e para a autoestima do ser humano tendo relação direta com o modo como as pessoas vivem e se relacionam socialmente com a família e a sociedade influenciando diretamente sua saúde física e mental.

No ambiente de trabalho, entretanto, situações estressoras podem desencadear sofrimento psíquico desde queixas psicossomáticas até perturbações mentais mais graves. A queda da produtividade, especificamente em um serviço público de saúde mental que atende à especificidade infância e adolescência reflete diretamente na produtividade da equipe e no cotidiano dos usuários. As licenças e afastamentos por agravos relacionados à saúde prejudicam a organização das rotinas e do atendimento dos pacientes.

Até o final da década de 70, no Brasil, os doentes mentais ainda eram submetidos ao modelo manicomial, isolando-os da sociedade. Com o movimento de redemocratização do país e, na esteira da reforma sanitária, surge o movimento da Reforma Psiquiátrica, inspirado nas Reformas que estavam acontecendo na Europa e Estados Unidos, especialmente na Itália. O movimento que reuniu pacientes, familiares e trabalhadores culminou na Lei da Reforma Psiquiátrica que determina o fim do enclausuramento dos loucos, o fechamento dos manicômios e a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede de atenção à saúde mental. A desinstitucionalização estabelece uma transformação no modelo de assistência, de caráter asilar, centrado no tratamento e na cura ou remissão dos sintomas, para um modelo de assistência comunitário e com base territorial, centrado no cuidado, no empoderamento do paciente, privilegiando as dinâmicas sociais e apostando num modelo de



reabilitação psicossocial inicialmente colocado em prática nos Centros de Atenção Psicossocial.

Diante da mudança de paradigma em relação à assistência à saúde mental e a progressiva construção de uma rede integrada de atenção à saúde mental emerge uma nova dinâmica de trabalho, inicialmente nas equipes que constituem os serviços substitutivos, dentre eles os Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

Esse trabalho de conclusão consiste em uma análise dos fatores que produzem sofrimento psíquico no trabalhador de um CAPS infantil (CAPS i) do município de Porto Alegre, identificando também as alternativas encontradas pelo coletivo, os mecanismos e estratégias para a superação desse sofrimento. A essa superação chamamos resiliência.

Queremos com esse estudo evidenciar o cotidiano das instituições de saúde mental que sofrem com os atravessamentos políticos, com a precariedade e com o sofrimento psíquico dos seus usuários no intuito de chamar a atenção às instituições governamentais sobre o adoecimento dos trabalhadores, bem como sobre a importância de pensar em programas de promoção à resiliência institucional.

No cotidiano do CAPS, trabalhar com o conceito de resiliência tem mostrado bons resultados modificando positivamente os percursos, reparando traumas e gerando novas significações de vida através de fatores promotores de resiliência, sendo, portanto o CAPS i promotor de fatores protetivos ao indivíduo e sua família. Neste trabalho queremos refletir como, através de um ambiente organizado, afetivo, capaz de suportar o caos interno que o indivíduo carrega, e, a partir do vínculo estabelecido vamos construindo as possibilidades de cada um poder ser resiliente. Refletimos ainda como os trabalhadores de saúde mental, conseguem transformar os aspectos negativos gerados pelo stress em possibilidade de crescimento e mudança.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo geral:**

Identificar e descrever, através dos registros institucionais, as estratégias de superação do sofrimento psíquico dos trabalhadores em saúde mental de um CAPS i de Porto Alegre - RS.

**Objetivos Específicos:**

Identificar as situações que causam sofrimento nos trabalhadores de um centro de atenção psicossocial infantil;

Descrever e analisar o modo como expressam seu sofrimento no cotidiano e o quanto essa expressão afeta suas vidas pessoais e relacionamentos no ambiente de trabalho;

Refletir sobre as estratégias utilizadas pela equipe para manejar o sofrimento proveniente do trabalho;

Descrever os mecanismos de resiliência dos sujeitos e do grupo de trabalhadores.

**Diagnóstico da Realidade:**

Para a realização de um diagnóstico referente ao sofrimento psíquico dos trabalhadores do CAPS infantil e o processo de resiliência faz-se necessário contextualizar a história de criação deste serviço de saúde. O texto contém documentos que fazem parte da história da instituição, refletindo sobre a forma como se trabalha, e o quanto o serviço, apesar dos impactos negativos, pode ser promotor de resiliência aos usuários e aos próprios trabalhadores.

**O Contexto Histórico**

A história da Casa Harmonia tem início em 1997, a partir de um grupo de trabalho sobre uso de drogas, formado pelas secretarias de governo, de saúde, de educação, de esporte, assistência social e com o apoio da UNICEF, que já realizava ações, porém ainda de forma desarticulada, na tentativa de estabelecer tratamento para a dependência química das crianças e adolescentes em situação de rua. Inaugurada em 24 de novembro de 2000, como um dos resultados das discussões do grupo de trabalho intersetorial o projeto de trabalho foi idealizado a partir da experiência que se acumulava no atendimento a Crianças e Adolescentes em situação de rua, usuários de substâncias psicoativas, e da necessidade de se instituir um espaço protegido para o seu tratamento. Visava contemplar ações de saúde, assistência social,

educação e lazer, em uma perspectiva que desencadeasse a inclusão social desses sujeitos expropriada nos seus direitos fundamentais, resgatando sua cidadania, incluindo-os em espaço de proteção e de desenvolvimento saudáveis e permitindo-lhes pensar em projetos de vida.

Apesar de ter se constituído em uma das experiências mais relevantes de rede nos serviços públicos em Porto Alegre, a oferta de serviços não aconteceu conforme as expectativas do grupo de trabalho. As dificuldades que atravessavam o cotidiano eram inúmeras, desde a própria especificidade do trabalho com crianças e adolescentes em situação de rua e que legitimavam a casa harmonia e os demais equipamentos constituídos como um circuito alternativo de sobrevivência, na medida em que a acessavam para satisfazer suas necessidades mais imediatas, as condições precárias da estrutura física, a falta de materiais para o desenvolvimento das oficinas, até a divergência de concepções acerca da abordagem e de tratamento. Somava-se a esses fatores o número excessivo de usuários em relação ao número de trabalhadores. De novembro de 2000 a dezembro de 2004, muitas insatisfações marcaram o cotidiano da Casa Harmonia, desvelando a não concretização das expectativas iniciais depositadas no projeto.

Se, por um lado, os embates cotidianos movimentavam atores e papéis proporcionando um amadurecimento nas intervenções, por outro a percepção das dificuldades no enfrentamento da exclusão social gerou a necessidade de uma nova proposta, de mudança no modo de atenção.

A Casa Harmonia legitimava a situação de rua, os problemas administrativos, políticos, e os conflitos interpessoais, a rotatividade de trabalhadores terminou por concretizar a reestruturação do projeto. A nova proposição da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) era de reestruturar o serviço e torná-lo um CAPS infantil. Foi a partir de 2004, dois anos após seu credenciamento como um CAPS i, que foi modificado o projeto inicial ampliando a cobertura às crianças e aos adolescentes com transtornos mentais.

A partir do ano 2005, quando a Casa Harmonia passou a atuar conforme as diretrizes propostas pela Portaria 336/2002, a equipe remanescente é tomada por um sentimento de união e de uma parceria que anteriormente não era observada. Planejar esse novo lugar permitia a construção não somente dos espaços, das estratégias de intervenção, mas também de um sentimento de prazer em relação ao trabalho que estava por vir. Da angústia e sofrimento ao prazer do fazer, da falta de “resultados” para a eficácia das ações produzidas.

Enfim, a equipe conseguia superar os conflitos e se fortalecer enquanto grupo. Por alguns anos a equipe, motivada pelos resultados que atingia pelas oficinas que faziam brotar os talentos, pela diminuição do sentimento de impotência frente à vulnerabilidade dos pacientes, conseguiu transformar até mesmo o sofrimento produzido diante das dificuldades dos sujeitos em energia e motivação para continuar produzindo. Tanto é que, mesmo as dificuldades sempre existentes como número insuficiente de recursos humanos e ausência quase absoluta de materiais necessários para desenvolver as oficinas terapêuticas não produziam desmotivação no grupo.

Por muitos anos a equipe buscava apoio através de doações próprias ou de terceiros a fim de criar novas atividades, manter as oficinas que realizava. O trabalho, com visão interdisciplinar, os espaços de escuta, as trocas sistemáticas, o planejamento, a gestão sempre compartilhada e democrática.

No entanto, o CAPS i, a partir do momento que atinge uma visibilidade e reconhecimento pela qualidade, pela gestão também passa a ser mais acessado pela rede de atendimento do município. Assim, aumenta o número de usuários, aumenta a gravidade dos transtornos mentais. A sobrecarga de trabalho e o aparecimento das questões interpessoais ficam mais evidentes. Ocorre então a primeira experiência de supervisão clínica institucional e a equipe consegue novamente superar suas angústias e lidar com a crise coletiva.

O projeto de Supervisão, “Qualificando intervenções no CAPS i Casa Harmonia” visava, entre outros objetivos capacitar os recursos humanos envolvidos no atendimento à família, com vistas ao desenvolvimento infantil e a redução da violência nas famílias e na sociedade, análise de grupo de situações concretas de pais em dificuldade com seus filhos, como também desarmonias entre os membros da equipe na organização das rotinas da casa (NABINGER, 2010).

Um aspecto interessante desse período foi a avaliação da supervisão que, embora tenha apontado muitos problemas institucionais e de relacionamento da equipe, verificou que o CAPS i Casa Harmonia realizava um trabalho de excelência, com muita qualidade e criatividade. Estimulou o grupo a produzir conhecimento relatando suas experiências, reforçando a autoestima do coletivo, deixando que a subjetividade de cada um se manifestasse, resultando na produção escrita - de artigos, de capítulo de livro e de outras produções no campo da saúde mental.

Foi durante esse período de um ano que a equipe mudou seu olhar em relação ao trabalho que desenvolvia, sobre as intervenções com as crianças e as famílias, sobre a própria capacidade do coletivo de se refazer após cada período de crise, que conseguiu elaborar o passado da instituição. Esse processo “ganhou” um nome – Resiliência. As intervenções com as crianças e famílias se identificavam com o conceito de resiliência, a equipe que cuidava e ensinava esses sujeitos a resilirem eram os tutores de resiliência, cada trabalhador, um ser humano com capacidade de superar suas dificuldades frente ao cotidiano desgastante do trabalho em saúde mental e, mais especificamente com a infância, adolescência e famílias. Enfim, a própria instituição Casa Harmonia era uma instituição resiliente que sobreviveu ao longo da sua história, superando os atravessamentos políticos interinstitucionais, e reestruturando seu projeto.

Contudo, além dos fatores internos, as constantes mudanças em relação à política de saúde, a pouca oferta de serviços de saúde mental para a infância, o sentimento de solidão que essas transversalidades produzem fazem parte do cotidiano e a equipe sofre ciclicamente um desencanto em relação ao trabalho. Somado a estes, a instalação do ponto eletrônico biométrico produziu insatisfações que se somaram aos demais fatores contribuindo para o aumento do sofrimento psíquico. Para alguns, o stress do cumprimento da carga horária contratual, antes beneficiada por uma portaria que reduzia, conforme o regime de trabalho, o quantitativo diário de horas trabalhadas, para outros a rigidez da automatização que em nada contribuíram para aumento da produtividade. No CAPS i o atendimento é contínuo, os usuários estão presentes e a lógica não é a de um ambulatório. Sobrecarga de trabalho, horários mais rígidos, exaustão, gravidade dos casos e falta de recursos transformam o cotidiano. Oficinas fecham, aumenta a demanda, mais oficinas são desmontadas, profissionais adoecem. A supervisão clínica retorna e encontra uma equipe diferente, com maior dificuldade e resistência inicial, devido aos problemas institucionais que vem enfrentando na atualidade.

A segunda supervisão, que ocorreu no ano 2013, oportunizou à equipe a discussão e desenvolvimento da temática “Cuidando do cuidador: sentimentos, dificuldades e manejo” e as “Estratégias criativas de sobrevivência: o trabalho dos ateliê”, entre outros conteúdos trabalhados referentes à Rede de Atenção Psicossocial, prerrogativa para o refinanciamento pelo Ministério da Saúde. A supervisão ainda tem sido um dos principais recursos institucionais no processo de resolução dos conflitos e dos impasses entre o grupo. Os

trabalhadores estavam bastante motivados e sedentos de um espaço de escuta e também de um olhar externo sobre as intervenções junto aos usuários, uma via de expressão para suas angústias.

A falta de investimento em CAPS i para atender a infância e a adolescência de Porto Alegre, a demanda por acolhimento de casos cada vez mais graves, a carência absoluta de materiais necessários para o cotidiano, entre outros aspectos vem refletindo continuamente na dinâmica de trabalho e, conseqüentemente na saúde dos trabalhadores, no modo como se relacionam coletivamente. Porém, apesar de todas as dificuldades, a equipe sempre encontra formas de cooperação, de superação dos conflitos, da construção e reconstrução de sua prática cotidiana com criatividade. O stress e sobrecarga, se por uma perspectiva levam ao adoecimento, por outra, fortalecem aspectos propositivos, enfim demonstrando a resiliência do grupo.

## **2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

### **A Reforma Psiquiátrica**

Secularmente, o louco sempre habitou o imaginário da sociedade, seja em forma de preconceito, estigma social ou marginalizado por não se enquadrar nos padrões morais vigentes. Durante o período da Renascença os loucos eram banidos para fora dos muros das cidades européias, num “confinamento” errante, pois eram obrigados a vagar sem destino. A partir da Idade Média, os loucos passaram a ser confinados em asilos e hospitais destinados a toda a sorte de indesejáveis, inválidos, portadores de doenças venéreas, mendigos e libertinos. Nessas instituições, os mais violentos eram acorrentados; a alguns era permitido sair para mendigar (FERRER, 2007).

Foi Phillippe Pinel, que no século XVIII propôs um novo método de tratamento aos loucos, libertando-os das correntes e transferindo-os aos manicômios, hospitais destinados somente aos doentes mentais.

Apesar dos avanços posteriores a esse período a partir das teorias organicistas a doença mental passa a ser compreendida também como orgânica. No entanto, o tratamento seguia as mesmas técnicas empregadas no tratamento moral. Foi Franco Basaglia, a partir da metade do Século XX quem iniciou uma transformação radical no tratamento dos doentes mentais, a partir de um novo saber em relação à psiquiatria, aos loucos, e uma crítica às instituições psiquiátricas. O movimento, iniciado na Itália, repercutiu em todo o mundo, inclusive no Brasil (FERRER, 200).

Inicia então o movimento da Luta Antimanicomial, marcado fundamentalmente pela defesa dos direitos humanos e da restituição da cidadania aos portadores de transtornos mentais. No Brasil, esse movimento iniciou-se nos anos 70 tendo como cenário as lutas e mobilizações político-sociais em prol da redemocratização do país. Profissionais de saúde e familiares dos pacientes aliados a essas lutas fazem nascer o movimento da Reforma Psiquiátrica que, não somente denuncia a violência dos manicômios, como propõem a construção de serviços de saúde mental, de base territorial e comunitária, inclusivas e libertárias.

A Política de Saúde Mental no Brasil promove a redução programada de leitos psiquiátricos de longa permanência, incentivando que as internações psiquiátricas, quando necessárias, se dêem no âmbito dos hospitais gerais e que sejam de curta duração. Além disso, essa política visa à constituição de uma rede de dispositivos diferenciados que permitam a atenção ao portador de sofrimento mental no seu território, em serviços substitutivos e ações que permitam a reabilitação psicossocial por meio da inserção pelo trabalho, da cultura e do lazer (BRASIL, 2005).

### **Centros de Atenção Psicossocial - Território de desenvolvimento da Resiliência**

Os CAPS foram os primeiros dispositivos propostos no re ordenamento da assistência ao portador de transtornos mentais e, no contexto da infância e adolescência, tiveram um papel fundamental na superação da desassistência das crianças e adolescentes que marcou da era republicana até pouco tempo atrás.

Leite (1998) refere que após a Proclamação da República foram projetadas políticas para a infância pobre. Essa iniciativa de cunho religioso encontrava aliança no poder público. Sob a ótica de educá-las, discipliná-las dentro um lógica higienista e corrigir suas condutas anti sociais, de modo a devolvê-los à sociedade passivos e conformados. No entanto, as instituições criadas naquele período, dentre elas as casas de correção para os menores infratores, fizeram eclodir os internatos que foram se modificando ao longo da história, sob o ideário de proteção e que, no entanto, falharam no seu papel de produzir uma infância saudável solidificando as políticas públicas de institucionalização gerando uma realidade ainda mais perversa – exclusão, abandono e desassistência.

Somente a partir dos anos 90, dentro do contexto de efetivação de políticas públicas para a infância, com a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente é que se colocam os desafios para uma construção de uma política específica para a infância e adolescência, incluindo a área da Saúde Mental.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são os dispositivos de intervenção, acompanhamento e suporte no tratamento dos transtornos mentais severos e persistentes. Além disso, são serviços com uma dinâmica diferenciada de trabalho, promovem as relações



entre trabalhadores e, entre estes e os usuários, centradas no acolhimento afetivo e no vínculo humanizado, servindo como um modelo de relação entre os serviços de saúde, as famílias e a comunidade, no intuito de promover a responsabilização compartilhada do cuidado. De fato, o CAPS é o núcleo de uma nova clínica, produtora de autonomia, que convida o usuário à coresponsabilização e ao protagonismo em toda a trajetória do seu tratamento.

É função dos CAPS prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando assim as internações em hospitais psiquiátricos; promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais através de ações intersetoriais; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica. É função ainda dos CAPS organizar a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais nos municípios, sendo esses serviços os articuladores estratégicos da rede e da política de saúde mental num determinado território (BRASIL, 2002).

Devem ser substitutivos, e não complementares ao hospital psiquiátrico, cabendo a eles o acolhimento e a atenção às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, procurando preservar e fortalecer os laços sociais do usuário em seu território.

Em outras palavras, o trabalho no CAPS i tem como objetivo o fortalecimento do paciente para o exercício do autocuidado, da autonomia, ampliando-se o projeto existencial e auxiliando, assim, a recompor a trama da sociabilidade, que inclui o estabelecimento de trocas e cooperação familiar, escolar e com demais instituições. Atualmente essas ações estão regulamentadas pela portaria 3088 de 2011 que institui a Rede de Atenção Psicossocial pela necessidade de ampliar os dispositivos do SUS para o acolhimento e atendimento dos portadores de transtornos mentais, usuários de álcool, crack e outras drogas, ampliando dessa forma os pontos de atenção, que dentro de uma linha de cuidado longitudinal garanta o acesso, o acolhimento e o vínculo, o tratamento e acompanhamento do Projeto Terapêutico Singular de maneira compartilhada e em rede (BRASIL, 2011).

Percebemos em nossas intervenções no CAPS i que as atividades terapêuticas possibilitam o desenvolvimento da resiliência de crianças e adolescentes, à medida que auxiliam a resgatar sua “pulsão” de vida, no sentido de uma força ou energia vital. Trabalhamos com situações de risco social e emocional, nas quais há negligência, abuso físico, psicológico entre outros e encontrar formas e saídas menos dolorosas para tais ocorrências é um dos objetivos que norteia a nossa ação. Encontramos em Cyrulnik a fundamentação da

nossa ação terapêutica, quando nos denomina como “tutores da resiliência”, pois, segundo o autor “Uma pancada do destino é uma ferida que se inscreve na nossa história, não é um destino” (2001, p. 27), nesse sentido a relação terapêutica que se estabelece tem a função transformadora, reparadora e até mesmo de possibilitar a ressignificação da história de vida dessas crianças.

A preocupação com a constância de atendimento e permanência do cuidado com o sujeito portador de sofrimento psíquico é um marco do atendimento no CAPS i, onde se busca através destes aspectos o desenvolvimento de um modelo relacional promotor de resiliência. A prática e a literatura convergem quando observamos os resultados nos usuários (GONÇALVES, 2003; SANCHES, 2007).

Frente a esse novo cenário os trabalhadores são constantemente chamados a discutir as suas intervenções cotidianas. Se, por um lado assumimos a responsabilidade de fazer acontecer uma clínica de inclusão social dos sujeitos acometidos por transtornos mentais, por outro, convivemos com os problemas sociais, a precariedade, a miséria, a dor e o sofrimento psíquico do outro, e a vulnerabilidade que o transtorno mental produz nesses sujeitos, gerando sofrimento aos trabalhadores.

Trabalhando há 14 anos no mesmo CAPS como enfermeira e há 9 anos coordenadora deste serviço, julgo compreender um pouco sobre o sofrimento psíquico que acomete os trabalhadores da saúde mental. A discussão dessa questão é ainda suscitada pelos relatos de colegas do CAPS i Casa Harmonia e de outros CAPS e pela pesquisa de Avaliação dos CAPS de Porto Alegre, realizada pela gestão política de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde entre os anos 2012 e 2013.

Segundo Silva (2008), sabemos que em qualquer relação humana há mobilizações de conteúdos psíquicos que ativam afetos e representações que se estabelecem nos vínculos, e assim não é diferente o contato/vínculo entre profissional e usuário, profissional e profissional, profissional e instituição. No cuidado ao paciente, muitos trabalhadores identificam-se com alguma situação traumática ou que os fazem lembrar-se de um evento que lhes causou sofrimento. Às vezes, também se identificam com o sofrimento das famílias, mas, a simples angústia pelo sofrimento do paciente pode desencadear sofrimento psíquico no trabalhador uma vez que, como descrito anteriormente, esse tipo de dispositivo de cuidado em saúde mental envolve relações de acolhimento e vínculo. A própria etimologia da palavra cuidado denota isso, segundo Leonardo Boff (2005):

[...] expressar a atitude de cuidado, de desvelo, de preocupação e de inquietação pelo objeto ou pela pessoa amada. O cuidado somente surge quando a existência de alguém tem importância para mim. Passo então a dedicar-me a ele; disponho-me a participar de seu destino, de suas buscas, de seus sofrimentos e de suas conquistas, enfim, de sua vida.

### **Da Psicopatologia do Trabalho de Dejours às Dimensões esquecidas de Chanlat**

Á luz de alguns referenciais teóricos importantes procuramos refletir sobre o interesse para o campo da saúde do desenvolvimento do bem estar no trabalho, primeiramente relacionados à psicopatologia do trabalho e, gradualmente ampliando para a promoção de saúde mental dos trabalhadores, conceito que é fortemente identificado com os estudos sobre a Resiliência.

As organizações são compostas de pessoas que trazem para o ambiente de trabalho o seu modo de ser, sentir e viver. São motivações diferentes, habilidades e aptidões diversas, competências distintas que precisam conviver e produzir. Desconsiderar essas questões impossibilita qualquer ação para a melhora dos modelos de gestão de pessoas (CASADO, 2002: 237).

A relação do homem com o trabalho é bem exemplificada em Merhy. Ele discorre sobre a temática ao longo da história da humanidade atribuindo ao conceito trabalho e ao produto final deste trabalho, as características de cada época e civilização. Citando os

exemplos descritos por este autor, nas antigas civilizações em que o trabalho se constituía na caça, o próprio trabalhador ficava com seu produto, na época dos senhores feudais, o trabalho era produzido por escravos, mas o produto era dos seus senhores, etc. Na concepção socialista, os bens resultantes do processo de trabalho devem ser distribuídos igualmente. O sistema capitalista defende que o produto é do patrão, e que o trabalhador recebe um salário pela sua produção. Essa concepção de trabalho capitalista nasce na era da revolução industrial. (MERHY, 2005, p 278-280)

A teoria dejouriana também nasceu a partir da Revolução Industrial do século XIX, onde ocorre um aumento da produção industrial, conseqüente êxodo rural e aumento das aglomerações populacionais nos centros urbanos. O trabalhador tinha precárias condições de trabalho, de moradia, era mal remunerado resultando no agravamento da precariedade social, no sofrimento psíquico, nas doenças somáticas, elevado número de acidentes e, conseqüentemente, a diminuição da longevidade. Não havia nenhuma consideração ao ambiente de trabalho, nem no estado de saúde dos trabalhadores que eram considerados seres passivos e deveriam se adaptar ao sistema de trabalho.

*Dejour* chama a atenção para o período taylorista, marcado pela concepção mecanicista e pelo conseqüente desenvolvimento desigual das forças produtivas (máquina x humano) e assinalado por movimentos de greves e paralisação da produção, levando a uma reestruturação da tarefa, com a substituição da organização científica do trabalho, as discussões sobre o objetivo do trabalho e a relação homem- tarefa. As intervenções de saúde focavam o indivíduo, especialmente em relação aos agravos decorrentes dos acidentes e eram orientadas para a cura e reabilitação do dano físico. Apesar de ainda centrada nos aspectos somáticos das doenças, progressivamente, passou a ser observada a condição psicológica decorrente dos agravos físicos. O desenvolvimento no final da década de 60 e início da década de 70 de uma automatização e avanço tecnológico diminuem a carga física do trabalho e acentuam a dimensão mental do mesmo, descobrindo-se o sofrimento psíquico, até então insuspeito. As intervenções passam a ter um enfoque de prevenção.

Para *Dejour* (1999) a clínica do sofrimento passou a ser fundamentada a partir da relação psíquica com o trabalho, passando a ser definido, nos anos 80, como uma psicopatologia resultante das pressões do trabalho, causando desequilíbrio psíquico.

O autor conceitua os sofrimentos insuspeitos como aqueles associados aos fatores internos, resultantes da história psíquica de cada ser humano e externo subdivididos em sofrimento atual que significa o reencontro do sujeito com o trabalho; sofrimento criativo e sofrimento patogênico, dependendo do quanto o sujeito consegue encontrar soluções para sua saúde.

Dejour refere que a partir da dinâmica da Psicopatologia do trabalho o “normal” é o sofrimento. Defende que o sofrimento depende da história singular de vida de cada ser humano, e, que no entanto, acaba refletindo no que denomina de “teatro” do trabalho, a partir da inserção desse sujeito em uma organização, pois este fica sujeito aos personagens (patrão, colegas, supervisores), ao enredo que seriam a hierarquia do poder, os valores, preconceitos entre outros, o cenário representando pelo ambiente, pelo desemprego, as incertezas, a instabilidade e, até mesmo os expectadores que melhor são representados pela família e amigos que aprovam ou não, constituindo um drama real de vida marcado por diferentes graus de sofrimento psíquico (RODRIGUES; ALVARO; RONDINA, 2006 apud DEJOURS).

No entanto, ele identifica que, nem todo o sofrimento pode desencadear doenças mentais e, explica que isso se deve ao fato do indivíduo empregar defesas pessoais, e que ficam ainda mais evidentes quando, os empregados se utiliza de estratégias coletivas de defesa, marcadas pelas pressões reais do trabalho (DEJOUR, 1999).

Se na visão dejouriana os sujeitos estão sujeitos ao que denominou de teatro do trabalho, Chanlat (2000) dá importante contribuição ao analisar as *Dimensões Esquecidas* destacando que, no século XXI, os principais temas emergentes se referem ao que denomina dimensões fundamentais as quais pretendemos apenas citar, sem aprofundamento neste trabalho. O mesmo autor classifica estas dimensões como o retorno do sujeito e de sua subjetividade e imaginação no mundo do trabalho, da afetividade na formação dos grupos, da experiência vivida no cotidiano do trabalho, do simbólico se referindo às diferentes linguagens, da valorização da história enquanto constitutiva da identidade das pessoas e da sociedade e, por fim, do retorno da ética interrogando a formação da conduta moral.

Para Chanlat (2000) as organizações do século XXI têm como principais desafios a revisão do enquadramento do econômico no social e a preservação da natureza, a partir da reflexão ética, o que nos faz refletir sobre como a organização do trabalho está profundamente relacionada com o contexto sócio- econômico e cultural e em matéria de gestão, de como

devem hoje, serem repensados os modelos de intervenção frente ao stress e sofrimento do trabalhador, bem como de prevenção aos riscos das doenças mentais e a promoção do bem estar dos trabalhadores.

### **A Psicologia Positiva – Resiliência como principal competência na contemporaneidade**

A psicologia positiva refere-se à necessidade de mudança dos estudos até então centrados na compreensão e tratamento das psicopatologias para uma compreensão das potencialidades e motivações do ser humano. Nessa perspectiva, a Psicologia positiva não se refere como a ausência total de sofrimento psíquico ou ausência de doença mental ou de fatores de risco, mas se compreende pela presença de recursos internos e externos que são capazes de promover a resiliência dos indivíduos, do coletivo e também da instituição. Apesar de a sua história ser mais recente, as contribuições da teoria da Psicologia Positiva é, talvez, as mais consistentes e, para as quais, mais possibilidade encontramos de espaços de validação empírica, entre os quais, os contextos relacionados aos ambientes de trabalho, conforme notícias que tem sido frequentemente veiculada na mídia escrita (jornais e internet), conforme trecho abaixo:

Para as novas organizações e gestão de trabalho do século XXI, um dos conceitos que melhor reflete essa perspectiva é o de resiliência, sendo essa considerada a principal competência desta primeira metade do século 21, afirma Paulo Yazigi Sabbag, professor da Fundação Getulio Vargas e idealizador da primeira escala nacional para avaliar o nível de resiliência de profissionais adultos. Na evolução de suas pesquisas sobre empreendedorismo, o especialista colocou foco no tema resiliência e, a partir de um estudo de campo, criou a métrica ERS, que vem se juntar a outras quatro existentes no mundo. Validada para o contexto brasileiro, a escala relaciona nove fatores inerentes à resiliência – auto-eficácia, solução de problemas, temperança, empatia, pro atividade, competência social, tenacidade, otimismo e flexibilidade mental (ABRH notícias, 2011).

O termo resiliência que originariamente é utilizado pela física e cuja aplicabilidade corresponde à capacidade dos materiais resistirem a uma deformação, retornando a sua forma

original ou adaptando-se a ela, passou a ser utilizado em diversas disciplinas do conhecimento com a Agronomia, Biologia, Engenharias, Psicologia, Psiquiatria, Sociologia entre outras (OLIVEIRA et al, 2008).

Na área da Psicologia a resiliência tem como enfoque o estudo da adaptação ou superação do ser humano sobre eventos traumáticos (JUNQUEIRA; DESLANDES; 2003). A resiliência é apresentada por Regalla, Guilherme e Serra-Pinheiro (2007) como um processo constante de resistência, reestruturação e crescimento em contrapartida a situações dolorosas. Todavia, encontra-se na literatura conceitos mais abrangente, tal como o de Sanches (2007) que parte da idéia de que mesmo indivíduos que vivem em ambientes pouco salubres para seu desenvolvimento, podem perpassar os desafios e desenvolver-se dentro de padrões adaptativos de normalidade (SANCHES, 2007).

Para CYRULNIK (2009a), todo ser humano se depara um dia com perdas, sofrimento e outras situações adversas na sua vida, e, pode a partir desses acontecimentos escolher entre dois caminhos: se entregar ao sofrimento, tornar-se indiferente ou “fazer carreira de vítima” ao qual se refere como soluções antirresilientes ou, transcender ao trauma resultante, utilizando-se dele para realizar um projeto de vida, o que pode ser entendido como resiliência. Outra forma que Cyrulnik, descreve é que a resiliência é a arte de navegar nas torrentes (2004). Tavares (2001) contribui com um enfoque importante afirmando que:

O desenvolvimento de capacidades de resiliência nos sujeitos passa pela mobilização e ativação das suas capacidades de ser, estar, ter, poder e querer, ou e incondicionalmente é, em boa medida, a de torná-las mais confiantes e resilientes para enfrentar a vida do dia-a-dia por mais adversa e difícil que se apresente (Tavares, 2001:52).

Os mecanismos adaptativos referem-se às estratégias intrínsecas desenvolvidas para perpassar as dificuldades e sofrimentos (GONÇALVES, 2003). Da mesma forma como atribuímos o conceito de resiliência para definir as características que um indivíduo assume, diante das adversidades da vida também podemos aplicar esse conceito quando se trata de gestão de pessoas, pois muitos não conseguem suportar as pressões e lidar com o sofrimento

alheio sem que isso lhes afete. Cyrulnik refere que o sentido das coisas “se constrói em nós, com o que está antes de nós e depois de nós” (2006, p. 23) já outros, apresentam flexibilidade diante das adversidades.

As dificuldades, de fato, são intrínsecas à vida e, portanto também do mundo do trabalho. No conceito de resiliência, elas não precisam ser eliminadas, mas, devem ser potencializados os recursos positivos do indivíduo.

Para resilir uma infelicidade passada é preciso justamente ter sido vulnerado, ferido, traumatizado, invadido, dilacerado, ter passado por essas palavras que traduzem a palavra grega titrôskô (trauma) (CYRULNIK, 2009b, p. 8).



### **3 MÉTODO**

Trata-se de um estudo qualitativo, do tipo descritivo que se propõem a realizar um diagnóstico em relação ao sofrimento psíquico e os mecanismos de resiliência do coletivo de profissionais de um serviço de saúde mental. A construção do trabalho de pesquisa tem como local de estudo o Centro de Atenção psicossocial Casa Harmonia para atendimento de crianças e adolescentes situado em Porto Alegre.

#### **Equipe do local do estudo**

O CAPS i Casa Harmonia atende quatro (4) distritos sanitários (cerca de 700 mil habitantes), tendo, portanto um território muito amplo com muitas regiões distantes. Atualmente a equipe é composta por 3 psiquiatras com carga horária (CH) de 20 h semanais, 3 psicólogas, sendo 2 com carga horária de 40 h semanais e uma com CH de 20 h semanais. 1 assistente social com 30 horas semanais, 1 professor de educação física com 40 horas semanais, 1 enfermeira com 40 horas semanais que divide a carga horária entre a sua função específica e o cargo de coordenação. Destas, 4 profissionais compõem a equipe de Apoio Matricial no Distrito Centro realizando reuniões de matriciamento quinzenalmente junto às equipes na rede básica de saúde. Além da equipe técnica descrita, há ainda 3 monitoras de oficinas com 40 horas semanais e 3 técnicos de enfermagem com 40, 30 e 20 h semanais, duas assistentes administrativas com carga horária semanal de 30 horas, e, que no entanto não atuam diretamente na assistência ao paciente.

Durante o segundo processo de supervisão, a equipe raramente esteve completa, seja pelas licenças prêmio ou férias, seja por afastamentos devido a agravos na sua saúde ou de familiares. Houve colegas com longos períodos de afastamento devido a tratamentos prolongados como quimioterapia, quadros depressivos, problemas osteomusculares, cirurgias, perdas familiares entre outras.

#### **Coleta de dados**

Os dados foram obtidos através da consulta em registros de atas de reuniões, relatórios de supervisão clínico institucional, pesquisa institucional realizada pela área técnica

de saúde mental da Secretaria Municipal de Saúde em 2012 e também a descrição da própria pesquisadora em relação às situações vivenciadas cotidianamente, o que constitui uma marca biográfica sob a forma de memória, enquanto testemunho do processo institucional desde a sua criação. Foram ainda utilizados como referência registros quantitativos das efetividades, o atual sistema de registro de ponto biométrico – programa Rhonda, utilizado pela Prefeitura Municipal de Porto Alegre, de onde serão consultados dados referentes à efetividade, às Licenças e afastamentos por agravos à saúde.

#### 4 RESULTADO E ANÁLISE

A escolha do tema sofrimento psíquico e resiliência do trabalhador de um CAPS para realizar a pesquisa-intervenção já era um desejo antigo. O contexto político do município de Porto Alegre, de construção de uma cultura democrática com a participação popular, de co-responsabilização da sociedade na construção de uma cidade melhor, traz a tona também as contradições e tensionamentos. Haviam, à época da criação do serviço, muitas crianças com seus direitos fundamentais violados e nenhuma resposta eficiente para a sua superação, pois a política pública não priorizava atendimento à demanda de populações excluídas, especificamente das populações em situação de vulnerabilidade social, que viviam nas ruas da capital. A epidemia da AIDS, o uso de drogas injetáveis fizeram crescer assustadoramente, a partir de 1996, o número de casos HIV positivos entre adolescentes em situação de rua, assim como a droga, inicialmente o “loló” (solvente inalável) levava a situações abusivas um número cada vez maior de usuários que depois, compartilhavam seringas para usar outras drogas injetáveis.

Esse cenário que fazia surgir novos serviços, destinados a atender especificamente a estas demandas também envolvia a construção de um novo perfil de trabalhador comprometido com o objetivo de transformar a realidade da exclusão social. Esse profissional deveria ser, antes de tudo, um educador.

A equipe que constituiu inicialmente a Casa Harmonia recebeu a incumbência de transformar o projeto escrito em um serviço de saúde mental com o enfoque na dependência química, contemplando ações de saúde de forma integral. Tal equipe teve a assessoria do Projeto Quixote, vinculada à Universidade de São Paulo.

O diagnóstico da situação de vulnerabilidade social que acometia as crianças e adolescentes que buscavam atendimento ou eram referenciadas ao CAPS i até meados de 2005, as reais demandas destas ao acessarem o serviço – suprimento de suas necessidades básicas e de atendimento clínico (principalmente doenças respiratórias, gastrointestinais, HIV/AIDS e co-infecções oportunistas), a não aderência aos tratamentos e planos terapêuticos em relação ao uso abusivo de drogas, associadas ao questionamento da própria equipe sobre a sensação de falta de significado do seu trabalho, paradoxalmente refletiam um lado que não contemplava a inclusão preconizada no projeto inicialmente proposto. As avaliações desses

múltiplos fatores foram fundamentais para o serviço ser reestruturado a partir da mudança de estratégias incluindo crianças e adolescentes com transtornos mentais graves.

Estas avaliações, que muitas vezes decorreram da observação sistemática dos profissionais deste serviço de saúde, nos fez identificar claramente os fatores geradores de stress nos funcionários e que as implementações realizadas favoreceram a coesão da equipe que passou a ver um significado no seu trabalho, sentindo-se protagonista e comprometida. Ainda hoje é presente a memória de todo o processo de trabalho vivenciado nos primeiros anos da Casa Harmonia, no entanto estas lembranças são estímulos para a realização dos atendimentos, reforçadores do coerente caminho seguido e promotores da resiliência da equipe até o momento. É possível, ao analisar a linha do tempo deste serviço, identificar o processo de resiliência do grupo. A saída de muitos funcionários que não se adaptaram às mudanças no projeto do CAPS i estabeleceu uma identificação entre os membros da equipe remanescente, favorecendo o diálogo e a liberdade para se pensar o novo, se reinventar. Para Pitta et al. (1996) o CAPS tem a característica de sempre de reinventar, de não se tornar algo dogmático, nem com uma única teoria certa ou único tratamento científico.

Os processos de resiliência são também dinâmicos e situam nosso trabalho além do enfrentamento do trauma e dos fatores de adaptação, pois a evolução resiliente não impede que advenham outras condições adversas, outros sofrimentos diários, mas utilizam a “memória da ferida” para organizar um modo novo de viver (CYRULNIK, 2009a ).

A citação de Cyrulnik nos remete a analisar o momento posterior a essa primeira fase do CAPS i Casa Harmonia. Embora tenha sido implementado o projeto e, o atendimento tenha sido ampliado para as crianças acometidas de transtornos mentais graves surgem outras condições adversas, o que é previsível dentro de qualquer organização.

Outra questão fundamental é a verbalização dos profissionais em relação ao seu sofrimento no trabalho, em relação aos usuários (quando o projeto terapêutico planejado não tem a adesão esperada e o paciente não apresenta melhoras).

Cabe aqui também citar outro fator importante que gera stress nos trabalhadores do CAPS, Quando a família não é colaborativa, ou é projetiva em relação ao profissional ou ao próprio CAPS, prejudicando a adesão ou dissociando profissionais, ou até mesmo instituições. Essa é uma das situações mais comuns no ambiente do CAPS infantil e implica em ter que lidar com as situações que lhe são depositadas pelo paciente, família, colegas de outras

instituições. E, nesse aspecto é importante a compreensão e manejo da transferência e contratransferência. Suportar tais situações também revela a capacidade de ser resiliente, ou seja, de suportar e elaborar.

Há ainda o sofrimento gerado pelo sentimento de não se sentir qualificado o suficiente para cuidar dos pacientes, se sentindo responsável, mas não conseguindo lidar adequadamente com as situações que se apresentam. Essa queixa dos profissionais de nível médio é constante ao longo da existência deste serviço quando referem não saber se a intervenção ou manejo de uma determinada situação foi a mais adequada. Tal queixa revela não somente a angústia que deriva da insegurança de não se sentir qualificado, de não ter um real investimento em qualificação para os servidores de saúde mental, como também o sentimento de frustração e as dificuldades nas relações Inter profissionais e interpessoais.

#### **A “Super visão”**

Na chegada da supervisora o grupo de técnicos, profissionais e coordenadora encontrava-se muito motivado e sedento da supervisão externa. A mesma entrevistou todos os funcionários, incluindo os terceirizados da portaria, limpeza e nutrição. Existia uma demanda de um espaço de reflexão para analisar as práticas cotidianas e as questões de relacionamento entre os membros do grupo, como também reivindicações a respeito da infra-estrutura. Os trabalhos difíceis e complexos dos diferentes tipos de profissionais que intervêm na Casa Harmonia foram e são confrontados cotidianamente a uma população de pacientes com problemas múltiplos e de difícil abordagem, o que por vezes causa stress e frustração. Por tanto, o espaço reflexivo de supervisão alivia substancialmente as desarmonias e os desfuncionamentos rapidamente melhoraram. A possibilidade de ter seminários teóricos com todos os funcionários da casa, sem distinção profissional, não somente integrou a equipe, como também, elevou o nível de conhecimento e competência. A gestão na Casa Harmonia é feito com muito dinamismo, coragem e obstinação, como também, ela é compartilhada com outros membros da equipe.

O resultado, conforme Nabinger (2010) descrito no relatório encaminhado ao DAS Saúde Mental do Ministério da Saúde apontava que:

*Foi realizado um grande esforço por parte de toda equipe responsável pelo CAPS i, de harmonizar procedimentos, melhorar a qualidade da atenção entre os membros da equipe e com os pacientes atendidos,*

*criar um sistema de interação eficaz com a rede de atendimento municipal e estadual, elevar o conhecimento científico a respeito da temática envolvida. Os funcionários foram muito participativos, receptivos, interessados e motivados a superar todas as dificuldades do cotidiano, melhorando o atendimento ao usuário.*

Como produto, a supervisão motivou a equipe para realizar evento de aniversário dos 10 anos de funcionamento do CAPS i convidando os 14 CAPS is do Estado do RS para uma troca de experiências, o que se configurou como o I Encontro Gaúcho de CAPS is. Outra ação que reforçou a autoestima do coletivo foi a produção escrita.

*A equipe está organizando a sua primeira publicação nas quais reunirá uma coletânea de artigos da equipe e de colaboradores. O livro é um desejo antigo da equipe, que já integra como colaboradora uma publicação lançada em 2008 da autora Maria Lucrécia Scherer Zawasky, no entanto, a concretização deste trabalho também é fruto da supervisão clínico –institucional (NABINGER, 2010).*

O CAPS i Casa Harmonia também foi convidado a integrar a Rede Resiliência, subjetividade e cultura (UFF) que se constitui como a representação oficial do Brasil no Observatório Internacional, uma rede internacional de estudos sobre a resiliência com pesquisadores do Brasil, Argentina, Uruguai, Peru, Chile, Colômbia, Bolívia, Bélgica, França, Canadá Estados Unidos, Suíça, Itália, Bélgica, África, Líbano, Israel e Palestina. O grupo participou dos debates e mesas do *IV Ciclo Internacional Resiliência e Cultura: histórias de vida, subjetividade e cuidado*, em abril de 2012 na cidade de Salvador, Bahia, resultando na produção de dois artigos a serem publicados pela rede resiliência através da UFF RJ e do

Programa de Pós Graduação em Educação e Contemporaneidade Universidade do Estado da Bahia.

Porém, em 2013, o CAPS i não conseguiu participar do Ciclo de debates, tendo em vista o não financiamento pela gestão, no entanto, segue realizando seu trabalho no sentido de produzir conhecimentos a cerca da aplicabilidade dos estudos sobre a resiliência e dos meios efetivos para sua aplicabilidade, auxiliando os processos de resiliência nas crianças e adolescentes com contextos de vulnerabilidade e doença mental.

Dos resultados da segunda Supervisão clínico Institucional no ano 2013, podemos destacar:

*Um dos objetivos específicos foi trabalhar a dimensão institucional, auxiliar os profissionais para que identificassem e encontrassem estratégias para enfrentar os impasses cotidianos, inerentes ao processo de trabalho coletivo. Lidar com os diferentes saberes e discursos e ainda assim construir uma ação conjunta produz conflitos, angústias e resistências. Desta forma, sensibilizar o grupo para escutar e acolher a diferença, não apenas do usuário, mas também do seu colega de modo a desconstruir papéis fixos, fazer circular a palavra, pactuar e compartilhar responsabilidades e, assim, facilitar o diálogo (NABINGER, 2013).*

Segundo a observação da supervisora, o processo de supervisão, iniciado ainda em 2010, traz como resultado uma redefinição do processo institucional, identificando, analisando e modificando as situações que dificultavam as atividades tanto a nível de intervenção junto aos usuários, quanto ao nível de relacionamento interpessoal, perpassando ainda pela detecção da necessidade de formação contínua aos profissionais e, principalmente o apoio permanente através de espaços instituídos de supervisão.

Outro destaque importante do relatório de supervisão de 2013 se refere às questões interpessoais do grupo:

*Ao longo do tempo de supervisão institucional as evidentes diferenças individuais vêm sendo trabalhadas em grupo e individualmente numa transferência do pessoal para o coletivo e vice-versa, a rivalidade e a hostilidade podem introduzir-se em sua configuração, caracterizando pressões sobre determinados membros do grupo, dessa forma surgem os sentimentos de ambivalência quanto a fazer ou não parte dele e em alguns o desejo de permanecer permeado, por outro lado, por um certo medo do que lhe será solicitado.*

Outro aspecto que foi enfatizado durante o processo de supervisão foi o papel do dirigente quanto às relações interpessoais no grupo, as pressões sofridas por ela devido à estruturação da comunicação e o grau de contato entre os membros.

### **Análise das Falas do Coletivo**

Os resultados da análise dos fatores que contribuem para o sofrimento psíquico do trabalhador e das estratégias de enfrentamento e superação tanto em relação ao indivíduo, como em relação ao coletivo e à própria instituição evidenciam que, tanto a verbalização do grupo, a avaliação dos processos de supervisão clínicos institucional, como os relatórios anuais de gestão dos últimos três anos não apresentam diferenças significativas em relação aos fatores apontados e, que são corroborados por pesquisa que avalia o conjunto de CAPS do município de Porto Alegre em 2012.

Uma característica que fica “diluída” na pesquisa de avaliação dos CAPS é em relação ao tempo de serviço no CAPS. Por ter sido realizada em todos os CAPS de Porto Alegre é importante destacar que somente quatro CAPS são serviços integralmente públicos, sendo que os demais foram constituídos a partir das parcerias público-privadas e são mais recentes, sendo assim, o regime de trabalho segue os da CLT, diferentemente do regime de trabalho dos servidores estatutários, inclusive em relação à carga horária semanal.



No Caps i Casa Harmonia, os funcionários tem mais de seis e até 14 anos de serviço, exceto as últimas servidoras concursadas, o que nos faz refletir que trabalhar em um CAPS, apesar das dificuldades e do imprevisto, quando não há a disponibilidade de recursos materiais para desenvolver uma atividade terapêutica, é ao mesmo tempo desgastante e entusiasmante, não havendo significativa rotatividade de funcionários. Todavia, há uma sobrecarga de trabalho devido a demanda de acolhimento de usuários dos quatro distritos sanitários, aos vazios assistenciais de saúde mental para crianças e adolescentes e ao número insuficiente de recursos humanos para compor a equipe.

Cabe destacar que situações de stress podem ser advindas ainda da gestão, pela ausência de apoio, de investimento na estrutura e na qualificação dos servidores. Sabe-se que quanto às relações interpessoais, há períodos de maior ou menor dificuldade e que os conflitos geram angústia e clima de desconforto, o que afeta o coletivo e também o trabalho com os usuários, uma vez que limita as possibilidades de parcerias. A falta de rede, a ausência de serviços em número suficiente para atender a demanda, a pressão interinstitucional, as divergências entre equipes que atendem às crianças e adolescentes nas instituições de abrigamento são fatores causadores de stress e até mesmo conflitos.

A ausência de políticas de saúde, educação e de assistência mais consistentes corroboram com os aspectos relacionados ao sofrimento psíquico dos trabalhadores. Fazendo uma reflexão sobre as situações de afastamentos por Licenças - Saúde ao longo dos 14 anos do CAPS i, o ano 2013 apresentou um aumento significativo de situações. Uma análise mais profunda requer uma investigação mais detalhada e comparativa com os anos anteriores, especialmente o período anterior à instalação do ponto biométrico, bem como da gama de situações, fase e eventos potencialmente difíceis, das licenças para tratamento de familiares, divórcios, eventos agudos e traumáticos como a perda de um ente, ainda, das características do grupo como gênero, faixa etária, entre outros.

A interpretação destes números mostra que, durante o ano 2013 o grupo esteve incompleto na maior parte do ano, considerando as Licenças Prêmios, Férias, bem como os atestados de saúde contando, portanto, com a presença de uma menor equipe atuante. O processo de supervisão clínico institucional também demonstrou a ausência de um grupo completo. As falas referentes a esse período eram reservadas, havia um sentimento de impotência para dar conta da demanda e da pressão externa para acolhimento e entrada de novos pacientes.

A análise qualitativa dos dados aponta que, apesar do stress relacionado ao cotidiano desde a falta de adesão até a falta de recursos, a que todos os trabalhadores ficam sujeitos há os recursos internos de cada trabalhador e também as estratégias coletivas de superação das dificuldades, como os espaços de reflexão, as reuniões e a supervisão clínico institucional, são ferramentas que favorecem a coesão do grupo e, em última análise favorecem a resiliência institucional.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na primeira parte deste trabalho foram descritos os fatores que são identificados como causadores de sofrimento psíquico do trabalhador em saúde mental, tendo que partir de uma contextualização histórica do Centro de Atenção Psicossocial, para chegar ao tema da pesquisa, a Resiliência enquanto estratégia de mudança na relação sofrimento psíquico x trabalho em saúde mental. À luz de referenciais teóricos que descrevem o modo como o sofrimento psíquico se constitui chegamos à contemporaneidade em que os estudos sobre a Resiliência determinam os novos horizontes na pesquisa das ciências sociais.

Constatamos que o discurso fundamentado nos mandatos clínico e político definidos pela Reforma Psiquiátrica vem modificando de modo a ampliar os pontos de acesso aos usuário. Não mais se pensa apenas no CAPS, mas na constituição de uma rede – a RAPS. Entretanto existe uma grande distância entre as necessidades dos CAPS para efetivar seu projeto e ser capaz de responder às demandas complexas de saúde mental e da rede. Os atravessamentos políticos, a falta de investimento para a garantia de atendimento à demanda existente, a falta de delimitação territorial, são apenas alguns dos aspectos que dificultam o cotidiano de um CAPS e geram sofrimento aos seus trabalhadores que gera um demanda no contra fluxo, especialmente de quem deveria se implicar como rede e dentro da rede.

Essa questão do sofrimento dos trabalhadores do serviço faz parte da vida de quem trabalha em CAPS e, alguns momentos, fazem “desmoronar”, outros são como uma mola propulsora a dar a força necessária para acreditar que apesar de *navegar nas torrentes*, vamos conseguir “desencapsular”.

Se os aspectos que produzem o sofrimento do trabalhador em saúde mental podem ser superados, se o grupo pode fornecer o entorno protetivo e também ser o tutor da resiliência para nossos usuários, se a própria instituição CAPS consegue se transformar e ser uma organização resiliente, também devemos construir a idéia de uma rede resiliente. Da mesma forma como atribuímos o conceito de resiliência para definir as características que um indivíduo assume, diante das adversidades da vida, também podemos aplicar esse conceito quando se trata de gestão de pessoas.

Sabemos que, em geral, os serviços de CAPS têm provisão precária ou insuficiência de recursos. Todavia, temos o material mais importante para realização dos objetivos propostos, que são os técnicos engajados e dispostos a utilizar-se de todos os recursos pessoais que dispõem. Nos fatores promotores de resiliência da equipe estão: ambiente organizado, planejamento estratégico, supervisão clínico-institucional, reavaliação trimestral do planejamento, parceria, compartilhamento, interdisciplinaridade, assertividade, solidariedade e uma forte identificação com a missão do CAPS i. E, nos últimos anos, temos o privilégio de contar com profissionais que se dedicam, obtêm prazer e gostam do seu trabalho, são capazes de dar, oferecer ao outro, de serem “tutores de resiliência”, por isso, fluem as relações, as combinações, que aliadas ao saber, ao estudo, tornam o ambiente salutar, promotor de resiliência.

A resiliência é, portanto, vista no CAPS i como um novo paradigma tanto em nível de gestão organizacional, quanto como um modelo de intervenção junto aos pacientes. Os trabalhadores ao lidar com a complexidade, com a dificuldade inerente a tarefa e com as ações que produzem as alterações na prática, tornando-os tais mais resilientes e modificam a sua práxis.

A possibilidade de adquirir confiança para modificar está estreitamente relacionada ao fato de que não se nasce frágil ou resiliente, nem tampouco vulnerável ou invulnerável, mas que se pode descobrir-se resiliente neste tipo de trabalho, quando é preciso se tornar um tutor da resiliência. Somente aprendendo a acessar seus próprios recursos internos, em outras palavras, sua resiliência, é que podemos acolher a história dos nossos pacientes ou a ausência delas, suportar e ajudar os nossos pacientes a superarem traumas e transformarem sua experiência em resiliência.

Ao longo do cuidado em saúde em um serviço de CAPS, nos deparamos com percalços que muitas vezes não conseguimos remover, afinal, este é o nosso pano de fundo enquanto um centro de atenção psicossocial. Poder contar com os estudos que propõem outra maneira de intervir terapêuticamente utilizando-se o conceito da resiliência enquanto ferramenta torna-nos capaz de modificar positivamente os obstáculos.

Efetivamente percebemos a relevância da relação do CAPS i com o usuário quando oferecemos a este um dispositivo rico de fatores promotores de resiliência, sendo os próprios tutores da resiliência, parte dos fatores de proteção na medida em que, nosso trabalho busca amparar, acompanhar, cuidar, buscando não apenas aliviar o sofrimento momentâneo, mas

reparar os traumas, metamorfosear o sofrimento e gerar uma nova significação para essas crianças e adolescentes.

Ao longo da vida a maioria dos seres humanos vai ter passado por uma situação que poderá deixar suas marcas. Enquanto trabalhadores de saúde mental, precisamos compreender e trabalhar nas nossas intervenções com a promoção da resiliência, inclusive para nós mesmos, propondo, dessa forma uma transformação na clínica contemporânea, que, nesse lugar psicossocial encontra o espaço de afetos e de vínculos ideal para transformar a nós próprios e aos nossos usuários em sujeitos capazes de resilir.

## REFERÊNCIAS

- ABRH NOTÍCIAS: **Professor da FGV (Fundação Getúlio Vargas) cria métrica para medir resiliência em profissionais.** (2011) Disponível:  
<http://www.abrh nacional.org.br/noticias/578-professor-da-fgv-cria-metrica-para-medir-resiliencia-em-profissionais.html> Acesso: 08/11/2013
- BOFF, L. **O cuidado essencial: princípio de um novo ethos** (2005) disponível em:<<http://revista.ibict.br/inclusao/index.php/inclusao/article/view/6/11>>acesso: 21/02/2014
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 336.** de 19 de fevereiro de 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: **15 anos depois de Caracas.** OPAS. Brasília, novembro de 2005: p 08 disponível em:portal.saude.gov.br/ Acesso: 21/12/2013
- \_\_\_\_\_. Portaria 3088 **RAPS** disponível em:  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011) acesso 21/03/2014
- \_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infante-Juvenil.** Série B. Textos Básicos em Saúde Tiragem: 1.<sup>a</sup> edição 2005
- CASADO, T. **O Indivíduo e o Grupo: A Chave para o desenvolvimento,** disponível em:  
 <<http://books.google.com.br/books>> Acesso: 03/01/2014
- CHANLAT, J. F. **O indivíduo nas organizações- dimensões esquecidas.** 1996. Disponível em e-book: <<http://books.google.com.br/books>> Acesso: 24/02/2014
- CYRULNIK, Boris. **Autobiografia de um Espantinho: histórias de resiliência: o retorno à vida.** Livraria WMF Martins Fontes Ed Ltda, SP, 2009a
- \_\_\_\_\_. **De Corpo e Alma.** Livraria WMF Martins Fontes, SP, 2009b
- \_\_\_\_\_. **Falar de Amor à beira do Abismo.** Ed Martins Fontes, SP, 2006
- \_\_\_\_\_. **Os patinhos feios.** Livraria WMF Martins Fontes, SP, 2004 d.
- \_\_\_\_\_. **Resiliência: essa inaudita capacidade de construção humana.** Livraria Instituto Piaget, 2001.
- DEJOUR, C. **A Banalização da Injustiça Social.** Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas. 1999
- FERRER A. L. **Sofrimento psíquico dos trabalhadores de saúde mental: entre o prazer e a dor de lidar com a loucura.** Dissertação (Mestrado) Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2007.
- GONÇALVES, M. J. **Aumentar a resiliência das crianças vítimas de violência. Análise psicológica.** V. 1, Lisboa, 2003.

JUNQUEIRA, M. F. P. S.; DESLANDES, S. F. **Resiliência e maus-tratos à criança.** Cadernos de Saúde Pública. V.9, N.1, fev 2003: 227-235.

LEITE, Ligia Costa. **A Razão dos Inveníveis: Meninos de Rua - O Rompimento da Ordem (1554 – 1994)** Rio de Janeiro. Editora UFRJ/IPUB, 1998.

LEITE, L. S. et al.. **Saúde Mental ConVida. Registro da Trajetória da Saúde Mental na Cidade de Porto Alegre.** Porto Alegre: SMS, 2013.

MELILLO, A. et al. **Resiliência: Descobrimo as próprias fortalezas.** Porto Alegre, Ed ARTMED, 2005.

MELLO, M. F. et al. (2007). **Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil.** Ed ARTMED, 2007. p. 59

MERHY, E. E. et al. Trabalho em Saúde- material produzido para a EPJV/ ano2005. FIOCRUZ. Disponível em: <http://www.eaac.uff.br/professores/merhy/indexados-05.pdf>

NABINGER, S. **Relatório de Supervisão Clínico Institucional 2010 e 2013.** Depto de Ações em Saúde, Saúde Mental/ MS. Documento não publicado.

PASSOS, E. et al. **A reforma psiquiátrica brasileira e a política de saúde mental.** Disponível: <<http://www.ccs.saude.gov.br/vpc/reforma.html>> acesso: 18/01/2014

PASSOS, E. et al. **Pistas do Método da Cartografia: Pesquisa intervenção e Produção de Subjetividade.** 2009.

PITTA, A. et al. **Reabilitação Psicossocial no Brasil.** Série Saúde Loucura. Ed HUCITEC, SP, 1996.

PMPA, **Cartilha Registro Eletrônico de Efetividade.** Disponível em [http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/pontoeletronico/usu\\_doc/cartilha\\_web.pdf](http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/pontoeletronico/usu_doc/cartilha_web.pdf). Acesso em 17/03/2014

REGALLA, M. A.; GUILHERME, P. R.; SERRA-PINHEIRO, M. A. **Resiliência e transtorno do déficit de atenção/hiperatividade.** J. Bras. Psiquiatr. V. 56, Supl. 1, 2007: 45-49.

RODRIGUES, P. F.; ALVARO, A. L.. T.; RONDINA, R. Sofrimento no Trabalho na Visão de Dejours. Revista Científica Eletrônica de Psicologia. Editora FAEF. V 7Ano IV – Número 7 – Novembro de 2006.

ROMÃO, C. A relação Homem – trabalho, artigo. (2004). Disponível: <http://www.cesarromao.com.br/> Acesso em: 20/11/2013.

SANCHES, S. M. **A prática esportiva como uma atividade potencialmente promotora de resiliência.** Rev. Brasileira de Psicologia do Esporte. V.1, N.1, Dez, 2007.

SILVA, E. A. et al. **Saúde mental dos trabalhadores em saúde mental: estudo exploratório com os profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial de Goiânia/Go.** 2008 Disponível em:

[http://www.pucminas.br/imagedb/documento/DOC\\_DSC\\_NOME\\_ARQUI20081029093318.pdf](http://www.pucminas.br/imagedb/documento/DOC_DSC_NOME_ARQUI20081029093318.pdf)> Acesso: 20/11/2013

Secretaria Municipal de Porto Alegre. **Avaliação e Monitoramento dos Serviços de Saúde Mental em PoA Módulo I** – Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) (2011/2012) Pesquisa cedida pela Área Técnica de Saúde Mental. (não publicado). 2013.

TAVARES, J. **A resiliência na sociedade emergente**, 2ª edição São Paulo: Cortez, 2001.

VILLARES, C. C. **Reabilitação psicossocial: O olhar de uma terapeuta ocupacional usando lentes sistêmicas**. (1999) Disponível em: <<http://www.ceto.pro.br/revistas/04/05-cecilia.pdf>> Acesso: 02/01/2014

ZAVASCHI, M. L. S. et al. **Crianças e Adolescentes Vulneráveis**. Artmed 2009. p 197-198