

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – MESTRADO

CECÍLIA HELENA GLANZNER

**AVALIAÇÃO DOS FATORES DE SOFRIMENTO E PRAZER NO
TRABALHO EM UM CENTRO ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

Porto Alegre

2008

CECÍLIA HELENA GLANZNER

**AVALIAÇÃO DOS FATORES DE SOFRIMENTO E PRAZER NO
TRABALHO EM UM CENTRO ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

Dissertação apresentada à Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof. Dra. Agnes Olschowsky

Porto Alegre

2008

*A Marina e a Helena, pelos
momentos em que estive
ausente.*

*Agradeço a todas as pessoas que,
de alguma forma, contribuíram para
essa trajetória e, em especial,
à minha família, que foi
fundamental para
essa conquista.*

A ARTE DE NÃO ADOECER

Se não quiser adoecer - 'Tome decisões' A pessoa indecisa permanece na dúvida, na ansiedade, na angústia. A indecisão acumula problemas, preocupações, agressões. A história humana é feita de decisões. Para decidir é preciso saber renunciar, saber perder vantagens e valores para ganhar outros. As pessoas indecisas são vítimas de doenças nervosas, gástricas e problemas de pele.

Se não quiser adoecer - 'Busque soluções' Pessoas negativas não enxergam soluções e aumentam os problemas. Preferem a lamentação, a murmuração, o pessimismo. Melhor é acender o fósforo que lamentar a escuridão. Pequena é a abelha, mas produz o que de mais doce existe. Somos o que pensamos. O pensamento negativo gera energia negativa que se transforma em doença.

Se não quiser adoecer - 'Não viva de aparências' Quem esconde a realidade finge, faz pose, quer sempre dar a impressão que está bem, quer mostrar-se perfeito, bonzinho, etc., está acumulando toneladas de peso... uma estátua de bronze, mas com pés de barro. Nada pior para a saúde que viver de aparências e fachadas. São pessoas com muito verniz e pouca raiz. Seu destino é a farmácia, o hospital, a dor.

Se não quiser adoecer - 'Seja honesto' Este fato está muito co-relacionado com o anterior. Hoje o maior foco de ausência de saúde é nas empresas. Mas por quê? Porque vivemos um momento delicado de falsidade/desonestidade (marketing pessoal, intrigas, mentiras, armações, planos maquiavélicos para 'puxar o tapete'). Nada mais doentio do que isso. Finge-se que tudo está bem. Nada pior para a saúde das duas faces da moeda, ou seja, para quem atinge e para quem é atingido, é essa busca desenfreada pelo materialismo. Estamos vivendo um novo momento, onde a busca é pelo equilíbrio espiritual. Nunca buscou-se tanto Deus, como se procura hoje. Busque a sua 'Inteligência Espiritual'.

Se não quiser adoecer - 'Aceite-se' A rejeição de si próprio, a ausência de auto-estima, faz com que sejamos algozes de nós mesmos. Os que não se aceitam são invejosos, ciumentos, imitadores, competitivos, destruidores. Aceitar-se, aceitar ser aceito, aceitar as críticas, é sabedoria, bom senso e terapia.

Se não quiser adoecer - 'Confie' Quem não confia, não se comunica, não se abre, não se relaciona, não cria laços profundos, não sabe fazer amizades verdadeiras. Sem confiança, não há relacionamento. A desconfiança é falta de fé em si, nos outros e em Deus.

Se não quiser adoecer - 'Fale de seus sentimentos' Emoções e sentimentos que são escondidos, reprimidos, acabam em doenças como: gastrite, úlcera, dores lombares, dor na coluna. Com o tempo a repressão dos sentimentos degenera até em câncer. Então vamos desabafar, confidenciar, partilhar nossa intimidade, nossos segredos. O diálogo, a fala, a palavra, é um poderoso remédio e excelente terapia.

Se não quiser adoecer - 'Não viva sempre triste' O bom humor, a risada, o lazer, a alegria, recuperam a saúde e trazem vida longa. A pessoa alegre tem o dom de alegrar o ambiente em que vive. 'O bom humor nos salva das mãos do doutor'. Alegria é saúde e terapia

RESUMO

O objeto de estudo desta pesquisa é a avaliação dos fatores de sofrimento e prazer no trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), localizado em Foz do Iguaçu. O objetivo é avaliar os fatores de sofrimento no trabalho em uma equipe de um CAPS e identificar as estratégias de enfrentamento do sofrimento. Esta é uma pesquisa qualitativa do tipo estudo de caso, orientada pela metodologia de Avaliação de Quarta Geração, proposta por Guba e Lincoln e adaptada por Wetzel. Participaram do estudo dez profissionais da equipe do CAPS e, para coleta de dados, foram utilizadas observação e entrevistas individuais. A análise dos dados teve início simultâneo à coleta de dados, originando uma pré-análise. Na análise final, utilizou-se os passos de Minayo: ordenamento dos dados, classificação dos dados, análise final. No processo avaliativo, os trabalhadores demonstraram satisfação e realização com seu trabalho. Os fatores de sofrimento avaliados por eles referem-se às condições e formas de organização do processo de trabalho. A equipe pequena, o vínculo institucional do trabalhador e o número elevado de usuários que freqüentam diariamente o serviço são avaliados como fontes de sofrimento e vivenciados como sobrecarga de trabalho. Os trabalhadores avaliam seu trabalho como ampliado, aumentando a carga psíquica e o sofrimento. Consideram, também, a necessidade de um programa de capacitação e supervisão, e que o trabalho do CAPS precisa ser aberto, no sentido de produzir encontros da equipe para discutir suas ações. As estratégias de enfrentamento utilizadas são: terapia individual; compartilhamento das angústias com os colegas e usuários; e a exteriorização de sentimentos de desprazer. Prazer e sofrimento ocorrem na interface do singular e do coletivo, exigindo dos trabalhadores uma prática reflexiva sobre a organização das atividades e de suas relações.

Descritores: saúde mental, saúde mental do trabalhador, avaliação em saúde, serviços de saúde

RESUMEN

El objeto de este estudio es la evaluación de los factores de sufrimiento e placer en un Centro de Atención Psicosocial (CAPS), localizado en Foz de Iguazú. El objetivo es evaluar los factores de sufrimiento en el trabajo de un equipo de un CAPS e identificar las estrategias de enfrentamiento de sufrimiento. Este es un estudio cualitativo del tipo estudio de caso, orientado por la metodología de evaluación de cuarta generación, propuesta por Guba y Lincoln y adaptada por Wetzel. Participaron del estudio diez profesionales del equipo del CAPS y para la colecta de los datos, fueron utilizados observación y entrevistas individuales. El análisis de los datos tuvo inicio simultáneo con la recopilación de los datos, originando un pre-análisis. En el análisis final, se utilizaron los pasos de Minayo: ordenamiento de los datos, clasificación de los datos e análisis final. En el proceso evaluativo, los trabajadores demostraron satisfacción y realización con su trabajo. Los factores de sufrimiento evaluados por ellos se refieren a las condiciones y formas de organización del proceso de trabajo. El pequeño equipo, el vínculo institucional del trabajador y el número elevado de usuarios que frecuentan diariamente el servicio son evaluados como fuente de sufrimiento y vivenciados como sobrecarga de trabajo. Los trabajadores evalúan su trabajo como ampliado, aumentando su carga psíquica y el sufrimiento. Consideran, también, la necesidad de un programa de capacitación y supervisión, y que el trabajo del CAPS precisa ser abierto, en el sentido de producir encuentros de equipos para discutir sus acciones. Las estrategias de enfrentamiento utilizadas son: la terapia individual, compartir las angustias con los colegas y usuarios, y la exteriorización de los sentimientos de desplacer. Placer y sufrimiento ocurren en la interfase de lo singular y de lo colectivo, exigiendo de los trabajadores una práctica reflexiva sobre la organización de las actividades y de sus relaciones.

Descriptor: salud mental, salud del trabajador, evaluación en salud, servicios de salud.

ABSTRACT

The object of study of this research is the evaluation of suffering factors and pleasure in a Psychosocial Attention Center (CAPS), located in Foz do Iguaçu. The objective is to evaluate the suffering factors on the work of a CAPS' team and to identify the strategies to confront this suffering. This is a qualitative research of case study type, guided by the Fourth Generation Evaluation methodology, presented by Guba and Lincoln and adapted by Wetzel. Ten professionals of CAPS' team had participated of the study and, for data collection, individual comment and interviews had been used. Data analysis had simultaneous beginning to data collection, originating a pre-analysis. In the final analysis, Minayo's steps were used: data processing, data classification, final analysis. In evaluative process, workers had demonstrated satisfaction and realization with their work. The suffering factor indicated by them relates the conditions and work organization. Small team, worker's institutional bond and the elevated number of users who frequent the service daily were considered as suffering sources and lived as work overload. Workers evaluate their job as extended, increasing the psychic load and suffering. They consider also the necessity of a qualification and supervision program and that CAPS' work need to be open, in the sense of producing team meetings to discuss its actions. The used confront strategies are: individual therapy; sharing of distress with colleagues and users; and revealing displeasure feelings. Pleasure and suffering occurs in singular and collective interfaces, demanding from the workers a reflexive practice about activities organization and their relations.

Keyword: mental health, worker's mental health, health evaluation, health services

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|--|----|
| Figura 1 – Círculo Hermenêutico Dialético | 41 |
| Figura 2 – Mapa e localização de Foz do Iguaçu | 45 |
| Quadro 1 – Atividades desenvolvidas no CAPS II Flávio Dantas de Araújo | 56 |

SUMÁRIO

| | | |
|----------|---|------------|
| 1 | INTRODUÇÃO | 11 |
| 2 | OBJETIVOS | 16 |
| 3 | ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL, PROCESSO DE TRABALHO E SAÚDE MENTAL DO TRABALHADOR | 17 |
| 4 | METODOLOGIA | 34 |
| | 4.1 Tipo de Estudo | 34 |
| | 4.2 Local do Estudo | 36 |
| | 4.3 Sujeitos do Estudo | 37 |
| | 4.4 Coleta de dados | 38 |
| | 4.4.1 Aplicação prática da coleta de dados | 39 |
| | 4.5 Análise dos dados | 42 |
| | 4.6 Considerações éticas | 43 |
| 5 | O CAPS FLAVIO DANTAS DE ARAUJO | 45 |
| | 5.1 A estrutura e o processo de trabalho do CAPS Flávio Dantas de Araújo | 51 |
| 6 | SOFRIMENTO NO TRABALHO DO CAPS? CONDIÇÕES, ORGANIZAÇÃO E O ESPAÇO DE ENFRENTAMENTO | 64 |
| 7 | CONSIDERAÇÕES FINAIS | 90 |
| | REFERÊNCIAS | 94 |
| | APÊNDICE A - Questionário para o Trabalhador do CAPS | 100 |
| | APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido | 101 |
| | ANEXO A – Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS | 102 |
| | ANEXO B - Roteiro de Observação da Observação de Campo | 103 |
| | ANEXO C - Projeto da Rede Municipal de Foz do Iguaçu | 107 |

1 INTRODUÇÃO

Meu interesse pelo tema *saúde mental do trabalhador* tem origem na trajetória profissional como enfermeira em unidade de internação cirúrgica e bloco cirúrgico em dois hospitais universitários de Porto Alegre. Durante a graduação, as atividades teórico-práticas eram direcionadas ao cuidado individual e coletivo, centrado no paciente e em sua família, na busca da realização de um cuidado humanizado.

Recém-formada, iniciando a trajetória profissional, comecei a perceber que o cuidado em saúde não é um ato isolado, ou seja, é um trabalho coletivo. Tem sua finalidade centrada na promoção da saúde e relacionada a diversos fatores, como a subjetividade do usuário dos serviços de saúde e sua rede de apoio nos diferentes contextos da vida social. Percebi que o trabalho em saúde estrutura-se, e é compartilhado, entre diversos profissionais que, por sua vez, também têm suas subjetividades constituídas e constituintes desse trabalho.

Peduzzi (1998, p. 42) refere que “o trabalho em saúde configura-se como reflexivo, destinado à prevenção, manutenção ou restauração de algo que é imprescindível ao conjunto da sociedade”. Aponta também que os objetos dos vários processos que constituem o trabalho em saúde estão sempre referidos ao homem e, portanto, sempre terão que ser apreendidos na objetividade e subjetividade que lhe são inerentes.

Nesse sentido, comecei a identificar o trabalho em saúde como uma prática condicionada pelas relações e interações entre os profissionais inseridos nos serviços de saúde e sociedade. Outra questão que também chamou minha atenção foi que muitos profissionais da saúde, das diferentes áreas em que trabalhei, apresentavam afastamentos por sofrimento psíquico.

Percebi que o trabalho não é, por si só, fator de adoecimento, mas determinadas condições de trabalho e seus contextos podem causar desgaste no trabalhador. Identifiquei vários fatores que interferiam na atividade, causando sofrimentos como: sobrecarga de trabalho, número reduzido de profissionais, problemas de estrutura física, falta de incentivo para a capacitação dos profissionais, baixa remuneração, instabilidade no emprego, entre outros.

Concordo com Campos (2002), entendendo o trabalho como uma relação social, histórica e intersubjetiva, na qual se trabalha para os outros e para si, assegurando a própria sobrevivência e, ao mesmo tempo, dando sentido e significado à vida e à sociedade.

Assim, percebi que o trabalho em saúde vem construindo seu objeto de trabalho em torno do cuidado, no qual diversos profissionais interagem e compartilham seus saberes e fazeres na busca da promoção em saúde. É um trabalho coletivo que requer também pensar no cuidado de quem cuida, pois o trabalhador, quando em sofrimento, pode ter dificuldade de ser continente para o sofrimento do outro, repercutindo de forma negativa no cuidado em saúde.

A atividade profissional é muito importante para o ser humano, pois culturalmente é uma forma de inserção social, de *status*, de interação entre indivíduo, cultura e sociedade. Pode levar ao prazer, ao crescimento profissional e à satisfação do trabalhador, mas como também pode gerar sofrimento e levar o indivíduo ao adoecimento psíquico. A importância do trabalho também fica evidenciada quando se reflete que é nesse ambiente que se passa grande parte da vida, podendo interferir nas relações do indivíduo e de sua família. Essa dimensão relacional repercute na saúde mental do trabalhador, definindo o modo como realiza suas atividades, pois a vivência cotidiana desse trabalho, sua organização, seu planejamento e sua execução, associadas às relações estabelecidas com os diversos atores, podem dar um sentido positivo e/ou negativo para o profissional de saúde.

Assim, o trabalho não pode ser entendido como realizado por pessoas sem identidade, sem história; pessoas que são somente instrumentos para atingir a promoção da saúde como o fim. Essa concepção torna o trabalho um espaço pobre, bruto, penoso, levando a vivenciá-lo como uma atividade tensa, rotineira, sem prazer, podendo ocasionar sofrimento e prejuízo à saúde mental do trabalhador.

Dejours esclarece que:

O sofrimento designa, então, em uma primeira abordagem, o campo que separa a doença da saúde. Dentro de uma segunda aceção, o sofrimento designa um campo pouco restritivo. Ele é concebido como uma noção específica válida em Psicopatologia do Trabalho, mas certamente não

transferível a outras disciplinas, notadamente à psicanálise. Entre o homem e a organização prescrita para a realização do trabalho, existe, às vezes, um espaço de liberdade que autoriza uma negociação, invenções e ações de modulação do modo operatório, isto é, uma invenção do operador sobre a própria organização do trabalho, para adaptá-la às suas necessidades, e mesmo para torná-la mais congruente com seu desejo. Logo que esta negociação é conduzida a seu último limite, e que a relação homem-organização do trabalho fica bloqueada, começa o domínio do sofrimento – e da luta contra o sofrimento (DEJOURS, 1987, p. 15; 1994).

É o enfrentamento desse sofrimento que tem despertado a atenção de muitos pesquisadores, como Oliveira e Alessi (2003, 2005), Brant e Minayo-Gomez (2004), Sato e Bernardo (2005), Ramminger (2006), Ferrer (2007), Borsoi (2008), Honorato e Pinheiro (2007), entre outros.

Nesse sentido, entendo que o trabalho expressa interesses e desejos individuais associados aos institucionais. Desse modo, as instituições devem buscar estratégias que promovam o prazer no trabalho, favorecendo ações de escuta e troca que podem repercutir na construção de um clima favorável no ambiente do trabalho e na saúde mental do trabalhador. Esta é relacionada além do conhecimento e preparo técnico, envolvendo as relações entre os diversos profissionais que constituem o trabalho em saúde. Assim, o trabalho é entendido como dinâmico, transformando-se de acordo com as necessidades dos diferentes atores e contextos envolvidos no processo, exigindo ações na organização e nas relações das equipes de saúde.

Dejours, Dessors e Desriaux (1993) colocam que saúde mental não é a ausência de angústia, nem o conforto constante e uniforme, mas a existência da esperança, das metas, dos objetivos que podem ser elaborados. O que faz as pessoas viverem é o desejo, não só as satisfações. Quando o desejo não é mais possível, surge a perda do vigor, ocasionando sofrimento. Esta situação de angústia e sofrimento pode representar um perigo para o funcionamento psíquico e físico, levando a pessoa a defender-se menos satisfatoriamente e mais facilmente adoecer.

Penso que em muitos momentos o trabalhador de saúde percebe-se como um instrumento que deve funcionar para atender uma finalidade. Na maioria das vezes não possui visibilidade, executando tarefas de forma

rotineira, muitas vezes sem envolvimento, não despertando desejo ou prazer ao realizar seu trabalho. Essa vivência rotineira pode levar ao sofrimento, pois o trabalhador sente-se coisificado, perdendo seu poder de pensar sua atividade.

Interessada na saúde mental do trabalhador e, entendendo que o trabalho pode ser fonte de estresse e sofrimento, fui ao encontro de capacitação através da formação, pesquisa e conhecimento científico para esclarecimento dessa temática que se configurou no problema deste estudo.

Ao ingressar no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, vinculei-me à pesquisa *Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul do Brasil (CAPSUL)*, financiada pelo Ministério da Ciência e Tecnologia através do CNPq, em parceria com o Ministério da Saúde. Essa avaliação é coordenada pela Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas e desenvolvida em parceria com a Escola de Enfermagem da UFRGS e o Curso de Enfermagem da UNIOESTE – Cascavel.

Delimitei como objeto de estudo a análise dos fatores de sofrimento no trabalho e as estratégias de enfrentamento do sofrimento no trabalho de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

Na atualidade, a política oficial do Ministério da Saúde propõe a desativação de leitos psiquiátricos por uma constituição de rede de saúde mental com base na atenção psicossocial, voltando-se para o cuidado no território. Esse processo de desinstitucionalização aponta o CAPS como um dos principais dispositivos operadores de cuidado em saúde mental.

O CAPS busca a desconstrução do manicômio e a construção de um novo projeto de saúde mental em uma instituição que não segrega e não exclui. É um equipamento inserido na gestão pública, alinhado aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), pelos quais acolhe pessoas com transtornos mentais graves e oferece apoio aos seus familiares (BRASIL, 1994).

Ferrer (2007) aponta que esses serviços promovem a criação de um projeto terapêutico que envolve o cuidar de uma pessoa e diferentes atores sociais. Isso exige dos trabalhadores que sua atividade seja realizada em

conjunto, como espaço coletivo de ação e reflexão de suas práticas profissionais.

Assim, as relações de poder e saber da equipe devem ser colocadas em discussão, pois os profissionais nesse modelo de atenção em saúde mental tornam-se polivalentes, transcendendo a área específica de atuação e rompendo com aspectos meramente técnicos. Exige-se um maior envolvimento no atendimento dos usuários, bem como criatividade e flexibilidade no processo de trabalho.

A partir do exposto, questiono: Como tem acontecido o trabalho nos CAPS? Quais estratégias são utilizadas para desenvolver o trabalho? Como as equipes do CAPS têm vivenciado a mudança do modo asilar para o modo psicossocial? Qual a repercussão dessa proposta de trabalho na saúde mental do trabalhador?

Penso que esta pesquisa poderá contribuir em propostas de desenvolvimento do trabalhador, com a qualificação do processo de trabalho no CAPS (facilitando o trabalho em equipe), com a consolidação do modo de atenção psicossocial, com a ampliação de espaços de interlocução e, finalmente, com a manifestação de possibilidades, limites e articulações necessárias para o trabalho e para a saúde mental do trabalhador.

2 OBJETIVOS

Avaliar os fatores de sofrimento no trabalho em uma equipe de um Centro de Atenção Psicossocial.

Identificar as estratégias de enfrentamento do sofrimento no trabalho do CAPS.

3 ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL, PROCESSO DE TRABALHO E SAÚDE MENTAL DO TRABALHADOR

O objeto de estudo desta pesquisa é a saúde mental dos trabalhadores de um CAPS II. Assim, para buscar um conhecimento sobre esse tema e sua posterior análise, defino como seus elementos constitutivos o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira e os referenciais teóricos sobre processo de trabalho e sofrimento no trabalho.

Nos últimos anos a assistência em saúde mental vem sofrendo transformações nas suas práticas e saberes, nos quais deve ser assegurado o respeito aos direitos humanos e civis dos doentes mentais. Além disso, buscase a superação do hospital psiquiátrico por modalidades de atenção alternativas na comunidade e em redes sociais (DESVIAT, 1999).

Essas transformações vêm se consolidando desde a Constituição de 1988 e da Lei 8.080/90, que estipulou os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS): a universalidade, a integralidade e a igualdade da assistência. Imprimiu-se também, ao campo da saúde mental, a compreensão da saúde-doença como processo social, e a conseqüente proposta de um modelo de atenção em saúde concretizado em práticas assistenciais de desinstitucionalização (CAMPOS; SOARES, 2003).

Para uma melhor compreensão da assistência em saúde mental, apresento os marcos fundamentais do modelo psiquiátrico e as principais reformas psiquiátricas. Entendo que esta contextualização possibilita a reflexão das práticas que o trabalhador de saúde mental produz em seu trabalho.

A psiquiatria disseminou a idéia de que a loucura é tema para especialistas, sendo o manicômio um lugar específico de tratamento. Essa *verdade* foi construída historicamente (RAMMINGER, 2006). Na segunda metade do século XVIII, a loucura passou a ser identificada como doença mental, quando o discurso religioso da desrazão foi perdendo gradativamente espaço para alienação; deixou de ser castigo dos deuses e passou a ser objeto da ciência médica. Assim, a internação tornou-se instrumento necessário para a cura (AMARANTE, 1995; RAMMINGER, 2006).

Castel (1978) e Ramminger (2006) referem que esse período inaugurou uma concepção tradicional de saúde mental, colocando-a numa perspectiva estritamente curativa. A disciplina e o isolamento eram os dois princípios básicos que orientavam as ações dos trabalhadores, exercendo um papel de vigilância.

Após a Segunda Guerra Mundial, devido às experiências produzidas pelos regimes totalitários e pela bomba atômica, iniciaram-se movimentos em prol de idéias de liberdade e ampliação dos direitos humanos, levando a questionamentos quanto ao saber e às práticas psiquiátricas (BELMONTE et al., 1998). Observou-se, então, uma tentativa de redefinição das políticas de saúde mental, destacando-se no cenário mundial os movimentos da Psiquiatria de Setor (França), as Comunidades Terapêuticas (Inglaterra) e a Psiquiatria Preventiva (EUA). Propuseram-se reformas na estrutura asilar, sem a radicalidade da desinstitucionalização, sugerida pela Psiquiatria Democrática Italiana (OLIVEIRA; ALESSI, 2005).

Este projeto de desinstitucionalização preconizou a superação do ideal de positividade absoluta da ciência moderna e sua racionalidade de causa-efeito, voltando-se para a invenção da realidade. Nega-se a psiquiatria como ideologia, e busca-se uma concepção mais positiva da loucura, na qual saúde e doença não se opõem como bem e mal, positivo e negativo, mostrando que existe razão na loucura e que a linha de demarcação entre elas jamais é absoluta ou irreversível. Era preciso inventar uma nova instituição que possibilita ao louco apropriar-se ativamente do seu plano de vida e de sua cidadania (OLSCHOWSKY, 2001).

A influência desses movimentos refletiu-se no contexto social brasileiro por volta dos anos de 1970, quando surgiram críticas e denúncias contra violência e abandono das pessoas internadas nos hospitais psiquiátricos. A Reforma Psiquiátrica Brasileira ganhou força em 1987 na I Conferência Nacional de Saúde Mental e no II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental. Apontou-se para um redirecionamento das práticas dos trabalhadores da área, a participação da sociedade civil e a priorização de investimento em serviços extra-hospitalares e multiprofissionais (AMARANTE, 2003).

Amarante (2003) indica que a reforma psiquiátrica é um processo complexo, no qual se articulam quatro dimensões: a epistemológica, que diz respeito a uma reconstrução teórica; a assistencial, que requer a invenção de novos dispositivos de cuidado; a jurídico-política, com revisão da legislação, garantindo os direitos civis, sociais e humanos; e a cultural, que incluiu iniciativas para a transformação do imaginário social sobre loucura.

Assim, o trabalhador de saúde mental:

Se constrói, hoje, na tensão dos discursos que refletem o embate interno ao campo da reforma psiquiátrica – a qual defende um deslocamento do saber médico-psiquiátrico para a interdisciplinaridade, da noção de doença para a de saúde, dos muros dos hospitais psiquiátricos para a circulação pela cidade, do doente mental para o portador de sofrimento psíquico, do incapaz tutelado para o cidadão. O trabalho em saúde mental caracteriza-se, portanto, não apenas pelo conhecimento técnico-científico, mas também pela implicação política e afetiva com a construção de um outro modo de cuidar e entender a loucura (RAMMINGER, 2006, p. 38).

Nesse contexto, na atualidade, configuram-se dois modos paradigmáticos que se diferenciam, tanto em termos dos saberes e das práticas quanto ao discurso que os articula: asilar e psicossocial (COSTA-ROSA, 2000). Este autor refere que se podem encontrar, no modo asilar, as seguintes características, de acordo com:

a) Concepções do *objeto* e dos *meios* de trabalho: quanto às concepções do objeto, a doença é considerada o centro do problema, enfatizando as determinações orgânicas. O tratamento é medicamentoso e não considera a existência do sujeito; a pessoa é apenas um corpo doente; a intervenção é exclusivamente centrada na doença, reforçando o isolamento em relação ao meio familiar e social. Quanto aos meios de trabalho, o sujeito é atendido de forma fragmentada, pois os profissionais da equipe não mantêm relações de trabalho, sendo o prontuário a interconexão, e a instituição ideal para este modo é o hospital psiquiátrico;

b) Formas da organização institucional: caso haja a elaboração de organogramas, esses seriam piramidais ou verticais, pois o fluxo de poder institucional tem apenas um sentido, do ápice para a base;

c) Formas do relacionamento com a clientela: o relacionamento ocorre conforme o suprimento, a carência, a sabedoria e a ignorância, ou seja, relações intersubjetivas verticais, conduzindo o usuário à imobilidade e ao mutismo;

d) Concepção dos efeitos típicos em termos terapêuticos e éticos: como a finalidade do tratamento é a remoção ou o tamponamento dos sintomas, o principal efeito derivado dessa concepção é a cronificação asilar.

No modo psicossocial, por oposição ao modo asilar, encontram-se as seguintes características:

a) Concepções do *objeto* e dos *meios* de trabalho: o sujeito é o principal participante do tratamento e, considerando que o mesmo faz parte de uma família e de um grupo social, estes também devem ser considerados. Os meios básicos de tratamento são: medicação, psicoterapias, laborterapias, socioterapias e dispositivos que visem à reintegração sociocultural. Os meios de trabalho são a equipe interprofissional e os dispositivos institucionais como os CAPS, NAPS, Ambulatórios de Saúde Mental e setores para tratamento da saúde mental em hospitais gerais;

b) Formas de organização institucional: o organograma que representaria este modo se daria na forma horizontal; as relações de poder que se estabelecem dentro da equipe, e desta com os usuários, são lineares;

c) Formas do relacionamento com a clientela: a instituição passa a ser considerada um espaço de interlocução, funcionando como um ponto de fala e de escuta, tanto do usuário quanto da população;

d) Concepção dos efeitos típicos em termos terapêuticos e éticos: além da redução dos sintomas, busca-se como meta principal o reposicionamento subjetivo da pessoa com sofrimento psíquico através da ênfase na singularidade e nas dimensões socioculturais e subjetivas.

Diante dos pólos de contradição das práticas em saúde mental (asilar e psicossocial), pode-se entender o motivo pelo qual atores sociais de diferentes esferas lutam por uma mudança em suas práticas. Essa transformação tem constituído o trabalhador de saúde mental na tensão desses discursos. Essa

mudança paradigmática reflete-se, também, na reformulação dos serviços, na qual a atenção psicossocial tem a ênfase direcionada para o indivíduo em seu contexto familiar e social, levando à construção de serviços substitutivos.

Em termos de serviços substitutivos, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) aparece como uma estratégia terapêutica inovadora, fazendo parte de uma rede que tem como objetivo a inserção social, o respeito ao usuário como cidadão e a promoção da saúde. Assim, os serviços substitutivos devem desenvolver atenção que propicie projetos terapêuticos individualizados e que garantam relações entre trabalhadores e usuários pautados no acolhimento, no vínculo e na responsabilidade de cada membro da equipe. A atenção psicossocial deve incluir ações dirigidas aos familiares e comprometer-se na construção de projetos de inserção social, respeitando as possibilidades individuais e os princípios de cidadania. (BRASIL, 1994).

Os CAPS caracterizam-se como serviços abertos e comunitários do SUS, lugares de referência para os usuários e seus familiares, tirando o foco da doença, passando a ter como objeto de atenção a “existência-sofrimento dos pacientes e sua relação com o corpo social” (ROTELLI et al., 2001, p. 30).

O trabalho do CAPS considera a subjetividade da pessoa, trazendo nova significação individual e social ao ser humano, buscando, assim, uma aproximação com a existência humana, rompendo com a objetivação da loucura e do louco, propondo uma clínica de escuta que vê além do sintoma (COSTA-ROSA, 2003). Estes serviços possuem diversas atividades terapêuticas que podem ou não compor o projeto terapêutico, dependendo das necessidades de cada usuário. As ações podem ser individuais, em grupos, para familiares ou comunidade, ofertando oficinas terapêuticas, psicoterapia individual ou em grupo, atividades artísticas e comunitárias, atendimento domiciliar, orientação e acompanhamento no uso de medicação (BRASIL, 2004).

Freire (2004) aponta que os serviços substitutivos apresentam características que devem ser entendidas no âmbito de um sistema que pressupõe a integralidade das ações no campo da saúde mental, tendo a tomada de responsabilidade, o atendimento à crise e o território como foco de suas ações.

Nesse sentido, a *tomada de responsabilidade* relaciona-se à demanda de saúde mental no território, na qual o serviço se encarrega de acolher e cuidar da pessoa, construindo um plano de ação para cada usuário, comprometido e implicado nos espaços de vida, circulação e sociabilidade.

O *território* não é entendido apenas como espaço geográfico, devendo ser considerados os diferentes espaços e percursos que compõem a vida cotidiana dos usuários.

O *atendimento à crise* é um dos pontos centrais para a atenção em saúde mental no CAPS, pois evita a reinternação e o encaminhamento aos hospitais psiquiátricos. Para tanto, o atendimento e a disponibilidade fazem parte da organização desses serviços, criando condições para atuação em uma rotina extremamente plástica de adequação a imprevisibilidade e instabilidade dos quadros (FREIRE, 2004).

A partir do exposto, torna-se importante pensar na transformação dos trabalhadores do CAPS, dentro desse serviço aberto, com trabalho interdisciplinar e atividades que podem transcender a área específica de atuação do profissional, rompendo com o aspecto meramente técnico, questiona-se: Como esses profissionais têm conseguido trabalhar? Há prazer e/ou sofrimento no trabalho do CAPS? Quais são suas implicações na subjetividade dos trabalhadores?

Entendo que a saúde mental do trabalhador afeta a organização do trabalho e a subjetividade dos trabalhadores, e exige dos profissionais a produção de novos conhecimentos para o seu desenvolvimento. O trabalho precisa ser analisado para além das técnicas de produção, mas considerando a maneira como os trabalhadores o vivenciam e dão sentido às suas experiências.

A subjetivação dos trabalhadores de saúde mental refere-se ao modo predominante como esses se relacionam com o regime de *verdades* que atravessam seu trabalho (como o discurso da reforma psiquiátrica), vendo-se ligados ao cumprimento de determinadas regras estabelecidas por este discurso que, por sua vez, permite seu reconhecimento enquanto trabalhador de saúde mental (RAMMINGER, 2006).

Buscando compreender as implicações dessa transformação do modo asilar para o psicossocial e sua repercussão no trabalho do CAPS, apresento o

referencial teórico sobre processo de trabalho, pois é no cotidiano do serviço que o trabalhador se produz. Mendes-Gonçalves (1992) ressalta a concepção de Marx sobre trabalho, na qual não é visto somente como uma atividade, mas *produz* o homem quando em atividade:

O trabalho é um processo de que participam o homem e a natureza, processo em que o ser humano, com sua própria ação, impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza (...). Atuando sobre a natureza externa e modificando-a, ao mesmo tempo modifica sua própria natureza. (...). Pressupondo o trabalho sob forma exclusivamente humana (...), [o homem] não transforma apenas o material sobre o qual opera; ele imprime ao material o projeto que tinha conscientemente em mira, o qual constitui a lei determinante do seu modo de operar e ao qual tem de subordinar sua vontade. E essa subordinação não é um ato fortuito. Além do esforço dos órgãos que trabalham, é mister a vontade adequada que se manifesta através da atenção durante todo o curso do trabalho. (MARX, 1994, p. 202).

Um dos aspectos importantes que emergem dessa citação é a principal característica do trabalho humano: a intencionalidade, ou seja, o fato de haver uma construção prévia do trabalho, um projeto que o homem traz em mente, ao nível das idéias e intenção do trabalhador antecedendo a sua realização. É essa intencionalidade que faz a distinção entre trabalho humano e animal.

Portanto o trabalho humano é a produção e a reprodução das necessidades sociais em que o próprio homem social é que determina historicamente seus carecimentos, satisfeitos pelo processo social do trabalho. No CAPS, o trabalho é condicionado em uma realidade concreta e complexa, representando múltiplas determinações histórico-sociais. Em outras palavras, é influenciado e influencia as questões técnicas, as relações entre os diferentes atores que o constituem, as políticas de saúde mental e de saúde, as políticas econômicas e sociais, bem como o conhecimento.

Os elementos básicos do processo de trabalho são: o próprio trabalho (ou a atividade orientada a um fim), o objeto de trabalho e os instrumentos ou meios de trabalho, em um *continuum* interdependente (MARX, 1994). O trabalho humano e sua intencionalidade existem desde o momento que inicia no pensamento, nas idéias e na intenção do trabalhador.

Desse modo, para que algo seja objeto de trabalho, é necessária uma construção abstrata de um resultado e objetivo que se quer atingir; utilizam-se instrumentos ou meios de trabalho para alcançar o resultado. A finalidade é um dos elementos do processo de trabalho, caracterizada por uma atividade orientada a um fim. É uma necessidade fundamental para que ocorra todo o processo de trabalho. Isto é, só existirão o objeto e o instrumento de trabalho se existir uma finalidade ou uma necessidade social.

Peduzzi (2001) refere que são as necessidades sociais que movem o sujeito à ação, tendo interiorizado que a finalidade do processo de trabalho tem caráter social. A partir disso, o trabalho pode ser caracterizado como um processo de transformação que acontece quando as necessidades do homem precisam ser satisfeitas.

Mendes-Gonçalves (1992, p. 7) aponta que

toda objetualidade da natureza decorre da presença de um sujeito, para o qual ela é objeto, o que enlaça subjetividade e objetividade de modo inseparável; se esse sujeito transformar a si próprio enquanto se reproduzir às custas de sua metabolização da natureza, ambos tornar-se-ão históricos. Ao mesmo tempo, a transformação do homem encontra seus limites nas suas possibilidades de produzir para si novos "objetos naturais", mas como a natureza contém infinitos objetos em potencial, suporta infinitos projetos e infinitos homens: segue-se que a historicidade de que se revestem homem e natureza é necessariamente aberta.

O ser humano realiza uma atividade de transformação do objeto de trabalho, por meio dos instrumentos, sendo uma prática de produção e auto-produção do trabalhador, sujeito que pensa, cria, usa material e atinge um objetivo/resultado.

Assim, o trabalho do CAPS tem como objeto de trabalho o indivíduo em sofrimento psíquico, tendo a reabilitação psicossocial e a desinstitucionalização, sua finalidade. Esse trabalho é constituído por diversos e diferentes instrumentos, como recursos humanos, materiais e financeiros, organização, planejamento e gestão do trabalho, as relações entre os trabalhadores, entre usuários e territórios, entre outros. Nesse processo, a

historicidade também opera transformações, pois novos modelos de atenção surgiram e, desse modo, constituem os sujeitos e suas ações.

Dessa forma, o trabalho no CAPS é entendido em sua dimensão constitutiva de uma ação coletiva que se constitui e se transforma para satisfazer as necessidades postas pela sociedade em diversos momentos.

Com a proposta da desinstitucionalização, o trabalho em saúde mental é compreendido como prático e em transformação que, desconstrói o manicômio como a solução e propõe que o objeto passa a ser a “existência-sofrimento dos pacientes” ao invés de ser “a doença” e a sua relação como o corpo social, e, torna a desinstitucionalização o processo crítico-prático para a orientação de todos os elementos constitutivos da instituição com um objeto bastante diferente do anterior (ROTELLI, 2001).

Nesse processo, há o trabalho vivo e o trabalho morto. Este é o que resulta de um trabalho humano anterior: o outro é o trabalho em ato, no qual o trabalhador pode usar a criatividade e, de certa maneira, exerce alguma *autonomia* neste processo (MERHY, 1997). Na área da saúde, o trabalho morto configura-se como uma ferramenta para realizar o trabalho vivo na relação com seu objeto, os indivíduos ou grupo de doentes que utilizam os serviços de saúde. Este profissional, por sua vez, precisa utilizar-se de criatividade para exercer sua autonomia e satisfazer as necessidades do usuário, atingindo assim sua finalidade/produto que é o cuidado em saúde com individualidade. A utilização da criatividade nesse processo garantirá a não-cristalização das ações do trabalhador, interrogando o trabalho morto, e abrindo-se para a construção do trabalho no cotidiano.

Na saúde mental, é nesse momento que os trabalhadores confrontam os modelos teóricos sobre a loucura, podendo produzir transformações no trabalho realizado no CAPS ou permanecendo nas práticas asilares. Rabelo e Torres (2006) observam que pensar o perfil de um trabalhador de saúde mental que assume os princípios da reforma psiquiátrica é falar de alguém capaz de negar a possibilidade de uma reação autoritária para com o sujeito que sofre, e de assumir o compromisso de que suas ações sejam recíprocas na construção de autonomia e subjetividade. A negação do autoritarismo requer muito mais do que uma simples mudança de postura individual. Faz-se mister um

compromisso contínuo com a capacidade de confrontar o cotidiano excludente das relações em sociedade.

Entendo o trabalho realizado no CAPS como coletivo e em movimento, constituindo-se e transformando-se para satisfazer as necessidades dos diferentes atores que ali circulam. É no cotidiano do serviço que a multiplicidade de ações e situações é experienciada para atender sua finalidade. Na problematização desse trabalho, o trabalhador vivencia o sofrimento e o prazer, remetendo para uma análise da maneira que esses sujeitos vivenciam e dão sentido às suas experiências no trabalho.

Nesse sentido, a temática *saúde mental e trabalho* é demarcada por dois pólos teóricos: um centrado na motivação e satisfação no trabalho, nas quais o adoecimento psíquico do trabalhador é reflexo das patologias do indivíduo; o outro propõe uma redefinição de saúde mental, de maneira que o trabalho apareça como fator constitutivo do adoecimento e da saúde mental (RAMMINGER, 2006).

Jacques (2003) estabelece quatro correntes de pensamento sobre a saúde do trabalhador: as pesquisas de base epistemológicas e/ou diagnósticas, as teorias sobre o estresse, a psicodinâmica do trabalho e os estudos em subjetividade e trabalho.

Nas abordagens orientadas pelo *diagnóstico*, a saúde mental é estabelecida pela relação com o aparecimento da doença e trabalho, sendo difícil o reconhecimento dessa relação, devido às várias dimensões da vida do sujeito que são envolvidas.

As *teorias sobre estresse* giram em torno do conceito de estresse, embasado nas respostas fisiológicas do organismo frente a situações ameaçadoras. Esse referencial originou modelos mais complexos, incluindo a perspectiva social e a subjetividade, identificado como a síndrome do esgotamento profissional, também chamada de Burnout (RAMMINGER, 2006).

Nos *estudos de subjetividade e trabalho*, este é pensado não apenas como processo de produção de coisas e serviço, mas também dos sujeitos, relativizando as noções de saúde e doença. Ou seja, a saúde mental do trabalhador está relacionada com sua prática reflexiva e com seu protagonismo no trabalho (RAMMINGER, 2006).

A *psicodinâmica do trabalho* está preocupada com uma dinâmica mais abrangente, não se restringindo aos indivíduos, olhando a coletividade e voltando-se para a organização do trabalho, seu conhecimento e as relações do conjunto dos trabalhadores (DEJOURS, 1994).

Os estudos de Dejours são considerados fundamentais para entender os processos de saúde, doença e sofrimento no trabalho. O autor desenvolveu conceitos sobre subjetividade do trabalhador, carga psíquica, motivação e desejo, estratégias defensivas e o papel da organização do trabalho para a compreensão da psicodinâmica do trabalho (DEJOURS, 1994).

Refere o autor que a *subjetividade do trabalhador* é um dos aspectos a serem considerados na luta contra o sofrimento individual ou coletivo.

A *carga psíquica* inscrita na subjetividade deixa claro o caráter qualitativo e dinâmico do trabalho, enquanto vivência articulada às exigências ou pressões do trabalho cotidiano. Esse conceito aproxima a psicopatologia do trabalho à ergonomia, que tem na carga de trabalho um dos seus principais conceitos. Nessa aproximação, a organização do trabalho aparece como central na determinação do sofrimento mental, tendo a liberdade como condição necessária à estabilidade.

A *motivação* e o *desejo* são entendidos como importantes nas relações estabelecidas entre os trabalhadores para organizar trabalho.

A *rigidez* e o *controle administrativo* do trabalho prescrito aparecem como fatores de risco para o aparecimento do sofrimento e ameaça à saúde mental do trabalhador.

As *estratégias defensivas* são mecanismos utilizados pelo trabalhador para enfrentar o sofrimento daquilo que causa dificuldade, percebido como perigoso. Elas têm o objetivo de transformar o trabalho como saudável e prazeroso.

O *papel da organização do trabalho* aparece como um dos conceitos centrais, apontando para a importância das relações do conjunto dos trabalhadores, já que “as abordagens individualizantes não dão conta do sofrimento decorrente do trabalho cujas características são, em grande parte, fixadas independentemente da vontade do sujeito” (DEJOURS, 1994, p. 46).

É na organização do trabalho – entendida como divisão de tarefas e, sobretudo, divisão entre os homens para manutenção das tarefas

representadas pelas hierarquias, responsabilidades e sistema de controles – que devem ser procuradas as forças que empurram os sujeitos em direção ao sofrimento ou ao prazer no trabalho (DEJOURS, 1992).

Nesse sentido, o trabalho do CAPS não deve ser reduzido a condições de trabalho, considerando sua dimensão organizacional. Ou seja, dentro do trabalho deve-se penetrar nas relações sociais e, então, conhecer as interfaces entre o singular e coletivo, entre trabalho e saúde mental. É preciso aproveitá-lo como um espaço de construção de uma prática reflexiva sobre a organização das atividades, das relações entre os trabalhadores, na qual a subjetividade, a motivação e os desejos aparecem como centrais em sua organização, podendo produzir prazer e/ou sofrimento.

A psicopatologia do trabalho propõe olhar o sujeito dentro dessas relações com o coletivo sob um duplo enfoque: dos procedimentos defensivos contra o sofrimento no trabalho e da ressonância simbólica da história singular do sujeito à história atual e pública no trabalho. A organização do trabalho é vista como uma relação socialmente construída, não somente em sua dimensão tecnológica. Interessa identificar as relações entre condutas, comportamentos, vivências de sofrimento e de prazer e como o trabalho se organiza nesse contexto, entendendo o papel da subjetividade e a compreensão das estratégias e dos mecanismos defensivos estruturados pelos próprios trabalhadores na cena do trabalho (DEJOURS, 1992, 1994).

Desse modo, quando se esgota a possibilidade de negociação entre trabalhador e a organização do trabalho, surge o sofrimento. A luta contra esse sofrimento caracteriza-se no trabalho como estratégias coletivas de defesa, que podem ser muito úteis, pois permitem que as pessoas continuem trabalhando e sobrevivendo à angústia.

Sobre o trabalho e sua organização, Dejours (1994, p. 24) refere que:

- O organismo do trabalhador não é um “motor humano”, na medida em que é predominantemente objeto de excitações, tanto exógenas como endógenas.
- O trabalhador não chega ao seu local de trabalho como uma máquina nova. Ele possui uma história pessoal que se concretiza por uma certa qualidade de suas aspirações, de seus desejos, de suas motivações, de suas necessidades

psicológicas, que integram sua história passada, conferindo a cada indivíduo características únicas e pessoais.

- O trabalhador, em razão de sua história, dispõe de vias de descarga preferenciais que não são as mesmas para todos e que participam na formação daquilo que denominamos estrutura da personalidade.

Nesse sentido, o trabalho torna-se perigoso ao homem quando se opõe à sua livre atividade. O bem-estar psíquico não provém da ausência de funcionamento, mas, ao contrário, de um livre funcionamento em relação ao conteúdo da tarefa. Se o trabalho favorece esse livre funcionamento, ele será fator de equilíbrio; se ele se opõe, será fator de sofrimento e de doença (DEJOURS; DESSORS; DESRIAUX, 1993). Assim, o trabalho que permite a diminuição da carga psíquica é equilibrante; o que se opõe a essa diminuição é vivenciado como fatigante.

A carga psíquica do trabalho resulta da confrontação do desejo do trabalhador à injunção do empregador, contida na organização do trabalho. Em geral, a carga psíquica de trabalho aumenta quando a liberdade de organização diminui. E, quando não há mais arranjo possível dessa organização pelo trabalhador, abre-se o domínio do sofrimento. E se uma interrupção do trabalho não vem interromper a evolução do processo, se nenhuma modificação da organização do trabalho intervém, então o trabalho fatigante pode desencadear a patologia (DEJOURS, 1992).

Para transformar um trabalho fatigante em um trabalho equilibrante, Dejours (1994) sugere flexibilizar a organização do trabalho, de modo a permitir maior liberdade para cada um reorganizar seu modo operatório e para encontrar atividades e atitudes que são capazes de fornecer prazer, isto é, uma expansão ou uma diminuição de sua carga psíquica de trabalho. Na impossibilidade de liberalizar a organização do trabalho, precisa-se encarar uma reorientação profissional que leve em conta as aptidões do trabalhador e as necessidades de sua economia psicossomática, pois o pleno emprego das aptidões psicomotoras, psicossensoriais e psíquicas parece ser uma condição de prazer do trabalho.

O autor aponta também que a fonte de equilíbrio para uns, é a causa de fadiga para outros e que se costuma separar a carga de trabalho em carga física e carga psíquica. Esta – que, em primeiro lugar e antes de tudo, é

qualitativa – é uma vivência que não pode ser quantificada, pois o prazer, a satisfação, a frustração e a agressividade dificilmente se deixam dominar por números.

A subjetividade da relação homem-trabalho tem muitos efeitos concretos e reais, mesmo que descontínuos. Sua marca encontra-se no absenteísmo, nas greves ou naquilo que alguns nomeiam *presenteísmo*, isto é, um engajamento excessivo a uma tarefa por certos trabalhadores, do qual ninguém seria capaz de atenuar o ardor desencadeado (DEJOURS, 1994).

Dejours propõe uma compreensão da relação entre trabalho e saúde mental, sendo importante compreender que o trabalho nem sempre é patogênico; ele tem, ao contrário, um poder estruturante frente à saúde mental e à saúde física, colocando na história primária dos indivíduos a principal razão do modo de expressão do sofrimento psíquico. O trabalho define o momento da expressão do sofrimento, que resulta da estrutura psíquica característica do indivíduo. Assim, seu impacto é considerado individualmente, separado de outros sujeitos, mas certas regulações da relação saúde mental-trabalho passam pelo coletivo.

Nesse sentido, Dejours e Jayet (1994) citam algumas expressões que devem ser percebidas como sofrimento no trabalho:

- Atitudes agressivas;
- Preocupação em relação a situações de trabalho particularmente penosas e/ou perigosas;
- Diminuição e até mesmo desaparecimento das festas e reuniões coletivas, testemunhando a alteração do clima psicológico;
- Medo dos boatos e desconfiança em relação aos outros;
- Morosidade, desânimo, desencorajamento e até mesmo resignação, que são freqüentemente evocados nas reuniões de trabalho,
- Sentimento de não reconhecimento dos méritos do trabalhador pelos colegas e pela empresa,
- Vivência de injustiça e iniquidade em face aos níveis de remuneração;
- Tensões entre equipes que podem se cristalizar em conflitos abertos;
- Crises no interior de uma ou várias equipes que dividem os trabalhadores;

- Destruição da confiança recíproca; da unidade e da solidariedade entre trabalhadores,
- O desenvolvimento de um “individualismo” e de um fechamento de cada um em sua esfera privada, sendo considerada uma válvula de segurança; e
- O sinal de uma desorganização dos vínculos afetivos e profissionais entre os trabalhadores, causando sofrimento nas relações.

Buscando mascarar e ocultar o sofrimento no trabalho, Dejours (1994) descreve uma ideologia que utiliza mecanismos de defesa elaborados pelos trabalhadores na cena do trabalho para enfrentar o sofrimento:

- Desvincular-se das responsabilidades, não tomando mais iniciativas, e cercar-se de proteção em caso de dificuldades, remetendo-se sempre aos escalões superiores e atendo-se apenas às necessidades de execução do trabalho;
- Atitude de fechamento em uma autonomia máxima, de silêncios frente à hierarquia superior, adotando uma ideologia de “cada um para si”;
- Desconfiança sistemática;
- Não mais se dirigir ao seu superior imediato, passando diretamente ao profissional posicionado mais acima na hierarquia;
- Enfrentar o sofrimento no silêncio e só verbalizá-lo no consultório médico. Isso é considerado a individualização máxima do sofrimento e ocorre porque as defesas coletivas não são mais eficazes;
- Desfazer-se de certo número de pressões, de trabalhos particularmente penosos, subcontratando empresas externas para sua execução;
- Recusar-se a cumprimentar os colegas. Ou seja, para evitar o sofrimento, evita-se não só o conflito, mas tudo aquilo que representa uma ocasião para que o conflito aconteça (conversas, cumprimentos, refeições juntos);
- Denunciar outros grupos/equipes como incompetentes, resultando na união das pessoas se apóiam essencialmente sobre a denúncia, sobre a agressividade contra um inimigo comum;

- Equipes de trabalho fortemente diferenciadas pelo estilo de relações ou por opção de técnicas defendidas como comuns;

Uma defesa muito particular consiste em evitar todas as ocasiões de discussão, de desconfiar e de não se envolver, privilegiando os momentos nos quais a discussão não é mais possível. Trata-se de uma espécie de engajamento na ação e no ativismo, tanto mais intenso quanto mais ele permitir. Ou seja, não pensar mais, não refletir mais e mesmo não perceber mais o sofrimento. À força de trabalhar mais rápido, aumentar o número de horas de trabalho, de aceitar qualquer posto de trabalho possível. É assim que alguns lutam contra a tensão e o sofrimento no trabalho. Esse ativismo transforma-se em um freio à discussão e à negociação das condições e da organização do trabalho (DEJOURS, 1994).

Frente aos mecanismos defensivos, entende-se que o trabalhador está buscando uma adaptação e enfrentando o sofrimento. Assim, a organização do trabalho deve compreender a procura, a descoberta, o emprego e a experimentação de um compromisso entre os desejos e a realidade. Porém, quanto mais inflexível e rígida for esta organização, menor é a adaptação do trabalho à personalidade, menor é o conteúdo significativo do trabalho e menores são as possibilidades de mudá-lo, aumentando o sofrimento (DEJOURS, 1992).

Quando esse sofrimento pode ser transformado em criatividade, trazendo uma contribuição que beneficia a identidade e aumenta a resistência do trabalhador ao risco de desestabilização psíquica e somática, o trabalho passa a funcionar como um mediador para a saúde. Ao contrário, quando a situação de trabalho, as relações sociais de trabalho e as escolhas gerenciais empregam o sofrimento no sentido patogênico, o trabalho funciona como mediador da desestabilização e da fragilização da saúde (DEJOURS, 1994).

Desse modo, as pressões do trabalho são vivenciadas de forma singular por cada um. Há uma compreensão diferente das situações, sendo acionadas defesas contra o sofrimento e o adoecimento, ou sendo vividas como prazer.

Mauro (1996) considera que algumas situações são inevitáveis ao trabalhador, no seu contexto biopsicossocial, podendo repercutir no seu trabalho e qualidade de vida. São elas: vida pessoal, pressão demográfica,

obilização social, estrutura familiar, diferenças socioculturais, meio ambiente de trabalho. Na vida pessoal, a forte carga emocional leva ao estresse psicossocial com repercussões somáticas e psicológicas. No meio ambiente de trabalho, a vida do indivíduo sofre a influência do trabalho com dificuldades de várias naturezas: de ordem social, como organização do trabalho, mudança na hierarquia, relação de poder, entre outras, provocando sensação de fadiga e aborrecimentos.

Assim, o autor observa que a saúde mental do trabalhador deve ser um estado em que ele: tenha o vigor físico e intelectual para o desempenho das atividades normalmente esperadas de indivíduos de sua idade; não apresente alterações na sua estrutura orgânica e psicossocial que causem dor ou desconforto ou possam ser origem de doença; e mantenha harmonia e equilíbrio em suas funções mentais suficiente para uma vida normal de relação com os seus companheiros dentro da cultura a que pertence (MAURO, 1996).

Entendemos que a transformação do modelo de atenção em saúde mental tem influenciado mudanças no trabalho do CAPS, bem como no trabalhador. Assim, identificar os fatores que podem levar ao prazer e/ou sofrimento, considerando a subjetividade e a organização desse trabalho possibilitará olhar para os desafios necessários na construção/reconstrução dessa prática que se constitui subjetiva e objetivamente como um trabalho técnico, científico e político.

4 METODOLOGIA

Neste capítulo, apresento o referencial metodológico e o processo de investigação.

4.1 Tipo de estudo

Este estudo caracterizou-se como uma pesquisa avaliativa, descritiva, analítica e do tipo estudo de caso com abordagem qualitativa. A pesquisa qualitativa apresenta como objetivo primordial a descrição das características de um determinado grupo, população ou fenômeno e, por isso, tem caráter descritivo e analítico, por propor a extração de temas a partir dos dados e discussão dos mesmos (GIL, 1999; CERVO; BERVIAN, 1996).

A abordagem qualitativa possibilita desvendar valores, atitudes, crenças e aspirações que pertencem a “espaços mais profundos das relações”; a preocupação não é com a generalização dos dados obtidos e, sim, com a compreensão abrangente e profunda (MINAYO, 2006). A opção por esta abordagem justifica-se porque a saúde mental do trabalhador é um fenômeno complexo e envolve situações de vida e relações sociais em um determinado contexto.

Assim, pretendo realizar um estudo de caso, o qual busca retratar a realidade, enfatizando a interpretação para uma apreensão e compreensão mais completa de um fenômeno específico (LÜDKE; ANDRÉ, 1986).

O estudo de caso visa a apreender uma situação tecnicamente única, pois potencializa a descrição do contexto real em que ocorre a intervenção, explorando e evidenciando as várias fontes do fenômeno (YIN, 2005). Dessa maneira é possível observar a realidade concreta do funcionamento de um CAPS, acessando informações privilegiadas e detalhadas, oportunizando conhecer, compreender e retratar o cotidiano dos trabalhadores de saúde do CAPS. É possível, também, analisar os fatores de sofrimento no trabalho e

identificar as estratégias utilizadas pela equipe para o enfrentamento desse sofrimento.

Proponho, uma avaliação qualitativa proposta por Egon G. Guba e Yvona S. Lincoln (1989), denominada *Avaliação de Quarta Geração*, adaptada por Wetzel (2005). No Brasil, esta metodologia foi utilizada por Furtado (2001) e Wetzel (2005). O primeiro desenvolveu o processo avaliativo em um serviço de atendimento domiciliar no contexto da desinstitucionalização de serviços e programas de saúde, e a segunda realizou uma avaliação em um CAPS do estado do Rio Grande do Sul.

Guba e Lincoln (1989) referem que o campo da avaliação vem sofisticando-se desde seu surgimento, podendo ser dividido em quatro gerações conforme o percurso histórico dos últimos 100 anos. A primeira geração caracterizou-se pela mensuração e estaria atrelada à avaliação do desempenho de escolares. O avaliador, nesta geração, é essencialmente um técnico que deve construir e usar instrumentos que meçam, entre outros, resultados escolares, inteligência, produtividade dos operários etc. (GUBA; LINCOLN, 1989).

Caracterizada pela descrição, nasce com a segunda geração a avaliação de programas, que surgiu a partir da necessidade de saber como funcionam, na prática, os currículos escolares, identificando e descrevendo o processo e como a atividade atinge seus resultados. O papel do avaliador era de um descritor. A medição não era mais tratada como equivalente à avaliação, mas definida como um instrumento que poderia ser usado a seu serviço (GUBA; LINCOLN, 1989).

A inclusão do julgamento no ato de avaliar marcou a emergência da terceira geração, na qual avaliadores eram caracterizados por seus esforços em realizarem julgamentos, assumindo o papel de juízes, apesar de manterem a função técnica e descritiva (GUBA; LINCOLN, 1989).

No entanto para Guba e Lincoln (1989) existem pelo menos três grandes problemas e limitações nas três gerações: a tendência à supremacia da visão gerencial; a incapacidade de acomodar o pluralismo a valores e projetos envolvidos em torno de algum programa; e a hegemonia do paradigma positivista. A partir dessas críticas, propuseram uma avaliação inclusiva e

participativa, que intitularam Avaliação de Quarta Geração (GUBA; LINCOLN, 1989).

Este método propõe uma avaliação responsiva, baseada no referencial construtivista. É responsivo, pois permite designar uma forma diferente de focalizar a avaliação na decisão dos seus parâmetros e limites, caracterizando-se como um processo interativo e de negociação que envolve grupos de interesse, que determinam quais questões são colocadas e quais informações são buscadas. É construtivista, pois se caracteriza como um processo interativo e de negociação.

Na avaliação, as demandas, preocupações e questões sobre o objeto a ser avaliado são identificadas por conjuntos formados por organizações, grupos ou indivíduos com características comuns que têm algum interesse na performance, no produto ou no impacto do objetivo de avaliação.

Guba e Lincoln (1989) distinguem três diferentes grupos de interesse: 1) os agentes: pessoas envolvidas em produzir e implementar o serviço; 2) os beneficiários: pessoas que se beneficiam, de alguma forma, com o uso do serviço; 3) as vítimas: pessoas afetadas negativamente pelo serviço.

O pesquisador deve identificar os diferentes grupos de interesse envolvidos no fenômeno a ser avaliado e, a partir dessa constatação, elaborar o Círculo Hermenêutico Dialético com cada grupo de interesse (GUBA; LINCOLN, 1989).

Para este estudo, defini como grupo de interesse a equipe de trabalhadores do CAPS. Esta opção está relacionada à temática desta pesquisa, ou seja, a saúde mental dos trabalhadores, pois entendo que essas pessoas produzem o serviço e vivenciam o processo de trabalho, dando voz às suas reivindicações e preocupações.

4.2 Local do estudo

O trabalho de campo foi realizado no Centro de Atenção Psicossocial II Flávio Dantas de Araújo, localizado na cidade de Foz do Iguaçu, no Paraná.

Tratou-se de uma escolha intencional, relacionado com a pesquisa Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul do Brasil (CAPSUL), financiada pelo Ministério da Ciência e Tecnologia através do CNPq, em parceria com o Ministério da Saúde. Essa avaliação é coordenada pela Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas e desenvolvida em parceria com a Escola de Enfermagem da UFRGS e o Curso de Enfermagem da UNIOESTE – Cascavel.

Esta escolha também esteve relacionada com a adequação à normatização definida na portaria n. 336/2002, por tratar-se de um CAPS em processo de consolidação e disponibilidade de os grupos de interesse aderirem à proposta da pesquisa.

4.3 Sujeitos do estudo

Na abordagem qualitativa de pesquisa, o critério de inclusão não é numérico; preocupa-se “menos com a generalização e mais com o aprofundamento, abrangência e compreensão”, devendo ser identificados sujeitos que podem oferecer maior amplitude e variação do fenômeno em estudo (MINAYO, 2006, p. 102).

O grupo de interesse escolhido para participar deste estudo foi a equipe multiprofissional do CAPS. Foram incluídos todos os trabalhadores do CAPS Flávio Dantas de Araújo que possuíam vínculo empregatício com o serviço, totalizando dez trabalhadores que atuavam no momento da coleta de dados, e que concordaram em participar do estudo. Entre eles eram dois psiquiatras, duas psicólogas, uma enfermeira, uma assistente social, uma técnica de enfermagem, uma funcionária de serviços gerais e dois estagiários, sendo um da área de psicologia e outro da educação física. Dos dez trabalhadores entrevistados, um possuía vínculo efetivo, 7 tinham contrato temporário e dois eram estagiários remunerados.

4.4 Coleta de dados

Os instrumentos utilizados para coleta das informações foram a observação de campo e as entrevistas individuais. A observação, de acordo com Lüdke e André (1986), possibilita que o pesquisador tenha um contato pessoal e estreito com o fenômeno pesquisado. Este instrumento permite uma experiência direta com os sujeitos do estudo e com os eventos dentro do estudo de caso.

A coleta dos dados foi realizada nos meses de novembro e dezembro de 2006. Inicialmente, realizou-se um contato prévio com a Coordenadoria Municipal de Saúde Mental da cidade de Foz do Iguaçu para pedir uma autorização prévia. Após este primeiro contato, o projeto foi encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS (ANEXO A) e, a seguir, foi solicitada autorização a para coordenadora do CAPS Flávio Dantas de Araújo.

Desse modo, as observações foram iniciadas no dia 20 de novembro e estenderam-se até 8 de dezembro de 2006, seguindo, rigorosamente, todos os dias da semana. Elas ocorreram num período de 297 horas. A primeira semana do trabalho de campo foi dedicada à observação de todas as atividades desenvolvidas no CAPS concomitante à identificação dos sujeitos a serem entrevistados.

O registro das observações deu-se através das anotações de campo de natureza descritiva, tipo de registro comentado por Triviños (1987) que compreende a descrição de comportamentos, ações, atitudes e traços concretos dos sujeitos, nunca abstratos; descrição do meio físico e das atividades específicas que se desenvolvem no local do estudo. Assim, a observação possibilitou compreender o contexto do CAPS, oportunizando a percepção de ocasiões que não são identificadas pelos trabalhadores e fornecendo informações que não são conseguidas através da entrevista. As observações tiveram um roteiro previamente estabelecido (ANEXO B). Na apresentação dos resultados, as observações foram especificadas com a letra "O" e o número de acordo com a ordem cronológica de realização, sendo referenciadas da seguinte forma: O1, O2, O3 etc.

Também foram realizadas entrevistas semi-estruturadas, contendo dados de identificação do entrevistado e questões norteadoras referentes ao estudo (APÊNDICE A). Lüdke e André (1986) afirmam que a entrevista possibilita o acesso imediato à informação desejada, permitindo o levantamento de opiniões sobre pontos já definidos por outra técnica de coleta de dados.

Após a explicação do objetivo do estudo e do aceite do sujeito para participar da pesquisa, as entrevistas foram agendadas e realizadas de acordo com a disponibilidade dos entrevistados no próprio CAPS.

Para a redação das entrevistas com os trabalhadores do CAPS, utilizei as especificações E1, E2, E3 etc., sendo o número de acordo com a ordem crescente de realização, buscando manter o anonimato dos participantes.

Todos os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B), permanecendo uma via com o pesquisador e outra com o sujeito do estudo. As entrevistas foram implementadas através do Círculo Hermenêutico Dialético, permitindo que o entrevistado falasse livremente sobre o tema proposto.

4.4.1 Aplicação prática da coleta de dados

O Círculo Hermenêutico Dialético é utilizado na Avaliação de Quarta Geração, como um caminho para alcançar o caráter construtivista e participativo. É hermenêutico porque tem caráter interpretativo, e dialético por implicar em comparação e contraste de diferentes pontos de vista, objetivando um alto nível de síntese (GUBA; LINCOLN, 1989).

Os autores sugerem passos para identificar as diferentes reivindicações, percepções, preocupações entre outras questões existentes no contexto a ser investigado. Assim, desenvolveram-se os seguintes, conforme adaptação de Wetzel (2005):

- 1) Contato com o campo e apresentação da proposta: foi realizado contato com equipe do CAPS II Flávio Dantas de Araújo, após contato prévio com a coordenadora municipal de saúde mental de Foz do Iguaçu. Apresentou-

se e discutiu-se a proposta da pesquisa, sendo negociada a participação e o envolvimento de todos que seriam alvo do estudo.

2) Organização da avaliação: nesta etapa, a principal tarefa era ganhar o direito de entrada, buscando ganhar a confiança da equipe, pois, para falarem de seu trabalho no CAPS, era necessária a interação, permitindo que pesquisador e sujeitos do estudo se conheçam.

3) Identificação dos grupos de interesse: grupos ou pessoas que são potencialmente vítimas ou beneficiárias do processo avaliativo. No estudo, a equipe foi definida como o grupo de interesse, frente à temática *saúde mental do trabalhador*. Foram incluídos todos os trabalhadores do serviço.

4) Desenvolvimento de construções conjuntas: esta fase envolveu a aplicação do Círculo Hermenêutico Dialético (Figura 1), sendo realizado na segunda e terceira semana do trabalho de campo. Para construir o Círculo Hermenêutico Dialético foi convidado um primeiro entrevistado (E1) para responder a primeira questão norteadora, descrevendo seu trabalho no CAPS, seguida de indagações sobre o sofrimento no trabalho e as estratégias de enfrentamento.

Conforme Guba e Lincoln (1989), o primeiro entrevistado (E1) é selecionado por qualquer razão, seja por saliência deste indivíduo no grupo, por estar em posição estratégica, por assumir uma liderança dentro do grupo ou por interesse ou conveniência do pesquisador. Neste estudo, o primeiro entrevistado foi selecionado pela disponibilidade de tempo para agendamento da entrevista.

Temas centrais, conceitos, idéias, valores, problemas e questões propostas por E1 foram analisados pelo pesquisador, em uma formulação inicial da sua construção, denominada C1.

Na continuidade do Círculo Hermenêutico, realizou-se a entrevista com o segundo profissional da equipe, denominado E2. Nesse segundo momento, E2 colocou suas próprias questões e, se as questões elaboradas em C1 não aparecessem espontaneamente na fala de E2, o entrevistador introduziria temas da análise da entrevista com E1 para ser comentado. Assim, a entrevista com E2 produz informações e novas sínteses sobre as questões elaboradas por E1 e pelo próprio pesquisador, gerando a elaboração da segunda

construção (C2) e assim ocorre até chegar ao último entrevistado, fechando o círculo entre os participantes.

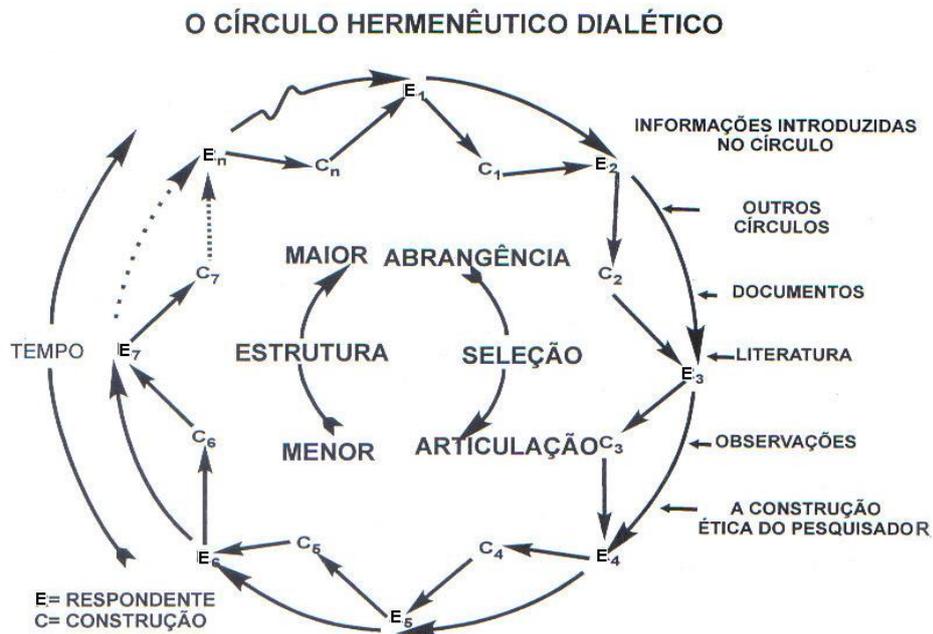


Figura 1 - Tradução do Círculo Hermenêutico Dialético

Fonte: Wetzel (2005) a partir de Guba e Lincoln (1989 p.152)

5) Ampliando construções conjuntas: a partir dos entrevistados, outras informações disponíveis podem promover as construções levando-as a um alto grau de sofisticação. Estas informações foram buscadas na observação de campo, que trouxe aspectos pontuais do funcionamento do serviço; na literatura produzida sobre CAPS, reforma psiquiátrica e legislação em saúde mental. Nesse sentido, foi discutida com os trabalhadores a portaria 336/2002, juntamente com experiências desenvolvidas em outros CAPS, tendo o cuidado que essas informações pudessem ser questionadas e/ou criticadas.

6) Preparando a apresentação para o grupo de interesse: essa etapa constitui-se na organização das construções de cada entrevistado, visando à apresentação para os mesmos de forma que tivessem acesso à totalidade das informações para ratificarem ou retificarem-nas. Nessa etapa, organizou-se o

material para exposição ao grupo e negociou-se dia, horário e local do encontro dos participantes.

7) Realizando a reunião de negociação: nessa etapa todos entrevistados foram reunidos para apresentação do material analisado (provisório), a partir de suas entrevistas, tendo, desse modo, acesso às informações. Na pré-análise, as estruturas de relevância apresentadas foram: atenção psicossocial, gestão, sofrimento no trabalho e estratégias de enfrentamento. Essa etapa foi realizada com todos os trabalhadores do CAPS e também foi convidada a coordenadora de saúde mental do município, uma vez que o grupo de interesse fez essa solicitação à pesquisadora. O material organizado foi apresentado para o grupo com o objetivo de validar as informações e/ou modificá-las, possibilitando, desse modo, o acesso a todas as informações obtidas durante a coleta de dados. Esse espaço buscou propiciar uma capacidade de crítica sobre o trabalho no CAPS, sofrimento e estratégias de enfrentamento.

4.5 Análise dos dados

A análise das informações teve início simultâneo à coleta de dados, pois na Avaliação de Quarta Geração, a análise e coleta de dados são processos paralelos, um direcionando o outro. De acordo com esta metodologia de avaliação participativa, os sujeitos interferem nos processos (WETZEL 2005).

Após a transcrição das entrevistas na íntegra e da organização das anotações de campo, utilizaram-se os passos de análise sugeridos por Minayo (2006). Esta análise é constituída de três passos fundamentais:

1º) Ordenamento dos dados: esta fase englobou tanto as entrevistas quanto o conjunto do material de observação e dos documentos. Também incluiu transcrição de fitas-cassete, releitura do material, organização dos relatos em determinada ordem, indicando um início de classificação e organização dos dados de observação, dando um mapa horizontal das descobertas no campo.

2º) Classificação dos dados: nessa etapa o processo de construção do conhecimento se complexifica, sendo dividido nas seguintes etapas:

- Leitura horizontal e exaustiva de cada entrevista e de outros documentos, iniciando-se uma busca de coerência interna com as informações. Esse material permitiu apreender as estruturas de relevâncias, as idéias centrais sobre o tema *saúde mental do trabalhador*, colaborando na construção de categorias empíricas, aquelas “criadas a partir do material de campo, contendo e expressando relações e representações típicas e específicas do grupo em questão” (MINAYO, 2006, p. 355).

- Leitura transversal é o recorte de cada entrevista em estruturas de relevância ou temas, iniciando o processo classificatório, separando os temas por partes semelhantes juntas, buscando perceber conexões e agrupando tudo em número menor de temas. Busca-se compreender e interpretar o que foi informado com mais relevância sobre a saúde mental do trabalhador.

Assim, nessa etapa foram destacadas as seguintes estruturas de relevância ou temas: necessidade de recursos humanos e material, demanda diária elevada de usuários, vínculo empregatício, arranjos para o trabalho, necessidade de capacitação e supervisão, adequação na estrutura física, falta de tempo para planejar e pensar o trabalho, sobrecarga, desconhecimento do trabalho no CAPS, terapia individual, compartilhamento da ansiedade com a equipe, compartilhamento do trabalho com usuários, simpatia, afetividade, isolamento, adaptação ao cotidiano do trabalho.

3º) Análise final: após reflexão sucessiva sobre as estruturas de relevância, procurou-se articular as informações com o referencial teórico e os objetivos do trabalho, buscando as inter-relações e conexões entre os temas, refinando o movimento classificatório de análise.

Assim, constituíram-se os seguintes temas de análise: características do trabalho no CAPS, sofrimento e, enfrentamento do sofrimento no trabalho.

4.6 Considerações éticas

Para garantir as questões éticas que envolvem a realização dessa pesquisa, o projeto foi submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa da

Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), com parecer número 2006629 favorável.

Após, solicitou-se a autorização à coordenadora de saúde mental do município de Foz do Iguaçu e à coordenadora do CAPS Flávio Dantas de Araújo para participação e início da investigação, informando os objetivos e os princípios éticos do estudo.

Posteriormente, os profissionais de saúde do CAPS em estudo foram apresentados à pesquisa no qual foram especificados: os objetivos do estudo, os princípios éticos e a metodologia da coleta de dados. Os sujeitos foram convidados a participar da pesquisa e aqueles que concordaram assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE B), conforme a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996). Por envolver seres humanos, esta pesquisa procurou atender às exigências éticas e científicas fundamentais, como a autonomia, a beneficência, a não-maleficência, a justiça e a equidade. As gravações das entrevistas serão guardadas por cinco anos e após serão incineradas, conforme recomendação da Lei de Direitos Autorais 9.610/98 (BRASIL, 1998).

média entre o inverno e o verão. Por isso os verões costumam ser muito quentes, com máximas médias em torno dos 32°C, por vezes chegando a superar a marca dos 40°C.

As principais fontes de renda de Foz do Iguaçu são o turismo e a geração de energia elétrica. A cidade é famosa por suas atrações turísticas que atraem pessoas do Brasil e do mundo. Entre elas estão as Cataratas do Iguaçu, o Parque Nacional do Iguaçu (Patrimônio Mundial Natural da Humanidade, tombado pela UNESCO), a Hidrelétrica Binacional de Itaipu (maior hidrelétrica do mundo), o Marco das Três Fronteiras, a Foz do Rio Iguaçu no Rio Paraná, a Ponte Internacional da Amizade (divisa entre Brasil e Paraguai), o Parque das Aves (com aproximadamente 900 aves de 150 espécies).

Foz do Iguaçu conta, de acordo com as estatísticas dos Serviços de Saúde 2002-2003, com 57 estabelecimentos de saúde, sendo que 23 são públicos municipais e 34 são privados. Entre todos, 40 estabelecimentos prestam serviços ao SUS e 17 possuem atendimento particular (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2006).

A rede municipal de assistência está organizada de acordo com a Gestão Plena Municipal junto ao Sistema Único de Saúde (SUS), sendo dividida em distritos sanitários das regiões Nordeste, Norte, Oeste, Sul e Leste. A cidade conta, ainda, com uma rede municipal de assistência em urgência e emergência, composta pelos seguintes serviços: Hospital Costa Cavalcanti, com 116 leitos; Hospital Cataratas, com 66 leitos, Hospital Municipal, com 300 leitos com serviços especializados para atendimento a gestantes brasiguaias, reabilitação auditiva e fisioterapia, especialidades odontológicas, laboratório municipal e serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU).

A rede municipal de saúde mental está composta por um ambulatório, que funciona como regulador, um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad), o Centro de Atenção Psicossocial Flávio Dantas de Araújo, o Hospital Dia Renascer, o Hospital Psiquiátrico Vera Cruz (privado conveniado pelo SUS), a Comunidade Terapêutica Ancoradouro (privado convênio com a Prefeitura de Foz do Iguaçu) e a Associação Pais, Parentes e Amigos dos Doentes Mentais (APPADOM).

O município estava construindo uma unidade de internação psiquiátrica no hospital municipal. No período da coleta de dados, visitou-se a construção. A obra seguia as normas da portaria n. 189, de 22 de março de 2002, em aspectos como: andar térreo, acesso próprio e área de lazer. Após a inauguração, o município espera não usar mais o Hospital Vera Cruz para as internações psiquiátricas (BRASIL, 2004).

O projeto da rede de saúde mental de Foz do Iguaçu tem definido como objetivo geral avançar na implementação da reforma psiquiátrica no município, através de ações que possibilitem uma ampla rede de saúde mental, fomentando serviços que substituam o modelo hospitalocêntrico, garantindo a autonomia das pessoas (ANEXO C).

Dentre os objetivos específicos do projeto, destacam-se:

- Estimular a ampliação e a qualificação de uma ampla rede de atenção integral em saúde mental;
- Criar os Centros de Atenção Psicossocial, conforme a demanda da população, com uma equipe mínima conforme a portaria 336;
- Garantir vagas para internações em hospital-geral para atendimento dos pacientes em casos de crises agudas;
- Garantir vagas no ambulatório de saúde mental para pacientes saídos da internação do hospital-dia conveniado do SUS e, a partir da indicação técnica da equipe do ambulatório de saúde mental, encaminhar para a rede de atenção básica de saúde;
- Garantir vaga em hospital psiquiátrico conveniado à pessoa que se encontra em crise aguda, a partir da indicação do médico psiquiatra do Ambulatório de Saúde Mental, bem como pelo TFD (tratamento fora domicílio), sempre levando em consideração a portaria 224 do Ministério da Saúde e a saída do modelo hospitalocêntrico;
- Sensibilizar e instrumentalizar a equipe de profissionais do pronto-atendimento 24 horas para o atendimento das emergências psiquiátricas, seguindo o fluxo de atenção em saúde mental;
- Garantir um programa de qualificação e supervisão clínico-institucional, conforme a portaria 1174;
- Sensibilizar e instrumentalizar as equipes do PSF (Programa de Saúde da Família) para o atendimento e o acompanhamento de pacientes crônicos;

- Implantar o Programa de Redução de Danos em parceria com o Programa Municipal de DST/AIDS;
- Criar serviços de apoio a familiares, visando ao tratamento integral dos pacientes;
- Estabelecer parceria com as instâncias de controle social, buscando fortalecimento das ações em saúde mental, através da participação na Comissão de Saúde Mental e nos conselhos;
- Estabelecer parceria com a APPADOM, visando ao fortalecimento das ações em saúde mental;
- Promover e organizar uma rede horizontal de saúde mental, instrumentalizando os profissionais de saúde de forma a prestarem atenção integral com responsabilidade, continuidade e planejamento terapêutico pautado na inclusão social dos portadores de sofrimento psíquico.

O CAPS Flávio Dantas de Araújo iniciou suas atividades em 2004, tendo este nome em homenagem a um psicólogo cearense que veio para Foz do Iguaçu. Foi presidente do Conselho Municipal da Saúde e ficou conhecido por procurar unificar os psicólogos do município.

O CAPS preconiza, como uma das suas metas, a desinstitucionalização, amparada por um processo prático de desconstrução do modelo tradicional da atenção psiquiátrica, propondo um conjunto de dispositivos que possibilitam a construção e a invenção de novas perspectivas de vida e de subjetividade, com base não apenas em diagnósticos e prognósticos da doença mental, mas sim, na complexidade que envolve o indivíduo na sua dimensão psíquica e nas suas relações com o meio em que vive (OLIVEIRA, 2007).

A proposta de atendimento do CAPS Flávio Dantas de Araújo, conforme definido no projeto de cadastramento da rede municipal de Foz do Iguaçu é a seguinte:

- Avaliação do usuário pela equipe multidisciplinar;
- Atendimento de pacientes encaminhados pelo ambulatório em regime intensivo, semi-intensivo e não-intensivo;
- Instituição do plano terapêutico individual com reavaliações periódicas;
- Farmacoterapia;
- Psicoterapias individuais e de grupo e oficinas terapêuticas;
- Suporte familiar e social através de grupos com familiares;

- Visitas familiares programadas pela assistência social;
- Preparar a alta e assegurar a continuidade do tratamento após a alta, se necessário em outro local, como uma unidade básica de saúde;
- Interligação com grupos de auto-ajuda e APPADOM;
- Atividades de reabilitação psicossocial, parceria para inclusão social, escola e mercado de trabalho.

De acordo com a portaria n. 336 de 2002, o CAPS II é um serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atender uma população entre 70.000 e 200.000 habitantes, com o funcionamento em dois turnos, das 8h às 18h, cinco dias úteis na semana, podendo comportar um terceiro turno com funcionamento até as 21h. Este serviço desenvolve as seguintes atividades: atendimento individual e em grupo, oficinas, visitas domiciliares, atividades comunitárias e refeições para os usuários assistidos no serviço.

O número de usuários que freqüentam o CAPS diariamente varia em torno de 90 pessoas. Em novembro de 2006, havia 227 usuários cadastrados de acordo com as Autorizações de Procedimento de Alta Complexidade/Custo (APAC), sendo 51 na modalidade intensiva, 91 semi-intensivos e 85 não-intensivos.

O trabalho da equipe multiprofissional do CAPS é interdisciplinar, ou seja, busca uma descentralização do saber e do poder pela divisão das responsabilidades, de acordo com a peculiaridade de cada profissão que compõe a equipe. O serviço foi cadastrado com 23 profissionais de diferentes áreas; destes, 18 estão lotados no ambulatório.

O número de profissionais do CAPS não está de acordo com a equipe técnica mínima para o funcionamento de CAPS II, proposto pela portaria n. 336/02. Nela está definido que a equipe deve ser composta por um médico psiquiatra, um enfermeiro com formação em saúde mental, quatro profissionais de nível superior (podendo ser psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo, entre outros necessários ao projeto terapêutico) e seis profissionais de nível médio (técnico ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão) (BRASIL, 2002).

No CAPS Flávio Dantas de Araújo a equipe fixa é composta por cinco profissionais: uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem, duas psicólogas e

uma assistente social. Conta também com um psiquiatra que atua conjuntamente no ambulatório de saúde mental. Esse profissional não é um trabalhador lotado no serviço: dispõe semanalmente as quartas-feiras para coordenação de assembléia-geral e atende alguns usuários agendados. Quinzenalmente, às sextas-feiras, participa da reunião de equipe. O município possui quatro psiquiatras, sendo um lotado no CAPSad e os outros três na ambulatório de saúde mental e CAPS II. Os profissionais têm vínculo empregatício provisório, pois uma lei municipal proíbe a realização de concurso para médicos e enfermeiros. Portanto, para contratação de recursos humanos, só é feito teste seletivo, com validade de dois anos.

A equipe também conta com dois estagiários: um de psicologia e um de educação física. São remunerados e desenvolvem desde atividades administrativas até a coordenação de oficinas do serviço. Os serviços de apoio/limpeza são realizados por três auxiliares de serviços gerais que também atendem o ambulatório de saúde mental. O CAPS conta também com a participação de três oficineiros voluntários.

Dentre os profissionais do serviço, cinco cumprem uma carga horária de 40 horas semanais nos turnos manhã e tarde. Os dois estagiários remunerados cumprem carga horária de 30 horas semanais.

A idade dos trabalhadores variou entre 24 e 54 anos.

A equipe fixa tem quatro profissionais com nível superior e um com nível médio. Dos de nível superior, dois profissionais possuem pós-graduação nível lato-sensu.

Uma das psicólogas é a coordenadora do serviço, desempenhando essa função há seis meses. A escolha da coordenação do CAPS é por indicação da coordenadora de saúde mental do município. Além das atividades de coordenação, desenvolve também atividades diárias do serviço como oficinas, grupos e outras.

A outra psicóloga realiza oficinas terapêuticas, atendimentos psicológicos individuais, grupos psicoterapêuticos, supervisão, grupos operativos, reuniões de equipe, entrevista inicial e plantão em horário de almoço.

A enfermeira desenvolve as seguintes atividades: entrevista inicial (acolhimento); grupo operativo; oficinas de medicação, de relaxamento e de

reciclagem; grupos de reflexão e de sexualidade; atendimento individual; orientação e supervisão do medicamento.

A assistente social realiza oficinas terapêuticas, acolhimento, entrevista inicial, atendimento aos familiares, oficinas terapêuticas, grupo de família, visitas domiciliares, benefícios (orientação e concessão).

A auxiliar de enfermagem tem como tarefas diárias: acolhimento, recolhimento de assinaturas para solicitar almoço dos usuários, administração de medicação oral e intramuscular e, verificação de sinais vitais.

O estagiário de psicologia realiza atividades administrativas, auxilia nas oficinas e nos cuidados aos usuários.

O estagiário de educação física também desenvolve oficinas de recreação e de relaxamento, colabora na lista de almoço, verifica documentação para as autorizações de procedimento de alta complexidade (APAC) e atualiza lista de usuários mensalmente.

5.1 A estrutura e o processo de trabalho do CAPS Flávio Dantas de Araújo

O espaço físico é alugado, sendo dividido com o ambulatório de saúde mental do município. O serviço conta com uma sala administrativa, quatro salas de atividades, três salas de atendimento individual, dois banheiros, uma copa/cozinha, uma sala de repouso, uma sala de medicação e uma sala de uso comum.

A sala administrativa possui um computador sem acesso à internet, telefone, dois armários, dois aparelhos de som, um ventilador de parede, três arquivos de aço onde ficam os prontuários dos usuários, três mesas, quatro cadeiras e um quadro mural. É uma sala de pequeno porte, tipo corredor com janela, tem boa iluminação e, em dias de temperaturas altas, torna-se extremamente muito quente.

Nas quatro salas de atividades são realizados os grupos e as oficinas, mas elas são também utilizadas para o repouso dos usuários, no intervalo do almoço. O mobiliário constitui-se de armários, cadeiras, mesas e prateleiras. Quanto à iluminação e à ventilação, duas salas possuem aparelho de ar-

condicionado, que não funcionam devido à falta da instalação elétrica. Em outra sala, o ar condicionado está instalado e funciona, entretanto é insuficiente, considerando as dimensões do local. Em período de temperatura elevada o ambiente fica desagradavelmente aquecido. Na quarta sala, observa-se que a ventilação ocorre por uma única basculante.

As salas de atendimento individual são equipadas com uma mesa, três cadeiras e um armário, possuindo boa iluminação, ventilação e limpeza. Oferecem privacidade, mas não há isolamento sonoro, e os ruídos do serviço interferem quando de sua utilização.

O banheiro feminino tem dois vasos sanitários e duas pias. O espaço do chuveiro é utilizado como depósito de limpeza. O banheiro masculino possui dois vasos sanitários, duas pias e um chuveiro. Os funcionários utilizam um banheiro privativo, localizado no ambulatório, que não possui nem assento no vaso sanitário.

A copa/cozinha é equipada com uma mesa, seis cadeiras, uma geladeira, um balcão com pia e um fogão. O espaço é amplo, bem ventilado, com boa iluminação e higiene. Existe um aviso com a frase “proibida a entrada de usuários” na porta deste local. Diariamente os usuários devem confirmar a solicitação do almoço para o profissional do CAPS na chegada ao serviço. Essa refeição é terceirizada, fornecida por um supermercado localizado no bairro. O lanche da manhã e da tarde é fornecido pela prefeitura (pão e leite de soja). No final das atividades, os usuários podem levar as sobras para casa.

A sala de repouso contém dois leitos hospitalares, uma maca, um balcão com roupas de cama e banho, duas escadinhas e uma lixeira. É uma sala ampla, bem iluminada, com privacidade e boa higiene. Caracteriza-se como uma sala de observação, sendo utilizada pelo ambulatório e, em alguns casos de agitação, pelo CAPS.

A sala de medicação possui uma bancada em L, com prateleiras de plástico do tipo gavetas organizadas e identificadas com os diferentes fármacos. A medicação é fornecida pelo município e aquelas de uso comum (antipsicóticos, antidepressivos, estabilizadores do humor, ansiolíticos, anticonvulsivantes, entre outras) não têm faltado.

A sala de uso comum é bastante ampla: inicia na entrada do CAPS e termina na saída para o pátio. Tem característica de um grande corredor de

circulação, pouca ventilação e iluminação insuficiente. O telhado é de zinco e quando há temperaturas altas, o calor é intenso. Possui mesas, cadeiras, armários e um televisor que é ligado nos intervalos das atividades, durante o almoço e o lanche.

O pátio é um espaço amplo com quatro bancos em L de concreto, quatro árvores, grama em algumas partes e outras com calçada.

O espaço físico do CAPS é dividido com o ambulatório de saúde mental que funciona na entrada do prédio. A divisória entre os dois serviços é uma porta de vidro que, durante o período da coleta de dados, permaneceu chaveada, causando desconforto em profissionais, usuários e familiares.

A porta fechada suscitou discussão, sendo discutida na reunião de equipe do CAPS:

[...] Começa a discussão sobre um usuário, que não só por causa dele, mas também por ele, é que a porta do CAPS estava ficando chaveada. A enfermeira fala do direito de ir e vir. A coordenadora do CAPS diz que a mãe do usuário não gostaria que ele saísse vagando pelas ruas. Uma das pesquisadoras questiona de onde surgiu a idéia de fechar a porta e a coordenadora diz que é em função dos pacientes que fogem. E a enfermeira diz: "Fechar a porta do CAPS por causa de uma usuária?". E acrescenta que a ex-coordenadora do CAPS era "paranóica" e tinha ainda muito forte o conceito asilar. Chega a coordenadora municipal de saúde mental enquanto uma das pesquisadoras estava colocando que o CAPS é aberto e, para tanto, talvez fosse interessante rediscutir o processo de trabalho no CAPS, disponibilizando um técnico para circular no ambiente e diminuir uma oficina (O3 – 24/11/06).

A outra questão, também da porta, que os pacientes vão entrar pela porta central, [...] isso também tem deixado a gente, de certa maneira muito ansioso, muito angustiada. Por que a existência do CAPS é para atender os usuários, não é uma necessidade do servidor, do funcionário. Então assim, eles acabaram ficando numa situação de subalternidade e para nós isso é muito ruim, porque a gente está buscando a inserção deles social e a gente acaba provocando a exclusão social. Então, é uma incoerência muito grande, a gente também precisa rever isso melhor. Eu penso assim que não há um agente que provoque isso, tudo é um somatório, está entendendo assim? Tudo circunstância da situação que a gente está vivenciando hoje (E6 – 29/11/2006).

O CAPS, orientado pela proposta da desinstitucionalização, é um serviço de atenção diária que preconiza um atendimento em liberdade, entendendo o usuário, prioritariamente, como um cidadão com direitos e deveres, conforme observa Amarante (1995, p. 494):

Estamos falando em desinstitucionalização, que não significa apenas desospitalização, mas desconstrução. Isto é, superação de um modelo arcaico centrado no conceito de doença como falta e erro, centrado no tratamento da doença como entidade abstrata. Desinstitucionalização significa tratar o sujeito em sua existência e em relação com suas condições concretas da vida. Isto significa não administrar-lhe apenas fármacos ou psicoterapias, mas construir possibilidades. O tratamento deixa de ser a exclusão em espaços de violência e mortificação para tornar-se criação de possibilidades concretas de sociabilidade e subjetividade. O doente, antes excluído do mundo dos direitos e da cidadania, deve tornar-se um sujeito, e não um objeto do saber psiquiátrico. A desinstitucionalização é este processo, não apenas técnico, administrativo, jurídico, legislativo ou político; é, acima de tudo, um processo ético, de reconhecimento de uma prática que introduz novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos. De uma prática que reconhece, inclusive, o direito das pessoas mentalmente enfermas em terem um tratamento efetivo, em receberem um cuidado verdadeiro, uma terapêutica cidadã, não um cativo.

As portas do serviço devem estar abertas, respeitando a subjetividade e as decisões, para entrada e saída daqueles que acessam esse serviço. Isso implica uma mudança de postura paradigmática sobre o olhar que as equipes têm da pessoa com diagnóstico de doente mental, ou seja, vê-la como uma pessoa com capacidade para escolhas e opiniões sobre seu tratamento, bem como sobre o modo de viver sua vida. Trabalhando sob a lógica da porta aberta, além de garantir a liberdade enquanto fator terapêutico da reabilitação psicossocial, facilita-se o acesso da comunidade ao serviço.

Alguns usuários em condições mais graves ou agudas necessitam de atendimento intensificado, devendo o profissional estar mais próximo, proporcionando um ambiente protegido e seguro. Entende-se que tal proteção não ocorre com fechamento de portas. Pelo contrário, foi esse argumento que trouxe o enclausuramento da loucura e sua exclusão social.

No CAPS, esse acompanhamento mais próximo do usuário encontra-se prejudicado, uma vez que a equipe é reduzida e está sempre envolvida na realização das atividades diárias do serviço. Essa dificuldade tem criado um ambiente conflituoso na equipe de trabalhadores, pois, buscando segurança de modo imediato para os usuários, alguns defendem a manutenção da porta fechada enquanto outros entendem que tal conduta é um retrocesso para o modelo asilar. Esse conflito deve ser aproveitado como um momento de reflexão da proposta de trabalho, na qual a equipe busca estratégias que permitam a liberdade e a segurança.

O Centro de Atenção Psicossocial, distinto por práticas assistenciais procedentes de um trabalho coletivo, representa um local de conflito, no qual há uma articulação de diferentes idéias que reproduzem modos de agir e de pensar representantes de uma ideologia dominante. (OLSCHOWSKY, 2001).

Entende-se que a porta fechada evidenciou o engajamento da equipe com o modelo psicossocial, trazendo à tona suas dúvidas sobre os diferentes instrumentos necessários para esse processo de trabalho.

Assim, a atividade caracteriza-se pela troca, que requer compartilhamento de diferentes olhares, experiências e conhecimentos, sendo necessário que os profissionais estejam dispostos a repensar suas ações e tenham disponibilidade para ouvir e enfrentar as dificuldades no cotidiano do trabalho do CAPS. O desafio é buscar uma ação coletiva em que haja reconhecimento das diversas intervenções para a construção de um consenso no enfrentamento do conflito na equipe.

De acordo com a portaria n. 336, de 19 de fevereiro de 2002, o CAPS Flávio Dantas de Araújo desenvolve acolhimento, atendimento individual e grupal, oficinas e visitas domiciliares. O serviço possui um cronograma de atividades diárias que está fixado na sala de uso comum e na sala administrativa. Existe um lembrete na sala de administração com a seguinte frase: “Cumprir o cronograma é fundamental”. Nas sextas-feiras, no período das 8h às 11h, não há atendimento ao usuário, pois neste horário é realizada a reunião de equipe e a discussão de casos.

O Quadro 1 a seguir, apresenta o cronograma de atividades desenvolvidas no CAPS Flávio Dantas de Araújo:

| | MANHÃ | TARDE |
|----------------------|---|--|
| SEGUNDA-FEIRA | 08h às 09h - Lista de presença (assinar e avisar para almoço) 08h às 09h - Acolhimento / Medicação – aux. enfermagem 08h às 09h - Lanche da manhã 09h às 10h - Grupo Operativo – ass. Social e psicóloga 09h às 10h- Grupo Operativo – enfermeira e psicóloga 10h30min às 11h30min - Oficina de Leitura - jornal - ass. social 10h30min às 11h30min - Oficina de Arteterapia – (argila/reciclagem) - psicóloga 10h30min às 11h30min - Oficina de Recreação e Relaxamento – est. de educação física 12h às 14h - Almoço / descanso. Plantonista: ass. social | 14h às 16h - Oficina de Manicure – 2 voluntários 14h às 16h - Grupo de Psicoterapia (fechado) - psicóloga 14h às 16h - Grupo de Psicoterapia (fechado) - psicóloga 14h às 16h - Oficina de Reciclagem - enfermeira 16h – Medicação – aux. de enfermagem 16h às 17h - Lanche da tarde 17h - Término das atividades |
| TERÇA-FEIRA | 08h às 09h - Lista de presença (assinar e avisar para almoço) 08h às 09h - Acolhimento / medicação – aux. de enfermagem 08h às 09h - Lanche da manhã 09h às 10h - Grupo Operativo – ass. Social e psicóloga 09h às 10h - Grupo Operativo - enfermeira e psicóloga 10h30min às 11h30min - Oficina de Cidadania – ass. social 10h30min às 11h30min - Oficina de Reciclagem - psicóloga 10h30min às 11h30min - Oficina de Medicação - enfermeira 10h30min às 11h30min - Grupo Psicoterapia (fechado) - psicóloga 12h às 14h Almoço / descanso. Plantonista: psicóloga | 14h às 15h Oficina de Escrita – voluntário 15h às 16h Oficina de Contos – est. de psicologia 14h às 16h Oficina de Dança – est. de ed. física, psicóloga e aux. de enfermagem. 14h às 16h Oficina de Futebol – est. de psicologia 16h - Medicação 16h às 17h - Lanche da tarde 17h - Término das atividades |
| QUARTA-FEIRA | 08h às 09h - Lista de presença (assinar e avisar para almoço) 08h às 09h - Acolhimento / Medicação – aux. de enfermagem 08h às 09h - Lanche da manhã 09h às 10h - Assembléia Geral – Equipe do Caps. 10h30min às 11h30min - Oficina de Argila/Reciclagem - psicóloga 10h30min às 11h30min – Oficina de Recreação e Relaxamento – estagiária de ed. física 10h30min às 11h30min - Oficina de Reflexão – enfermeira 10h30min às 11h30min - Oficina de Leitura/revista - psicóloga 12h às 14h Almoço / descanso. Plantonista: enfermeira | 14h às 16h Oficina de Crochê – voluntária 14h às 16h Oficina de Violão – est. de psicologia 14h às 16h Oficina de Afetividade – enfermeira 15h às 16h Oficina de Contos – est. de psicologia 16h - Medicação 16h às 17h - Lanche da tarde 17h - Término das atividades |
| QUINTA-FEIRA | 08h às 09h - Lista de presença (assinar e avisar para almoço) 08h às 09h - Acolhimento / medicação – aux. de enfermagem 08h às 09h - Lanche da manhã 09h às 10h - Grupo Operativo – ass. Social e psicóloga 09h às 10h - Grupo Operativo – enfermeira e psicóloga 10h30min às 11h30min - Oficina do Sentimento – psicóloga 10h30min às 11h30min – Oficina de Relaxamento - enfermeira 10h30min às 11h30min - Oficina de Leitura/ (revista / livro) – psicóloga 10h30min às 11h30min – Oficina do Fuxico – ass. social 12h às 14h Almoço / descanso. Plantonista: psicóloga | 14h às 16h - Oficina de Expressão do Corpo – est. de ed. física 14h às 16h - Oficina de Reciclagem / Miçangas - enfermeira 14h às 16h - Oficina de Fuxico – voluntária/ aux. de enfermagem 14h às 16h - Oficina de Futebol – est. de psicologia 14h às 16h - Grupo de Família – psicóloga e ass. social 16h - Medicação 16h às 17h - Lanche da tarde 17h - Término das atividades |
| SEXTA-FEIRA | 11h às 12h - Lista de presença - (assinar e avisar para o almoço) 11h às 12h - Acolhimento / medicação – aux. de enfermagem 12h às 14h - Almoço / descanso | 14h às 16h - Oficina de Violão – est. de psicologia 14h às 16h – Oficina de Dança – aux. de enfermagem/psicóloga 14h às 16h - Oficina do Desenho - voluntária / psicóloga 16h - Medicação 16h às 17h - Lanche da tarde 17h – Término das atividades Obs: A atividade Sócio – educativa será comunicada previamente. |

Quadro 1: Atividades desenvolvidas no CAPS II Flávio Dantas de Araújo.

Obs.: O cronograma original apresenta o nome dos profissionais, e no cronograma acima substituímos o nome dos profissionais por sua categoria profissional por questão ética.

Observa-se que o CAPS oferece uma ampla gama de atividades que variam do autocuidado à geração de renda, buscando, por meio desse atendimento, propiciar diferentes espaços para construção de autonomia e cidadania dos usuários do serviço. Estes são vinculados às atividades do CAPS através de uma avaliação realizada na entrevista inicial, bem como pelo interesse/desejo pessoal. A admissão ocorre por meio de uma entrevista inicial, na qual é feita uma anamnese sobre a história de vida do usuário, focando o atendimento psiquiátrico.

Essa entrevista acontece de segunda a quinta-feira das 14h às 14h30min, exceto na segunda-feira que é das 10h30min às 11h. Em cada dia da semana um profissional da equipe fixa é responsável por essa atividade.

O acolhimento dos usuários é realizado pela equipe na entrevista inicial e diariamente nos grupos operativos, realizados no primeiro horário da manhã.

Desse modo, os profissionais devem, no acolhimento:

adotar uma postura acolhedora na recepção e atendimento dos usuários – durante todo o expediente para não incorrer no erro comum de burocratização dessa prática, com a instituição de agendamento ou distribuição de senhas para o acolhimento, que de fato deve acontecer como fluxo contínuo. A unidade/equipe assume o paciente e estabelece compromisso e responsabilidade sobre todas as necessidades de saúde (BRASIL, 2004a, p. 14).

Acolhimento não significa resolver totalmente os problemas referidos pelo usuário, mas despender uma atenção na relação profissional/usuário envolvendo a escuta, a valorização das queixas, o conhecimento da história de vida dos usuários, a identificação de necessidades e um encaminhamento adequado para a resolução das demandas identificadas.

Quando você faz entrevista, tu faz o acolhimento, você acaba se tornando a referência desse paciente, não tem como fugir disso. [...] Daí nós criamos essa coisa do plantão do dia de cada um. Então começou, segunda-feira eu começo, terça a assistente social e assim por diante, justamente porque a gente divide essas referências, que inclusive dá para um PTI [...] já foi aprovado, inclusive pela equipe toda, só não conseguimos colocar na prática, porque assim na prática que a coisa pega. [...] Eu consigo associar cada situação em cada

momento que ele precisa de cuidado. Então é assim, é uma prática de anos de trabalho, trabalhando com muito volume mesmo em manicômio, você trabalha com volume, que é assim, primeiro passo é conhecer a história de vida do camarada. Então quando você conhece a história de vida dele, facilita bastante para você continuar o acompanhamento terapêutico dele. Então, mesmo esse tempo eu paro, sempre que um paciente novo chega. Você pode ver, quando eu dou uma sumida, que eu estou no prontuário daquele paciente novo que está chegando, observando. [...] O acolhimento da entrevista que a gente faz com aquele paciente acaba criando um vínculo com você, a gente faz plantão para não fazer isto, mas não adianta. [...] Na verdade é assim eu conheço cada um deles, faço questão de conhecer, principalmente, os que chegam novos, eu vou, mesmo que não tenha sido eu que fiz a entrevista, que é alguém do grupo, mesmo ele sendo do outro grupo, eu vou chegar eu vou tentar conhecer, vou em busca de conhecer a história de vida dele. Então é assim, eu tenho todo um volume de conhecimento da vida daquele paciente, mesmo do novo. Então quando ele entra na minha oficina, mesmo com aquele volume todo, eu tenho a história inteira na minha memória (E 4-28/11/06).

O acolhimento condiciona a relação com os usuários, sendo central para o cuidado em saúde mental, pois articula o trabalho do CAPS que se caracteriza como complexo e amplo, uma vez que considera a subjetividade e a vida das pessoas que ali acessam.

Outra característica deste trabalho são os atendimentos individuais. Esta atividade é desenvolvida aleatoriamente, ocorrendo na entrevista inicial e por solicitação e/ou necessidade dos usuários. Conseqüentemente, a equipe estudada não tem técnico de referência e projeto terapêutico individual (PTI). Essa falta traz conseqüências ao resultado, pois essas intervenções possibilitam às pessoas um contato mais direto e preciso e uma atenção individualizada que atende às diferentes subjetividades do usuário em seu processo de reabilitação.

No trabalho de um Centro de Atenção Psicossocial é proposta a realização de oficinas terapêuticas e, no serviço estudado, elas têm posição de destaque. São realizadas as seguintes oficinas: recreação e relaxamento, cidadania, reciclagem, medicação, leitura, arteterapia, argila, reflexão, manicure, escrita, contos, dança, futebol, crochê, violão, afetividade, sentimento, fuxico, expressão do corpo e desenho. As oficinas terapêuticas são definidas pela portaria SNAS n. 189/1991 como “atividades grupais de

socialização, expressão e inserção social” (BRASIL, 1991). Têm o objetivo de ajudar o usuário, quando este apresentar dificuldade relacionada à sua capacidade produtiva, possibilitar-lhe o resgate da auto-estima, a inserção social e familiar, trabalhando a criatividade de expressão e o estabelecimento de vínculos. As oficinas oferecem suporte para reinserção do usuário na sociedade atingindo os três vértices comentados por Saraceno (2001): casa, trabalho e lazer.

Na observação a seguir, identificam-se as oficinas como espaços de convivência, nas quais os usuários exercitam e expressam seus desejos, anseios, possibilitando a descoberta de suas habilidades e a busca da autonomia.

Às 14h participei da oficina de afetividade (sexualidade). Antes que a oficina iniciasse, uma usuária começou a questionar sobre o transtorno bipolar. Os usuários se organizaram trazendo cadeiras para a sala. A enfermeira pediu para alguns usuários buscarem outros que estavam fora da sala. O grupo se dispôs em círculo e algumas pessoas atrás de uma mesa por falta de lugar. Participaram em torno de 30 usuários sendo que alguns chegaram depois e um ou dois saíram. A enfermeira inicia a oficina perguntando sobre os exames de sangue. A enfermeira me apresenta, eu levanto e as pessoas me desejaram boas-vindas. Falaram sobre a proibição de relações sexuais no serviço CAPS. A enfermeira fala sobre DSTs, preservativos, mostra um pênis de borracha. Também mostra cartazes com figuras das doenças. A oficina já tinha sido oferecida, mas foi repetida devido a pessoas novas no grupo. Foi distribuído preservativos. No final da oficina, conversei com algumas usuárias. Após, eles fizeram seu lanche e começaram a sair do CAPS (O1 – 22/11/06).

Assim, as oficinas são entendidas como experiências positivas no trabalho do CAPS, pois em sua realização perpassam a discussão do cotidiano e busca-se o encontro do profissional com as necessidades do usuário. Isto pode se caracterizar como facilitador do trabalho.

Ainda no processo de trabalho do CAPS, as atividades de inserção da família destacam-se pela importância que esta tem na atenção em saúde mental. Na atualidade, a família, com seu papel de cuidadora, é, muitas vezes, “o elo mais próximo que os usuários tem com o mundo” (BRASIL, 2004, p. 29).

É fundamental que os profissionais estejam cientes da complexidade que envolve a família, entendendo-a como tudo aquilo que faz parte do convívio do usuário. No CAPS Flávio Dantas de Araújo são realizados grupos de família que acontecem semanalmente e, se necessário, atendimento individual ao familiar.

O grupo de família oportuniza aos parentes esclarecerem suas dúvidas sobre a doença, trocar experiências sobre a vivência do sofrimento psíquico e do preconceito, entre outros. Nesse processo, tais pessoas também aprendem a conhecer o trabalho realizado, proporcionando a elas segurança e confiança na permanência de seu familiar no CAPS quando precisam realizar suas atividades extra-domiciliares.

Outra atividade do trabalho no CAPS é a visita domiciliar (VD), que contribui no acompanhamento dos usuários e familiares, pois proporciona uma oportunidade de acolhimento no meio em que vivem e possibilita o conhecimento das necessidades de saúde. Este instrumento abre uma porta singular para a parceria/inserção e reabilitação dos usuários. É uma atividade que está sob responsabilidade da assistente social e deve acontecer quinzenalmente, com a utilização do carro da prefeitura. Na fase de coleta de informações, as visitas domiciliares não estavam ocorrendo devido à indisponibilidade de um veículo e também por estar centrada somente em um técnico do serviço.

As dificuldades no CAPS Flávio Dantas de Araújo para essa atividade comprometem a proposta de trabalho, já que essa modalidade de atenção se caracteriza por um instrumento de aproximação e entrada no território, promovendo espaços de troca e construção de articulações necessárias para a transformação no modo de atendimento.

Além disso, na proposta do Centro, a interdisciplinaridade é uma diretriz do trabalho. A organização e o planejamento devem acontecer com coresponsabilidade dos diversos trabalhadores; a especificidade é importante, mas não deve ser entendida como limitante das ações em saúde que se propõe a integralidade da atenção.

A assembléia do CAPS, que acontece todas as quartas-feiras às 9h é coordenada pelo psiquiatra e não tem pauta estabelecida previamente. Reúne todos os usuários e a equipe e, enquanto instrumento do trabalho no CAPS, é

um espaço de discussão do cotidiano, a partir das demandas dos atores que li se encontram. Na observação, perceberam-se usuários e equipe falando de si, da vivência do CAPS, das escolhas e responsabilidades no convívio coletivo e, desse modo, promovendo espaços de cidadania.

[...] Um usuário se queixou que no descanso alguns usuários não guardam o colchão ao levantarem. Outra usuária se queixa da comida, que precisa mais verdura e salada e não só arroz e feijão. Uma usuária diabética também se queixa da alimentação. O psiquiatra coloca da dificuldade da dieta especializada. A coordenadora do CAPS diz que a partir de 1º/12 o cardápio do fornecedor de comida será modificado e acompanhado por nutricionista. Outro usuário questionou por que alguns remédios engordam e o psiquiatra responde que o remédio não engorda e, sim, aumenta a fome. A ansiedade faz comer mais. Outro usuário relata as situações de furto que têm ocorrido e a coordenadora do CAPS relata que um alicate de unhas da oficina de manicure também sumiu. O médico fala da conscientização, que todos devem chamar atenção da pessoa que estiver manuseando coisas alheias no ato. Diz ainda que isto é contra nós mesmos. O mesmo usuário diz que quem ver alguém fazendo algum furto, pode dizer para a coordenação e se manter no anonimato. O médico ressalta que se deve ter cuidado e não inventar histórias, fazendo acusações somente quando realmente viu. (O6 – 29/11/06).

As reuniões de equipe ocorrem semanalmente nas sextas-feiras pela manhã. Participam da reunião a coordenadora, a enfermeira, a auxiliar de enfermagem, a psicóloga, a assistente social e a educadora física. Todas as primeiras e terceiras sextas-feiras do mês participam os psiquiatras, com objetivo de discussão de casos de usuários selecionados previamente. Nas outras reuniões, a equipe discute assuntos referentes ao serviço e aos usuários. A reunião é coordenada pela coordenadora do CAPS.

[...] Na reunião da equipe, que já havia começado, estavam falando sobre os furtos. Eles acham que uma usuária pegou o alicate da oficina de manicure. A enfermeira fala que outro usuário está molestado sexualmente os rapazes. Questionam se ele está tomando a medicação corretamente. Falam sobre outro usuário que vem ao CAPS alcoolizado, é novo no CAPS. Uma das pesquisadoras refere que este usuário fala sobre uma mãe doente, e que talvez seria importante uma visita domiciliar. Ele veio encaminhado do CAPS AD por término da medicação. Seria mais apropriado avaliar melhor os pacientes,

os critérios e condições, se tem indicação real para o CAPS. A enfermeira coloca que quando tem dúvida na entrevista individual sobre necessidade de algum paciente ficar no CAPS, ela encaminha para o psiquiatra e diz também que está se tornando rotina virem muitos pacientes não intensivos que, às vezes, não têm necessidade. A coordenadora relata que a qualidade do CAPS está caindo. A psiquiatra diz que eles, no CAPSad, não dão conta de todos os usuários, e mandam sempre para o CAPS II. A coordenadora questiona e planeja que em janeiro muitos usuários devem ter alta e, assim, priorizar no CAPS os casos mais graves. Falam sobre outra paciente que estava em situação grave, que usa remédio para emagrecer há mais de 20 anos. O psiquiatra tomou a conduta de encaminhar para a internação fechada. A equipe do CAPS manifesta que ficou chateada, que não foi questionada quanto à conduta. Os dois psiquiatras referem que jamais desmerecem o trabalho da equipe do CAPS, mas que às vezes são necessárias condutas rápidas. A enfermeira refere que o mínimo a ser feito é que os médicos devem compartilhar com a equipe técnica a decisão sobre a conduta dos pacientes. [...] (O8 – 1º/12/06).

Pode-se identificar na observação que a reunião é uma tentativa da equipe para planejar e organizar seu trabalho, podendo ser um dispositivo importante na elaboração conjunta do atendimento no CAPS quando bem aproveitado. Independente das dificuldades da participação de todos os trabalhadores (o que repercute na comunicação e na gestão do serviço), a reunião é um local para a construção do trabalho e discussão das dificuldades, facilitando o entendimento das ações e da proposta do trabalho interdisciplinar, bem como arranjos necessários para esse processo de trabalho.

A concretização de um trabalho interdisciplinar propõe um profissional disposto a discutir, a dialogar, a estar aberto para o entendimento e para troca de conceitos das diferentes áreas do conhecimento. Assim, “a interdisciplinaridade busca a construção de um saber e de uma prática que considera a interação das diferentes disciplinas, sem perda de suas especificidades”, possibilitando o olhar e o pensar o sujeito na sua totalidade e oportunizando um crescimento pessoal dos profissionais, na medida em que os mesmos precisam romper as barreiras das disciplinas para ampliarem suas visões de mundo (COSTA; CREUTZBERG, 1999, p. 67).

Neste capítulo, apresento o CAPS Flávio Dantas de Araújo em sua estrutura e processo de trabalho, que tem como finalidade a reabilitação psicossocial, promovendo a autonomia, a inserção e a cidadania dos usuários.

Identifico que a equipe fixa do CAPS se mostra vinculada a essa proposta de trabalho e tem vivenciado essa construção no cotidiano. Há acertos e desacertos, mas busca o comprometimento com a transformação de um modo asilar para um modelo psicossocial. É um CAPS novo, criado em 2004 – ou seja, está em consolidação de seu processo de trabalho –, que tem exigido compromisso, criatividade, identidade e persistência dos trabalhadores.

Quanto aos instrumentos de trabalho, identifico a equipe, as entrevistas iniciais, os grupos operativos, as oficinas, as assembléias e as reuniões de equipe, caracterizando-se como ferramentas que o CAPS Flávio Dantas de Araújo tem construído e utilizado. Assim, são resultados do trabalho vivo e morto. Isto é, resultam de uma prática anterior, mas são transformados (vivos) no cotidiano do serviço, buscando atender à finalidade do CAPS. Nesse sentido, as dificuldades, os questionamentos, os conflitos, entre outros, tornam esse trabalho vivo e em construção.

6 SOFRIMENTO NO TRABALHO DO CAPS? CONDIÇÕES, ORGANIZAÇÃO E ESPAÇO DE ENFRENTAMENTO

A saúde mental do trabalhador indica a necessidade de uma prática reflexiva sobre as condições e a organização do trabalho, enquanto espaço a ser problematizado, evidenciando as relações ali estabelecidas e o surgimento de prazer ou sofrimento nesse processo.

Para Dejours (1992), a psicopatologia do trabalho está preparada para discutir o papel da subjetividade na determinação do comportamento humano. Essa abordagem privilegia a melhor compreensão das estratégias e dos mecanismos defensivos estruturados pelos próprios trabalhadores, objetivados na cena do trabalho. Toma como objeto central de análise a organização do trabalho e seus desdobramentos na condução do indivíduo ao prazer ou ao sofrimento.

O autor aponta que o trabalho nem sempre é patogênico; ao contrário, ele tem um poder estruturante frente à saúde mental e à saúde física, colocando na história primária dos indivíduos a principal razão do modo de expressão do sofrimento psíquico. O trabalho define o momento da expressão do sofrimento, que resulta da estrutura psíquica característica do indivíduo. Seu impacto é considerado individualmente, separado de outros sujeitos, mas certas regulações da relação saúde mental-trabalho passam pelo âmbito coletivo. Assim, é na organização do trabalho que devem ser procuradas as forças que empurram os sujeitos em direção ao sofrimento ou ao prazer (DEJOURS, 1992).

O trabalho do CAPS acontece também nas relações sociais e nas interfaces entre singular e coletivo, trabalho e saúde mental, devendo ser aproveitado como um espaço da construção de uma prática reflexiva sobre as atividades e as relações estabelecidas entre os profissionais. A subjetividade, a motivação e os desejos aparecem como centrais, podendo produzir prazer e/ou sofrimento.

O trabalho cada vez mais é significativo na vida das pessoas, dando identidade a elas, podendo caracterizar-se como fonte de prazer e bem-estar, bem como ocasionar problemas de saúde. Seu processo exige disciplina e responsabilidade para alcance de sua finalidade, podendo ser fonte de prazer

dependendo das condições em que é realizado. Nesse sentido, é na organização do trabalho que são procuradas e encontradas as possibilidades de adaptação entre o que deve ser feito e o desejo dos trabalhadores.

Oliveira (2007) refere que a reforma psiquiátrica tem possibilitado a construção de um novo modelo de atenção em saúde mental se que orienta pelo modo psicossocial, segundo o qual o sofrimento não é um fenômeno individual, mas ocorre em pessoas que se relacionam, dando uma perspectiva sociocultural, política, biológica e psicológica para as intervenções de saúde. O objeto do trabalho é o sujeito em todas as suas dimensões, e a equipe trabalha interdisciplinarmente para o alcance da promoção da saúde mental.

A finalidade desse modelo é um reposicionamento do sujeito, fazendo com que ele se reconheça como pessoa que participa ativamente de sua própria mudança. Assim, essa prática tem como objetivo proporcionar “ao louco todas as possibilidades para exercer sua subjetividade, aumentando sua capacidade de escolha, de falar de si, sua história, cultura, vida cotidiana e seu trabalho” (OLSCHOWSKY, 2001, p. 9).

É nesse processo que o CAPS se configura como instituição inovadora, um espaço de interlocução, um dispositivo que tem seu funcionamento marcado pela integralidade, cidadania e interdisciplinaridade, buscando atender às demandas dos usuários do serviço e inventando novos modos de cuidar (OLIVEIRA, 2007). Os entrevistados, ao falarem do seu trabalho no local, demonstraram satisfação, realização e proximidade com seus colegas e usuários.

A gente entende que nosso trabalho não é cem por cento. Mas o carinho e a dedicação da equipe, a gente percebe que há uma reciprocidade por parte dos pacientes. Eles amam aqui. [...] Da equipe a gente não tem o que se queixar. Cada um de nós, com sua característica pessoal, mas a gente tem uma boa harmonia na equipe (E 6-29/11/06).

[...] Eu trabalho muito com eles a questão da importância do início, do meio e do fim da tarefa, porque essa é uma das dificuldades que a gente percebe na estrutura do paciente. [...] Daí quando você percebe que ele consegue realizar uma tarefa e completa, é uma vitória, uma vitória para nós e para ele. [...]

Então assim, para nós, isso é um ganho muito grande (E 4-28/11/06).

No início do ano, eu diria que a gente estava tendo um trabalho mais solitário. Conforme a gente vem organizando esse serviço, a gente tem tido uma relação mais próxima, [...] a gente tem um relacionamento bom, [...] isso aumentou o relacionamento do CAPS (E 3-27/11/06).

Os sentimentos expressos nas falas apontam o trabalho como fonte de prazer, identificado na atitude manifestada pelos usuários do CAPS, na sensação de satisfação da tarefa realizada e na parceria para realização e organização das atividades do serviço. Isso tudo se reverte em sentimentos positivos sobre o trabalho, um reconhecimento de gratificação e orgulho daquilo que o trabalhador produz.

O prazer do trabalho facilita o encontro entre o profissional de saúde e usuário, possibilitando neste processo o estabelecimento de um espaço intercessor, no qual ocorre uma relação mútua de intervenção em ato, surgindo então uma relação de confiança e responsabilidade. Essa relação traz satisfação para a equipe de saúde, que se sente “produzindo saúde” em meio às tensões do ato cuidador, e também concretiza a crítica ao manicômio, estimulando a autonomia (MERHY, 2007).

Dejours (1994) sugere que para transformar um trabalho de fatigante para equilibrante é necessário flexibilizar sua organização, de modo a permitir maior liberdade ao trabalhador para rearranjar seu modo operatório e para encontrar atividades e atitudes que são capazes de lhe fornecer prazer. Aponta também que a fonte de equilíbrio para uns é a causa de fadiga para outros e que se costuma separar a carga de trabalho em carga física e carga psíquica.

É uma loucura (risadas) Na verdade é assim, eu conheço cada um deles, faço questão de conhecer, principalmente, os que chegam novos. [...] vou em busca de conhecer a história de vida dele. [...] Então quando ele entra na minha oficina, mesmo com aquele volume todo, eu tenho a história inteira na minha memória. [...] Eu consigo associar cada situação em cada momento que ele precisa de cuidado. Então, é assim, é uma prática de anos de trabalho, trabalhando com muito volume [...] Então quando você conhece a história de vida dele, facilita bastante para você continuar o acompanhamento terapêutico dele (E4-28/11/06).

Independente do volume de trabalho no CAPS, que poderia causar fadiga, o relato expressa a atividade sendo aproveitada com um espaço de aproximação e construção, levando ao prazer. O trabalhador vivencia a carga física como uma possibilidade de criar e organizar seu modo operatório, como um cuidado próprio, fortalecendo sua identidade de um profissional com liberdade para rearranjar suas atividades.

Assim, conhecer as histórias individuais, independente do volume de trabalho apresentado, dá satisfação, pois a tarefa aparece como um ato reflexivo e de produção de conhecimentos, e seu resultado final é construído e estruturado pelo trabalhador. Na construção cotidiana do trabalho do CAPS deve-se ter o lado de oferecer seu trabalho vivo em ato, no dia-a-dia, para produzir no outro possibilidades de viver com mais dignidade; permitir que sua ação esteja aberta para modificar seu processo de trabalho; e aprender com o próprio fazer do outro, comprometido com a produção de relações vivificados que vêm no outro um sujeito fundamental (MERHY, 2007).

Conhecer as histórias é vivenciado como prazer/satisfação, pois traz à tona a intimidade, a vida, o desejo daqueles que no cotidiano buscam uma transformação naquilo que está prescrito. Ou seja, é na relação com o outro que o trabalhador visualiza a liberdade de poder fazer de um modo específico, próprio, criando e inventando novas formas de realizar a tarefa e alcançar a sua finalidade.

Entendo que o trabalho no modo psicossocial exige dos profissionais uma crítica ao modo asilar, bem como a produção de novas práticas pautadas pelo direito do usuário de ir e vir, desejar o cuidado, ofertar acolhimento na crise e atendimento individual e coletivo, ocasionando nos trabalhadores a vivência da tensão entre as novas práticas e os *velhos hábitos*. Isso repercute na saúde mental do trabalhador, atingindo a organização do trabalho e a subjetividade dos trabalhadores.

O trabalho no CAPS tem trazido satisfação aos trabalhadores, mas também é vivenciado com sofrimento, aqui entendido como esgotamento de possibilidade de negociação entre trabalhador e a organização do trabalho. Os

fatores de sofrimento avaliados pelos profissionais referem-se a aspectos relacionados às condições e à forma de organização do processo de trabalho.

A equipe reduzida do CAPS Flávio Dantas de Araújo é uma das principais características do trabalho que resulta em sofrimento: composta por cinco profissionais (uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem, duas psicólogas e uma assistente social), não segue as determinações propostas pela portaria n. 336/02, que determina o número mínimo de profissionais de uma equipe técnica para CAPS II. Segundo este documento, deve haver: um médico psiquiatra, um enfermeiro com formação em saúde mental, quatro profissionais de nível superior (podendo ser psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo, entre outros necessários ao projeto terapêutico) e seis profissionais de nível médio (técnico ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão) (BRASIL, 2002).

[...] Ainda falta muito para a gente melhorar a questão da equipe. A equipe é muito reduzida para o número da pacientes que nós temos (E8 – 30/11/2006).

Eu ainda vejo o atendimento, de certa maneira, com alguma precariedade. Primeiro, porque a gente tem muita dificuldade de recursos humanos, a gente tem uma equipe muito pequena. A nossa equipe se empenha ao máximo, mas ainda assim fica a desejar. A gente não consegue dispensar os cuidados que o CAPS requer ao paciente, aqueles cuidados que a gente sabe que são tão importantes para que ele possa estar melhorando a sua qualidade de saúde (E6 – 29/11/2006).

Olha, dentro do CAPS hoje a equipe é muito pequena para o número de pacientes que a gente tem recebido, porque na verdade a demanda tem sido muito grande (E3 – 27/11/2006).

[...] Então nós precisamos realmente de equipe de apoio, de técnicos mesmo, de pessoal técnico mesmo, terapeuta ocupacional, pedagogo, outros técnicos.

[...] Então eu acho que é assim, a melhoria do serviço, acima de qualquer coisa, antes do ar climatizar (risadas). Antes de qualquer coisa, nós estamos precisando de aumento de equipe, realmente de recursos humanos. Aí a gente vai poder ter um cuidado melhor.

[...] Eu acho que hoje o foco que mais grita, dentro do nosso serviço é o número de funcionários. Temos uma equipe mínima

mesmo de cinco pessoas para uma demanda de 180 usuários que a gente tem hoje, uma média de 85, 90 pacientes/dia. Bem que a gente trabalha de mutirão. Até porque eles não conhecem um trabalho com um volume menor o quanto ele pode ser adequado, (risadas), o quanto ele pode ser melhor. Muito mais qualidade (E4 – 28/11/2006).

O atendimento é um atendimento esforçado. A equipe se esforça bastante [...] Mas ele ainda deixa bastante a desejar. [...] Muito pouco [profissionais] em todos os sentidos, porque tem aquela situação, que aqui é contado, ambulatório e CAPS. [...] E a quantidade de pessoas também, que a gente chega aí, às vezes a quase 100 pessoas, para essa equipe pequena. [...] A gente não consegue trabalhar. Não consegue, a qualidade do serviço cai, por isso, por essa demanda que é muito grande (E7 – 30/11/2006).

A equipe mínima constituída por cinco profissionais questiona e avalia a organização de seu trabalho, pois no cotidiano defronta-se com uma demanda média diária de 90 usuários. Frente a essa realidade, os profissionais vivenciam uma preocupação com o trabalho, uma sensação negativa de que não conseguem atingir sua finalidade com as atividades do serviço. Desse modo, convivem com condições precárias, gerando estresse e sofrimento frente às diversas demandas e necessidades dos usuários e dos próprios profissionais. Assim, a equipe mínima *versus* o número de usuários é uma experiência negativa para os trabalhadores do local estudado, gerando desgaste e interferindo na qualidade do serviço e nas relações.

O trabalho no CAPS tem objetivo de produzir intervenções em saúde mental pautadas pelo direito do usuário de ir e vir, querer ser cuidado, ser acolhido e ter atendimento nas necessidades mais complexas, oportunizando a reabilitação psicossocial (MERHY, 2007). Esse trabalho busca superar a clínica no modelo tradicional e asilar, propondo uma ação ampliada e integral, propondo uma prática assistencial que ocorre no dia-a-dia, em estar próximo, junto, escutando e trocando os espaços que querem produzir vida.

Ferrer (2007) refere que a escassez de recursos humanos é uma queixa referida pela maioria dos grupos de profissionais dos CAPS, fazendo com que os trabalhadores se sintam *sugados*, fazendo-os sofrer. Deixam claro que sofrem mais porque não dão conta de fazer aquilo que sempre gostaram de fazer, sentindo um cansaço mental.

Essa preocupação com o desgaste no trabalho encontra-se descrita na III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 2001, em que é apontada a necessidade de uma política adequada de recursos humanos que considere a importância do trabalhador de saúde mental na produção dos atos de cuidar e privilegie a dimensão subjetiva, humanizante e solidária, não aceitando condições indignas e precárias (BRASIL, 2002).

Para o cadastramento do CAPS Flávio Dantas de Araújo foram contabilizados, na constituição da equipe, os profissionais do ambulatório de saúde mental. Assim, no registro, os médicos psiquiatras desse ambulatório contam como sendo do CAPS, o que não ocorre cotidianamente. Esse profissional destina apenas algumas horas de trabalho ao CAPS, o que repercute no modo como as atividades são organizadas.

[...] Bom, existe primeiro um problema aqui que eu acho que é importante colocar que é o seguinte: o CAPS aqui não tem um médico exclusivo para ele. [...] Eu sou o único médico da rede que vou ao CAPS uma vez por semana, quatro horas. Lá eu desenvolvo duas atividades de uma maneira geral assim, que é toda reunião da assembléia na quarta-feira de manhã e, depois eu atendo alguns pacientes. Alguns pacientes que necessitam assim de um atendimento mais freqüente ou que tem alguma situação que outra na semana que a pessoa piorou. [...] Aí, eles selecionam essas pessoas e eu faço uma média de seis a oito atendimentos dentro dessa manhã. Então, esse eu vejo que é o principal problema. [...] Falta pessoal claramente. [...] Um dos fatores que causam [sofrimento] é assim: uma demanda muito grande de serviço, número muito pequeno de profissionais, que na rede duma cidade de trezentos mil habitantes ter quatro psiquiatras! (E2 – 24/11/2006).

Não fazer parte da equipe do CAPS de forma integral dificulta a organização do trabalho em torno da atenção psicossocial, uma vez que a interdisciplinaridade é uma das características dessa proposta. Ter um médico de modo parcial é ter um profissional ausente, alguém que atende de maneira burocrática, somente mantendo um fluxo mínimo de atendimento. Assim, o psiquiatra *apaga incêndios*, de acordo com a avaliação e a solicitação da equipe mínima (cinco profissionais) do serviço. No processo terapêutico, a equipe funciona numa dinâmica de ajustar-se às possibilidades de atenção

desse profissional, o que desqualifica a atenção psicossocial. Isto é vivido e avaliado com insatisfação pelos usuários e trabalhadores.

Nogueira-Martins (2003) refere que 80% dos médicos brasileiros consideram sua atividade desgastante, sendo os principais fatores: excesso de trabalho/multiemprego, baixa remuneração, más condições de trabalho, responsabilidade profissional, área de atuação/especialidade, relação médico-paciente, conflito/cobrança da população e perda da autonomia.

A ausência do médico na equipe do CAPS prejudica o trabalho interdisciplinar que busca a descentralização do saber e do poder em um único profissional. Não se negam os núcleos de competência das diferentes profissões, mas quando se busca uma clínica ampliada é preciso admitir que as pessoas devem compor uma relação de trabalho e terapêutica com seus usuários, em uma dialética de papéis simultâneos de trabalhador e cuidador (OLIVEIRA, 2007).

Vale ressaltar que o número reduzido de profissionais também prejudica a relação e as intervenções junto aos usuários e, conseqüente desgaste no trabalho da equipe. O vínculo institucional é outro fator de sofrimento identificado no CAPS, pois é avaliado como limitante na construção da atenção psicossocial – a finalidade deste trabalho –, gerando insegurança e insatisfação aos trabalhadores.

Quem lá trabalha foi contratado por meio de teste seletivo com validade de dois anos, não podendo ser renovado. No momento da coleta de dados, somente um profissional da equipe mínima tinha estabilidade no serviço, obtida por concurso municipal.

E aí que entra o outro vínculo, porque quando eu entrei aqui foi complicado porque eles falavam: “mas a K. não vai ficar mais?”. E ela fez um trabalho aqui durante três meses, um trabalho muito bom. E aí eles abrem a vida deles, eles se colocam. [...] E, depois ela vai embora. Em saúde mental isso é muito sério! Então, a gente fica [...] essa questão do vínculo empregatício que a gente tem, certo modo é uma coisa que deixa a gente instável, inseguro com relação ao futuro. [...] A gente participou de um processo seletivo, e eu tenho contrato por um ano que pode se renovar por mais um ano. Então, eu posso depois renovar. [...] A gente fica muito aborrecida porque a gente fica pensando: nós como pessoas, como funcionários, como profissionais, isso pra gente é muito complicado. Mas e para as pessoas que estão aqui, sabe? Causa uma revolta,

porque você pensa assim, tudo é dinheiro, não se pensa no humano, quer dizer, quais as conseqüências? Você está lá, está batalhando, está com a medicação certinha, a equipe trabalhando certinho com o paciente, tem o vínculo lá, quebra! Pode se ter uma perda muito grande de todo um trabalho que já foi feito e ninguém pensa nisso. [...] (E1 – 22/11/2006).

A expectativa era que com a organização do CAPS providenciasse um concurso público [...] Só que saiu um teste seletivo. [...] Então teve uma procura grande, mas com uma validade determinada de no máximo dois anos. Então, a nossa ansiedade é como vai ficar depois desses dois anos? [...] E, a gente ouve dos próprios pacientes mais antigos até a preocupação deles também com a rotatividade dos técnicos, porque eles não querem que mude (E3 – 27/11/2006).

Os relatos apontam a vivência do vínculo institucional como uma carga psíquica fatigante ao trabalhador, com implicações no seu modo operatório. Ou seja, ele sofre com os limites impostos por um contrato que finaliza em dois anos. Afinal, a reabilitação psicossocial constitui-se, entre outros aspectos, na construção de uma relação entre sujeito e profissional de confiança, que se estabelece por um convívio contínuo. Por outro lado, esses sentimentos também repercutem no trabalho do CAPS, pois os profissionais se sentem desmotivados, impactando na busca de crescimento profissional. Conseqüentemente, há a cristalização na organização de um trabalho que requer novas práticas e possibilidades para compreender o sofrimento psíquico e construir novos modos de cuidar da loucura, realizando uma crítica aos serviços manicomiais.

Oliveira (2007) afirma que o vínculo institucional é fator de grande dificuldade para realização da atenção psicossocial, uma vez que trabalhadores contratados temporariamente têm pouco poder de contratualidade para o exercício de práticas emancipatórias. Outra questão importante desse contrato temporário relaciona-se na repercussão do estabelecimento de vínculo com os usuários. Este sofrimento é manifestado em tom de pesar, com o reconhecimento de que um dos aspectos fundamentais para a organização do trabalho no CAPS fica prejudicado, pois tem um tempo determinado para acontecer.

Este é um lugar de produção de cuidados, de subjetividades mais autônomas, de espaços sociais e de solidariedade; local para articular o particular, o mundo de cada usuário com uma diversidade de possibilidades de invenções terapêuticas. Isso necessita da sementeira do vínculo, da aproximação, do acolhimento e da escuta (YASUI, 2007).

Desse modo, o trabalho do CAPS exige do trabalhador uma atitude de envolvimento, produzindo afeto e encontros, os quais requerem a permanência e a continuidade do profissional no serviço. Nesse sentido, torna-se fundamental um regime permanente, que poderá facilitar a construção de vínculo. Campos (2002) observa que a ligação um pouco mais estável e duradoura entre profissional e paciente permitiria que este exercesse melhor seus direitos de cidadania, pois, conheceria o nome, o posto e as atribuições dos responsáveis pelo seu cuidado.

Outra questão que tem interferido no processo de trabalho do CAPS – vivenciada como um “nó crítico” pelos trabalhadores – refere-se ao número elevado de usuários diários. Tal fato é avaliado como uma sobrecarga de trabalho, uma vez que a equipe enfrenta diferentes solicitações para organizar suas atividades.

Houve um processo de inchamento do CAPS. Então, se a proposta passa a ser acolher cada vez mais pacientes graves, nós ainda temos muitos pacientes que não são graves, já não precisariam estar no CAPS. [...] São na ordem de 80, 90 pacientes por dia e, no total, são mais ou menos 170 (E2 – 24/11/2006).

Eu vejo assim, que precisaria aumentar a equipe e precisaria diminuir a quantidade de pacientes. Porque aqui é assim, vai absorvendo, vai absorvendo e não importa quem é, se a gente tem condição de atender ou não, a pessoa vai entrando, vai entrando e a gente tem que atender, entendeu? Então eu acho assim, tem que ter um limite (E7 – 30/11/2006).

Eu acredito que o sofrimento maior é o tamanho da demanda. A demanda tem sido muito grande. Então a qualidade cai muito. [...] Então, muitos deles se queixam porque gostariam de estar participando ou de atendimento individual ou de grupo de psicoterapia. Como a demanda está muito grande, a gente não tem tido possibilidade de abrir mais grupos e eles se queixam que eles não estão sendo atendidos (E3 – 27/11/2006).

Então você imagina hoje nós tivemos assembléia, devia ter mais de 200 ali. [...] A gente não consegue dar a atenção que requer o paciente em função do número... [de profissionais] [...] Nós precisamos rever isso (E6 – 29/11/2006).

Esse número elevado de usuários, em muitos momentos, tem impedido que a escuta, o acolhimento, as oficinas, os atendimentos individuais e em grupo sejam realizados, pois têm acontecido em condições precárias. A equipe consegue desenvolver as atividades programadas, mas almeja e avalia a necessidade de uma reorganização, pois tem o compromisso como o alcance da finalidade do trabalho – a atenção psicossocial, o que poderia diminuir a sensação de sofrimento.

Os profissionais não tinham clareza sobre a composição da equipe técnica mínima para o funcionamento de CAPS II, bem como sobre a organização nas modalidades intensivo, semi-intensivo e não-intensivo, conforme definido na portaria n. 336/2002. Tais dúvidas foram esclarecidas dentro da proposta de avaliação dessa pesquisa.

O número reduzido dos profissionais do CAPS Flávio Dantas de Araújo, como apontado anteriormente, está relacionado com o cadastramento do serviço que inclui os trabalhadores do ambulatório de saúde mental. O CAPS tem uma equipe de cinco pessoas, quando deveria ter uma equipe técnica mínima para atendimento de 30 a 45 usuários por turno em regime intensivo de seis profissionais de nível superior e seis de nível técnico, totalizando 12. Assim, durante a reunião de negociação avaliou-se a necessidade de mais sete profissionais para a realização desse trabalho com dedicação integral de sua carga horária no serviço.

A modalidade intensiva de tratamento refere-se ao acompanhamento diário dos usuários; a semi-intensiva é uma atenção freqüente, mas não diária; a não-intensiva é o atendimento em que é previsto uma menor freqüência do usuário em função do seu quadro clínico. Essa freqüência de usuários de acordo com a modalidade deve levar em conta a capacidade máxima de um CAPS II – 45 usuários por turno (BRASIL, 2002).

A equipe estudada entendia que na modalidade intensiva os usuários deveriam freqüentar diariamente o serviço nos turnos manhã e tarde, o que resultava no “inchamento” do CAPS: uma demanda diária de 70 a 80 usuários, a vivência do trabalho malfeito ou inacabado e a sensação de fazer muito e não fazer nada. Considera-se, também, que o número elevado de usuários por turno pode estar relacionado a outros agravantes, como a inexistência de uma rede de saúde mental no município e o fato de a prática da alta não ser efetivada no CAPS.

O desconhecimento aparece como um fator de sofrimento, sendo relacionado à *sobrecarga de trabalho*, que pode resultar em adoecimento dos profissionais. Para Dejours (1994), a organização do trabalho é percebida como fonte da carga psíquica, que pode levar ao sofrimento e à fadiga, ou seja, uma carga psíquica excessiva. Se ela não for interrompida, ocorre a continuidade da evolução desse processo; se nenhuma modificação da organização do trabalho ocorrer, a fadiga e o sofrimento interferem na saúde mental do trabalhador.

A equipe mínima e o número elevado de usuários no CAPS têm cargas psíquicas que repercutem nas relações de trabalho, não ocasionando prazer e bem-estar. Conseqüentemente, resultam em um sentimento de desânimo, de questionamento da qualidade do trabalho produzido, de desvalorização profissional e, até mesmo, de desmotivação. Essa vivência rotineira da sobrecarga de trabalho é avaliada pelo trabalhador como um sentimento de impotência, pois no cotidiano, frente às demandas e necessidades de sua atividade, sentem-se *coisificados*, parecendo perder seu poder de pensar e criar seu trabalho.

O volume de paciente acho que é o pivô de toda a história, também. Então assim, eu vou passando pelo corredor, às vezes eu evito sair da sala. Eu acho que estou, até num processo de doença. Às vezes eu até tenho evitado sair da sala, porque eu saio, eles vem que parece um enxame de abelha. É meu serviço, eu tenho consciência disso, é minha obrigação, eu não deixo de fazer, mas tem hora que eu também quero ter um pouco de tranqüilidade. A gente não tem horário. Horário de almoço aqui é uma hora, mas na verdade a gente nem tem o horário de almoço, porque a gente fica aqui dentro [...] Isso é extremamente estressante, a carga horária é

muito estressante, oito horas é muito estressante (E6 – 29/11/2006).

Me incomoda assim, quando a gente não consegue atender assim, de forma eficiente, o paciente ou familiar, quando a gente se sente assim, de mãos atadas, entendeu? Quando você vai fazer alguma coisa e não tem material, quando você quer fazer, é uma certa frustração, né? E em relação a mim e ao meu trabalho, que eu faço aqui, eu sinto assim, é muito desvalorizado, entendeu? (E7 – 30/11/2006).

Nós adoecemos, porque a gente desgasta demais. Estamos todos desgastados, a gente vem praticamente empurrada para o trabalho e, eu falo isso por mim. Eu amo isso daqui, adoro o CAPS, nunca tinha tido experiência na saúde mental em minha vida toda. Eu gosto do que eu faço, só que eu estou assim totalmente desmotivada (E6 – 29/11/2006).

Ferreira e Mendes (2001) colocam que o prazer é vivenciado quando o trabalho favorece a valorização e o reconhecimento profissional, especialmente pela realização de uma tarefa significativa e importante para a organização e a sociedade. A forma como o trabalho é realizado permite (ou não) uma percepção significativa, influenciando o sentido particular que ela assume para cada sujeito, emergindo vivências de prazer e de sofrimento.

Na reunião de negociação da equipe avaliou-se que não é o convívio com os usuários do CAPS que gera sofrimento na equipe, mas a carga psíquica oriunda do número reduzido de profissionais, associado ao número elevado de atendimentos por turno. Carvalho e Felli (2006) contribuem nessa reflexão apontando que o desgaste mental se aproxima do sofrimento psíquico quando ocorre a potencialização da exposição à carga psíquica, e não pelo convívio com o objeto de trabalho.

Há, na equipe pesquisada, um sentimento de volume de trabalho aumentado e sem resultado efetivo. Isso traz sofrimento, pois o profissional fica perdido na construção de um projeto terapêutico que busca inclusão social, aquisição de autonomia, construção de vínculo e promoção da cidadania. Como fazer isso, quando o trabalhador se sente oprimido pelo grande volume de trabalho frente à equipe reduzida e a demanda aumentada?

No dia-a-dia do serviço de saúde mental, os profissionais vivenciam as demandas dos usuários e de suas famílias, que muitas vezes não refletem as

diretrizes concebidas pelos programas de desinstitucionalização. Assim, novas de pactuações precisam ser construídas, já que as equipes convivem com solicitações de respostas para as quais nem sempre possuem recursos suficientes. As respostas necessárias são uma construção coletiva das situações que não dizem respeito estritamente à clínica, mas à incorporação de um processo de acompanhamento contínuo que considera o desejo do outro – o sujeito em sofrimento (GULJOR; PINHEIRO, 2007).

Um dos caminhos para assegurar a qualidade do trabalho em saúde é a combinação adequada da autonomia profissional com a responsabilidade dos trabalhadores. Todos os processos que limitam a capacidade de resolver os problemas ocasionam alienação e descompromisso com a promoção da saúde. A gestão do trabalho requer responsabilidade com autonomia dos profissionais, que deve ser buscada em cada contexto, em arranjos singulares que assegurem a capacidade de produzir saúde do serviço em questão, viabilizar técnica, financeira e politicamente os projetos e considerar a realização profissional e financeira do trabalhador (CAMPOS, 2002).

Dejours (1994) sugere que, para um trabalho fatigante tornar-se equilibrante, a organização do trabalho deve ser flexibilizada, dando maior liberdade ao trabalhador para rearranjar seu modo operatório e para encontrar os gestos que são capazes de lhe fornecer prazer, expandindo ou diminuindo a sua carga psíquica de trabalho. Na impossibilidade de liberalizar a organização do trabalho, precisa-se encarar uma reorientação profissional que leve em conta as aptidões do trabalhador e as necessidades de sua economia psicossomática, pois o pleno emprego das aptidões psicomotoras, psicossensoriais e psíquicas parece ser uma condição de prazer do trabalho.

Nesse sentido, no CAPS os arranjos do trabalho ora caracterizam-se como fonte de prazer (pois há liberdade para o fazer) e ora como sofrimento (quando os rearranjos se constituem como uma necessidade diária cristalizada em um trabalho cansativo, duro e sem condições para a invenção do novo).

Apesar de todas as dificuldades percebidas no cotidiano de trabalho, a equipe mostra-se motivada e comprometida com a proposta de um serviço substitutivo ao hospital psiquiátrico. Independente das condições avaliadas, há preocupação e compromisso com a melhoria do atendimento, buscando a

inserção social dos usuários. Para tanto, *realizam arranjos e usam a criatividade* em seu processo de trabalho.

Para não se deixar levar pelo discurso da dificuldade, a equipe aponta a criatividade como um dos recursos necessários na organização do trabalho.

A gente precisa de aumento de recursos humanos, nós precisamos da supervisão, precisamos de material, porque vai das tripas ao coração, inventa, olha, cria atividade. Imagina a criatividade que a gente tem aqui, com material e recurso. Talvez venha e ser o “the best”, porque nós temos que ter criatividade todos os dias. (E4 –28/11/2006).

São muito importantes as oficinas no sentido de estar dando oportunidade aos pacientes, de eles estarem aprimorando as suas potencialidades, mais ainda, mesmo nesse sentido, temos a dificuldade de material. Vocês têm observado quanto que a gente tem que ser criativo e, às vezes, trabalhar com o inexistente. O número de pacientes nas oficinas, ele é muito expressivo, é muito grande, isso também dificulta. Acho que na verdade a dificuldade se resume em duas questões: a questão de recursos humanos e tem a questão da falta de material. (E6 – 29/11/2006).

Porque não tem sido fácil. Eu acho que é um serviço que a gente acaba pegando também é a angústia de toda a equipe junta e de conseguir lidar com isso. (E3 – 27/11/2006).

Lacaz e Sato (2006) apontam que o produto do processo de trabalho no setor de serviços dá-se no mesmo momento em que é desenvolvido. As incertezas, a relação com as pessoas atendidas, as circunstâncias a cada momento modificadas fazem com que a possibilidade de prescrição das atividades seja limitada, sendo necessário aos trabalhadores criar formas de lidar com os imprevistos no âmbito de cada unidade, com os esforços e com as necessidades da população. Em função disso, o cotidiano é o foco privilegiado para se pensar a articulação entre qualidade do trabalho, saúde do profissional e humanização do cuidado.

Na rotina do CAPS, a equipe tem criado formas de lidar com os imprevistos, avaliando que seu trabalho é ampliado, considerando que busca inventar um novo modo de atenção que objetiva autonomia e produção de vida para os usuários. Para tal, a criatividade é apontada como necessária e

fundamental no processo, e que as dificuldades, quando permanentes, aparecem como fatores de sofrimento.

O trabalho no CAPS e na saúde mental dirige-se na atualidade para produzir novos sentidos de viver no âmbito social; é uma atividade complexa, múltipla, interdisciplinar e intersetorial. Um trabalho, para ser humanizado, tem que permitir que a vida produza vida, apostando na construção de um lugar, no caso o CAPS, que é novo e deve estar aberto para experienciar e proteger quem tem que inventar soluções.

Essa vivência de viver o novo, associado às dificuldades da organização do trabalho, tem gerado sentimentos coletivos de incapacidade na realização das atividades, em que cada um cobra de si e da equipe uma postura mais ativa e criadora. Isso, em muitos momentos, é avaliado como peso e sofrimento, pois exige uma postura permanente de prontidão, atenção, escuta, vontade, desejo, imaginação e disposição para inventar o trabalho.

Merhy (2007) refere que os trabalhadores do CAPS vivem “no olho do furacão”, pois lamentam o trabalho e cobram de si o oposto, uma postura de oferta de trabalho vivo para vivificar o sentido da vida no outro. Dejours (1992) colabora com essa reflexão, observando que, em geral, a carga psíquica de trabalho aumenta quando a liberdade de organização de trabalho diminui, e que, quando não há mais arranjo possível (quando a relação do trabalhador com a organização do trabalho é bloqueada), o sofrimento começa. A energia pulsional que não acha descarga no exercício da função acumula-se no aparelho psíquico, ocasionando um sentimento de desprazer e tensão.

Para diminuição da carga psíquica e conseqüente alívio do sofrimento, os trabalhadores apontam a necessidade de capacitação e supervisão.

[...] tem que ter capacitação constante [...]. A supervisão: tem que ter mais investimento nisso. A supervisão, pelo que eu tenho de conhecimento, seria vir um profissional que trabalhe nessa área da saúde mental que seja de fora da equipe e que vai estar discutindo com a gente, vai estar colocando, tudo sobre o nosso trabalho, a nossa prática, as nossas dificuldades. Estar avaliando as nossas intervenções e dar também um suporte para a gente, porque esse trabalho não é fácil. Exige muito da gente porque a gente trabalha com uma população que é muito carente. [...] Isso causa muito desgaste

na gente e a supervisão vai dar esse suporte técnico pra gente (E1 – 22/11/2006).

A capacitação [...]. Isso é premente. Nós, desde o início, a gente está pedindo capacitação, treinamento, cada um busca da maneira que pode. [...] Então é importante também, a qualificação é fundamental, a gente não consegue sair daquela queixa, você não consegue ver outra coisa, a gente não consegue vislumbrar sem ter conhecimento [...]. É muito importante quando você tem domínio daquilo que você está discursando. O meu discurso, ele vai de acordo com o que eu estou apreendendo aqui no dia-a-dia (E6 – 29/11/2006).

Eu, pelo menos, nunca participei de nenhum treinamento. Inclusive, logo que eu vim para cá, fui agredida [...] Fui agredida e eu não queria voltar. Só que no dia seguinte eu vim aqui o paciente já não lembrava mais de mim. Eu vi que ele não quis agredir a mim, não era nada contra mim. Era próprio da doença, daí foi o que me incentivou a continuar aqui. Então se, quando eu tivesse vindo para cá, se eu tivesse passado por um treinamento, se eu tivesse preparada, eu não ia levar aquele susto, choque (E9 – 1º/12/2006).

A equipe do CAPS demonstra preocupação e comprometimento com a proposta de trabalho, manifestando a necessidade de educação em serviço, e visualizando a supervisão como um espaço de discussão sobre as relações do trabalho. Também avaliam isso como apoio, suporte e dispositivo de alívio da carga psíquica. Na negociação discutiu-se que a capacitação e supervisão podem aparecer como estratégias de enfrentamento do sofrimento no trabalho; fazem parte de um novo olhar que pode ajudar o trabalhador a inventar o seu modo operatório no cotidiano do CAPS.

A falta de um programa de capacitação e supervisão configura-se como um fator de sofrimento, pois a atenção psicossocial guia-se por atividades complexas que demandam conhecimento, o qual deve ser construído, problematizado e planejado no cotidiano de trabalho. A necessidade de capacitação e especialização de trabalhadores que cuidam dos doentes mentais está relacionada com o processo de transformação dos asilos em espaço terapêutico da loucura nos diferentes locais (OLIVEIRA; ALESSI, 2003).

A saúde mental aparece como uma disciplina dinâmica, e a educação em serviço pode possibilitar a reflexão do trabalho, bem como a construção de espaços de problematização da prática diária, das relações de poder/saber presente no serviço. Nessa perspectiva, o campo do saber, através de capacitações, é um terreno ideal e necessário para a discussão da inclusão social, facilitando o entendimento dos profissionais dos diferentes processos e bases teóricas dessa proposta de trabalho (OLIVEIRA; DORNELES, 2005).

A equipe do CAPS Flávio Dantas de Araújo identifica os desafios e conflitos de sua atuação e traz a supervisão como uma estratégia fundamental para produzir seu trabalho de modo coletivo:

A supervisão, ela tem sido discutida, inclusive com a coordenadora de saúde, que a supervisão não é só importante, como ela é necessária que a gente tenha. E isso não está acontecendo. A gente tem buscado essa supervisão porque é até um momento de dividir as angústias. [...] É um suporte e a gente não está tendo suporte nenhum (E3 – 27/11/2006).

A gente precisa de supervisão, acima de qualquer coisa. [...] A supervisão a gente pede desde o primeiro dia que a gente chegou, por que é assim, você poder estar com experiência em saúde mental, você pode tirar de letra a saúde mental. [...] Você não consegue, a gente quando está no caldeirão, no movimento, você não enxerga de jeito nenhum. [...] Então a gente às vezes sapateia com algumas situações de paciente. Às vezes a gente se angustia com alguma situação que está se vivendo e não sabe a quem falar dessa angústia (E4 – 28/11/2006).

Campos (2002) refere que o trabalho autônomo praticamente dispensaria chefia e necessitaria coordenação, avaliação externa e supervisão para indicar correções de rumo eventualmente necessárias. A supervisão adquire importância na medida em que torna explícitos os diversos modos de cuidado em saúde mental e as relações compartilhadas na construção desse fazer coletivo. Dessa maneira, as supervisões devem ser estruturadas de forma a incluir também a discussão das relações de poder, das dificuldades de trabalho em equipe, das inseguranças que todos os profissionais têm quando lidam com desafios que escapam à competência adquirida na formação

universitária ou técnica convencional, das crises de identidade profissional, das dificuldades subjetivas da relação com a clientela, dos sintomas de estresse que levam ao sofrimento e esgotamento (RAMMINGER, 2006).

Na saúde mental, para analisar os elementos subjetivos do trabalho é preciso considerar as ações e o sofrimento como indissociáveis, pois quem trabalha com o sofrimento do outro invariavelmente corre “riscos” (ANDRADE, 2007). Nesse sentido, a supervisão evidencia-se como um equipamento no qual se pode pensar e avaliar a *práxis*, enquanto tecnologia que busca substituir os manicômios.

Outro aspecto que emerge como fator de sofrimento refere-se à *falta de tempo para planejar e organizar o trabalho*, resultando um mal-estar psíquico e a sensação de fadiga, dificultando os arranjos necessários para a organização do trabalho:

A gente acaba não tendo tempo para se organizar melhor, poder fazer uma organização melhor, poder ter um momento de atender essas pessoas quando elas precisam. Então, isso traz às vezes uma ansiedade até para a própria equipe porque a gente vê a necessidade deles. Mas a gente não consegue atender essa necessidade (E3 – 27/11/2006).

Falta horário para organizar as atividades. [...] Me incomoda não pensar o trabalho [...] Me incomoda porque as coisas acabam ficando meio atropeladas. Às vezes, a gente precisaria ter dado atenção melhor, de repente para um lado, e não conseguiu, não foi possível. E eu acho incrível que a maioria deles entende, olha para a gente e entende, vê que a gente não está sem fazer nada e deixando eles ao léu (E5 – 29/11/2006).

Nós chegamos a colocar uma proposta de cada paciente novo que chegasse a gente faria a entrevista e criaria o PTI na sexta-feira. Não conseguimos fazer isso, não conseguimos colocar na prática, porque chega na sexta-feira, tem tanta coisa para ser discutida na reunião do decorrer da semana. Então assim, é uma coisa que angustia um pouco. [...] Então assim, há uma frustração nossa nesse momento de estar podendo construir isto, mas não tem como (E4 – 28/11/2006).

Então, nas reuniões tem atividades o tempo inteiro, não existe aquele tempo que ele pode parar e analisar um paciente,

escutar o paciente, conversar com o paciente, não existe isso (E7 – 30/11/2006).

A organização do trabalho é vista, antes de qualquer coisa, como uma relação socialmente construída, e não somente em sua dimensão tecnológica. Isso implica as relações estabelecidas entre os trabalhadores do CAPS, enquanto fator estruturante das atividades cotidianas. Desse modo, a psicopatologia do trabalho propõe olhar o trabalhador como um sujeito dentro dessas relações e, por meio da sua organização, identificar as relações entre condutas, comportamentos, vivências de sofrimento e de prazer (DEJOURS, 1994).

A finalidade do trabalho é a reabilitação psicossocial, orientada pela proposta de desinstitucionalização; a equipe do CAPS Flávio Dantas de Araújo demonstra preocupação e interesse com o alcance desse objetivo. É na rotina e na multiplicidade de ações e situações que esse trabalho coletivo se constitui. Porém na organização das atividades, entendidas como aquelas que devem ser planejadas conjuntamente, os trabalhadores têm tido dificuldades e falta de tempo para pensar e estruturar a sua atuação. Isso é vivido como tensão, pois se sentem comprometidos e interessados com a proposta de trabalho.

Uma estratégia possível para prevenir essa angústia são as reuniões de equipe, momento em que se dividem as preocupações e, também, os atendimentos realizados e atividades bem-sucedidas (ROSA, 2001).

Os funcionários estudados, ao admitirem a falta de tempo para pensar o seu trabalho, trazem uma crítica ao modo como se organizam nas atividades do cotidiano. Identificam a necessidade de um espaço para avaliar como tem produzido o cuidado em saúde mental e que o serviço precisa ser aberto, no sentido de produzir encontros da equipe para discutir suas ações. Ter tempo para pensar o trabalho é ter um lugar para olhar criticamente aquilo que está sendo feito, articulando as diversas possibilidades de invenções terapêuticas. É o momento de repensar e reorganizar, pois o trabalho é sempre produção e atividade social. Os trabalhadores, nas reuniões, podem usufruir “alívios produtivos e estados de alegria como uma poderosa arma analisadora a favor da construção dos CAPS antimanicômios” (MERHY, 2007, p. 64).

A parceria com a gestão municipal é apontada como importante na implementação do trabalho do CAPS. A equipe avalia que a construção de uma relação mais sólida com a gestão municipal ajudaria nessa questão. A burocracia, associada aos problemas de estrutura, recursos humanos e materiais, aumenta a carga psíquica do trabalho.

Acho que deveria ter um maior contato. Parceria maior, melhor, mais flexibilidade, porque a gente esbarra em muita coisa. Eles esbarram em coisas e não podem ajudar de imediato. Tem muita burocracia, muito demorado. [...] (E5 – 29/11/2006).

A gente não tem apoio, não tem. Primeiro, porque material até de limpeza existe falta. Então, não é só material para as oficinas, material de limpeza é aquela carência. A gente precisa ser visto, precisa ser valorizado, entendeu? Existe muita cobrança. Então, é uma reprodução e acaba sendo uma cadeia, cada um cobrando o outro. Eu tenho que acontecer, eu tenho que ter paciente, o paciente tem que ser atendido. E a gente nessa equipe pequena (E6 – 29/11/2006).

Nós sabemos também que a gente teria que construir esse serviço. Eu acho que a gente vem construindo, mas tem muita coisa ainda para ser pensada, tem coisas que a gente vai precisar que a própria coordenação da saúde mental nos ajude a conseguir, que a própria Secretaria da Saúde se disponibilize. E não só isso, acho que até o próprio prefeito, que ele se sensibilize com as causas do CAPS (E3 – 27/11/2006).

A percepção de falta de comunicação e maior proximidade do gestor, no que tange às questões de recursos materiais e condições de trabalho, incomoda a equipe, pois se identifica que esses setores desconhecem o que o CAPS e para que serve.

As questões relativas a recursos humanos e materiais representam um componente crítico para o delineamento de novos paradigmas para o CAPS. Todos reconhecem que o desempenho de qualquer organização depende de seu pessoal, bem como, das condições de trabalho.

O processo de concretização da reforma psiquiátrica passou por diversos campos, a saber: econômico (diz respeito ao financiamento dos

serviços substitutivos); jurídico (legislações, leis, portarias que regulamentam o modelo proposto); político (metas e projetos de governabilidade que possibilitem a expansão da rede de serviços substitutivos, que aumentem o poder de contratualidade do portador de transtorno psíquico e preserve seus direitos); social (metas de inserção pelo trabalho cooperativo, benefícios sociais); e cultural (espaços de desmistificação da loucura e de socialização do patrimônio cultural, filosófico, artístico, de lazer da comunidade) (AMARANTE, 2003). Na reunião de negociação da equipe em que estava presente a coordenadora de saúde mental do município, avaliou-se que toda definição de um sistema de assistência à saúde, e neste caso a saúde mental, deve levar em consideração as dimensões da infra-estrutura, a fim de que os avanços teóricos, relativos à organização setorial, transforme-se em práticas de cuidado no interior dos serviços.

Tendo presente que o trabalhador não é uma máquina, mas um sujeito em ação em um espaço real – que trabalha com os outros, compartilhando coletivamente o modo como organiza as atividades – as estratégias defensivas aparecem como um recurso para alívio do sofrimento. Tais defesas têm função de atenuar ou de combater o sofrimento e, às vezes, até mesmo de ocultá-lo integralmente para proteger os profissionais dos efeitos deletérios sobre sua saúde mental (DEJOURS, 1994). Elas contribuem para assegurar a coesão e a construção do coletivo. Quando mecanismo individual, podem ser utilizadas em proveito da produtividade e alcance dos objetivos fixados pela organização (DEJOURS; ABDOUCHELI, 1994).

Dejours, Dessors e Desrioux (1993) referem que o bem-estar psíquico provém de um livre funcionamento em relação ao conteúdo da tarefa. Se o trabalho favorece esse livre funcionamento, ele será fator de equilíbrio; e se ele se opõe, será fator de sofrimento e de doença. O trabalhador de saúde mental defronta-se cotidianamente com demandas de alta complexidade. Constantemente organiza-se para produzir um cuidado em saúde dirigido para a autonomia, inserção social e cidadania de seus usuários.

Merhy (2007, p. 58) indica que apostar no trabalho do CAPS é

permitir usufruir de ser um lugar do novo e do acontecer em aberto e experimental, é construir um campo de proteção para quem tem que inventar coisas não pensadas e não resolvidas; para quem tem que construir suas caixas de ferramentas, muitas vezes em ato, para quem, sendo cuidador, deve ser cuidado.

A terapia individual é apontada pela equipe como uma das estratégias facilitadoras das demandas do cuidado em saúde mental.

Olha, a gente vive da melhor forma possível aqui [...] Eu também me trato, faço a minha terapia, entende (E2 – 24/11/06).

Eu faço terapia já há um bom tempo. Procuro sempre manter. [...] No momento, tenho feito pelo menos quinzenal. Eu acho que isso ajuda. [...] Para que a gente possa se manter, com toda essa demanda (E3 – 27/11/06).

Os trabalhadores do CAPS vivenciam diariamente situações que são geradoras de sofrimento, que levam ao seu desgaste emocional. Assim, uma das formas de evitar o sofrimento no trabalho é enfrentá-lo desse no silêncio. Quando só é verbalizado no consultório médico, é considerado a individualização máxima do sofrimento; sinal de que as defesas coletivas não são mais eficazes (DEJOURS; JAYET, 1994).

O trabalho desenvolvido por estas pessoas requer muita disponibilidade para acolher diariamente uma grande demanda de casos graves. Fica-se constantemente próximo da loucura e de todas as situações que a acompanham, como miséria, desestruturação familiar, desemprego, violência, entre outras. Isso não é uma tarefa simples, pois se lida com a subjetividade dos indivíduos e, quando os entraves do trabalho dificultam sua realização, os mecanismos defensivos aparecem para atenuar o próprio sofrimento psíquico (FERRER, 2007).

A terapia aparece como um espaço no qual o trabalhador se alivia da carga psíquica oriunda do seu fazer. Por estar comprometido com seu trabalho,

é nesse espaço que obtém escuta e acolhida para o seu sentimento e conseqüente construção do alívio necessário para suas tristezas e sofrimento.

Outro mecanismo de enfrentamento que a equipe do CAPS Flávio Dantas de Araújo utiliza é o compartilhamento das angústias com os colegas.

[...] Ah, eu diria que tem sido cansativo. Porque envolve além das preocupações do trabalho, envolve as questões pessoais de cada um de nós, que é a vida pessoal de cada um. E, isso tem sido bem angustiante. Eu acho que o que tem ajudado muito é que a gente procura dividir isso com os profissionais da área que a gente conhece (E3 – 27/11/06).

Você tem que falar porque senão você não suporta. Você fala: “Não, como é que eu vou fazer? (E1 – 22/11/06).

As experiências emocionais ligadas ao exercício profissional, compartilhadas em um ambiente afetivo e acolhedor, permitem um reassegurar a identidade profissional através da detecção e do enfrentamento de conflitos. Para tanto, propõe-se a criação de uma instância reflexiva sobre o cotidiano da prática assistencial, com possibilidade de percepção de entraves e pautas estereotipadas de conduta no exercício profissional (NOGUEIRA-MARTINS, 2003). Nesse sentido, o partilhamento do trabalho com os pares reverte-se em valor positivo e estruturante da subjetividade do trabalhador, fazendo-o experimentar alívio do sofrimento e de suas cobranças, enquanto um profissional comprometido.

O trabalhador toma para si a responsabilidade, ou seja, sente-se implicado, importa-se com aquilo que faz/produz. No cotidiano do CAPS, nem sempre é possível fazer aquilo que se deseja ou se entende como o melhor modo de atingir a finalidade do trabalho. Conversar e trocar as experiências do dia-a-dia aparece como espaço de reflexão e de enfrentamento do sofrimento.

Dejours e Jayet (1994) abordam que o primeiro procedimento defensivo consiste em desvencilhar-se das responsabilidades, buscando proteção contra as dificuldades. Contrariamente, no processo avaliativo, observa-se que a equipe estudada está ciente de suas responsabilidades; em vez de se defenderem, desvencilhando-se das atividades diárias, buscam apoio nas

vivências de grupo, construindo uma identidade profissional por meio da relação com os colegas.

Outra estratégia de enfrentamento identificada é o uso da fala para expressar o aborrecimento com o trabalho, enquanto comunicação das emoções. Este sofrimento é também utilizado para produtividade, sendo este fato freqüentemente motivado por um gosto e pela paixão ao trabalho, como se o trabalho fosse gerador de prazer (DEJOURS; JAYET, 1994).

[...] Incomoda, eu brigo com a coordenadora de saúde mental. Eu não jogo para dentro, eu jogo para fora. (E4 – 29/11/06).

Externar um sentimento é um mecanismo defensivo que expressa o desejo de agir sobre a organização do trabalho para melhorá-la, dando sentido no lugar de defesas e tornando possível um processo de reapropriação do sofrimento e da intangibilidade das vivências subjetivas (DEJOURS; JAYET, 1994). A fala expressa a liberdade que o trabalhador tem de desejar, pensar, sofrer, sentir e estar junto com os outros.

Andrade (2007) observa que os dispositivos substitutivos no campo da saúde mental implica trabalho grupal, possibilitando encruzilhadas, pontos de encontro e contradição entre prazer, ardor e alegria, por um lado, e trabalho, labuta, dor e sobrecarga, por outro. O autor comenta, também, que não há prazer no grupo fora do processo de trabalho e que se deve instituir uma vivência de busca e reconhecimento dos diferentes modos de trabalhar. Assim, falar é assumir um risco que pode potencializar os trabalhadores no combate ao sofrimento.

Outra forma de enfrentamento expressa no processo avaliativo foi o compartilhamento das dificuldades do trabalho com os usuários do CAPS Flávio Dantas de Araújo.

[...] Eles aprendem comigo e eu aprendo com eles, porque nos meus momentos de angústia eu divido essa situação, para a gente encontrar uma forma de poder lidar com isso, né? Então a gente usa muito as nossas dificuldades, as nossas

limitações aqui, como aprendizado para eles para tocar a vida lá fora. Se eu espero tudo acontecer sentado na cadeira, dependendo da sorte, a minha situação não vai ficar muito fácil (E4 – 29/11/06).

Dejours e Jayet (1994) apontam que a organização real do trabalho resulta da negociação entre os sujeitos, sendo importantes e necessárias as interações e as comunicações entre os envolvidos. A racionalidade comunicacional está no centro das negociações entre os sujeitos sobre os compromissos a serem construídos para ajustar a organização, sendo preciso construir trocas morais e afetivas para enfrentar o sofrimento.

Nesse sentido, dividir experiências com os usuários transparece como uma estratégia de enfrentamento que possibilita um modo de refletir sua atividade, almejando ampliar coletivamente as concepções de como se deve trabalhar em conjunto para a efetivação da atenção psicossocial. Compartilhar com o usuário e até com a equipe é uma atitude que fortalece laços e limites.

O trabalho no CAPS pode vir a ser um encontro marcado com a amizade, entendendo-a como um exercício político, um processo no qual se trabalham novos agenciamentos, novas conexões, novos encontros. É possível um modo menos endurecido de trabalho, no qual as pessoas se colocam em relação com as outras, formando coletivos criativos de devir afetivo (ANDRADE, 2007).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho do Centro de Atenção Psicossocial acontece nas relações sociais e nas interfaces entre singular e coletivo, trabalho e saúde mental. Deve ser aproveitado como um espaço da construção de uma prática reflexiva sobre atividades e relações estabelecidas entre os trabalhadores – neste ponto, a subjetividade, a motivação e os desejos aparecem como centrais, podendo produzir prazer e/ou sofrimento. É na organização do trabalho que são procuradas e encontradas as possibilidades de adaptação entre o que deve ser feito e o desejo dos profissionais.

A reforma psiquiátrica tem possibilitado a construção do modelo de atenção psicossocial, tendo como objeto de trabalho o sujeito em todas as suas dimensões e usando o modo interdisciplinar para alcançar essa finalidade. É nesse processo que o CAPS se configura como instituição inovadora, um espaço de interlocução, um dispositivo que tem inventando novos modos de cuidar em saúde mental.

Este estudo buscou avaliar os fatores de sofrimento no trabalho em um centro de atenção psicossocial. Procurei identificar as estratégias de enfrentamento desse mal-estar psíquico, ampliando os espaços de interlocução e as articulações necessárias para a qualificação do trabalho.

No processo avaliativo, os trabalhadores demonstraram satisfação e realização com seu trabalho. Isto foi identificado na atitude positiva manifestada pelos usuários, na sensação de êxito da tarefa realizada e na parceria para realização e organização das atividades. Essa sensação de prazer é avaliada como orgulho daquilo que é produzido, possibilitando uma relação de confiança e responsabilidade, bem como o sentimento positivo de estar produzindo atenção psicossocial, independente das tensões do cotidiano.

Os profissionais engajados no CAPS Flávio Dantas de Araújo têm vivenciado a carga física e psíquica do trabalho como uma possibilidade de criar e organizar seu modo operatório, fortalecendo sua identidade e possuindo liberdade para rearranjar suas atividades. Os fatores de sofrimento apontados por eles referem-se a aspectos relacionados às condições e à forma de organização do processo de trabalho. A equipe mínima constituída por cinco

profissionais surge como uma das principais causas, pois avalia-se que há um desgaste na organização do serviço, considerando a demanda média diária de 90 usuários.

Frente a essa realidade, os trabalhadores vivenciam uma preocupação com a qualidade do atendimento, uma sensação negativa de que não conseguem atingir sua finalidade com as atividades realizadas no cotidiano do serviço. Associado a essa questão, avaliam que ter um médico somente de maneira parcial no serviço desqualifica a atenção psicossocial, o que é vivido com insatisfação por usuários e profissionais.

O vínculo institucional é outro fator de sofrimento avaliado no CAPS, pois limita o alcance da finalidade, gerando insegurança e uma carga psíquica fatigante ao trabalhador, com implicações no seu modo operatório. O tempo definido no contrato de trabalho limita a atenção psicossocial, que pressupõe, entre muitos aspectos, a construção de uma relação com o usuário que se estabelece por um convívio contínuo.

O trabalho do CAPS exige uma atitude de envolvimento, produzindo afeto e encontros, os quais requerem permanência e continuidade no serviço. Nesse sentido, torna-se fundamental um regime de trabalho permanente que facilite a construção do vínculo referido.

O número elevado de usuários que freqüentam diariamente o serviço é avaliado como um “nó crítico” e vivenciado como uma sobrecarga, uma vez que todos os dias a equipe enfrenta solicitações diversas para organizar suas atividades; em muitos momentos sente-se impedida de realizar a escuta, o acolhimento, as oficinas, os atendimentos individuais e em grupo, entre outras atividades.

Essa sobrecarga é avaliada como um sentimento de impotência, pois no cotidiano do serviço, frente às demandas e às necessidades, os trabalhadores sentem-se *coisificados*, parecendo perder seu poder de pensar e criar.

Indicaram, também, que não é o convívio com os usuários que gera sofrimento, mas a carga psíquica oriunda do número reduzido de profissionais associado à grande quantidade de usuários que freqüentam o serviço. Esse trabalho volumoso perde-se na construção de um projeto terapêutico que busca inclusão social, aquisição de autonomia, construção de vínculo e

promoção da cidadania. Os trabalhadores do CAPS questionam-se como devem trabalhar.

A gestão do trabalho requer responsabilidade e autonomia dos profissionais, que deve ser buscada em cada contexto, em arranjos singulares que assegurem a capacidade de produzir saúde.

No CAPS os arranjos implementados no processo de trabalho e a criatividade são avaliados em alguns momentos como fonte de prazer, pois há liberdade de atuação. Por outro lado, quando os rearranjos se constituem como uma necessidade diária cristalizada em um trabalho cansativo, duro e sem condições para a invenção do novo, isto é percebido como sofrimento.

No cotidiano, a equipe tem criado formas de lidar com os imprevistos, avaliando que seu trabalho é ampliado; a criatividade é apontada como necessária e fundamental no processo. Isso, na maioria das vezes, é avaliado como um aumento da carga psíquica e sofrimento, pois exige uma postura permanente de prontidão, atenção, escuta, vontade, desejo, imaginação e disposição para inventar o trabalho, ocasionando um sentimento de desprazer e tensão.

Para diminuição dessa carga psíquica e conseqüente alívio do sofrimento, os profissionais avaliam a necessidade de um programa de capacitação e supervisão, o qual poderia colaborar na criação de um modo operatório no CAPS, possibilitando a reflexão do trabalho, bem como a construção de espaços de problematização da prática diária, das relações de poder/saber presentes no serviço.

Outra questão avaliada como mal-estar psíquico e sensação de fadiga refere-se à falta de tempo para planejar e organizar o trabalho, o que repercute na efetivação dos arranjos entre os trabalhadores, bem como na sua criatividade. Apontaram que o trabalho do CAPS precisa ser aberto, no sentido de produzir encontros da equipe para discutir suas ações. Ter tempo para refletir é ter um lugar para olhar criticamente aquilo que está sendo feito, articulando as diversas possibilidades de invenções terapêuticas.

A percepção de falta de comunicação e maior proximidade do gestor municipal, no que tange às questões de recursos materiais e condições de trabalho, também traz incômodo à equipe, a qual considera que esses setores desconhecem o CAPS e para que ele serve.

Os trabalhadores estudados utilizam as estratégias de enfrentamento como recurso para alívio do sofrimento no trabalho. Apontaram a terapia individual, o compartilhamento das angústias com os colegas e usuários, e a expressão de sentimentos de desprazer. Essas defesas são avaliadas como espaços de comunicação e reflexão das emoções, gerando alívio e a liberdade de expressar desejos, pensamentos e sofrimentos. Amplia-se, desse modo, a construção da atenção psicossocial, finalidade do trabalho do CAPS.

Esse processo avaliativo possibilitou aos trabalhadores do CAPS Flávio Dantas de Araújo e aos pesquisadores apreender valores, atitudes e aspirações sobre o trabalho e a saúde mental do trabalhador, por meio de um processo interativo e de negociação.

Conclui-se que prazer e sofrimento ocorrem na interface do singular e do coletivo, exigindo dos trabalhadores uma prática reflexiva sobre a organização das atividades e de suas relações. É no dia-a-dia que se deve olhar a multiplicidade de acontecimentos e fazeres, bem como suas implicações no trabalho e na saúde mental do trabalhador. Agenciam-se novas conexões, novos encontros e, desse modo, possibilita-se uma maneira menos endurecida de trabalho, colocando os profissionais em relação com os outros, formando coletivos criativos e afetivos.

REFERENCIAS

AMARANTE, P. Novos Sujeitos, Novos Direitos: O Debate em Torno da Reforma Psiquiátrica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro; v. 11, n. 3, p. 491-494, 1995.

_____. **O Homem e a Serpente**: outras histórias para a loucura e a Psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996. 141p.

_____. A (Clínica) na Reforma Psiquiátrica. In:_____.(Coord.). **Archivos de Saúde mental e Atenção Psicossocial**. v.1. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003. p. 45-66.

_____. (Coord.). **Saúde Mental, Políticas e Instituições**: programa de educação à distância. Rio de Janeiro: FIOTEC/FIOCRUZ, EAD/FIOCRUZ, 2003.

ANDRADE, J. M. O Risco como Potencialidade no Trabalho com Saúde Mental. In: MERHY, E. E. (Org.); AMARAL, H. (Org.). **A Reforma Psiquiátrica no Cotidiano II**. 1.ed. São Paulo: Hucitec, 2007. p.82-106.

BELMONTE, P.*et al.* **Temas de Saúde Mental**: textos básicos do CBAD. Rio de Janeiro: Fiocruz; Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 1998.

BORSOI, I. C. F. Da Relação entre Trabalho e Saúde à Relação entre Trabalho e Saúde Mental. **Psicologia e Sociedade**, Porto Alegre, v.19, p.103-111, 2007. Edição especial. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-7182200007000400014&1>. Acesso em: 10 mar. 2008.

BRANT, L. C.;MINAYO-GOMEZ, C. A Transformação do Sofrimento em Adoecimento: do Nascimento da Clínica à Psicodinâmica do Trabalho. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, n. 1, p. 213-223, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Reorientação do Modelo Assistencial em Saúde Mental** – Relatório Final, 1994.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196**, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre as diretrizes e normas de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 10 out. 1996.

_____. Congresso Nacional. Lei de Direitos Autorais nº 9.610, de 20 de fevereiro de 1998. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 fev. 1998.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria/ GM nº336**, de 19 de fevereiro de 2002. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Projeto Promoção da Saúde/Ministério da Saúde**, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília. Ministério da Saúde, 2004.

CAMPOS, G. W. S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. **Agir em saúde: um desafio para o público**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2002. (Saúde em Debate – Série Didática,6).

CAMPOS, C. M. S., SOARES, C. B. A Produção de Serviços de Saúde: a concepção de trabalhadores. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 621-628, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-8123200300020002>. Acesso em: 10 mar. 2008.

CARVALHO, M. B. FELLI, V. E. A. O Trabalho de Enfermagem Psiquiátrica e os Problemas de Saúde dos Trabalhadores. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, 14(1): 61-69, janeiro-fevereiro, 2006.

CASTEL, R. **A Ordem Psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. **Metodologia científica**. 4. ed. São Paulo: Makron Books, 1996.

COSTA, Anita Marques; CREUTZBERG, Marion. Interdisciplinaridade: percepção de integrantes de um programa de promoção e atenção à saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 20, n. esp., p. 58-69, 1999.

COSTA-ROSA, A. da O Modo Psicossocial: um Paradigma das Práticas Substitutivas ao Modo Asilar. In: AMARANTE, P.D C. (Org.). **Ensaio: subjetividade, saúde mental e sociedade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

COSTA-ROSA, A.; LUZIO, C. A.; YASUI, S. A Atenção Psicossocial: Rumo a um Novo Paradigma na Saúde Mental Coletiva. In: AMARANTE, P.D C. (Org.). **Archivos de Saúde Mental**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003, p. 13-44.

DEJOURS, C. Note de travail sur la notion de souffrance. In: DEJOURS, C. (org.). **Plaisir et souffrance dans le travail**. Paris: CNRS/Pirtem, 1987.
DEJOURS, C. **A Loucura do Trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho**. 5 ed. São Paulo: Cortez, 1992. 167p.

DEJOURS, C.; DESSORS, D.; DESRIAUX, F. Por Um Trabalho, Fator de Equilíbrio. **Revista de Administração de empresas**, São Paulo, v.33, n.3, p.98-104, jul./ set., 1993.

DEJOURS, Christophe. **Psicodinâmica do trabalho: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho.** DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. Coord. BETIOL, M. I. S. Trad. BETIOL, et al. São Paulo: Atlas, 1994.

DESVIAT, M. **A reforma psiquiátrica.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

FERRER, A. L. Sofrimento Psíquico dos Trabalhadores inseridos nos Centros de Atenção Psicossocial: entre o prazer e a dor de lidar com a loucura. 2007. 111f. Dissertação (mestrado) – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2007.

FERREIRA, M. C., MENDES, A. M. “Só de pensar em vir trabalhar, já fico de mau humor”: atividade de atendimento ao público e prazer-sofrimento no trabalho. **Estudos de Psicologia.** 2001, 6 (1), 93-104.

FREIRE, F. H. M. A. O Sistema de Alocação de Recursos do SUS aos Centros de Atenção Psicossocial: implicações com a proposta de atenção dos serviços substitutivos. 2004. 156 f. Dissertação (mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004,

FURTADO, J. P. Um Método Construtivista para a Avaliação em Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.6, n.1, p.165-181, 2001.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa social.** 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GUBA, E. G.; LICOLN, Y. S. **Effective Evaluation:** improving the usefulness of evaluation results through responsive and naturalistic approaches. San Francisco: Jossey-Bass, 1989.

GULJOR, A. P.; PINHEIRO, R. Demandas por Cuidado na Desinstitucionalização: concepções e percepções dos trabalhadores sobre a construção de demanda e necessidades em saúde mental. In: PINHEIRO, R.; GULJOR, A.P.; SILVA JUNIOR, A. G; MATTOS, R. A. (Org.). **.Desinstitucionalização da Saúde Mental:** contribuições para estudos avaliativos. Rio de Janeiro: CEPES/ IMS/URJ, 2007. p.65- 90.

HONORATO, C. E. M.; PINHEIRO, R. O “Cuidador da Desinstitucionalização”: o trabalho político no cotidiano das equipes de saúde mental nos serviços residenciais terapêuticos. In: PINHEIRO, R.; GULJOR, A.P.; SILVA JUNIOR, A. G; MATTOS, R. A. (Org.). **Desinstitucionalização da Saúde Mental:** contribuições para estudos avaliativos. Rio de Janeiro: CEPES/ IMS/URJ, 2007.

JACQUES, M. G. O Nexo Causal em Saúde/Doença Mental no Trabalho: uma demanda para a Psicologia. **Psicologia e Sociedade**, Porto Alegre, v.19, p.112-119, 2007. Edição especial. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822007000400015&1>. Acesso em: 13 mar. 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades@**: Paraná: Foz do Iguaçu. Rio de Janeiro [2005]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidades/default.php>. Acesso em: 15 ago 2007.

YASUI, S. CAPS: estratégia de produção de cuidado e bons encontros. In: PINHEIRO, R. et al. **Desinstitucionalização da saúde mental: contribuições para estudos avaliativos**. Rio de Janeiro, CEPESC:IMU/LAPPIS:ABRASCO, 2007.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 3.ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

LACAZ, F. A. C.; SATO, L. Humanização e Qualidade do Processo de Trabalho em Saúde. In: DESLANDES, S. F. (Org.). **Humanização dos Cuidados em Saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M.E.D. **Pesquisa em Educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

MARX, K. **O Capital**. 14. ed. São Paulo: Difel, 1994. 1 v.

MAURO, M. Y. C. Saúde Mental do Trabalhador e o Enfermeiro. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, Edição Extra, p. 81-88,1996.

MENDES-GONÇALVES, R. B. **Práticas de Saúde: Processos de Trabalho e Necessidades**. São Paulo, Centro de Formação de Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde, São Paulo, 1992. (Cadernos CEFOR, 1-Série textos). 53p.

_____. **O processo de trabalho em saúde**. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 1988. Mimeografado. 31p.

MERHY, E. E. Em Busca do Tempo Perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E., ONOCKO, R. (Org.). **Agir em Saúde: um desafio para o público**. São Paulo, Hucitec, 1997 a.

_____. Cuidado com o Cuidado em Saúde: saber explorar seus paradoxos para um agir manicomial. In: MERHY, E.E.; AMARAL, H. (Org.). **A Reforma Psiquiátrica no Cotidiano II**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2007.

_____. Os CAPS e Seus Trabalhadores: no olho do furacão antimanicomial. Alegria e alívio como dispositivos analisadores. In: MERHY, E. E., AMARAL, H. (Org.). **A Reforma Psiquiátrica no Cotidiano II**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2007.

_____. Em Busca da Qualidade dos Serviços de Saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente organizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde.)

In: Luis C. O. (Org.). **Inventando a Mudança na Saúde**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

MERHY, E. E.; CECÍLIO, L.C.O., NOGUEIRA FILHO, R. C. Por um Modelo Tecno-assistencial da Política de Saúde em Defesa da Vida. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, p. 83-89, dez. 1991.

MERHY, E. E.; CHAKKOUR, M. Em Busca de Ferramentas Analisadoras das Tecnologias em Saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E. E., ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997 b.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento - Pesquisa qualitativa em Saúde**. 5. ed. São Paulo: Hucitec ; Rio de Janeiro: Abrasco, 2006.

NOGUEIRA-MARTINS, L. A. Saúde Mental dos Profissionais da Saúde. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, Belo Horizonte; v. 1, n. 1, p. 56-68, 2003.

OLIVEIRA, A. G.; ALESSI, N. P. **Superando o Manicômio? Desafios na construção da reforma psiquiátrica**. Cuiabá: EdUFMT, 2005.

OLIVEIRA, A. G. Trabalho e Cuidado no Contexto da Atenção Psicossocial: algumas reflexões. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro; v. 10, n. 4, p. 694-702, 2007.

OLIVEIRA, A. G.; ALESSI, N. P. O Trabalho de enfermagem em saúde mental: contradições e potencialidades atuais. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, 2003 maio-junho; 11(3): 333-40.

OLIVEIRA, A. G.; ALESSI, N. P. **Superando o manicômio? Desafios na construção da reforma psiquiátrica**. Cuiabá: EdUFMT, 2005, 209p.

OLIVEIRA, W.F. de; DORNELES, P. Patrimônio e ambiente da loucura: a formação do profissional de saúde mental e o diálogo com a vida da cidade. In: AMARANTE, P. (org.) **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial 2**. Rio de Janeiro: Editora NAU, 2005.

OLSCHOWSKY, A. **O Ensino de Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental Análise de Pós-graduação "latos sensu"**. 2001. 233f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

PEDUZZI, M. **Equipe Multiprofissional de Saúde: interface entre trabalho e interação**. 1998. 254f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 1998.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saúde Pública**, Fev 2001, vol.35, no.1, p.103-109. ISSN 0034-8910)

RABELO, I. V. M.; TORRES, A. R. R. Os Significados da Reforma Psiquiátrica para os Trabalhadores de Saúde Mental de Goiânia. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 23, n. 3. jul./set., 2006. Não paginado. Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2006000300001&lng=en&nrm=is&tlng=pt>. Acesso em: 10 mar. 2008.

RAMMINGER, T. **Trabalhadores de Saúde Mental: reforma psiquiátrica, saúde do trabalhador e modos de subjetivação nos serviços de saúde mental**. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2006.

ROTELLI, F. et al. Desinstitucionalização, uma outra via. A Reforma Italiana no contexto da Europa Ocidental e dos Países Avançados. In: NICÁCIO, F. (Org.). **Desinstitucionalização**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2001.

ROSA, Lúcia Cristina dos Santos. E afinal, quem cuida dos cuidadores? **III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Cadernos de textos. Brasília, dez/2001.

SARACENO, B. **Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. 2 Ed. Belo Horizonte/Rio de Janeiro: Te Cora/Instituto Franco Basaglia, 2001.

SATO, L.; BERNARDO, M. H. Saúde mental e trabalho: os problemas que persistem. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n. 4, p. 869-888, out./ dez.; 2005.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: pesquisa qualitativa em educação (o Positivismo, a Fenomenologia, o Marxismo)**. São Paulo: Atlas, 1987.

WETZEL, C. **Avaliação de Serviço em Saúde Mental: a construção de um processo participativo**. 2005. 290f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

APÊNDICE A – Questionário para o Trabalhador do CAPS

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

MESTRADO EM ENFERMAGEM

INSTRUMENTO DE PESQUISA

Data:...../...../.....

Início:

Término:

Local:

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Número:

Sexo:

Idade:

Profissão:

Tempo de Trabalho na Área de Saúde Mental (mês/ano):

Tempo de Trabalho no CAPS (mês/ano):

Questões norteadoras:

Fale sobre o trabalho no CAPS

Fale sobre os fatores que causam sofrimento no trabalho. Como lida com isso?

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
MESTRADO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Projeto: CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: e a saúde mental do trabalhador

Pesquisadora: Cecília Helena Glanzner

Prof. Dra.: Agnes Olschowsky (orientadora)

Você é convidado a participar desta pesquisa que tem como objetivo identificar as estratégias utilizadas pela equipe de saúde de um Centro de Atenção Psicossocial na promoção da saúde mental do trabalhador. Este estudo está vinculado a uma pesquisa de avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul do Brasil, financiada pelo Ministério da Ciência e Tecnologia através do CNPq em parceria com o Ministério da Saúde.

Na coleta de dados será realizadas observação e entrevista com os trabalhadores de saúde que atuam no CAPS, as quais terão duração média de 30 min. com questões referentes ao sofrimento no trabalho.

As entrevistas serão gravadas e transcritas, garantindo-se o anonimato dos participantes e o caráter confidencial das informações obtidas. Para preservar o anonimato, as entrevistas serão identificadas por números. Garante-se que não haverá nenhuma repercussão funcional ou implicação legal para os participantes do estudo junto à instituição em que o mesmo será realizado.

O projeto tem finalidade acadêmica e destina-se à elaboração da Dissertação de Mestrado da pesquisadora para obtenção do título de Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Declaro, para os devidos fins, ter sido informado das finalidades e do desenvolvimento da pesquisa e que concordo em participar da mesma. Tenho ciência de que poderei me recusar a responder qualquer pergunta e que posso me negar a participar do estudo a qualquer momento.

Foz do Iguaçu, ____ de _____ de 2006

Nome do Participante

Fone:

Assinatura do Participante

Cecília Helena Glanzner – (51) 99970509

Agnes Olschowsky – (51) 33165431

ANEXO A – Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS



PRÓ-REITORIA DE PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
CARTA DE APROVAÇÃO

pro.pesq

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul analisou o projeto:

Número : 2006629

Título : Estratégias utilizadas pela equipe de um centor de atenção psicossocial na promoção da saúde mental do trabalhador.

Pesquisador (es) :

| <u>NOME</u> | <u>PARTICIPAÇÃO</u> | <u>EMAIL</u> | <u>FONE</u> |
|-------------------------|---------------------|-----------------------------|-------------|
| AGNES OLSCHOWSKY | PESQ RESPONSÁVEL | agnes@portoweb.com.br | 33165421 |
| CECILIA HELENA GLANZNER | PESQUISADOR | ceciliaglanzner@hotmail.com | 33165423 |

O mesmo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS, reunião nº 13 , ata nº 79 , de 23/11/2006 , por estar adequado ética e metodologicamente e de acordo com a Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde.

Porto Alegre, quarta-feira, 29 de novembro de 2006


LUIZ CARLOS BOMBASSARO
 Coordenador do CEP-UFRGS

ANEXO B

Roteiro de Observação da Observação de Campo

SERVIÇO

- Números de salas e distribuição;
- Ambiente (privacidade, ruídos, limpeza, iluminação)
- Adequação para o trabalho desenvolvido (espaço, decoração, luminosidade)
- Oferta de atendimentos (tipo de atividades, oficinas, atendimentos individuais, grupos, visita domiciliar, entre outros)
- Características dos usuários (por modalidade – intensivo, semi-intensivo ou não intensivo – faixa etária, gravidade, condição social e econômica, etc.)
- Como funciona o serviço (características, horário, entre outros)
- Cronograma de atividades;
- Oferta de atendimentos (tipos, distribuição, características)
- Observar como se dá o planejamento das ações no serviço (em que momento e espaço se planeja, com que periodicidade)
- Observe de que forma a informação, os indicadores, a identificação dos riscos e problemas no território orientam o planejamento das ações em saúde.
- Existe algum tipo de avaliação das ações?
- Com se dá o acesso, o acolhimento dos usuários, como é estabelecido o seu plano terapêutico, como é definido que é paciente a ser atendido no CAPS, o que se faz com aquele que não se enquadra nestes critérios
- Como funciona o serviço (características, projeto terapêutico, horário, entre outros)
- Cronograma de atividades
- Como o serviço faz os movimentos de articulação no território?
- Quais as propostas do serviço no sentido da inserção social do usuário no território (considerar eixos: casa, trabalho e lazer)
- Como o serviço se organiza para fazer a comunicação e a regulação da rede de serviços de saúde mental?
- Observe as relações do serviço (coordenador, trabalhadores, usuários e familiares) com a Secretaria Municipal de Saúde – movimentos de diálogo, negociação, enfrentamento;
- Observe as relações do serviço (coordenador, trabalhadores, usuários e familiares) com o Conselho Municipal de Saúde – movimentos de diálogo, negociação, enfrentamento, participação, representatividade;

ATENDIMENTOS INDIVIDUAIS

- Profissional (is) que realizou (aram) o atendimento
- Identificação do problema que levou a procurar o serviço
- Relação usuário e profissional

- Escuta
- Exame físico e psíquico
- Uso de roteiro
- Uso de normas do serviço (rígida ou não)
- Conduta do profissional frente ao caso
- Como o usuário foi recebido
- Recebeu informações necessárias sobre a intervenção
- Como o usuário recebeu esta informação
- Aceitação da intervenção pelo usuário
- Quem agenda os atendimentos (de que forma se dá acesso do usuário ao CAPS)
- Quais os critérios são utilizados para viabilizar o acesso ao atendimento. Qual o tempo médio entre a marcação e o acesso à consulta?
- Que critérios são utilizados para rechaço de demanda (demanda reprimida). Se há usuários que voltam sem serem atendidos?
- Quem realiza a seleção das consultas que não são marcadas ou agendadas, ou que não se concretizam em atendimentos feitos pela equipe.
- Quem e que orientação é feita para quem não consegue atendimento no CAPS?
- Como é o acesso a outros atendimentos, como oficinas, visitas domiciliares, grupos, projetos de geração de renda e trabalho?
- Como é feito o agendamento para retorno ao CAPS?
- Observar práticas de recepção e escuta no CAPS
- Observar recepção de usuários que consomem álcool e/outras drogas e detalhar os desdobramentos do atendimento a estes usuários em particular.

URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

- Como se dá o atendimento das situações de urgência e emergência no CAPS e qual o tempo de espera?
- Quais são os critérios para atendimento de situações de urgência e emergência? E para o não atendimento destas situações?
- Quais as dificuldades encontradas no atendimento de situações de urgência e emergência no CAPS?
- Em que situações se encaminha e para onde encaminha (Pronto Socorro, Hospital Geral, Hospital Psiquiátrico e outros)? Como ocorre este encaminhamento? (verbal, por escrito, por telefone é feito contato entre os profissionais, alguém do CAPS acompanha, especificar).
- Quais as dificuldades encontradas no encaminhamento de situações de urgência e emergência a partir do CAPS? E quais as estratégias de superação?
- Observar no quanto o fluxo é cumprido (a flexibilidade para captar as necessidades de cada usuário e a criatividade para viabilizar soluções)
- Observar se ocorre contra-referência e de que forma ela acontece.

REUNIÕES

➤ Que tipo de reuniões são realizadas (de equipe, do Conselho Local de Saúde, outras)?

➤ Quais os temas, conteúdos, características destas reuniões (administrativas, técnicas, discussão de casos, de supervisão, planejamento, avaliação)? Quem participa das reuniões, qual a periodicidade e o tempo de duração?

➤ Quem coordena as reuniões e quem determina as pautas?

REGISTROS

➤ Como são feitos e usados os registros?

➤ Verificar o conteúdo dos registros (olhar alguns prontuários).

➤ Verificar como se faz o arquivamento das informações, quais os critérios de arquivamento, se há duplicidade de informações arquivadas.

➤ Verificar no registro a existência de planos terapêuticos integrados.

➤ Verificar as características do registro de atividades de grupos, visitas domiciliares.

➤ Observar a existência e as características de registros de reuniões de equipe.

USUÁRIOS E FAMILIARES

➤ Quem são os usuários

➤ Participação dos usuários e família

➤ Relação com a equipe

➤ Envolvimento com o serviço

➤ Como se dá a participação dos usuários nas decisões em relação ao seu plano terapêutico, ao funcionamento do serviço, entre outros. E a participação da família?

➤ Observar a participação dos usuários e famílias nas atividades propostas pela equipe na comunidade

➤ Observar a articulação dos usuários e familiares com lideranças e entidades comunitárias

TRABALHADORES

➤ Quem são os trabalhadores, características, formação.

➤ Envolvimento com o serviço

➤ Como estão organizados (carga horária, distribuição por turnos e dias da semana, atividades que assumem, em que circunstâncias e com que frequência se reúnem, relacionamento entre os trabalhadores, destes com usuários, com familiares, com a coordenação do serviço e com a Secretaria Municipal de Saúde)

➤ Verificar se os trabalhadores vão ou não diariamente no CAPS (detalhar quando e quem está nos turnos)

➤ Observar a presença de stress, insegurança, arranjos feitos para cobrir debilidades técnicas de membros da equipe.

- Existe propostas de capacitações, estas são dirigidas a equipe, a determinadas categorias profissionais, a ações específicas.
- Observar se os profissionais tem afinidade com o que fazem e as dificuldades que encontram em seu cotidiano de trabalho.
- Como é o fluxo dentro da equipe – entre os trabalhadores. Quais as características da comunicação e da negociação entre os membros da equipe?
- Observar a comunicação no interior da equipe e desta com gestores, lideranças comunitárias e usuários.
- Observar capacidade de negociação explícita e implícita entre os membros da equipe de saúde, gestores e usuários.
- Observar hierarquias, relações de poder formal e informal na equipe, relações de poder corporativas, de gênero.
- Observar se há insatisfação, insegurança em relação ao vínculo contratual, salário ou condições de trabalho.
- Quais as características do trabalho de cada membro da equipe, que tipo de atividade realiza, que tempo dedica a estas atividades?
- Observar a motivação e capacidade de superar os obstáculos dos profissionais individualmente e da equipe.
- Quais as dificuldades encontradas no cotidiano de trabalho da equipe e quais as estratégias de superação destas dificuldades?
- Observar as características do vínculo de cada profissional em particular da equipe como um todo com os usuários e familiares.
- Observar o conhecimento dos profissionais acerca das famílias e do meio social em que vivem.
- Quais as características e o conteúdo das visitas domiciliares realizadas? Quem realiza e qual a duração de cada visita domiciliar? Quais os critérios utilizados para seleção e priorização das visitas?
- Quais as oficinas e grupos são realizados pela equipe e com que periodicidade?
- Quais as características e o conteúdo das oficinas e grupos realizados?
- Qual o tempo de duração das oficinas e dos grupos e quantos participam?

➤ Quais os profissionais participam das oficinas e dos grupos?

**ANEXO C –
PROJETO DA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE MENTAL DE FOZ DO IGUAÇU**